

ÉDUCATION SANTÉ

SEPTEMBRE 2018

347

*Réseau festif bruxellois,
une coordination
des actions
de promotion de la santé
en milieux festifs*

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

www.educationsante.be

RÉFLEXIONS

Et si on repensait notre système de soin ?

Une vision positive...

Juliette Vanderveken

En juin dernier, les Mutualités chrétiennes ont organisé un Symposium sur la « santé positive », un concept qui nous arrive tout droit des Pays-Bas. En réaction à ce modèle, le Pr Jean Macq¹ nous propose une analyse des menaces et des opportunités au regard de l'organisation de notre système de soins de santé. À la suite de son intervention lors du Symposium, Éducation Santé l'a rencontré et revient avec lui sur les projections.

Mais de quoi parle-t-on avec la « santé positive » ? En tant qu'acteurs en promotion de la santé, la première réaction serait de dire « rien de nouveau sous les tropiques ». La définition de la santé de manière positive et non plus comme l'absence de maladie remonte officiellement à 1946. Pourtant, le nouveau concept de la « santé positive », élaboré par le Dr Machteld Huber² (2011), revoit la définition de l'OMS et met en avant la résilience et le caractère dynamique de la santé, en la définissant comme *la capacité à s'adapter et se gérer face aux défis sociaux, philosophiques et émotionnels*. À la suite de cette définition, la santé a été modélisée en forme de « toile d'araignée » plaçant l'individu au centre et identifiant 6 dimensions constituantes de la santé (les fonctions physiques, le bien-être mental, le fonctionnement quotidien, le sens, la participation et la qualité de vie). Chacun est invité à évaluer son niveau de santé « positive », qui apparaît visuellement comme une « surface de santé » indicatrice pour guider ses propres actions vers une meilleure santé (et donc augmenter sa surface de santé).

Au regard de ce concept de « santé positive » tel que présenté par le Dr Huber, le Pr Jean Macq identifie deux scénarios du point de vue du fonctionnement communautaire : une menace mais aussi une occasion à saisir pour penser différemment notre système de soins de santé en Belgique.

Il nous explique les deux manières d'appréhender ce concept.

La menace : un plongeon dans l'économie du « wellness »

Si on déroule le scénario « du pire », cela se passe ainsi : une personne identifie son niveau de santé positive (via la toile d'araignée). En fonction de son résultat et pour améliorer celui-ci, elle contacte un coach (éventuellement payant) et s'inscrit à des formations « bien-être » (payantes), des cours de cuisines (payants), prend un abonnement à une salle de fitness (payant)... Pour aller plus loin dans cette dynamique, la personne achète un logement dans un quartier « exclusif » (et très cher) dans lequel tous ces services sont proposés. Et ainsi de suite.

Dans ce scénario, la responsabilité de la santé revient à la personne. Il est en effet convenu que c'est elle qui doit se prendre en charge (identifier ses faiblesses et identifier ce qu'il faut faire pour son bien-être). Cela nous renvoie aux nouvelles tendances de « coaching positif », « discipline positive »... qui constituent le nouveau marché du « wellness³ ». Ce marché vend la recette « santé-bonheur » et customise toute une série d'activités que doit faire l'individu pour se sentir mieux. L'individu est ici consommateur de services « bien-être », et le système entretient et creuse les inégalités.

« *Tout ceci n'est pas un concept théorique. Cette tendance existe déjà et tend à s'amplifier dans nos sociétés* », insiste le Pr Jean Macq. « *C'est le piège dans lequel il ne faut pas tomber avec le concept de "santé positive" ».*

L'opportunité : une vision positive de la santé

A contrario, le Pr Jean Macq perçoit aussi dans la mise en avant de ce concept par les Mutualités chrétiennes l'occasion de remettre en lumière une vision positive de la santé, vision dans laquelle la santé est comprise comme une ressource, un moteur de développement individuel et communautaire. Cette fois-ci, cette vision de la santé « à valence positive⁴ » ne cherche pas à se distancier mais rejoint celle de l'OMS. À l'inverse du premier scénario, elle souligne le rôle du « vivre ensemble », de la communauté et de l'environnement social qui participent à la « bonne santé ». Les déterminants de santé dits « structurels » (du point de vue sociétal) ne sont pas omis. Mais l'échelle et le processus inhérent que nous étayerons ci-dessous s'inscrivent davantage et en premier lieu dans le domaine communautaire.

Le constat de départ est le suivant : tout citoyen s'inscrit dans un environnement social composé de différentes structures sociales (associations de quartier, crèches,

1. Médecin et professeur en santé publique à l'Université Catholique de Louvain.

2. Médecin néerlandaise et chercheuse, elle est la fondatrice et la directrice de l'« Institute for Positive Health ».

3. Signifie « bien-être » en anglais.

4. Collectif (2017). *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*. Rennes : Presses de l'École des Hautes Études en Santé publique. Pp. 47-79.



Photo © Fotolia

écoles, le secteur de la santé mentale, les institutions du secteur social, la première ligne de soins généralistes...). Ensemble et au même titre que tout individu, elles forment le maillage social d'une personne.

« Il y a là une opportunité à saisir, nous explique le Pr Jean Macq, de lier la santé perçue de manière positive à la santé communautaire et à une logique de soins de santé. Dans ce scénario, les citoyens et les structures de proximité promeuvent une approche positive de la santé et proposent des dynamiques communautaires à même de renforcer des dynamiques de santé communautaire. Les dynamiques de participation dans le domaine communautaire et la santé des individus se renforcent mutuellement. Notons que tout ceci n'est pas possible si on ne se trouve pas dans un contexte qui permette à cette dynamique communautaire de se développer, une action sur les déterminants structurels est donc intrinsèque et à développer en parallèle. »

Le domaine du Pr Jean Macq étant l'analyse des systèmes et de l'organisation des soins de santé, nous approfondissons avec lui cet angle de vision. Car cette approche positive de la santé (la santé comme moteur de développement individuel et communautaire) amène à repenser le fonctionnement de notre système en plaçant les services de santé de première

ligne au centre de la communauté, intégrés à celle-ci.

Un système de soins intégré et solidaire en renforcement du « maillage » local

Si on se trouve dans la logique « la santé est une responsabilité individuelle » (avec les travers du marché du wellness en conséquence), les soins de santé ont pour unique mission de s'occuper de la maladie. Toute la place est laissée aux hôpitaux, éléments centraux du système. « Il est alors demandé à d'autres de s'occuper de la santé positive et de construire les capacités des personnes. On pourrait tomber dans l'idée qu'il faudrait moins de soins de santé (et alors moins de financements) et davantage de place pour des services commerciaux.

Dans l'autre logique en revanche, les soins de santé ne sont pas là uniquement pour traiter la maladie. Ils sont dans une double logique : toujours s'occuper de la maladie mais également renforcer les capacités individuelles dans un contexte social donné. C'est là un de leurs challenges principaux. Pour y répondre, il est nécessaire d'avoir dans ces systèmes de soins des personnes qui puissent faire le lien entre leurs connaissances du contexte de la personne et son besoin de santé, mais qui puissent également aller vers les

personnes qui ne se rendent pas dans les services de santé. »

De proximité et intégré dans la communauté

Ces structures de santé ont pour première caractéristique d'être intégrées à la communauté et de développer des activités avec elle. Les maisons médicales sont des exemples intéressants à ce propos. La première ligne généraliste joue un rôle capital, les soins de santé primaire ont une fonction de coordination du réseau de soins, tant au sein de la collectivité qu'avec des partenaires extérieurs (tels que les hôpitaux, par exemple).

