



**La promotion de la santé
à la croisée des disciplines et des pratiques**



Numéro 1, décembre 1978



Numéro 33, décembre 1988



Numéro 89, juillet-août 1994



Numéro 100, septembre 1998



Numéro 180, juin 2003



Numéro 200, avril 2005



Hors série, décembre 2005



Numéro 235, juin 2008



Numéro 250, novembre 2009



Photo © Fotolia

ÉDITO

Défaitisme ou lucidité

Le 2 octobre dernier, pendant un colloque consacré à une réflexion prospective sur l'organisation des soins de santé à l'horizon 2020¹, plusieurs intervenants ont plaidé avec une belle unanimité pour que la 'prévention' reçoive enfin l'attention et les moyens qu'elle mérite. Jusque là, rien de bien extraordinaire : pendant que le secteur curatif flirte maintenant avec les 23 milliards de dépenses annuelles², les beaux esprits aiment à rappeler les limites d'interventions réparatrices qui passent à côté des déterminants principaux de la 'bonne' ou 'mauvaise' santé.

Ce qui était par contre plus frappant, c'était l'affirmation, tant par le médecin directeur d'un hôpital universitaire du nord du pays que par le responsable académique de la formation des généralistes d'une université francophone, qu'ils étaient l'un et l'autre le mieux placé pour se charger d'organiser avec leurs pairs une prévention efficace !

Passé le premier moment d'incrédulité, voire de légère irritation, je me disais qu'il y avait sûrement de la sincérité dans ces affirmations, et qu'à côté d'une médecine de plus en plus technicienne et morcelante, l'idée de la complexité percole lentement, y compris dans les milieux les plus imprégnés de certitudes scientifiques, bien forcés d'admettre

que le 'patient rationnel' qui prend les bonnes décisions sur base des bonnes informations n'a pas encore été inventé.

Cela dit, les conférenciers n'ont pas explicité ce qu'ils entendaient par 'prévention', ce qui m'a probablement épargné une poussée d'urticaire...

Un mot aussi simple va de soi, nul besoin de le définir, non ? Le présent numéro d'*Éducation Santé* exprime l'idée contraire qu'il est toujours fécond de revisiter les 'vieux' concepts. Le séminaire organisé par l'APES en mars dernier nous en a donné l'occasion, et ce dossier nous permet de revenir sur quelques questions fondamentales en approfondissant quelques pistes de réflexion; en guise peut-être d'amorce d'un débat à continuer par les lecteurs.

Le travail dont vous allez prendre connaissance accompli, **Chantal Vandoorne** et **Gaëtan Absil**, les chevilles ouvrières de ce numéro, m'ont fait part de leur crainte : en se voulant réflexifs ces textes ne donnent-ils pas une image quelque peu lugubre d'un 'nouveau' paradigme qui n'arrive pas à s'imposer dans les faits; d'un cadre réglementaire qui, passé les principes généreux suscitant de tous une adhésion intellectuelle sans conséquence, ne fonctionne pas comme on le voudrait; de travailleurs désorientés qui bien souvent n'arrivent pas à transmettre au sein même de leurs institutions la beauté et le sens de leur action; d'une organisation en Communauté française qui a fait le pari de la dispersion plutôt que de la concen-

tration des énergies... Et ce sans même évoquer les complexités institutionnelles belges qui font que rien n'est jamais acquis dans notre petit pays si compliqué.

Vu comme cela, pas de quoi pavoiser, en effet. Personnellement, ayant la chance de suivre ces questions depuis longtemps, ayant eu aussi le privilège de présider le Conseil supérieur de promotion de la santé au lendemain du vote du décret qui aujourd'hui encore régit la promotion de la santé dans notre Communauté, je mesure le chemin parcouru depuis une bonne vingtaine d'années. Les incertitudes qu'il nous faut gérer, les interrogations pertinentes d'hier comme d'aujourd'hui, la nécessité de 'faire avec' des budgets dérisoires ont généré des réflexions intelligentes et des trésors de créativité. J'ai la faiblesse de croire que les pages qui suivent en sont un reflet modeste, lucide et fécond.

En prime, pour vous récompenser de votre fidélité, j'ai le plaisir de vous offrir en supplément détachable de ce numéro un peu particulier un spectaculaire panneau didactique vieux d'une petite centaine d'années. Cela nous fait sourire aujourd'hui, mais la communication en santé a-t-elle vraiment changé tant que cela ? Belle question pour un prochain numéro spécial d'*Éducation Santé*, qui sait ?

Christian De Bock, rédacteur en chef

¹ 'L'hôpital sans ses murs', journée organisée à Louvain-la-Neuve par la Mutualité chrétienne à l'occasion du dixième anniversaire de la société 'Solimut'.

² Pour la Communauté française, le budget de la santé tourne autour de 40 millions d'euros en 2009. Nous y reviendrons.



Photo © Fotolia

INTRODUCTION

Actualiser la promotion de la santé à la croisée des disciplines et des pratiques

Une demi-journée de découvertes et de confrontations

Le 28 mars 2009, en la Salle des Professeurs de l'Université de Liège, l'APES-ULg organisait un séminaire intitulé : « Actualiser la promotion de la santé, à la croisée des disciplines et des pratiques ». La revue *Éducation Santé* a publié un premier écho de cette rencontre dans son numéro 246.

Le présent numéro propose un dossier plus complet, afin de partager avec les lecteurs d'*Éducation Santé* les expériences présentées lors de ce séminaire et les réflexions qui ont émergé des débats. Commençons par découvrir les motivations à l'origine de cette initiative. Au travers des accompagnements, animations de formations, concertations et études menées au cours des dernières années, l'équipe de l'APES-ULg est particulièrement sensible aux frottements que produisent, dans le domaine de la promotion de la santé, la confrontation des champs disciplinaires, des modèles théoriques et des expertises empiriques, des impératifs de gouvernance et des projets institutionnels ou associatifs. Cette demi-journée s'inscrivait dans une série d'initiatives dont le but est de ré-ouvrir les portes de la promotion de la santé, d'en redynamiser les applications, de renouveler les partenariats dans le cadre de la Communauté française Wallonie-Bruxelles et enfin, de faire surgir des modes de questionnements alternatifs. Cette demi-journée voulait aussi fournir une occasion d'envisager, au travers du thème de la promotion de la santé, les synergies et opportunités de colla-

boration entre des catégories d'acteurs qui se rencontrent peu.

Vingt-cinq personnes ont participé à ce séminaire; une quinzaine d'autres se sont déclarées intéressées, mais n'ont pu se libérer.

Ce séminaire reposait sur un pari : celui de faire se rencontrer et débattre des interlocuteurs qui ont des postures différentes, travaillant dans des institutions et sur des problématiques différentes : professionnels, acteurs institutionnels, décideurs et scientifiques avec lesquels l'équipe de l'APES-ULg a eu l'occasion de partager des travaux.

Nous avons mis sur la variété des points de vue tout en balisant les contenus présentés : ce premier séminaire a été consacré à des approches socio-sanitaires, à l'intersection des soins ou de la médecine préventive et de la promotion de la santé. Il est envisagé d'organiser, dans quelques mois, un autre séminaire du même type, illustré par des approches socio-éducatives de la santé et de la promotion de la santé.

D'une manière globale, les débats furent précis et lucides, parfois critiques et cruels, sur le dynamisme et sur les opportunités futures de la promotion de la santé, qu'il s'agisse de son intégration dans les principes de gouvernance ou du manque de reconnaissance du secteur.

La première partie du dossier présente quelques-unes des réflexions à l'origine de ce séminaire : il s'agit d'introduire des éléments d'analyses pour distinguer le cadre

légal (*le décret*), le cadre conceptuel (*la charte d'Ottawa et autres documents de référence*), et le cadre empirique (*les pratiques*) de la promotion de la santé.

La deuxième partie du dossier est consacrée aux actions et recherches qui ont servi de support à la discussion. En effet, ce séminaire a été construit de manière collaborative, chacun des participants étant invité à formaliser la manière dont il appliquait le référentiel de promotion de la santé à travers son projet ou ses pratiques. Ensuite, il lui était demandé de commenter trois questions à la lueur de cette expérience : le dialogue entre les disciplines ou les professions; les liens entre l'action et la recherche, et enfin l'inscription dans les dynamiques institutionnelles.

La synthèse des réflexions et débats permet déjà d'enrichir et d'affiner les réflexions de départ. Celles-ci demanderont encore à être nuancées, complétées, débattues et contestées dans le futur.

Parmi les prolongements possibles de ces réflexions, on trouvera, au terme de ce dossier, une analyse critique de la prise en compte de la promotion de la santé dans les récentes déclarations gouvernementales de la Communauté française et des Régions wallonne et bruxelloise.

Chantal Vandoorme et Gaëtan Absil, SCPS
APES-ULg

La promotion de la santé se décrète-t-elle ?

Un décret suffit-il à promouvoir la promotion de la santé ? Le décret de promotion de la santé ouvre-t-il ou enferme-t-il les pratiques, facilite-t-il ou entrave-t-il les collaborations ? Est-il intéressant de différencier le dispositif de promotion de la santé (instances, programmes, services prévus par ce décret) et le référentiel (base conceptuelle, recommandations de pratiques) ?

Promulguée en 1986 dans la Charte d'Ottawa, la 'promotion de la santé' propose une approche globale – élargie au bien-être – et politique – associée à la participation – de la santé. En 1997, un décret officialise les idées d'Ottawa en Communauté française de Belgique et structure le secteur « promotion de la santé ». L'APES-ULg participe au dispositif décréteil en tant que Service Communautaire de Promotion de la Santé, mais il utilise aussi plus largement le cadre conceptuel de promotion de la santé en tant que service universitaire sollicité pour des études en matière de santé publique et de prévention. Depuis plus de 20 ans, les idées faitières d'Ottawa tentent de renouveler les approches de la santé. Au cours des dernières années, les tentatives de rapprochement de la promotion de la santé et de la médecine préventive, l'ouverture à l'action intersectorielle notamment au travers des actions territoriales, l'accent mis sur les inégalités de santé et la variété des déterminants de santé, en ont rendu les enjeux plus sensibles.

En effet, 20 ans, c'est aussi une durée suffisante pour que des idées et des pratiques commencent à se sédimenter. L'ouverture multidisciplinaire découlant de l'approche globale de la santé et de la diversification des modes d'interventions se pose en tension avec une fermeture du champ professionnel de la promotion de la santé, provoquée d'un côté par un sentiment de justesse et d'autarcie quant aux principes d'Ottawa et de l'autre par la persistance du modèle bio-médical dans les esprits et les pratiques de nombreux acteurs.

