

DOSSIER "MÉDECINS, PHARMACIENS : LES NOUVEAUX ÉDUCATEURS ? "

Éducation pour la santé : reconnaître les " nouveaux rôles " des médecins et pharmaciens

Les professionnels de soins ne peuvent plus se cantonner dans le curatif. Avec la mise en cause croissante des comportements de santé dans les problèmes de santé publique, tant les médecins que les pharmaciens intègrent de plus en plus prévention et éducation du patient dans leur pratique quotidienne. Pour Alain Deccache, ces professionnels sont les opérateurs de proximité par excellence, ce qui exige une réforme radicale de leur fonction tant comme acteurs de santé publique que comme cliniciens.

 [Imprimer l'article](#)

Alain Deccache

Professeur, unité d'éducation pour la santé (Reso), école de Santé publique, faculté de médecine, université catholique de Louvain, Bruxelles.

Références bibliographiques

(1) Deccache A., Laperche J. Se soigner sans médecins ? Éducation du patient et démographie médicale. La revue du praticien, médecine générale 2001 ; XV, 553, 2 :1945-8.

(2) Clément A., Laurens C. Pharmaciens : la confiance trahie. Cinquante millions de consommateurs, juin 1982, 138 : 3-7.

(3) Deccache A. La compliance aux traitements des maladies chroniques : approche éducative globale. Thèse de doctorat en santé publique, université catholique de Louvain, Bruxelles, 1994 : 404 p.

(4) Morrow N.C., Speedy P., Totten C. Health education perspectives in continuing education programmes for pharmacists. Health Education Journal 1986 ; (45)3 : 166-70.

(5) Anderson C. Health promotion in community pharmacy: the UK situation. Patient Education and

Dans toute relation de soins, l'éducation des patients existe de fait, même informellement. Elle peut être développée et occuper une part importante des soins ou limitée et ne concerner que des moments d'instruction sur le traitement. Elle peut aussi prendre plusieurs formes, plus ou moins adéquates, que ce soit sur le mode vertical, du professionnel détenteur du savoir vers le patient ignorant ou sur un mode plus horizontal où chacun participe à la construction d'une solution thérapeutique par un apprentissage réciproque. Elle est liée à la qualité de la communication entre les professionnels et les patients (écoute, confiance, participation, respect, aide) et à celle des informations partagées, de part et d'autre. Du patient vers le soignant, sur l'histoire de la maladie, la description des symptômes ou de la plainte, les difficultés rencontrées, l'aide au diagnostic, et le vécu personnel et subjectif de la maladie sur le plan sanitaire, psychique et social ou professionnel. Et du soignant vers le patient sur les informations claires sur le traitement à suivre, la recherche d'une adhésion aux traitements proposés, la modification des connaissances et compétences d'autosoins, le soutien et le renforcement dans l'adaptation à la maladie, les modifications des représentations de la santé ou des maladies. Elle est incluse dans tout projet thérapeutique (1).

C'est dans leurs " institutions " (cabinet, centre de santé) et leurs " extensions " (domicile du patient, parfois hôpital, etc.) que s'exercent les fonctions de soignant et de conseiller-éducateur, pour le médecin généraliste et les autres soignants de ville (kinésithérapeute, infirmier, diététicien, etc.), et c'est dans son officine que se joue le rôle de conseiller de santé pour le pharmacien. Cette situation implique à la fois proximité, fréquence de contacts et connaissance du patient. Elle diffère en cela de celle des soins hospitaliers. Les conséquences pour l'éducation du patient seront abordées plus loin.

Pharmacien, éducateur ?

