

Promotion de la santé et éducation pour la santé : un enjeu pour l'hygiène

Journée annuelle de prévention des infections associées aux soins.

CClin Paris-Nord. Vendredi 30 juin 2017

Pierre Lombrail. PU (Paris13) – PH (AP-HP)

Pdt de la commission spécialisée prévention de la CRSA

Plan

- **De quoi parle-t-on ?** *Promotion de la santé et éducation pour la santé.*
- **Un enjeu pour l'hygiène ?** *Des difficultés à « changer les pratiques » (et les organisations).*
- **Des pistes pour avancer ?** *Des hôpitaux promoteurs de santé aux soins / organisations sensibles aux différences sociales et culturelles (en passant par la « health literacy »)...*

PROMOTION DE LA SANTE (Charte d'Ottawa. OMS – 1986)

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

Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé. Cela comprend une solide formation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités de faire des choix sains. **Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé.** »

Charte d'Ottawa. La santé de l'Homme n° 325 – septembre/octobre 1996

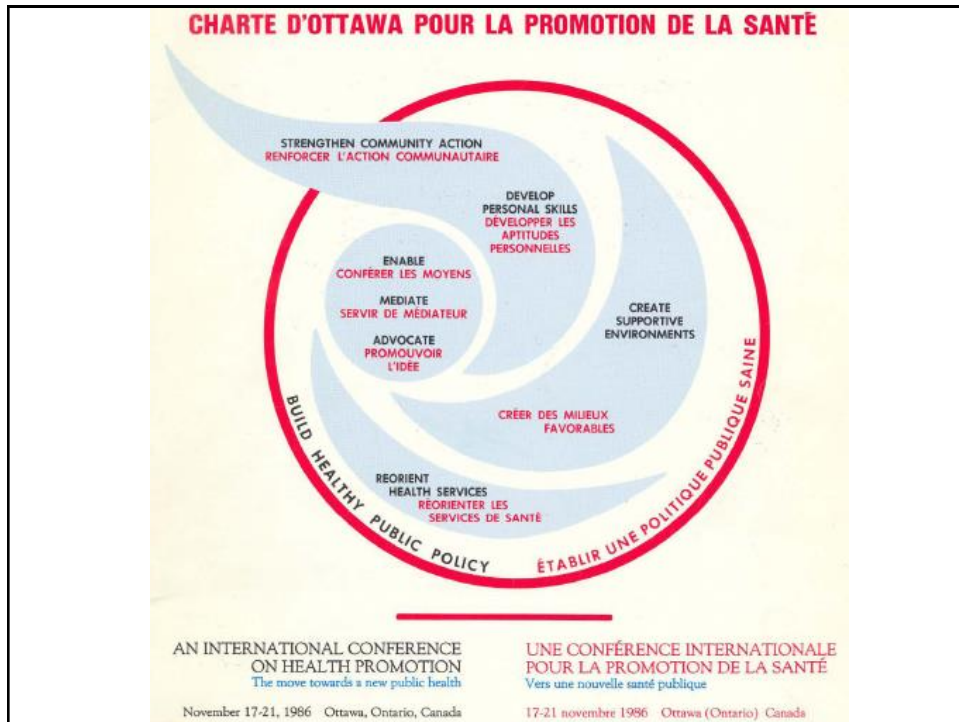
3

Relationship between neighborhood poverty rate and bloodstream infections in the critically ill.

Mendu, M et al. Critical Care Medicine: May 2012 - Volume 40 - Issue 5 - p 1427-1436

- **Background:** Poverty is associated with increased risk of chronic illness, but its contribution to bloodstream infections is not well-defined.
- **Methods:** We performed a multicenter observational study of 14,657 patients, aged 18 yrs or older, who received critical care and had blood cultures drawn between 1997 and 2007 in two hospitals in Boston, Massachusetts. Data sources included 1990 U.S. Census and hospital administrative data. Census tracts were used as the geographic units of analysis. The exposure of interest was neighborhood poverty rate categorized as <5%, 5%–10%, 10%–20%, 20%–40%, and >40%. Neighborhood poverty rate is the percentage of residents with income below the federal poverty line. The primary end point was bloodstream infection occurring 48 hrs before critical care initiation to 48 hrs after. Associations between neighborhood poverty rate and bloodstream infection were estimated by logistic regression models. Adjusted odds ratios were estimated by multivariable logistic regression models.
- **Results:** Two thousand four-hundred thirty-five patients had bloodstream infections. Neighborhood poverty rate was a strong predictor of risk of bloodstream infection, with a significant risk gradient across neighborhood poverty rate quintiles. After multivariable analysis, neighborhood poverty rate in the highest quintiles (20%–40% and >40%) were associated with a 26% and 49% increase in bloodstream infection risk, respectively, relative to patients with neighborhood poverty rate of <5%.
- **Conclusions:** Within the limitations of our study design, increased neighborhood poverty rate, a proxy for decreased socioeconomic status, appears to be associated with risk of bloodstream infection among patients who receive critical care.

