

Prévention et promotion de la santé : quels modèles pour soutenir l'évolution
des pratiques en soins de santé primaires ?

Preventive health care and health promotion: which models for supporting
the evolution of clinical practice in primary health care?

Marc VANMEERBEEK, Département de Médecine générale, Université de Liège

CHU du Sart-Tilman B23, 3, avenue de l'Hôpital, 4000 Liège, Belgique

Julien MATHONET, Département de Médecine générale, Université de Liège

CHU du Sart-Tilman B23, 3, avenue de l'Hôpital, 4000 Liège, Belgique

Marie-Christine MIERMANS, Appui en Promotion et en Education pour la Santé, Ecole de santé publique, Université de Liège

CHU du Sart-Tilman B23, 3, avenue de l'Hôpital, 4000 Liège, Belgique

Anne-Laure LENOIR, Département de Médecine générale, Université de Liège

CHU du Sart-Tilman B23, 3, avenue de l'Hôpital, 4000 Liège, Belgique

Chantal VANDOORNE, Appui en Promotion et en Education pour la Santé, Ecole de santé publique, Université de Liège

CHU du Sart-Tilman B23, 3, avenue de l'Hôpital, 4000 Liège, Belgique

Correspondance : Marc Vanmeerbeek

Département de Médecine générale, Université de Liège

CHU du Sart-Tilman B23, 3, avenue de l'Hôpital, 4000 Liège, Belgique

marc.vanmeerbeek@ulg.ac.be

Financement : Cette étude a été réalisée sur les fonds propres des deux départements universitaires.

Conflits d'intérêt : Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Ce qui était connu

Les faibles ressources consacrées à la prévention médicalisée par le secteur des soins de santé ne sont pas toujours utilisées à bon escient et de façon équitable, alors que les inégalités sociales de santé persistent et s'amplifient.

Dans la littérature médicale, prévention et promotion de la santé sont souvent associées, comme si elles procédaient d'une même logique. Il n'est pas clair que cette association augmente l'efficacité de la prévention médicalisée, ni son caractère équitable.

Ce qu'apporte l'article

Les mots de prévention, d'éducation et de promotion de la santé sont utilisés dans des acceptations très différentes selon les auteurs. Un consensus sur la définition de ces concepts serait bienvenu.

Certains éléments valorisés par la promotion de la santé seraient intégrables aux pratiques de soins préventifs et curatifs : empowerment individuel des patients, prise en compte de leurs milieux de vie ; participation accrue à des réseaux locaux de professionnels de la santé ; intégration, au sein des mêmes structures, de l'approche individuelle et collective pour permettre la poursuite simultanée des objectifs de personnalisation, d'efficacité et d'équité.

L'avis des patients/usagers est généralement absent dans l'élaboration des modèles opérationnels retrouvés dans la littérature scientifique médicale.

Résumé

Objectifs

Les modèles opérationnels publiés concernant la prévention et la promotion de la santé en soins de santé primaires ont été recherchés dans le but de réaliser un inventaire fonctionnel et de formuler des hypothèses de travail sur l'efficacité et l'équité de la pratique clinique en prévention.

Méthode

Revue narrative de littérature utilisant les mots-clés relatifs aux différents niveaux de prévention, à la promotion de la santé, aux soins de santé primaires, aux modèles de pratique et à la délivrance de soins. La diversité des modèles a conduit à une analyse multicritères.

Résultats

Douze modèles ont été sélectionnés. Leurs caractéristiques sont distribuées irrégulièrement. Les modèles dont les auteurs annoncent qu'ils s'appliquent à la prévention décrivent majoritairement des approches centrées sur les individus dans le cadre de la relation médecin-patient, et prennent en compte l'organisation de la pratique. Certains modèles systémiques de type socio-écologique illustrent le concept de promotion de la santé : pratique éducative, ciblage sur des groupes ou des populations, prise en compte de milieux de vie et des déterminants sociaux de la santé. La place des patients dans l'élaboration des modèles est mineure, à l'image de leur implication comme acteurs dans les systèmes de soins. Les définitions des termes de prévention, promotion de la santé et éducation du patient diffèrent considérablement d'un modèle à l'autre.

Discussion

On dispose de peu d'informations sur l'application pratique des modèles ; les données d'évaluation sont parcellaires.

Certains éléments valorisés par la promotion de la santé seraient intégrables aux pratiques de soins préventifs et curatifs : *empowerment* individuel des patients, prise en compte de leurs milieux de vie ; participation accrue à des réseaux locaux de professionnels de la santé ; intégration, au sein des mêmes structures, de l'approche individuelle et collective pour permettre la poursuite simultanée des objectifs de personnalisation, d'efficacité et d'équité.

Conclusion

Ces évolutions ont des implications sur la formation des soignants, en termes d'aptitudes communicationnelles, de sensibilisation aux concepts de la santé publique et d'immersion précoce des futurs soignants dans la communauté.

Summary

Objectives

Published operating models about preventive health care and health promotion in primary care were sought with the aim of 1) compiling a functional inventory; and 2) to formulate working hypotheses for the improvement of clinical practice towards more efficiency and more equity.

Methods

Narrative literature review, using keywords related to the various prevention classes, health promotion, primary care, practice models and health care delivery. The diversity of models led to a multi-criteria analysis.

Results

Twelve models were selected. Their characteristics were unevenly distributed. The models, whose authors announce that they apply to prevention, mainly describe approaches that focus on individuals within physician-patient relationship, and take into account practice

organization. Some socio ecological and systems models illustrate health promotion: educational practice, group- or population-based targets, community environment and social determinants of health. There is little room for patients in elaborating the models, as they have little role in health care systems. The definitions of prevention, health promotion and patient education greatly differ from one model to another.

Discussion

Little is known about practical implementation of the models; assessment data are scarce.

Some elements valued by health promotion could be integrated to health care: empowerment of citizens, addressing community environment; increased involvement in local health professionals' networks; integration of individual and collective approaches within the same health care facilities to address simultaneously individual customization, efficiency and equity objectives.

Conclusion

These developments may call for adaptation in vocational training and continuous professional development: communication skills, awareness to public health concepts, and early and longitudinal exposure to community-based learning experiences for students.