La proximité en est un facteur essentiel car cela permet aux prestataires de ne pas seulement diagnostiquer la maladie et donner le traitement médicamenteux adéquat mais de comprendre le contexte de vie des gens, de pouvoir conseiller et réorienter les personnes. Autrement dit, de rentrer dans une démarche d'« asset-based health » (la santé centrée sur le renforcement des ressources des individus et de la communauté). « Pour les personnes qui se trouvent dans une situation 'négative' de santé, dans un contexte de vie difficile..., le prestataire peut les accompagner pour qu'ils prennent conscience et utilisent leurs ressources propres. Ce

processus est bénéfique en soi et les renforce. Mais sans changement dans notre société et sans une aide, ce n'est pas possible pour de nombreuses personnes. »

Des équipes interdisciplinaires de petite taille

Que ce soit au sein d'une même structure ou non, ce mode de fonctionnement fait nécessairement appel à des équipes qui travaillent de manière interdisciplinaire. Pour fonctionner de manière optimale dans cette logique, il s'agit de trouver l'équilibre entre le professionnel de santé isolé et de trop grosses équipes, trop élargies. « Pour reprendre l'exemple des maisons médicales, c'est une dérive que l'on peut constater dans certaines qui se sont considérablement agrandies. Elles restent dans la philosophie des maisons médicales mais l'organisation se structure de plus en plus de manière à ce que la dimension de proximité se perde, et le partage et les échanges au sein de l'équipe s'amenuisent. J'identifie également ce risque au sein des mutuelles aujourd'hui. Pour s'inscrire dans une logique de santé positive, il est nécessaire de retourner au plus près des gens pour être des moteurs de dynamique sociale et un acteur intégré dans le maillage social d'une communauté. »

Une approche en fonction des bassins de vie

Du point de vue du territoire couvert, le maillage social est à réfléchir en regard des bassins de vie des individus et communautés. Délimiter l'espace de cette manière a bien plus de sens en termes de proximité qu'une délimitation du territoire au moyen de règles administratives.

Enfin, parmi les autres facteurs nécessaires pour la mise en place de ce système, le Pr Jean Macq ajoute que cela nécessite un autre type de financement qui permette aux acteurs de travailler ensemble, ainsi que de développer davantage des connaissances sur les systèmes et moins les centrer sur des actions isolées comme c'est souvent le cas aujourd'hui.

Des possibilités qui existent déjà, d'autres à implanter, une tendance à généraliser

Plusieurs projets vont déjà dans ce sens en Belgique, « il ne s'agit pas de réinventer la roue mais de renforcer ces structures et de repenser globalement notre système et notre approche ». Outre l'exemple des maisons médicales, le Pr Jean Macq cite les approches de quartier dont on parle de plus en plus à Bruxelles telles que le travail communautaire réalisé par l'asbl Forest Quartiers Santé⁵. Toutes les structures ne font pas nécessairement partie du système de santé tel qu'on le comprend en général, par exemple des crèches parentales qui mettent l'accent sur la solidarité entre parents.

L'occasion aussi de mettre en avant d'autres logiques de soins telles que la prescription sociale qui n'est pas encore étendue/reconnue en Belgique. Les prestataires sont amenés à prescrire non pas des médicaments mais des activités – remboursées par la sécurité sociale – qui permettent à la personne d'améliorer son bien-être. Ces activités tendent essentiellement à réunir les gens pour permettre à chacun de « se reconstruire » dans une logique de réciprocité.

Une (re)mise au goût du jour qui tombe à pic

Selon le Pr Jean Macq, parler de la santé positive (entendue donc comme vision positive de la santé) pour nous aider à repenser notre système de soins de santé tombe à point nommé aujourd'hui. Non seulement il nous faut répondre à des enjeux de société actuels tels que ceux liés aux changements démographiques (vieillesse de la population) et épidémiologiques (place des maladies chroniques et des soins de longue durée). Mais d'autres occasions nous permettent de nous saisir de cette opportunité. « La logique actuelle est de dire : les soins de santé coûtent trop cher, il faut réformer »... et plusieurs réformes-clés se jouent actuellement en Belgique :

- Les soins de santé de première ligne sont en pleine mutation avec les nouvelles compétences données aux régions et communautés, etc. « C'est le moment de définir clairement ce qu'on entend par 'renforcer la première ligne de soin', expression qu'on entend régulièrement sans vraiment savoir ce que l'on met derrière. »
- La réforme du financement des hôpitaux se joue actuellement avec la mise en avant des réseaux hospitaliers et la diminution des soins « intra-muros ».
- Un système de paiement en révision avec la place du paiement forfaitaire en première ligne qui est discutée.
- ...

Alors, pourquoi ne pas profiter de la mise en lumière de la « santé positive » pour repenser un système de soins dans une vision positive de la santé ?

Pour en savoir plus sur la « santé positive » : www.masantepositive.be

⁵ Pour plus d'information : <http://www.f-q-s.be/>

Appel à contribution - Genre et promotion de la santé

**Vous avez monté un projet, mis en place une activité, travaillé la question du genre dans une optique de promotion de la santé ?
Souhaitez-vous témoigner de votre expérience ou nous proposer un article ?
Éducation Santé est à la recherche de contributeurs pour un numéro thématique.
N'hésitez pas à nous le proposer via education.sante@mc.be avant le 1^{er} octobre 2018.**

INITIATIVES

Ainsi font font font... les villes pour tenter de réduire les inégalités sociales de santé

Anne Le Pennec

Le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS organisait le 24 mai dernier à Angers son colloque annuel intitulé « Petite enfance, inégalités, villes ». L'occasion d'échanger autour des nombreuses initiatives locales imaginées aux quatre coins de la France dans le but de promouvoir la santé dès le plus jeune âge mais aussi de constater combien il est délicat d'en mesurer les effets sur les inégalités de santé.

Au printemps, le parc d'attractions du végétal Terra Botanica situé en plein cœur de l'Anjou regorge de couleurs, d'odeurs et de fleurs. Des allées de roses, plantes exotiques et autres nénuphars, les 132 élus et professionnels de la petite enfance venus assister le 24 mai à la rencontre « Petite enfance, inégalités, villes » ont pu apprécier les effluves avant de s'engouffrer dans le centre d'affaires adossé au parc. C'est ici que le réseau français des Villes-santé de l'OMS tenait cette année son désormais traditionnel colloque national. Au programme : conférence introductive, table ronde, ateliers thématiques en sous-groupes, reconférence. Le tout entrecoupé de pastilles humoristiques croquées sur le vif par le dessinateur Eric Appéré. Sur l'estrade, la présidente Charlotte Marchandise-Franquet, élue à la santé de la Ville de Rennes, commence par rappeler que la lutte contre les inégalités sociales de santé est au cœur des préoccupations des quelque 90 communes qui composent le Réseau. Et d'inciter les communes à s'engager dans la voie de l'action locale. « *Cela fonctionne!* », assure-t-elle.

Ce n'est pas Julie Poissant, docteure en psychologie communautaire, chercheuse à l'Institut National de Santé publique du Québec et experte pour le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, qui dira le contraire, elle qui travaille sur les interventions permettant de réduire ces inégalités dès le plus jeune âge. C'est à elle que revient la tâche de prononcer la conférence d'ouverture et de convaincre, données scientifiques à

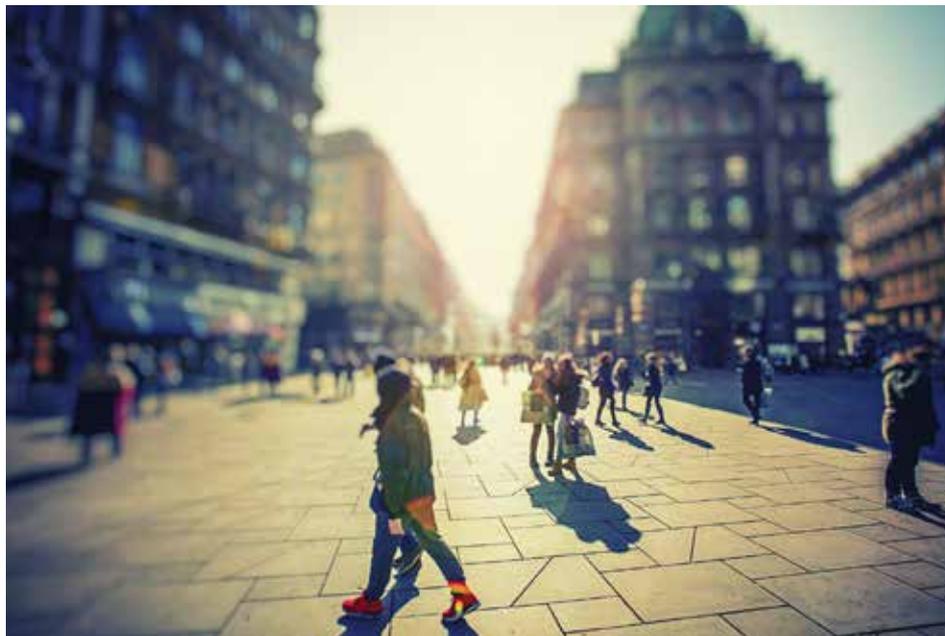


Photo © Fotolia

l'appui, de la nécessité d'agir tôt dans la vie pour avoir un maximum d'impact sur ce qu'elle préfère appeler des inéquités en santé plutôt que des inégalités dans la mesure où elles sont injustes et évitables. Jouant de son accent et de quelques truculentes expressions québécoises, elle a fait montre de pédagogie, rappelant d'abord que 1. les inégalités de santé sont visibles dès la naissance, avec par exemple plus de bébés de faible poids chez les femmes sans ressources ou vivant d'aides sociales que chez celles qui travaillent, 2. qu'elles se répartissent selon un gradient et 3. qu'elles sont sous la coupe de multiples déterminants (milieux de vie, interactions sociales, possibilités individuelles) eux-mêmes influencés par des contextes. Julie Poissant s'est fait l'écho auprès des élus et professionnels présents