4



Promotion de la santé. Préalables

- « La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment *(Charte d'Ottawa, OMS, 1986. La santé de l'Homme n°325 – septembre/octobre 1996)* »
 - Se loger,
 - Accéder à l'éducation,
 - Se nourrir convenablement,
 - Disposer d'un certain revenu,
 - Bénéficier d'un système éco-stable,
 - Compter sur un apport durable en ressources,
 - Avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé. »

À la suite de la charte d'Ottawa, il fut souligné l'importance de créer des milieux favorables à la santé (1991 : déclaration de Sundsvall), l'influence de l'environnement, de la sécurité sociale, les relations sociales, la responsabilisation des femmes et le respect des droits de l'homme (1997 : Déclaration de Jakarta), l'importance du support social comme facteur de protection (2000 : Déclaration de Mexico). En 2005, la charte de Bangkok mettait en avant la nécessité d'une approche responsable partagée, en matière de promotion de la santé, entre le secteur public et le secteur privé, en 2010, celle d'Adelaïde, l'importance de l'intersectorialité et celle de Shanghai (2016), du développement durable.

Promotion de la santé (Charte d'Ottawa)

- **L'adoption de politiques publiques favorables à la santé des populations**, quel que soit le secteur (revenus, fiscalité, emploi, éducation, urbanisme, logement...) et quel que soit le niveau (national, régional, local...) concerné ; en effet les conditions de la santé relèvent très largement d'autres secteurs que celui de la santé ;
- **la création d'environnements, de conditions de vie et de travail favorables à la santé** (réduction des influences physiques et chimiques nocives, amélioration des ressources naturelles, offre de biens ou de services favorables à la santé... mais aussi qualité du lien social) ;
- **le renforcement de l'action communautaire**, permettant aux personnes et aux groupes de participer aux décisions qui concernent la santé publique et donc leur propre santé et celle de leur entourage ;
- **le développement d'aptitudes individuelles** par l'éducation pour la santé (connaissances en santé, attitudes favorables, estime de soi, confiance dans sa capacité à agir, compétences relationnelles...);
- **la réorientation des services de santé** pour qu'ils prennent mieux en compte l'expression des personnes et des groupes, participent à la prévention et à l'éducation pour la santé et travaillent en partenariat avec d'autres secteurs concernés par la promotion de la santé.

7

Éducation pour la santé

- « L'éducation pour la santé a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité. [...] Elle s'adresse à la population dans toute sa diversité avec le souci d'être accessible à chacun. [...] L'éducation pour la santé aide chaque personne, en fonction de ses besoins, de ses attentes et de ses compétences, à comprendre l'information et à se l'approprier pour être en mesure de l'utiliser dans sa vie. »
- *Plan national d'éducation pour la santé. Ministère de l'emploi, de la solidarité ; Secrétariat d'Etat à la santé et aux handicapés. Février 2001.*

8

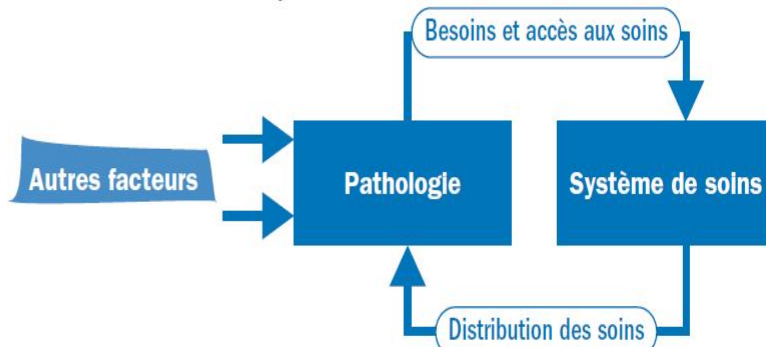
Comprendre et lutter contre les inégalités sociales de santé

La santé en France. HCSP, 2002

Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie. Evans RG, Barer ML, Marmor T. PUM / John Libbey 1996.

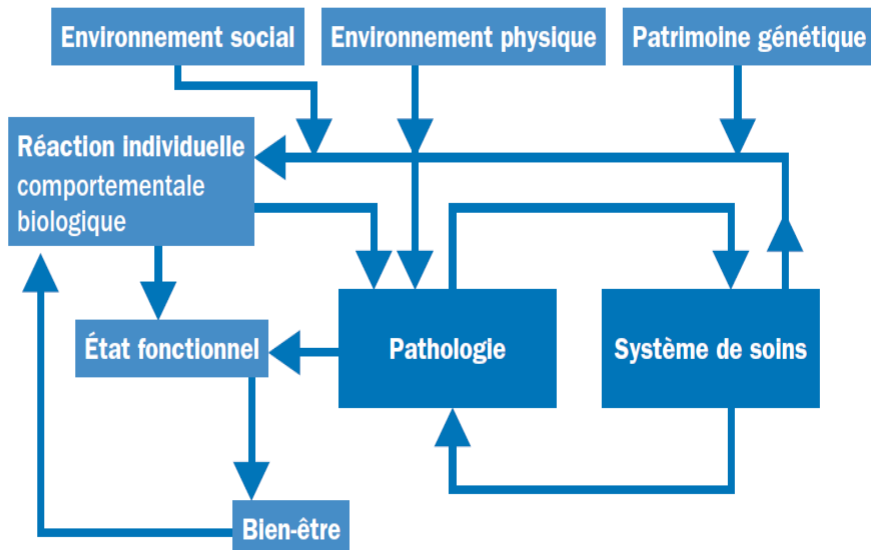
Du modèle de rétroaction simple entre la santé et le système de soins aux modèles des déterminants sociaux de la santé

