



## **L'efficacité de la promotion de la santé : une question de stratégies? Etat de la question.**

**D. DOUMONT  
I. AUJOLAT**

**Décembre 2008  
Réf. : 08- 52**

**Série de dossiers techniques**



**Service Communautaire de Promotion de la Santé  
avec le soutien de la Communauté française de Belgique**

# SOMMAIRE

<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>2</b>
<b>2. LES CINQ AXES DE LA CHARTE D’OTTAWA.....</b>	<b>3</b>
AXE 1 : « LE DEVELOPPEMENT DE POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES A LA SANTE » :.....	3
AXE 2 : « LA CREATION D’ENVIRONNEMENTS FAVORABLES A LA SANTE » :.....	4
AXE 3 : « LE RENFORCEMENT DE L’ACTION COMMUNAUTAIRE » :.....	4
AXE 4 : « LE DEVELOPPEMENT D’APTITUDES INDIVIDUELLES » :.....	4
AXE 5 : « LA REORIENTATION DES SERVICES DE SANTE » :.....	4
<b>2. EXEMPLES D’INTERVENTIONS DE PROMOTION DE LA SANTE COMBINANT PLUSIEURS AXES DE LA CHARTE D’OTTAWA.....</b>	<b>5</b>
2.1    COMBINAISON DES AXES 1 ET 2 – DEVELOPPER DES POLITIQUES ET DES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES A LA SANTE : L’EXEMPLE DE LA PROMOTION DE L’ACTIVITE PHYSIQUE. ....	5
2.2    COMBINAISON DES AXES 1, 2 ET 4 – RENFORCER L’ACTION POLITIQUE, CREER DES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES ET DEVELOPPER LES APTITUDES INDIVIDUELLES : L’EXEMPLE DU PROGRAMME CATCH.....	6
2.3    COMBINAISON DES AXES 2, 3 ET 4 – CREER UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE, RENFORCER L’ACTION COMMUNAUTAIRE ET DEVELOPPER LES APTITUDES INDIVIDUELLES : A PROPOS DE LA PROMOTION D’UNE ALIMENTATION SAINTE ET DE L’ACTIVITE PHYSIQUE DANS 15 ECOLE EN FLANDRE .....	7
2.4    COMBINAISON DES AXES 3 ET 4 – RENFORCER L’ACTION COMMUNAUTAIRE ET DEVELOPPER LES APTITUDES INDIVIDUELLES : L’EXEMPLE DE LA LUTTE CONTRE L’OBESITE EN MILIEU SCOLAIRE.....	8
2.6    L’INTEGRATION DES AXES 3 ET 4, DANS LE CADRE D’UN OUTIL FAVORISANT LE DIALOGUE DANS LA CADRE D’UN PROCESSUS PARTICIPATIF DE DEFINITION DES PREOCCUPATIONS EDUCATIVES .....	10
2.7    COMBINAISON DES AXES 3, 4 ET 5 – FAVORISER LA PARTICIPATION, DEVELOPPER LES COMPETENCES INDIVIDUELLES ET REORIENTER LES SERVICES DE SANTE : L’EXEMPLE D’UNE CONSULTATION MEDICALE EN PEDIATRIE .....	12
2.8    COMBINAISON DES AXES 1, 2, 3, 4 ET 5 – L’EXEMPLE D’UN PROGRAMME DE PREVENTION DU TABAGISME CONÇU EN FONCTION DES AXES DE LA CHARTE D’OTTAWA : LE PROGRAMME « CŒUR EN SANTE ST-LOUIS DU PARC ».....	12
<b>4. CONCLUSIONS.....</b>	<b>14</b>
<b>5. BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>15</b>
<b>6. ANNEXES.....</b>	<b>17</b>

## **L'efficacité de la promotion de la santé : une question de stratégies ? Etat de la question**

### **1. Introduction**

Dans le cadre d'un travail de réflexion entamé par les services communautaires de promotion de la santé (SCPS) sur le développement du secteur de la promotion de la santé en Communauté francophone de Belgique, l'unité RESO décide de réaliser un dossier technique consacré aux différentes stratégies de promotion de la santé.

Ce dossier technique s'attache à décrire des expériences et activités mises en place sous le label « promotion de la santé » et ceci en portant un regard tout particulier aux cinq axes de la charte d'Ottawa<sup>2</sup> (description détaillée en annexe 1) :

1. élaboration de politiques favorables à la santé,
2. création d'environnements favorables,
3. renforcement de l'action communautaire,
4. acquisition d'aptitudes individuelles,
5. réorientation des services.

Les recherches bibliographiques ont été menées sur différentes bases de données telles que Doctes (base de données partagées dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé), Medline (base de données bibliographiques produite par la National Library of Medicine et qui couvre tous les domaines biomédicaux) et Sciencedirect (base de données qui fournit les références d'articles provenant de périodiques de la collection Elsevier Science). Certains sites Internet ont également été consultés.

La date du document, son accessibilité et sa pertinence par rapport à l'objectif du dossier ont conditionné le choix des articles retenus. Au regard de ces différents critères, 21 articles/documents ont été sélectionnés. Pour la grande majorité d'entre eux, ils concernent essentiellement les cinq dernières années.

Les mots clefs retenus pour cette recherche documentaire sont : health promotion, health promotion strategies, health promotion interventions, health education, Ottawa Charter, practice.

---

<sup>1</sup> L'analyse des publications a été réalisée par I. Aujoulat, D. Doumont, M-F. Libion et J. Pélicand.

<sup>2</sup> <http://www.sante.cfwb.be>

Comme le rappelle Demeulemeester (2007), la **promotion de la santé** est à la fois une « *philosophie d'action* » en tant que « *processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci* » et un « *ensemble de pratiques spécifiques* » en tant que « *toute combinaison d'actions planifiées de type éducatif, politique, législatif ou organisationnel appuyant des habitudes de vie et des conditions de vie favorables à la santé d'individus, de groupes ou de collectivité* ». Ainsi, les stratégies dites de promotion de la santé reposent sur une approche écologique qui accorde autant d'importance aux variables personnelles qu'aux variables environnementales.

Dans cette optique, Morel (2007) (Belgique), distingue deux modes d'intervention complémentaires dans les actions à mener en promotion de la santé

- des actions qui visent des comportements individuels : « *c'est tout le champ de l'information, de l'éducation pour la santé, du marketing social ; la promotion de la santé vise là à permettre aux gens d'accroître leur capacité d'agir, d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de faire des choix favorables* ».
- des actions qui visent « *à modifier l'environnement social et politique, à développer des politiques publiques saines par la prise de conscience de « l'impact santé » des politiques, à assurer des milieux de vie favorables, à développer l'action communautaire* » ... « *et à réorienter les services vers la promotion de la santé* ».

Morel (2007) recommande donc de diversifier les stratégies. Ainsi, comme le souligne Bury (1988), la promotion de la santé peut être considérée comme toute combinaison de mesures de protection de la santé et d'actions d'éducation pour la santé.

## **2. Les cinq axes de la Charte d'Ottawa**

La Charte d'Ottawa offre un cadre de référence opératoire pour la mise en œuvre de la promotion de la santé, à travers la proposition de cinq axes stratégiques, qui désignent à la fois la nécessité de mesures de protection de la santé qui visent à modifier l'environnement social et politique (axes 1, 2 et 5) et la nécessité de renforcer la capacité individuelle et collective d'agir par ses comportements sur les déterminants de sa santé (axes 3 et 4).

### **Axe 1 : « Le développement de politiques publiques favorables à la santé » :**

Développer des politiques publiques favorables à la santé dans différents domaines devrait permettre « *d'encourager une action coordonnée garantissant que les politiques sanitaires, économiques et sociales génèrent une plus grande équité par le biais d'un changement législatif, fiscale et organisationnel* » (Scriven et Speller, 2007).