Le rôle éducatif du pharmacien ne peut être abordé de la même manière que celui des autres soignants. Dans les lieux de vie des patients, les pharmaciens jouent ou pourraient jouer un rôle préventif important. Ils sont les plus consultés, voient les patients parfois plus souvent que les autres soignants, et notamment au moment de la délivrance des médicaments, moment privilégié pour l'information et l'éducation au bon usage. Toutefois, le statut socioprofessionnel et le fonctionnement des pharmaciens en font un professionnel de santé " à part ", en raison notamment des enjeux financiers et de l'image " commerçante " qui leur est associée, à tort ou à raison. En effet, l'information et l'éducation d'une personne ou d'une population sont liées d'abord à la crédibilité des sources et ensuite à la compréhensibilité,

l'adéquation ou la pertinence des savoirs transmis. Et la crédibilité est elle-même dépendante des conflits d'intérêts possibles entre celui qui informe et celui qui est informé. Or, la crédibilité des médecins et autres soignants est indiscutablement meilleure que celle des pharmaciens.

Si les pharmaciens sont critiqués en raison de l'enjeu et de l'aspect commercial de leur démarche... ils restent toutefois reconnus comme source fiable et nécessaire d'information sur les médicaments par les professionnels de santé. En 1981 déjà, un sondage de la Sofres (2) montrait que 70 % des gens faisaient confiance au pharmacien, et 83 % au médecin. Cette confiance semble aujourd'hui parfois mise à mal : en 1994, le médecin occupait le premier rang en matière de crédibilité, sur le plan de l'information de santé, et le pharmacien seulement le 4e (3). Pourtant, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît depuis longtemps le rôle du pharmacien comme maillon important des soins de santé primaires. Il est, avant le médecin et après la famille, le premier recours pour les problèmes de santé courants. Les pharmaciens délivrent des médicaments, des produits de soins de santé (désinfectants, pansements, etc.) et d'autres, sur ou sans prescription médicale. Ils accompagnent fréquemment ces actes de conseils et d'informations (4). Peut-on pour autant parler de rôle préventif ou éducatif ?

L'éducation des patients consiste, dans le cadre de l'officine, à expliquer les prescriptions et les posologies des médicaments, les risques d'effets secondaires de même que les avantages, observables ou non, que le patient retirera de son traitement, à promouvoir le bon usage des médicaments et produits pharmaceutiques, à expliquer et informer sur la maladie et les traitements, soutenir et accompagner humainement le patient, intervenir dans la gestion des crises, et plus largement informer, promouvoir le dépistage, les vaccinations, et orienter vers des comportements plus favorables à la santé.

En dehors de l'officine, la participation de pharmaciens aux campagnes de prévention, nationales ou locales, et notamment comme relais à l'intérieur même de leur communauté (écoles, clubs, etc.), est une activité non négligeable. Elle est également efficace : plusieurs études en Suède, au Canada ou en Grande-Bretagne l'ont montré : augmentation nette d'usage correct de stéroïdes, de comportements de prévention du mélanome, de participation de la population à des dépistages et des vaccinations (5). En outre, ces études rapportent des effets positifs secondaires, sur la satisfaction du public et des pharmaciens eux-mêmes, et sur l'image professionnelle améliorée (6).

Soignant et éducateur ?

La fonction des soignants est d'abord curative, en réponse à une demande (plainte ou motif de consultation) ou à un constat de problème de santé. Deux autres fonctions existent, préventive (prévention de complications et rechutes, dépistage présymptomatique, vaccinations, etc.) et palliative (patient en fin de vie, accompagnement de l'entourage), elles aussi liées à la demande de soins (7).

Si la fonction curative du médecin semble aller de soi, parce que liée à la fois à la formation médicale (encore peu orientée vers la prévention) et aux représentations tant sociales que professionnelles du rôle du médecin (où le curatif reste dominant), la prévention occupe une place variable dans les pratiques. Et, si la formation prépare peu à cette fonction, les médecins l'intègrent de plus en plus dans leur vision de leur rôle, à la fois comme réponse à une demande et comme une nécessité (dans la prise en charge des maladies chroniques notamment). Toutefois, la majorité reste persuadée qu'une pratique systématique de la prévention est difficile. La prévention s'inscrit dans une logique de santé publique, qui s'oppose parfois à celle de santé individuelle, au cœur même de la relation thérapeutique, et dans laquelle le médecin est amené à prendre des positions et des décisions qui favorisent un patient (ou sa santé) au détriment de la " santé publique ".

