

Article original/Original article

Éducation des familles à « Porter Soins et Secours » : un nouveau concept dans le champ de l'éducation en santé

Jean-François d'Ivernois^{1*}, Rémi Gagnayre¹, Elise Rodary¹, Nicolas Brun²

¹ Laboratoire de Pédagogie de la Santé, EA 3412, Université Paris 13, France

² Union Nationale des Associations Familiales, Paris, France

(Reçu le 14 janvier 2010, accepté le 6 mars 2010)

Résumé – Introduction : Le contexte sociosanitaire rend nécessaire la réappropriation par la famille de la santé de ses membres et la maîtrise des compétences correspondantes, compte tenu des limites actuelles du système de soins en termes d'accessibilité et de prise en charge. L'« éducation à porter soins et secours » (EPSS) est un concept nouveau que nous présentons ici. Il concerne les domaines de la prévention, des soins et du secourisme élargi appliqués à l'espace familial et de proximité de vie. Elle a un caractère opérationnel et d'application immédiate. L'EPSS forme à une vigilance applicable au quotidien comme aux situations d'exception (canicule, grand froid, épidémie...); elle prépare à repérer et faire face aux situations d'urgence mais aussi aux problèmes de santé courants et aux petits maux de la vie quotidienne. **Objectifs :** Évaluer auprès d'un échantillon national de familles le besoin d'une éducation à porter soins et secours. **Méthodes :** Une enquête par questionnaire a été menée auprès de familles membres des associations adhérant à l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF). **Résultats :** Six cent soixante-neuf familles ont répondu. Les résultats indiquent que 72,4 % des familles souhaitent une formation à l'EPSS. Les thèmes prioritaires pour cette formation sont : « formation aux gestes qui sauvent » (95,3 %), « gérer une situation d'urgence » (94 %), « repérer des situations d'urgence » (90,9 %), « éviter les accidents à domicile » (76,9 %), « gérer les problèmes de santé courants des bébés et enfants » (67,7 %), « être attentif à la santé des parents âgés » (66,8 %). Selon les répondants, ces formations devraient être assurées à proximité par des professionnels de santé et durer d'une demi-journée à deux jours. **Discussion/Conclusions :** Les familles interrogées confirment leur besoin d'une EPSS, traduisant leur intention de devenir davantage « productrices de santé », en assumant pour leurs membres la gestion de situations d'urgence à domicile ainsi que la prise en charge des soins quotidiens. Avant d'envisager des formations expérimentales, il sera important de compléter cette enquête par une investigation qualitative faisant appel à des panels de familles et l'étendre à des familles qui ne seraient pas adhérentes à des associations.

Mots clés : enquête nationale / éducation à porter soins et secours / besoins éducatifs / éducation des familles / éducation pour la santé / secourisme / France

Abstract – Education of families to “Bring Care and Aid” a new concept in the field of education for health. Introduction: Because of the actual limitations in accessibility and continuity of care on the part of the Health services, the family has, nowadays, to reinvest in the health conditions of his members and to develop the corresponding competencies. The “Education to Care and Aid” (ECA), is a new concept concerning the field of prevention, care and first aid. Such education should enable the family members to ensure the daily assistance at home, as well as to manage emergencies and particular situations (natural disasters, epidemics...). **Objective:** To evaluate (among a sample of French families) the relevance and feasibility of ECA. **Methods:** A national questionnaire-survey has been carried out among members of the French National Union of Family Associations. **Results:** Six hundred and sixty-nine families answered to the questionnaire. The results indicate that 72.4% of the families acknowledge the need to be trained in the field of ECA and consider the following topics as priorities: “training in lifesaving” (95.3%), “manage an emergency” (94%), “identify emergency situations” (90.9%), “avoid accidents at home” (76.9%), “manage babies” and children s'health problems' (67.7%), “be attentive to the health of old parents” (66.8%). According to these families, the training programmes should be organized at community level, be given by health professionals and last half a day to two days.

