

# La « promotion » de la santé cardio-vasculaire, mais encore ?

par le Dr Jean Laperche\*

**P**révention des maladies ou promotion de la santé ? Y a-t-il des différences ? Quelle importance en médecine générale ?

La **prévention des maladies cardio-vasculaires**, tout le monde le sait, est un premier travail en amont pour tenter d'éviter ces maladies ou d'en diminuer la morbidité. La « prévention » est le dépistage et le suivi des risques des maladies cardio-vasculaires. Tous ces risques sont bien connus et regroupés actuellement dans une seule approche commune : le **risque cardio-vasculaire global** à mesurer chez tous les patients de 30 à 75 ans.

La **promotion de la santé**<sup>(1)</sup> cardio-vasculaire, c'est la suite de ce travail en amont qui s'intéresse cette fois à un cran plus éloigné des facteurs de risque : les **déterminants de la santé** : l'insertion sociale, le niveau d'éducation, l'emploi, les conditions de vie, etc. Bien en amont des maladies et influençant considérablement la santé des individus et des populations, ces déterminants de la santé sont à ce jour bien connus et communs pour beaucoup de maladies chroniques ou de souffrances humaines<sup>(2)</sup>. Ce sont les sciences humaines et les sciences sociales qui ont apporté ces éléments à la médecine.

Dans nos expériences cliniques, nous savons tous que les conditions de la vie quotidienne des patients influencent considérablement leur santé : précarités, conditions de (non) travail, ruptures familiales et sociales provoquant des sentiments d'insécurité ou de perte d'identité fortement corrélés aux facteurs de risque plus médicaux : stress, tabac, obésité, alcoolisme problématique, alimentation déséquilibrée, HTA, ...

**Dit autrement, la promotion de la santé cardio-vasculaire, c'est passer du registre des maladies (à prévenir, à éviter) à celui de la santé (à promouvoir, à augmenter) d'un individu et d'un groupe social (ex. : une patientèle d'un généraliste).**

En médecine générale, nous nous intéressons non seulement à l'une ou l'autre maladie, mais surtout à ce patient (malade ou non), à toute sa personne et à son contexte de vie.

Cette approche humaniste est familière et gratifiante pour le généraliste<sup>(3)</sup>. Utile aussi pour le patient et tout aussi gratifiante pour lui.<sup>(4, 5)</sup>

## UN PROJET CONCRET EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Dans l'actuel projet qui se développe depuis 2004 en Communauté française, nous avons tenté de concrétiser la promotion de la santé par deux démarches :

1. Rencontrer le monde subjectif du patient avec un « guide d'entretien », à disposition du généraliste, pour l'accompagnement des patients à risque cardio-vasculaire identifié. Ce guide propose des pistes pour faciliter une négociation réaliste et efficace entre le généraliste et le patient, vers une amélioration progressive de ses comportements de santé. Ce « guide » est disponible sur le site spécifique de ce projet : [www.promosante-mg.be](http://www.promosante-mg.be)
2. Faire réaliser un répertoire des ressources locales proches du cabinet du généraliste par un groupe de généralistes : le projet « ressources locales ». Les premiers généralistes volontaires qui ont réalisé ce cadastre en 2006 ont découvert des ressources inattendues au service du patient : une consultation-conseil gratuite à la permanence de l'antenne locale de l'Association Belge du Diabète, un club de fitness, une consultation de tabacologie, ... Ces généralistes ont découvert aussi d'autres acteurs de la santé, professionnels ou non. Un réseau de collaborations peut se construire. L'agenda du généraliste peut s'étoffer. Ces ressources aident le généraliste à motiver les patients vers un changement possible. Le travail en réseau, en partenariat, est une dimension fondamentale de la promotion de la santé.

Les généralistes sous-estiment l'impact qu'ils peuvent avoir auprès de leurs patients<sup>(6)</sup>. Parfois, à leur insu, les généralistes peuvent influencer fortement la motivation du patient (50/50) à changer son mode de vie pour devenir davantage capable de vivre autrement sa santé.