Le découragement, le sentiment d'isolement et d'incompréhension guettent ces professionnels spécialisés en promotion de la santé face à

la difficulté de positionner la promotion de la santé au sein des structures et des dispositifs.

Plusieurs débats menés au sein de l'équipe de l'APES-ULg, plusieurs discussions à l'occasion de l'accompagnement de projets ou de rencontres internationales, nous ont amenés à questionner les spécificités de la promotion de la santé. Par exemple, quelles sont les différences et les proximités de la promotion de la santé avec l'éducation permanente, le développement durable ou encore la médecine préventive ?

Un sentiment – assez dérangent – flottait au-dessus de nos discussions. Si la promotion de la santé signifie approche globale de l'individu et prise en compte des déterminants sociaux de la santé, pourquoi ce secteur ne peut-il mieux exploiter les acquis récents des autres champs disciplinaires, alors même que la santé offre un terrain de développement aux recherches des autres disciplines ? Comment ces apports pourraient-ils diversifier nos cadres de référence ou nos approches ? Pourquoi est-il si difficile pour des secteurs voisins tels que l'environnement ou le social d'un côté, le soin et l'hospitalier de l'autre, d'intégrer cette approche ? En Communauté française de Belgique, le décret portant organisation de la promotion de la santé et de la médecine préventive a eu 12 ans. Sa révision pour y intégrer des éléments facilitant les programmes organisés de médecine préventive a maintenant 5 ans. Et pourtant ces nombreuses questions restent, parfois de manière implicite, en filigrane des dialogues entre professionnels tout comme des débats dans les instances officielles.

Le décret de 1997 a officialisé un référentiel et organisé (ou ré-organisé) un dispositif, mais ce dispositif ne peut suffire à saturer le référentiel sommairement présenté ci-dessus. Par ailleurs l'expérience montre que ce référentiel pénètre difficilement auprès des usagers eux-mêmes et des autres secteurs d'activité, voire même des décideurs politiques et acteurs institutionnels directement concernés par les politiques de santé et de prévention.

Les tentatives pour communiquer largement autour de la promotion de la santé semblent peu efficaces. L'intégration de la médecine préventive dans le décret de promotion de la santé ressemble à un mariage arrangé et les protagonistes peinent à lui donner un sens commun et harmonieux. Et pourtant, l'ouverture de la médecine préventive à la promotion de la santé pourrait servir de passerelle à une meilleure intégration des pratiques curatives et préventives. Des initiatives heureuses existent en ce sens; quelques-unes sont présentées dans ce dossier. Toutefois elles paraissent encore trop isolées : recherches-actions, expériences pilotes, analyses de faisabilité, dont la diffusion rencontre de nombreux freins.

En misant sur la promotion de la santé, les acteurs et décideurs de la Communauté française de Belgique ont-ils choisi un référentiel inadéquat, auquel seule une marge d'individu peut adhérer car il représente une vision de l'homme et un projet sociétal trop typé ? Au contraire avons-nous une vision trop exigeante, trop monolithique de ce référentiel qui, dans les faits, progresserait à bas bruit et de façon partielle dans de nombreuses pratiques ? Sommes-nous tout simplement trop impatientes de le voir reconnaître par tous ? Nous sommes-nous trompés de dispositif ou tout simplement nous trompons-nous de chemin pour implanter ce référentiel ? Enfin, y avons-nous consacré suffisamment de moyens ?

Les deux contributions suivantes tentent d'ouvrir la réflexion autour de ces questions. La première propose un cadre pour l'analyse des usages des termes « promotion de la santé », « éducation pour la santé », « prévention » tels que perçus par l'auteur au travers de ses contacts avec les professionnels du champ. La deuxième propose un regard extérieur sur les liens entre les pratiques et le décret, au départ d'interviews d'acteurs de la Communauté française œuvrant dans le champ de la promotion de la santé et de la médecine préventive.

Gaëtan Absil et Chantal Vandoorne, APES-ULg

Promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé : parle-t-on de la même chose ? ¹

Pour commencer à confronter les pratiques qui se nomment promotion de la santé, éducation pour la santé, prévention; pour identifier leurs points de rencontre et leurs spécificités, il est intéressant non d'aligner des définitions, mais de prendre conscience de l'organisation des concepts associés qu'utilisent les praticiens eux-mêmes pour parler de leurs pratiques.

De la multiplicité des référentiels

Promotion de la santé, éducation pour la santé, éducation thérapeutique, prévention, santé communautaire, réduction des risques... Loin de définir des entités disciplinaires à l'intérieur desquelles s'élabore un corpus de connaissances, ces termes définissent des catégories d'action, des champs d'intervention. Ils ont, selon les cas, une portée idéologique, politico-administrative, parfois scientifique.

Ces concepts fixent un référentiel à un moment donné dans un contexte donné. Comme ils sont intimement liés à l'action, l'appropriation se réalise différemment selon les contextes et les enjeux. Le point d'aboutissement de ces processus d'appropriation est l'émergence progressive, pour un même concept, de référentiels dérivés liés à l'identité professionnelle et à l'organisation politico-administrative.

Face à cette multiplication de référentiels dérivés, se dessinent de perpétuels efforts pour définir voir redéfinir ces champs d'intervention les uns par rapport aux autres (Fassin D., 2000). Ainsi on pouvait penser dans les années nonante que la promotion de la santé constituerait le concept de référence, fournirait un cadre intégrateur dans lequel et autour duquel s'organiseraient les autres concepts liés à l'action en santé publique.

Cependant, depuis quelques années, on assiste à un retour des termes prévention et éducation aussi bien dans les politiques que

dans les discours des professionnels. Parallèlement, on assiste, en de nombreuses circonstances, à un rejet du terme « éducation pour la santé », jugé « paternaliste », « normatif », quitte à le remplacer par d'autres concepts proches mais partiels : communication, littératie² en santé, etc. Enfin, il semble que les liens aient encore été trop peu explorés avec des concepts voisins de la promotion de la santé tels que la démocratie sanitaire ou le développement durable.

Plutôt que de rentrer dans des accumulations et des comparaisons de définitions, voire dans des querelles d'école, il paraît essentiel de clarifier quel cadre de référence est le plus usité et le plus opérationnel dans différentes situations professionnelles où se déploie l'action en santé publique. Les questions de méthodes et d'outils, de paradigme d'évaluation, et d'utilisation des données probantes ne peuvent être résolues sans une clarification préalable des cadres de référence. En particulier, la nécessité de prouver l'impact des actions se posera différemment selon la manière dont les professionnels se sont approprié les référentiels de base; et ce faisant, privilégient l'une ou l'autre des dimensions de la promotion de la santé.

Ce questionnement ouvre des perspectives de recherche intéressantes sur les fondements des pratiques professionnelles. Le texte ci-dessous tente, sur une base empirique et à titre d'exemple, de montrer comment le même terme d'éducation pour la santé peut recouvrir des réalités et des pratiques différentes selon que l'on se définit comme professionnel de la promotion de la santé ou de la prévention. Comment, en quelles circonstances, en référence à quels enjeux, les professionnels, utilisent-ils ces concepts ?

De la diversité des pratiques en promotion de la santé

Pour tenter cette analyse, nous proposons de repérer, dans les discours oraux ou écrits à propos des pratiques, la manière dont on positionne différentes composantes d'une intervention.

L'articulation de ces pratiques avec les concepts de prévention et de promotion de la santé tels qu'ils sont utilisés par certains professionnels de ces deux champs en Belgique francophone sera commentée au travers d'un tableau. Ce tableau a été conçu de manière à reprendre les principales composantes présentes dans les définitions des concepts ci-dessus : les finalités, les stratégies, la manière de cibler le public, les contenus des interventions et objets d'éducation, la conception de la santé qui sert de référence à l'action. Il ne représente qu'une version de travail, qui demanderait à être affinée au fil des utilisations.

Remarquons tout d'abord que les grands types de stratégies peuvent être revendiqués par les professionnels de la prévention tout comme par ceux de la promotion de la santé. Cependant ces stratégies peuvent prendre des modalités différentes, qui semblent caractériser les acteurs de l'un ou l'autre champ. Ainsi dans le domaine des stratégies éducatives visant le développement des aptitudes individuelles et sociales, on retrouve une grande diversité d'interventions, d'objets et d'objectifs :

- **du côté des interventions**, on évoquera les actions éducatives de proximité (expression et accompagnement des personnes, pédagogie active et émancipatrice proche de l'éducation populaire); les campagnes de sensibilisation; l'édition de supports pour mise à disposition d'informations scientifiquement validées adaptées à chaque groupe de population; la création et l'utilisation de supports d'apprentissage interactifs;
- **du côté des objets**, on parlera des capacités relevant de processus intellectuels plus ou moins complexes, appartenant à la sphère

¹ Ce texte est une actualisation de l'intervention réalisée à Luxembourg le 9 février 2007 au Colloque International « Promotion de la santé et Éducation pour la santé : état des connaissances et besoins de recherche ».

² La littératie en santé ou « l'alphabétisation fonctionnelle en santé » représente le degré auquel les individus ont la capacité d'obtenir, de traiter et de comprendre l'information et les services nécessaires à prendre des décisions de santé appropriées (in Report Healthy People 2010).

affective et sociale, impliquant des savoir-faire dans les dimensions physiques, psychiques, cognitives et sociales;

- **du côté des objectifs**, on relèvera l'acquisition d'une information scientifiquement validée sur les facteurs de risque et de protection; l'adhésion aux traitements et mesures favorables à la santé; la compréhension de l'action des déterminants de la santé; le désir et la capacité de cultiver les ressources individuelles et collectives pour améliorer la santé et la qualité de vie et pour s'adapter à des situations qui évoluent; le développement de l'esprit critique face à la complexité des informations et situations problématiques...

Parmi cette variété, les actions éducatives de proximité, qui s'adressent à des communautés ou aux acteurs de l'un ou l'autre milieu de vie, qui visent le développement de compétences transversales, qui utilisent des approches participatives seront plus volontiers associées à la promotion de la santé.

Par contre les pratiques préventives classiques s'intéressent plutôt à des compétences spécifiques ciblées sur la réduction des risques ou des facteurs de risque. Si l'on prend en compte les références des interventions en termes d'analyse de situation ou d'évaluation de l'impact, le curseur sera plus proche de la « santé vécue » dans les interventions qualifiées de promotion de la santé et de la « santé objectivée » dans les programmes de prévention (Grignard et al., 2008).

Enfin la composante « finalité » exerce un poids particulier pour positionner les pratiques dans l'un ou l'autre champ. Citons à ce propos K. Tones et J. Green (2004)³: « *Il y a fréquemment des différences idéologiques entre une approche 'médicale' de la promotion de la santé (c'est-à-dire la prévention) et une approche de type 'empowerment'. Ces différences sont fondées sur une vision, profondément ancrée, du monde en général, de la nature de l'homme et en particulier, du libre arbitre du genre humain* »⁴. Elles dépendent essentiellement des croyances sur le « locus of power » (nda : la source du contrôle ou de la puissance).