* Correspondance : Laboratoire de Pédagogie de la Santé EA 3412, Université Paris 13, 74 rue Marcel Cochin, 93017 Bobigny cedex, dpss@smbh.univ-paris13.fr

Discussion/Conclusions: Families confirm that they are willing to take an active role in the management of their relatives health care and want to acquire appropriate skills and competencies.

Key words: national survey / education to care and aid / educational needs / family education / health education / first aid / France

1 Introduction

Historiquement, l'industrialisation et l'exode rural ont contribué, en France, à la mutation de la famille, passée d'un large cercle incluant les membres ascendants et collatéraux à un noyau réduit le plus souvent aux parents et à leurs enfants [1].

La structure traditionnelle de la famille fondée sur le couple homme et femme mariés ne constitue plus de nos jours la seule définition de la famille. On parle actuellement de familles monoparentales, de familles éclatées, de familles recomposées, de concubinage, de couples non cohabitants, de couples homosexuels [1]. Par famille, on entend donc une cellule sociale constituée de personnes associées par un lien de parenté ou une union.

Malgré ces profonds changements, la famille demeure un lieu de vie, d'écoute, de partage et d'entraide [2]. Selon Boltansky [3] « *La famille va ainsi cesser d'être d'abord une unité productrice de richesse, un lieu d'emploi et de travail* » pour assurer une fonction d'entretien, c'est-à-dire prendre soin des membres qui la composent [4]. Ces transformations familiales modifient les types de rapports à la santé qu'établissent les membres entre eux.

Jusqu'au milieu du XIX^e siècle, la santé relève de la responsabilité des familles, des communautés et s'administre au niveau des cantons. À partir de la fin du XIX^e siècle, l'État, acteur du développement industriel et porteur d'une vision hygiéniste de la santé qui accompagne cet essor économique, devient de plus en plus interventionniste. Ce phénomène est amplifié au cours du XX^e siècle avec l'essor des dispensaires, l'instauration de programmes de prévention et de protection de l'enfance, l'apparition de l'assurance vieillesse, de l'assurance maladie. La demande de soin est désormais encadrée et orientée. Cette gestion de la santé par l'État aboutit à la professionnalisation des soins, retirant progressivement aux familles leurs savoirs, leurs compétences et leur pouvoir de décision. La famille perd son statut d'acteur de santé au profit de simple « usager » du système de soin.

En retour, la population revendique un droit toujours plus important à bénéficier de prévention médicale et de soins. L'exercice de ce droit se traduit par un recours de plus en plus systématique aux services de soins au moindre problème [5].

En témoigne la saturation des services d'urgence par la fréquentation de parents d'enfants de moins d'un an et de personnes âgées de plus de 80 ans : les causes de consultation sont le plus souvent de nature bénigne, ne nécessitant pas d'examen complémentaires, ni d'hospitalisation [6].

Dans le domaine de la prévention, il semble exister une ambiguïté vis-à-vis de la famille. Reconnue comme un relais important pour l'évitement de certains risques, elle peut être

considérée comme dangereuse lorsqu'elle ne se conforme pas aux recommandations des autorités de santé publique [3, 7]. Elle est à la fois perçue comme une alliée et comme un obstacle. On peut, selon nous, sortir de cette problématique en réinvestissant le rôle de la famille dans la santé, en considérant qu'elle est productrice de santé, en la sollicitant non plus en tant qu'usager « raisonnable » mais en tant qu'acteur de soins à part entière. Les activités familiales contribuant à la santé ont été classées par Hillary Graham en cinq domaines [8] : créer et entretenir des conditions de vie favorables à la santé, prendre soin des malades, éduquer à la santé, servir d'intermédiaire avec l'extérieur et enfin faire face aux crises. Les soins prodigués par la famille sont définis comme les soins coutumiers liés aux fonctions d'entretien de la vie, mais également comme des soins de réparation. Dans ce dernier cas, la famille peut être impliquée lors d'une maladie, grave ou non, passagère ou chronique, qu'elle atteigne les enfants, les adultes ou personnes âgées, que les soins aient lieu à domicile ou dans un établissement de soins [9].