Introduction

La prévention et la promotion de la santé sont souvent associées dans la littérature médicale ; la délimitation de ces concepts peut toutefois varier considérablement. Dans cet article, nous considérons les quatre niveaux de prévention utilisés dans le domaine des soins de santé primaires : prévenir la survenue d'une maladie (I), dépister précocement (II), éviter les complications d'une maladie (III), ou éviter la surmédicalisation (IV) (figure 1) [1].

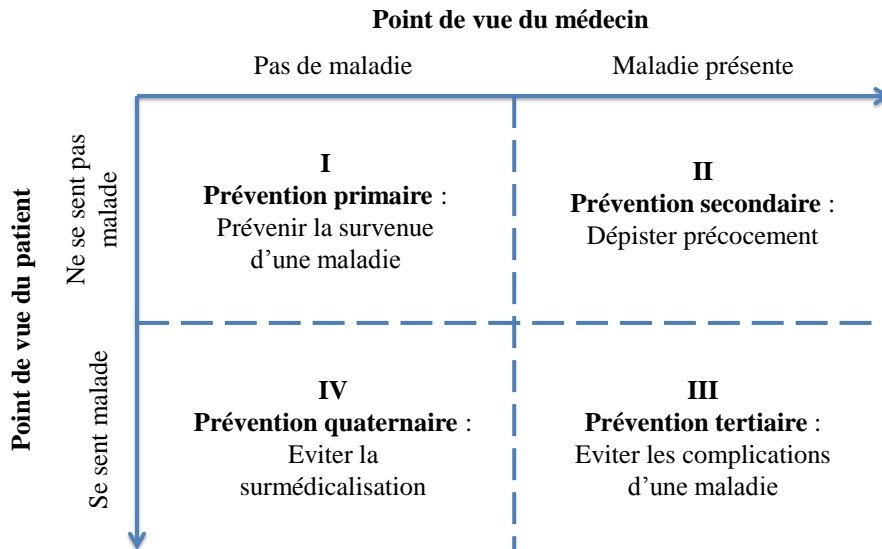


Figure 1 : Les quatre types de prévention

Pour la promotion de la santé, nous utilisons la définition du réseau francophone international pour la promotion de la santé (REFIPS) : « *un sous champ de pratique du domaine de la santé publique/communautaire/des populations, dont l'objet est le changement planifié des habitudes et des conditions de vie ayant rapport avec la santé au moyen de techniques d'intervention précises (éducation pour la santé, marketing social, communication publique, action politique, développement communautaire, développement organisationnel)... Un des concepts inhérent à la promotion de la santé est l'autonomisation (ou empowerment)* » [2].

La prévention pratiquée dans un modèle biomédical n'atteint pas souvent son objectif d'accès universel aux soins préventifs, même dans des contextes où les soins de santé primaires sont largement accessibles [3]. Les actions et procédures préventives sont très nombreuses, mais celles dont l'efficacité et l'acceptabilité sont établies sont plus rares, comme l'illustre la liste publiée par le Centre National (belge) de Promotion de la Qualité, qui comporte quatorze items [4]. Ce petit nombre s'explique par la difficulté à établir l'efficacité des procédures, leur balance bénéfique/risque, et les coûts engendrés à court terme. Initiées de façon inopportune,

les actions préventives peuvent détourner des soins curatifs une partie des ressources humaines ; elles accroissent alors les inégalités en santé en concentrant les actions sur les populations les moins exposées aux risques [5, 6]. Des pans entiers de la population restent ainsi exclus des actions de prévention qui pourraient les concerner [7-9].

Pire, la prévention peut rendre malade, alors qu'elle s'adresse à des citoyens en bonne santé, ou du moins stabilisés dans leurs problèmes de santé : anxiété induite, effets indésirables des traitements médicamenteux ou des procédures (ex. irradiation des mammographies), risque de surdiagnostic et de surtraitement (ex. dépistage systématique du cancer de la prostate).

Les stratégies de prévention et de promotion de la santé s'inscrivent dans un continuum historique qui a débuté en 1946 avec la définition holistique de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ... pas seulement ... une absence de maladie ou d'infirmité* ». En 1978, la déclaration d'Alma Ata instituait le principe du droit à la santé pour tous. Les soins de santé primaires, en ce compris « *les services de promotion et de prévention* », y étaient positionnés comme vecteur essentiel de l'accès universel à un niveau acceptable de santé. Toutefois, dès 1976, les travaux se sont multipliés qui illustraient la contribution mineure des systèmes de santé à la production de la santé d'une population [10-12]. En 1986, la charte d'Ottawa positionnait la promotion de la santé pour « *donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer* » au moyen de stratégies dirigées tant vers les individus que vers les collectivités.

Dès 2005, la commission des déterminants sociaux de santé de l'OMS donnait un autre éclairage à ces stratégies en plaçant l'accent sur les inégalités sociales de santé. Elle mettait en avant les déterminants structurels (éducation, emploi, revenu, position socio-économique, genre,...) et intermédiaires (conditions matérielles, comportements, facteurs biologiques et

psychosociaux, ...) de la santé [12]. Dans la suite des travaux de cette commission, le concept d'universalisme proportionné s'est développé comme principe d'une gouvernance qui favorise l'équité en santé : plus la position sociale est basse, plus l'intervention des professionnels de santé doit être importante pour augmenter le niveau de santé des patients.

Conceptuellement, la prévention et la promotion de la santé se différencient par leurs finalités, leurs publics-cibles, leurs stratégies d'intervention, leurs contenus éducatifs et les références de l'action (tableau I). Mais en pratique, sur le terrain, leurs différentes composantes connaissent des combinaisons multiples [13].