Modèle de rétroaction simple



9

Modèle des déterminants sociaux



Source : d'après Evans et Stoddart [76].

10

Plan

- De quoi parle-t-on ? Promotion de la santé et éducation pour la santé
- Un enjeu pour l'hygiène ? **De la difficulté à « changer les pratiques » (et les organisations).**
- Des pistes pour avancer ? Des hôpitaux promoteurs de santé aux soins/organisations sensibles aux différences sociales et culturelles (en passant par la « health literacy »)...

11



World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

WHO Guidelines
on Hand Hygiene in Health Care

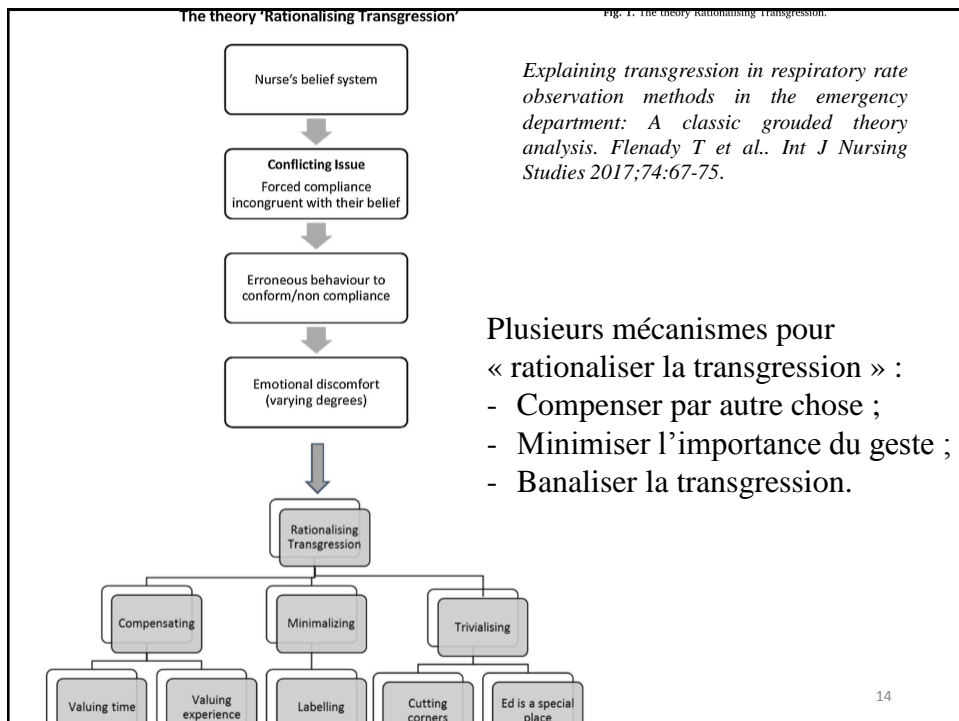
First Global Patient Safety Challenge
Clean Care is Safer Care



Observance des pratiques d'hygiène des mains (OMS, 2009)

- L'observance est variable et dépend de facteurs multiples ; elle est d'autant plus faible que le nombre d'opportunités est élevé...
- Les barrières perçues sont multiples : irritation des mains, dispositifs difficilement accessibles, priorité donnée aux besoins des patients, manque de temps et (ou) de personnel, ..., *méconnaissance / oubli des recommandations, méconnaissance de l'efficacité des mesures*
- Leviers perçus peu nombreux : *attitudes, croyances, degré de maîtrise perçu*
- La « transgression » est fréquente (Flenady et al, 2017)

13



Journals Books Register Sign in

Purchase PDF Export

Search ScienceDirect Advanced

THE LANCET

Volume 356, Issue 9238, 14 October 2000, Pages 1307-1312

Articles

Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene

Prof Didier Pittet MD^a, Stéphane Hugonnet MD^a, Stephan Harbarth MD^a, Philippe Mourouga MD^a, Valérie Sauvan RN^a, Sylvie Touveneau RN^a, Thomas V

[Show more](#)

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02814-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02814-2) [Get rights and content](#)

Refers to Christina MJE Vandenbroucke-Grauls
Clean hands closer to the bedside
The Lancet, Volume 356, Issue 9238, 14 October 2000, Pages

Recommended articles

Role of hand hygiene in healthcare...
Journal of Hospital Infection, 2009, pp...