Pour permettre à la famille d'acquérir les compétences correspondant à ce rôle, des actions d'éducation en santé sont développées : l'éducation pour la santé, l'éducation à porter secours et l'éducation thérapeutique du patient [10], complétées par ce que nous nommons : l'éducation à porter soins et secours (EPSS).

L'EPSS est un concept nouveau qui concerne les domaines de la prévention, des soins et du secourisme élargi appliqués à l'espace familial et de proximité de vie. Elle a un caractère opérationnel et d'application immédiate. Elle est dirigée vers l'autre, fondée sur la notion qu'au-delà du maintien de sa propre santé, il est essentiel d'apporter la santé à autrui (en particulier aux bébés, aux enfants et personnes âgées). En cela, elle constitue une éducation à la santé familiale. L'EPSS forme à une vigilance applicable au quotidien comme aux situations d'exception (canicule, grand froid, épidémies...); elle prépare à repérer et à faire face aux situations d'urgence, mais aussi aux problèmes de santé courants et aux petits maux de la vie quotidienne.

Pour expérimenter ce concept, une collaboration a été établie avec l'Union nationale des associations familiales (UNAF) à partir de 2008. L'UNAF est une institution nationale chargée de promouvoir, défendre et représenter les intérêts de toutes les familles vivant sur le territoire français. Elle anime le réseau des 22 Unions Régionales des Associations Familiales (URAF) et des 100 Unions Départementales des Associations Familiales (UDAF). Cet article présente et analyse les résultats d'une enquête nationale réalisée avec l'aide de l'UNAF pour s'assurer des besoins de formation des familles, identifier les thèmes prioritaires et préciser les conditions de réalisation de l'EPSS.

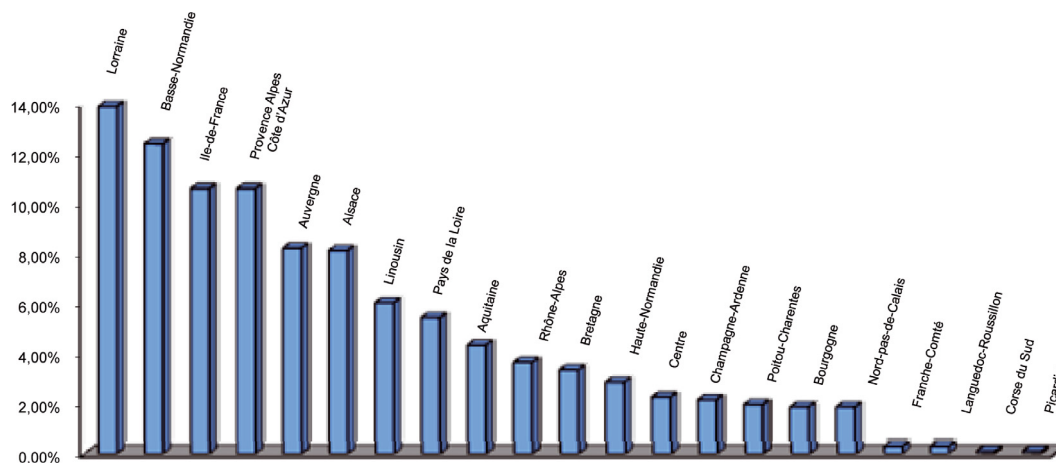


Figure 1. Répartition des familles répondantes par région.

2 Méthode

Plusieurs réunions d'experts comportant urgentistes (2), médecin de santé publique (1), pédagogues de la santé (2) et représentants d'associations familiales (3) ont permis de définir les contours de l'EPSS à partir desquels un questionnaire d'enquête auprès des familles a été réalisé par le Laboratoire de Pédagogie de la Santé EA 3412 et l'UNAF.

