

ÉDUCATION SANTÉ

AVRIL 2017
332

*Ottawa,
30 ans déjà !*

UN MENSUEL AU SERVICE
DES INTERVENANTS FRANCOPHONES
EN PROMOTION DE LA SANTÉ DEPUIS 1978

www.educationsante.be

ÉDITORIAL

Bientôt 40 ans...

Christian De Bock, rédacteur en chef

Vous avez bien lu le titre de mon éditorial, il n'y a pas d'erreur ! Éducation Santé existe depuis bientôt 40 ans, le premier numéro est paru en décembre 1978...

Bref flash-back

Nous avons vérifié dans nos archives quelles étaient les préoccupations de la revue à l'époque. C'était hier, c'était un autre siècle, c'était un autre monde. Et pourtant...

La Mutualité chrétienne avait investi le champ de l'éducation sanitaire en 1976, deux ans avant le démarrage de la revue. Les services d'éducation pour la santé flamand et francophone de l'organisme assureur étaient fort proches, ils développaient des projets communs, ils échangeaient des contenus dans leurs publications respectives, ils partageaient même leurs locaux et un collaborateur graphiste. Autres temps... En décembre 1986, au lendemain donc de la signature de la Charte d'Ottawa, Éducation Santé consacrait un épais numéro aux réalisations de l'organisme assureur au cours de la décennie écoulée.

Tout devait changer

La politique de prévention collective avait été confiée aux Communautés linguistiques du pays quelques années auparavant.

Avec d'autres, du côté francophone¹, nous plaitions pour « l'établissement d'une réglementation concernant l'attribution des subventions et l'organisation d'une structure de coordination² ».

Nous avons été entendus puisqu'un an plus tard, une première réglementation voyait le jour, suivie en 1997 par le décret du 14 juillet organisant la promotion de la santé en Communauté française de Belgique, décret qui fit les frais de la 6^e réforme institutionnelle de notre pays en 2014.

Rien n'a vraiment changé ?

Quelques mois avant la signature de la Charte d'Ottawa, la revue déplorait la « permanence du modèle médical ». Les faits sont têtus, la même



Photo © Fotolia

constatation peut toujours être faite 30 ans plus tard au simple énoncé des montants totalement disproportionnés consacrés à la prévention et à la 'réparation' dans notre pays comme dans d'autres au sein de l'Union européenne et au-delà. Et pourtant, que de chemin parcouru entre-temps : mise en place de formations supérieures de grande qualité, maturation théorique considérable, professionnalisation des intervenants, mobilisation 'politique' au sens noble du terme pour plus d'équité, démarches collectives, idées fécondes qui percolent lentement, y compris dans des milieux a priori hermétiques...

Le présent numéro d'Éducation Santé entend témoigner des difficultés d'implantation de ce qui apparaît, aujourd'hui encore comme un changement radical de paradigme. Il entend souligner aussi les avancées, les progrès, les succès réels engrangés à l'égard des stratégies défendues dans la charte.

Dites-le avec des fleurs

Nous avons choisi d'illustrer ce numéro quelque peu austère par des fleurs, normal pour célébrer un anniversaire. Mais pas n'importe quelles fleurs ! Ainsi, la photo de couverture propose une vue du Festival canadien des Tulipes, cette fleur étant le symbole de la ville³. Cet événement a

lieu chaque année au printemps dans la capitale, où on peut admirer plus d'un million de tulipes. Il évoque le séjour à Ottawa de la famille royale néerlandaise, réfugiée au Canada pendant la Seconde Guerre mondiale. Les autres fleurs ont été choisies par quelques collaboratrices de la revue en réponse à une question 'portrait chinois' : 'Et si la promotion de la santé était une fleur, ce serait...'

Merci

Ce document de référence se terminait par un « appel pour une action internationale ». À notre modeste échelle, nous y sommes très attachés dans l'espace francophone. Vous en trouverez la manifestation concrète dans les pages qui suivent. **Chantal Vandoorne** (Belgique) et **Anne Le Pennec** (France) ont investi une énergie considérable dans ce numéro un peu particulier de la revue. Qu'elles en soient chaleureusement remerciées. Sans elles en particulier, Éducation Santé ne serait pas ce qu'elle est, de même que la revue n'aurait pas pu se développer sans la collaboration bienveillante de centaines d'auteurs tout au long de ses bientôt 40 ans d'existence. À eux, comme à nos très fidèles lecteurs⁴, je dis simplement : merci.

1. Le secteur francophone de la promotion de la santé, quelque peu désertique dans les années 70, s'était sérieusement étoffé au tournant des années 80.

2. 'Deux ans de libéralisme', article non signé, Éducation Santé n° 30, décembre 1987, p. 3.

3. Merci à Pascale pour l'idée !

4. D'après la récente évaluation que nous avons réalisée en 2016, 75 % des abonnés le sont depuis plus de 2 ans.

INITIATIVES

Jean-Pierre Deschamps : « Tout n'a pas commencé en 1986 »

Propos recueillis par Anne Le Pennek

Jean-Pierre Deschamps est un homme âgé. Pédiatre et médecin de santé publique français, il a dirigé l'École de santé publique de Nancy. Il revient pour nous sur une série d'événements grands et petits qui, l'air de rien, ont contribué à tracer le sillon de la promotion de la santé dans les vingt années qui ont précédé la signature de la Charte d'Ottawa.

De la Seconde Guerre mondiale à Woodstock

Nous sommes en 1964. En France, l'Institut National d'Hygiène (INH) créé 23 ans plus tôt en pleine Seconde Guerre mondiale vit ses derniers jours. Le pays a besoin d'une institution capable de créer des laboratoires et de mobiliser des fonds et des personnels pour la recherche publique. Ce sera l'Inserm, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, dotée dès sa création de différentes divisions.

Une de ces divisions est baptisée 'division de la recherche médico-sociale' et découle d'une volonté inédite : développer une recherche autre que biomédicale. Sa principale mission consiste à assurer l'information et la recherche en santé publique.

« À cette occasion, le terme de promotion de la santé était cité pour la première fois », rapporte Jean-Pierre Deschamps. Jusqu'alors, l'hygiène occupait tout le champ de la santé publique.

« À la même époque, la santé communautaire se développait dans d'autres pays, notamment en Amérique du Sud puis au Québec. L'idée que c'est aux gens de choisir leurs modes de vie et aux professionnels de les y aider et non de dicter leurs consignes se répandait. Sans oublier le climat social et politique de ces années-là fortement marqué par l'aspiration à la liberté et à l'autonomie des peuples, qui s'est traduit, entre autres, par les mouvements de décolonisation. »

Trois idées-force animent les esprits des quelques pionniers français, issus pour beaucoup du monde médical et en particulier de la pédiatrie. « Ils voulaient aller au-delà de l'hygiène mais aussi considérer les politiques de santé comme des politiques sociales qui s'exercent sur le terrain, dans les départements et dans les quartiers et enfin s'inspirer des expériences de santé communautaires dont ils commençaient à avoir vent, où les personnes ont leur mot à dire et où le travail se fait avec des



Photo © Fotolia

« Moi j'opterais pour une **anémone mauve**.

Elle s'appelle aussi pulsatilla, un remède homéopathique, ou 'fille du vent', plein de poésie pour fêter la promotion de la santé... C'est aussi une plante qui ne craint pas l'ombre, la mi-ombre et est vivace : toutes choses qui me font inévitablement penser à la promotion de la santé, son mode de travail (un travail dans l'ombre ou pas toujours compris), sa vivacité (dans le sens de la créativité dont il faut faire preuve pour travailler avec les gens, avec les quartiers, avec les lieux de vie) mais aussi le caractère vivace d'une plante qui me fait penser aux hivers qu'a enduré la promotion de la santé (les résistances du côté des professionnels de la santé mais aussi LA résistance dont doivent faire preuve les acteurs de promotion de la santé). Bref une fleur pleine de caractère ! » (choix de Cristine)

groupes plus ou moins formels. »

En 1969, tandis que le festival de Woodstock bat son plein, les décideurs réunis à Genève au sein de l'Organisation mondiale de la santé jettent les bases de l'éducation pour la santé et en définissent les objectifs. Parmi ceux-là, on peut lire : « développer chez les individus le sens des responsabilités pour ce qui est de leur propre santé et celle de la collectivité, et leur aptitude à participer de manière constructive à la vie de la collectivité ».

Participer à la vie de la collectivité, voilà qui donne

la bonne direction aux yeux du Pr. Deschamps et de ses collègues en faveur d'un nouvel exercice de la santé publique ancré sur le terrain.

« Lorsque l'Assemblée mondiale de la Santé, sous l'égide de l'OMS là encore, se réunit en 1973, un large mécontentement est exprimé à l'égard des services de santé accusés de faire le lit des inégalités de santé », poursuit le pédiatre.

« En 1973 ! »

Est-ce cette année-là ou la suivante que le terme 'promotion de la santé', traduction littérale de l'expression anglaise 'health promotion' forgée par l'OMS, a fait son apparition ? Jean-Pierre Deschamps n'en est plus tout à fait certain.

« En tout cas, se désole-t-il, c'était difficilement traduisible en français et ce terme, promotion de la santé, n'est ni attirant ni facile à comprendre. Mais nous n'avons, hélas, jamais été fichus de trouver un mot capable de rassembler et de traduire tout ce qu'il y a dans cette notion. Cela a contribué au mouvement de retrait d'un certain nombre d'institutions à l'égard de cette approche. »

Réchauffement diplomatique et balises théoriques

Fin de l'été 1978. Des dignitaires soviétiques et américains, entre autres, sont réunis au Kazakhstan pour la conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Alma-Ata.

« En pleine Guerre froide, le simple fait de cette rencontre est déjà incroyable », souligne Jean-Pierre Deschamps, qui s'empresse d'ajouter :

« On a surtout retenu les engagements pris en faveur des soins primaires mais ce n'était pas le seul enjeu. La déclaration pose également deux principes clés, à savoir la participation des différents secteurs socio-économiques à la santé et le droit individuel à prendre part à sa santé. »

En 1980 est publié l'ouvrage collectif 'Santé publique, santé de la communauté'.

« Le premier ouvrage moderne de santé publique », estime Jean-Pierre Deschamps, qui

en est l'un des auteurs avec **Jacques Monnier**, **Jacques Fabry**, **Michel Manciaux** et d'autres. Puis un premier colloque international sur la promotion de la santé s'est tenu à Nancy en 1985. Le Professeur **Bernard Pissaro** y était. Un an plus tard, il participait à la rédaction de la Charte d'Ottawa. « *Quand ce texte est arrivé, j'ai*

fait partie de ceux qui se sont enthousiasmés car c'était le texte que nous attendions, qui couchait enfin sur le papier ce à quoi nous pensions depuis des années sans réussir à le formuler de manière claire. Des pays comme la Belgique, le Québec ou l'Espagne ont fait de réels efforts pour appliquer ses principes. Mais en France, les responsables

des institutions de santé de l'époque n'ont rien voulu comprendre. Certains y voyaient même un concept 'subversif'. Personne n'avait vraiment envie de bouger... sauf les acteurs de terrain. » La suite est sans doute mieux connue...

La promotion de la santé qui marche bien, épisode 1 **Agir sur le cadre de vie des travailleurs saisonniers**

Anne Le Penneec

Les stations de Saint-Martin, Les Menuires et Val Thorens en Savoie voient défiler chaque année quelque 5000 travailleurs saisonniers, pour la plupart venus d'ailleurs. L'espace saisonniers, qui se veut un lieu polyvalent d'informations, a été créé pour eux et leurs employeurs par la commune des Belleville en 1991.