Promouvoir la santé, c'est l'inscrire à l'ordre du jour des responsables politiques issus de secteurs multiples (et pas seulement s'en tenir au domaine de la santé) en éclairant ces « politiques » sur les conséquences sanitaires éventuelles des décisions qu'ils prennent/prendront (Lafontaine, 2004). Certains auteurs, comme Deschamps (2003) interpellent très directement les politiques, qui doivent être conscients « *des implications sanitaires de leurs décisions et surtout de leurs non-décisions* ». Les exemples ne manquent pas pour étayer ces propos : participer au développement des soins de santé pour tous (y compris les plus défavorisés) est indispensable mais insuffisant si des mesures sociales et économiques ne sont pas prises pour lutter contre la pauvreté ; s'intéresser à la problématique du saturnisme est tout à fait louable mais devrait être envisagé dans une approche globale de

prise en charge et donc dans ce cas précis conjointement avec la promotion d'une politique de logement adéquate pour les familles les plus démunies.

**Axe 2 : « La création d'environnements favorables à la santé » :**

La promotion de la santé devrait être inscrite à l'ordre du jour de tous les milieux de vie en changeant tant les conditions matérielles qu'organisationnelles qui influencent directement le bien-être des individus, et donc leur qualité de vie (Lafontaine, 2004). Pour Deschamps (2003), le texte de la Charte d'Ottawa invite à « veiller les uns sur les autres : (...) il s'agit bien de faire en sorte que l'environnement physique, et plus encore social, « supporte », soutienne, les personnes et les communautés dans leurs efforts de promotion, de changement, de bien-être ». A titre d'exemple, dans l'ouvrage « Apprendre la santé à l'école », Sandrin-Berthon (1997) insiste sur la nécessité d'aménager l'école de manière adéquate si l'on souhaite que les enfants adoptent des bonnes pratiques en matière d'hygiène corporelle : accès à des sanitaires propres, confortables mais également accès à de l'eau chaude, du savon, des serviettes, etc.

**Axe 3 : « Le renforcement de l'action communautaire » :**

A travers l'action communautaire, les processus participatifs de développement communautaire sont favorisés et renforcés, ce qui devrait permettre de donner aux membres des communautés le pouvoir de contrôler et de s'approprier leur santé (Scriven et Speller, 2007). Cet axe de la Charte d'Ottawa nous invite à inscrire la promotion de la santé à l'ordre du jour des communautés, qu'il s'agisse de villages, quartiers, entreprises, écoles, etc, en vue de renforcer la participation communautaire et de faciliter un meilleur contrôle de sa santé. Par action communautaire, la Charte d'Ottawa ne désigne pas particulièrement des « priorités de santé » ni la « planification sanitaire », mais souligne l'importance du droit à l'autodétermination et à la participation, notamment dans le choix des objectifs de santé.

**Axe 4 : « Le développement d'aptitudes individuelles » :**

Selon Bury (1988), la promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux individus d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de faire des choix favorables par rapport à celle-ci. Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. Cette démarche doit être accomplie dans les différents lieux de vie des personnes : école, foyers, travail, etc.

**Axe 5 : « La réorientation des services de santé » :**

Le rôle du secteur sanitaire est d'abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au delà du mandat exigeant de la prestation des soins médicaux (Bury, 1988). En 1990, afin de favoriser le développement de la promotion de la santé à l'hôpital, l'OMS a initié en Europe le réseau des « Hôpitaux promoteurs de santé » (Health Promoting Hospitals-HPH). Ce réseau visait initialement à fournir des recommandations d'ordre politique, conceptuel et méthodologique pour la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé dans les hôpitaux (WHO, 1991 ; WHO-LBI, 1997). La réorientation des services de santé passe par le soutien des professionnels de santé mais aussi des autres professionnels pour qu'ils puissent intégrer dans leurs pratiques quotidiennes la prise en compte du bien-être des individus (Lafontaine,

2004). Bien entendu, il s'agira parfois d'opérer une remise en question de ses pratiques personnelles (et organisationnelles) mais également institutionnelles.

La mise en œuvre d'une politique de promotion de la santé exige de profonds bouleversements des services de santé, encore trop orientés vers des soins techniques et curatifs (Deschamps, 2000).

## **2. Exemples d'interventions de promotion de la santé combinant plusieurs axes de la charte d'Ottawa**

En référence aux recommandations de bonnes pratiques en matière de promotion de la santé (cf Bury, 1988 ou Morel, 2007 cités en introduction), nous décrivons ci-après, à titre d'illustration, 8 expériences de promotion de la santé dans divers lieux et à propos de différentes thématiques de santé, ayant utilisé une approche qui combinait différents axes de la Charte d'Ottawa.

### **2.1 Combinaison des axes 1 et 2 – Développer des politiques et des environnements favorables à la santé : L'exemple de la promotion de l'activité physique.**

Il ressort d'une synthèse des recommandations issues d'une revue systématique de la littérature concernant la promotion de l'activité physique réalisée par Demeulemeester (2007), que l'efficacité des interventions de promotion de l'activité physique passe essentiellement par la combinaison de stratégies d'action politique et d'action sur l'environnement.

Parmi les actions recommandées, voire fortement recommandées (suivant le niveau de preuve de leur efficacité), Demeulemeester cite :

- *les campagnes médiatiques à condition qu'elles soient associées à des actions locales. Notons que les campagnes médiatiques, seules, sans autre composante, sont considérées comme non efficaces*
- *les activités visant à aider les personnes à introduire des activités physiques dans leur vie quotidienne, réalisées en groupe, par courrier, téléphone ou via le réseau internet.*
- *la modification des programmes scolaires en vue d'accroître le temps passé aux cours d'éducation physique.*
- *le soutien social de proximité qui devrait permettre de modifier les comportements liés à la pratique d'activité physique en construisant et renforçant le réseau social permettant de soutenir ces changements (soutien et création de nouveaux réseaux, création de groupe de randonnées, etc).*
- *l'amélioration de l'accessibilité aux lieux d'activité physique (réduction d'obstacles comme les horaires et les tarifs), l'apprentissage de l'utilisation des équipements, etc.*
- *l'encouragement à l'utilisation des escaliers par une signalétique adaptée*
- *la mise en place d'une politique de transports et modification des infrastructures afin de promouvoir des « transports plus actifs » (mise à disposition de pistes cyclables, et de parkings à vélos surveillés...)*
- *l'adoption d'une politique d'urbanisme avec accroissement des zones piétonnières, la multiplication de terrains de jeux.*

A travers ces exemples, Demeulemeester (2007) met en évidence 4 facteurs sur lesquels il est recommandé d'agir conjointement :

- l'accès aux ressources : disponibilité et accessibilité des équipements sportifs,
- l'environnement : espaces verts, pistes cyclables,

- les politiques publiques : priorités inscrites dans un plan national ou régional ; temps d'éducation physique dans les programmes scolaires,
- les normes sociales : campagnes médiatiques, normes microsociales.

## **2.2 Combinaison des axes 1, 2 et 4 – renforcer l'action politique, créer des environnements favorables et développer les aptitudes individuelles : l'exemple du programme CATCH**

Le Programme CATCH (The Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health) est un vaste programme de promotion/éducation pour la santé mis en place dans les écoles américaines depuis le début des années 90 (Luepker et al., 1996 ; Perry et al., 1990 ; Stone et al., 1997 cités par Hoelscher et al., 2004) .