Ainsi les composantes reprises dans le tableau ci-joint connaissent des combinaisons plus proches d'un concept que de l'autre, sans que l'on aboutisse vraiment à un agrégat monolithique de certaines déclinaisons, agrégat qui serait qualifié de promotion de la santé ou de prévention. Souvent la présence d'une des modalités de la colonne 'promotion de la santé' (au sein des composantes « finalités », « contenus » ou « publics ») suffirait à un professionnel non spécialiste du champ pour définir l'appartenance au champ de la promotion de la santé, tandis que les professionnels spécialisés en promotion de la santé auraient

tendance à exiger la présence simultanée de l'ensemble de ces composantes.

Ainsi les initiatives des associations de patients, regroupées au sein de la LUSS (voir l'article plus loin dans ce numéro) qui se définissent souvent autour d'une pathologie se revendiquent-elles de la promotion de la santé dans la mesure où elles ont pour finalité l'empowerment des patients et de leur famille; la qualité de vie des individus vus dans leur globalité et non seulement en référence à leur maladie; dans la mesure où elles travaillent sur le développement de compétences transversales telles que la communication avec les professionnels et/ou l'exercice de la participation.

Chantal Vandoorne, SCPS APES-ULg

Références

- Grignard S, Goudet B, Vandoorne C. Pour envisager différemment les analyses de situation. *Éducation Santé*, 2008,(240):13-7.
- Fassin D. Comment faire de la santé publique avec des mots - Une rhétorique à l'œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 2000, 7(1):58-78.
- Downie RS, Tannahill C, Tannahill A. *Health promotion : Models and values*. Second Edition ed. Oxford : Oxford University Press, 1996, 218 p.
- Tones K, Green J. *Health promotion : planning and strategies*. London : Sage Publications, 2004, 376 p.

³ Traduction libre de l'auteur

⁴ Traduction de « human agency » : c'est une notion philosophique qui se réfère à l'humanité et à sa capacité à faire des choix et les imposer à son milieu. C'est donc une extension du concept de libre arbitre au genre humain en général, dans une vision opposée au déterminisme.

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

La promotion de la santé en Communauté française, une variabilité de pratiques en regard d'un même décret

Le décret de promotion de la santé a structuré un dispositif et une organisation en relation avec un budget et des compétences institutionnelles, mais est-il aussi parvenu à infléchir les pratiques ? Les débats soulevés par l'utilisation des concepts relèvent-ils du registre de langage ou de prises de positions professionnelles ? Pour documenter ces questions, nous insérons dans ce dossier une partie des résultats de la recherche menée par Sarah Caillet durant le premier semestre 2008, dans le cadre d'un stage et d'un mémoire professionnel en master « Promotion de la santé et développement social » à l'université de Bordeaux II. Nous donnons de cette recherche une lecture partielle en regard des enjeux soulevés lors

des discussions du séminaire du 28 mars dernier.

Sarah Caillet a réalisé une enquête sur les représentations des concepts de « promotion de la santé », « éducation pour la santé » et « prévention » auprès des professionnels. Elle a travaillé en deux temps. Premièrement, elle a d'abord interviewé 6 acteurs ressources reconnus pour leur expérience et leur réflexion quant à la promotion de la santé.

Sur base de ces interviews, elle a élaboré un cadre problématique et des hypothèses. Ensuite elle a effectué une deuxième série d'interviews auprès de 17 acteurs du champ de la promotion de la santé et de la médecine préventive (voir l'encadré pour la description de l'échantillon) afin de documenter

leurs représentations des concepts à travers leurs pratiques. La chercheuse a débuté chaque entretien en demandant aux acteurs de donner un exemple issu de leur pratique qui, selon eux, se rapproche soit de la promotion de la santé soit de la prévention. La problématique de l'enquête interroge à la fois le poids des représentations sociales dans l'application des concepts et l'institutionnalisation de la promotion de la santé.

Résultats

Au terme de ses rencontres, la chercheuse constate que différents vocables désignent une même pratique ou que différentes pratiques réfèrent à un même vocable. Il ne semble pas exister une classification claire des pratiques en référence aux concepts de la promotion de la santé. Chaque acteur interviewé semble avoir sa propre taxonomie¹. Pourtant, tous utilisent le même vocabulaire pour décrire leur pratique : la participation des publics, l'intersectorialité des actions et la vision d'une santé globale. Les mots ne semblent pas désigner les mêmes choses; la variabilité est étonnante. L'utilisation des concepts se cristallise plutôt autour de la prise de position professionnelle. Chaque acteur choisit un aspect qu'il valorise en fonction de son positionnement professionnel.

Les logiques professionnelles des acteurs sont particulièrement visibles concernant les

Caractéristiques des personnes interviewées

Sexe : Masculin (7) Féminin (10)

Age : 25-40 ans (7) 41-55 ans (7) >55 ans (3)

Formation longue : Assistant social (3)

Infirmière (2) Médecin généraliste (6)

Médecin spécialiste (3) Sciences humaines et sociales (6)

Formation courte : Spécialité médicale (1)

Promotion de la santé (5) Sciences humaines et sociales (6) Santé publique (5) Autres (1)

Acquisition d'expérience : Promotion de la santé (9) Sciences humaines et sociales (3) Santé publique (3) Autres (1)

Arrivée dans le champ de la promotion de la santé : Avant décret (10) Après décret (7)

Niveau d'intervention : Administration,

organisation des services (2) Expertise (3)

Programmation, décision politique (1) Relais (6) Terrain (5)

Structure : Asbl (8) Hôpital (2) Institution territoriale (3) Maison médicale (1)

Universitaire (2)

Approche : Multiple (3) Population (4)

Thématique (10)

Structure et promotion de la santé : du plus au moins financé par des budgets

'promotion de la santé' et du plus au moins spécialisé en promotion de la santé - Niveau 1 (4) Niveau 2 (6) Niveau 3 (4) Niveau 4 (3)

¹ Taxonomie : étude théorique des bases, lois, règles et principes d'une classification; classification d'éléments, in Le Nouveau Petit Robert, Dictionnaires Le Robert, 1993, réimpression et mise à jour 1995.

choix de formation, le type de structure dans lequel ils travaillent et la mise en place du décret de 1997. Certains acteurs ont anticipé leur évolution vers le champ de la promotion de la santé et ont choisi une formation qui leur permet de mettre en œuvre ce type de démarche. D'autres ont découvert la promotion de la santé par opportunité professionnelle ou suite à des besoins de terrain. D'une manière générale, tous ont établi des ponts avec leur formation d'origine. Certaines structures influencent le positionnement professionnel et donc l'utilisation des concepts, comme, par exemple, le fait de travailler dans une maison médicale. Enfin, certains acteurs reconnaissent l'action du décret sur leur pratique via l'obtention de nouveaux financements. Cependant, le décret n'a pas changé les pratiques de ceux qui étaient déjà dans la mouvance de la promotion de la santé.

Le changement de pratiques ne va pas de soi en promotion de la santé. D'une part, les acteurs énoncent des résistances au changement telles que le refus d'une partie du secteur associatif d'être assimilé à un nouveau champ d'intervention ou à une autre culture. D'autre part, tous les acteurs, lorsqu'ils sont confrontés à des résistances, tendent à abandonner ou redéfinir une partie de leur cadre d'intervention. Ainsi, les difficultés que rencontrent les acteurs à appliquer les concepts de la promotion de la santé renforcent en conséquence l'hétérogénéité des pratiques. La question est alors de voir si, malgré les compromis, les acteurs trouvent une satisfaction suffisante dans la mise en place de leur démarche.

Les acteurs interviewés partagent des difficultés communes qui, peut-être, pourraient les rassembler. Ils considèrent les textes et cadres de référence, en particulier la Charte d'Ottawa, comme flous et inadaptés au terrain. D'après eux, ce flou empêche une rationalisation et une théorisation de la pratique qui déforce la capacité à justifier leurs actions. Le flou des textes est aussi un vide que les acteurs « remplissent » avec leurs propres ressources pour pouvoir les comprendre et se les approprier. La plupart affirment être en porte à faux avec une politique actuelle « trop épidémiologique » et trop centrée sur la « culture du résultat ». Or, d'après eux, les actions

de promotion de la santé comportent souvent une part de résultats difficilement mesurables.

Discussion

Malgré les nuances et distinctions énoncées entre les acteurs, ils constituent un groupe qui définit son identité par ce qu'il ne fait pas : une démarche normative, prescriptive et inadaptée au public concerné. Cette définition pose la question des limites de tolérance du groupe. Autrement dit, à partir de quel moment un acteur ne peut-il plus être considéré comme appartenant au champ de la promotion de la santé ?

Les disparités entre les représentations des pratiques trouveraient leur origine dans le combat des acteurs pour conserver une marge de liberté au sein d'une organisation. Cette marge de liberté permet à chaque acteur de satisfaire ses propres intérêts en même temps que ceux de l'organisation. En Communauté française, les acteurs auraient une culture de l'exploitation de ces marges de liberté qui renforcerait la disparité des représentations des pratiques. Le décret n'a pas suffi à amener un changement cohérent. Les changements les plus remarquables sont constatés auprès des acteurs et institutions qui les recherchaient avant le décret.

Les résultats de cette enquête ne constituent

qu'une porte d'entrée dans la réflexion. En terme de fiabilité, le nombre d'entretiens n'est pas suffisant pour atteindre la saturation, l'analyse thématique des représentations des pratiques mériterait d'être affinée (notamment en regard de la théorie structurale des représentations sociales et du schéma proposé dans l'article précédent). Cela n'était pas possible dans le cadre d'un stage. Comme le souligne Sarah Caillet, cette enquête aurait pu être approfondie par des groupes focalisés ou une observation participante de l'utilisation des concepts en situation.

Conclusions

En dépit de ses limites, cette enquête lève le voile sur l'uniformité des représentations et des pratiques en promotion de la santé en Communauté française de Belgique. Sous les mots, entre les cadres, la diversité et l'invention au quotidien sont une matrice d'hétérogénéité.