« *Au départ* », raconte son responsable **Mathieu Jay**, « *l'objectif était de limiter les pratiques addictives dans les stations.* » En 2010, un diagnostic territorial met en lumière un nombre élevé de ruptures anticipées de contrats et d'abandons de postes en cours de saison, problématique à la fois pour les travailleurs qui restent sur le carreau, pour les employeurs et pour les communes.

« *Nous nous sommes alors demandé quels facteurs psychosociaux permettent de bien vivre le travail saisonnier tout au long de la saison.* » Mathieu Jay en fait le sujet de sa thèse de psychologie et mène l'enquête auprès de 286 saisonniers âgés de 18 et 62 ans. Premier constat : la personnalité, l'expérience, l'environnement familial et les données sociodémographiques n'ont pas d'effet. En revanche, des facteurs comme le stress, la satisfaction et l'engagement au travail, les stratégies d'ajustement déployées et la colocation semblent avoir un impact. Décision est alors prise d'agir à plusieurs niveaux. Pour améliorer l'accès des saisonniers aux soins et à la prévention, notamment vis-à-vis de l'alcool, des dépistages de fin de saison et des bilans de santé intersaisons sont mis en place et proposés. Des logements neufs sont construits, d'autres sont réaménagés avec des pièces séparées pour limiter la promiscuité source de conflits. « *Il fallait aussi sensibiliser les employeurs aux conditions de logement de leurs salariés et plus largement, aux risques*



Photo © Fotolia

'Le printemps de la promotion de la santé'

« *Des fleurs sauvages comme l'aubépine : elles piquent parfois, sont souvent discrètes, finissent par s'étendre, attirent les butineurs...* » (choix de Chantal)

psychosociaux, ce que nous faisons désormais », souligne Mathieu Jay.

L'offre de transport est retravaillée pour favoriser le covoiturage et sécuriser l'auto-stop, entre autres. Enfin, la commune a développé des tarifs avantageux pour les sorties culturelles et les loisirs des saisonniers, par le biais d'une carte qui leur est réservée.

« *Nous avons choisi de travailler sur le cadre de vie des saisonniers plus que sur les individus, dans une démarche de promotion de la santé qui nécessite une synergie entre acteurs.* » Et ça marche, comme en témoignent les premiers

résultats de cette initiative cofinancée par la commune des Belleville et la région Auvergne-Rhône-Alpes : meilleure connaissance et reconnaissance entre les acteurs, 300 détenteurs de carte saison, 59 logements favorables à la santé...

« *Sans compter que ce travail est certainement plus pérenne qu'une approche par la prévention des risques psychosociaux et s'adapte mieux à la réalité des salariés saisonniers, pour lesquels toute la vie s'articule autour du travail* » conclut Mathieu Jay.

Comment la Charte d'Ottawa s'est implantée en Belgique francophone

Chantal Vandoorne, Directrice de l'APES à l'Université de Liège

Texte d'après une conférence introductive donnée à Toulouse le 16 juin 2016, dans le cadre d'une Journée d'échanges régionale (JER) organisée à l'occasion du 30^e anniversaire de la Charte d'Ottawa. Cette journée était organisée par l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé d'Occitanie (www.ireps-occitanie.fr) et la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (www.fneps.fr).

On a observé en Belgique francophone un mouvement de professionnalisation et d'organisation de l'éducation pour la santé : une série d'acteurs professionnels se sont impliqués et se sont progressivement structurés dans des associations.

Au début des années 1980, les enjeux pour ces acteurs sont la qualité, l'amélioration des pratiques et des services, ainsi que l'ancrage local. On parle d'éducation pour la santé mais les prémisses de la Charte d'Ottawa sont déjà présentes, puisque l'on parle aussi de promouvoir la santé, d'éthique, de santé globale, d'émancipation sociale, d'amélioration des cadres de vie et de la qualité de vie.

En 1997, le décret sur la promotion de la santé est voté par le parlement francophone belge. Il prévoit de définir des priorités de promotion de la santé sur cinq ans et encadre l'agrément de structures ayant pour but de développer des synergies locales. Ces structures, les centres locaux de promotion de la santé, ont des missions similaires à celles des comités départementaux d'éducation pour la santé en France (CODES). Le décret prévoit un financement pluriannuel pour ces activités et marque la volonté d'intégrer dans un même cadre la médecine préventive, la promotion de la santé et l'éducation pour la santé.

Bilan en demi-teintes

Le bilan que l'on peut dresser du décret de 1997 permet de retenir tout d'abord la diversité d'acteurs qui ont appliqué des objectifs et des méthodes d'intervention communs, des cadres de référence communs, basés sur des textes internationaux et des connaissances scientifiques, dans des interventions qui dépassent le champ de la santé. L'esprit est celui de l'*empowerment*, de l'action sur les milieux de vie, de l'action intersectorielle, de la réduction des inégalités sociales de santé et du plaidoyer pour des politiques publiques saines. En créant cette culture commune d'intervention, les acteurs de promotion de la santé se sont professionnalisés en se formant dans les universités, mais aussi en

confrontant leurs pratiques dans des démarches collectives afin d'en définir les critères de qualité. Cette conception de la qualité était largement partagée par l'administration de tutelle, qui les appliquait à la conception des programmes et politiques de prévention.

Un autre élément positif est la présence de déclinaisons locales des programmes, d'un appui méthodologique et stratégique, et une véritable articulation entre les stratégies de médecine préventive et de promotion de la santé.

En revanche, certains points négatifs ne peuvent être ignorés. Bien qu'une toile de fond ait été tissée, il n'y a pas encore de réelle planification stratégique des actions mises en place.

Par ailleurs, alors qu'a émergé une identité sectorielle forte pour les acteurs de la promotion de la santé, le manque de visibilité persiste, notamment auprès des acteurs politiques.

On se heurte également à la difficulté de diffuser le concept de promotion de la santé de manière durable en dehors du secteur, car les partenariats manquent parfois de stabilité. Enfin, le sous-financement persistant, le manque d'investissement des politiques publiques dans la prévention, la promotion de la santé et l'éducation pour la santé, en comparaison avec le secteur curatif, sont des freins majeurs pour le développement des actions en promotion de la santé en Belgique francophone.

Espoirs et défis

Les espoirs

– Les valeurs de la Charte d'Ottawa offrent des occasions d'alliances avec d'autres secteurs ayant des valeurs identiques. D'autres branches valorisent en effet l'action complexe, l'intelligence collective, traitent de la question des inégalités

sociales et de la cohésion sociale. Le secteur du développement durable en est un exemple.

- Des alliances sont aussi possibles avec la première ligne de soins, en particulier le secteur de la prévention des maladies chroniques, des grands plans de prévention et de suivi de ces maladies. La promotion de la santé pénètre de plus en plus dans le secteur du soin et dans la médecine générale.
- L'accès facilité aux connaissances et aux informations, et les outils pour l'action politique intersectorielle, tels que l'évaluation de l'impact sur la santé (EIS), représentent des perspectives prometteuses pour la promotion de la santé.

Les défis

Appliquer la 'Santé dans toutes les politiques'

- Favoriser les programmes transversaux, tout en conservant la professionnalisation et l'organisation du secteur spécifique de la promotion de la santé ;
- Augmenter les compétences pour l'action intersectorielle aux différents paliers, notamment adapter le vocabulaire, les méthodologies aux mondes des autres secteurs tout en conservant le focus 'santé'.

Développer de nouveaux modes de construction et de diffusion des connaissances propres à la promotion de la santé

- Croiser les expertises des publics concernés, des professionnels et des scientifiques ;
- Articuler les connaissances issues de la recherche et des expériences internationales avec les savoirs issus de la pratique des professionnels et des populations locales.

Contribuer à la lutte contre les inégalités sociales

- Renforcer le continuum 'promotion de la santé-prévention-soins', c'est-à-dire l'accompagnement

dans et en dehors du système de santé, tout au long du parcours de vie des individus ;
- Conserver l'enfance comme cible prioritaire ;

- Accroître l'universalisme proportionné dans les programmes et politiques ;
- Prendre en compte la dimension territoriale des

inégalités ;
- Agir globalement sur les facteurs individuels, collectifs et contextuels.



Photo © Fotolia

« Un **coquelicot** : fragile, éclatant, essaimant. Également souvent là où on ne l'attend pas, sur les talus au bord des routes par exemple ou sorti du goudron on ne sait trop par quelle magie. »
(choix d'Anne, Isabelle, Maryse, Muriel)

La promotion de la santé qui marche bien, épisode 2 **Locomotiv', pour sortir du train-train quotidien**

Anne Le Pennec

Dans Locomotiv' il y a loco comme locomotive, celle par qui avance le train, et motiv' comme motivation celle qui souvent fait défaut et dont l'absence empêche d'avancer. Locomotiv' est aussi le nom d'un groupe d'échange solidaire singulier, qui a vu le jour en 2012 à Saint-Étienne à l'initiative de plusieurs relais emploi de centres sociaux et l'équipe mobile de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire (CHU) soutenus par la Ville.

« Les professionnels de ces structures rencontraient des personnes ne relevant ni des soins en santé mentale ni de l'insertion par l'emploi encore trop difficile à envisager. Pour autant, elles avaient besoin d'un accompagnement. Nous avons imaginé ce groupe comme une réponse intermédiaire entre le soin et le social », résume **Marie Denisot**, chargée de mission santé publique à la mairie de Saint-Étienne.

Objectif affiché : enrayer les mécanismes de souffrance psychosociale. Car se réapproprier une place au sein d'un groupe, c'est déjà s'accepter soi-même en tant qu'individu et retrouver un peu son identité. Le groupe se réunit deux jeudis après-midi par mois. Jamais plus de trois fois au même endroit pour ne pas peser sur une structure plus que sur

les autres et pour aller au-devant d'un maximum de personnes. Le groupe lui-même est à géométrie variable. On y vient si on veut une fois, deux fois, plus souvent ou plus jamais. Ni groupe de parole, ni groupe thérapeutique, on ne sait pas en venant de quoi il sera question. On est sûr en revanche de trouver des personnes avec lesquelles échanger, partager des idées et des paroles sans jugement et dans le respect. Autre particularité du groupe, la participation des professionnels des structures impliquées, notamment de celle qui accueille. « Ils font partie du groupe comme les autres, sans hiérarchie. C'est avant tout un groupe d'humains », ajoute Marie Denisot, qui se souvient avoir dû batailler ferme pour faire comprendre et accepter ce projet aux contours flous de prime abord,

sans obligation de résultat par ses financeurs, à commencer par la Ville et la direction départementale de la cohésion sociale dans le cadre d'un contrat urbain de cohésion sociale. « Un tel projet alternatif demande beaucoup d'investissement de la part de gens et d'organismes dont ce n'est pas la mission première et qui néanmoins acceptent d'y consacrer du temps », reconnaît-elle. Au fil des rencontres, des liens se tissent, des compétences sortent de l'ombre. L'un commence une histoire, son histoire qui devient un livre, l'autre lance une discussion sur un fait d'actualité, un troisième organise une sortie pour le groupe. « Puisque rien n'est prédéfini, tout est possible » conclut joliment Marie Denisot.

Éric Breton :

« Nous sommes moins naïfs qu'il y a 30 ans »

Propos recueillis par **Anne Le Pennec**

Éric Breton est enseignant-chercheur, titulaire de la chaire INPES 'Promotion de la santé' à l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) à Rennes (France). Nous ne pouvons manquer de faire appel à lui pour ce numéro spécial d'Éducation Santé. Nous lui avons posé quatre questions.