de ce que les travaux menés ces dernières années mettent en lumière, à savoir que les expériences vécues pendant la petite enfance – statut social, environnement affectif, ressources économiques – laissent des traces indélébiles et influencent la santé tout au long de la vie. Seconde certitude relayée par l'experte : l'action sur plusieurs déterminants sociaux selon le principe de l'universalisme proportionné (chacun selon ses besoins) est la plus efficace pour soutenir le développement de l'enfant dans une logique d'équité. « *Les communes disposent de nombreux leviers pour agir en ce sens, que ce soit en direction de l'enfant et de sa famille mais aussi dans la communauté au sein de laquelle les vies sont liées, sur les milieux de vie ou via des décisions politiques.* » Le Réseau en est lui aussi persuadé et propose un

document de synthèse¹ de ce qu'est la stratégie de l'universalisme proportionné et de la manière dont les villes peuvent la promouvoir ou la mettre en œuvre. Mais revenons à Julie Poissant, qui veut encore insister sur la nécessité de mieux mesurer l'impact des actions entreprises à l'échelle locale. Car, dit-elle, « *ce qui se mesure s'améliore* ». D'accord, mais comment ? Dans la salle, il se murmure que l'expertise et les outils manquent souvent aux acteurs pour observer les effets produits par leurs actions.

Comment savoir si on réduit vraiment les inégalités de santé ?

La session suivante, format table ronde, fournit quelques exemples d'actions locales initiées dans le but de réduire les inégalités sociales de santé au moment de la petite enfance : actions de soutien à la parentalité à travers la construction d'une bande dessinée et la réalisation d'un reportage vidéo dans des microcrèches de la commune de Saint-Joseph à la Réunion, dispositifs passerelles à Angers pour faciliter la transition vers l'école maternelle des enfants et de leurs parents. Le directeur de l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire, Jean-Jacques Coiplet, a quant à lui réaffirmé, au nom de la lutte contre les inégalités sociales de santé, le soutien de son institution aux projets visant à déployer les compétences psychosociales chez les plus jeunes « *pour qu'ils deviennent des citoyens agissant plutôt que subissant* », à permettre aux professionnels de la petite enfance d'aller au domicile des familles, à soutenir les contrats locaux santé. Tandis que s'installe un débat sur la participation des familles et la posture des professionnels vis-à-vis de leurs compétences, une voix s'élève dans la salle et pose LA question fort à-propos compte tenu du thème de la journée : « *Comment savoir si on réduit vraiment les inégalités sociales de santé avec tous ces dispositifs ?* » Pas de réponse...

Après une furtive incursion dans les verts paysages alentour, l'après-midi débute en

ateliers : quatre groupes, quatre thèmes, quatre discussions autour d'expériences de terrain. Celle consacrée aux cadres de vie et à la santé des jeunes enfants fait d'abord escale à La Rochelle, plus exactement dans l'école-crèche associative Petit à petit qui depuis 2015 s'est lancée dans une démarche participative pour mieux prendre en compte la santé environnementale et le développement durable. « *Une démarche qui se veut vivante et nous incite tous, enfants, parents et personnel, à participer, nous adapter, observer. À être bien avec soi, avec les autres et avec son environnement, autrement dit à être en bonne santé* », résume Anne de Chalendar, la directrice de la crèche. À Brest, la co-construction par les professionnel.les et les parents d'un jardin sensoriel attendant au multiaccueil Pen Ar Creach a pour objectif d'offrir aux enfants la possibilité de faire le plein d'expériences sensorielles mais aussi de favoriser l'inclusion en ouvrant cet espace aux habitants et structures du quartier. Dernière étape à Grenoble qui a enfin réussi à atteindre le but que s'était fixé son service d'action sociale petite enfance : avoir de la mixité sociale dans toutes les crèches, aussi bien celles du centre-ville que celles des quartiers périphériques. Son directeur se lance dans un récit du chemin parcouru en dix ans pour affiner les critères de priorité et mettre au point la politique d'accès aux places de crèches la plus en phase avec la sociologie de la ville. À l'écouter expliquer les enjeux de cette réflexion, on se dit qu'on est enfin au cœur de la lutte contre les inégalités sociales de santé telle que les villes peuvent la mener.

La santé des jeunes enfants, levier de transformation sociale ?

Pour la dernière séquence de la journée, la parole est à Didier Jourdan, professeur en sciences de l'éducation et détenteur de la toute nouvelle chaire de l'Unesco « *éducatifs et santé* » (inauguration prévue le 10 octobre 2018 à Paris). Son intervention porte sur l'accompagnement des

enfants vulnérables à l'âge de l'entrée à l'école, dont il martèle l'un des principaux enjeux à ses yeux : « *s'occuper de la santé des petits enfants revient à s'occuper de la santé des individus tout au long de la vie ainsi que de leurs descendants.* » Pour lui, une véritable stratégie d'action en matière de lutte contre les inégalités de santé dans la petite enfance ne saurait se passer d'une réflexion sur la durabilité, la soutenabilité et la généralisation des dispositifs. Elle engage à tout le moins un véritable processus de transformation du système éducatif, une réflexion sur la formation, la charge de travail et la cohérence des professionnels, un recentrage sur l'écosystème de vie des enfants dans lequel « *le digital doit désormais être pensé comme un élément du local* ». À la question « *comment faire ?* », il répond médiation via le langage notamment, et dispositifs structurants tels que le temps périscolaire « *qui mérite d'être considéré comme un temps possible d'éducation à la santé* ». Et de conclure : « *La santé de la petite enfance est l'un des meilleurs atouts dans le champ de la santé publique car elle fait l'objet d'une vision assez unanime. C'est un levier de transformation pour inventer un nouveau système de santé mieux adapté à la réalité actuelle.* »

À l'issue de cette journée, Charlotte Marchandise-Franquet promet de transmettre une synthèse des échanges de la journée aux parlementaires français pour « *valoriser et faire connaître le travail des villes qui s'engagent pour la santé* ». Les plus curieux d'entre eux y trouveront un riche panorama d'initiatives à même de promouvoir la santé de tous dès le plus jeune âge. Pour ce qui est de leur efficacité à réduire les inégalités sociales de santé en revanche, il est probable qu'eux aussi restent un peu sur la faim.

La plupart des communications de ce colloque sont accessibles en ligne sur le site du réseau français des Villes-santé de l'OMS : <http://www.villes-sante.com/colloques-et-seminaires/colloque-petite-enfance-inegalites-villes-2/>

¹ Le point Villes-santé sur... Universalisme proportionné : lutte contre les inégalités sociales de santé dès la petite enfance, Réseau français des Villes-santé de l'OMS, juin 2017.

INITIATIVES

Réseau festif bruxellois, une coordination des actions de promotion de la santé en milieux festifs

Marie François, Chargée de projet pour le Réseau festif bruxellois, Modus Vivendi Asbl.

Dans le cadre du nouveau Plan de promotion de la santé de la Cocof, le groupe de travail initialement mené par Modus Vivendi s'est constitué en réseau d'acteurs de promotion de la santé en milieux festifs à Bruxelles. Un nouveau réseau à développer et animer.