Ce programme coordonne différentes actions de prévention des facteurs de risque cardiovasculaires au sein des établissements scolaires où les écoles sont de véritables partenaires dans la lutte contre ces risques. Les activités développées concernent tant la promotion d'une alimentation saine (réduction de la teneur en graisse dans les menus proposés à la cantine, proposition d'aliments plus sains, élaboration de guidelines concernant l'alimentation saine, etc) et la promotion de l'activité physique (adaptation des cours de gymnastique et augmentation du nombre d'heures consacrées à celle-ci, utilisation d'un matériel pédagogique spécifique aux interventions CATCH, mise à disposition d'un plus grand nombre de professeurs d'éducation physique, etc) que l'instauration au sein des établissements d'une politique anti-tabac. Il répond à différents objectifs de la promotion de la santé et trouve principalement écho dans les 3 axes suivants :

- Elaboration d'une politique publique favorable à la santé : reconnaissance de l'importance de la prévention des maladies cardio-vasculaires et donc par là même de la valeur accordées aux activités de prévention proposées au sein des établissements scolaires, des actions sont entreprises pour que les écoles soient des espaces « non fumeurs », existence de politiques scolaires favorables à la santé (par exemple, interdiction de fumer, de consommer des substances illicites), etc.
- Création d'environnements favorables » : adaptation des contenus des cours de gymnastique, proposition à la cantine de menus « sains et équilibrés », etc.
- Développement et acquisition d'aptitudes individuelles » Développement de guidelines concernant l'alimentation saine, mise à disposition d'outils pédagogiques destinés à favoriser l'appropriation par les élèves de normes de santé et le développement de la capacité à faire des choix sains.

Dans leurs conclusions, les auteurs soulignent l'importance que :

- Que des programmes de promotion/d'éducation pour la santé soient compatibles avec l'environnement des établissements scolaires mais aussi qu'ils fassent partie intégrante de la « culture scolaire » propre à chaque établissement.
- Que les enseignants mieux soient formés à cette démarche de promotion de la santé. Cette formation doit être programmée et réalisée de façon continue afin de pallier au turn-over des enseignants.
- Que dans le cadre de l'instauration de programmes futurs, de nouvelles stratégies et d'outils pédagogiques, les enseignants puissent bénéficier de formation continue.

- Que les futurs programmes doivent également être mis au point avec les enseignants afin qu'ils puissent s'appropriier (et donc plus facilement utiliser) les stratégies et les outils pédagogiques créés.
- Que les interventions en promotion/éducation pour la santé soient évaluées en continu et non uniquement lors de la mise en œuvre de ces programmes.
- Que des moyens humains et financiers suffisants soient octroyés.

Ces recommandations s'inscrivent dans une démarche globale de promotion de la santé en milieu scolaire.

### **2.3 Combinaison des axes 2, 3 et 4 – créer un environnement favorable, renforcer l'action communautaire et développer les aptitudes individuelles : à propos de la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique dans 15 écoles en Flandre**

Haerens et al. (2006) décrivent un programme d'intervention instauré auprès de 15 écoles secondaires de Flandre occidentale (Belgique) entre octobre 2003 et juin 2005. Ce programme visait la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique rencontre tout particulièrement 3 des 5 axes développés dans la charte d'Ottawa : la création d'environnements favorables, le renforcement de l'action communautaire et l'acquisition d'aptitudes individuelles.

Le programme décrit combinait à la fois des interventions en milieu scolaire et des interventions éducatives via notamment une « plateforme informatique interactive » avec feed-back immédiat. Dans 10 écoles des 15 écoles sélectionnées, une intervention combinant changements environnementaux et feedback via un support informatique était implémentée durant deux années scolaires. Dans les cinq autres écoles, un soutien parental important était exigé.

Les aspects relatifs à l'adaptation de l'environnement dans ce projet concernaient :

- La mise à disposition des élèves de matériel supplémentaire permettant la pratique d'activité physique (cordes à sauter, ballon, etc ) et cela même en dehors des heures de cours consacrées à la gymnastique.
- La création d'opportunités de pratiquer des activités physiques, notamment durant les pauses ou après les heures de cours et encouragement à les pratiquer.
- La mise à disposition de fontaines d'eau potable.
- La vente de fruits au sein même de l'établissement scolaire, à un prix attractif.
- Le remplacement des desserts classiques à la cantine par des produits « frais ».

Le fait que enseignants, élèves et parents s'inscrivent ensemble dans une démarche de promotion d'une alimentation saine et de la pratique d'une activité physique confère une dimension de participation communautaire à ce programme. Nous notons en particulier que les parents sont invités à participer et à donner leur avis à différentes étapes du projet. Leur participation active a pour objectif de favoriser par la suite le dialogue intra-familial sur les problématiques abordées à l'école et, in fine, de faire adopter/d'adopter des modes de vie plus favorables à la santé.

Parmi les actions destinées à favoriser le développement d'aptitudes individuelles, citons :

- L'adaptation des programmes d'activités en fonction du niveau de l'élève (réalisation de test « fitness », un questionnaire est adressé à l'élève via un support informatique

avec feed-back immédiat permettent de dresser un « profil » de l'élève et donc d'adapter le programme au niveau réel de l'étudiant).

- La distribution aux élèves de questionnaire toujours via un support informatique concernant leurs habitudes alimentaires (consommation de graisse, de fruits, de boissons sucrées, etc) avec feed-back personnalisé.
- La distribution de supports informatifs (brochures, posters) sur les bienfaits d'une alimentation saine (privilégier la consommation de fruits, d'eau, etc).
- La diversification des formes d'activité physique proposées aux jeunes au sein de l'école, tout en évitant toutefois de stimuler à la compétition, de manière à ne pas mettre en difficulté les élèves moins doués.

## 2.4 Combinaison des axes 3 et 4 – renforcer l'action communautaire et développer les aptitudes individuelles : l'exemple de la lutte contre l'obésité en milieu scolaire

La lutte contre l'obésité et la prévention des maladies cardiovasculaires à un âge précoce figurent parmi les priorités de santé publique dans les pays industrialisés. Frenn et al. (2003) rendent compte d'une action menée en milieu scolaire (USA) ayant pour objectif d'inciter les jeunes (âge moyen : 14 ans) à consommer moins de graisses.

Les activités conçues et organisées dans le cadre de ce programme visent le renforcement de la participation et du contrôle des jeunes sur leur santé, par le développement d'aptitudes permettant d'opérer des choix personnels, réfléchis et favorables à la santé.

La particularité de ce programme est de décliner les objectifs des interventions d'éducation pour la santé en fonction des stades de changement des élèves, en référence au modèle transthéorique du changement de Prochaska (1997).

Tandis que les objectifs principaux aux stades d'intention ou de pré-intention sont d'augmenter les connaissances et la conscience de l'importance d'une alimentation saine (sensibilisation), les objectifs aux stades plus avancés (action et maintien) incluent le fait de préparer les élèves concernés à jouer ultérieurement un rôle de modèle (éducation par les pairs) pour inciter les autres à réduire leur consommation de graisses. Les objectifs et le déroulement des séances en fonction des différents publics, définis selon les stades de changement précités, sont décrits dans le tableau ci-après.