Éducation Santé : Selon vous, il y aurait un malentendu autour de la Charte d'Ottawa.

Quel est-il ?

Éric Breton : Ce n'est pas un grand malentendu mais tout de même. On parle de la Charte d'Ottawa depuis des années et en particulier de ses cinq leviers d'action. En réalité, ces leviers ne disent pas grand-chose de concret aux acteurs de la promotion de la santé.

Il faut se souvenir que ce texte a été rédigé dans l'idée qu'après une dérive vers la biomédicalisation, il fallait réorienter l'action en santé. Au fond, il dit que ce n'est pas en mettant tous les moyens dans les soins que l'on parviendra à améliorer la santé des populations. Ma lecture de la charte n'est pas opérationnelle. J'y vois une carte des déterminants de santé des populations. C'est une affirmation importante et un guide essentiel pour l'action mais sans cap opérationnel.

Elle pose aussi des principes pour l'action, un cadre de valeurs qui au fond sont des valeurs démocratiques et humanistes. Mais elle ne va pas au-delà et laisse les gens quelque peu sur leur faim, désarmés.

ES : Quels outils vous paraissent pertinents pour agir en accord avec ces principes et valeurs ?

EB : Ils sont nombreux, de même que les actions déployées sur le terrain, dans les quartiers, au plus près des populations pour améliorer leur santé. Mais il y a eu, je crois, beaucoup d'interventions fondées sur des intuitions qui, tout en s'avérant aujourd'hui tout à fait justes, n'étaient pas confirmées par la science.

Je pense par exemple au principe de participation des populations dans la définition et le déploiement des projets. Nous avons aujourd'hui les preuves que cela renforce l'efficacité des actions et favorise la persistance des effets dans le temps.

Pourtant, la science a peu suivi pour

éclairer les pratiques. Je pense que nous devons maintenant mettre l'accent sur la compréhension des mécanismes capables de changer les politiques publiques, créer des environnements favorables ou renforcer l'action communautaire, pour ne citer que ces trois axes de la charte. Nous devons développer des approches plus rigoureuses.

L'action communautaire comme elle se pratiquait à l'époque d'Alma-Ata, à la fin des années 70, reste un levier pertinent, surtout si on y met de la science et que l'on convoque des approches qui s'émancipent d'une perspective de causalité linéaire pour mieux comprendre les rouages de la mobilisation de la population et comment celle-ci peut produire des améliorations de la santé.

Il nous faut des modèles pour être en capacité de répliquer les expériences positives. Pour cela, nous devons aller au-delà de la description par le récit pour aller chercher le ou les ingrédients actifs, qui génèrent les effets, et comprendre comment transposer les expériences heureuses dans d'autres contextes et à d'autres populations. Cela implique de disposer de nouveaux modèles et devis d'évaluation, autres que ceux du modèle biomédical. Des travaux en sciences de l'évaluation vont dans ce sens et méritent d'être soutenus.

ES : La promotion de la santé n'en a donc pas terminé avec le modèle biomédical ?

EB : Effectivement. Nous avons toujours une lecture biomédicale des actions, qui nous pousse à la simplification. Cela ne peut pas marcher, entre autres parce que nos actions visent des populations, pas des individus. Heureusement, les formations en santé publique commencent à s'émanciper des facultés de médecine.

Les fonds de recherche, eux, restent encore

dominés par les sciences biomédicales, où la promotion de la santé est soit invisible, soit jugée négativement. La composante sociale de nos approches suscite toujours beaucoup d'incompréhension dans les instances qui allouent les budgets. Récemment encore, j'ai entendu un chercheur se demander à quoi bon financer un projet dont un des volets consiste à organiser des réunions avec des habitants...

ES : À votre avis, où se situe l'avenir de la promotion de la santé ?

EB : Grâce au développement des connaissances sur les déterminants de santé, nous sommes aujourd'hui moins naïfs qu'il y a 30 ans. On sait notamment le poids du logement, du transport, de la solitude, etc. Le monde de la santé voudrait que les autres secteurs viennent à elle, incluent cette préoccupation dans leurs projets. Mais nous devons nous aussi nous intéresser à leurs domaines, participer à leurs réunions, faire connaissance avec leurs outils. La promotion de la santé a tout à y gagner.

Par ailleurs, nous vivons une période de transformation des modèles de gouvernance pour relever les défis de notre époque.

Travailler en silos comme nous en avons l'habitude jusqu'ici n'est plus opérant. Face au réchauffement climatique ou au chômage persistant par exemple, l'intersectorialité à tous les niveaux – national, territorial, local – s'impose. Cet objectif est l'un de ceux que poursuit l'Organisation des Nations Unies en matière de développement durable.

La déclaration de Shanghai, signée en novembre 2016 à l'issue de la neuvième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, fait le pont en affirmant que la santé et le bien-être sont essentiels pour réaliser son ambition de développement durable à l'horizon 2030.

RÉFLEXIONS

Des indicateurs d'efficacité pour la promotion de la santé : leurre ou défi ?

Chantal Vandoorne, APES-ULg, Lyon 30 novembre 2016

La revue Éducation Santé a publié en novembre 2012¹ un numéro spécial consacré à l'évaluation. Ce numéro se voulait résolument optimiste. Il montrait comment, au cours des trente dernières années, les modèles de référence en évaluation avaient évolué parmi les acteurs francophones de la promotion de la santé.

Au centre de ces évolutions, on retrouve l'engagement à promouvoir des démarches, des méthodes, des outils qui font la place aux points de vue des différentes parties prenantes, mais surtout qui ne se substituent pas *in fine* à la délibération et au choix collectif par celles-ci ; et enfin qui n'oblitérent pas les 'démarches qualité' menées par la diversité des acteurs.

Cet article se terminait sur le défi que représentait le passage à l'évaluation de 5^e génération, dite émancipatrice : celle qui implique les populations concernées par un programme public dans toutes les phases de son évaluation.² Ces évolutions présentent donc un haut degré de cohérence avec les principes mis à l'avant-plan par la Charte d'Ottawa : *empowerment*, action intersectorielle, participation des populations.

Cependant les journées d'échanges et de rencontres consacrées aux 30 ans de la Charte d'Ottawa ont pris en compte le retour d'un discours sur l'efficacité dans la sphère publique. Cet article tentera donc d'éclairer comment ce type de discours tente de s'imposer dans nos pratiques d'acteurs de promotion de la santé.

Il formulera aussi quelques pistes prometteuses. Rappelons d'abord une définition simple de l'efficacité : « *Ce critère permet d'apprécier la réalisation des objectifs d'une intervention en comparant les résultats (au sens d'effets) obtenus aux résultats attendus, ces résultats étant imputables à cette intervention (efficacité propre)* » (Jabot et Bauchet, 2009)³.

L'efficacité peut donc, selon les cas, concerner l'impact d'une politique, les résultats d'une

intervention ou les réalisations mises en œuvre par un opérateur, selon le niveau auquel les objectifs sont formulés (voir l'encadré qui précise certaines notions en les illustrant). Selon que l'on soit décideur ou opérateur, les points de référence varieront, chacun étant soumis à ses propres paradoxes.

Du côté des décideurs : les plans et les priorités

De nombreux décideurs en promotion de la santé sont assez convaincus qu'ils doivent se fixer des objectifs à long terme, pour apprécier l'évolution des modes de vie d'une population. Ils sont en attente d'indicateurs qui rendront sensible cette évolution. L'efficacité s'évaluerait donc au niveau des impacts. Ainsi le récent *Plan wallon de prévention et de promotion de la santé* se donne des priorités pour 2030⁴.

Cela étant, les mandataires sont soumis à un premier paradoxe : celui de devoir fournir une image de la rentabilité à court terme de leur politique, au terme de leur mandat quinquennal, alors que leurs priorités se définissent à plus long terme.

Ils sont aussi soumis à un deuxième paradoxe, l'efficacité à long terme ne dépendra pas que de la politique qu'ils ont en responsabilité, tant sont nombreux et variés les déterminants qui produisent la santé d'une population, tant les contextes de vie évoluent rapidement durant cette période de transition sociétale.

Il n'y a pas de réponse technique ou scientifique simple qui permette de résoudre ces paradoxes,

d'autant que les indicateurs les plus pertinents ne sont pas toujours disponibles avant le début de l'implantation de la politique.

Du côté des opérateurs : les projets et les services

La préoccupation croissante pour l'efficacité et l'efficience entraîne une pression des financeurs vers les opérateurs : ceux-ci doivent augmenter la précision des objectifs annoncés de leurs projets et prouver comment ils rencontreront les priorités définies dans les plans. De plus en plus souvent, on exige des objectifs SMART (spécifiques, mesurables, assignables, réalistes et temporellement définis)⁵.

Les opérateurs sont alors confrontés à deux types de difficultés. Tout d'abord, ils doivent articuler les objectifs annoncés de manière cohérente non seulement avec les objectifs spécifiques définis par les plans, mais aussi avec l'objet social de leur organisme, en assurant une continuité d'actions et de services aux usagers, en respectant les cadres logiques et modèles de référence en promotion de la santé qui reflètent la complexité des déterminants du changement⁶. Ensuite, ils doivent dégager des ressources pour évaluer l'atteinte de ces objectifs, ce qui le plus souvent réduit d'autant les ressources disponibles pour implanter l'action. Dans la pratique, face à ces multiples contraintes, toutes pertinentes, les résultats dégagés par les opérateurs, en lien avec leurs objectifs (même, et surtout, SMART), ne permettront pas de documenter des indicateurs de résultats pour les objectifs spécifiques définis dans les plans.

1. Vandoorne C, Quelles perspectives pour l'évaluation en promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles ? Revue Éducation santé, n° 283, novembre 2012, <http://educationsante.be/article/quelles-perspectives-pour-levaluation-en-promotion-de-la-sante-en-federation-wallonie-bruxelles/>

2. Baron G, Monnier É., Une approche pluraliste et participative : coproduire l'évaluation avec la société civile, Revue Informations Sociales n° 110, septembre 2003

3. Absil G, Vandoorne C, Des mots pour parler d'évaluation, Revue Éducation Santé n° 283, Novembre 2012, <http://educationsante.be/article/des-mots-pour-parler-devaluation/>

4. Éducation Santé vous le présentera en détail dans le prochain numéro (ndlr).

5. <http://cfr.wallonie.be/compasinfo/breve.phpid=14&rub-id=54.html>. Consulté le 19 février 2017. Steffens G. 2015. Les critères SMART pour atteindre son objectif. La méthode intelligente du manager, Paris, Gestion et marketing, 2015, 32 p., p. 15 à 23.

6. Par exemple : outil de catégorisation des résultats, modèle de la Commission des déterminants sociaux de la santé, axes de la Charte d'Ottawa, approche socioécologique...

Le rêve méthodologique d'une alliance entre décideurs et opérateurs

Arrêtons de courir après des chimères méthodologiques qui cristallisent des tensions entre opérateurs et financeurs et aboutissent dans un certain nombre de cas à une perte du sens de l'action. Par rapport à un sous-financement criant de la prévention dans nos politiques, trois critères de qualité devraient retenir notre attention.

L'intervention proposée est-elle pertinente

par rapport aux objectifs fixés ? Des grilles d'analyse existent pour définir cette pertinence, la littérature scientifique et la littérature grise fournissent des repères précieux, les échanges de pratiques également. Des progrès peuvent être faits pour diffuser et accroître les données probantes auxquelles se référer en promotion de la santé (voir article dans ce même numéro).