Synthèse réalisée par **Gaëtan Absil** (APES-ULg) sur la base du mémoire de **Sarah Caillet**, *Étude qualitative sur les représentations des concepts « promotion de la santé », « prévention », « éducation pour la santé » auprès des professionnels du champ de la promotion de la santé en Communauté française de Belgique, Bordeaux, 2008.*

Pour aller plus loin... un autre éclairage

Au-delà des résultats et conclusions de cette enquête, il importe de s'interroger sur ce qui détermine ces constats. L'hétérogénéité des pratiques pourrait se rapporter à ce que **Michel de Certeau** (*L'invention du quotidien*), à la suite de **Vernant et Detienne** (*Les ruses de l'intelligence*), désigne par métis, c'est-à-dire la ruse de l'art de faire du quotidien. Les acteurs de promotion de la santé sont rusés pour traduire et actualiser leur référentiel dans leurs actions. Ils sont aussi rusés pour naviguer et composer entre les cadres légaux, administratifs, territoriaux afin d'y glisser la promotion de la santé. Pourtant, cette hétérogénéité pourrait tout aussi bien témoigner d'un malaise plus pro-

fond. La ruse, la tactique, se déploie souvent dans les opportunités, elle est efficace dans un rapport avec le temps de l'action qu'elle permet de mener à bien. Par contre, elle est peu rentable en matière de travail avec les institutions, domaine de la stratégie et de la planification sur le long terme. Selon de Certeau, nous pourrions ajouter que la ruse et la tactique, s'ils sont des preuves des trésors d'intelligence déployés par les acteurs pour assurer l'existence de la promotion de la santé, sont aussi le signe d'un statut de « dominé » dans le rapport de force aux institutions.

G.A.

ILLUSTRATIONS

Les associations d'usagers des services de santé à la croisée des participations



Le résultat d'une participation effective

A la fin des années 90, la Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS) a été créée en réponse à la question : « Si on veut connaître et faire entendre le point de vue des patients, à qui s'adresse-t-on ? ». L'idée de la participation citoyenne dans le domaine de la santé faisait son chemin chez certains acteurs professionnels et politiques, qui cherchaient à encourager l'organisation de cette participation des patients, des usagers.

La LUSS a vu le jour en 1999, après plusieurs années de tâtonnements. L'idée retenue sera celle de fédérer les associations de patients existantes et, par la mise en réseau de celles-ci, de favoriser l'émergence d'une parole construite sur base de la participation de personnes ayant en commun une expérience de la maladie et un intérêt pour la santé. Le soutien apporté dès le départ par les trois ministères de la santé, et donc aussi celui de la Communauté française, nous a probablement permis de ne pas nous cantonner dans la défense des intérêts des malades, mais d'être sensibilisés dès le début aux valeurs véhiculées par la Charte d'Ottawa.

La participation, une valeur sûre

Du côté des patients, la LUSS a mis en place, dès le départ, une méthode participative incluant les personnes concernées dans toutes les étapes nécessaires à la construc-

tion d'un point de vue de patient : groupes focalisés pour échanger des expériences, des avis et des idées sur les changements possibles, groupe de travail pour analyser et synthétiser les réflexions émises, et rédaction de constats et des pistes d'amélioration transmis par la LUSS.

Une des premières thématiques abordées de cette manière concernait les coûts restant à charge des patients chroniques et la qualité de vie de ceux-ci, à la demande de **Frank Vandembroucke**, Ministre fédéral de la santé de l'époque. Les participants à cette réflexion constituent aujourd'hui le noyau principal de la LUSS, et sont toujours présents, pour la plupart, dans l'Assemblée générale, dans le Conseil d'administration et dans les groupes de travail. Nous avons par ailleurs veillé à apporter la rigueur méthodologique nécessaire à la validité des avis émis par la LUSS, en nous adjoignant la collaboration du Centre d'éducation du patient.

Plus récemment, la LUSS a réalisé, avec l'aide de l'APES-ULg, une brochure intitulée « Qu'est-ce qu'une association de patients ? ».

Elle a été rédigée en réponse à un besoin exprimé par un grand nombre d'associations. En effet, celles-ci ont des difficultés à se faire connaître et à faire reconnaître la qualité de leurs activités par les professionnels de la santé, et ce principalement parce que ceux-ci ne les connaissent pas. Cette méconnaissance amène de la méfiance, voire des craintes que ces associations puis-

sent venir s'ingérer dans leurs pratiques et perturber leurs patients.

Cette brochure est le résultat d'un travail collectif, impliquant une trentaine d'associations de patients pendant plus d'un an : participation à des tables rondes, discussions autour des résultats, réappropriation des idées émises, participation à la rédaction, aux corrections finales... La collaboration avec l'APES-ULg qui a pris en charge la méthodologie, la rédaction du rapport et du texte martyr de la brochure, a laissé toute liberté à l'expression des idées et aux volontés des participants.

Valoriser l'expérience

La participation à ce processus de définition des points de vue des usagers permet de valoriser l'expérience de chacun, tout en lui conférant le recul nécessaire pour que ces points de vue ne soient pas taxés d'anecdotes et relayés au rang de simples témoignages. La 'communautarisation' des vécus particuliers fait émerger des synthèses sans dénigrer la valeur du vécu et sans déposséder les personnes de leur apport propre. Ce savoir profane élargit les connaissances scientifiques et académiques : nous parlons de « savoirs partagés » basés sur le « savoir partager ».

A la croisée des participations

La LUSS s'est trouvée d'emblée à la croisée de deux participations. Il y a celle qu'elle orga-

nise pour construire les points de vue des usagers. Et l'autre, où la LUSS se retrouve elle-même en tant que participant, au nom des patients, en tant que membre de Commissions, Conseils et autres groupes de travail ou comités d'accompagnement. Elle se trouve au centre d'un diabolo, véhiculant des informations venant d'un côté, celui du terrain, vers l'autre côté, celui des professionnels et décideurs politiques. Et inversement. Une participation intégrée d'un côté, une participation naissante de l'autre...

Au sein de la LUSS et des associations qu'elle fédère, le principe de la participation s'est développé, a amplifié au fil du temps. Les associations ont mûri, sont devenues

adultes, ont de plus en plus confiance en elles-mêmes et conscience que leur participation aux décisions dans le domaine de la santé a du sens.

Ce côté-là du diabolo s'organise, se structure, évolue... Qu'en est-il de l'autre côté ?

De plus en plus de lieux ouvrent leurs portes aux représentants des usagers. Inviter les patients à s'exprimer est dans l'air du temps depuis une bonne dizaine d'années, un peu plus dans certains milieux, comme les maisons médicales. Petit à petit, des patients se sont assis autour des tables de discussion, voire de décision. D'abord pour confirmer les bonnes pratiques... ensuite pour apporter d'autres points de vue, voire des critiques. On

leur a donné des places, et voilà qu'ils participent...

La participation des usagers peut se faire notamment par le biais des associations de patients, qui ont chacune développé une certaine expertise dans leur domaine propre, et acquis un savoir qu'elles ne demandent qu'à partager. La participation des patients avancera encore d'un pas lorsque les autres acteurs de la santé demanderont à être invités par ces associations, persuadés qu'ils pourront y apprendre quelque chose.

Micky Fierens, directrice de la LUSS, Ligue des Usagers des Services de Santé

Un programme de promotion de la santé cardio-vasculaire à la croisée entre concertation et planification

Présentation du projet

Suivant les stratégies prioritaires définies dans le Programme quinquennal de promotion de la santé et le Plan communautaire opérationnel (PCO), un processus de mobilisation d'acteurs issus de divers secteurs en lien avec la thématique cardio-vasculaire (santé, promotion de la santé, activité physique, alimentation...) a été mis en place pour opérationnaliser le volet cardio-vasculaire du PCO. La gestion de ce PCO se fait au travers d'un Comité de pilotage composé d'acteurs de promotion de la santé et d'autres secteurs concernés, ainsi que d'une Cellule d'Appui (CAP Cœur).

Le Programme est constitué d'une programmation générale qui synthétise les stratégies transversales à l'ensemble des programmations issues d'unités de concertation (UC). Des recommandations transversales pour les publics fragilisés sont également intégrées. Ce cadre général est complété de programmations opérationnelles (objectifs à 5 et 2 ans, types d'activité) pour chaque milieu de vie.

Lignes de force de la promotion de la santé développées dans cette initiative

Neuf unités de concertation ont été constituées (regroupant plus de 150 personnes) en lien direct avec un milieu de vie ou un public cible : petite enfance; enseignement fondamental, secondaire et supérieur; monde du travail; seniors actifs; populations fragilisées; pouvoirs locaux et colloques singuliers.

Ces unités de concertation se sont réunies 4 à 5 fois une journée pour élaborer un plan d'action de promotion de la santé cardio-vasculaire pour leur milieu de vie / groupe d'âge.

Ces acteurs sont autant des professionnels de terrain que des responsables institutionnels et des scientifiques.

Adaptation méthodologique au cadre de la promotion de la santé dans chaque unité de concertation

Cette adaptation s'est faite selon quatre lignes de force :

- analyse des déterminants environnementaux, sociaux et personnels ainsi que les différents facteurs qui les influencent;

- utilisation de l'outil de catégorisation des résultats de la Fondation Promotion Santé Suisse;
 - développement d'une démarche participative fondée sur les échanges et l'inclusion des expériences pour élaborer le programme;
 - production d'une planification avec des objectifs à 5 ans et des pistes d'actions concrètes à mettre en œuvre dans un délai de deux ans.
- Cette démarche permet de définir une stratégie globale et intégrée qui s'étend à tous les domaines de la santé cardio-vasculaire et qui concerne toute la durée de la vie (de la petite enfance aux seniors).

Leçons à tirer

Les principes fondamentaux de l'approche de la programmation ont été :

- le respect des étapes de la programmation;
- la définition des publics cibles, de leurs milieux de vie et des acteurs à mobiliser;
- la mise en place de groupes de travail sous forme d'unités de concertation;
- la mise en place d'analyses par milieu de vie ou groupes d'acteurs;
- le développement d'approches participatives et de cadres de planification.

Les atouts de la démarche

Nous en pointons quatre principaux :

- la confrontation et les échanges d'expériences entre différentes disciplines par rapport à un même public cible ou par rapport à une finalité commune;
- l'appropriation d'une démarche méthodologique au travers des productions des unités de concertation;
- l'élaboration d'une programmation qui ser-

vira avant tout aux acteurs des milieux de vie impliqués pour renforcer leurs actions, tout en étant destinée aussi aux responsables institutionnels et politiques;

- la place du programme dans le « futur » cadre politique et institutionnel en Communauté française.

C'est la combinaison des différentes stratégies du programme au sein des milieux de vie qui assurera une vraie démarche de pro-

motion de la santé dans le cadre de sa mise en œuvre.

Yves Coppieters, Cécile Béduwé et Alain Levêque, ULB (École de Santé Publique), **Jean-Luc Collignon**, Centre d'Éducation du patient, **Valérie Hubens**, Promo santé & Médecine Générale

Une démarche d'autoévaluation d'un programme centré sur l'alimentation

Une démarche intitulée « Charte de qualité » a guidé l'autoévaluation de trois ans d'activités autour de l'alimentation dans les maisons médicales de la région liégeoise. Ces activités étaient menées par 15 équipes participant au programme APple, développé de 2005 à 2008, à l'initiative de l'Inter groupe liégeois des Maisons médicales (IGL).