Tableau 1 : Description des séances d'intervention, conçues en fonction des stades et des processus de changement

Ses-sion	Stade de changement	Processus Visé	Contenu de la session	Déroulement (activité)
1	Tous	Sensibilisation, Conscientisation	Information sur les aliments à faible teneur en lipides, pyramide alimentaire, éléments concernant les adolescents et la nutrition, les bénéfices et les obstacles en lien avec une alimentation pauvre en lipides	Utilisation d'exemples concrets, adaptés à l'âge ; analyse de posters ; brainstorming sur les bénéfices et les obstacles en lien avec une alimentation pauvre en lipides
1A	Sous-groupe Préparation, action et maintien	Sensibilisation Conscientisation  Libération sociale	Jeu « Menace » sur les aliments pauvres en lipides, conception de collations à faible teneur en lipides	Utilisation du jeu ; début de discussion sur des collations à préparer en classe

2	Tous	Auto-réévaluation	Analyse de son carnet de bord individuel, renforcement de la capacité de faire les bons choix dans les restaurants « fast-food »	Discussion sur les consommations notées dans les carnets de bord personnels, discussion sur la contenance en lipides de certains aliments, à partir de la lecture des emballages de friandises et des menus de restaurants « fast-food »
2A	Sous-groupe Préparation, action et maintien	Déconditionnement , contrôle des stimuli, relations de soutien, Libération sociale	Pilotage de groupes de pairs lors de séances de collations organisées	Sélection des collations ; préparation de listes de courses pour réaliser des recettes ; préparation au rôle de gestion d'une session avec un grand groupe
3	Tous	Sensibilisation Conscientisation  Auto-réévaluation	Collations à faible teneur en lipides	Conception et réalisation de 4 collations ; analyse de recettes avec une attention critique pour les contenus en lipides
3A	Sous-groupe Préparation, action et maintien		Planification d'activités physiques facilement et agréablement réalisables par un grand groupe	Choisir des postures d'exercice physique ; créer des posters pour les différentes postures, en incluant le nombre de calories brûlées pour 5 minutes d'exercice
4	Tous	Sensibilisation Conscientisation  Auto-réévaluation	Activité physique et bonne santé	Les pairs pilotent 5 postures ou exercices
4A	Sous-groupe Préparation, action et maintien	Renforcement et gestion, soulagement visible, réévaluation environnement	Evaluation, focus groupe	Discussion sur le déroulement des sessions et les connaissances acquises à propos des régimes alimentaires à faible teneur en lipides, à propos des exercices physiques, et à propos de soi comme leader

Source : Frenn et al. (2003), traduction Aujoulat

## **2.5 Combinaison des axes 3 et 4 comme préalable à la modification de l'environnement (axe 2) – L'exemple de l'empowerment communautaire. A propos du paludisme au Bénin**

Le paludisme est une cause de mortalité importante en Afrique sub-saharienne et cela même en dépit de l'existence de mesures préventives et curatives efficaces. Les principales victimes sont les enfants âgés de moins de 5 ans. Houeto (2008) décrit une recherche-action basée sur le principe de l'empowerment communautaire dans le village de Drabo, située à 25 km de Cotonou, capitale du Bénin. L'objectif du projet était d'associer les parents à la définition et à la mise en œuvre de projets de lutte anti-paludisme contribuent à réduire les taux de morbidité et de mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Le projet décrit a abouti notamment aux décisions suivantes :

- Axe 1 – Mesures politiques : L'accès à une assurance santé à moindre coût : instauration d'une micro-assurance de santé locale permettant de répondre aux problèmes suscités par la malaria
- Axe 2 – Création d'environnements favorables :
  - o L'augmentation du revenu des parents : des activités lucratives ont été mises en place. Il s'agissait d'installer deux moulins à grain permettant la transformation du maïs, d'haricots et d'autres céréales.

- L'accès à un environnement salubre et la création de maisons conformes : les membres de la communauté ont adopté un nouveau modèle d'habitation avec des mesures appropriées permettant de garder leur environnement sain.
- L'acquisition et l'utilisation de moustiquaires imprégnées.
- Axe 4 – Renforcement des aptitudes individuelles :
  - Mise en route par les mamans d'un traitement précoce de la fièvre chez l'enfant : des sessions de formation étaient organisées pour les mamans qui rencontraient également à la fin de celles-ci un travailleur en santé communautaire, etc.
  - L'utilisation de moustiquaires imprégnées qui, grâce à l'aide financière du Ministère de la santé, étaient abordables.
  - La scolarisation des enfants : mobilisation des enfants pour le début de l'année académique 2006-2007.

Houeto et al. (2007) insistent sur les conditions de mise en œuvre d'une collaboration effective avec les communautés : la négociation avec les membres de la communauté des stratégies et ce à tous les niveaux de planification ; une diminution de la charge financière liées aux soins de santé par un système de préfinancement de ces coûts. Ils soulignent également l'importance d'une concertation permanente avec les membres de la communauté afin de mieux cerner les motivations de tels ou tels comportements et la prise en compte de leurs réels besoins dans la mise en œuvre d'interventions. Ils rappellent la nécessaire implication de tous les secteurs potentiellement concernés par la lutte la malaria (partenariat intra et intersectoriel).

Le projet développé par le Docteur Houéto participe donc bien au « renforcement de l'action communautaire », à travers la participation et l'empowerment des communautés.

En effet, aucune action n'a été mise en place sans avoir considéré le contexte local de l'intervention communautaire. La notion de participation est prédominante, participation qui « octroie » une réelle capacité (pouvoir) aux membres de « la communauté » de concrétiser toutes les actions possibles et correctes, dans le cadre du contrôle de la fièvre. Les professionnels ont joué un rôle de guidance et de personnes ressources, ce qui a permis d'éclairer les membres de la communauté. Les différentes formes de stratégies et d'actions concernant des aspects diversifiés de la vie de la communauté ont été exploitées, sans se limiter au secteur stricto-sensu de la santé . Enfin, la confiance accordée à la « communauté » a très certainement contribué à la motivation des membres de cette même communauté, ce qui a favorisé leur estime de soi et le succès rencontré dans les actions qu'ils ont entreprises.

## **2.6 L'intégration des axes 3 et 4, dans le cadre d'un outil favorisant le dialogue dans la cadre d'un processus participatif de définition des préoccupations éducatives**

Casagrande et al. (1998) (Sao-Paulo-Brésil) proposent un modèle permettant de faire émerger les préoccupations éducatives (*model of problem-posing education*) des professionnels de santé, modèle qui dans sa conceptualisation place in fine la population cible dans une processus participatif. *Le modèle proposé par Casagrande et al, (1998) a pour but de créer les conditions favorables pour faire émerger au niveau de la conscience les préoccupations éducatives et leur faire prendre racine dans la réalité, faire mieux percevoir l'implication de chacun dans le processus d'apprentissage et ainsi amener à un compromis avec une transformation de la réalité qui vise l'authentique libération. Ce modèle est inspiré de la théorie du pédagogue Paulo Freire : L'éducateur et l'éduqué sont ainsi au centre d'une*

relation « appropriative » : ils doivent trouver ensemble les objets de savoir et ce au travers d'une relation de dialogue. Cette relation dépasse donc le simple processus de transfert de valeurs et de connaissances. La mise en évidence et la prise en compte des attentes, besoins et autres facteurs inhérents à l'individu mais également de ses représentations et perceptions font partie intégrante du processus participatif, qui caractérise toute démarche de promotion de la santé.

#### Deux exemples d'utilisation du modèle :

**a) Expérience permettant de faire émerger les préoccupations des patients laryngectomisés et de leur famille :** Depuis 1990, un groupe de soutien et de réhabilitation en milieu hospitalier a été mis en place pour ce public cible. Il a pour but de permettre à ces patients et à leur entourage de développer leur capacité à résoudre au quotidien les difficultés liées à cette problématique de santé. Pour cela, pendant une période d'un mois, dans le cadre de réunions, les infirmières stimulent le public cible à expliquer leurs difficultés, à expérimenter leurs pistes de solutions, etc. Le modèle de Casagrande est utilisé pour amener les participants à réfléchir sur une difficulté choisie par eux, à voir cette difficulté de façon globale, puis analytique et, enfin, à faire une synthèse des discussions. En fin de réunion, les participants proposent des hypothèses sur les stratégies permettant de faire face à cette difficulté et lors de la réunion suivante, les participants sont invités à présenter, expliciter l'application des hypothèses émises lors de la réunion précédente. Tous ces apprentissages sont systématiquement évalués via une observation directe ou encore via des entretiens individuels et/ou par l'explicitation par les participants de leur vécu.