## LA PROMOTION DE LA SANTÉ SELON L'OMS

L'OMS a balisé ces concepts (santé subjective, santé globale, travail en réseau et en partenariat) et plusieurs auteurs<sup>(7)</sup> ont défini deux pôles caricaturaux entre lesquels les généralistes oscillent au fil de leurs contacts, du déroulement de la journée, de leurs réflexions pour comprendre et accompagner au mieux les patients qui leur font confiance.

Pour l'OMS, la promotion de la santé, ce sont des stratégies pour maintenir ou augmenter le niveau de santé (bien-être) de tout ou une partie d'une population.

\* Médecin généraliste  
Fédération des  
maisons médicales  
1000 Bruxelles  
asbl Promotion Santé et  
Médecine Générale  
1060 Bruxelles

## ABSTRACT

Beyond the prevention of diseases, the present article describes the method for the general practitioner to promote health.

**Keywords :**  
prevention, health promotion, health determinant, general practice.

## RÉSUMÉ

Au delà de la prévention des maladies, cet article présente comment le généraliste peut et doit promouvoir la santé.

**Mots clés :** prévention, promotion de la santé, déterminants de la santé, médecine générale.

Approche centrée sur la maladie	Approche centrée sur le patient et la communauté
<p><b>Modèle biomédical</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modèle fermé</li> <li>• La maladie est principalement organique</li> <li>• Elle affecte l'individu</li> <li>• Elle doit être diagnostiquée et traitée</li> <li>• Par des médecins</li> <li>• Dans un système autonome, centré autour d'hôpitaux dirigés par des médecins</li> </ul>	<p><b>Modèle global</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modèle ouvert</li> <li>• La maladie résulte de facteurs complexes, organiques, humains et sociaux</li> <li>• Elle affecte l'individu, la famille et l'environnement (contexte social)</li> <li>• Elle demande une approche continue, de la prévention à la réadaptation, qui tienne compte des facteurs organiques, psychologiques et sociaux</li> <li>• Par des professionnels de la santé travaillant en collaboration</li> <li>• Dans un système ouvert et interdépendant avec la communauté</li> </ul>

Tableau 1: les deux modèles de santé (BURY J. and all, Les deux modèles de santé, p. 31 in Éducation pour la santé, De Boeck, 1988)

Dit autrement, c'est une manière particulière d'envisager la santé, de porter un regard, d'entendre, de soigner...  
 Ces stratégies, ces manières de faire, nous incitent à prendre aussi en compte le point de vue du patient, sa **santé subjective** telle qu'il la vit, et à réfléchir avec lui, et parfois agir, sur les **déterminants de la santé** des personnes concernées: conditions de vie, habitat, accès aux soins, insertion sociale, etc.

L'OMS a défini il y a 20 ans cinq stratégies principales: (Charte d'Ottawa, 1986):

- «Élaborer une politique publique saine
- Créer des milieux favorables (à la santé)
- Renforcer l'action communautaire (= de la communauté locale des usagers, habitants, citoyens, patients ou non)
- Acquérir des aptitudes individuelles (= éducation pour la santé, accompagnement thérapeutique du patient à risque<sup>(8)</sup>)
- Réorienter les services de santé» (e.a. la médecine générale).

Les professionnels de la santé, dont les généralistes, sont particulièrement concernés par les quatrième et cinquième stratégies proposées par l'OMS: l'éducation thérapeutique et la réorientation des services de santé.

**EN QUOI LES PRINCIPES DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ SONT UTILES DANS LE TRAVAIL QUOTIDIEN DES GÉNÉRALISTES<sup>(9)</sup>**

Se référer à la Charte d'Ottawa, c'est vouloir rester global, approche pertinente en médecine générale. C'est dire que l'accompagnement des patients est inscrit dans tout projet thérapeutique et n'est pas dissociable des quatre autres axes de travail que cette Charte préconise.

Concrètement, quand il s'agit d'éducation du patient, c'est:

- au plan politique: concevoir des programmes qui prennent en compte et au besoin interpellent les politiques institutionnelles;
- au plan de l'environnement: aménager notre cadre d'exercice pour qu'il contribue non seulement à la qualité des soins mais aussi à l'autonomie des personnes qui viennent nous consulter<sup>(10)</sup>;

- au plan de la démocratie: associer les patients à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes;
- en ce qui concerne les services de santé: ne pas déléguer l'activité éducative à une catégorie de soignants mais au contraire favoriser l'implication de chacun dans une démarche éducative conçue collectivement.