Tableau I : Prévention et promotion de la santé

	Promotion de la santé	Prévention
Finalités	Empowerment (plus grand contrôle sur sa santé et son milieu) Bien-être, qualité de vie ; santé	Diminuer l'incidence et la prévalence de problèmes de santé ou de facteurs de risque
Publics	Population, communautés, milieux de vie	Groupes à risque
Stratégies et modes d'action	Organisation des services Action communautaire et participation des populations Éducation pour la santé Action politique, lobbying Action intersectorielle Modification de l'environnement	Organisation des services de soins Action communautaire et participation des populations Éducation pour la santé Action politique, lobbying Action intersectorielle Modification de l'environnement
Contenus éducatifs	Transversaux, démultiplicateurs (compétences psycho-sociales, analyse critique de l'information, etc.)	Spécifiques (informations, services, apprentissages sensori-moteurs, etc.)
Référence de l'action	Santé vécue - Santé manifestée ou observée	Santé manifestée ou observée - Santé objectivée

La promotion de la santé offre-t-elle une perspective intéressante pour développer des pratiques permettant de dépasser les limites observées en prévention ? Des modèles ont tenté d'analyser les composantes sous-jacentes aux interventions de prévention ou de promotion de la santé. Ce type d'analyse est essentiel pour rendre opérationnel les principes d'efficacité et d'équité vu la diversité des déterminants de la santé [12]. Il a semblé pertinent de chercher quels sont ces modèles, publiés dans la littérature scientifique en lien avec les pratiques de

soins de santé primaire, pour en dresser un inventaire fonctionnel et poser des hypothèses de travail pour une amélioration de la pratique en prévention.

Méthode

Une recherche narrative de littérature a été effectuée via le moteur de recherche Pubmed, en utilisant les mots-clés MeSH relatifs aux différents niveaux de prévention, à la promotion de la santé, aux soins de santé primaires, aux modèles de pratique et à la délivrance de soins. Afin de retrouver des modèles dont la diffusion serait limitée à la zone francophone, une recherche complémentaire a été effectuée en français dans la Banque de Données en Santé Publique (BDSP), dans le Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française (CiSMeF), sur les sites internet de la Haute Autorité de Santé (HAS) et du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), et enfin via le moteur de recherche Google Scholar, en utilisant des termes de recherche similaires à ceux du MeSH.

Des sélections successives ont été effectuées sur le titre, puis sur le résumé et enfin sur le texte intégral des publications (figure 2). Les critères d'inclusion et d'exclusion sont repris dans le tableau II. Certains articles cités dans la bibliographie des publications retenues, ont été également inclus dans l'analyse.

Tableau II : Critères d'inclusion et d'exclusion des publications

Inclusion (1 ou plusieurs critères)	Résumé et texte intégral disponibles
	Modélisation (éventuellement graphique) de la pratique de la prévention/gestion de la maladie chronique/promotion de la santé, pour les patients et/ou pour les soignants
	Cadre des soins primaires et/ou médecine de famille/médecine générale
	Perspective de santé publique
Exclusion (1 critère suffit)	Expérience pratique de mise en place d'un programme précis de prévention/de promotion de la santé
	Description uniquement des incitants à la pratique de la prévention/promotion de la santé
	Focus sur les aspects médico-économiques de la prévention/promotion de la santé
	Cadre de soins spécialisés et/ou hospitaliers
	Publication centrée sur une seule pathologie
	Etude clinique

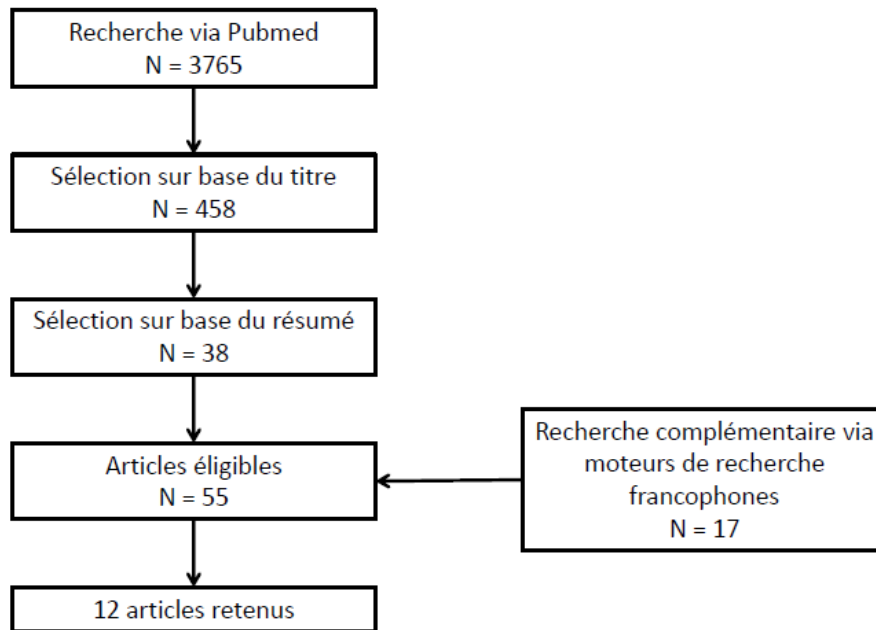


Figure 2 : Processus de sélection des articles

Après une première synthèse de chacun des articles retenus, la diversité des modèles a conduit à une analyse multicritères :

- Focus sur le type de pratique : soins curatifs, prévention (I, II et III – aucun article n’aborde la prévention IV), éducation à la santé ou éducation du patient à sa maladie ;
- Populations-cibles : individus, groupes de patients en interaction, population d’un (groupe de) médecin(s) ;
- Intrants de la relation clinique : caractéristiques personnelles des soignants, caractéristiques personnelles des patients/usagers, relation médecin-patient (aspects de pouvoir, de communication, de motivation) ;
- Facteurs externes pris en compte : organisation de pratique (évaluation, systématisation des actions, gestion de l’information clinique), système de soins (type de paiement, niveaux de collaboration, systèmes d’information, support), milieux de vie, déterminants sociaux de la santé.

Parmi les caractéristiques présentes dans les modèles, nous avons retenu comme relevant plus spécifiquement d'une approche de promotion de la santé l'éducation du patient, le ciblage du modèle sur des groupes ou des populations, la prise en compte des milieux de vie et des déterminants sociaux de la santé (Tableau III).

Résultats

Les résultats de la recherche bibliographique sont synthétisés dans le tableau III. La synthèse des articles est présentée ci-dessous par ordre chronologique de publication.

Walsh & McPhee ont publié en 1992 le *Systems model of clinical preventive care* [14]. Dans ce modèle systémique, le focus porte sur la dyade médecin-patient, et analyse les déterminants du comportement préventif chez le médecin et chez le patient. Chacun est influencé par des éléments personnels : facteurs prédisposants (ex : croyances), capacitants (ex : habiletés), et de renforcement (ex : valorisation, incitants). Des facteurs situationnels et déclencheurs du comportement sont également présents. Des éléments externes influencent le fonctionnement de la dyade : système de soins, facteurs organisationnels, facteurs liés à l'activité préventive. Les caractéristiques sociodémographiques du médecin et du patient sont évoquées.