Photo © Danielle Beeldens

« Une préférence pour l'azalée, la glycine, l'hortensia, les vignes, l'arbre à papillons, le rhododendron, la clématite car ces fleurs me donnent une impression de force, de solidité, de majesté, de noblesse. Je les trouve très belles bien sûr et elles peuvent s'étendre très fort si les conditions indispensables à leur développement sont rencontrées... » (choix de Colette)

Une fois la pertinence établie, focalisons notre attention sur des **indicateurs de couverture** et des **indicateurs d'intensité de l'action**,

qui sont les préalables incontournables à tout résultat mesuré à l'aune d'une population pour des objectifs de promotion de la santé.

Pour les indicateurs de couverture, il s'agira de déterminer quelle est la population rejointe par l'action par rapport à la population concernée ; d'examiner comment cette population rejointe se répartit sur le gradient socio-économique et/ou sur les territoires. De manière symétrique, on pourra vérifier si au fil des interventions on a rejoint tous les professionnels ou relais qui accompagnent les populations concernées. On pourrait aussi s'intéresser aux taux de fidélisation vs renouvellement des bénéficiaires d'une action ou des usagers d'un service.

Pour les indicateurs d'intensité, demandons-nous par rapport à une population définie, dans quelle mesure les interventions visant un même objectif se sont déployées avec suffisamment de

Impacts, effets et réalisations

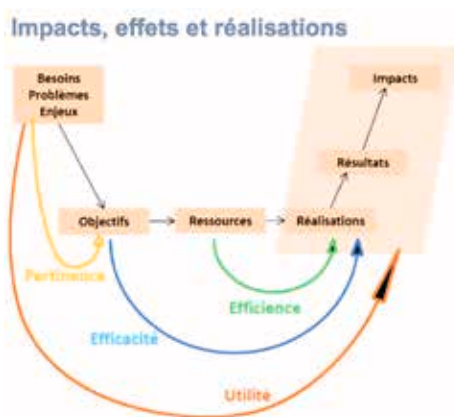
Les **impacts** désignent plutôt les changements rapportables aux finalités à long terme d'une politique ou d'un programme ; l'évaluation des impacts peut nécessiter d'analyser de façon différentielle les effets d'une variété d'axes d'intervention ou d'actions.

Exemple. Deux priorités du projet de santé en Rhône-Alpes pour 2012-2017 sont : « développer et organiser la prévention du diabète et des maladies neuro et cardiovasculaires, et améliorer la coordination de leur prise en charge ». La mesure de l'utilité de ce programme pourrait consister en une réduction des indicateurs suivants : 12 % des adultes obèses, 18.500 admissions par an en affections de longue durée pour le diabète, 13.000 décès annuels.

Les **effets** ou **résultats** sont les changements directement observables d'une intervention (d'un projet, d'une action) sur le milieu ou une population ; ils peuvent être attendus ou non, attribuables directement ou indirectement à une action, identifiables à court ou moyen terme (acquisition de connaissances, amélioration des compétences, modification de comportement...).

Exemple. Deux objectifs spécifiques de promotion de la santé en lien avec ces priorités en Rhône-Alpes sont :

- améliorer l'environnement alimentaire et promouvoir un environnement favorable à l'activité physique des populations en situation de précarité et ainsi encourager les comportements favorables à la santé ;
- encourager les patients malades chroniques à être acteurs de leur santé en facilitant l'accès aux programmes d'éducation thérapeutique et en développant l'auto-surveillance.



La mesure des résultats sera difficile à réaliser au niveau de l'ensemble de la population de Rhône-Alpes mais possible dans le cadre de l'un ou l'autre projet précis portant sur l'un ou l'autre objectif.

Les modifications sur le long terme et l'adoption de comportements favorables à la santé serait une mesure d'impact.

Les **réalisations** sont des activités, biens et services fournis directement par une intervention, bien délimités et concrets, mis en place pour atteindre les objectifs du projet ou du programme. Les réalisations peuvent prendre la forme d'objets matériels (un outil d'animation, une brochure, une base documentaire...) ou immatériels (un réseau de partenaires, un programme de formation, etc.). Les réalisations s'intéressent aussi à l'implantation / la couverture d'un projet ou programme (population ciblée / rejointe par exemple). Exemples d'objectifs opérationnels (pas tout à fait SMART) qui devront faire l'objet d'indicateurs de réalisation, notamment en termes de couverture et d'intensité des actions :

- identifier par territoires les opérateurs de l'aide alimentaire et les coordonner par l'animation du groupe de travail 'alimentation et précarité' co-piloté par l'Agence régionale de santé (ARS) et la Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF) ;
- impliquer les communes dans la prévention du surpoids et de la sédentarité par une dynamisation des ateliers santé ville sur ces thèmes de prévention, et par l'intégration du thème de la nutrition dans le cadre de la signature de Contrats locaux de santé (CLS).

continuité, si elles ont été accentuées par des synergies avec d'autres actions et si elles se sont disséminées dans d'autres lieux proches.

Un défi ou un idéal hors de portée ?

Ce type d'indicateurs ne peut être produit que s'il y a une alliance entre opérateurs et financeurs. Les termes de cette alliance seraient les suivants :

– que les opérateurs collectent et compilent

des informations en routine de manière standardisée sur les contextes et destinataires de leurs propres activités ;
– que les acteurs institutionnels mettent à la disposition des opérateurs pour cet enregistrement des outils concertés, acceptables et respectueux de l'éthique. Qu'ensuite ils analysent les données fournies pour tirer des conclusions documentées sur la couverture et l'intensité des interventions au niveau d'un plan. Impossible ? Ça et là existent des outils qui

tracent les prémisses de cette estimation des couvertures et complémentarités : une cartographie de projets financés en promotion de la santé telle OSCARS en France⁷, des bases de données gérées par de nombreux opérateurs qui permettent d'estimer les profils professionnels et les origines territoriales des personnes formées à l'une ou l'autre démarche. Capitaliser sur ces initiatives, tenter de les harmoniser pourrait permettre un meilleur suivi de l'implantation des politiques, condition première d'efficacité.

7. <http://www.oscarsante.org>

« Sortir de son entre-soi » : un regard indiscipliné sur les enjeux de la promotion de la santé

Patrick Berry¹, avec la collaboration d'Anne Le Penneec

Renforcer la dimension politique de la promotion de la santé en s'appuyant sur une visée sociétale renouvelée, des alliances stratégiques et un rapprochement de la décision publique. Telle est la feuille de route dessinée par Patrick Berry, qu'il explicite ci-dessous.

La Charte d'Ottawa vient de fêter ses trente ans. Les acteurs du champ de la promotion de la santé célèbrent l'anniversaire de ce texte court, témoin d'une époque durant laquelle, déclamée haut dans des écrits de statut international, l'utopie semblait à la portée des espoirs.

Ces mots mettaient en récit avec conviction les espérances progressistes et des revendications d'« Hommes engagés » aurait dit **Albert Camus**. On se rend compte rétrospectivement à quel point ils ont suscité de véritables révolutions dans les pratiques professionnelles, de l'échelle la plus large au niveau le plus local.

Dans ces débats et échanges d'anniversaire, deux logiques concomitantes sont à l'œuvre. L'une, rétrospective, discute les effets et acquis de la charte, dont l'influence a été majeure dans l'histoire de la santé publique, ou bien pose des constats sur l'état actuel de la promotion de la santé. Signe de maturité, on s'interroge avec raison et réflexivité. Il est vrai que le bilan critique de ce texte est amorcé et partagé depuis quelques années déjà².

L'autre logique, prospective celle-là, s'essaie à déterminer les enjeux pour la promotion de la santé à court terme et dans les décennies à venir. Cet exercice est essentiellement mené sous l'angle thématique, par exemple sur l'évaluation ou le développement de certains secteurs comme l'éducation pour la santé. Nourri de travaux théoriques et d'activités de terrain dans le champ de la promotion de la santé mais aussi celui de l'environnement, je porte un regard croisé tout autant que distancié sur ces réflexions prospectives. J'en retire une idée-force : l'indispensable renforcement de la dimension politique de la promotion de la santé, autour de trois enjeux présentés ici comme autant de matières à débats et à nuances.

Enjeu #1 - Renouveler la visée sociétale, en lien avec une mise au clair du paradigme de santé

« L'obsession de la définition³ » de ce que recouvre la notion de « santé » est le propre de la santé publique depuis plus d'un siècle.

Pour autant, il s'agit de dépasser les querelles sémantiques et les constructions rhétoriques autour du concept, pour asseoir une visée politique claire et pragmatique. Il y a en effet, me semble-t-il, une vigilance toute particulière à avoir pour travailler très directement à l'intégration des discours et concepts dans les actions de terrain, ou pour le moins, à ne pas laisser se construire de trop grands écarts entre « ce qui se dit » et « ce qui se fait » en promotion de la santé. Autrement dit, à susciter et plus encore à structurer un dialogue fructueux entre ces deux pôles. Pour ce, trois pistes de réflexion me semblent pouvoir être tracées.

Tout d'abord, il s'agirait de travailler à l'**articulation conceptuelle** entre la notion de 'Santé' et celle de 'Bien-être', utilisée dans le champ du développement et de l'environnement. Largement dominée par le modèle biomédical, la promotion de la santé aurait à gagner en crédibilité tout comme en légitimité à sortir de son entre-soi, et à « croiser le fer » avec des travaux conceptuels déjà mis en pratique dans les actions

1. Patrick Berry est sociologue et tout à la fois consultant en promotion de la santé et directeur d'étude en environnement en France.

2. Le bilan critique de la Charte d'Ottawa a, pour évoquer les plus récentes, donné lieu à de nombreuses publications à l'occasion de son 25^e anniversaire en 2011.

3. Fassin, D. (2000). Comment faire de la santé publique avec des mots : une rhétorique à l'œuvre, Rupture. Revue transdisciplinaire en santé. vol.7.N° 1. pp. 58-78

de terrain, sur-le-champ environnemental et du développement des territoires, en France et plus largement encore en Europe. On peut citer à titre d'exemples les travaux déjà classiques d'**Amartya Sen** et de **Joseph Stiglitz** sur les Indicateurs de Développement Humains (IDH) ou sur les capacités⁴, mais aussi ceux engagés par les instances environnementales européenne et française autour du bien-être territorial des populations, que cela soit sous l'angle spécifique des liens avec les milieux de vie, ou bien sous l'angle plus global des dynamiques d'adaptation territoriale aux enjeux environnementaux⁵.

Il y aurait par ailleurs un grand intérêt pour les acteurs de santé à **se distancier de la centration sur l'individu sujet**, pour repositionner celui-ci dans des écosystèmes complexes. Il s'agirait alors de porter la focale sur les milieux et environnements de vie en tant que déterminants essentiels de la santé.

Ce mouvement est déjà amorcé par les acteurs travaillant, entre autres, sur l'habitat, le milieu urbain ou sur la qualité de l'air intérieur.

Il pourrait être davantage fécond. Cela passe par un examen critique des dynamiques de santé à l'œuvre aujourd'hui, massivement influencées par les avatars psychologisants du développement personnel et par les dispositifs d'auto-évaluation de soi comme contrôle social qui en temps de crise font naturellement florès⁶. Tout est lié. L'incapacité de la promotion de la santé à investir le travail sur les déterminants sociaux et environnementaux trouve en grande partie son origine dans la place qu'elle donne au modèle d'Homme rationnel et aux problématiques comportementales. Sortir de ces logiques « du marché du bien-être ou du marché du malaise⁷ » implique de porter davantage l'effort sur le travail pratique au niveau du pouvoir d'agir (empowerment) des individus sur leurs conditions de vie, et sur la dimension spirituelle de la santé, c'est-à-dire du sens attribué au monde par les humains⁸.