Voilà donc le descriptif d'un processus où l'individu s'informe, a le droit de prendre la parole et de donner son avis. Il intervient et propose des ébauches de solution face aux difficultés rencontrées. Il occupe une place centrale dans le processus et devient acteur de sa santé. Il s'agit donc bien là de participer au « développement et au renforcement de compétences et aptitudes individuelles » (favoriser les connaissances liées à la santé, processus de négociation, résolution de problèmes et prise de décision), afin que l'individu soit en mesure de poser les choix les plus appropriés pour sa santé.

**b) Etude de l'impact sur le mode de vie des personnes qui partent en retraite :** L'utilisation du modèle de Casagrande a permis d'identifier et de proposer des solutions et/ou actions comme la construction de savoirs propres à la population étudiée (individus âgés de 51 à 79 ans et retraités d'universités, sans autres précisions) et ce dans le respect de la réalité qu'elle vit. A la suite de cette interventions, les stratégies/activités éducatives mises en place concernaient par exemple la gestion de l'isolement, la prévention de la dépression et/ou du mal-être, l'organisation de cours de gymnastique et de natation, etc. Il s'agit donc d'une série d'activités qui ont permis aux personnes âgées de réorganiser/modifier/gérer leur style et mode de vie dans une vision de promotion de la santé et qui contribuent d'une part à favoriser l'acquisition de compétences personnelles et d'autre part à améliorer leur milieu de vie.

Pour Casagrande et al. (1998), l'utilisation de cette méthodologie dans les pratiques éducatives favorise :

- Une dynamique pédagogique active où la participation de tous les acteurs (enseignant et enseignants) est réelle.
- une meilleure appropriation des changements.
- une critique constructive et innovante des solutions trouvées et mises en œuvre par les participants.

## **2.7 Combinaison des axes 3, 4 et 5 – Favoriser la participation, développer les compétences individuelles et réorienter les services de santé : L'exemple d'une consultation médicale en pédiatrie**

A travers le récit d'une consultation fictive dans laquelle un petit garçon diabétique de 4 ans rencontre son médecin, Aujoulat et Pélucand (2009) définissent la relation de soins dans une perspective de promotion de la santé comme une démarche centrée sur le patient, dans laquelle les besoins de développement « normal » d'un l'enfant vivant avec une maladie chronique sont tout aussi importants à prendre en considération que ses besoins médicaux.

L'article met l'accent sur la nécessité d'adapter la communication aux capacités psychocognitives de l'enfant et propose un outil ludique, dont l'utilisation peut varier en fonction de l'âge de l'enfant, « La Main Gourmande » (Pélucand, 2006), pour évaluer les connaissances en matière de nutrition et permettre aux enfants d'exprimer leurs préférences. L'article souligne l'importance d'utiliser des approches ludiques et de pénétrer dans le monde du patient pour communiquer avec celui-ci en fonction de ce qu'il est et non pas en fonction de normes médicales préétablies.

L'article met en outre l'accent sur l'importance de la négociation dans la relation de soins, en décrivant un médecin à l'écoute des priorités de l'enfant et de celles de sa famille, qui propose, au terme d'un processus de négociation, d'adapter à la réalité de la vie de la famille les normes médicales recommandées. Par exemple, à l'approche des vacances, il est proposé que les doses d'insuline soient adaptées, pour permettre à l'enfant de profiter des bons repas de sa grand-mère, sans créer de conflit familial.

L'article présente aussi l'importance d'avoir le souci de promouvoir des compétences psychosociales, et pas seulement des connaissances ou des savoirs-faire, dans le cadre de l'éducation du patient. En particulier, la capacité d'auto-détermination, que les auteurs définissent comme la capacité de faire des choix de manière consciente, compétente et responsable est décrite comme un facteur important de la motivation dans le cadre des processus d'apprentissage.

## **2.8 Combinaison des axes 1, 2, 3, 4 et 5 – L'exemple d'un programme de prévention du tabagisme conçu en fonction des axes de la Charte d'Ottawa : Le programme « Cœur en santé St-Louis du Parc »**

Renaud et al. (1998, 2003) décrivent un programme de prévention du tabagisme destiné à des enfants âgés de 9 à 12 ans dans un quartier défavorisé et multi-culturel de Montréal, mis en place entre 1992 et 1997. Les objectifs de ce programme étaient les suivants :

- *Favoriser chez le jeune de 9 à 12 ans, l'adoption et le maintien des comportements favorables à la santé cardiovasculaire tels l'abstinence tabagique, une alimentation saine et la pratique régulière d'activité physique.*
- *Mobiliser la communauté (parents, professeurs, infirmières scolaires et autres intervenants) à promouvoir la santé du cœur des jeunes.*

Le programme « Cœur en santé St-Louis du Parc » faisait partie d'un programme plus large de prévention des maladies cardiovasculaires (lutte contre la sédentarité, prévention de

l'obésité, prévention du tabagisme, etc) et comprenait différents niveaux d'intervention, qui étaient planifiés suivant les 5 axes de la Charte d'Ottawa :

- exemples illustratifs des applications possibles de l'axe 1 - élaboration d'une politique publique saine : examen des politiques publiques existantes en matière de tabac, application des mesures législatives existantes (par exemple, existence d'aires sans fumée), constitution d'un groupe de travail concernant le projet d'interdiction de vente de produits tabagiques aux mineurs, décisions relatives à la visibilité du projet mis en place, etc.
- exemples illustratifs des applications possibles de l'axe 2 – création d'environnements favorables : le fait d'avoir mis la santé à l'agenda scolaire, consolidation d'une collaboration avec l'école, aménagement de la cour de l'école, appropriation de l'approche « école en santé », etc.
- exemples illustratifs des applications possibles de l'axe 3 - renforcement de l'action communautaire : L'approche privilégiée sur le terrain favorisait les initiatives et activités déjà mises en place par les écoles, les centres de loisirs et les organisations non gouvernementales ; par exemple, en partageant l'information entre les différents partenaires et en identifiant d'autres canaux à privilégier pour la diffusion de cette information, en proposant des séances de formation relative à la promotion de la santé du cœur aux partenaires qui souhaiteraient mettre en place des projets, en contribuant au développement et à l'évaluation des projets mis en place par les organismes, etc.
- exemples illustratifs des applications possibles de l'axe 4 – acquisition d'aptitudes individuelles : implémentation d'un cursus dans les classes de 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> années, la formation et le soutien des professeurs, la mise à disposition de matériel pédagogique, etc. Les objectifs du programme visaient : la transmission d'informations sur les effets négatifs du tabac sur la santé, le développement d'attitudes anti-tabac, la consolidation ou le développement de compétences permettant de résister à la pression des pairs et/ou favorisant la prise de décision. Les interventions (contenus et méthodes) étaient adaptées aux besoins et aux capacités des enfants, en fonction de leur âge, de leur culture, de leur niveau.
- exemple illustratifs des applications possibles de l'axe 5 - réorientation des services de santé : moyens mis à disposition des infirmières pour promouvoir la santé des enfants et du corps professoral.

Comme le rappellent les auteurs, « *la Charte d'Ottawa propose aux intervenants de santé publique de jouer un rôle de soutien et de catalyseur auprès des différents acteurs de la communauté* ». L'approche développée par Renaud et al. (1998, 2003) a tenu compte, et donc privilégié et soutenu, ce qui était déjà mis en place en termes d'activités par les organismes du milieu (écoles, centres de loisirs, organismes non gouvernementaux (ONG), centre local des services communautaires St-Louis du Parc (CLSC)). Dans un premier temps donc, les porteurs du projet ont préféré soutenir les activités en cours et s'y « intégrer » plutôt que d'en proposer de nouvelles.

La déclinaison de tous les objectifs stratégiques, intermédiaires et tactiques du programme « The St-Louis du Parc Heart Health Project », en fonction des 5 axes de la Charte d'Ottawa se trouve en annexe 2 ainsi qu'une description des interventions et cibles par axe de la charte d'Ottawa.