Ce questionnaire comportant 10 questions ouvertes et fermées à réponse nuancée [11] est constitué de trois parties : une première partie de 4 questions recueille les caractéristiques des familles (lieu de résidence, présence d'enfants, présence de personnes âgées et appartenance à une association familiale) ; 2 autres questions sollicitent l'avis des familles répondantes sur le besoin de se former en EPSS et sur le choix des thèmes prioritaires parmi 14 énoncés et une troisième partie est composée de 4 questions relatives à l'organisation de la formation (format, lieu, durée). Le questionnaire s'achève par une question ouverte appelant à des commentaires.

L'enquête s'est déroulée en France métropolitaine. Elle s'est adressée à des familles adhérentes à des associations familiales du réseau de l'UNAF, mais également à des familles proches des associations mais n'en étant pas membres. L'organisation de l'UNAF et de ses associations adhérentes ne permettant pas de déterminer un échantillon quantitatif et représentatif des répondants, il a donc été décidé de lancer l'enquête sur la base du volontariat. Cette enquête a été réalisée durant la période d'avril à juin 2008, par la diffusion du questionnaire auprès des Unions Départementales des Associations Familiales (UDAF) et des Unions Régionales des Associations Familiales (URAF). Celles-ci l'ont répercuté auprès des associations familiales et des familles de leur département. Les familles pouvaient également remplir ce questionnaire sur les sites Internet de certaines UDAF et URAF. Aucune relance n'a été envisagée.

Les analyses des réponses ont été effectuées avec le logiciel Sphinx version 5.0 Lexica. Les résultats sont fournis en pourcentage. Les commentaires libres ont fait l'objet d'une analyse

de contenu. Il a été considéré que chaque réponse constituait l'opinion d'une famille.

3 Résultats

Six cent soixante-neuf familles réparties dans 21 régions de France métropolitaine ont répondu au questionnaire. Cette répartition régionale est hétérogène comme le montre la figure 1.

Parmi les familles ayant répondu au questionnaire 89,9 % déclarent avoir des enfants, tandis que seulement 7,6 % vivent avec des personnes âgées. Soixante et onze pour cent des familles sont adhérentes à une association familiale (Tab. I).

3.1 Besoins de formation à l'EPSS : thèmes de formation prioritaires

Six cent quarante-neuf familles (97 %) ont répondu à la question : « éprouvez-vous un réel besoin de recevoir une éducation à porter soins et secours », dont 72,4 % déclarent avoir ce besoin, 12,9 % estiment ne pas avoir besoin, et 14,6 % ne se prononcent pas.

Concernant les thèmes de formation, ceux-ci ont été classés par les familles en thèmes « essentiels » et « très importants », et en thèmes « assez importants » et « peu importants » (Tab. II).

Les choix des familles concernent en priorité « se former aux gestes qui sauvent », « gérer une situation d'urgence » c'est-à-dire « repérer des situations d'urgence », « savoir qui appeler en cas d'urgence », et « que faire en attendant les secours ». La prévention des accidents domestiques, la gestion des problèmes de santé quotidiens des bébés, des enfants et des personnes âgées ainsi que le bon usage des médicaments constituent un second niveau de priorité.

Ce classement est explicité par les commentaires libres : « reconnaître une vraie situation d'urgence, savoir où sont les limites et gérer le stress engendré par cette situation »,

Tableau I. Caractéristiques des familles ($n = 669$).

	Nombre de réponses	OUI (%)	NON (%)
Présence d'enfants au sein de la famille	664	597 (89,9 %)	67 (10,1 %)
Présence de personne âgée au sein de la famille	667	51 (7,6 %)	616 (92,4 %)
Appartenance à une association de familles	666	475 (71,3 %)	191 (28,7 %)

Tableau II. Thèmes de formation retenus par les familles pour EPSS ($n = 669$).