Et pourtant, la prévention, longtemps perçue comme le côté " santé " de la médecine, n'est en réalité qu'une partie de la " logique de maladie " : on ne prévient que les risques et les maladies. Cette logique s'inscrit dans une vision de la santé comme absence de maladie, la maladie étant le référent. Or, l'adoption de la définition de l'OMS, " la santé comme état de bien-être physique, mental et social... " (1946) a rendu nécessaire de déplacer le lieu de référence, de la maladie vers la santé " positive ". Ce mouvement correspond d'ailleurs mieux aux logiques de santé des " gens ", patients ou non. C'est aussi probablement un des aspects majeurs du concept de promotion de la santé, qui intègre prévention de la maladie et maintien ou amélioration de la santé, en ouvrant la place à une double logique :

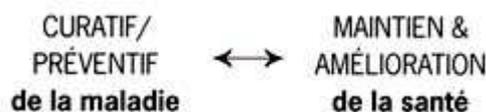
Counseling 2000 ; 39 : 285-91.

(6) Collin J.-F. Santé et prévention, Enquête auprès des pharmaciens d'officine 98/99. Vanves : CFES, Coll. Baromètres, 1999 : 64 p.

(7) Deccache A., Heremans P. (eds). Prévention, médecine générale et milieux défavorisés. Commission européenne, DGV, Éd. UCL-Reso, Bruxelles n°44, 1992 : 104-15.

(8) Kaplun A. (Eds.). Health promotion and chronic disease: discovering a new quality of health. World Health Organization, European Series, n°44, 1992 : 432 p.

(9) Deccache A. Le pharmacien éducateur pour la santé : réalité ou illusion ? Science et Officine, 5 déc. 2002 : 7-11.



Au débat sur la place de la prévention dans la pratique médicale clinique vient s'ajouter celui de la place de la promotion de la santé (le non-problème) en plus de la maladie (le problème). En outre, la pratique médicale est fondée, du point de vue du patient, sur l'existence de problèmes (plainte, motif de consultation), et, du point de vue de la discipline médicale, sur une logique, la démarche de résolution de problème (diagnostic puis traitement). Cette démarche doit être élargie à une approche autre (par exemple, partir de situations de " non-problème ", d'aspirations de santé) si l'on veut que la promotion de la santé trouve une place dans la pratique médicale.

Par ailleurs, en trente ans, l'explosion de la prévalence des maladies chroniques (et des polyopathologies qui les accompagnent souvent) a attribué un rôle de plus en plus important au médecin de famille, au généraliste... Dans ces maladies qui ne se guérissent pas, qui se soignent et se " gèrent " dans la durée et la continuité et dans le cadre de la vie quotidienne des patients et de leurs familles, le médecin généraliste reste indubitablement le mieux placé des professionnels de santé pour assurer le suivi, le lien avec les soins spécialisés, la gestion des traitements de fond et, partant, l'éducation " thérapeutique " des patients au traitement (qui inclut la prévention secondaire et tertiaire des risques, des phases aiguës, des complications, etc.).

Ces maladies chroniques diffèrent des maladies aiguës, notamment par l'existence de traitements :

1. complexes, plus que médicaux (alimentation, hygiène de vie, surveillance des symptômes, etc.) ;
2. de longue durée (de fond, bien plus difficiles à suivre qu'une simple prise de médicaments pendant quelques jours) ;
3. souvent en phase asymptomatique (les patients doivent suivre des traitements quasi préventifs, sans perception d'amélioration immédiate ou de soulagement) ;
4. qui interfèrent avec les habitudes et les projets de vie (et nécessitent une aide tant à la mise en place qu'au maintien...) ;
5. qui sont de la " responsabilité " du patient lui-même (ce qui rend indispensables une éducation et un apprentissage de ces traitements) (3).