Outre la référence à la Charte d'Ottawa, l'ensemble du programme était soutenu par plusieurs cadres théoriques : l'apprentissage social de Bandura, la théorie de l'action raisonnée de Azjen et Fishbein et le modèle de planification, de Green et Kreuter (Renaud et al.,1998).

Malgré la validité théorique et méthodologique du programme, et tout en ayant démontré des effets bénéfiques au niveau de la pratique de l'activité physique et du maintien du poids corporel, les auteurs ont pu constater certains effets paradoxaux, tels que l'initiation ou la poursuite du tabagisme chez les plus jeunes enfants (9 à 10 ans, à l'initiation du programme).

## 4. Conclusions

A travers ce dossier technique, les auteurs ont souhaité illustrer la diversité, mais aussi la faisabilité, des expériences issues du champ de la promotion de la santé et qui s'appuient sur les axes stratégiques préconisés par la Charte d'Ottawa.

Une première évidence s'impose : les stratégies de promotion de la santé qui renforcent l'action communautaire, les processus de participation et le développement des aptitudes individuelles d'une part, et qui visent la mise en place de politiques et d'environnements favorables à la santé peuvent être envisagées conjointement. Les actions et interventions en promotion de la santé reposent donc sur la juxtaposition de plusieurs stratégies.

Autre évidence, des approches comme par exemple la participation communautaire, l'intersectorialité mais aussi l'empowerment communautaire s'inscrivent logiquement dans une démarche de promotion de la santé. Elles permettent d'accroître la mobilisation et donc l'engagement des différents acteurs.

Dans une revue de littérature réalisée en 2001, Doumont et Sandrin-Berthon relevaient en outre toute l'importance et le bénéfice d'une approche multidisciplinaire, même si déjà ces auteurs soulignaient que pour certains, travailler en synergie relève d'une idéologie ou d'un état d'esprit alors que pour d'autres, il s'agit d'une attitude, voire d'une méthode : « *Dans tous les cas, la multidisciplinarité apparaît comme une démarche « optimiste », « volontariste » et qui ne va pas de soi ... Réunir des personnes, des acteurs de terrain issus d'horizons professionnels différents, ayant des objectifs et missions variés, relève parfois de la gageure et exige au minimum des efforts individuels et collectifs* ».

Les auteurs avaient identifié au terme de leur revue de littérature des facteurs de réussite qui participent à l'efficacité de la promotion de la santé, comme par exemple :

- *une philosophie de projet explicite et partagée,*
- *une répartition claire du travail, écrite noir sur blanc et allant dans le sens d'une complémentarité entre les différents acteurs,*
- *des rencontres régulières afin de réfléchir collectivement aux orientations à donner au projet,*
- *le respect mutuel des compétences individuelles,*
- *la mise en évidence des intérêts communs mais également des limites de chacun,*
- *une évaluation permanente des processus de prise de décisions et d'actions.*

Doumont et Sandrin-Berthon concluaient en rappelant que le travail entre acteurs de terrain provenant d'horizons différents (professions, institutions diverses) exige du temps, une clarification des intentions et des attentes de chacun ainsi que la mise en place de procédures formelles de collaboration... vaste programme !

## 5. Bibliographie

*Les 8 expériences décrites à titre d'illustration sont précédées de \**

\*Aujoulat I, Pélicand J. (2009) Educare il piccolo paziente nel approccio di promozione della salute. In Pocetta G., Garista P., Tarsitani G. (2009), a cura di, Alimentare il benessere della persona. Prospettive di promozione della salute e orientamenti pedagogici per l'educazione alimentare in Sanità Pubblica, Società Editrice Universo, Roma. pp. 323-335.

Bury J., (1988), Education pour la santé : concepts, enjeux, planifications, Savoirs & Santé, Edition De Boeck Université, 235 pages.

\*Casagrande L.D.R., Caron-Ruffino M., Rodrigues R.A.P., Vendrusculo D.M.S., Takayanagui A.M.M., Zago M.M.F., Mendes M.D., (1998), Problem-posing in education : transformation of the practice of the health professional., Patient Education and Counseling, 33, pp 161-167.

\*Demeulemeester R. (2007). Promotion de l'activité physique: des strategies qui ont fait leurs preuves. La Santé de l'Homme, n° 387 : 17-20

Deschamps J-P., (2003), Une « relecture de la Charte d'Ottawa, Santé Publique, 3, n° 15, pp. 313 - 325.

\*Frenn M., Malin S., Bansal N., (2003), Stage-Based Interventions for Low-Fat Diet with Middle School Students, Journal of Pediatric Nursing, Vol 18, n° 1, pp 36-45.

\*Haerens L., Deforche B., Maes L., Cardon G., Stevens V., De Bourdeaudhuij I., (2006), Evaluation of a 2-Year physical activity and healthy eating intervention in middle school children, Health Education Research, Vol. 21, n° 6, pp. 911-921.

\*Hoelscher D.M., Feldman H.A., Johnson C.C., Lytle L.A., Osganian S.K., Parcel G.S., Kelder S.H., Stone E.J., Nader P.R., (2004), School-based health education programs can be maintained over time : results from the CATCH Institutionalization study., Preventive Medicine, 38, 5, pp 594-606.

\*Houeto D., d'Hoore W., Deccache D., (2007), Perceptions de la participation des parents par les professionnels de santé à la lutte contre le paludisme de l'enfant au Bénin, Santé publique, n°1, Janvier/février 2008, pp. 19-28.

Houeto D., Deccache A., (2008), Child malaria in Sub-Saharan Africa : Effective Control and Prevention Require a Health Promotion Approach, International Quarterly of Community Health Education, Vol. 28 (1), pp. 51-62.

Lafontaine C., (2004), La promotion de la santé, une utopie bien réelle ou une réalité bien utopique ?, Fiches méthodologiques, Apes – ULG, février 2004, F.2, 4 pages.

Morel J., (2007), L'approche communautaire de la santé : une des stratégies d'intervention sur les déterminants socio-économiques, Santé Conjuguée, avril 2007, n° 40, pp. 75-77.

Pélicand, J., Gagnayre, R., Sandrin-Berthon, B., Aujoulat, I. (2006). A therapeutic education programme for diabetic children: recreational tools, creative methods, and use of puppets. *Patient Education and Counseling*, 60(2), pp. 152-163.

Prochaska J.O., Velicer W.F., (1997), The transtheoretical model of health behavior change, *American Journal of Health Promotion*, vol. 12, n° 1, pp. 38-48.

\*Renaud L., O'Loughlin J., Paradis G., Chevalier S., (1998), Un programme de promotion de la santé cardiovasculaire auprès des 9-12 ans et de la communauté Sait-Louis du Parc/Québec, *Santé publique*, 1998, Volume 10, n° 4, pp. 425-445.

Renaud L, O'Loughlin J, Dery V., (2003), The St Louis du parc Health Health project : a critical analysis of the reverse effects on smoking. *Tabacco Control*, 2003, 12 :302-309.

Sandrin-Berthon B., (1997), Apprendre à l'école, Collection Pratiques enjeux pédagogiques, Edition ESF, 127 pages.

Scriven A., Speller V., (2007), Questions et défis à l'échelle mondiale au-delà d'Ottawa : poursuivons le chemin, *Promotion & Education*, Vol. XIV, n° 4, pp. 255-259.

Van Steenberghe E., Deccache A., (2007), La charte de Bangkok, Ancrage pour de meilleures pratiques en promotion de la santé ?, Collection Partage, Refips, pp. 14 – 21.

WHO. (1991). Budapest declaration, WHO Europe, Copenhagen, 1991.

WHO-LBI (Ludwig Boltzmann Institut). (1998) The Vienna recommendations on health promoting hospitals, April 1997. In: Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects. Gamburg: Health Promotion publications.