	Total	Essentiel	Très important
1. Formation aux gestes qui sauvent	95,2 % (602)	66,6 % (421)	28,6 % (181)
2. Gérer une situation d'urgence	94,0 % (594)	70,1 % (443)	23,9 % (151)
3. Repérer des situations d'urgence	90,8 % (566)	68,2 % (425)	22,6 % (141)
4. Comment éviter les accidents à domicile	76,9 % (482)	39,1 % (245)	37,8 % (237)
5. Gérer les problèmes de santé courants des bébés et enfant	67,7 % (415)	31,0 % (190)	36,7 % (225)
6. Attentif à la santé des parents âgés	66,7 % (416)	23,4 % (146)	43,3 % (270)
7. Savoir utiliser les principaux médicaments	66,7 % (417)	30,9 % (193)	35,8 % (224)
8. Gérer les petits maux de la vie quotidienne	63,5 % (397)	28,8 % (180)	34,7 % (217)
9. Constituer une armoire à pharmacie idéale	60,3 % (376)	25,8 % (161)	34,5 % (215)
10. Quelles mesures de prévention adopter pour une bonne santé	59,1 % (370)	25,2 % (158)	33,9 % (212)
11. Comment mieux utiliser le système de santé	56,0 % (349)	21,3 % (133)	34,7 % (216)
12. Comment réaliser un environnement sain à domicile	54,9 % (341)	20,6 % (128)	34,3 % (213)
13. Apprendre à faire des bandages, pansements, attelles	50,9 % (316)	16,6 % (103)	34,3 % (213)
14. Comment mieux échanger avec d'autres familles sur les problèmes de santé	26,8 % (166)	8,9 % (55)	17,9 % (111)

« conduite à tenir face à l'étouffement, la noyade et les brûlures ». D'autres commentaires concernent la prise en charge des maladies chroniques telles que l'asthme, l'Alzheimer, l'hémophilie, les addictions (tabac, alcool et drogues), la prévention des risques de l'automédication, le recyclage des médicaments. Les répondants expriment le besoin de mieux gérer la relation entre la famille, les personnels de santé et le système de santé. Seuls 26,7 % des répondants considèrent que l'échange d'expériences entre les familles sur les problèmes de santé est important.

3.2 Organisation de la formation à « Porter Soins et Secours »

La majorité des répondants (74 %) se prononce en faveur d'une organisation de la formation à l'EPSS sous forme de réunions avec exposé et atelier pratique (mise en situation). Seulement 30 % des répondants estiment nécessaire une information sur l'EPSS sous forme brochure et/ou de sites Internet.

Les familles interrogées ne se prononcent pas précisément sur le lieu idéal où serait délivrée une formation à l'EPSS. La majorité des répondants (30 %) cite la salle d'une association, d'autres indiquent que la formation devrait être organisée à proximité de leur domicile, être accessible avec un parking. D'autres, enfin, envisagent une formation sur le lieu de travail ou à domicile sous forme de réunion amicale.

Le temps que la famille est prête à consacrer à cette formation sur une année oscille entre une demi-journée et deux jours. Dans leurs commentaires, les répondants précisent que ces sessions devraient être réparties en plusieurs séances séparées, être gratuites et se dérouler plusieurs fois dans l'année afin de permettre à la majorité des familles d'en bénéficier.

4 Discussion

Plusieurs limites de l'enquête doivent être soulignées. Le mode de diffusion du questionnaire par internet auprès des unions départementales (UDAF) et régionales (URAF) de l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) qui à leur tour l'ont répercuté sur les familles ne permet pas d'établir exactement combien de questionnaires ont été envoyés en tout et quel a été le taux de réponse. D'autre part, le fait que les répondants soient adhérents ou proches des associations familiales, leur confère un certain caractère « militant ». On peut donc considérer que les répondants ne sont pas totalement représentatifs de l'ensemble des familles françaises. Il y aurait donc intérêt à étendre cette enquête à d'autres familles non impliquées dans des structures associatives. Enfin, la répartition géographique des répondants est hétérogène, traduisant peut-être un niveau d'adhésion aux associations familiales différent selon les régions. Néanmoins, le nombre élevé de répondants (669 familles) confère aux résultats de cette enquête une valeur indicative importante des besoins de la formation à l'EPSS.