Download PDF
View details

Compliance with hand disinfection a...
Journal of Hospital Infection, 2001, pp...

Download PDF
View details

Guideline for hand hygiene in health...
American Journal of Infection Control, ...

Download PDF
View details

View more articles > 15 Feedback

Impact of a hand hygiene educational programme on hospital-acquired infections in medical wards

Monistrol O, et al. *Clin Microbiol Infect* 2012; 18: 1212–1218.

- The aim of our study was to evaluate the impact of a multimodal educational campaign on HH compliance, encouraging the use of AHR in internal medicine wards. We compared HH compliance, AHR consumption, HAI and MRSA hospital acquisition incidence density at baseline and post-intervention and after 1 year of follow-up.
- The intervention inspired by the experience of Pittet et al. [4] consisted of a **multimodal educational and motivational campaign**. Management and staff commitment was achieved in order to create an institutional climate favouring HH good practices. Management staff participated in the campaign opening sessions. Funding for the campaign material was provided by the Catalan Health Department, a governmental institution. No administrative sanctions were applied.
- The educational programme was developed by the infection control staff **using the social learning theory** of Bandura (1982). This behavioural theory is based on the notion that development is learned and is strongly influenced by environmental factors. Social cognitive theory emphasizes the principle that **behaviour, environment and cognition operate together**, each exerting an important influence on the others.

Retour sur l'éducation pour la santé

- « L'éducation pour la santé ne remplit pleinement sa fonction que si elle encourage les gens à participer et à choisir eux-mêmes. Ainsi, **ce n'est pas faire de l'éducation pour la santé que de dire simplement d'adopter un comportement favorable à la santé.** »
- *Manuel d'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaires. Genève, OMS, 1990.*
- L'EPS agit sur les connaissances et les compétences individuelles ; les compétences sont pratiques et psycho-sociales (estime de soi, motivation, sentiment d'auto-efficacité, ...)
- Ces connaissances et compétences ne seront mobilisées que dans un contexte favorable, qui tient compte des **freins et leviers individuels, organisationnels et institutionnels**

17

PART V.

PATIENT INVOLVEMENT IN HAND HYGIENE PROMOTION

18

Quality improvement statement 9: Patient and public involvement

Statement

Trusts use input from local patient and public experience for continuous quality improvement to minimise harm from HCAs.

What does this mean for patients, the public and trust boards?

Patients and the public can expect the trust to provide opportunities for them to be involved with planning and decision-making on quality improvement activities to prevent and control infections.

Boards ensure the trust has mechanisms in place to seek patient and public views and involve them in decisions related to quality improvement for infection prevention and control.

19



**patients,
prenez la parole !**

patients
semaine de la sécurité des patients

● **Comment ?**

- donnez à votre médecin toute **information** qui vous paraît importante : allergie connue, perte de poids, automédication, consultation médicale récente, changement dans votre environnement ou votre vie quotidienne...
- intervenez si votre **nom** n'est pas correctement orthographié ou inexact, si votre **date de naissance** est erronée ou si toute autre **donnée** vous concernant est incorrecte
- si vous êtes hospitalisé(e), demandez à vos visiteurs qu'ils se **lavent les mains**.
Au besoin, rappelez aux soignants qu'ils doivent en faire autant avant tout acte vous concernant.

ensemble, engageons-nous pour des soins plus sûrs
www.social-sante.gouv.fr/ssp

MINISTÈRE CHARGÉ
DE LA SANTÉ

20

 JEFFERSON	Thomas Jefferson University Jefferson Digital Commons
College of Population Health Faculty Papers	Jefferson College of Population Health
1-1-2011	
<h2>Patient empowerment and multimodal hand hygiene promotion: a win-win strategy.</h2>	
<p>Maryanne McGuckin <i>Thomas Jefferson Medical College, mcguckin@hhreports.com</i></p>	
<p>Julie Storr <i>World Health Organization, storj@who.int</i></p>	
<p>Yves Longtin <i>Centre de recherche en infectiologie du CHUL, YvesLongtin@hotmail.com</i></p>	
<p>Benedetta Allegranzi <i>University of Verona, benedetta.allegranzi@univr.it</i></p>	
<p>Didier Pittet <i>University of Geneva Hospitals and Faculty of Medicine, didier.pittet@hcuge.ch</i></p>	
21	

Empowerment ?