Tableau III : Les différents modèles opérationnels en prévention/promotion de la santé en soins primaires

Les plages grisées indiquent les caractéristiques plus proches de la promotion de la santé

Auteurs	Modèle	Type de pratique			Populations-cible			Intrants de la relation clinique			Facteurs externes pris en compte				Caractéristiques principales du modèle	Année
		Soins curatifs	Prévention (I, II et III)	Education du patient	Individus	Groupes de patients	Population des médecins	Relation médecin-patient	Caractéristiques des soignants	Caractéristiques des usagers	Organisation de pratique	Système de soins	Milieu de vie	Déterminants sociaux		
Walsh & McPhee [14] Revue de littérature et exposé de principes	<i>Systems model of clinical preventive care</i>		X		X			X	X	X		X			Influence réciproque des caractéristiques personnelles du médecin et du patient dans un environnement systémique ; feedback	1992
Jaén <i>et al.</i> [15] Revue de littérature et exposé de principes	<i>Competing demands of primary care</i>		X		X				X	X	X	X			Influence réciproque des caractéristiques personnelles du médecin et du patient dans un environnement systémique	1994
Deccache [16] Exposé de principes	Modèle éducatif		X	X	X			X	X				X		Actions de prévention et d'éducation du patient dans le cadre de la relation individuelle	1997
Glasgow <i>et al.</i> [17] Revue de littérature et exposé de principes	<i>Chronic care model</i>	X	X	X	X		X				X	X	X		Aspects organisationnels au sein du système de santé	2001
Best <i>et al.</i> [18] Revue de littérature et exposé de principes	<i>Integrative framework for community partnering</i>		X			X				X			X	X	Multiréférentialité ; priorisation des actions ; divers niveaux de relation entre acteurs professionnels et publics-cibles	2003
Cifuentes <i>et al.</i> [19] Etude prospective	Coévolution		X		X				X		X				Gestion de la communication entre professionnels	2005

Sussman et al. [21] Etude comparative multicentrique	<i>Self determination theory</i>		X		X				X						Déterminants personnels du comportement du médecin	2008
Kreps [22] Revue de littérature et exposé de principes	Modèle de Weick		X	X	X			X			X	X			Contrôle du processus communicationnel entre professionnels	2009
Naaldenberg et al. [23] Exposé de principes	<i>Systems thinking in health promotion practice</i>					X	X		X		X		X		Structure, sens, rapports de pouvoir	2009
Watt et al. [24] Etude prospective	<i>Anticipatory care</i>		X		X		X				X	X			Relation médecin-patient ; soutien organisé du système de santé	2011
Calderon et al. [25] Recherche qualitative	Cadre théorique bidimensionnel		X		X			X	X	X		X	X		Influence réciproque des caractéristiques personnelles du médecin et du patient dans un environnement systémique	2011
Heidemann & Almeida [26] Etude prospective	Cercle de culture de Paulo Freire	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		Exploration critique des déterminants de santé par les soignants et les patients	2011

En 1994, Jaén *et al.* proposaient leur modèle *Competing demands of primary care* [15]. Ce modèle systémique analyse les interactions entre les contraintes du médecin, du patient et de l'environnement de pratique dans la délivrance des soins préventifs. L'approche est individuelle, et les facteurs personnels du médecin et du patient sont présents via leurs connaissances et attitudes respectives, leur gestion du temps et certaines caractéristiques (maladie chronique p.ex.). L'accent est mis sur les interrelations entre les divers composants du système : l'organisation de la pratique, les autres patients du médecin, les autres professionnels de santé impliqués. L'environnement est présent via le système de paiement, la perception par le médecin de sa propre performance au sein du système de santé, et les caractéristiques de son implantation professionnelle (densité de médecins p.ex.).

En 1997, Deccache proposait un **modèle « éducatif » de promotion de la santé** au sein de la dyade médecin-patient, intégrant plusieurs composants : prévention, éducation pour la santé et éducation du patient [16]. Parmi les domaines de la promotion de la santé se retrouvent, d'une part, des activités médicales et éducatives, et, d'autre part, des activités légales et environnementales. Chaque domaine a deux volets : la prévention de la maladie ou l'amélioration de la santé. Les valeurs du médecin sont mises en avant et déterminent son positionnement dans le système : valeurs professionnelles (choix du lieu ou type de pratique, référence au modèle biomédical ou bio psychosocial), valeurs sociales (ex. humanisme), modèle éducatif utilisé avec les patients (logique d'enseignement, centrée sur l'enseignant, ou logique d'apprentissage, centrée sur l'apprenant).

En 2001, Glasgow *et al.* appliquaient le *Chronic Care Model* (Wagner, 1998) à l'analyse des interactions entre des patients informés et « activés » et des équipes de soins proactives et

entraînées pour favoriser le développement de services préventifs efficaces, dispensés au niveau individuel [17]. La prévention et la gestion des maladies chroniques présentent des similitudes (actions planifiées sur des populations bien définies, référence forte à l'EBM, implication active des patients, manque de formation des médecins, dépendance de supports extérieurs à la consultation) et des différences (la prévention demande moins d'assiduité mais est plus étrangère à la culture médicale, les maladies chroniques sont plus « motivantes » pour les patients, elles demandent des efforts plus conséquents à la société). Le modèle se focalise sur le système de santé et ses composants (support aux dispensateurs de soins, organisation des soins, support décisionnel, système d'information clinique) au sein de la communauté (médicale), ses ressources et ses politiques de santé.

En 2003, Best *et al.* proposaient l'*Integrative Framework for Community Partnering* [18] pour faire face à la complexité et à la diversité des pratiques et de la recherche en promotion de la santé, soit l'implication de plusieurs disciplines et du public cible dans une approche systémique, globale, participative et collaborative. Les auteurs suggèrent d'intégrer quatre modèles conceptuels existants et complémentaires pour développer et supporter les réseaux, et combiner les approches *top-down* et *bottom-up* au niveau populationnel : 1) *PRECEDE-PROCEED*, qui pose la question de la cohérence et de la priorisation des actions dans le développement des programmes, en fonction de la versatilité des cibles potentielles et de la multitude des résultats possibles ; 2) *Social ecology*, qui amène une vue globale sur les déterminants de la santé, et par là les différents niveaux d'action nécessaires : individuel, organisationnel, institutionnel ; 3) *Life course health development model*, qui intègre l'évolution des besoins en santé dans la durée de vie des individus ; 4) *Community partnership model*, qui propose aux différents acteurs une façon de travailler ensemble. Le modèle intègre des niveaux complexes de relation entre acteurs professionnels et publics-cibles. Il prend en compte les déterminants sociaux de la santé.