Les familles interrogées confirment leur besoin d'une EPSS, traduisant leur intention d'assumer pour leurs membres la gestion de situations d'urgence à domicile ainsi que la prise en charge quotidienne de leur santé.

Ce souhait des familles exprime peut-être le sentiment qu'une réappropriation de la gestion de leur santé est devenue nécessaire compte tenu que le système de santé actuel ne peut plus tout prendre en charge et que les services de soins deviennent moins accessibles (médecins débordés, encombrement des urgences...).

Le fait que les familles accordent une priorité à une formation aux gestes qui sauvent, au repérage des situations d'urgence et à l'évitement des accidents domestiques traduit peut-être un changement des conceptions sur le rôle du public dans le domaine du porter secours. On serait passé ainsi en quelques décennies d'un rôle assigné de témoin de l'urgence (« ne touchez pas à la victime, alertez les secours ») à celui de premier maillon de la chaîne des secours devant agir avec maîtrise et technique (comme dans le cas de l'utilisation du défibrillateur semi-automatique).

Bien que la formation du grand public aux premiers secours existe déjà sous différentes modalités : en milieu scolaire « Apprendre à porter secours » [12], et sous la forme de l'Attestation de Formation aux Gestes de Secours et d'urgence (AFGSU) délivrée par différentes organisations (les Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence – la Croix Rouge, la Protection Civile, l'Ordre de Malte, etc.), seulement 40 % de la population française est formée aux gestes qui sauvent par rapport à 80 % en République Fédérale d'Allemagne [13]. On peut en conclure que les dispositifs actuels de formation n'atteignent qu'une partie de la population et que la famille ne constitue pas une cible en tant que telle (on peut se demander par ailleurs si les programmes de formation au secourisme étendu couvrent tous les besoins des familles).

La seconde préoccupation des familles concerne la prévention et la gestion quotidienne de la santé de leurs membres, notamment celle des enfants et des personnes âgées, les deux groupes de population les plus dépendants des soins familiaux. Il s'agit des thèmes : « comment éviter les accidents à domicile », « gérer les problèmes de santé courants des bébés et enfants ».

S'agissant des soins de puériculture, la réduction du temps d'hospitalisation après accouchement (qui était aussi un temps d'éducation) et l'éclatement de la cellule familiale traditionnelle qui réduit la transmission d'un savoir en santé d'une génération à l'autre laissent les jeunes femmes dépourvues face aux problèmes qui se posent après la naissance (soins post-partum, allaitement, soins aux bébés).

Cette préoccupation est confirmée par les commentaires d'un certain nombre de mères qui déclarent qu'elles auraient souhaité bénéficier de ce type d'éducation avant la naissance de leur premier enfant (tel est l'ambition du programme sur la préparation à la naissance et la parentalité (PNP) proposé par la Haute Autorité de Santé [14]. Ce programme est essentiellement dispensé par les sages-femmes libérales. À ces choix prioritaires s'ajoutent d'autres thèmes tels que : « être attentifs

à la santé des parents âgés », « savoir utiliser les principaux médicaments ».

Le vieillissement de la population, l'accroissement correspondant des maladies chroniques, des difficultés sociales liées à la pauvreté font que les familles sont de plus en plus sollicitées pour prendre en charge à domicile leurs parents malades [15]. Elles sont par conséquent amenées à assumer un rôle d'aidant naturel, partenaire des soignants. L'intérêt porté aux médicaments est peut-être culturel, la France étant le pays du monde occidental où l'on consomme le plus de médicaments [16], mais il peut être lié aussi à la crainte chez les familles des risques iatrogènes entraînés par la polymédication.