En respectant ces principes, il semble que l'on évite de tomber dans les pièges d'une éducation thérapeutique focalisée:

- Sur l'**observance**: le but de l'accompagnement thérapeutique des patients à risque n'est pas de rendre les patients plus obéissants!
- Sur les **apprentissage**s: «Le danger pour l'éducation thérapeutique, c'est de croire ou d'espérer que tout peut être objet d'un apprentissage alors que la mort, la souffrance ou l'échec sont simplement le lieu de l'accompagnement et de l'écoute.»<sup>(11)</sup> C'est aussi une façon de lutter contre notre désir ou notre illusion de toute puissance.
- Sur la **responsabilité individuelle**: quel que soit leur comportement vis-à-vis des soins, quelles que soient leurs habitudes de vie, les personnes malades ne peuvent être tenues pour responsables de leur état de santé. C'est contraire aux principes affichés dans la Charte d'Ottawa.<sup>(12)</sup>»

**LE GÉNÉRALISTE ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ**

Dans sa **définition européenne**, la médecine générale entend «favoriser la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace» (WONCA, Europe, 2002).

La «**promotion de la santé**» est également une des sept compétences attendues pour l'excellence de la pratique médicale, suivant le **Cadre des Compétences CanMeds 2005<sup>(13)</sup>**, tant pour les médecins spécialistes que pour les médecins généralistes:

«Les médecins reconnaissent qu'ils doivent et peuvent améliorer l'état de santé global de leurs patients et de la société qu'ils servent. Les médecins estiment que les activités de

promotion sont importantes pour le patient en particulier, pour des populations de patients et pour des collectivités. Les patients ont besoin que les médecins les aident à s'y retrouver dans le système de soins de santé, et à avoir accès aux personnes appropriées en temps opportun»...

«**La promotion de la santé met en jeu des efforts qui visent à modifier des pratiques ou des politiques en particulier pour le compte des populations servies. Défini de cette façon à niveaux multiples, ce rôle constitue un élément essentiel et fondamental de la promotion de la santé, qui s'exprime de la façon appropriée par les interventions à la fois individuelles et collectives des médecins qui cherchent à influencer la santé publique et les politiques en la matière.**»

## DES STRUCTURES OFFICIELLES PUBLIQUES

En Communauté française de Belgique, il existe un ministère de la promotion de la santé (M<sup>me</sup> FONCK) qui comporte également un organe consultatif composé des principaux acteurs de la promotion de la santé : le Conseil Supérieur de Promotion de la Santé<sup>(14)</sup>. La SSMG, la Fédération des maisons médicales, l'Observatoire de la Santé du Hainaut de même que les écoles de santé publique des universités, les mutualités, l'ONE, la médecine scolaire, ... en font partie.

Quatre services communautaires (les 3 universités francophones et Question Santé), ainsi que 9 Centres Locaux de Promotion de la Santé sont des structures d'appui permanentes à la réalisation d'actions ou de programmes de promotion de la santé.

Malheureusement, le budget de la promotion de la santé dans notre pays est ridicule à côté de celui de l'INAMI (1 pour 1 800 !)

## CONCLUSION

Mais alors, la Promotion de la Santé est bien intriquée dans le quotidien des GP's ?

Oui, la promotion de la santé est déjà présente dans **la manière de faire** la médecine, dans les questions que nous nous posons, dans la place que nous accordons à la santé, au travail en partenariat avec d'autres, à une approche de santé publique, à une priorité aux plus démunis, à un travail en amont sur ce qui détermine des souffrances communes de beaucoup de patients.

Au quotidien, le MG a une approche globale, tant médicale que sociale. Il situe le patient dans son contexte de vie. Bien que débordé par les soins curatifs, il est particulièrement concerné par les maladies chroniques pointées par l'OMS dans la charte de Bangkok en 2005 : «**les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer et le diabète.**»

Le généraliste aborde aussi les questions de tabac, de l'alimentation, des exercices physiques.