Tant les objectifs poursuivis que les méthodologies travaillées s'appuient sur les lignes de force de la promotion de la santé, par exemple :

- tenir compte des représentations des soignants et des usagers;
- renforcer la conscience et le potentiel des usagers dans leur capacité à faire des choix en faveur de la santé, par l'organisation d'activités de type communautaire;
- proposer aux soignants un programme de type formation-action qui alterne des modules spécifiques (développement de compétences biomédicales, utilisation d'outils interactifs) et des modules en équipes (stimuler le travail intersectoriel en recueillant et intégrant les points de vue et rôles de chacun).

Pourquoi avoir choisi une démarche d'autoévaluation ?

Plusieurs raisons ont guidé ce choix :

- l'inadéquation d'une enquête pré-post sur les pratiques, vu la complexité des effets

produits et l'émergence de bénéfices/effets non attendus;

- la volonté de faire participer les « relais » et de les légitimer dans leur rôle d'évaluation (empowerment);
- le souhait de permettre aux équipes de prendre conscience collectivement de ce qu'elles font « avec les lunettes promotion de la santé » c'est-à-dire en regard de critères de qualité de la promotion de la santé, de se sentir en mouvement par rapport à ce projet.

Ainsi donc l'adhésion à la promotion de la santé a marqué de son empreinte le choix de la démarche d'évaluation à plusieurs niveaux : celui du contenu de l'outil, celui de son mode d'élaboration participatif et concerté (qui se fonde sur et engendre un apprentissage collectif), celui des finalités. Sur ce dernier point, il s'agissait de permettre aux équipes d'orienter et de réguler leur action, en ce compris la réorientation des missions favorisée par l'implication des relais dans la concrétisation des critères et l'appropriation de la Charte.

Les acquis pour le dialogue entre les professionnels

Permettre une prise en compte plus égalitaire de l'apport des différents professionnels (légitimité des relais) grâce à l'aspect inductif de la démarche.

Contribuer à développer une culture d'équipe

qui donne cohérence à l'action et maintient le sens partagé.

Les interactions entre recherche et action dans ce projet

La construction de l'outil est expérimentale, les équipes de terrain constituant de petits laboratoires de recherche.

Cette construction montre l'intérêt de développer des actions de qualité sans chercher à mesurer les effets de façon quantitative.

Le travail de recherche devrait être poursuivi pour valider l'outil et le rendre généralisable et utilisable dans d'autres contextes.

Les dynamiques institutionnelles interrogées par ce projet

Le projet sensibilise à l'intérêt d'introduire la démarche « assurance de qualité » dans les programmes des équipes de terrain.

Il pose la question d'un financement récurrent pour soutenir les équipes de soins dans l'amélioration de la structuration de leur travail en promotion de la santé.

Il met en évidence le rôle fécondant du soutien méthodologique, des échanges sur les pratiques de terrain en promotion de la santé.

Marie-Christine Miermans, consultante en évaluation pour l'IGL

La dédifférenciation du curatif et du préventif au travers du champ de la santé mentale

Arrivés à mi-chemin d'un projet de recherche européen consacré à la thématique des relations entre les savoirs scientifiques et l'action publique dans le champ de la santé mentale¹, deux constats centraux peuvent d'ores et déjà être dressés. Sans s'intéresser précisément à l'éducation à la santé, l'attention portée aux nouveaux standards internationaux montre la prégnance d'une nouvelle vision des soins de santé mentale dite holistique.

En voulant prendre en compte tous les déterminants de la santé – parmi lesquels, l'éducation à la santé occupe une place de première importance – dans un seul cadre les articulant autour de la notion de « bien-être », cette posi-

tion innovante, malgré un relatif consensus quant à sa pertinence, constitue un véritable challenge pour notre système de soins de santé. En effet, si l'impératif de coordination qui se dégage de cette nouvelle vision peut déjà poser problème dans un champ où se côtoient de nombreux paradigmes concurrents, la coexistence, en Belgique, de plusieurs niveaux de pouvoirs, et d'une administration bureaucratique compliquée encore considérablement la donne.

De l'asile à l'hôpital, jusqu'aux nouveaux lieux d'accueil en réseau, le secteur de la santé mentale a connu d'importantes reconfigurations qui témoignent de l'évolution de nos institutions et, corrélativement, de la citoyenneté et ses modèles de subjectivation individuelle. Que ce soit l'impératif sécuritaire du système asilaire ou le développement de services hospitaliers de prise en charge curative des pathologies avec le développement de l'État Providence, ces différentes attentes adressées par la société aux professionnels de la santé mentale se retrouvent encore aujourd'hui mises en tension.

Le développement ces dernières années d'une injonction à la responsabilisation des individus et d'un État dit « social actif » va s'accompagner d'une redéfinition des objectifs des systèmes de soins de santé mentale. La notion de « bien-être » définissant un état optimal ne se limitant pas à la seule absence de maladie est promue par l'OMS depuis sa fondation. Loin d'être anodin, cet objectif que les différents organismes internationaux tentent de mettre tout en haut de l'agenda politique des différents pays illustre parfaitement les nouvelles attentes qui pèsent sur le champ de la santé mentale. A un individu éduqué et responsable de son bien-être doivent faire face des praticiens moins directifs et dont le rôle s'apparente à une consultance dans différents parcours de vie singuliers².

¹ Know & Pol, pour KNOWledge and POLicy making, programme européen s'intéressant par une étude multinationale et multi-niveaux à la question suivante « Comment les différentes sources d'information et les divers modes de connaissance sont-ils mobilisés dans le processus de décision ? Douze équipes de recherche spécialisées dans l'analyse de politiques publiques sectorielles posent ces questions à propos des secteurs de l'éducation et de la santé, tous deux soumis aux pressions des gouvernements et des citoyens, et tous deux confrontés à la question de la combinaison des représentations scientifiques, pratiques et gestionnaires. » (www.knowandpol.eu)

² Ce travail de mise en perspective historique a abouti à une publication dont nous nous inspirons beaucoup pour ces quelques lignes : DE MUNCK (J.), GENARD (J.-L.), KUTY (O.), VRANCKEN (D.), DELGOFFE (D.), DONNAY (J.-Y.), MOUCHERON (M.), MACQUET (C.), 2003, « Santé mentale et citoyenneté : les mutations d'un champ de l'action publique », Gent, Academia Press, Série : Problèmes actuels concernant la cohésion sociale. p. 180.

Une explication de la position du chercheur dans cette étude

L'étude de l'action organisée d'une part et des sciences et innovations, d'autre part, nous situe d'emblée dans une posture a-normative. L'armada conceptuel que nous mobilisons ne nous permettant aucunement de juger de la véracité des propos tenus par les acteurs, qu'ils soient scientifiques ou non, cette méthode nous met dans une position particulière que ce soit par rapport aux autres disciplines ou vis-à-vis des liens entre la recherche et l'action. La description et l'explicitation des énoncés scientifiques et des « futurs possibles » qu'ils mettent en œuvre permettent de les rendre plus facilement discutables par les acteurs à qui il revient

d'en évaluer la désirabilité. Ainsi, si l'étude de la science rend questionnable certaines innovations dont la nature et les conséquences pouvaient, en d'autres temps, passer inaperçus (par exemple : quels conceptions du monde sous-tend tel instrument de mesure psychiatrique ?), l'étude des organisations permet, à contrario, de mettre en lumière les mécanismes inhibant les facultés d'apprentissage et d'innovation des organisations. La mise en œuvre de nouveaux savoirs peut rencontrer de nombreux obstacles et nécessiter un travail de mise à plat des contraintes humaines et cognitives que l'inertie d'une organisation

peut faire peser sur ses membres. Sans aucune prétention de dire le « vrai », la posture méthodologique que nous privilégions tente, par l'investigation des schémas prospectifs que proposent les différents savoirs et l'aide à la prise de conscience des limites organisationnelles, de rendre aux acteurs prise sur leur activité collective. Au-delà d'une intégration des résultats de recherche dans les logiques institutionnelles, c'est à une prise de conscience de ces dernières et à un développement des capacités d'innovation que nous aspirons.

GC et FS

Cette nouvelle vision passe, en Belgique, par une redéfinition du rôle de l'hôpital et son intégration dans des réseaux le reliant à une multitude d'intervenants. Éducateurs, assistants sociaux, praticiens de l'hospitalier et de l'ambulatoire doivent pouvoir se coordonner pour faire advenir un modèle où le « care » domine le « cure ». Parfois en concurrence, ces différents intervenants relèvent de plusieurs administrations et niveaux de pouvoir gérant eux-mêmes différemment leurs priorités et le contenu de leur politique.

Face aux difficultés de coordination qu'ont pu éprouver des administrations gérant des matières aussi diverses que l'éducation et la promotion de la santé, les services ambulatoires, les institutions hospitalières ou encore les affaires sociales, sont nées des expériences pilotes appelées projets thérapeutiques.

Organisés en deux grandes parties, ces projets visent à la fois à tester et évaluer les pos-

sibilités de mise en réseau tout en répondant aux difficultés de coopération éprouvées au niveau central par la mise en œuvre d'une coordination locale des intervenants. La mise en place de ces politiques dites « procédurales » soulève cependant plusieurs questions. Cette forme d'action publique laisse, en effet, et malgré un cadrage partiel, les acteurs locaux définir, pour leur projet, les grands objectifs et les manières d'y parvenir. Souvent utilisées dans des contextes potentiellement conflictuels, ces politiques qui relèvent d'un « État réseau » ou post-bureaucratique tranchent avec les pratiques bureaucratiques où l'intérêt général est défini entièrement à un niveau central et dont la seule mise en œuvre laisse une marge de manœuvre aux acteurs locaux. La gestion des soins de santé restant principalement le fait d'une administration bureaucratique centralisée, la tentation de contrôle peut être grande. Pris dans ce

contexte, la réussite des projets et de la mise en réseau n'est pas garantie. De fait, entre l'hôpital et les administrations existantes des logiques convergentes³. Par ailleurs, l'étude de projets particuliers montre que le primat du thérapeutique sur d'autres formes d'actions sociales est régulièrement rappelé. In fine, c'est ainsi la possibilité d'intégration des acteurs relevant de l'éducation à la santé ou de l'action sociale qui pose question et nous rappelle, dans la foulée de divers travaux en sociologie, que la coopération n'est jamais donnée.