Enfin, une visée politique de la promotion de la santé pourrait prioriser deux points

nodaux cristallisant l'ensemble des enjeux du « vivre ensemble » et d'une éthique de la Reconnaissance chère à **Axel Honneth**⁹ : la réduction des inégalités de santé et le respect des droits de l'Homme.

Les travaux théoriques déjà menés ne manquent pas. Outre les dernières productions de la Conférence européenne de santé publique et de l'OMS¹⁰, deux textes accessibles à tous les acteurs pourraient être porteurs d'une nouvelle inflexion dans les pratiques : le rapport de la commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé intitulé « Comblent le fossé en une génération¹¹ » et cet article, ancien mais ô combien d'actualité, de **Jonathan Mann**¹² sur les liens entre les droits fondamentaux des personnes et la santé des populations.

Ces deux textes dressent des lignes qui pourraient être autant de repères pour les interventions en promotion de la santé : le respect des droits fondamentaux des personnes, l'importance à agir sur les déterminants sociaux et la répartition des richesses tout comme du pouvoir. Ils interrogent et la capacité de la promotion de la santé à intervenir sur les milieux et conditions de vie et son aptitude à tisser des alliances pour y parvenir.

Enjeu #2 - Renforcer les stratégies d'alliance de la promotion de la santé

Le renforcement des stratégies d'alliance de la promotion de la santé constitue le deuxième enjeu en ce qu'elles permettraient à la fois de conforter son positionnement politique, mais aussi de renforcer ses approches opérationnelles.

Il s'agit d'élaborer une stratégie de coopération, qui pourrait à tout le moins suivre trois lignes d'horizon. La première est conceptuelle et intéresse prioritairement le monde de la recherche. Elle consiste à croiser davantage les disciplines et à rééquilibrer les approches entre sciences biomédicales et sciences sociales.

Un décloisonnement disciplinaire permettrait ainsi de donner toute leur pertinence aux travaux



Photo © Fotolia

« Le *myosotis*, qui signifie 'Ne m'oublie pas...' »
(choix d'Alexia)

en sociologie, anthropologie, psychologie sociale notamment, s'attachant à comprendre les interactions humaines avec les milieux de vie. Plutôt que de produire de nouvelles connaissances, intégrons les données existantes, et ce de manière participative.

Par ailleurs, le dialogue interdisciplinaire permettrait de clarifier les zones de recouvrement et les articulations de concepts utiles à la promotion de la santé. Ainsi pourraient être mis en regard la santé biomédicale avec le *bien-être* des économistes, le sentiment de contrôle et le *coping* avec l'*empowerment*, ou bien encore la motivation avec les systèmes d'acteurs connus des sociologues.

La deuxième ligne est située à l'intermédiaire entre la recherche et l'action de terrain. Force est de constater, en promotion de la santé, le peu de cas fait à la traduction et à la valorisation des connaissances scientifiques auprès des acteurs de terrain. Cet état de fait participe du flou et de l'éparpillement des références théoriques, tout comme des adhésions par 'affinités électives' aux ressorts conceptuels utilisés sur le terrain par les acteurs.

Une autre hypothèse explicative du flottement conceptuel serait à chercher dans le développement de formations généralistes

4. Naussbaum, M. (2012). Capabilités. Comment créer les conditions d'un monde plus juste ? Paris : Climax

5. On peut renvoyer ici aux travaux portés par les agences françaises ONEMA et ADEME sur les indicateurs de bien-être et de qualité de vie en lien avec les problématiques environnementales. De même, autour de la problématique de la résilience territoriale face au changement climatique, des travaux sont en cours sur l'élaboration d'indicateurs agrégés de santé et de Bien-être des populations, posant l'hypothèse que le Bien-être pourrait être un facteur de résilience 'communautaire' et territoriale.

6. Marquis, N. (2014). Du bien-être au marché du malaise. La société du développement personnel. Paris : PUF

7. Id.

8. Morin, E. (1979). Le paradigme perdu. La nature humaine. Paris : Seuil. Coll. Points Essais

9. Honneth, A. (2002). La lutte pour la Reconnaissance. Paris : Cerf. Coll. Passages

10. Il s'agit de la déclaration de Vienne, publiée par l'European Public Health Association (EUPHA) en 2016 et de la déclaration de Shangai sur la promotion de la santé et le développement durable à l'horizon 2030, énoncée à l'occasion de la 9^e conférence mondiale sur la promotion de la santé.

11. OMS. (2009). Comblent le fossé en une génération. Rapport de la commission sur les déterminants de la santé

12. Mann, J. (1998). Santé publique : éthique et droits de la personne. Santé publique. vol. 10, n° 3, pp. 239-250

en promotion de la santé, favorisant des appropriations théoriques davantage par sensibilité personnelle que par formation disciplinaire de fond. En contrepoint, des alliances pourraient être construites avec les secteurs de la médiation scientifique tout comme avec les dispositifs de valorisation universitaire. L'objectif serait de construire des référentiels théoriques aisément appropriables basés sur le dialogue entre les expériences de terrain et la recherche interdisciplinaire. L'émergence récente en éducation pour la santé d'un travail sur le courtage de connaissances et sur l'identification de données probantes et interventions prometteuses est en ce sens particulièrement intéressant. Pour autant, gageons que ces données probantes ne seront pas restreintes au champ de la santé publique, ni sur le fond, ni dans leurs logiques épidémiologiques d'élaboration, car cela ne ferait que conforter la prédominance du modèle biomédical et servirait peu le renouvellement politique du paradigme de santé. Pour ne pas dire que cela le contredirait. Le troisième axe concerne les alliances de terrain. Hormis les autorités de santé (Agences régionales de santé) toujours présentes sur les territoires, il est surprenant de constater qu'il soit possible de mener des études sur des sujets aussi divers que les dynamiques de concertation et de bien-être territorial, l'accessibilité sociale à l'eau ou le maintien de l'habitat en zone rurale, etc. sans jamais croiser un acteur issu du champ de la promotion de la santé autre qu'un médecin généraliste ou spécialisé. Ce sont pourtant des questions sociétales essentielles. Les croisements avec les champs environnementaux, du social et de l'éducation populaire, au travers notamment des associations de consommateurs et autres associations citoyennes détentrices a minima d'une expertise expérientielle, paraît indispensable pour prendre en compte et agir dans la complexité des systèmes liés à la vie quotidienne des 'gens'.

Enjeu #3 - Se rapprocher de la décision publique

Troisième enjeu, connexe aux deux premiers : la promotion de la santé a tout à gagner à se rapprocher de la décision publique pour conforter son influence et se positionner davantage dans les rapports de forces entre

acteurs présents sur les territoires, quelle qu'en soit leur échelle. Le monde environnemental et celui du développement local, par leur positionnement politique, se sont très tôt attelés à l'élaboration d'outils d'accompagnement et d'aide à la décision. Par son histoire, la promotion de la santé s'est quant à elle centrée sur la décision individuelle selon une approche comportementale et moralisante.

Les travaux en sciences sociales et sciences politiques montrent toute la complexité des politiques publiques, de la mise à l'agenda des questions d'intérêt général, des modalités de prise de décision, du suivi de ces décisions. Or l'intérêt de la promotion de la santé pour les questions de sciences politiques et de sociologie organisationnelle se manifeste lentement. Il est vrai qu'il nécessite une évolution culturelle tout autant qu'opérationnelle.

Ce changement de posture pourrait s'opérer de manière concrète selon trois volets : le lobbying ou plaidoyer, l'aide à la décision au sein des politiques publiques et l'évaluation.

Si le plaidoyer en santé est un outil déjà utilisé auprès des élus et décideurs, un travail à la fois sur les contenus de ce plaidoyer et leur formalisation serait de bon aloi. L'affichage du décloisonnement des politiques publiques et l'explicitation des liens et croisements de la promotion de la santé avec d'autres politiques sectorielles pourraient être un argument supplémentaire pour les acteurs. Cette manière de relire concrètement les politiques publiques à l'aune du bien-être des populations s'avérerait particulièrement pertinente aux échelles locales, aux yeux des élus et techniciens des collectivités en particulier.

Par ailleurs, lors du 25^e anniversaire de la Charte d'Ottawa en 2011¹³, **Ilona Kickbush** soulignait l'urgence pour la promotion de la santé à investir les questions de gouvernance publique en se rapprochant de la prise de décision.

Ce rapprochement pourrait s'opérer par la mise en place d'outils formalisés d'aide à la décision qui permettraient un travail conjoint entre élus et acteurs de santé à l'échelle du territoire, sur la décision même mais aussi sur sa mise en œuvre et son suivi. À titre d'exemple, citons les expérimentations en cours d'évaluations d'impact en santé (EIS). Leurs mises en place et résultats soulignent l'importance de comprendre les ressorts de la prise de décisions publiques dans

son champ de contraintes, tout comme d'avoir à sa disposition des outils d'accompagnement dans le temps efficaces pour influencer sur les stratégies territoriales. Le simple transfert de connaissances épidémiologiques ou sociologiques vers les décideurs, conformément au modèle rationnel, est insuffisant.

En complément, un renforcement des logiques d'évaluation des politiques publiques en promotion de la santé pourrait en améliorer la lisibilité. À ce titre, il semble indispensable. Avec des moyens cohérents avec les objectifs posés, le développement des évaluations de contexte et participatives en promotion de la santé donnerait des arguments au plaidoyer tout comme à l'aide à la décision publique. Et, avec ces arguments pourraient se construire, en lien avec les décideurs, des fenêtres pertinentes d'opportunité. À défaut d'évaluation et de retours d'expériences formalisés, il ne restera aux acteurs que leur force de conviction, ce qui, dans le champ des politiques publiques, connaît rapidement des limites.

Les trois enjeux brièvement esquissés ici invitent à de nouvelles dynamiques en promotion de la santé mais aussi au soutien de celles déjà engagées dans la structuration du champ des pratiques. Les moyens alloués à la promotion de la santé, parent pauvre de la santé publique et plus encore de la santé, et le modèle économique sous-jacent sont bien évidemment des questions fondamentales dans un contexte de contraction des crédits publics. Mais elles ne doivent pas évincer l'indispensable réflexion sur les positionnements politiques et stratégiques des acteurs au cœur de la promotion de la santé. Deux traits communs traversent les enjeux ainsi livrés : l'ouverture à d'autres champs d'action et la coopération. L'ouverture, c'est prendre le risque de se diluer et de perdre de sa singularité. La coopération, c'est accepter de partager et de faire évoluer ses acquis et ses outils propres. Au regard du contexte singulier dans lequel nous vivons, l'enfermement sur soi ne peut constituer ni un positionnement politique, ni une stratégie de développement pour la promotion de la santé. Le Bien-être collectif aura, me semble-t-il, tout à gagner à l'engagement de la promotion de la santé dans la voie de l'altérité, hors de ses sentiers habituels. Ce qui n'est pas la moindre des éthiques politiques.

¹³ Kickbush, I. (2011). Governance for Health in the 21st Century. Global Health Programme Graduate Institute. Geneva June 27, 2011 Ottawa/Gatineau

STRATÉGIES

Christine Ferron : plaidoyer pour le plaidoyer en promotion de la santé

Propos recueillis par **Anne Le Pennec**

Lors des journées de réflexion et d'échanges autour du projet de société hérité de la Charte d'Ottawa, en novembre 2016 à Lyon, Christine Ferron, déléguée générale de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes) en France, a pointé les lacunes du secteur en matière de plaidoyer, l'une des trois stratégies d'action plébiscitée par la charte. Qu'à cela ne tienne, il est toujours temps d'apprendre et de développer ses compétences individuelles et collectives.