À partir d'un patient en particulier vers la santé de tous ses patients, le généraliste peut témoigner, en scientifique de proximité, envers les autorités publiques de beaucoup de situations concrètes vécues par les patients.

Quand nous écoutons les patients, avec respect, pour construire une relation vraie., quand nous prenons le temps nécessaire, quand nous valorisons les initiatives, quand nous soutenons les démarches de ce patient — qui peut avoir des valeurs et des priorités différentes des nôtres — nous sommes déjà, parfois sans le savoir, dans des démarches de promotion de la santé.

Si nous cherchons à décoder le sens ou le pourquoi des comportements apparemment aberrants des patients, avec une réflexion partagée entre collègues, nous sommes encore dans des démarches de promotion de la santé.

Ces exigences améliorent nos compétences cliniques pour les patients directement concernés et aussi pour tous les autres...

La promotion de la santé, dans son approche conceptuelle, en amont des soins préventifs, en interrogeant les déterminants de la santé, peut sembler bien éloignée de nos préoccupations cliniques quotidiennes. Cependant, à y regarder d'un peu plus près, elle porte en elle les ferments d'une médecine humaine et performante, au bénéfice d'une amélioration de la santé de tous... ■

## BIBLIOGRAPHIE

1. <http://www.canadian-health-network.ca/servlet/ContentServer?cid=1044313071295&pagename=CHN-RCS%2FPPage%2FGTPPageTemplate&c=Page&lang=Fr>
2. Eevans, Être ou ne pas être en bonne santé, Ed. Libbey, 1996.
3. Fairbust K, May C., What General Practitioners find satisfying in their work: implications for health care system reform, *Ann. Fam. Med* 2006; 4: 500-5
4. Welschen I, Kuyvenhoven M, Hoes A, Verheij T. Antibiotics for acute respiratory tract symptoms: patients' expectations, GP's management and patient satisfaction. *Family Practice*, 2004; 21: 234-7.
5. Laperche J., Prévost M. Enquête de participation sur un échantillon de la patientèle de la maison médicale de Barvaux – *Santé Conjugée*, 2004. 28
6. Levêque A, Berghmans L, Lagasse R, Laperche J, Piette D, Style de pratique en médecine générale et activités préventives en Communauté française de Belgique, *Arch Public Health*, 1997; 55: 145-58.
7. Bury J. and all, Les deux modèles de santé, p. 31 in *Éducation pour la santé*, De Boeck, 1988
8. Laperche J., Faut-il éduquer les patients en médecine générale? *Éducation du Patient et Enjeux de Santé*, 2002 (21) 4
9. Sandrin B., Promotion de la santé: de la théorie à la pratique... ou à quoi servent les déclarations solennelles de l'OMS? *Revue Éducation Santé*, 2006; 216
10. Girard Anne, Ma formation en éducation thérapeutique des patients atteints de maladie chronique: à quoi me sert-elle? *Éducation du Patient et Enjeux de Santé*, 2004 (22), 1
11. Longneau JM. Bien gérer sa santé? *Éducation santé*, 1994, 90: 4-6.
12. Sandrin-Berthon B. Le regard d'une éducatrice pour la santé. In Comité régional d'éducation pour la santé du Languedoc-Roussillon. Développer les offres régionales de formation en éducation du patient. *Actes du séminaire*. 2004, 41-6.
13. Jason R., Frank, Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2005.
14. <http://www.sante.cfwb.be/pg001.htm>

*Cette recherche-action est conçue et réalisée par et pour des généralistes rassemblés au sein de l'asbl Promotion Santé et Médecine générale, née d'un partenariat entre la SSMG et la Fédération des maisons médicales et créée à la suite du projet. Elle continue toujours en 2007 : affiche pour la salle d'attente, documents pour les patients, cadastre des ressources locales pour l'accompagnement des patients présentant un risque cardiovasculaire, formation et discussion de cas de suivi de patients à risque cardiovasculaire identifié. Des interventions et les prémises d'un travail en partenariat avec des associations actives en promotion de la santé sont prévues pour 2007.*