Il y a donc clairement un changement de rôle pour le généraliste et les autres soignants de proximité, nécessitant un nouveau cadre professionnel (déontologique, financier, etc.) et des compétences de relation, de communication et d'éducation. L'éducation est ici définie comme l'association d'actions d'information, d'explication, d'aide à l'apprentissage pratique, de conseil personnalisé et d'accompagnement psychosocial, inscrit dans la durée d'une relation de soins. Tout ce qui n'inclut pas simultanément ces différents ingrédients ne peut être considéré réellement comme de l'éducation.

Pratiques et concepts...

Toute pratique procède d'un choix d'objectifs, de méthodes et de moyens parmi un ensemble d'options. Les possibilités de choix sont déterminées par le mode d'explication que l'on a de la situation. C'est vrai pour la pratique de soins (un traitement est choisi en fonction du diagnostic posé, lui-même effectué en fonction de la théorie " causale " sous-jacente), comme pour les pratiques éducatives (comme on s'explique le comportement du patient devant sa santé on choisira des moyens d'aide et d'éducation : information, explication, exercice pratique, écoute et conseil, etc.

En tant que pratiques, l'éducation pour la santé et l'éducation du patient n'échappent pas à ce phénomène. Les définir, dans un contexte de médecine générale, revient donc à clarifier les valeurs, concepts, théories et pratiques en question. Qu'est-ce que la santé, la médecine... ? Qu'est-ce qu'un patient ? Qu'est-ce que l'éducation pour la santé ?

Quatre éléments sont communs et indispensables à toute définition de l'éducation pour la santé :

- la communication de savoirs : sans elle, il ne peut y avoir d'acte éducatif. Une mesure de vaccination obligatoire peut prévenir des

maladies et maintenir la santé mais elle ne constitue pas de l'éducation pour la santé. Selon la vision que l'on a de l'éducation, il s'agira de transmission (unilatérale), de transfert, d'échange ou de reconstruction mutuelle des savoirs entre celui de l'éducateur, plutôt objectif et professionnel, et celui de l'apprenant, plutôt subjectif et lié à l'expérience personnelle ;

- l'objectif de santé (ou de maladie) : comme le soin, l'action d'éducation a comme objectif explicite d'améliorer la santé d'une personne ou d'une population. Que la santé soit perçue comme objet scientifique, biologique ou comme réalité sociale et subjective, qu'elle soit limitée à l'instant ou intégrée dans une dynamique (évolution de la santé), qu'elle soit abordée négativement (par rapport à la maladie) ou positivement (par rapport au bien-être, par exemple), elle doit rester la finalité de l'éducation comme du soin. Les effets " économiques " sont de ce fait secondaires, et concernent l'efficacité de l'éducation et du soin ;
- l'intention d'éducation : l'acte éducatif est porté au moins par celui qui éduque (qui aide à apprendre). Tout acte humain est porteur d'expérience et donc d'apprentissage mais seule l'intention d'éduquer fait l'éducation. De plus, sur un plan éthique, il serait souhaitable que le patient, apprenant, soit aussi conscient et porteur de l'intention éducative, ici l'intention d'apprendre sa santé ou sa maladie ;
- la durée : toute éducation s'inscrit dans le temps et la durée. Elle permet la compréhension, l'appropriation, la mise en pratique, les erreurs, les ajustements, etc., des savoirs, des compétences et des comportements de santé. Un acte " de transmission de savoir " isolé, non répété, qui n'articule pas les apprentissages qu'il vise dans une chronologie, peut difficilement être considéré comme de l'éducation. Tout au plus serait-ce de l'information de santé.