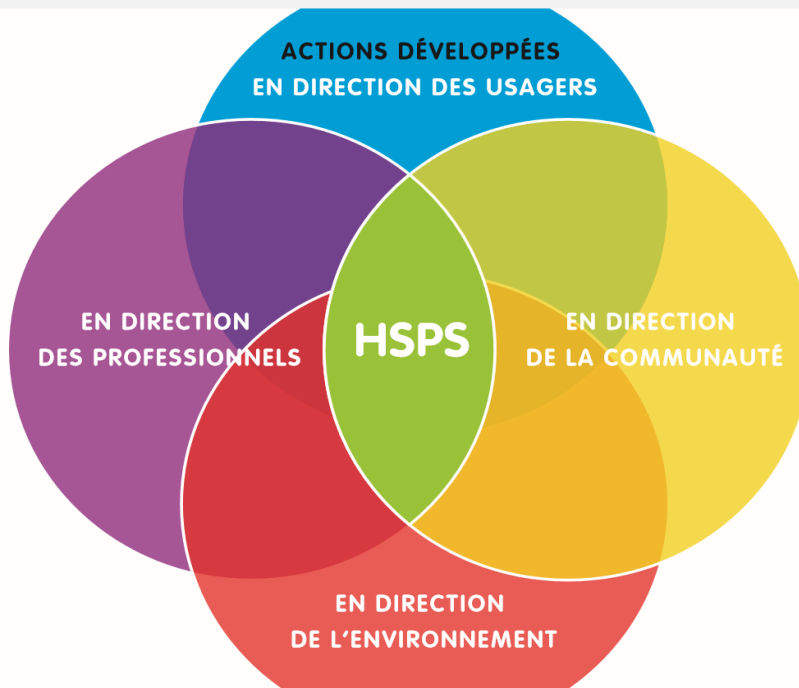
- Selon l’OMS : « un processus par lequel les personnes gagnent un plus grand contrôle sur les décisions et les actions qui affectent leur santé »
- Pour Maryanne McGuckin et al : 4 composantes :
 - participation des patients ;
 - connaissances des patients ;
 - compétences des patients ;
 - environnement facilitateur
- Les professionnels aussi doivent être confortés... (notamment sur l’intérêt de « coopérer » avec les patients), même si le niveau de preuve reste à construire

Plan

- De quoi parle-t-on ? Promotion de la santé et éducation pour la santé
- Un enjeu pour l'hygiène ? De la difficulté à « changer les pratiques » (et les organisations) aux ISS face aux IN/IAS.
- **Des pistes pour avancer ? Des hôpitaux promoteurs de santé aux soins/organisations sensibles aux différences sociales et culturelles (en passant par la « health literacy »)...**

23

epubliquefrance.fr/CFESbases/catalogue/pdf/1547.pdf



24

La promotion de la santé dans une structure de santé (INPES, 2013)

- « Concrètement, avoir une démarche de promotion de la santé dans une structure de santé qui participe à l'offre de soins, c'est :
- travailler dans une logique de santé axée sur la **qualité de vie des usagers et de leur famille**, par-delà la lutte contre les maladies ;
- mettre en œuvre des **actions d'éducation pour la santé** des personnes qui fréquentent la structure de santé ou qui vivent à proximité ;
- **travailler en partenariat** avec d'autres acteurs de santé pour assurer la continuité des soins ;
- faire de la structure de santé un lieu où les **conditions de vie et de travail** exercent une influence favorable sur la santé de chacun ;
- faciliter la **participation effective et concrète des usagers et des professionnels aux décisions qui concernent leur santé** ;
- participer à l'amélioration du système de santé en général »

25

« Faciliter la participation effective et concrète des usagers et des professionnels aux décisions qui concernent leur santé »

Oui, mais en tenant compte du niveau de littéracie / littéracie en santé des usagers (et peut-être de certains professionnels ?) au niveau individuel et en formant leurs représentants

26

« (Health) literacy »

- En France, près d'un adulte sur 2 ne possède pas les compétences en littératie nécessaires pour faire face aux exigences de la vie moderne dans un pays industrialisé, de façon autonome et fiable (OCDE, 2013).
- Qu'en est-il de la « health literacy », définie comme l'ensemble des « caractéristiques personnelles et ressources sociales nécessaires aux individus et aux communautés afin d'accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information et les services pour prendre des décisions en santé » (Sorensen et al, 2015) ?
- *Un enjeu repéré par l'institut pour la qualité et la sécurité en santé (7 juillet)*
- *Organisation de Coopération et de Développement Économiques. France : Évaluation des compétences des adultes : premiers résultats. [en ligne]. Paris : OCDE ; 2013. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health. déc 2015;25(6):1053-8.*

27

Améliorer l'accessibilité culturelle des institutions de soin.