Dans un troisième niveau de choix se situent des réponses des familles vis-à-vis des propositions comme : « gérer les petits maux de la vie quotidienne », « constituer une armoire à pharmacie idéale », « les mesures de prévention à adopter pour une bonne santé », « mieux utiliser le système de santé », « réaliser un environnement sain à domicile », et « apprendre à faire des bandages, pansements, attelles ».

Bien que le taux de réponse soit supérieur à 50 %, on peut émettre l'hypothèse que pour les répondants, il s'agit d'activités déjà assumées par la famille, en particulier les femmes, comme l'indique Geneviève Cresson dans son étude sur le travail domestique en santé [17]. Il est également possible que les intitulés de ces thèmes n'aient pas retenu l'attention des répondants parce qu'ils manquaient de précision comme les thèmes : « mieux utiliser le système de santé » ou « gérer les petits maux de la vie quotidienne ».

Enfin, l'enquête nous montre que le thème « échanger avec d'autres familles sur les problèmes de santé » ne semble pas présenter pour les répondants une importance significative. On peut tenter de l'expliquer par le fait que les familles militantes au sein d'associations discutent déjà entre elles sur les problèmes de santé. Dès qu'elles considèrent que ces problèmes présentent un certain degré de gravité, elles s'adressent aux professionnels de santé. Elles ne perçoivent donc pas l'intérêt de recevoir une formation sur ce sujet.

Concernant l'organisation de la formation, un accès géographique facile et un temps de formation d'une demi-journée à deux jours sont les deux conditions jugées importantes par les familles pour qu'elles puissent assister à la formation. On note que pour les répondants, il est important que les intervenants de l'EPSS soient des professionnels de santé.

Cette étude nous a permis de vérifier auprès des familles interrogées l'intérêt qu'elles perçoivent à se former à « porter soins et secours ». Cependant, avant d'envisager des formations expérimentales, il serait important de compléter cette enquête par une investigation qualitative faisant appel à des panels de familles et l'étendre à des familles qui ne seraient pas adhérentes à des associations. Porter soin, c'est avant tout être présent auprès de la personne accidentée, malade ou souffrante. Mais prodiguer des soins n'est pas évident, cela ne se fait pas sans appréhension, ni anxiété. Cette formation pourra aider les personnes à dépasser éventuellement ces obstacles émotionnels et techniques.

Avec l'EPSS, un continuum éducatif en santé s'inscrit progressivement dans les parcours de vie des familles. L'éducation contribue incontestablement à la santé chez les individus et les familles mais l'éducation, les interventions éducatives peuvent prendre différentes formes selon les périodes et les situations dans un parcours de vie. L'éducation pour la santé vise à prévenir l'apparition de maladies que l'éducation thérapeutique va enseigner à mieux gérer. Par plusieurs aspects de prévention primaire, l'EPSS s'inscrit dans le prolongement de l'éducation pour la santé ; elle partage cependant avec l'éducation thérapeutique le caractère finalisé et opérationnel, en cela qu'elle est fondée sur l'acquisition de compétences immédiatement visibles et applicables.

Elle présente d'autres caractéristiques. Elle participe d'une approche positive de la santé en rompant avec la tradition hygiéniste qui tente d'assimiler l'éducation pour la santé à une suite d'interdits et de mises en garde. On peut imaginer que des jeunes, les adolescents en particulier, se retrouveront d'avantage dans un apprentissage de ce qu'ils peuvent faire pour l'autre plutôt que dans le rabâchage qui leur est imposé actuellement de ce qu'ils ne doivent pas faire pour eux-mêmes.

En cela, l'EPSS peut être assimilée à un engagement humanitaire dont on sait à quel point il motive les jeunes. Elle s'inscrit incontestablement dans une perspective altruiste qui met à distance la responsabilité individuelle de sa santé pour aborder la responsabilité vis-à-vis de la santé d'autrui.