L'article de Cifuentes et al. (2005) consacré aux nécessaires réformes de structure en prévention et promotion de la santé (individuelle) dans les pratiques de soins de santé primaires, introduisait le concept de **coévolution** dans le champ des actions en santé [19, 20]. Le concept vient du monde de l'entreprise. Il propose les conditions pour la collaboration en permettant la synergie et la compétition entre les composants décentralisés d'un système (soignants ou équipes de soins), récompensant les performances individuelles ; les relations sont constamment en développement, mais seules celles qui sont productives sont conservées. Le concept a été utilisé pour développer l'organisation d'unités de soins préventifs. Les auteurs citent par ailleurs trois modèles utiles, à savoir le *Chronic Care Model*, cité ci-dessus, le modèle d'Everett Rogers de diffusion de l'innovation et le modèle des 5A (*Ask, Advise, Agree, Assist, and Arrange*), utilisé pour gérer une consultation de conseil en santé.

Sussman *et al.* se sont intéressés en 2008 aux facteurs personnels impliquant le soignant pour améliorer la diffusion des procédures préventives menées aux niveaux du système de santé ou des pratiques de soins de santé primaires [21]. Ils ont analysé ce dernier niveau à la lumière de la **self-determination theory**, qui classifie en trois éléments les déterminants de la motivation personnelle à agir. Le besoin d'autonomie rend compte du sens que les cliniciens mettent dans le choix de leurs actions ; le besoin de compétence traduit le désir d'agir avec savoir-faire dans l'environnement professionnel ; le besoin d'être en relation rend compte de la nécessité du support social. Les interactions du soignant avec ses collègues sont effleurées.

Kreps a proposé en 2009 d'appliquer le **modèle organisationnel de Karl Weick** aux soins et à la promotion de la santé [22]. Le modèle met en avant la nécessité de communication active entre différents acteurs, tant au niveau du système de soins et ses sous-systèmes (soignants, patients, assureurs, autorités de santé, etc.), que dans la relation soignant-soigné, où il est de la responsabilité des soignants de veiller à la clarté de la communication (p.ex. observance médicamenteuse). Dans sa forme de 1979, le modèle pose l'information comme le principal

intrans et extrants du processus organisationnel. Les organisations sont décrites comme un ensemble de processus de communication interconnectés, utilisés pour résoudre l'ambiguïté (*equivocality*) de certaines situations, pour promouvoir la recherche de solutions, l'adaptation et la croissance. Les processus de communication en santé reposent sur la notion de gestion de l'ambiguïté par deux mécanismes : les règles et les cycles. Les règles aident à évaluer le degré de familiarité ou d'ambiguïté des intrants communicationnels et balayent le champ des réponses standardisées disponibles pour y répondre. Les cycles communicationnels sont une suite de messages échangés entre les acteurs pour réduire l'ambiguïté d'intrants complexes : action, réponse, ajustement.

Naaldenberg *et al.* ont proposé en 2009 une vue sociale plutôt que technique de la promotion de la santé dans leur *Systems thinking in health promotion practice* [23]. L'objectif de la promotion de la santé est de produire des changements à la fois au niveau individuel et dans l'environnement physique et social, en mobilisant le système plutôt qu'en apportant des réponses à la problématique d'un de ses composants. Les interactions entre les différents facteurs du système (services de santé, autorités de santé, municipalités, patients, etc.) sont analysées par l'approche systémique des « systèmes mous », conçue pour déterminer ce qui doit être fait dans une problématique mal définie, évolutive et impliquant des personnes ayant des perceptions différentes sur le problème à résoudre. Pour développer la compréhension de ces systèmes, ils utilisent trois concepts : 1) la structure : un système est composé de sous-systèmes, plus cohérents que l'ensemble, et régis par leur règles propres ; 2) le sens : les différents acteurs professionnels du système ont leurs propres objectifs, perceptions, habitudes, valeurs ; le sens que chacun donne aux actions influence les interactions entre acteurs, et est influencé en retour par le contexte environnant ; 3) les rapports de pouvoir, formels ou ressources-dépendants.

En 2011, Watt *et al.* présentaient un modèle nommé *anticipatory care* [24]. Le modèle consiste à combiner les avantages de la médecine générale au sein de la relation médecin-patient (couverture quasi universelle, continuité et coordination des soins, relation personnalisée de longue durée) avec ceux d'un soutien méthodologique et logistique au sein du système de santé (identification de groupes à risque), en y mobilisant différents sous-systèmes (références spécialisées, élaboration de programmes spécifiques). Ce modèle diffère d'un suivi personnalisé de qualité par sa dimension populationnelle, la prise en compte de la planification des actions dans la durée, et leur évaluation. Le principe est basé sur l'expérience princeps du Dr Julian Tudor Hart qui, dès les années 60, pratiquait des examens préventifs systématiques de ses patients, quelle qu'ait été leur demande de soins, et tenait à jour des registres des actions menées. Le cœur de cible de la prévention, difficile à atteindre, consultait régulièrement pour d'autres motifs, et la fréquence cumulée des consultations garantissait la couverture quasi parfaite de la population en matière de prévention.

Calderon *et al.* ont construit en 2011 un **cadre théorique bidimensionnel** présentant le positionnement personnel des médecins et des patients à propos de la promotion d'un mode de vie sain, au départ d'une analyse qualitative [25]. Dans ce modèle, les activités de prévention/promotion de la santé s'inscrivent dans des relations « horizontales » (dyade médecins-patients) et « verticales ». Dans les relations « verticales », les médecins se situent entre, d'une part, le cadre du service de santé, avec ses contraintes et conditions particulières de travail (charge de travail, temps disponible, manque de confiance dans les programmes de promotion de la santé, pratiques routinières et leurs méthodes d'évaluation), et, d'autre part, les demandes multiples des patients, focalisées sur des besoins immédiats. Pour les patients, l'influence « naturelle » du contexte microsocial est primordiale. La relation verticale se joue entre bien-être et santé (ou peur de la maladie), telle que présentée par les professionnels ; la prévention, c'est pour éviter des maladies, et ils privilégient donc la demande de tests au

détriment de modifications comportementales. Les théories classiques de prédiction des comportements (*health belief model*, *socio-ecological model*, *social learning model*) contribuent également à expliquer le positionnement des médecins et des patients.