Par ailleurs, même si l'éducation pour la santé vise les modes de vie favorables à la santé, elle ne s'arrête pas aux comportements et au " savoir-faire ". Elle concerne aussi les aspects psychosociaux de la santé. Aider une personne, un patient, à apprendre à se sentir et à être capable d'agir sur sa santé, à se sentir et à être responsable (dans la mesure du possible) de sa santé, à avoir envie de maintenir ou améliorer sa santé, à prendre conscience de risques ou d'enjeux de santé, c'est aussi et surtout de l'éducation pour la santé.

Éducation pour la santé ou éducation du patient ?

On distingue classiquement les personnes auxquelles s'adresse l'éducation pour la santé, en " bien-portants " et en " malades " (chez qui l'on a posé un diagnostic de maladie) : dans ce dernier cas, l'éducation pour la santé vise plus à " apprendre la maladie " que la santé, l'un n'excluant pas l'autre. Plus encore, cette éducation du patient peut s'inscrire dans le cadre de mesures thérapeutiques, c'est-à-dire du traitement prescrit, et vise alors spécifiquement le suivi de ces traitements et les comportements de soins des patients. Certains préfèrent l'appellation " éducation thérapeutique du patient ", consacrée par l'OMS et visant à renforcer la responsabilité soignante dans l'éducation du patient.

Pour désigner l'éducation plus largement dirigée vers la maladie (plutôt que vers la santé) et le malade, on parle d'" éducation du patient " ou encore, pour intégrer l'éducation à la maladie et la santé, d'" éducation pour la santé du patient ". Par patient, j'entends, pour des raisons pratiques liées aux lieux et nature de la relation, " une personne engagée volontairement dans une relation de soins avec un professionnel des soins ". Le patient est alors défini en fonction de sa démarche (consulter) et de son " interlocuteur " (professionnel de soins), et non en fonction de son état. Pour un obstétricien, une femme enceinte en consultation est une patiente..., pour un dentiste, une personne en consultation pour un examen préventif est un patient... sans que cela n'implique de souffrance ou de maladie. Plus encore, reconnaissant qu'un " patient chronique " ne pouvait être considéré comme malade lorsqu'il est " bien équilibré ", en état stable, l'OMS (8) propose le concept de " personne malade en bonne santé " (Healthy ill people) pour désigner cet état.

L'éducation du patient peut ainsi être considérée, au sens large, comme une éducation pour la santé, dirigée vers des personnes ou groupes engagés dans une relation de soins. Elle comprend donc tant l'éducation pour la santé que l'éducation à la maladie, regroupant du même coup tous les types de prévention : primaire, secondaire, tertiaire, voire quaternaire et autre... ou du moins les aspects " éducatifs " de la prévention.

Prévention, éducation et promotion de la santé

Le rôle de santé publique du médecin généraliste (conseils, dépistage, vaccinations, examen de santé, etc.) devient donc autant un rôle de gestion et de prévention des maladies que de maintien et d'amélioration de la santé. Chez la personne souffrant d'une affection aiguë, il n'y a, par rapport à son état du moment, qu'une approche possible, et elle est thérapeutique, curative. Chez celle qui est atteinte d'une maladie chronique, l'approche thérapeutique s'est étendue du curatif (en situation de crise) vers le préventif (éviter les rechutes, éloigner les complications et les crises, stabiliser l'état et si possible l'améliorer). Cette logique a été à la base du développement des programmes de réhabilitation (cardiaque, pulmonaire, etc.) et d'éducation du patient ! Elle va plus loin maintenant, et l'objectif de santé (et non plus seulement de maladie) y revient à chercher à maintenir et développer les potentialités et capacités d'adaptation et d'équilibre des personnes atteintes d'affections chroniques.