Physician's Role in Creating Health Literate Organizations: A Call to Action. Brach C, et al. J Gen Intern Med 2013;29:273-5


- 1. Has leadership that makes health literacy integral to its mission, structure and operations
- 2. Integrates health literacy into planning, evaluation measures, patient safety and quality improvement
- 3. Prepares the workforce to be health literate and monitors progress
- 4. **Includes populations served in the design, implementation and evaluation of health information and services**
- 5. Meets needs of populations with a range of health literacy skills while avoiding stigmatization

28

Accessibilité culturelle des institutions. Brach C, et al, 2013

- 6. Uses health literacy strategies in interpersonal communications and confirms understanding at all points of contact
- 7. Provides easy access to health information and services and navigation assistance
- 8. Designs and distributes print, audio/visual materials, and social media content that is easy to understand and act on to produce materials in languages other than English
- 9. Addresses health literacy in high-risk situations, including care transitions and communications about medicines
- 10. Communicates clearly what health plans cover and what individuals will have to pay for services

29



*Adsp n°66
Septembre 2009*

Associations et représentation des usagers

Les usagers sont aujourd'hui des acteurs reconnus du système de santé. Cette reconnaissance s'est construite sur la force du mouvement associatif qui a revendiqué sa place et a investi les dispositifs de représentation prévus par la loi. Il nous a semblé intéressant de proposer un dossier portant sur cette question par le biais notamment de la structuration du mouvement associatif et de ses actions. En effet, à la différence d'autres pays, le système français repose sur les associations qui se sont organisées et qui se forment pour siéger dans des mandats à tous les niveaux du système, du national au local. Aujourd'hui, cette évolution perdure : les représentants d'usagers tentent d'étayer leur présence et de faire progresser la qualité de la prise en charge dans les établissements de santé à travers des projets interassociatifs ; la mise en place des collectifs interassociatifs sur la santé régionale contribue à un dialogue entre associations au niveau de la région et permet ainsi une approche territoriale. L'expertise des associations n'est plus à remettre en question et elle continue de faire émerger ou de défendre des problématiques qui peuvent infléchir le système de santé. Entre actions associatives et représentation, les usagers sont invités aux débats de santé publique.

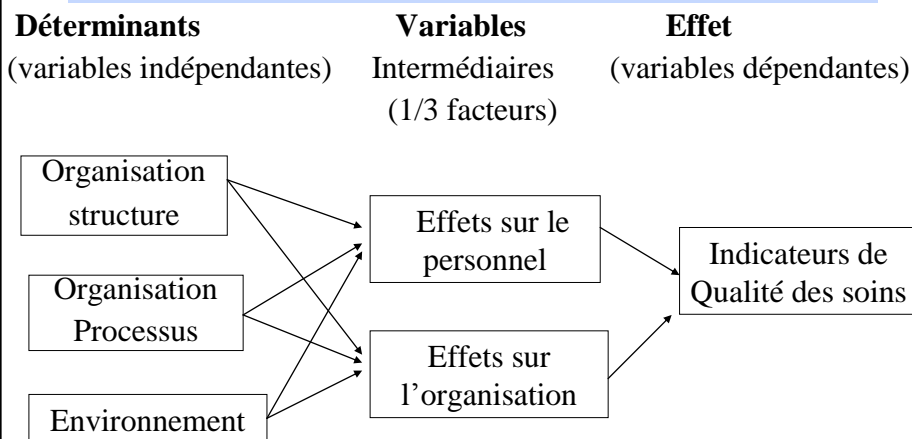
dossier coordonné par **Véronique Ghadi et Étienne Canlard**

<p>14 Associations et participation des usagers au système de santé</p> <hr/> <p>14 Le dispositif de représentation des usagers avant et après la loi du 4 mars 2002 <i>Laura Albertini</i></p>	<p>30 Du théâtre-forum pour la formation des représentants des usagers <i>Pascal Jarno, Marie-Alix Ertzscheid</i></p> <p>32 Structuration du mouvement associatif en France : un ou plusieurs collectifs ?</p>	<p>43 Quand l'action associative fait émerger de nouvelles problématiques</p> <hr/> <p>43 La mise en lumière, par l'action des usagers, du problème des dépassements d'honoraires</p>
--	--	--

« Faire de la structure de santé un lieu où les conditions de vie et de travail exercent une influence favorable sur la santé de chacun »

31

Modèle d'impact de l'organisation sur la qualité des soins (West 2001)



Elisabeth West. Management matters : the link between hospital organisation and quality of patient care. Quality in Health Care. 2001 ; 10 : 40 - 48

32

Magnet hospitals

Aiken et al, cité par Yvon Brunelle. « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon vivre en est un où il fait bon se faire soigner. » Prat Org Soins 2009;40:39-48.

- Ligne hiérarchique courte, peu de cadres superviseurs, position forte du responsable infirmier dans l'équipe de direction
- Autonomie des infirmières pour prendre des décisions cliniques dans leur sphère de compétence
- Processus de décision décentralisé au niveau de l'unité
- Personnel suffisant et limité en nombre d'élèves
- Méthodes explicites de communication entre infirmières et médecins
- Organisation du travail infirmier favorisant responsabilité et continuité des soins
- Institution démontrant son engagement vis-à-vis des infirmières (par exemple en investissant dans la formation)

33

Magnet hospitals

Aiken et al, cité par Yvon Brunelle. « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon vivre en est un où il fait bon se faire soigner. » Prat Org Soins 2009;40:39-48.