Pour inclure des activités de promotion de la santé dans des pratiques de médecine de famille au Brésil à travers une approche populationnelle, Heidemann & Almeida ont utilisé le concept de **recherche participative de Paulo Freire** en rassemblant en 2011 divers professionnels de santé et des usagers des services dans des « **cercles de culture** » [26]. La méthode de Freire (1968) passe par trois phases successives : investigation thématique, codage/décodage de significations sociales et linguistiques, et exploration critique confrontant les résultats des phases précédentes à la réalité vécue et aux changements possibles. La méthode permet d'identifier les thèmes critiques à un moment pour une communauté donnée, ainsi que les moyens d'amélioration, tout en réalisant l'*empowerment* des participants. La méthode balaye tous les niveaux de relation régissant la vie en société. Elle permet entre autres de questionner la résistance des professionnels et des populations à l'action des agents de santé communautaire.

Discussion

Résultats principaux

L'analyse des douze publications peut se résumer en six points :

1. Les articles étudiés utilisent les mots de prévention, d'éducation et de promotion de la santé dans des acceptations très différentes. Ceci peut être mis en lien avec la diversité des contextes et des origines professionnelles des auteurs (médecine générale, nursing, santé publique, communication).

2. La plupart des modèles parlent des patients, mais très peu ont été construits avec eux [25, 26]. Une approche ontologique simple, s'intéressant à ce qui conditionne leur positionnement dans la dyade médecin-patient, et leurs relations à l'environnement immédiat, est toutefois présente dans quelques modèles [14, 15, 18].
3. Les modèles dont les auteurs annoncent qu'ils s'appliquent à la prévention décrivent majoritairement des approches centrées sur les individus-patients [14-17, 19, 21, 25], à l'exception notable du modèle *anticipatory care* [24], qui tente précisément d'intégrer une dimension collective aux pratiques de soins de santé primaires, et du modèle de Weick, limité aux aspects communicationnels [22]. La plupart de ces modèles analysent le fonctionnement de la dyade médecin-patient, acteurs relativement figés dans leurs rôles respectifs (l'un soigne, l'autre est soigné), au sein du système de soins. Deux des modèles prennent cependant en compte les milieux de vie des patients et intègrent une dimension éducative [16, 17].
4. Certains modèles systémiques de type socio-écologique illustrent le concept de promotion de la santé [18, 23, 25, 26]. Ces modèles en intègrent à des degrés divers certaines caractéristiques distinctives : approche des groupes ou des populations, prise en compte des milieux de vie ou des déterminants sociaux de la santé [18, 23, 25, 26]. La compréhension de ces derniers par les soignants ou les soignés est permise par une grille de lecture du fonctionnement de la société ou de certains de ses composants [18, 23, 26].
5. Quelques modèles seulement ont été mis à l'épreuve de la pratique, et souvent dans des contextes restreints. Les données d'évaluation sont parcellaires.
6. Si les modèles décrivant la prévention et la promotion de la santé semblent les opposer, des points de convergence semblent possibles et sont discutés dans cet article.

Forces et faiblesses

Cette analyse de la littérature ne peut prétendre à l'exhaustivité ; malgré la formalisation des critères de sélection, le choix des sources a pu être empreint de la subjectivité des chercheurs. La recherche n'a pas été dirigée vers les bases de données des sciences humaines (notamment PsycINFO, Francis et Pascal) qui auraient pu apporter un éclairage différent.

Le système de mots-clés structurés du MeSH n'est pas conçu pour effectuer des recherches sur des concepts, ce qui explique le grand nombre de résultats initiaux pour le petit nombre de publications sélectionnées. Par ailleurs, la définition de la promotion de la santé du MeSH, à savoir « *Encouraging consumer behaviors most likely to optimize health potentials (physical and psychosocial) through health information, preventive programs, and access to medical care* », est restrictive par rapport à celle du REFIPS citée en introduction et constitue une limite intrinsèque de la recherche de littérature.

Néanmoins, cette analyse narrative de la littérature a révélé la diversité d'approches nommées prévention et promotion de la santé, du point de vue du monde médical. Elle permet d'évoquer des améliorations possibles de la prévention en soins de santé primaires.

Les patients occupent une place congrue

La place des patients dans les modèles recensés reflète celle qui leur est traditionnellement attribuée dans les systèmes de soins : ils en sont objets plutôt que partie prenante. Leur absence constitue sans doute un élément d'explication aux difficultés d'implémentation d'action de prévention/promotion de la santé dans certaines populations.

Deux exceptions notables ont été relevées dans cette étude : celle du cadre théorique bidimensionnel de Calderon [25], basé sur une recherche qualitative dans un contexte de soins, et celle des cercles de culture de Heidemann & Almeida [26]. La première se développe dans le cadre de la promotion de la santé dans la relation individuelle. La seconde développe

une approche collective, et est la seule à faire une référence explicite à une théorie à la fois pédagogique, sociale et politique [27]. La promotion de la santé est pourtant éminemment politique, car elle nécessite de coordonner de multiples secteurs de la société pour influencer autant que possible les divers déterminants de la santé et de la maladie.

On remarque cependant une progression de l'attention aux usagers entre les modèles, de la prise en compte des caractéristiques personnelles des patients [14, 15, 18, 25, 26], puis à celle des milieux de vie [16-18, 23, 25, 26], puis des déterminants sociaux [18], jusqu'au ciblage de groupes d'usagers, pouvant potentiellement remettre en question le pouvoir médical [18, 23, 26].