Gaëtan Cerfontaine et Frédéric Schoenaers,
Centre de Recherche et d'Intervention
Sociologique de l'Université de Liège (CRIS)

³ Nous rejoignons, sur ce point, le constat qu'avaient déjà pu faire les auteurs mentionnés dans la note page précédente.

Prévention, réseaux et parentalité : l'accompagnement global en consultation prénatale

En France, les sages femmes devraient réaliser un entretien prénatal au 4^e mois de grossesse avec les futurs parents. Afin d'envisager la transposition de cet entretien dans les consultations prénatales, le Comité scientifique de l'ONE a financé une recherche action, menée conjointement par les chercheurs de l'APES-ULg et de l'APALEM et les professionnels de trois consultations (deux hospitalières et une de quartier).

Dans le cours de cette recherche action, les professionnels et les chercheurs ont co-rédigé une proposition de référentiel dont voici quelques grandes lignes. L'offre de services aux futurs parents devrait prendre en compte les composantes psychologiques, psychosociales et sociales dans le parcours prénatal. Pour ce faire, l'offre s'articulerait autour de trois finalités (plus une) : le soutien à la parentalité, le travail en réseau, la prévention des 'risques psychosociaux' (et la prévention des risques professionnels). Les démarches d'in-

tervention seraient différenciées selon les caractéristiques des situations parentales. Enfin le maintien de plusieurs entretiens en contextes variés serait préféré à l'entretien unique inspiré du plan périnatalité français. Un plan de formation émerge du référentiel ; sa logique serait de favoriser la réflexion sur les modes d'apprentissages collectifs dans le cadre du travail d'équipe ou du travail en réseau. Concrètement, les professionnels ont identifié les pistes de formation suivantes : soutenir les pratiques d'entretiens, favoriser l'actualisation et l'harmonisation des référentiels professionnels, choisir des mots pour identifier et exprimer la vulnérabilité, etc. Comment les stratégies de la promotion de la santé se sont-elles invitées dans cette recherche action ? Tout d'abord, le processus de recherche action inscrit la participation des professionnels de terrain comme condition de la réalisation du projet. Il s'agit bien d'inciter les professionnels à la défi-

inition de leur cadre de travail et non de leur imposer un outil. Les connaissances et les compétences mobilisées par les professionnels pour réaliser le référentiel initient un phénomène d'*empowerment*. Dans ce cas, l'*empowerment* des professionnels apparaît comme une condition d'un service de qualité ou comme condition de l'*empowerment* des futurs parents. La prise en compte des inégalités sociales dans le cadre de la parentalité relève à la fois d'une approche globale de la santé et d'un accompagnement sur le long terme par l'action sur les déterminants de la santé des enfants. Enfin, les professionnels ont formalisé le référentiel en tension éthique entre « une nouvelle police des familles » et la prévention de la négligence et de la maltraitance.

**Que nous apprend cette
recherche action sur le dialogue
entre disciplines/professions ?**
L'organisation du dialogue entre les différentes

professions est cruciale pour optimiser les services offerts aux futurs parents. Ce dialogue s'organise dans un contexte où toutes les professions n'ont pas la même valeur sociale. Cette valeur sociale reproduit la hiérarchie des savoirs et des diplômes, et ne parvient que trop rarement à valoriser l'expertise et le savoir de chacun. Ceci est particulièrement vrai lorsque le dialogue devrait s'instaurer entre professions médicales (ce qui inclut les psychologues cliniciens) et sociales. Pourtant, la parentalité – que l'on ne peut limiter à la question de l'attachement – recouvre un large champ d'événements, dont aucun professionnel ne peut connaître l'étendue sans entrer en dialogue avec les parents et d'autres professionnels. Ce dialogue, qui ne doit pas être confondu avec le recoupement des enquêtes, devrait permettre la rencontre des points de vue de différentes disciplines autour de la parentalité. De part et d'autre, le franchissement ou l'estompement des frontières tracées par un imaginaire attaché aux valeurs sociales, relève de l'*empowerment* des professionnels.

Les différentes facettes des liens entre la recherche et l'action

La réalisation d'une telle recherche mène à la réalisation d'un projet, lui-même devant mener à certains changements. Or, le projet n'est pas en lui-même le changement. Pour que le changement se produise, le projet doit être reconnu et soutenu à tous les niveaux des institutions. La reconnaissance du projet consiste en la validation sociale de ce dernier. La difficulté consiste alors à jongler entre le temps nécessaire à la validation sociale – source réelle du changement – et l'urgence du changement. En particulier, le temps nécessaire aux changements de culture ou d'organisation insufflés par les stratégies de la promotion de la santé et aux changements liés aux processus de validation sociale du projet se heurte à l'urgence due aux pressions des médias et de l'opinion publique (abandons « sauvages », maltraitance d'enfant...) relayées par les interpellations politiques.

Cette recherche s'appuie sur un processus de recherche-action (**Barbier**) issu du courant de l'analyse institutionnelle. Si cette recherche permet d'identifier des leviers pour l'action, elle permet aussi l'explicitation de procé-



Photo © Isopix

dures de travail développées sur le terrain par les professionnels. Parmi ces procédures, certaines relèvent de l'innovation face aux changements sociaux principalement liés à la pauvreté et à la précarité des populations. Le processus de recherche-action devrait continuer, et les professionnels eux-mêmes devraient participer à la diffusion des innovations au sein des services. Considérer les résultats de cette recherche comme un savoir finalisé parce que fondu dans l'écrit, consisterait à briser le processus de participation et d'*empowerment* en lui substituant un processus 'descendant'. A la construction en dialogue se substituerait l'imposition d'un savoir formalisé, dont la légitimité reposerait sur l'instrumentalisation du processus de recherche action et du savoir construit sur le terrain, comme garants de l'image de ce savoir (l'innovation ne vient pas de l'institution, mais du terrain).

Le soutien à la parentalité comme support des dynamiques interprofessionnelles et institutionnelles

La notion de soutien à la parentalité repré-

sente une occasion de réorienter les services d'aide et d'appui. A condition d'en discuter les tenants et les aboutissants, elle pourrait orienter les actions de professionnels travaillant dans différents secteurs. En effet, d'une part la référence à la parentalité offre la possibilité de construire un sens partagé de l'action, parce qu'elle est en partie indéfinie. D'autre part, elle pourrait s'inscrire dans un dialogue avec les personnes précarisées à condition de ne pas se référer à un modèle unique de « bons parents ».

Toutefois, les enjeux qui existent entre les logiques des soignants et les logiques d'intervention psycho-médico-sociales, l'INAMI et les hôpitaux ne sauraient être systématiquement réglés par les professionnels de terrain. Ces derniers pourraient travailler de manière plus sereine et efficace si une part de ces enjeux trouvait des solutions entre les différentes institutions.

Gaëtan Absil (APES-ULg) et Elisabeth Prato (APALEM)

La promotion de la santé en Communauté française de Belgique : entre enfermements et ouvertures ?

Ce compte rendu des échanges menés le 28 mars se propose de restituer les analyses ou les propositions des participants. Il ne mentionne pas les auteurs des propos, il se veut simplement le reflet d'un moment de construction collective. Le débat n'est pas clos, la mise par écrit ne doit pas tuer l'esprit, et il serait heureux que ces idées s'envolent, et ne restent pas lettres mortes...

Suite aux présentations, les participants au séminaire ont engagé une discussion autour d'une même problématique : la promotion de la santé est-elle enfermée dans son décret ? Il y a plusieurs manières d'être enfermés ou de s'enfermer. D'une manière générale, le dispositif mis en place par le décret peine à rencontrer les exigences liées à la multiplicité des déterminants de la santé. Le récent mariage (forcé ?) avec la médecine préventive pourrait tout aussi bien être une chance d'augmenter la diffusion de la promotion de la santé, tout comme une malédiction qui la clouerait à jamais dans le préventif et le curatif.

Comme le décrit le texte (en page 6) de **Chantal Vandoorne** 'Promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé : parle-t-on de la même chose ?', l'écologie des concepts de promotion de la santé et de prévention est fragile. Leur organisation conceptuelle et structurelle relève d'une dialectique dont les conditions de possibilité ne sont pas posées. Les professionnels de la promotion de la santé se confrontent à un double impératif. D'un côté, la littérature, l'expérience québécoise, les réussites démontrent que les stratégies d'Ottawa sont souvent payantes. La promotion de la santé devrait donc avoir une légitimité et une reconnaissance qui faciliterait le travail des professionnels. D'un autre côté, la promotion de la santé demeure un objet « farfelu » dont les acteurs politiques ne savent que faire. La promotion de la santé ne rentre pas facilement dans les cases et les habitudes de l'action publique. Les balises du débat étant posées, voyons quelles en sont les fermetures et les ouvertures.

Des enfermements

Dans l'exécutif

Dans le processus démocratique, les débats au Parlement sont incontournables. Or, il semblerait que les acteurs de la promotion de la santé ne s'appuient pas suffisamment sur les parlementaires, ne pratiquent pas assez l'interpellation politique. En effet, les actions de promotion de la santé, liées à des subventions publiques, seraient trop enfermées dans leurs liens avec le pouvoir exécutif.

Des contacts plus fréquents devraient être développés avec les hommes et les femmes qui nous représentent au Parlement. Les décisions en matière de santé publique devraient être fondées sur des données fiables et contextualisées, parmi lesquelles les données fournies par les observatoires de la santé. Alors que la bonne gouvernance devient un leitmotiv de l'action publique, une certaine vigilance démocratique consisterait à évaluer la justesse des prises de décision à l'aune de ces données.

Dans les marges de l'action publique

Si la promotion de la santé paraît farfelue, c'est principalement en regard de la logique qui organise l'Etat. Dans un pays organisé selon le principe de la répartition des compétences, la promotion de la santé a peu de chance d'exister en tant que telle. Alors qu'elle propose des stratégies intersectorielles, qu'elle vise un éventail très large de déterminants de la santé et du bien-être, elle se heurte à une culture du « pré carré ». L'environnement, ce n'est pas la santé; le sport, ce n'est pas l'activité physique, etc.

L'enfermement se réalise par un rejet de la promotion de la santé dans les marges de l'action publique, alors qu'elle pourrait en être un des axes intégrateurs. Pourtant, ce sont bien les projets qui rassemblent différentes compétences, qui prennent le temps d'organiser le travail et l'action, qui sont porteurs de changements.

En regard de l'expérience québécoise, la promotion de la santé en Communauté française de Belgique devrait « se rénover », c'est-à-dire qu'il est peut-être temps de passer à un véritable secteur d'activité dont les budgets sont exclusivement dédiés à des missions propres et non en partie détournés à d'autres fins, parfois éloignées des stratégies d'Ottawa (d'où l'importance d'un débat sur la dialectique entre promotion et prévention). Comment travailler à réduire les inégalités sociales de santé par une prise en compte des déterminants collectifs ? Comment, en l'état actuel, lutter contre les inégalités sociales de santé alors que les déterminants débordent largement l'action médicale ?