- taux de mortalité à 30 jours plus faibles,
- meilleur niveau de satisfaction des malades,
- moins de burnout,
- moins d'accidents d'exposition au sang,
- meilleure satisfaction du personnel au travail

34



HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Contribuer à la régulation par la qualité et l'efficience

Accueil LA HAS ÉVALUATION & RECOMMANDATION ACCRÉDITATION & CERTIFICATION

Accueil > Outils, Guides & Méthodes > Démarches qualité > Thèmes (A-Z) > **Qualité de vie au travail**

Recherchez par maladie

Devenez Expert auprès de la HAS
La HAS recherche des experts pour ses groupes de travail

Écouter

Qualité de vie au travail

La qualité de vie au travail est une condition de la qualité des soins.

Elle a comme objectif de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les professionnels et la performance collective de l'entreprise. Elle fait valoir que la perception qu'ont les professionnels de la qualité de vie au travail dépend de leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de leur travail. Elle met en avant le rôle du personnel et de leurs représentants en tant qu'acteurs de la construction des solutions proposées, notamment organisationnelles, aux côtés des directions, du management et des experts.

La HAS en partenariat avec l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) travaille sur le sujet afin d'étayer la notion de qualité de vie au travail, comprendre sa dynamique dans les établissements de santé et proposer des repères aux acteurs impliqués : professionnels, management et organisations syndicales.

Nouvelle publication

> [Revue de la littérature : qualité de vie au travail et qualité des soins.](#)

35

En guise de conclusion

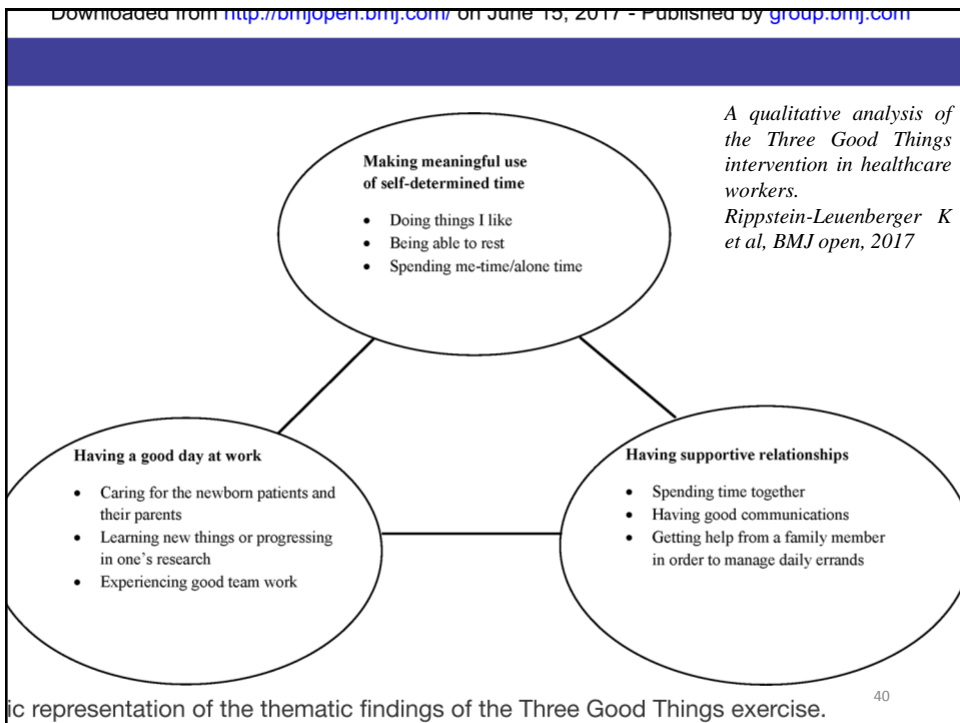
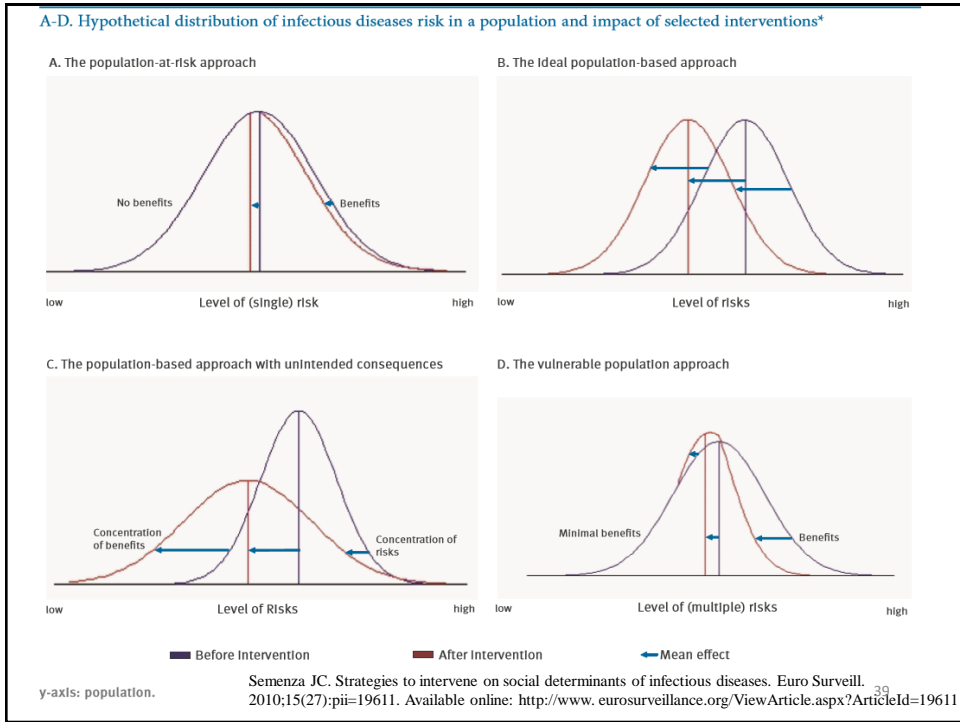
- La lutte contre les infections liées aux soins, comme plus généralement la sécurité (et la qualité) des soins, sont peut-être plus généralement des enjeux de promotion de la santé
- C'est une affaire de « bonnes pratiques » cliniques, mais aussi organisationnelles et institutionnelles, donc de politique de santé
- Les personnes soignées demandent à y contribuer au niveau individuel et collectif ; outre le fait que c'est leur droit... elles ont une contribution éminente à apporter que nous sous-estimons collectivement