Sous l'intitulé 'Plaidoyer pour la santé', les rédacteurs de la Charte d'Ottawa ont inscrit cette phrase : « *La promotion de la santé a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé.* » Un effort de sensibilisation, dites-vous ? S'il n'en fallait qu'un, il y a longtemps que les valeurs et les principes de la promotion de la santé auraient conquis le monde, irrigué toutes les politiques publiques, convaincu chacun de la pertinence d'une approche globale de la santé prenant en compte ses multiples déterminants, conféré aux individus et aux populations les moyens de participer au déploiement de leur propre santé... Force est de constater que nous n'en sommes pas là. Pas encore. C'est donc qu'un effort de sensibilisation n'a pas suffi et qu'il faut en faire d'autres. Plaider en faveur de la promotion de la santé, la défendre même, comme un avocat son client. *Advocate*, disent les Anglo-saxons. Pour Christine Ferron, déléguée générale de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes, France), plaider revient à « *promouvoir le projet de société porté par la Charte d'Ottawa dans tous les espaces possibles : professionnels, personnels et dans toutes les instances où l'on est impliqué à quelque titre que ce soit, afin de faire entendre la conception et l'éthique de l'action en santé publique propres à promouvoir la santé.* » Un travail de tous les jours, notamment auprès des institutions et des élus, sur son lieu de travail et dans son environnement professionnel mais aussi dans la vie quotidienne avec les membres de sa famille, ses amis, ses relations. « *On ne*

cesse pas d'être porteur de cette vision de la société quand on ferme la porte de son bureau le soir », s'amuse Christine Ferron.

Cependant, l'exercice, jamais terminé, peut user à la longue. « *Au départ, nous pensions faire du plaidoyer pendant un temps puis qu'il deviendrait moins nécessaire parce que la culture de la promotion de la santé aurait infusé les actions et les décisions politiques. Nous nous serions alors positionnés plutôt en soutien. Or nous devons continuer, encore et toujours.*

On a même parfois l'impression d'un retour en arrière autour de notions que l'on croyait acquises au niveau politique. Je pense par exemple à la prise en compte du gradient social ou encore aux calamiteuses campagnes de prévention par la peur, dont on sait pourtant qu'elles donnent des résultats très discutables et au sujet desquelles il n'y a même pas de débat ! »

Doucement mais sûrement

Il y aurait de quoi baisser les bras, à moins d'y regarder de plus près. « *Tous les événements organisés en 2016 autour des 30 ans de la Charte d'Ottawa ont rassemblé des centaines de personnes* », rapporte Christine Ferron. « *Cet intérêt manifeste m'incite à penser que le soufflé n'est pas retombé et que les efforts portent.* »

Il y a aussi toutes les dynamiques contribuant à la reconnaissance de la promotion de santé comme démarche efficace, pertinente et utile pour améliorer la santé des populations, à l'instar des travaux sur la promotion de la santé fondée sur des données validées par la recherche ou l'expérience, des initiatives en faveur du partage et de l'application des connaissances (PAC), ou

des appels à projets récurrents en recherche interventionnelle¹.

Autant de raisons de croire que le plaidoyer porte ses fruits, doucement mais sûrement, et que cela vaut la peine de s'accrocher. Pour autant, les tentatives pour faire entendre la voix de la promotion de la santé ne sont pas toujours concluantes. Les membres de la Coalition Promotion Santé française créée en 2013 au moment de l'élaboration de la stratégie nationale de santé en savent quelque chose, eux qui se sont essayés au plaidoyer politique à l'échelon national. La Fnes en faisait partie, parmi d'autres associations d'horizons divers mais partageant valeurs et principes d'action. La coalition a rédigé un manifeste qui a été transmis à la ministre de la Santé avant d'être diffusé dans les régions. Puis la loi de modernisation du système de santé français a vu le jour et il a bien fallu regarder la réalité en face : « *Il y a des avancées en matière d'actions sur l'environnement et de réglementation. Ceci dit, le résultat est décevant par rapport aux ambitions que nous portions, autour de l'intersectorialité et des approches territoriales notamment.* »

Limiter le nombre de messages

Le message n'est probablement pas bien passé, ou n'était pas audible, ou s'est heurté à d'autres messages plus forts, plus clairs ou plus convaincants que lui.

« *On n'est pas bon sur les messages* », reconnaît Christine Ferron. « *On veut trop en dire, ne rien omettre des orientations que nous portons, et cela nous dessert.* »

Et si le secteur ne devait porter que deux messages ? « *Le premier valoriserait les*

1. Voir notamment dans Éducation Santé les articles suivants : 'Partage et application de connaissances', Anne Le Pennec, Éducation Santé n° 329, janvier 2017, <http://educationsante.be/article/partage-et-application-de-connaissances-pac/> et 'François Baudier, invité de la 'dernière' du Conseil supérieur de promotion de la santé', Carole Feulien, Éducation Santé n° 320, mars 2016, <http://educationsante.be/article/francois-baudier-invite-pour-la-derniere-du-csps/>



Photo © Fotolia

« C'est le temps des **perce-neige** chez moi... Les premières fleurs qui n'ont peur de rien même pas du gel... »
(Choix de Bernadette, le 7 mars 2017).

approches par milieux de vie. Le second mettrait en avant, preuves scientifiques à l'appui, l'intérêt qu'il y a à investir dans la promotion de la santé pour économiser des fonds publics et maintenir la soutenabilité de notre système de soins. »
À défaut de convaincre dans les ministères, le plaidoyer auprès des élus, quel que soit leur

niveau d'exercice du pouvoir, reste utile en vue d'atteindre une masse critique et d'infléchir les politiques. « On sait que les élus parlent aux élus et qu'ils sont les mieux placés pour montrer à leurs homologues que c'est faisable. »
Quant au plaidoyer auprès des populations, rien de tel que les rencontres de terrain pour lui

donner corps. « C'est ce que font chaque jour un grand nombre d'acteurs de proximité, parfois sans le savoir : les enseignants, les référents santé des missions locales, les éducateurs de la Protection judiciaire de la jeunesse, les travailleurs sociaux, etc. » À chaque fois que l'un d'eux invite un groupe à réfléchir sur ce qui produit de la santé ou au contraire la met en péril dans le milieu de vie où il exerce, il distille un peu de promotion de la santé.

Les réseaux sociaux constituent un outil de communication qui pourrait également être mis à contribution, à condition de s'en servir habilement. « Nous avons tout à apprendre dans ce domaine », concède Christine Ferron. La Fnes réfléchit actuellement à une expérimentation de participation citoyenne et de démocratie en santé faisant appel aux réseaux sociaux et s'interroge sur la pertinence d'ouvrir un espace étiqueté promotion de la santé. « Ce terme n'est ni compréhensible ni fédérateur. Sans doute serait-il plus judicieux de nous greffer sur des communautés numériques déjà constituées et qui portent en germe, sans le savoir, une démarche de promotion de la santé. »

LU POUR VOUS

La Charte d'Ottawa

Collectif

Voici le texte de la charte. Certains de ses aspects sont inévitablement dépassés 30 ans plus tard, d'autres, comme le confirme ce numéro d'Éducation Santé, sont toujours d'actualité voire novateurs en 2016...

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 la présente charte en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la *Santé pour tous d'ici à l'an 2000*¹ et au-delà. Inspirée avant tout par l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde, cette Conférence s'est concentrée sur les besoins des pays industrialisés, sans négliger pour autant ceux des autres régions. Elle a pris comme point de départ les progrès accomplis grâce

à la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les buts fixés par l'OMS dans le cadre de la stratégie de la *Santé pour tous* et le débat sur l'action intersectorielle pour la santé, à l'Assemblée mondiale de la Santé.

Promotion de la santé

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe,

doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.

¹ Stratégie adoptée par l'OMS en 1981, qui mettait en exergue les soins de santé primaires, assortis de programmes comprenant des mesures de promotion de la santé, de prévention des maladies, de diagnostic, de traitement et de réadaptation (ndlr).

Conditions indispensables à la santé

La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment :

- se loger ;
- accéder à l'éducation ;
- se nourrir convenablement ;
- disposer d'un certain revenu ;
- bénéficier d'un écosystème stable ;
- compter sur un apport durable de ressources ;
- avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

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

Plaidoyer pour la santé

La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie. Divers facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. La promotion de la santé a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé.

Mise en place des moyens

L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine. Sans prise sur les divers paramètres qui déterminent la santé, les gens ne peuvent espérer parvenir à leur état de santé optimal, et il en est de même tant pour les femmes que pour les hommes.

Médiation

Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias. Quel que soit leur



Photo © Fotolia

« Une rose, la Pierre-de-Ronsard, car la promotion de la santé, c'est parfois tout un poème ! » (choix de Danielle)

milieu, les gens sont amenés à intervenir en tant qu'individus, ou à titre de membres d'une famille ou d'une communauté. Les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé sont, quant à eux, particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé. Les programmes et les stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

Actions pour promouvoir la santé

Élaboration de politiques pour la santé

La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard.

La politique de promotion de la santé associe des approches différentes, mais complémentaires ; mesures législatives, financières et fiscales et changements organisationnels, notamment. Il s'agit d'une action coordonnée conduisant à des politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage d'équité. L'action commune permet d'offrir des biens et des services plus sûrs et plus sains, des services

publics qui favorisent davantage la santé et des environnements plus propres et plus agréables. La politique de promotion de la santé suppose que l'on identifie les obstacles à l'adoption de politiques pour la santé dans les secteurs non sanitaires, et les moyens de surmonter ces obstacles. Le but doit être de faire en sorte que le choix le plus facile pour les responsables des politiques soit aussi le choix le meilleur du point de vue de la santé.

Création d'environnements favorables

Nos sociétés sont complexes et interconnectées et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs.

Les liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu constituent la base d'une approche socioécologique à l'égard de la santé.

Le grand principe directeur, pour le monde entier, comme pour les régions, les nations et les communautés, est la nécessité d'une prise de conscience des tâches qui nous incombent tous, les uns envers les autres et vis-à-vis de notre communauté et de notre milieu naturel. Il faut rappeler que la conservation des ressources naturelles, où qu'elles soient, doit être considérée comme une responsabilité mondiale.

L'évolution des modes de vie, de travail et de loisir doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de créer une société plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail à la fois sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets sur la santé d'un environnement en évolution rapide notamment dans les domaines de la technologie, du travail, de l'énergie et de l'urbanisation est indispensable et doit être suivie d'une action garantissant le caractère positif de ces effets sur la santé du public. La protection des milieux naturels et des espaces construits, ainsi que la conservation des ressources naturelles, doivent être prises en compte dans toute stratégie de promotion de la santé.

Renforcement de l'action communautaire

La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution



Photo © Fotolia

« Un tournesol... » (Choix d'Anne-Sophie, de Carole et de Maryse)

de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions. Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'autoassistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé. Cela exige un accès total et permanent à l'information et aux possibilités d'acquisition de connaissances concernant la santé, ainsi qu'une aide financière.

Acquisition d'aptitudes individuelles

La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire et une action doit être menée par l'intermédiaire des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes.

Réorientation des services de santé

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les

groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé.