À la base de ce réseau, il y a un « groupe de travail festif » composé des projets d'intervention en milieux festifs de la Plate-Forme Prévention Sida, la Fédération laïque de Centres de Planning familial (le projet Sex&Co) et Modus Vivendi (particulièrement les projets « Équipe Mobile » et « Drogues Risquer Moins »). Initialement, ce groupe de travail s'est constitué pour répondre à la nécessité de se coordonner entre acteurs du « festif » afin d'améliorer la cohérence et l'efficacité de leurs interventions. Assez rapidement, d'autres enjeux sont venus s'inviter à la table des discussions, tels que le besoin de faire un état des lieux de l'offre déjà existante en matière d'intervention en milieux festifs et les éventuelles demandes ou besoins non couverts, organiser des moments de concertation (échanges de pratiques, formations, appuis méthodologiques, création d'outils, etc.), travailler sur une identité commune tout en respectant les spécificités de chacun, mutualiser les ressources matérielles, humaines et méthodologiques...

Les spécificités des milieux festifs

Les moments de fête existent dans toutes les sociétés, ce sont des moments de décompression et de lâcher-prise nécessaires. Chaque société a son propre mode de fête et l'on imagine aisément que la manière de faire la fête dit quelque chose des différents « univers sociaux ». Nous constatons que les moments festifs, puisqu'ils ont, entre autres, pour fonction le lâcher-prise, sont



aussi des moments d'augmentation des prises de risques. Notre démarche n'est pas de les annuler – une vie sans risque est impossible – mais plutôt de donner les moyens aux personnes de réduire les risques s'ils le souhaitent, sans briser l'esprit de la fête.

Les prises de risques dans un tel contexte peuvent être liées à la consommation de psychotropes¹ : risque de déshydratation, bad trip, transmission d'infections liée à l'échange de matériel de consommation, hyperthermie, overdose, désorientation, confusion, etc. En outre, la modification d'état de conscience dans un environnement euphorisant (son, lumière, nuit, excitation...) peut amener les personnes à diminuer leur vigilance. Il y a aussi les prises de risques sexuels (au sens large : transmission d'IST/Sida, grossesse non

désirée, non-consentement, violence entre partenaire(s), etc.) liées au contexte de désinhibition, les risques auditifs liés à l'exposition à un volume sonore trop élevé durant un certain temps, les risques de désorientation ou de nervosité dus à la fatigue et aux stimulations visuelles et auditives, les risques d'accident lors du retour à domicile, les risques d'agressions sexistes, racistes, homophobes, transphobes, grossophobes, etc.

Un mode d'intervention particulier

La Réduction des Risques dans un contexte festif vise donc à prévenir les risques dans le but de les limiter mais sans jugement du comportement et des choix de chacun. Différents types d'interventions existent. Par exemple, l'intervention d'équipes

¹ Entendus comme toutes substances – licites ou illicites – modifiant le psychisme.

mobiles : des jobistes, jeunes pairs des publics cibles, formés à la Réduction des Risques et accompagnés ou non de professionnels, vont à la rencontre du public ou tiennent un stand. Celui-ci est à la fois un lieu d'accueil, de dialogue, de relais et d'information. Le public peut y trouver des informations et des conseils de santé² ainsi que du matériel de Réduction des Risques (préservatifs, lubrifiant, bouchons d'oreilles, roule ta paille, stérifix, etc.). D'autres types d'intervention sont possibles tels que l'obtention d'un label³, une sensibilisation en amont, la mise à disposition d'outils et de matériel, la proposition de formations... Mais l'esprit reste le même : accompagner le public dans une démarche de promotion de la santé vers une gestion libre et éclairée de sa santé (au sens large) en milieux festifs.

Dans ce contexte, il est important de respecter le cadre décontracté et de se rendre accueillant et non jugeant sous peine de n'intéresser personne. Le travail avec des pairs facilite grandement cela, l'idée étant d'accompagner des fêtards dans un processus de réflexion sur la promotion de la santé en milieux festifs. Les bénéfiques d'une telle méthode sont doubles. Premièrement, ces jobistes sont des pairs du public cible : ils habitent la région, sont à l'aise en milieu festif, apprécient la musique actuelle, se reconnaissent dans un look et un langage communs, ont les mêmes centres d'intérêt, etc. Ils ont donc un contact plus facile avec le public, et sont plus à même de livrer des conseils de promotion de la santé et de Réduction des Risques. Deuxièmement, la prévention participative reconnaît le jobiste comme citoyen et acteur de prévention. Il est un partenaire incontournable !

Des constats de terrains

Depuis 1993, Modus Vivendi organise des activités de Réduction des Risques liés à l'usage des drogues et depuis 1996, nous sommes actifs en milieux festifs via de nombreux projets participatifs. Forts de

ces expériences, nous avons pu dresser différents constats.

Au vu des prises de risques qu'ils comportent, les milieux festifs sont des lieux d'intervention privilégiés pour les acteurs de santé. Ceci explique le nombre croissant de projets de santé qui investissent ces endroits et faisant appel à différentes stratégies d'action ou thématiques spécifiques : Réduction des Risques, assuétudes, éducation à la vie affective et sexuelle, prévention du Sida, alimentation, sécurité routière... Avec pour conséquence que les organisateurs d'événements reçoivent de nombreuses demandes d'institutions de santé ou du domaine des assuétudes.

Actuellement, n'ayant pas de coordination des interventions, celles-ci se concrétisent souvent en fonction des occasions et sans qu'aucune analyse des besoins du public n'ait été réalisée pour justifier le choix de tels ou tels intervenants ou types d'actions. En outre, avec la multiplication des interventions de santé en milieux festifs, sur base de notre expérience, nous constatons qu'il arrive parfois que des services et actions soient surreprésentés dans certains événements, alors que dans d'autres, rien n'est proposé au public. D'où la nécessité de coordonner les actions de promotion de la santé en milieux festifs sur base d'un état des lieux et en collaboration avec tous les acteurs.

Enfin, vu la diversité des projets proposés, il semble opportun d'harmoniser les pratiques d'intervention afin que les organisateurs de festivités et les publics s'y retrouvent plus facilement.

Objectifs principaux du réseau

C'est sur base de ces différents constats de terrain et du travail déjà entamé au sein du « groupe de travail festif » que nous avons dégagé les objectifs principaux du réseau, ceux-ci pouvant évoluer au fil du temps en fonction de la pratique de terrain et de l'ouverture à d'autres partenaires.

1. Coordination des acteurs de promotion de la santé en milieux festifs

Ce premier objectif semble évident, il est dans la lignée du travail réalisé par le « groupe de travail festif » actuel. Toutefois, le financement de la coordination de ce réseau va permettre de l'élargir à d'autres acteurs. Pour cela, nous commencerons par réaliser un état des lieux des interventions de promotion de la santé en milieux festifs afin de visualiser l'existant et d'élargir nos services et nos lieux d'intervention en fonction des besoins. Nous ferons également un travail d'identification des différents milieux festifs et types de publics pour s'adapter au mieux aux diversités des lieux et types de fêtards. Enfin, nous conviendrons d'un protocole d'intervention en fonction des demandes afin d'harmoniser nos interventions tout en veillant à ce que chaque projet et structure garde son identité. L'idée étant en fin de compte de proposer au public des services complémentaires et correctement répartis entre les différents lieux festifs.

2. Augmentation de la visibilité des messages de promotion de la santé en milieux festifs

Afin d'augmenter la visibilité des messages, nous souhaitons proposer aux différents intervenants de santé présents en milieux festifs une bannière commune sous laquelle se rassembler tout en veillant à garder la visibilité et l'identité de chacun. L'idée étant de se concerter et d'harmoniser nos messages afin de rendre nos actions encore plus visibles et complémentaires, et donc efficaces.

3. Formation et échanges de pratiques

Pour assurer une cohérence et une appropriation du réseau par tous les membres et partenaires, nous mettrons en place des temps d'échange de pratiques et de connaissances : réunions de concertation, appuis méthodologiques, mutualisation

² Au sens large : sur les produits psychotropes, les IST/Sida, la contraception, le retour à domicile, etc.