5 Conclusion

L'analyse de l'enquête nationale auprès de familles membres des associations adhérant à l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) nous montre le réel besoin d'un programme d'Éducation à Porter Soins et Secours auprès des familles. Elle indique l'importance pour les familles d'acquérir des compétences de gestion de situations d'urgence et de la santé quotidienne des enfants et des personnes âgées. Le contexte sociosanitaire actuel nécessite en effet le réinvestissement de la famille dans la santé, en tant que « productrice » de soins [9].

En tant que nouveau type d'intervention éducative en santé, l'EPSS s'inscrit dans la continuité des éducations pour la santé, du secourisme et de l'éducation thérapeutique. Elle représente par l'apport de compétences, une nouvelle approche « positive » et altruiste de la promotion de la santé.

Références

1. Singly (de) F. Sociologie de la famille contemporaine. 1^{re} ed. Collection 128, Paris: Nathan; 1993, 128 p.
2. Langouët G. (sous la dir.), Observatoire de l'enfance en France. Les "nouvelles familles". Collection l'État de l'enfance en France, Paris: Hachette; 1998, 222 p.
3. Boltansky L. La découverte de la maladie : la diffusion du savoir médical. Paris: Centre de sociologie européenne; 1968, 220 p.
4. Bungener M, Horellou-Lafarge C. La production familiale de santé : le cas de l'hospitalisation à domicile. Collection Les Publications du CTNERHI. Vanves: Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations, 1988, 256 p.
5. Adam P, Herzlich C, Singly (de) F. (sous la dir.) Sociologie de la maladie et de la médecine. Nvlle ed. Collection 128, Paris: Armand Colin; 2007, 127 p.
6. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale [en ligne]. Études et résultats, janvier 2003; 212:8 p. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er212.pdf> (consulté le 02.03.2010).
7. Burton-Jeangros C. Transformations des compétences familiales dans la prise en charge de la santé : entre dépendance et autonomie des mères face aux experts. Recherches familiales 2006; 3:17–26.
8. Graham H. Women, health and the family. Brighton, Sussex: Wheatsheaf Books: Distributed by Harvester Press; 1984, XIII-207 p.
9. Cresson G. La production familiale des soins et de la santé. Recherches familiales 2006; 3:7–16.
10. Ivernois (d') JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique. 3^e éd. Collection Education du patient, Paris: Maloine; 2008, XI-142 p.
11. Guilbert J.J. Guide pédagogique pour les personnels de santé. 6^e éd. Collection OMS Publ. Offset, N° 35, Genève: OMS; 1990, 708 p.
12. Ammirati C, Gagnayre R, Desailly D, C. Amsallem, C. Ferracci, C. Bertrand, et al. Porter secours : un apprentissage de la maternelle au collège : guide de l'enseignant. Paris: Maloine; 2002, 139 p.
13. Fédération Internationale des Sociétés de la Croix Rouge et du Croissant Rouge, Centre européen de référence pour l'éducation aux premiers secours. Premiers secours : pour une Europe plus sûre : état des lieux et recommandations [en ligne], Septembre 2009, 20 p. Disponible sur : <http://www.ifrc.org/fr/what/health/firstaid/172300-First%20Aid-Report-FR-LR.pdf> (consulté le 02.03.2010).
14. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) [en ligne], Novembre 2005. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalit (consulté le 02.03.2010).
15. Saillant F. Femmes et soins dans la société post-moderne [en ligne]. Philosophiques 1992; 21(2):381–392. Disponible sur : <http://id.erudit.org/iderudit/027280ar> (consulté le 02.03.2010).
16. Nguyen-Kim L, Or Z, Paris V, Sermet C. Les politiques de prise en charge des médicaments en Allemagne, Angleterre et France [en ligne]. Questions d'économie de la santé, octobre 2005; 99:6 p. Disponible sur : www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes99.pdf (consulté le 02.03.2010).
17. Cresson G. Le travail domestique de santé : analyse sociologique. Collection Logiques sociale, Paris: Ed. l'Harmattan; 1995, 346 p.