## **6. Annexes**

**Annexe 1 :** Charte d'Ottawa

**Annexe 2 :** The St-Louis du Parc Heart Health Project suivant les 5 axes de la Charte d'Ottawa.

## Charte d'Ottawa

*La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa en ce 21<sup>e</sup> jour de novembre 1986, émet la présente Charte pour l'action, visant la Santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà.*

### Promotion de la santé

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

### Conditions préalables à la santé

Les conditions fondamentales et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, l'éducation, la nourriture, un revenu, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.

### Promouvoir l'idée

Une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie. Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé. La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la **promotion** des idées.

### Conférer les moyens

La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé. Cela comprend une solide fondation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des choix sains. Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé. En outre, cela doit s'appliquer également aux hommes et aux femmes.

### **Servir de médiateur**

Seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé. Fait encore plus important, la promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont particulièrement responsables de la **médiation** entre les intérêts divergents, en faveur de la santé.

Les programmes et stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux besoins et possibilités locaux des pays et régions, et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

### **L'intervention en promotion de la santé signifie que l'on doit :**

#### **Élaborer une politique publique saine**

La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard.

Une politique de promotion de la santé combine des méthodes différentes mais complémentaires, et notamment : la législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels. Il s'agit d'une action coordonnée qui conduit à la santé, et de politiques fiscales et sociales favorisant une plus forte égalité. L'action commune permet d'offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé, et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants.

La politique de promotion de la santé suppose l'identification des obstacles gênant l'adoption des politiques publiques saines dans les secteurs non sanitaires, ainsi que la détermination des solutions. Le but doit être de rendre les choix sains les plus faciles pour les auteurs des politiques également.

#### **Créer des milieux favorables**

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

Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une approche socio-écologique de la santé. Le grand principe directeur menant le monde, les régions, les nations et les communautés est le besoin d'encourager les soins mutuels, de veiller les uns sur les autres, de nos communautés et de notre milieu naturel. Il faut attirer l'attention sur la conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité mondiale.

L'évolution des schèmes de la vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de la rendre plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets du milieu sur la santé – et plus particulièrement dans les domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation, qui évoluent

rapidement – est indispensable ; de plus, elle doit être suivie d'une intervention garantissant le caractère positif de ces effets. La protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention majeure dans toute stratégie de promotion de la santé.

#### **Renforcer l'action communautaire**

La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé.

La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière.

#### **Acquérir des aptitudes individuelles**

La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et de faire des choix favorables à celle-ci.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. Cette démarche doit être accomplie à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes.

#### **Réorienter les services de santé**

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les institutions offrant les services et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant les intérêts de la santé.

Le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation des soins médicaux. Ce secteur doit se doter d'un nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique sanitaire multi-sectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains.

La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche sanitaire, ainsi que des changements au niveau de l'éducation et de la formation professionnelle. Ceci doit mener à un changement d'attitude et d'organisation au sein des services de santé, recentrés sur l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement.

#### **Entrer dans l'avenir**

La santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne : là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime. Elle résulte des soins que l'on s'accorde et que l'on dispense aux autres, de l'aptitude à prendre des décisions et à contrôler ses conditions de vie, et de l'assurance que la société dans laquelle on vit offre à tous ses membres la possibilité de jouir d'un bon état de santé.

L'intérêt pour autrui, l'approche holistique et l'écologie sont des éléments indispensables à la conceptualisation et à l'élaboration des stratégies de promotion de la santé. Ainsi donc, les auteurs de ces stratégies doivent adopter comme principe directeur le fait que, à tous les niveaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, hommes et femmes sont des associés égaux.

#### **L'engagement face à la promotion de la santé**

Les participants de cette conférence s'engagent :

- à intervenir dans le domaine des politiques publiques saines et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en ce qui concerne la santé et l'égalité dans tous les secteurs ;
- à contrer les pressions exercées en faveur des produits dangereux, des milieux et conditions de vie malsains ou d'une nutrition inadéquate ; ils s'engagent également à attirer l'attention sur les questions de santé publique telles que la pollution, les risques professionnels, le logement et les peuplements ;
- à combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités produites dans ce domaine par les règles et pratiques des sociétés ;
- à reconnaître que les individus constituent la principale ressource sanitaire, à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, eux, leur famille et leurs amis ; ils s'engagent également à accepter la communauté comme le principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être ;
- à réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé, et à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, ce qui est encore plus important, avec la population elle-même ;
- à reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social majeur, et à traiter la question écologique globale que représentent nos modes de vie.

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

#### **Appel pour une action internationale**

La Conférence demande à l'Organisation mondiale de la santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des programmes et stratégies de promotion de la santé.

Les participants de la Conférence sont fermement convaincus que si les gens de tous milieux, les organismes non gouvernementaux, les associations bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la santé et toutes les autres instances concernées s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales inhérentes à cette Charte, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra une réalité.

---

Axes de la Charte d'Ottawa	Objectifs stratégiques	Objectifs intermédiaires	Objectifs tactiques
Acquisition des aptitudes individuelles	Implanter le curriculum dans les classes de 4 <sup>e</sup> , 5 <sup>e</sup> et 6 <sup>e</sup> année	S'assurer de la collaboration des professeurs, des directeurs, des conseillers pédagogiques et des infirmières scolaires au projet « Cœur en santé »	Identifier le rôle que joueront les conseillers pédagogiques et l'infirmière scolaire auprès des professeurs et des professeurs de langue d'origine (PELO)
		Habiller les professeurs de 4 <sup>e</sup> , 5 <sup>e</sup> et 6 <sup>e</sup> année à donner le curriculum	Rencontrer individuellement les principaux acteurs (profs, conseillers pédagogiques et infirmières (scolaires))
		Soutenir les professeurs de 4 <sup>e</sup> et 5 <sup>e</sup> année à donner le curriculum	Organiser une journée de formation (après validation auprès du milieu) pour chaque niveau (4 <sup>e</sup> , 5 <sup>e</sup> et 6 <sup>e</sup> année des écoles francophones)
Influence (politique publique saine)	Augmenter la visibilité du projet auprès des partenaires	Souligner la contribution d'un individu, d'un groupe à la promotion de la santé	Encourager les individus, les groupes et les milieux de vie à maintenir à long terme leur implication au projet
	Reconnaître la valeur santé des activités qui se font à l'école et dans la communauté	Mettre sur pied un projet de reconnaissance	Valoriser la contribution des individus et des groupes qui collaborent et s'impliquent au projet « Cœur en santé »
	Examiner les politiques publiques existantes et leur application en regard de l'alimentation, du tabagisme et de l'activité physique	S'assurer du respect des politiques publiques : - « aire sans fumée » - « alimentation saine à l'école » - Plan Pagé : distribution alimentaire - Interdiction de la vente de cigarettes aux mineurs	Présenter le programme aux professeurs, directeurs d'école, conseillers pédagogiques, infirmières scolaires et aux professeurs de langue d'origine (PELO)
			- Constituer un comité de travail en regard de la loi de l'interdiction de la vente de cigarettes aux mineurs - Examiner le soutien communautaire

Figure 2 : Les objectifs stratégiques, intermédiaires et tactiques en fonction des axes de la Charte d'Ottawa.