La relation entre prévention, éducation pour la santé, éducation du patient et promotion de la santé devient ainsi plus claire : les trois premières " activités " font partie de la promotion de la santé mais n'en sont qu'une partie. En effet, la " promotion de la santé " combine des activités et mesures sanitaires (médicales), éducatives, légales et environnementales, les deux premières étant du ressort des professionnels de santé. Ceux-ci peuvent, à titre professionnel ou encore comme citoyens, s'intéresser aux aspects environnementaux et légaux de la promotion de la santé, par la participation à des groupes de pression ou encore l'action politique. De plus, chaque activité agit sur deux volets, correspondant aux deux logiques de santé : la prévention de la maladie et le maintien ou l'amélioration de la santé. Pour qu'il y ait promotion de la santé, il faut à la fois des activités d'éducation et d'autres actions, sanitaires, sociales ou légales.

Soins de proximité et suivi des patients

Au début de cet article, j'ai rappelé que les soins et l'éducation prennent place dans un contexte institutionnel, portant à trois les types d'acteurs impliqués : soigné, soignant, et institution de soins. En effet, la nature, la structure et le projet de l'institution (cabinet de médecine générale ou spécialisée, centre de santé, clinique, hôpital, association de patients, etc.) influencent le type d'éducation réalisée. On ne fait pas de l'éducation-prévention du tabagisme auprès des personnes souffrant d'asthme, de la même manière (contenus, moyens, méthodes, acteurs) dans un service hospitalier de pneumologie-allergologie, dans un " département de protection de l'environnement " d'une mairie, dans une association de patients asthmatiques ou dans le cabinet d'un médecin généraliste. On peut donc s'attendre à ce que les effets de l'éducation y soient différents (sensibilisation collective au risque, mesures d'hygiène de vie, acceptation du handicap éventuel, mesures personnalisées d'éviction d'allergènes ou comportements thérapeutiques). Même l'évaluation qui en découle est différente : évolution des savoirs des patients, des composantes psychosociales de leur situation, de leurs comportements de santé, de leur observance, des effets cliniques et biologiques, voire de la morbidité ou de la mortalité, etc.

Le médecin généraliste et autres soignants de ville sont donc tout autant sinon plus que le médecin spécialiste et les soignants hospitaliers concernés par la prévention, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé. Autant, parce que l'éducation " sanitaire " des patients est un élément de qualité de la médecine, un critère d'amélioration de l'efficacité des soins et de leurs effets sur la santé. Plus parce que le médecin de famille a plus que tout autre une légitimité à s'intéresser à la santé (et non seulement à la maladie) de " ses " patients, dont il connaît souvent mieux que d'autres les projets, les conditions et les difficultés de vie, choses qui restent souvent, par absence de continuité des soins, hors du champ d'action des soignants hospitaliers. Cette spécificité se retrouve aussi chez les autres soignants de ville, qui eux aussi peuvent tirer avantage d'une bonne connaissance du patient et de son environnement, en plus de leur connaissance de sa maladie.

Chez le pharmacien, toutefois, ces aspects sont moins présents, et la relation est de nature différente. Pour que ces professionnels de santé puissent jouer le rôle qu'ils réclament, il faudra d'abord modifier leur " image ", de celle de commerçant spécialisé à celle de conseiller de santé (9). En outre, il faudra qu'ils déterminent ce qui dans leur pratique et dans leur cadre institutionnel peut favoriser ou défavoriser des pratiques d'information, honnête, complète, pertinente, et d'éducation utile, pratique et suivie. La conversion n'est pas facile car elle passe par les représentations que la population a des

professions. En Belgique, par exemple, la récente réforme du code de déontologie de l'ordre des pharmaciens permet dorénavant la publicité pour une officine, contrecarrant les efforts de changement d'image et de rôle du pharmacien initiés depuis quelques années dans le but de renforcer le rôle de conseiller de santé.

LA SANTÉ DE L'HOMME 376 | MARS/AVRIL 2005 | Page 9-13

Libre de droits, sous réserve de mentionner la source