³ Par exemple, le label « Quality Nights » est un label de qualité de soirée proposé aux lieux festifs qui s'engagent en retour à mettre en place minimum 6 critères. Pour en savoir plus : <http://www.qualitynights.be>.

et création d'outils, développement d'approches complémentaires, etc. Nous travaillerons également sur un tronc commun pour une formation à l'intervention en milieux festifs.

4. Implication de tous les acteurs

Un de nos principes d'intervention est l'implication de tous les acteurs de la fête, usagers comme professionnels, y compris le travail en réseau avec les gérants et responsables des lieux festifs, les associations et les autorités locales. Nous espérons ainsi sensibiliser un maximum de personnes et diversifier les événements concernés et les publics touchés. L'idée étant que chacun puisse s'exprimer et apporter son point de vue. Le réseau peut donc également être un lieu pour proposer de nouvelles thématiques de travail (exemple : la question du consentement en milieux festifs). Celles-ci pouvant être approfondies en groupe de travail avec des publics cibles et spécifiques.

5. Récolte et analyse des besoins

Nous profiterons de ce réseau pour formaliser la récolte de données afin de faire remonter les besoins, analyses et constats de terrain vers les instances, services et institutions concernés. Nous espérons ainsi centraliser à l'échelle de Bruxelles la récolte de données et d'informations sur les comportements et besoins des publics festifs afin de mettre en place des actions qui répondent réellement à leurs besoins.



Photo © Fotolia

6. Développement de partenariats

Enfin, la mise en réseau permet de mutualiser les ressources matérielles, humaines et méthodologiques. Avec cela, nous espérons pouvoir faire des économies à tout niveau (temps, argent, etc.). Notamment, en développant les partenariats, nous pourrions, entre autres, avoir et offrir un meilleur accès au matériel de prévention : regroupement des demandes, achats groupés, conventions avec des partenaires, etc.

À suivre donc...

Dans un premier temps, les membres fondateurs du réseau (la Fédération laïque de Centres de Planning familial, la Plate-Forme Prévention Sida et Modus Vivendi) travaillent sur l'identité et le mode de fonctionnement

de celui-ci. **Nous souhaitons ensuite rapidement élargir le réseau à d'autres partenaires afin d'être réellement représentatifs des acteurs de promotion de la santé en milieux festifs à Bruxelles.** L'idée étant de répondre au mieux aux éventuelles demandes des organisateurs de soirées mais surtout aux besoins des publics festifs pour que Bruxelles soit la capitale d'une fête réussie

Vous êtes actif en Réduction des Risques ou promotion de la santé en milieux festifs ? Vous souhaitez obtenir davantage d'information sur le réseau ou en devenir membre ? N'hésitez pas à contacter Marie François marie.francois@modusvivendi-be.org

Charte de la réduction des risques

Préambule

Cette charte a pour objectif de constituer le socle conceptuel de toute démarche pouvant se réclamer de la réduction des risques liés à l'usage de drogues en Communauté française de Belgique. À ce titre, les signataires de la présente s'engagent à en respecter l'esprit et les termes dans

leurs interventions relatives à l'usage de drogues. Cette charte a été élaborée sur l'initiative de Modus Vivendi asbl, dont l'objet social est la prévention du sida et la réduction des autres risques liés à l'usage de drogues en Communauté française. Elle a fait l'objet d'une concertation avec l'ensemble des acteurs du secteur socio-sanitaire concernés par la problématique.

Définition

La réduction des risques est une stratégie de santé publique qui vise à prévenir les dommages liés à l'utilisation de « drogues ». (Dans ce document, le terme « drogue » doit être entendu comme toute substance psychoactive, licite ou illicite, pouvant provoquer des dommages pour

la santé mentale, physique et sociale, susceptible d'un usage abusif et pouvant ou non faire l'objet d'une dépendance.) La réduction des risques concerne tous les usages, qu'ils soient expérimentaux, récréatifs, ponctuels, abusifs ou inscrits dans une dépendance. La réduction des risques peut également s'adresser aux personnes qui s'apprêtent à consommer une drogue pour la première fois. Les risques principalement associés aux drogues sont les risques de dépendance, de lésions somatiques et les risques psychosociaux. Ils peuvent avoir pour conséquences une morbidité, une mortalité et une exclusion sociale que les stratégies de réduction des risques se proposent de réduire. Cette approche s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé physique, mentale et sociale. La réduction des risques se distingue de la prévention de l'usage et des traitements, dont elle se veut complémentaire. En effet si les traitements ont pour objectif un changement d'ordre sanitaire ou psychosocial, si la prévention a pour objectif de diminuer l'incidence de l'usage de drogues dans la population, la réduction des risques, quant à elle, a pour objet de réduire les risques et de prévenir les dommages que l'usage de drogues peut occasionner chez les personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas s'abstenir d'en consommer.

Enjeux de la réduction des risques

Les épidémies du sida et des hépatites ont démontré qu'il était urgent d'aborder l'usage de drogues en matière de santé. En conséquence, la réduction des risques se propose de promouvoir la santé, le bien-être, la dignité et la citoyenneté des usagers de drogues. Cette approche sociosanitaire de l'usage de drogues est parfois en tension avec d'autres enjeux, notamment sécuritaires.

Les constats

Une société sans drogue n'existe pas

On ne connaît pas d'exemple d'une seule société humaine qui n'ait pas eu recours à une drogue ou à un psychotrope quelconque. Il y a et il y aura toujours des personnes qui expérimentent, usent, voire abusent de drogues. Néanmoins, l'usage abusif de masse semble être typique du monde contemporain, ce qui soulève des questions légitimes de santé publique. Ce constat, sans écarter le débat sur la causalité de l'usage et de l'abus de drogues, doit inspirer des stratégies de réduction de risques conçues dans une logique de santé publique.

Le risque zéro n'existe pas

Toutes les activités humaines comportent des risques qu'il est possible de réduire mais non de supprimer. La prise de risque fait partie intégrante de l'existence. Une vie sans risque est impossible. Personne ne peut s'y soustraire, ni l'usager de drogues ni les intervenants.

La notion de risque est relative

Même s'ils adoptent certains comportements à risque (consommer une drogue, se l'injecter au risque de contracter une infection virale, s'exposer à une overdose...), les usagers de drogues ne sont pas prêts à tout risquer. La plupart des usagers de drogues témoignent d'un intérêt pour les modes de consommation à moindre risque.

La prohibition des drogues maximalise les risques

La prohibition contraint l'usager de drogues à la clandestinité, créant ainsi les conditions d'une consommation risquée. Il faut donc prendre acte du fait qu'il est contre-productif de criminaliser les usagers de drogues. En effet, la prévention de l'usage de drogues ou l'assistance

des usagers problématiques est entravée par cette criminalisation, qui a pour conséquence d'augmenter la marginalisation et la criminalisation dont souffrent déjà certains usagers de drogues.

Une information objective n'est pas incitatrice

Une information claire, crédible, objective et accessible sur les risques associés à l'usage de drogues n'a pas pour effet une incitation à l'usage de drogues, quand elle s'adresse à des personnes en situation de consommation. Il en va de même pour la mise à disposition de moyens de consommer des drogues à moindres risques.

Les valeurs

Reconnaître l'usager de drogues comme une personne à part entière

La réduction des risques reconnaît l'usager de drogues avant tout comme une personne, avec sa dignité, son humanité. L'usage de drogues et la prise de risques associée peuvent avoir un sens pour la personne, même si ce sens lui échappe.

Ne pas juger la consommation de drogues

En tant que professionnels de l'aide sociale et de la santé, nous respectons l'usager de drogues dans ses choix et décisions en ce qui concerne la consommation de drogues. Il ne nous appartient pas de poser un jugement moral sur la consommation des personnes.

Reconnaître des finalités propres à la réduction des risques

Les objectifs de la réduction des risques liés à l'usage des drogues, et en particulier la prévention du sida et des hépatites, ne doivent pas être confondus avec la prévention de l'usage de drogues. La prévention, le traitement et la réduction

des risques concourent ensemble à la promotion de la santé de la population en général et des usagers de drogues en particulier. Pragmatique, la réduction des risques intervient auprès des usagers de drogues, à tous les stades de leur consommation, de ses pratiques et de son insertion sociale. Les objectifs de la réduction des risques ne sont pas subordonnés à ceux de l'abstinence, du traitement ou de la répression de la criminalité.