Axes de la Charte d'Ottawa	Objectifs stratégiques	Objectifs intermédiaires	Objectifs tactiques
Réorientation des services de santé	→ Conférer les moyens aux infirmières à promouvoir la santé auprès des enfants et du personnel scolaire	→ Habilitier les infirmières à développer et à utiliser des outils en promotion de la santé → Soutenir l'infirmière du projet « Cœur en santé »	→ Donner une session de formation aux infirmières scolaires (ateliers participatifs) → Planification et soutien au développement d'activités dans les écoles
	→ Mettre à l'agenda du CLSC <i>La promotion de la santé du cœur</i>	→ Entretenir des liens avec le CLSC	→ Participer aux différents comités de gestion
Création de milieux favorables	→ Mettre la santé à l'agenda de l'école	→ Réaliser le projet « École en santé » → Consolider notre collaboration avec l'école	→ Mobiliser les partenaires présents à l'école (infirmières scolaires, profs de 6 <sup>e</sup> année, élèves, comité de parents, profs de tous les niveaux, profs Pello) → Établir un consensus et planifier les activités
	→ Offrir une alternative pour les filles aux types d'activités offerts par les organismes de loisirs	→ Amener les partenaires à collaborer à la diffusion du « Club de jeunes en santé »	→ Mise en œuvre et évaluation des activités → Diffuser le « Club de jeunes en santé » dans des organismes de loisirs
Renforcement de l'action communautaire	→ Encourager les alliances avec les divers secteurs (loisirs, éducation, ethnoculturel, etc.)	→ Partager l'information entre les différents partenaires	→ Identifier d'autres canaux à privilégier pour la diffusion de l'information
	→ Promouvoir le développement de projets visant à améliorer la qualité de vie des enfants	→ Soutenir la mise sur pied et l'évaluation des projets	→ Contacter sur une base régulière les partenaires intéressés à la promotion de la santé/qualité de vie des enfants → Offrir de la formation relative à la promotion de la santé du cœur aux partenaires qui mettront sur pied des projets → Contribuer au développement et à l'évaluation des projets mis sur pied par les organismes
		→ Amener les partenaires à s'approprier la problématique cardiovasculaire	→ Participer aux rencontres des différents comités (CAPJ/Action solidarité) → Faire une mise à jour régulière des activités du projet auprès des membres du Comité Action Prévention Jeunesse (CAPJ) → S'impliquer dans le comité d'orientation Comité Action Prévention Jeunesse (CAPJ)

Axes de la Charte d'Ottawa	Intervention	Cible
Acquisition d'aptitudes individuelles	→ Curriculum scolaire « Cœur en santé » (septembre 1993 à juin 1997)	→ • Elèves de 4 <sup>e</sup> , 5 <sup>e</sup> et 6 <sup>e</sup> des écoles du projet « Cœur en santé »
	→ Formation des professeurs de 4 <sup>e</sup> , 5 <sup>e</sup> et 6 <sup>e</sup> année à donner le curriculum « Cœur en santé » (automne 1994, 1995 et 1996)	→ • Professeurs de 4 <sup>e</sup> , 5 <sup>e</sup> et 6 <sup>e</sup> année
Élaboration d'une politique publique saine	→ Formation d'un comité ad hoc pour l'application de la loi sur l'interdiction de la vente de cigarettes aux mineurs (1993-1994)	→ • Dépanneurs * du quartier
Renforcement de l'action communautaire	→ Jeu « Quitter la lune » (été 1994, automne 1995)	→ • animateurs des centres de loisirs
	→ Partenariat « inter-cœur-turel » (hiver 1995)	→ • Centre d'action socio-communautaire de Montréal • Amitié chinoise • Service à la famille chinoise
	→ Ateliers pour les parents sur la prévention des MCV (1996)	→ • Service à la famille chinoise
	→ Club de jeunes en santé (1993-1996)	
	→ Participation au comité Action-prévention jeunesse (depuis l'hiver 1992)	→ • Membres du Comité Action Prévention Jeunes (CAPJ) : écoles élémentaires et secondaires, organismes de loisirs, Police jeunesse, paroisses, organismes communautaires, CLSC, YMCA
	→ Formation des membres du Comité Action Prévention Jeunes (CAPJ) sur les stratégies de promotion de la santé (1996-1997)	
	→ Soutien à la formation des membres du regroupement des cuisines collectives du grand plateau (RCCGP) (automne 1994)	→ • RCCGP • Ecole Jean-Jacques Olier (parents)
→ Atelier sur la confection de muffins santé (mars 1996)	→ • Maison d'Aurore • Enfants de 9 à 12 ans et leurs parents participant à un programme d'aide aux devoirs	

\* Dépanneurs : commerces où l'on vend des denrées alimentaires, de l'alcool et du tabac.

Figure 3: Description des interventions et des cibles (1992-1997) par axe de la Charte d'Ottawa.

Axes de la Charte d'Ottawa	Intervention	Cible
Création de milieux favorables	→ Formation d'un comité ad hoc sur la salubrité des parcs (1992-1994)	→ • Fonctionnaires municipaux impliqués dans Vivre Montréal en santé
	→ Kiosque « Cœur en santé » (1995)	→ • École Saint-Jean Baptiste (parents, enfants)
	→ Soupers multiethniques (1995-1996)	→ • École Edouard VII (parents)
	→ Aménagement de la cour d'école (1995-1997)	→ • École Bancroft (enfants)
	→ Aménagement d'un Parc Ecole (1995-1996)	→ • École Edouard VII (enfants)
	→ École en santé (1995-1997)	→ • École Jean-Jacques Olier (enfants, parents, personnel de l'école)
	→ Activités parents-enfants-professeurs (1995-1997)	→ • École Lambert-Closse (parents, enfants, professeurs)
Réorientation des services de santé	→ Ateliers-dégustation bouffe-santé (janvier à avril 1995)	→ • Infirmières scolaires des 8 écoles du projet « Cœur en santé »
	→ Activité boîte à lunch santé (automne 1994)	
	→ Chroniques « Cœur en santé » (novembre à juin 1995)	
	→ Activité de dépistage chez le personnel enseignant et non-enseignant (printemps 1994)	
	→ Formation sur leur rôle en promotion de la santé (1995-1997)	
	→ Rédaction d'un programme sur le sommeil (1996)	
	→ Activité d'évaluation de la condition physique (1996)	→ • Personnel enseignant et non-enseignant des 8 écoles • Infirmières des 8 écoles

### **Publications (les 9 derniers dossiers publiés) :**

- \* Doumont D., Geert C., Libion F., (2007), Les familles dans la société contemporaine : de nouvelles fragilités ... ?, Réf. : 07-43, 22 pages, Janvier 2007.
- \* Doumont D., Libion F., (2007), Vaccination contre la grippe auprès des professionnels de santé : tour d'horizon des pays développés, quelles recommandations pour quelle efficacité ?, Réf. : 07-44, 28 pages, Mai 2007
- \* Rose B., Doumont D., (2007), Quelle intégration de l'enfant en situation de handicap dans les milieux d'accueil ?, Réf. : 07-45, 22 pages hors annexes, Septembre 2007
- \* Libion F., Doumont D., (2007), Programme de dépistage du cancer colorectal : quelles recommandations pour quelle efficacité ? Tour d'horizon de pays occidentaux., Réf. : 07-46, 43 pages, Octobre 2007
- \* Doumont D., Verstraeten K., Gossiaux Y., Libion F., (2007), Quelques exemples de politiques de santé publique mises en place au sein de l'Europe et de la Province du Québec (1<sup>ère</sup> partie), Réf. : 07-47, 45 pages, Décembre 2007
- \* Doumont D., Verstraeten K., Gossiaux Y., Libion F., (2008), Quelques exemples de politiques de santé publique mises en place au sein de l'Europe et de la Province du Québec (2<sup>ème</sup> partie), Réf. : 08-48, 63 pages, Février 2008
- \* Roussel S., Doumont D., (2008), Quelle efficacité pour la prévention des addictions chez les adolescents, Réf. : 08 – 49, 26 pages, Avril 2008.
- \* Doumont D., Libion M-F, (2008), Quelles sont les « bonnes pratiques » en termes de stratégies de promotion de la santé cardiovasculaire ?, Réf. : 08-50, 44 pages, Juillet 2008.
- \* Doumont D., Libion M-F., (2008), Quelle est la place de l'éducation pour la santé dans les pratiques de médecine générale ?, Réf.. : 08-51, 27 pages, Décembre 2008.