**Merci pour votre
attention**

Questions ? Commentaires ?

37

38



Nom de la session / l'atelier


Hôpitaux Promoteurs de Santé : Le Développement Durable, un levier de Promotion de la Santé

LEBAS Thierry Responsable Qualité
LAUNAY Aurélie Référent Territorial

Le Développement Durable Concretement

- **Les Déchets :**
Un protocole complet concernant les 21 filières de déchets identifiés est en amélioration continue (ex: amalgames dentaires, produits d'imagerie; mercure...)
- Evaluations réalisées concernant le tri des déchets (DASRI – Déchets ménagers) – Volume DASRI suivi come indicateur
- Recyclage des huiles, des éléments informatiques, des toners
- Collecte des piles usagées
- Recyclage du papier « Non confidentiel »



42

LE MODÈLE PATHWAY DE LA COMMISSION SUR LES DSS DE L'OMS (2011)

Figure 1 – Version finale de la structure conceptuelle du SCDH

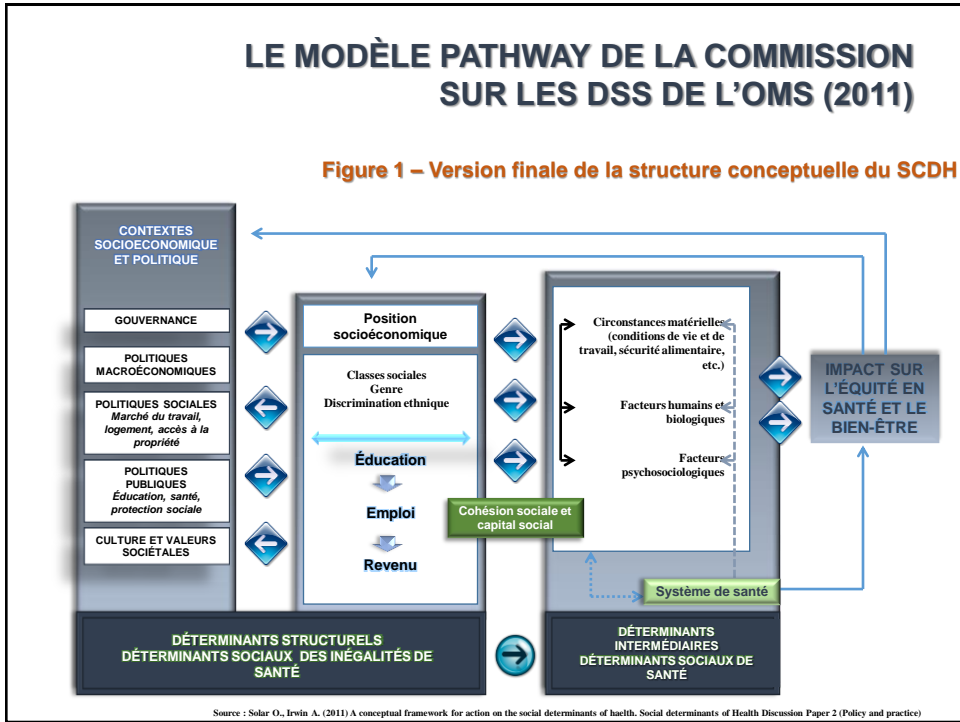


Figure 2 – Approche de lutte contre la distribution inéquitable des déterminants sociaux de la santé