Par-delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de la santé doit s'orienter de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé. Les services de santé doivent se doter d'un mandat plus vaste, moins rigide et plus respectueux des besoins culturels, qui les amène à soutenir les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine et qui ouvre la voie à une conception élargie de la santé, en faisant intervenir, à côté du secteur de la santé proprement dit, d'autres composantes de caractère social, politique, économique et environnemental. La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche ainsi que des changements dans l'enseignement et la formation des professionnels. Il faut que cela fasse évoluer l'attitude et l'organisation des services de santé, en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considéré dans son intégralité.

La marche vers l'avenir

La santé est engendrée et vécue dans les divers contextes de la vie quotidienne, là où l'individu s'instruit, travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments. Elle résulte du soin que l'on prend de soi-même et d'autrui et de la capacité à prendre des décisions et à maîtriser ses conditions de vie ; elle réclame, en outre, une société dans laquelle les conditions voulues sont

réunies pour permettre à tous d'arriver à vivre en bonne santé.

L'altruisme, la vision globale et l'écologie fondent les stratégies de promotion de la santé. Les auteurs de ces stratégies doivent donc partir du principe qu'à tous les niveaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, tous les partenaires, hommes ou femmes, doivent être considérés comme égaux.

L'engagement à l'égard de la promotion de la santé

Les participants à la Conférence s'engagent à :

- se lancer dans le combat afin de promouvoir des politiques pour la santé et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en faveur de la santé et de l'équité dans tous les secteurs ;
- lutter contre les pressions exercées en faveur de produits dangereux, de la déplétion des ressources, de conditions et de cadres de vie malsains et d'une alimentation déséquilibrée ; à attirer également l'attention sur les questions de santé publique posées, par exemple, par la pollution, les dangers d'ordre professionnel, l'habitat et les peuplements ;
- combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités dues aux règles et aux pratiques de ces sociétés ;
- reconnaître que les individus constituent la principale ressource de santé ; à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, ainsi que leurs familles et leurs amis, par des moyens financiers et autres, et à accepter la communauté comme principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être ;
- réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé ; à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, plus important encore, avec la population elle-même ;
- reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social et un défi majeur ; et à traiter le problème général que posent les modes de vie sur le plan de l'écologie.

Les participants à la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé.

Appel pour une action internationale

La Conférence demande à l'Organisation mondiale de la santé et aux autres organismes

internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé dans le cadre de tous les forums appropriés et d'aider les pays à établir des stratégies et des programmes de promotion de la santé.

Les participants à la Conférence sont fermement convaincus que, si les gens de tous les milieux, les organisations non gouvernementales et les bénévoles, les gouvernements, l'OMS et tous les organismes concernés s'unissent pour

lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales dont s'inspire cette charte, la *Santé pour tous d'ici l'an 2000* deviendra réalité.

DONNÉES

La promotion de la santé est-elle probante ?

Chantal Vandoorne, APES-ULg^{1,2}

Depuis le début des années nonante, soit quelques années après la promulgation de la Charte d'Ottawa, cette question revient régulièrement à l'avant-plan. Que recouvre-t-elle ? Quels débats soulève-t-on quand on l'aborde ?

Christine Ferron distingue trois enjeux dans lesquels intervient la question des données probantes :

- faire reconnaître le caractère rigoureux, pertinent, valide de démarches de promotion de la santé au milieu d'une série d'autres approches promues pour améliorer la santé de la population ;
- fonder les pratiques et les décisions sur des données 'scientifiquement validées' ;
- rencontrer des interrogations sur la production, l'existence, la disponibilité et l'accessibilité de telles données dans le champ de la promotion de la santé.

Nous reprenons ci-dessous quelques éléments de réflexions quant à chacun de ces enjeux. Mais apportons d'abord une clarification sémantique. Les données probantes se réfèrent aux meilleures données disponibles tirées de la recherche ou d'autres types de connaissances, qui peuvent servir de base pour appuyer les pratiques ou prendre des décisions en matière de santé publique ou de promotion de la santé. Cette notion n'est cependant pas univoque. Apparue dans le voisinage du terme 'Evidence based medicine', elle en charrie tous les paradoxes, notamment ceux liés au jugement sur la qualité de la preuve (ou le niveau de preuve), la preuve étant une autre traduction du terme anglais 'evidence'.

Cette notion de données probantes a émergé dans la foulée d'une volonté de fournir des preuves scientifiques de l'efficacité de certaines pratiques ou stratégies de promotion de la santé à des fins d'allocations de ressources. Les débats autour des données probantes, comme ceux autour de l'efficacité, sont donc étroitement liés à ceux sur les paradigmes de référence en promotion de la santé.

La promotion de la santé est-elle efficace ?

Bien que les travaux menés sous l'égide de l'Union internationale de Promotion et d'Éducation pour la Santé (UIPES) dans les années 2000³ aient montré les pièges et difficultés épistémologiques, valorielles et méthodologiques soulevées par cette question, **Linda Cambon** l'estime résolue. Elle évoqua lors de son intervention à Lyon de nombreuses études prouvant l'efficacité et l'efficacité de politiques de promotion de la santé sur l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé. Entre autres exemples, citons :

- l'efficacité d'une combinaison de stratégies de lutte contre l'alcoolisation excessive : l'augmentation de taxes sur la vente d'alcool, la diminution de l'âge légal de l'accès à l'alcool, la pratique des interventions brèves en médecine

de première ligne, l'accès aux traitements de substitution, etc.

- l'efficacité d'une augmentation de revenu de 100 dollars par personne sur la baisse de la mortalité générale dans 15 contrées européennes entre 1980 et 2005 (Stuckler D. BMJ 2010) ;
- une économie de 7 dollars en non-dépenses liées à un parcours de vie difficile (Scweinhart LJ (2004) Perry Preschool Project) produite par l'investissement d'1 dollar seulement dans un programme d'intervention précoce en maternelle auprès d'enfants.

Fonder les pratiques et les décisions sur des données 'scientifiquement validées'

Malgré tout, de nombreuses controverses subsistent, essentiellement en lien avec l'hétérogénéité des interventions qui se réclament de la promotion de la santé, mais aussi avec une littérature de référence très généralement anglo-saxonne dans le domaine. Par ailleurs, sauf quelques rares études, dont celles citées ci-dessus, les 'évidences' telles que reflétées dans la Collaboration Cochrane⁴ concernent le plus souvent des mesures ponctuelles, comme la réduction du sel imposée par la législation au secteur de production

1. L'idée de cet article a émergé après l'écoute de l'intervention de Linda Cambon (PhD, Pr. Chaire de Recherche en prévention des cancers INCa, IReSP, EHESP) lors du Colloque 'La promotion de la santé : quel projet de société', Lyon, 28-29 novembre 2016

2. Remerciements à Catherine Spièce (PIPSA, UNMS) qui a nourri notre réflexion avec son analyse du séminaire 'Les données probantes en promotion de la santé, LOOS 16 décembre 2016', animé par Christine Ferron (déléguée générale de la Fédération Nationale d'Éducation pour la Santé).

3. Le lecteur désireux d'approfondir ces débats se référera de façon utile au numéro hors série 1, 2004 de la revue 'Promotion and Education', https://ufr-spse.u-paris10.fr/servlet/com.univ.collaboratif.util.LectureFichiergw?ID_FICHIER=1348818743470

4. Cochrane (Trusted evidence. Informed decisions. Better health). Voir <http://www.cochrane.org/> ou en français <http://france.cochrane.org/>



Photo © Danielle Beeldens

« Une tulipe, si chère à Ottawa. » (Choix de Pascale)

agroalimentaire, augmentation de la taxe sur le paquet de cigarettes, couchage des bébés sur le dos plutôt que sur le ventre, etc.

Les 'états de l'art', les expertises collectives telles que celles commanditées par exemple par l'Inserm sur des questions plus complexes telles que 'Inégalités sociales de santé et alimentation' ne sont pas faciles à traduire dans les pratiques. En effet, « *il existe un mythe tenace et pernicieux en santé publique, selon lequel la connaissance des mécanismes et des facteurs de risque des maladies constitue un savoir suffisant pour planifier des interventions de prévention et de promotion de la santé des populations* »⁵.

Linda Cambon suggère dès lors de déplacer la focale des recherches : tenter de construire des données probantes qui intègrent la complexité de la santé publique c'est-à-dire l'influence du contexte, la question des inégalités, les conditions de transférabilité. S'inscrivant dans la même lignée, Christine Ferron déroule les liens entre ce défi et les démarches de courtage de connaissance, transfert de connaissance, recherche interventionnelle⁶.

Baptisée science des solutions par

Louise Potvin⁷, la recherche interventionnelle est un concept 'chapeau', il englobe la recherche-action, les recherches en santé communautaire, en sciences sociales ou en sciences politiques pour peu que celles-ci visent à produire des connaissances sur les interventions, les programmes et les politiques

d'une nature complexe ; ces programmes qui tentent d'avoir un impact sur les déterminants sociaux, culturels et environnementaux de la santé et d'agir sur la répartition des facteurs de risque et de protection dans une population. L'efficacité se mesure de la sorte en situation réelle ('effectiveness'). La 'preuve' est alors construite par la confrontation de différentes sources de données : au départ de la recherche et de la littérature scientifique, des données expérientielles, c'est-à-dire issues du savoir-faire des professionnels (la praxis) et des données contextuelles, le plus souvent issues de la littérature grise.

La notion de transférabilité est donc complémentaire de celle de la recherche interventionnelle : elle renvoie à la mesure dans laquelle les effets d'une intervention dans un contexte donné peuvent être atteints dans un autre contexte (Wang, 2006, Buffet et al 2007, Cambon et al 2012). Pouvoir identifier des critères de transférabilité peut être utile aux acteurs de terrain pour définir dans quelle mesure des résultats de recherche sont applicables dans leur situation.

Cette notion est elle-même liée à celle de 'transfert de connaissances' défini comme l'ensemble des mécanismes d'interaction favorisant la diffusion et l'appropriation des connaissances les plus à jour possible en vue de leur utilisation dans la pratique professionnelle et dans la gestion en matière de santé (INSPQ, 2009).

Le courtier en connaissance quant à lui, est un intermédiaire au service du transfert de connaissances. Il a pour mission de favoriser les relations et interactions entre les différents acteurs en promotion de la santé (chercheurs, professionnels, décideurs) dans le but de produire et d'utiliser au mieux les connaissances fondées sur les preuves (Munero L, Cambon L, Alla F, 2013).

Au travers de ces différentes approches, l'enjeu est clairement d'établir pour la promotion de la santé des standards en décalage avec ceux utilisés dans le cadre de 'evidence based medicine', de prévoir des démarches collectives et ascendantes de production, d'utilisation et de dissémination des connaissances afin d'en renforcer l'existence, la disponibilité et l'accessibilité.

Soutenir la nécessaire collaboration entre praticiens et chercheurs

Parmi les conditions de développement de données probantes en promotion de la santé, on retrouve donc la nécessité que chercheurs, praticiens et décideurs partagent une même vision des finalités et modalités de ce type de recherche : une recherche d'utilité sociale qui répond aux préoccupations d'acteurs locaux, en cohérence avec les caractéristiques du territoire dans lequel s'implante le programme, qui est menée en collaboration entre différentes parties prenantes entre lesquelles n'existe pas de lien de subordination, qui reconnaît et prend en compte les savoirs et savoir-faire de chacun. Des méthodologies sont en cours d'élaboration pour rendre possible ce type de recherche selon des critères de rigueur qui amèneront la production d'une connaissance transférable sur les interventions.