Deux mondes en présence

La prévention et les soins curatifs partagent les mêmes modèles fonctionnels, centrés sur la relation clinique dans la dyade médecin-patient : l'exemple de l'application du *Chronic Care Model* à la prévention en est un exemple clair [17]. Ses différents composants (p.ex. systèmes d'information, dialogue médecin-patient) permettent de passer en revue systématiquement les forces et les faiblesses des pratiques de terrain. Des stratégies concrètes d'amélioration du fonctionnement peuvent en être déduites localement, en accord avec les besoins ressentis ou exprimés par les soignants et/ou les patients pour s'implanter dans des pratiques principalement et historiquement dédiées aux soins curatifs [28, 29]. Agir sur les réticences des soignants à proposer des stratégies et des opportunités de changement à leurs patients, et à les accompagner dans ce processus passe probablement par une amélioration des paramètres individuels dans la dyade soignant/soigné. La psychologie sociale et les théories prédictives des comportements individuels, auxquelles appartient le modèle de Sussman [21], peuvent y contribuer.

La promotion de la santé intègre les approches individuelle, de groupe et populationnelle, et cherche à agir sur les déterminants sociaux de la santé. Elle se décline mieux dans des modèles qui intègrent la complexité de la société dans laquelle elle se développe : pensée systémique, modèles basés sur les théories de la communication, modèles pédagogiques, voire politique dans le cas de la pensée de Paulo Freire [26]. Ces modèles complexes sont les seuls à pouvoir espérer intégrer les stratégies d'intervention reprises dans la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.

Mélanges et solutions

Nous avançons dans l'introduction que les pratiques en soins de santé primaires sont rarement purement préventives ou purement du domaine de la promotion de la santé. Les deux mondes ne semblent pas pour autant solubles l'un dans l'autre, les acteurs étant de formations différentes, et pratiquant des métiers différents. Les acteurs de promotion de la santé ne sont d'ailleurs pas encore unanimement reconnus dans leurs compétences, y compris dans les milieux de la santé publique [30].

Le continuum historique cité en introduction, de la définition holistique de la santé de l'OMS à la promotion de la santé, a déplacé le focus de l'individu à la société. La dispensation des soins est, quant à elle, restée très majoritairement centrée sur les approches individuelles.

Peut-on demander aux soignants des soins de santé primaires de s'impliquer plus dans une démarche de promotion de la santé, qui ajoute un niveau de complexité à leur métier ? Il leur est plus facile de faire évoluer leur pratique dans le cadre de la relation clinique que dans le cadre de la promotion de la santé, qui leur imposerait d'exercer des compétences qui appartiennent à d'autres champs professionnels (travailleurs sociaux, enseignants, formateurs, animateurs communautaires). Les stratégies de la promotion de la santé n'excluent pas celles utilisées en soins préventifs et curatifs pour identifier les patients à risque et les motiver au

changement [31]. Ces stratégies valorisent certains éléments *a priori* facilement intégrables aux pratiques de soins.

L'*empowerment* individuel des patients permettrait de rééquilibrer la relation soignant/soigné. Des stratégies utilisant une grille de lecture *structure / sens / relation de pouvoir* [23] ou des étapes de codage/décodage du signifiant [27] permettent d'obtenir un *empowerment* des soignants et des patients. La participation accrue à des réseaux locaux pourrait compléter la stratégie d'amélioration des pratiques préventives favorisant les synergies entre acteurs de divers services au bénéfice de la population. Ces changements permettraient d'adapter les messages aux particularités des populations, y compris défavorisées, et de prendre en compte l'économie globale du vécu des patients, dont la santé n'est qu'un élément.

Une approche collective limitée à la patientèle d'un (groupe de) médecin(s) est possible moyennant la maîtrise de quelques techniques de gestion de la base de données des dossiers médicaux [31]. L'intégration, au sein des mêmes structures, de l'approche individuelle et collective est une voie permettant la poursuite simultanée des objectifs de personnalisation, d'efficacité et d'équité. Des initiatives en ce sens voient régulièrement le jour : les maisons et pôles de santé en France, les maisons médicales en Belgique, regroupent des professionnels de santé des soins primaires dans le but d'intégrer leurs compétences au bénéfice de la qualité des services rendus [32, 33]. De tels regroupements permettent de réfléchir l'organisation de la pratique, favorisant l'émergence, selon les équipes, de projets variés qui bouleversent le paysage traditionnel des soins de santé primaires (ex. alertes informatiques pour la relance écrite des patients pour la prévention, modules d'éducation à la santé, réflexion sur les modes de financement des soins, sur la relation entre soignants et usagers des soins). Ces nouvelles pratiques vont dans le sens de l'*integrated care*, dont un des objectifs est précisément de fournir des soins globaux de qualité aux patients fragilisés par des conditions sociales et médicales complexes [34].

Implications pour la formation

L'ensemble des évolutions évoquées ci-dessus a des implications sur la formation des soignants.

La communication entre les différents acteurs devrait faire l'objet d'une attention particulière, en partant de modèles tels que proposés par Cifuentes ou Kreps [19, 22]. Dans le domaine qui nous occupe, l'efficacité communicationnelle ne suffit pas ; un rééquilibrage de la relation soignant/soigné passe par le décodage des relations de pouvoir entre eux. L'*empowerment*, conçu tant comme processus que comme résultat, est de nature à contribuer à cette évolution des relations de pouvoir, et la formation des soignants devrait en mettre en lumière les avantages [35, 36]. La définition européenne de la médecine générale appelle d'ailleurs depuis 2011 à l'*empowerment* des patients [37].

Dépasser l'approche individuelle au sein de pratiques de soins requiert une formation aux concepts et pratiques de santé publique, comportant au minimum les principes de travail par objectif et l'évaluation [31]. L'exemple du modèle d'*anticipatory care* montre la faisabilité du modèle [24]. La collaboration au sein de réseaux incluant des professionnels de santé, et d'autres acteurs de la société, devrait être mise en valeur dès la formation initiale afin de favoriser l'émergence progressive d'une structure et d'un langage communs. Le document de consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine va dans ce sens, en recommandant d'offrir aux étudiants une exposition précoce et longitudinale à des expériences d'apprentissage basées dans la communauté, à la fois en théorie et en pratique, et de mettre en œuvre des modèles innovants, intégrant à la fois la santé individuelle et la santé de la population [38].

La mise en place d'une approche par compétences intégrée (APC^I) permettrait de créer une guidance pour la formation à la promotion de la santé des futurs soignants [39]. Les

compétences précédemment citées devraient être associées à des méthodes pédagogiques cohérentes : dispositifs de mise en situations professionnelles favorisant la réflexivité, et basés sur une construction collective des modalités de la pratique, avec le patient et avec d'autres professionnels.