Photo © Fotolia

préservatifs, analyse scientifique de substances, traitements de substitution, etc.

Faire évoluer les représentations sociales sur les usagers de drogues

L'usager de drogues véhicule généralement une image négative, relayée, entretenue, amplifiée voire générée par certains médias et discours politiques : asocial, dangereux, hors-la-loi, malade, etc. Ces représentations sociales négatives entretiennent la stigmatisation et l'exclusion des usagers de drogues. Renforçant ainsi les pratiques clandestines de ces derniers, elles

restreignent l'accessibilité aux dispositifs sociosanitaires et donc contribuent à augmenter les risques. Au défi de ces représentations sociales dominantes, la réduction des risques fait valoir la dignité des usagers de drogues tant auprès de publics spécifiques, tels que le monde politique, le monde associatif, les pharmaciens, les médecins, etc., qu'auprès du grand public.

Affirmer le droit de l'usager de drogues à la participation sociale

En dépit du statut illégal de certains de ses comportements, comme tout individu, l'usager de drogues a droit à la participation sociale, à la santé, à l'éducation, au travail, au respect. Pour autant que les moyens leur en soient donnés, la plupart des usagers de drogues sont capables d'agir de manière responsable vis-à-vis d'eux-mêmes et d'autrui, peuvent être acteurs de la société et de la réduction des risques liés à l'usage de drogues. Il n'y aurait, par exemple, pas d'échange de seringues sans la participation responsable des usagers de drogues.

Principes d'intervention

Ne pas banaliser l'usage de drogues

Les interventions de réduction des risques ne visent ni à encourager ni à décourager l'usage de drogues. La réduction des risques se préoccupe de ne pas banaliser le recours aux drogues.

Donner aux usagers de drogues les moyens de réduire les risques

La réduction des risques s'attache à rendre accessible l'information sur les risques et les manières de les réduire et, au-delà, à procurer des outils pratiques tels que matériel stérile d'injection,

Encourager les prises de responsabilité des usagers de drogues

Les interventions de réduction des risques visent à permettre aux usagers de drogues de s'appropriier les moyens et outils afin de réduire les risques pour eux-mêmes, leur entourage et la société. Elles soutiennent la création et le développement d'associations d'autosupport.

Aller à la rencontre de l'usager de drogues dans son milieu de vie

La rencontre des usagers de drogues est activement recherchée par les intervenants de réduction des risques. Ils privilégient l'approche « de proximité » c'est-à-dire l'intervention dans les lieux de vie mêmes des usagers de drogues, en rue, en prison, au travail, en milieu festif, etc.

Faire participer les usagers de drogues

Les interventions de réduction des risques se développent sur base de l'articulation entre le savoir scientifique, les connaissances tirées de l'expérience des usagers de drogues et leurs préoccupations. Ainsi, nous considérons comme essentiel le partenariat avec des usagers de drogues à tous les stades des interventions, depuis leur élaboration jusqu'à leur évaluation.

Sensibiliser les professionnels de différents horizons aux interventions

Les interventions de réduction des risques visent à associer dans nos interventions toutes les personnes en contact ou susceptibles d'être en contact avec des usagers de drogues (pharmaciens, employés communaux, agents pénitentiaires, agents de protection de l'environnement, agents de police...).

Développer une réflexion et une évaluation constantes

La dimension expérimentale du champ de la réduction des risques et les questions éthiques qu'elle soulève imposent une évaluation constante des interventions, des pratiques et des besoins ainsi qu'une recherche sur les objectifs et les méthodes.

Les défis de la recherche en promotion de la santé : vers une science des solutions

Juliette Vanderveken

Un matin ensoleillé aux prémices de l'été, les acteurs du secteur de la promotion de la santé se sont retrouvés sur les bancs du campus bruxellois de l'UCL. Conviés par le RESO (le service universitaire de promotion de la santé de l'UCL) pour une matinée d'échange, nous étions impatients de venir écouter cette grande dame de la promotion de la santé, Christine Ferron¹. Au programme, une ambitieuse question : « Partenariats acteurs-chercheurs-citoyens et décideurs politiques : pourquoi et comment travailler ensemble ? » Avec la contribution du RESO, Éducation Santé vous propose un retour sur cette matinée.

Des données probantes, une absolue nécessité

« Pourquoi travailler ensemble ? Pour produire et diffuser des données probantes en promotion de la santé », c'est ainsi que démarre la présentation de Christine Ferron. Tout sourire et d'une façon toute professorale (dans son riche parcours, elle a aussi enseigné), la première partie de son exposé porte sur ces données probantes et les enjeux capitaux qu'elles représentent en promotion de la santé.

La préoccupation n'est pas nouvelle bien entendu, mais il est indéniable que les termes « evidence-based² », « programmes modèles », « fondés sur la science »... sont en vogue, notamment auprès des politiques et autres pouvoirs subsidiaires. L'OMS définit ces données fondées sur des preuves comme « des conclusions tirées de recherches et autres connaissances qui peuvent servir de base utile à la prise de décision dans le domaine de la santé publique et des soins de santé ».

Suivant cette définition, ces données peuvent être issues d'autres lieux que la recherche scientifique. Christine Ferron revient de long en large sur ces « autres lieux » tels que la littérature grise³, ou encore sur leurs diverses natures (des données tacites issues de l'expérience des

acteurs de terrain, des données contextuelles, etc.). On parle d'« evidence iceberg⁴ » pour désigner la quantité gigantesque de données probantes existantes et « tout l'enjeu de faire remonter à la surface ces données issues de l'expérience, en général mal connues, mal diffusées mais néanmoins essentielles ». Pour cela, des partenariats entre acteurs, chercheurs et décideurs devront se mettre en place...

Les enjeux pour le secteur sont en effet gigantesques, que ce soit pour prouver l'efficacité de la promotion de la santé (« Hé oui, on en est encore là aujourd'hui » soupire M^{me} Ferron avec un air goguenard), l'augmenter et améliorer ses actions, etc. On ne vous apprend rien en affirmant que notre secteur souffre encore parfois d'un manque de crédibilité. Par ailleurs, l'enjeu est aussi éthique : « Une démarche non probante peut être une démarche inutile, inefficace, voire délétère. Prenons par exemple le cas des recommandations de couchage des bébés dans les années '80 – sur le ventre – qui étaient intuitives mais pas basées sur des preuves... et il s'est avéré que ces recommandations étaient délétères pour les cas de mort subite du nourrisson. »

La notion d'utilité se pose aussi d'emblée lorsqu'on parle de données probantes. En effet, déployer des moyens

considérables pour tirer des conclusions « de bon sens » ne nous avancera pas beaucoup. Mais il faut aussi que les recommandations issues des résultats des recherches « collent » avec les réalités de terrain et les pratiques, et soient jugés éthiquement acceptables. L'utilisation de la peur auprès du public par exemple est depuis longtemps remise en cause. Pour éviter d'entendre « ceux du terrain » dire « tout ça, ce n'est que de la théorie de labo », pour éviter que des programmes complexes soient mal compris et réduits à quelques résultats attendus dans les conclusions d'une recherche, la rencontre entre les personnes issues de la recherche et ceux qui mettent en place des projets de promotion de la santé est absolument nécessaire. Christine Ferron parle même d'une nécessaire « acculturation et reconnaissance réciproque aux principes méthodologiques et éthiques de leurs secteurs d'intervention respectifs, et à leurs contraintes et ressources respectives ».

Avant de revenir sur ces incontournables rencontres entre acteurs (dans le but de créer des partenariats de recherche, qui vont guider l'action avec des données probantes, donc utiles... vous me suivez ?), Christine Ferron assure nos bases théoriques et nous explique la recherche interventionnelle.

1. Déléguée générale de la Fédération nationale d'Éducation et de promotion de la santé (FNES) en France.

2. « Fondé sur des preuves » en anglais.

3. On entend par là toute la masse de publications « non conventionnelles » (non gérées par l'édition) comme les rapports de réunion, les mémoires d'étudiants, etc.