En Wallonie et à Bruxelles, à l'heure actuelle, le principal obstacle reste la mise en place de conditions de collaborations entre praticiens et chercheurs : que les financements des projets et des services prévoient du temps à consacrer au processus de recherche et aussi que les chercheurs soient financés pour ce type de recherches partenariales, systémiques, qui demandent plus de temps pour faire émerger des résultats exploitables selon les critères académiques classiques.

5. Potvin L, Di Ruggiero E, 'Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations', La Santé en action, n° 425, septembre 2013 disponible à ce lien <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/sommaires/425.asp>

6. 'Recherche interventionnelle en santé publique : quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble', La Santé en action, n° 425, septembre 2013 disponible à ce lien <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/sommaires/425.asp>

7. Hawe P., Potvin L (2009) 'What is population health intervention research?' Can J Public Health. 2009 Jan-Feb ; 100(1) :Suppl 18-14.

DOCUMENTATION

Ottawa 30 ans : quelques bonnes lectures

Philippe Vanstippen, Documentaliste RESOdoc UCL

Un 30^e anniversaire ne passe pas inaperçu : tout comme lors de ses 20 et de ses 25 ans, de nombreux acteurs impliqués dans la promotion de la santé, qu'ils soient du secteur associatif, du milieu scientifique voire des sphères politiques, se sont exprimés sur l'héritage et l'avenir de la Charte d'Ottawa. Nous proposons ici une sélection d'articles et d'écrits issus de publications francophones parues depuis début 2016¹.

–AMERIJCKX G., LOUALABA LEKEDE A., TAEYMANS B. (2016) 'Chère Charte d'Ottawa, ça fait quoi d'avoir 30 ans ?' dans *Bruxelles Santé*, 10-12/2016, n° 84, pp. 8-15. Accès gratuit.

Bruxelles Santé, le périodique trimestriel de l'asbl Question Santé, a dédié un dossier entier à la Charte d'Ottawa. Après une introduction récapitulant l'origine et les évolutions de la charte, les auteures s'intéressent à l'application qui en a été faite en Bruxelles et en Wallonie. La parole est ensuite laissée à plusieurs acteurs du secteur, qui décrivent l'influence de la charte sur leur travail quotidien. Tout en déplorant le contexte socio-politique et économique actuel, tous semblent conclure que l'avenir de la promotion de la santé est fait tant de défis à relever que d'opportunités à saisir.

–ALLA F. (2016), 'La Charte d'Ottawa a trente ans : doit-elle encore faire référence ?' dans *Santé Publique*, 28(6), pp. 717-720. Accès payant.

–BRETON É. (2016), 'La Charte d'Ottawa : 30 ans sans plan d'action ?' dans *Santé Publique*, 28(6), pp.721-727. Accès payant.

Dans son dernier numéro de 2016, la revue française *Santé Publique* a également consacré un dossier à la Charte d'Ottawa. Ce dossier s'intéresse en premier lieu à l'évaluation de l'impact de la charte sur les politiques de santé et à sa place actuelle dans celles-ci : est-elle encore incontournable ou a-t-elle perdu sa pertinence ? François Alla (Université de Lorraine) et Éric Breton (École des Hautes-Études en Santé Publique) livrent chacun leur point de vue sur la question. Là où le premier est enthousiaste et répond aux critiques de la charte, le second pointe le peu d'institutionnalisation

et d'opérationnalisation de la charte. Les deux auteurs s'accordent toutefois sur la complexité de la réalisation de ses idéaux.

–BANTUELLE M. et MOUYART P. (2016) 'Plate-forme intersectorielle du Sud entre Sambre et Meuse : une application locale de la promotion de la santé en Belgique' dans *Santé Publique*, 28(6), pp. 755-758. Accès payant.

La deuxième partie du dossier de *Santé Publique* s'intéresse de plus près à des actions concrètes qui s'appuient, de manière explicite ou indirecte, sur la Charte d'Ottawa. Sont notamment évoqués les Ateliers santé ville français visant à réduire les inégalités sociales de santé ou l'initiative *Blitz* de dépistage des IST à Montréal. Martine Bantuelle et Philippe Mouyart du CLPS de Charleroi-Thuin détaillent le fonctionnement de la 'Plate-forme intersectorielle du Sud entre Sambre et Meuse', exemple de dynamisme et de transversalité en promotion de la santé en Wallonie.

–'Promotion de la santé : la Charte d'Ottawa a 30 ans' dans *La lettre du Pôle Régional de Compétences en éducation et promotion de la santé Rhône-Alpes*, décembre 2016, n° 18. Accès gratuit.

De nombreux congrès, colloques ou conférences ont eu lieu fin d'année 2016 pour célébrer le 30^e anniversaire de la charte². En Europe, l'événement le plus important fut le colloque 'La promotion de la santé : quel projet de société ?', organisé fin novembre à Lyon. Dans cet article, basé sur l'intervention au colloque de Christine Ferron, déléguée générale de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (France), les cinq axes d'intervention

de la charte sont récapitulés. Chaque axe est illustré par une initiative de terrain présentée lors du colloque.

–DE LEEUW E. et HARRIS-ROXAS B. (2016) 'L'ingénierie de la promotion de la santé ? : d'Ottawa à l'après-Shanghai' dans *Environnement, Risques & Santé*, 15(6), pp. 456-460. Accès gratuit via Research Gate.

La charte a évidemment une résonance hors d'Europe, comme l'atteste cet article de la spécialiste de la promotion de la santé Evelyne De Leeuw (Université de Sydney, Australie). Tout en admettant la pertinence de la charte, elle y regrette la marginalisation de la promotion de la santé par rapport aux aspects biomédicaux de la santé. Elle lie la Charte d'Ottawa à la déclaration de Shanghai, rédigée et ratifiée lors de la neuvième Conférence mondiale sur la promotion de la santé en novembre 2016 et qui intègre la santé et le bien-être dans les objectifs du développement durable.

–CRESCENDOC (2016) *Promouvoir la santé en région Centre - Val de Loire : cinq jours ensemble ! : regard documentaire proposé par le réseau Crescendoc*, Tours : FRAPS Centre. Accès gratuit.

–IREPS OCCITANIE (2016), *La Charte d'Ottawa a 30 ans : bibliographie sélective*, Toulouse : IREPS. Accès gratuit.

Pour tous ceux qui voudraient aller plus loin, le Crescendoc (réseau régional documentaire du Val de Loire) ainsi que l'IREPS Occitanie ont tous les deux sélectionné et rassemblé des ressources autour de la Charte d'Ottawa.

1. Ces documents sont disponibles pour consultation au RESOdoc, centre de documentation du RESO, Service universitaire de promotion de la santé de l'UCL, clos Chapelle-aux-Champs 30, 1200 Bruxelles.

2. Citons, entre autres, la journée d'échange de l'IREPS Midi-Pyrénées 'Promotion de la santé sur nos territoires et au cœur de nos actions' à Toulouse, la demi-journée thématique '30 ans après la Charte d'Ottawa : avancées de la recherche en promotion de la santé au Québec' et le 6^e forum mondial sur la promotion de la santé 'La promotion de la santé au cœur même de la durabilité' à Charlottetown, au Canada.



ÉDUCATION SANTÉ

UN MENSUEL AU SERVICE
DES INTERVENANTS FRANCOPHONES
EN PROMOTION DE LA SANTÉ DEPUIS 1978

Sommaire

ÉDITORIAL

2 Bientôt 40 ans, par *Christian De Bock*

INITIATIVES

- 3 Jean-Pierre Deschamps : « Tout n'a pas commencé en 1986 », propos recueillis par *Anne Le Pennec*
- 4 La promotion de la santé qui marche bien, épisode 1 - Agir sur le cadre de vie des travailleurs saisonniers, par *Anne Le Pennec*
- 5 Comment la Charte d'Ottawa s'est implantée en Belgique francophone, par *Chantal Vandoome*
- 6 La promotion de la santé qui marche bien, épisode 2 - Locomotiv', pour sortir du train-train quotidien, par *Anne Le Pennec*
- 7 Éric Breton : « Nous sommes moins naïfs qu'il y a 30 ans », propos recueillis par *Anne Le Pennec*

RÉFLEXIONS

- 8 Des indicateurs d'efficacité pour la promotion de la santé : leurre ou défi ?, par *Chantal Vandoome*
- 10 « Sortir de son entre-soi » : un regard indiscipliné sur les enjeux de la promotion de la santé, par *Patrick Berry*, avec la collaboration de *Anne Le Pennec*

STRATÉGIES

- 13 Christine Ferron : plaidoyer pour le plaidoyer en promotion de la santé, propos recueillis par *Anne Le Pennec*

LU POUR VOUS

- 14 La Charte d'Ottawa par *Collectif*

DONNÉES

- 17 La promotion de la santé est-elle probante ?, par *Chantal Vandoome*

DOCUMENTATION

- 19 Ottawa 30 ans : quelques bonnes lectures, par *Philippe Vanstippen*

Mensuel (11 numéros par an, ne paraît pas en août).

Abonnement : gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

Réalisation et diffusion : Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS.

Numéro réalisé par Anne Le Pennec et Chantal Vandoorne, avec la collaboration de Philippe Vanstippen pour la rubrique Documentation.

Rédacteur en chef : Christian De Bock (02 246 48 50, christian.debock@mc.be).

Secrétariat de rédaction : Christian De Bock

Journaliste : Carole Feulien (carolefeulien@gmail.com).

Relectures : Danielle Beeldens, Carole Feulien.

Recherches iconographiques : Danielle Beeldens.

Site internet : Octopus et Unboxed-Logic (design et développement), Carole Feulien (animation).

Réseaux sociaux : Carole Feulien.

Lettre d'information : Carole Feulien.

Contact abonnés : Christian De Bock (02 246 48 50, christian.debock@mc.be).

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Hervé Avalosse, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Émilie Delferrière, Martin de Duve, Damien Favresse, Carole Feulien, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Denis Mannaerts, Vladimir Martens, Marie-Noëlle Paris, Marianne Prévost, Karin Rondia, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

Comité opérationnel : Pierre Baldewyns, Christian De Bock, Carole Feulien, Julien Nève, Anne-Sophie Poncelet, Thierry Poucet.

Éditeur responsable : Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Hayez.

Routage : JMS Mail +.

Tirage : 1 500 exemplaires. **Diffusion** : 1 300 exemplaires.

Diffusion électronique : 1 800 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

Les articles publiés par *Éducation Santé* n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction.

La revue n'accepte pas de publicité.

Les textes parus dans *Éducation Santé* peuvent être reproduits après accord préalable de la revue et moyennant mention de la source.

Pour tous renseignements complémentaires :

Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles ou Éducation Santé, c/o Centre d'Éducation du Patient, rue du Lombard 8, 5000 Namur.

Internet : www.educationsante.be.

Courriel : education.sante@mc.be.

Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé : www.pipsa.be

Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site www.educationsante.be.

Notre site adhère à la plate-forme www.promosante.net.

Sur notre site
www.educationsante.be

À la parution de chaque numéro, Éducation Santé vous propose des articles disponibles uniquement sur son site internet.

Sauf ce mois-ci, où nous vous offrons un numéro un peu plus épais que d'habitude !

N'hésitez pas néanmoins à surfer sur notre site www.educationsante.be

Éducation Santé est aussi présente sur les réseaux sociaux. Vous pouvez y suivre toutes les actualités du secteur, que ce soit sur Facebook ou sur Twitter :

www.facebook.com/revueeducationsante
ou www.twitter.com/EducationSante



Avec le soutien financier de la Wallonie



Imprimé sur papier blanchi sans chlore
Emballage recyclable.