« Nous continuons à parler de santé comme si l'essentiel ne se jouait pas ailleurs ».

Pierre Lombrail, président de la Société française de santé publique.

Observatoire de la santé du Hainaut, 25 mars 2014.

Bibliographie

- [1] Bentzen N. WONCA Dictionary of General/Family Practice. Copenhagen: Wonca International Classification Committee; 2003.
- [2] Promosanté. Définition de la promotion de la santé. Réseau francophone international pour la promotion de la santé.
- [3] Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature. Questions d'économie de la santé. 2012;179:1-8.
- [4] Module de prévention du dossier médical global. Bruxelles: INAMI; 2011.
- [5] Gervas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? Lancet. 2008;372:1997-99.
- [6] Yarnall KS, Pollak KI, Ostbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? Am J Public Health. 2003;93:635-41.
- [7] Hartlev M. Equal access to healthcare on a non-discriminatory basis--reality or aspiration? European journal of health law. 2013;20:343-6.
- [8] Kleinert S, Horton R. Health in Europe--successes, failures, and new challenges. Lancet. 2013;381:1073-4.
- [9] Lorant V, Boland B, Humblet P, Deliege D. Equity in prevention and health care. J Epidemiol Community Health. 2002;56:510-6.
- [10] Dever AGE. An epidemiological model for health policy analysis. Social Indicators Research. 1976;2:453-66.
- [11] Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm, Sweden: Institutet för Framtidsstudier; 2007.
- [12] Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Debates, Policy & Practice, Case Studies. Geneva: World Health Organization; 2010.
- [13] Vandoorne C. Promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé : parle-t-on de la même chose ? Education Santé. 2009;250:6-7.

- [14] Walsh JM, McPhee SJ. A systems model of clinical preventive care: an analysis of factors influencing patient and physician. *Health Educ Q.* 1992;19:157-75.
- [15] Jaen CR, Stange KC, Nutting PA. Competing demands of primary care: a model for the delivery of clinical preventive services. *J Fam Pract.* 1994;38:166-71.
- [16] Deccache A. Education pour la santé, éducation du patient. Quelques concepts et leur signification en médecine générale. Bruxelles: RESO-UCL; 1997.
- [17] Glasgow RE, Orleans CT, Wagner EH. Does the chronic care model serve also as a template for improving prevention? *Milbank Q.* 2001;79:579-612, iv-v.
- [18] Best A, Stokols D, Green LW, Leischow S, Holmes B, Buchholz K. An integrative framework for community partnering to translate theory into effective health promotion strategy. *Am J Health Promot.* 2003;18:168-76.
- [19] Cifuentes M, Fernald DH, Green LA, Niebauer LJ, Crabtree BF, Stange KC, et al. Prescription for health: changing primary care practice to foster healthy behaviors. *Ann Fam Med.* 2005;3 Suppl 2:S4-11.
- [20] Eisenhardt KM, Galunic CD. Coevolving: At Last, a Way to Make Synergies Work. *Harv Bus Rev.* 2000:91-101.
- [21] Sussman AL, Williams RL, Leverage R, Gloyd PW, Jr., Crabtree BF. Self determination theory and preventive care delivery: a Research Involving Outpatient Settings Network (RIOS Net) study. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM.* 2008;21:282-92.
- [22] Kreps GL. Applying Weick's model of organizing to health care and health promotion: highlighting the central role of health communication. *Patient Educ Couns.* 2009;74:347-55.
- [23] Naaldenberg J, Vaandrager L, Koelen M, Wagemakers AM, Saan H, de Hoog K. Elaborating on systems thinking in health promotion practice. *Global health promotion.* 2009;16:39-47.
- [24] Watt G, O'Donnell C, Sridharan S. Building on Julian Tudor Hart's example of anticipatory care. *Primary health care research & development.* 2011;12:3-10.
- [25] Calderon C, Balague L, Cortada JM, Sanchez A. Health promotion in primary care: how should we intervene? A qualitative study involving both physicians and patients. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:62.
- [26] Heidemann IT, Almeida MC. Freire's dialogic concept enables family health program teams to incorporate health promotion. *Public Health Nurs.* 2011;28:159-67.
- [27] Freire P. *Pédagogie des opprimés: suivi de Conscientisation et révolution.* Paris: Editions La découverte; 2001.
- [28] Ruhe MC, Weyer SM, Zronek S, Wilkinson A, Wilkinson PS, Stange KC. Facilitating practice change: lessons from the STEP-UP clinical trial. *Prev Med.* 2005;40:729-34.
- [29] Litaker D, Tomolo A, Liberatore V, Stange KC, Aron D. Using complexity theory to build interventions that improve health care delivery in primary care. *J Gen Intern Med.* 2006;21 Suppl 2:S30-4.
- [30] Davies JK. Health Promotion: a Unique Discipline? Health Promottion Forum of New Zealand. Auckland November 2013.
- [31] Vanmeerbeek M. La médecine générale doit contribuer à l'amélioration continue de la qualité des soins et y intégrer la promotion de la santé. *La Presse Médicale.* 2009;38:1360-5.
- [32] Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé.
- [33] Fédération des Maisons médicales et des Collectifs de Santé francophones.
- [34] Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. *International journal of integrated care.* 2002;2:e12.
- [35] Empowerment. Quint-Essenz; 2014.
- [36] Laperche J. Education du patient : quels progrès pour quelle santé, ou la promotion de la santé en médecine générale. In: Vincent I, Loaëc A, Fournier C, editors. *Modèles et pratiques en éducation du patient : apports internationaux 5es Journées de la prévention Paris, 2-3 avril 2009.* Saint-Denis: INPES; 2010. p. 138-47.
- [37] Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, et al. The European Definition of General Practice / Family Medicine. *WONCA Europe;* 2011.

[38] Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools. In: Boelen C, Woolard B, editors. Mthatha, SA: Walter Sisulu University; 2010.

[39] Parent F, Baulana R, Coppieters Y, Kahombo G, d'Hoop E, Lemenu D, et al. Mieux gérer la cohérence pour renforcer les ressources humaines en santé : paradigmes et méthodes pour une intégration efficace des pratiques professionnelles et communautaires en formation. *Pédagogie médicale*. 2010;11:111-25.