4. UIPES, 2004.



Photo © Fotolia

Vers une science des solutions

« Il existe un mythe tenace et pernicieux en santé publique, selon lequel la connaissance des mécanismes et des facteurs de risque des maladies constitue un savoir suffisant pour planifier des interventions de prévention et de promotion de la santé des populations⁵ », expriment très justement Louise Potvin et consorts. Et Christine Ferron d'ajouter : « Louise Potvin l'explique comme tel : il existe une science des problèmes, fortement investiguée, et une science des solutions. Tout un pan de la recherche actuelle va s'intéresser à tester des solutions, c'est-à-dire tester la mise en œuvre d'actions pour répondre aux problèmes identifiés, optimiser les modalités d'implantation de ces actions, etc. La recherche interventionnelle en promotion de la santé se positionne dans le cadre de cette science des solutions et plutôt du côté des approches populationnelles, voire environnementales ou sur les écosystèmes. »

La recherche interventionnelle en promotion de la santé regroupe en soi tous types de recherches, allant de l'épidémiologie sociale à la recherche évaluative, en passant par la recherche en sciences sociales... L'éventail est large. Peu importe le type, du moment que cette recherche « utilise des méthodes scientifiques pour produire des connaissances sur les interventions, les programmes ou les politiques (que ce soit dans le secteur de la santé ou d'autres) dont les finalités sont

- d'avoir un impact favorable sur les déterminants sociaux, culturels et environnementaux de la santé dans une population;
- d'agir sur la répartition des facteurs de risque et de protection dans cette population, de réduire les inégalités sociales de santé⁶. »

La recherche interventionnelle s'applique à des interventions de nature complexe, qui caractérisent les approches en promotion de la santé. Elle peut porter sur toutes les étapes de la résolution des

problèmes (et donc de la mise en place des solutions...) : la pertinence et la cohérence des interventions, son adaptation dans le contexte local et l'évolution de ce contexte à la suite de l'application du projet ou programme, ou plutôt l'objectivation du lien entre l'évolution du contexte et l'intervention en elle-même.

Car la question de la transférabilité de l'intervention est tout à fait centrale et étudiée explicitement. La recherche interventionnelle ne se concentre pas tant sur l'évaluation des résultats obtenus d'une intervention en promotion de la santé que sur l'analyse et la compréhension des effets, des processus et des mécanismes à l'œuvre. Elle se distingue ainsi des recherches évaluatives, à ce jour plus courantes dans le milieu.

La recherche interventionnelle, vectrice de partenariat acteur-chercheur

Revenons donc à la question centrale, celle du partenariat entre acteurs, chercheurs, citoyens et décideurs politiques. Christine Ferron nous emmène au Pays de Redon, en Bretagne, pour nous conter l'expérience formidable qui y a été menée. Une vaste intervention intersectorielle de promotion de la santé a été montée sur plusieurs années, sous-tendue dès sa conception par une recherche interventionnelle. Cela a abouti notamment à la mise en place d'une assemblée locale de santé qui regroupe des décideurs, des citoyens, des acteurs... Nous ne détaillerons pas ici toute l'expérience mais sachez que celle-ci est décryptée dans l'ouvrage « Intervenir localement en promotion de la santé. Les enseignements de l'expérience du Pays de Redon - Bretagne du Sud »⁷.

La question des partenariats entre les différentes parties prenantes se trouve donc à la source, tout au long du processus, et dans le résultat et la pérennisation du programme. Questions-réponses avec la salle.

5. Cf. Recherche interventionnelle en santé publique : Quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble : portfolio page 15.

6. Hawe P., Potvin L. (2009) What is population health intervention research? Revue canadienne de santé publique, 100 <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/1748/1933>

7. cf. portfolio page 15.

La participation citoyenne

D'emblée, une personne interpelle Christine Ferron sur la question de l'implication des citoyens de manière générale, comment procéder ? « *Toutes ces questions mobilisent notre expertise en promotion de la santé. En tant qu'acteurs de promotion de la santé, on dispose déjà de nombreux outils et d'un savoir-faire pour impliquer les personnes dans nos projets. Dans le cadre d'une recherche interventionnelle, on peut s'appuyer sur les mêmes ressources, les acteurs-relais, etc. L'enjeu sera plutôt de maintenir leur intérêt pour le projet, ce qui veut dire qu'à aucun moment, ils ne doivent se sentir exclus, manipulés ou instrumentalisés.* »

Quid des rapports de pouvoir ?

« *C'est vrai pour la recherche interventionnelle mais aussi pour les recherches participatives, collaboratives... : ça change les relations entre les acteurs concernés ! On ne peut pas monter ce type de projet en maintenant des hiérarchies fortes et descendantes. La co-construction est un élément-clé, avec un effet relativement durable d'après mon expérience. C'est aussi pour cela qu'il est indispensable au départ de travailler nos représentations réciproques.* »

Comment impliquer les décideurs et les chercheurs ?

L'implication des décideurs n'est pas une évidence... en tant qu'acteurs de promotion de la santé, on le sait déjà. Mais avec l'expérience du Pays de Redon, Christine Ferron nous donne une note d'optimisme : « *Au départ, ils n'avaient pas saisi l'enjeu et l'intérêt de notre démarche, les décideurs directement concernés par le processus ont laissé passer toute une année avant de réaliser ce qui se passait vraiment sur leur territoire. Le projet faisait parler de lui, notamment dans des colloques, des publications... Ils sont arrivés la deuxième année et ont pris leur place au sein du comité de pilotage. Une fois le bon interlocuteur impliqué (ça n'a pas été instantané, différentes têtes ont*

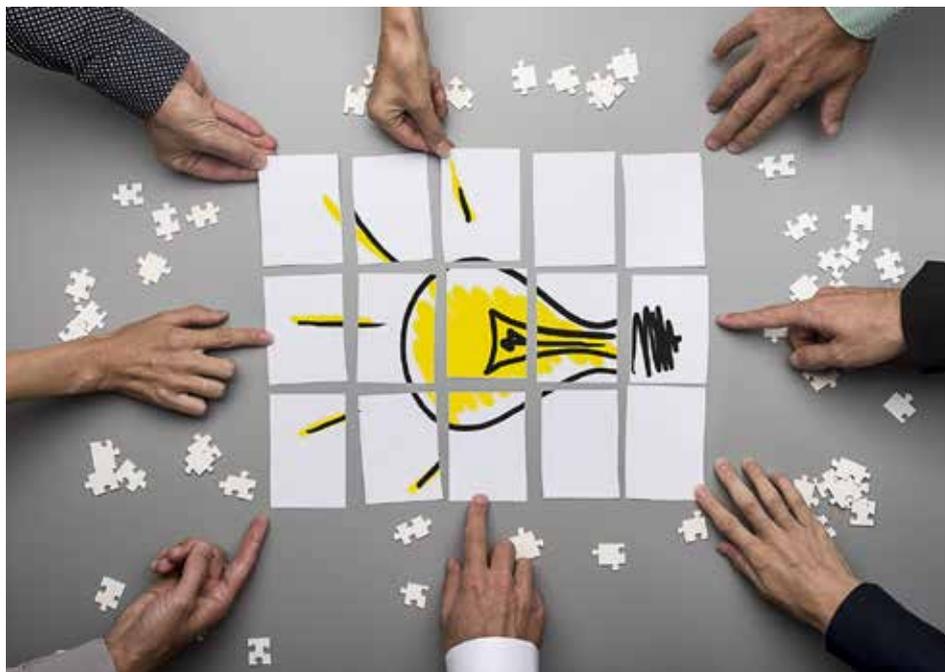


Photo © Fotolia

défilé), c'est devenu très intéressant. Les décideurs sont arrivés au moment-clé du projet où les chercheurs ont commencé à céder leur place et où il s'agissait de penser la suite. »

« *Selon moi, l'enjeu est plutôt de faire entrer les chercheurs dans cette dynamique participative. Ils n'ont en général pas l'habitude d'avoir en face d'eux des citoyens ou des représentants de la population auxquels on donne l'occasion de donner un avis sur un protocole de recherche, sur la façon dont certaines dimensions sont explorées...* »

Un traducteur-coordonateur

« *À chaque étape, il s'agit d'être attentif à la compréhension et à la validation des données théoriques, des choix méthodologiques, de constructions d'hypothèses, etc. Évidemment, cela prend du temps mais la réussite du projet en dépend. Il ne faut pas hésiter à faire en permanence des aller-retour à chaque étape du projet pour s'assurer que chacun est d'accord et a entièrement saisi ce qui se passe, le pourquoi, la formulation... Tout doit être très explicite. D'où l'enjeu de mettre en place dès le départ une fonction de traduction et de coordination.* »