Par la vision du monde des jeunes médecins

Les rapports entre la prévention et la promotion de la santé se rejouent indéfiniment tant que la formation des médecins n'intégrera pas les principes de la promotion de la santé. Les programmes des cours demeurent réducteurs et n'osent pas entrer de plein pied dans l'innovation en intégrant réellement d'autres approches de la santé comme par exemple la sociologie de la santé. Sans la pénétration de la promotion de la santé dans les formations initiales, le travail d'argumentation, de conviction que déploient les professionnels sera toujours à recommencer.

Des échappées

Sortir de l'enfermement par la participation

Même si la question de la participation soulève de nombreux enjeux éthiques et politiques, elle demeure un incontournable de la promotion de la santé. Ainsi, la mise en place de réseaux intersectoriels n'est pas suffisante. Les usagers, les habitants... doivent être associés à ces réseaux. Sans cette précaution, les réseaux mis en place risquent de reproduire l'exclusion et de travailler « au-dessus de la tête de la population ».

Sortir de l'enfermement par l'inscription du référentiel de la promotion de la santé dans les agendas politiques

En matière d'action publique, les compétences liées aux déterminants de la santé sont dispersées. La promotion de la santé pourrait constituer un référentiel commun qui tisserait des liens entre les compétences. La promotion de la santé gagnerait à s'inscrire dans les agendas politiques des entités fédérées, des Provinces et des Communes. Un effort d'accompagnement devrait être mis en place afin de faciliter la traduction des compétences de chaque institution à partir du référentiel de la promotion de la santé. La promotion de la santé devrait à l'avenir pénétrer la culture politique, au même titre que le développement durable.

Sortir de l'enfermement en brisant le lien entre le référentiel de promotion de la santé et la compétence institutionnelle en ce domaine

Si la promotion de la santé ne peut remplir son rôle, c'est aussi parce que le concept se confond avec le décret pour de nombreux acteurs. Tant que cette confusion existe, la mise en œuvre de la promotion de la santé rencontrera des difficultés, non pas directement sur le terrain, mais bien au niveau des institutions et des décideurs sans lesquels une action intersectorielle durable ne peut exister.

Un effort de communication devrait être entrepris à propos de la promotion de la santé, tant auprès des décideurs que des pro-



Photo © Fotolia

fessionnels et du grand public. Ce dernier est souvent le récepteur de messages dont il n'identifie pas les liens avec la promotion de la santé.

En guise de conclusion...

La promotion de la santé se décrète-t-elle ? Il semblerait que la réponse suive deux pistes. D'un côté, la promotion de la santé devrait continuer à faire l'objet d'un décret spécifique qui définit ses contours, institue ses missions et protège son budget – qui par ailleurs gagnerait à être revalorisé. Mais il devient urgent de mettre en place des stratégies

légales et institutionnelles pour promouvoir le référentiel de la promotion de la santé dans les politiques et les compétences des autres secteurs. Des mécanismes contraignants, des outillages, des procédures et supports adéquats devraient permettre de développer des cadres professionnels et institutionnels dans les termes d'une promotion de la santé fondée sur les niveaux de preuve et les bonnes pratiques.

Gaëtan Absil, APES-ULg, sur la base de l'enregistrement du débat du 28 mars 2009

FUTUR

Actualiser la promotion de la santé à partir des agendas sociaux et politiques

Regard sur les déclarations de politiques régionales et communautaire

En mars dernier, lors de la rencontre proposée par l'APES-ULg, le débat a porté, briève-

ment, sur la place réelle de la promotion de la santé au sein des politiques menées par la Communauté française... Une grenouille qui voudrait se faire aussi grosse qu'un bœuf ? S'il est possible d'identifier un dispositif admi-

nistratif et professionnel (législation, budget, instances, services, projets...), il semble bien plus difficile d'analyser la contribution de ce dispositif d'une part aux politiques mises en place et, d'autre part, à la « capacité des popu-

lations à prendre en charge leur santé ». Néanmoins, on peut avancer, sans grand risque de se tromper, que le débat public et les enjeux politiques négligent la promotion de la santé, comme dispositif.

Pourquoi cette absence d'influence ? On peut évoquer plusieurs raisons qui mériteraient développements et analyses nuancées en d'autres lieux :

- la dispersion des compétences en matière de santé entre le fédéral et les entités fédérées;
- la place relative (modeste, voire très modeste) de la prévention dans le système de soins (dit de santé), mais aussi cette même place relative au regard des principaux dispositifs de la Communauté, l'enseignement et la culture;
- la représentation sociale de la santé parmi la majeure partie de la population et donc de ses représentants, qui reste pour l'essentiel l'absence de maladie;
- une difficulté réelle pour la promotion de la santé, au vu de la complexité de son objet, de clarifier ses modalités d'action et ses effets dans le temps et dans l'espace pour faire valoir son efficacité et rendre des comptes sur son action;
- la dispersion des acteurs spécialisés et leur manque d'identité professionnelle (corpus de connaissances et de pratiques entre autres). Pour différentes raisons à approfondir, il n'y a pas de regroupement professionnel, mais une offre de formation initiale dispersée, des origines professionnelles multiples, une offre de formation continuée faible, pas ou peu de recherche scientifique... Certains acteurs, dans le dispositif lui-même, revendiquent d'ailleurs ce manque d'identité au nom d'une approche globale et transversale de la santé;
- la « prétention » de la promotion de la santé (de son dispositif ?) à l'universalisme (tout serait matière à santé) au regard de ses moyens et de ses méthodes. La promotion de la santé érige en principes incontournables des finalités sociétales louables telles que la lutte contre les inégalités de santé ou le renforcement du pouvoir de dire et d'agir des citoyens sur leur santé. Cependant le caractère universel et global de ces principes pousserait certains à considérer qu' il ne serait pas possible, voire contre nature, de se professionnaliser. A force de courir après un

modèle holistique de la santé et la multiplicité des déterminants de la santé, le risque est grand de se diluer totalement et de devenir transparent. A force d'être soluble dans la société, la promotion de la santé est devenue indiscernable.

Le manque de participation au débat public

C'est ce dernier point que nous voudrions traiter en proposant de remettre au goût du jour une des pistes déjà bien présente dans la charte d'Ottawa en 1986 : le plaidoyer.

Que faire ?

Lors de notre rencontre en mars, les représentants politiques nous ont encouragés à interpellier le parlement et sa commission santé et pas seulement le gouvernement. Six mois et une élection plus tard, examinons les déclarations de politique générale de la Communauté et des Régions pour identifier quelques points à leur soumettre sur une contribution du référentiel et du dispositif de la promotion de la santé, mais aussi quelques enjeux de société susceptibles d'interpeller les assemblées.

Premier enjeu : la régionalisation de la promotion de la santé

Poser la question de la place de la promotion de la santé dans le futur paysage institutionnel belge a au moins le mérite d'oser un débat d'actualité. Mais c'est plus que cela ! Nous y voyons de nombreux avantages et, en particulier, une approche cohérente de la lutte contre les inégalités sociales de santé. Les politiques sociales sont régionales. La meilleure manière d'y contribuer, c'est d'en faire partie. Les plans de cohésion sociale des communes initiés, financés et pilotés par la Région ont un volet sur l'accès à la santé. De plus, la régionalisation permettrait d'envisager un renforcement global du dispositif « santé publique » en y associant la santé mentale, le secteur de prise en charge des assuétudes, des centres collectifs de santé, des soins à domicile, des hôpitaux... Un échelon de moins dans la dispersion des compétences. Plus de cohérence, des économies d'échelle, plus de leviers, plus de visibilité, plus d'intérêt de la population, des médias... du politique.

Sur le modèle d'une proposition faite à propos de l'enseignement, la Communauté pourrait garder des prérogatives normatives, mais le pouvoir organisateur serait la Région. La Région bruxelloise a déjà défini une politique de promotion de la santé et s'est inscrite dans le réseau OMS des « villes santé ». Nous attendons, au minimum, que le parlement de la Région wallonne organise un débat au cours de la législature sur son rôle en matière de santé, en particulier dans le cadre de sa politique sociale. La promotion de la santé pourrait y montrer sa contribution en tant que référentiel et que dispositif (en particulier le rôle des centres locaux de promotion de la santé).

Que trouve-t-on sur cette question dans les déclarations de politique ?

Au niveau wallon :

« Une Fédération Wallonie-Bruxelles consacrant la solidarité francophone dans un Etat fédéral belge moderne basé sur trois Régions fortes et égales. [...] Un réel pilotage commun qui reposera sur deux Régions fortes composant ensemble une Fédération Wallonie-Bruxelles tout aussi forte. »

La Région wallonne propose un chapitre santé (partie II). Son introduction ouvre la voie à un réel débat au parlement sur une région promotrice de santé :

« Prévenir, soigner, guérir les maladies et promouvoir la santé, telles doivent être les missions essentielles de notre système de santé [...]. Le Gouvernement s'attellera dans ce cadre à travailler en synergies étroites avec la Fédération Wallonie-Bruxelles. [...] Il contribuera à la réduction des inégalités devant la santé en développant une réelle politique intersectorielle destinée à embrasser l'ensemble des facteurs déterminants de la santé : ceux d'ordre sanitaire (le système de soins) mais aussi ceux qui contribuent à l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie (revenu et statut social, environnement social et physique, éducation et formation, habitudes de vie et de santé, emploi, réseaux de soutien social...). [...] Le Gouvernement veillera également à promouvoir des lieux de vie favorables à la santé (villes, villages et communes, hôpitaux, entreprises etc.) en veillant à la participation des populations dans la mise en œuvre des projets. [...] »

La déclaration de la Région bruxelloise (Cocof)

propose un chapitre qui joint « les politiques sociales et de santé ».

Deuxième enjeu : le réchauffement climatique et plus largement l'environnement voire le développement durable

Si le premier enjeu est surtout institutionnel et belgo-belge, voici un enjeu planétaire, brûlant d'actualité et qui sert de toile de fond à l'actuelle coalition politique. Y a-t-il ici une place pour la promotion de la santé ?

Pour faire court, il est évident que les modifications climatiques ont déjà et auront encore plus dans l'avenir un impact important sur la santé des populations. Il est aussi évident que les stratégies de modification des cadres et des modes de vie pour prévenir le réchauffement climatique et préserver notre environnement vont de pair avec celles qui visent à promouvoir la santé.

Les propositions de développement durable abondent dans les déclarations de politique régionale et communautaire, mais la contribution de la santé y est peu apparente. Or, dès la déclaration de Rio, la santé figure comme un enjeu du développement durable dans les textes onusiens.