« *De mon expérience, ce rôle (de traducteur-coordonateur) est joué par le pilote*

de l'intervention. Ne fût-ce que parce que nous autres, acteurs de la promotion de la santé, avons l'habitude des partenariats complexes, d'animer des dynamiques de groupe, de veiller à l'implication de tous. »

« *Bien que ce rôle échoie souvent aux acteurs de la promotion de la santé, une formation supplémentaire est tout de même requise. Pour jouer un rôle de traducteur, il faut maîtriser les deux langues et donc être un minimum formé à la recherche de manière à maîtriser le vocabulaire, les méthodes, la compréhension des concepts scientifiques. En France, ce type de formation de base à la recherche se développe de plus en plus. Attention toutefois, il n'est pas demandé aux chargés de projet de changer de métier, mais de s'équiper pour mener à bien ce nouveau type de partenariat.* »

Pour conclure, l'absolue nécessité de fournir des données probantes sur les actions et programmes en promotion de la santé n'est plus à démontrer. Mais au cours de cette matinée, Christine Ferron nous a fourni des pistes sur le « comment ». Basculer vers une science des solutions, un défi de taille à relever pour le secteur !

Pour visualiser le PowerPoint utilisé lors de la présentation de Christine Ferron : https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-reso/documents/CFerron-Bruxelles-22mai18_PPT.pdf

1. **Intervenir localement en promotion de la santé. Les enseignements de l'expérience du Pays Redon-Bretagne Sud**
You C., Joanny R., Ferron C., Breton E. Rennes (France) : École des hautes études en santé publique (EHESP). 2017. 191 p.
<https://www.ehesp.fr>
2. **Promotion de la santé : une dynamique d'échanges entre chercheurs et intervenants du terrain**
Sourimont M. Rennes (France) : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) Bretagne. *Horizon pluriel*. 2013/25. p. 16.
<http://irepsbretagne.fr>
3. **Recherche interventionnelle en santé publique : quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble**
Ferron C., Breton E., Guichard A. Saint-Denis (France) : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). *Santé en Action*. 2013/245. pp. 10-41.
<http://inpes.santepubliquefrance.fr>
4. **Collaborer entre chercheurs et acteurs de terrain ? Réflexions points d'attention et questions à se poser pour une collaboration fructueuse**
Periferia asbl. Bruxelles (Belgique). 2014.
<https://periferia.be/collaborer-entre-chercheurs-et-acteurs-de-terrain>
5. **Développer un projet de recherche interventionnelle en promotion de la santé : principes, outils, place et rôle de chacun**
Sizaret A., Sandon A. Dijon (France) : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) Bourgogne Franche-Comté. 2018. p. 28
<http://ireps-bfc.org>
6. **Recherche interventionnelle en santé publique, transfert de connaissances et collaboration entre acteurs, décideurs et chercheurs - le défi français de l'innovation**
Cambon L., Alla F. Montrouge (France) : Institut de Recherche en Santé publique. *Questions de Santé publique*. 2014/4 (Vol.27). pp. 1-4
https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/index.php
7. **Recommandations pour l'élaboration d'un projet de recherche interventionnelle en promotion de la santé**
Joanny R. Rennes (France) : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) Bretagne. 2014. p. 60
<http://www.cres-paca.org>
8. **La recherche en promotion de la santé. Actes du colloque du Pôle régional de compétences Lyon, janvier 2015**
Berger D., Boussouar M. Lyon (France) : Éditions des archives contemporaines. 2016. p. 94
9. **Global health promotion and population health intervention research**
Jackson S. New York (USA) : Sage Publishing. *Global Health Promotion*. 2017/3 (Vol.24). pp. 3-4
10. **Ce que l'intervention fait à la recherche dans un contexte de maladie grave**
Marchand A., Rollin Z. Laxou (France) : Société française de Santé publique (SFSP). *Santé publique*. 2015/3 (Vol.27). pp. 331-338
11. **Valoriser les résultats de la recherche auprès des acteurs de terrain**
Paris (France) : Fondation Internationale de la Recherche appliquée sur le Handicap (Firah). 2018. p. 76
<http://www.firah.org>
12. **Promotion de la santé basée sur des données probantes : un domaine émergent**
Juneau C-E., Jones C., McQueen D., et al. New York (USA) : Sage Publishing. *Global Health Promotion*. 2011/1 (Vol.18). pp. 122-133
13. **Analyser la transférabilité d'une intervention : application du modèle fonctions clés/implémentation/contexte à un programme de prévention du diabète**
Fianu A., Villeval M., Naty N., et al. Laxou (France) : Société française de Santé publique (SFSP). *Santé publique*. 2017/4 (Vol. 29). pp. 525-534
14. **La complexité : concept et enjeux pour les interventions de santé publique**
Pagani V., Kivits J., Minary L., et al. Laxou (France) : Société française de Santé publique (SFSP). *Santé publique*. 2017/1 (Vol. 29). pp. 31-39
<https://www.cairn.info>
15. **Unpacking Black Boxes : Mechanisms and Theory Building in Evaluation**
Astbury B., Leeuw F. New York (USA) : Sage Publishing. *American Journal of Evaluation*. 2010/3 (Vol.31). pp.363-381

⁸ Toutes les ressources mentionnées sont disponibles au centre documentaire UCL/IRSS - RESO ou en ligne



ÉDUCATION SANTÉ

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

Sommaire

RÉFLEXIONS

- 2 Et si on repensait notre système de soin ? Une vision positive...
par *Juliette Vanderveken*

INITIATIVES

- 5 Ainsi font font font... les villes pour tenter de réduire les inégalités sociales de santé
par *Anne Le Pennec*
- 6 Réseau festif bruxellois, une coordination des actions de promotion de la santé en milieux festifs par *Marie François*

REPÈRES

- 12 Les défis de la recherche en promotion de la santé : vers une science des solutions
par *Juliette Vanderveken*

Sur notre site
www.educationsante.be

Retrouvez tous nos articles complets et bien plus encore sur notre site internet www.educationsante.be.

Éducation Santé est aussi présente sur les réseaux sociaux. Vous pouvez y suivre toutes les actualités du secteur, que ce soit sur Facebook ou sur Twitter : www.facebook.com/revueeducationsante ou www.twitter.com/EducationSante

Votre avis nous intéresse !

À la veille des 40 ans de la revue Éducation Santé, nous souhaitons recueillir votre avis afin d'améliorer le contenu, le visuel et surtout d'être en phase avec vos besoins. En collaboration avec l'asbl Question Santé, nous organisons deux focus groupes pour réaliser cette démarche.

Ils auront lieu à Namur pour l'un et à Bruxelles pour l'autre :

- le jeudi 20 septembre de 10 à 12 h à la Mutualité Chrétienne de Namur, 55 rue des Tanneries, 5000 Namur;
- le mardi 2 octobre de 10 à 12 h à l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes, 579 chaussée de Haecht, 1031 Schaerbeek.

Si cette proposition vous intéresse et si l'une de ces dates vous convient, inscrivez-vous via la boîte mail de la revue Éducation Santé : education.sante@mc.be
Pour vous remercier de votre participation, une collation sera prévue ainsi qu'une rétribution de 20 €.

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

Abonnement : gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

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

Ont collaboré ce mois-ci : Anne Le Pennec, Marie François, RESO-UCL.

Rédactrice en chef : France Gerard
(education.sante@mc.be).

Secrétariat de rédaction : Manon Gobeaux.

Journalistes : Manon Gobeaux, Juliette Vanderveken.

Contact abonnés : education.sante@mc.be.

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

Comité opérationnel : Pierre Baldewyns, Manon Gobeaux, Anne-Sophie Poncelet, Caroline Saal, Marinn Trefois, Juliette Vanderveken.

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

Mise en page : Muriel Logist.

Impression : Hayez.

Routage : JMS Mail +.

ISSN : 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

Pour tous renseignements complémentaires :

Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles ou Éducation Santé.

Internet : www.educationsante.be.

Courriel : education.sante@mc.be.

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

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

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



Avec le soutien financier de la Wallonie



Imprimé sur papier blanchi sans chlore
Emballage recyclable.