Une piste parmi d'autres. Dans la troisième partie de la déclaration régionale (point 4), le gouvernement souhaite « une administration qui intègre le développement durable » et propose de « mettre en place une cellule administrative spécifique chargée de formuler des avis sur base d'un examen 'développement durable' ». Voilà une voie possible pour une démarche EIS (évaluation de l'impact santé) telle qu'appliquée au Québec. Il suffirait (!) que le critère 'santé' soit reconnu comme faisant partie d'un examen « développement durable ».

D'autres pistes régionales : le PCDR (plan communal de développement rural) qui serait plus transversal pourrait intégrer l'approche de la promotion de la santé et de la qualité de vie. La même intégration pourrait être tentée en regard du plan stratégique communal qui doit inclure un volet « promotion des lieux de vie favorables à la santé » : aménagement du territoire, environnement, logement, mobilité, accueil des enfants, des jeunes et des seniors, etc.



Photo © Fotolia

Au niveau de l'enseignement, pourquoi ne pas croiser le module d'initiation à la citoyenneté, l'éducation à l'environnement et au développement durable, l'éducation à l'interculturalité, l'éducation aux médias, l'éducation à la vie affective et sexuelle, l'éducation à la prévention des assuétudes avec la demande à chaque école d'intégrer dans son projet la notion de promotion du bien-être de l'enfant dans toutes ses dimensions (organiser des cellules « bien-être ») avec, en plus, la demande de développer des projets participatifs. Une vision et une approche plus globale des attentes sociétales vis-à-vis de l'école et de l'enseignement, par exemple dans le cadre d'un agenda 21 scolaire alliant développement durable et promotion de la santé, apporterait de la cohérence. L'action plus transversale dans une dynamique de développement territorial global des centres culturels en introduisant une approche de la qualité de vie et de la santé.

Troisième enjeu : le vieillissement de la population

Cet enjeu occupe peut-être moins la scène médiatique pour l'instant, mais est tout aussi inéluctable, surtout en période d'austérité budgétaire.

Ici aussi la promotion de la santé devrait jouer un rôle essentiel dans la prévention de la dépendance, dans l'ajout de la qualité de vie aux années de vie. Remarquons aussi que les politiques en la matière sont fédérales et régionales et interagissent avec les enjeux de la régionalisation et du développement durable. La Communauté, historiquement orientée vers l'enfance et la jeunesse, a négligé cette population.

Quels leviers trouver dans les déclarations de politique ?

Dans le volet régional, au chapitre « Assurer une vraie place pour les aînés », le point 3 porte sur « une politique de prévention des risques de santé liés à l'âge. Favoriser, chez les aînés, toutes les activités leur permettant de conserver une bonne santé physique, [...] pratique régulière et adaptée d'un sport [...] alimentation équilibrée, sensibilisation au danger de l'automédication et à l'importance de la participation à la vie sociale et culturelle. » Et pour la première fois, un paragraphe sur la santé des aînés apparaît dans le chapitre « santé » (point 8) de la déclaration de la Communauté (un copié-collé de la déclaration régionale).

Le vieillissement de la population apparaît aussi comme un thème majeur pour la recherche wallonne : « Le vieillissement de la population constitue une thématique de recherche transversale par excellence. Il s'agit d'étudier les nouveaux rôles des personnes âgées dans la société, d'établir les besoins en matière de support aux personnes âgées (notamment en matière d'autonomie et de soutien aux familles) et de soutenir la recherche sur le traitement des maladies liées au vieillissement. » Mais pas de place pour l'instant (et c'est là un enjeu fort) pour une approche large du vieillissement intégrant la prévention et la promotion de la santé. La Région n'envisage la recherche que dans le cadre de ses compétences sociales et économiques (volet pharmaceutique !).

Actualiser la promotion de la santé passe par la confrontation des concepts et des méthodes avec les enjeux sociaux vécus par la population, amplifiés par les médias et saisis par les représentants politiques. Le secteur de la promotion de la santé et les professionnels qui y travaillent doivent amplifier leur plaidoyer. Ce n'est pas une question d'opportunité, la mobilisation sociale fait partie intégrante du concept et des méthodes : renforcer notre pouvoir de dire et d'agir comme acteur, diversifier et approfondir les réseaux, trouver des alliés.

Michel Demarteau, Docteur en santé publique



Appui en Promotion et Éducation pour la Santé en Communauté française de Belgique

L'APES-ULg est une **équipe pluridisciplinaire** intégrée dans l'École de Santé Publique de l'Université de Liège. Elle collabore aux activités du Service de Santé au Travail et d'Éducation pour la santé. Dans le champ de la promotion de la santé, l'APES-ULg se positionne résolument à **l'interface** entre les acteurs de terrain, les acteurs politiques ou administratifs et les acteurs de la recherche. Dans cette optique, le soutien, l'accompagnement ou le conseil méthodologique restent au centre des préoccupations de l'équipe. L'expertise se veut une **incitation à l'échange de compétences et à la construction collective des connaissances**.



Ainsi, les services offerts par l'APES-ULg sont nourris grâce à la **synergie entre les différents acteurs** : d'un côté, par les références documentaires, les recherches et les contacts scientifiques; de l'autre, par la description des demandes et des pratiques des intervenants et des décideurs, ainsi que par la construction d'outils et de démarches en collaboration avec eux.

Un Service Communautaire de Promotion de la Santé (SCPS)

L'APES-ULg est un Service Communautaire de Promotion de la Santé agréé par le Ministère de la santé de la Communauté française de Belgique

pour **vous conseiller et vous aider** dans la conception et l'évaluation de vos projets en promotion, prévention et éducation pour la santé. Il apporte ce soutien à la demande.

Depuis 2006, l'APES-ULg accorde une attention particulière à la **Promotion de la santé à l'école** en développant des outils et des démarches pour faciliter l'application et l'évaluation des projets de services des Services PSE et Centres PMS, mais aussi en soutenant les initiatives visant à promouvoir la santé dans les établissements scolaires.

Une équipe pour la recherche et l'expertise en Promotion et Éducation pour la Santé.

Les expertises en cours concernent, entre autres, le soutien à la parentalité avant et après la naissance (en collaboration avec l'ONE et avec ETAPE), l'évaluation des pratiques en promotion de la santé mentale (dans le cadre d'un programme Interreg-Grande Région), la formation en matière d'évaluation d'actions et de programmes (en partenariat avec l'EHESP en France), la formation aux approches qualitatives et aux méthodes mixtes en matière d'évaluation, etc. Les études des années précédentes, les communications et articles divers peuvent être téléchargés sur le site www.apes.be à la rubrique « expertise-évaluation/articles scientifiques et rapports » ou directement sur le site de l'université <http://orbi.ulg.ac.be> en recherchant APES-ULg, le nom d'un membre de l'équipe, promotion de la santé ou un thème particulier.

APES-ULg École de Santé Publique de l'Université de Liège, Sart Tilman B 23, 4000 Liège (Belgique).

Tél. 32 (0)4 366 28 97. Fax. 32 (0)4 366 28 89.

Courriel : stes.apes@ulg.ac.be.

Site web : www.apes.be

Édito

Défaitisme ou lucidité, par *Christian De Bock* 3

Introduction

Actualiser la promotion de la santé à la croisée des disciplines et des pratiques, par *Chantal Vandoorne et Gaëtan Absil* 4

Problématique

La promotion de la santé se décrète-t-elle ? par *Gaëtan Absil et Chantal Vandoorne* 5

Promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé : parle-t-on de la même chose ? par *Chantal Vandoorne* 6

La promotion de la santé en Communauté française, une variabilité de pratiques en regard d'un même décret, par *Gaëtan Absil d'après Sarah Caillet* 8

Illustrations

Les associations d'usagers des services de santé à la croisée des participations, par *Micky Fierens* 10

Un programme de promotion de la santé cardiovasculaire à la croisée entre concertation et participation, par *Yves Coppieters, Cécile Bédouwé, Alain Levêque, Jean-Luc Collignon et Valérie Hubens* 11

Une démarche d'autoévaluation d'un programme centré sur l'alimentation, par *Marie-Christine Miermans* 12

La différenciation du curatif et du préventif au travers du champ de la santé mentale, par *Gaëtan Cerfontaine et Frédéric Schoenaers* 13

Prévention, réseaux et parentalité : l'accompagnement global en consultation prénatale, par *Gaëtan Absil et Élisabeth Prato* 14

Synthèse

La promotion de la santé en Communauté française : entre enfermements et ouvertures ?, par *Gaëtan Absil* 16

Futur

Actualiser la promotion de la santé à partir des agendas sociaux et politiques, par *Michel Demarteau* 17

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

Abonnement : gratuit pour la Belgique, Pour l'étranger, nous contacter.

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

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

Secrétaire de rédaction adjoint : Catherine Spièce (02 515 05 85, catherine.spiece@mutsoc.be).

Collaboratrice : Anne Trappeniers.

Journalistes : Colette Barbier, Carole Feulien, Gilles C Jourdan.

Documentation : Maryse Van Audenhaeghe (02 246 48 51, maryse.vanaudenhaeghe@mc.be).

Site internet : Jacques Henkinbrant (design), Maryse Van Audenhaeghe (animation).

Contact abonnés : Maryse Van Audenhaeghe (02 246 48 51, maryse.vanaudenhaeghe@mc.be).

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Martine Bantuelle, Colette Barbier, Luc Berghmans, Jean-Luc Collignon, Benoît Dadoumont, Christian De Bock, Alain Deccache, Cristine Deliens, Carole Feulien, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale

Jonckheer, Roger Lonfils, Karin Rondia, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaeghe.

Comité opérationnel : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Jacques Henkinbrant, Thierry Poucet.

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

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 3.200 exemplaires.

Diffusion : 2.800 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

Les articles publiés par Education 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 Education Santé peuvent être reproduits après accord préalable de la revue et moyennant mention de la source.

Pour tous renseignements complémentaires :

Education Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Tél.: 02 246 48 51. Fax : 02 246 49 88 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

Internet : www.educationsante.be

Courriel : education.sante@mc.be

Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé, une seule adresse : www.pipsa.org

Revue membre de l'A.R.S.C., Association des revues scientifiques et culturelles – www.arsc.be

Les textes de ce numéro seront prochainement disponibles sur notre site www.educationsante.be (sous réserve d'acceptation des auteurs).

Notre site est certifié HON (Health on the Net - 05/2009)

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

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

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

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

Imprimé sur papier blanchi sans chlore – Emballage recyclable.



La revue Education Santé est réalisée avec l'aide du Ministère de la Communauté française de Belgique Département de la Santé.