

NEIN

DÉCEMBRE 2018

350

ÉDUCATION SANTÉ

B
SOCIAL
MEDIA
CO
RING
BLOG
FR

*Les nouveaux usages en matière
d'information-documentation santé*



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

www.educationsante.be

DOCUMENTATION

Les nouveaux usages en matière d'information-documentation santé, des pistes de réflexion

Juliette Vanderveken

La transformation digitale n'est pas un sujet nouveau pour les documentalistes. Au contraire, chargés d'aider les acteurs et le public à bien s'informer, ils font figure de pionniers en ayant pris ce virage très tôt via la création de bases de données, d'outils de veille, de portails d'information... Aujourd'hui pourtant, l'impact de cette évolution auprès des usagers est énorme. Dans un contexte de surabondance de l'information, de dématérialisation et de sentiment d'accès immédiat à celle-ci, force est de constater que les usages et pratiques ont évolué et que les frontières des métiers de l'information évoluent. Le Réseau bruxellois de Documentation Santé (RBD Santé)¹ a organisé une matinée d'étude avec les acteurs du secteur pour pousser la réflexion sur ces nouveaux usages et sur le (nouveau ?) rôle que peuvent endosser les acteurs de santé et les professionnels de l'information.

Le contexte s'est radicalement transformé ces dernières décennies. Comme le souligne **Bernadette Taeymans**² invitée à introduire la matinée, « à l'époque, le militantisme était de mettre les informations santé à destination du public parce qu'elles étaient détenues par le pouvoir médical. Aujourd'hui, nous sommes dans une tout autre réalité, avec la difficulté de savoir comment se retrouver dans une surabondance d'information et avec des informations pas toujours fiables, que ce soit pour les professionnels ou pour le public lui-même ». Bien entendu, le sentiment d'accès à toute l'information existante est à relativiser fortement : la plupart des publications scientifiques ne sont accessibles et compréhensibles que par les experts, les algorithmes d'internet nous enferment de plus en plus dans des silos d'information/de contenus, etc. Un autre paramètre majeur à prendre en compte est le rôle prépondérant des communautés d'usagers dans la co-construction de l'information et dans la légitimité et la confiance qu'on attribue à une source, qu'elle soit issue du monde scientifique, des pairs...

Dès lors, quel rôle pour le documentaliste santé... et les acteurs de santé de manière

plus globale ? Un rôle de **communicateur** (« celui qui maîtrise le web 2.0 ») ? Celui d'**animateur** pour favoriser les échanges ? Un médiateur pour faciliter l'accès aux sources d'information ? Un **facilitateur** pour rendre celle-ci compréhensible ? Ou un peu de tout cela à la fois ?

Revenons sur les initiatives présentées au cours de la matinée qui s'est tenue à l'Observatoire du sida et des sexualités de l'Université Saint-Louis - Bruxelles.

La capitalisation issue de l'expérience

Une petite mise en contexte s'impose pour présenter cette initiative française en cours de construction. Au départ nommée InSPIRe-ID et désormais pilotée par le Ministère de la santé français, une initiative a vu le jour en 2013 en France de construire un portail d'accès aux données probantes et prometteuses pour l'ensemble des professionnels du champ de la santé publique (axe 1, porté par Santé publique France), ainsi qu'un accompagnement et un support des acteurs à l'accès et l'usage de ces données probantes via des formations



Photo © Adobe

(axe 2), le développement de la recherche interventionnelle (axe 3). La construction du portail de données probantes (c'est-à-dire l'axe 1) comprend notamment la mise en place d'un outil de capitalisation de l'expérience. C'est de ce travail en cours plus particulièrement que vient nous parler **Anne Laurent**³, en nous partageant aussi toutes les questions que cela soulève, les difficultés et parfois les contradictions à surmonter...

L'enquête menée par la SFSP le montre dans l'encadré ci-contre : les principaux freins à la recherche, à l'utilisation et à la production de données probantes pour appuyer les actions de promotion de la santé sont l'absence d'un paysage

1. Le RBD Santé est un réseau métier de professionnels de la gestion de l'information dans le secteur de la promotion de la santé en région bruxelloise, fondé en 2000.

Il regroupe le CEDIF – Fédération laïque des Centres de Planning Familial (FLCPF), le Centre de documentation santé Bruxelles (CDSB) asbl (& CBPS – Centre bruxellois de Promotion de la Santé), Cultures & Santé, le FARES – Fonds des Affections Respiratoires asbl, le Fil d'Ariane – L'Équipe asbl, l'Observatoire du sida et des sexualités – Université Saint-Louis - Bruxelles, Pédagogie interactive en Promotion de la Santé (PIPSa) – Solidarité, le Point Culture (Collection « Éducation pour la santé ») et le RESO – Service universitaire de Promotion de la Santé (UCL - IRSS). www.rbd.sante.be.

2. Directrice de Question Santé asbl.

3. Chargée de mission à la Société française de Santé publique (SFSP).

favorable dont l'absence de moyens, la non-reconnaissance des compétences et des besoins d'accès celles-ci, etc. C'est pourtant paradoxal ! Nous ne sommes pas sans savoir qu'appuyer ses actions par ces fameuses données probantes est devenu un critère incontournable exigé par les financeurs et les pouvoirs publics.

De plus, « la capitalisation de l'expérience est d'autant plus nécessaire dans le champ spécifique de la promotion de la santé. On retrouve en effet une somme importante d'actions menées qui partagent les caractéristiques d'être peu visibles, réalisées à petite échelle, avec des financements restreints et implantées de manière très locale. [...] Ces actions relèvent de l'expertise de professionnels ou de non professionnels (elles ne sont pas forcément coordonnées par des acteurs de promotion de la santé ou même de la santé publique). Elles sont très rarement et très peu évaluées de manière approfondie, les modèles théoriques sous-jacents ne sont souvent pas identifiés, etc. » Et pourtant ces actions constituent une mine de connaissances peu ou pas exploitées.



Photo © Adobe

Mais comment faire émerger de la connaissance à partir de cette multitude d'expériences qui parfois « sans même le savoir » traduisent en acte des concepts théoriques et des stratégies que la littérature décrit comme efficaces ? Comment ensuite traduire, organiser, partager et rendre utile cette

connaissance, tant pour les professionnels de santé que les politiques et les citoyens ?

Une méthode en cours d'élaboration

Forts de diverses expériences, les membres du groupe de pilotage n'ont pas souhaité mettre en place une base de données qui recense une masse de fiches-actions peu détaillées, peu ou pas exploitables donc exploitées, comme il en existe déjà. Ils se sont inspirés des approches compréhensives (« un va-et-vient entre l'expérience et les modèles théoriques »), dans une démarche empirique, pour construire une méthode de capitalisation de l'expérience. Pour penser cette approche, le groupe de pilotage s'est inspiré d'initiatives similaires dans le champ de l'environnement (et plus particulièrement le développement durable), mais aussi dans le *knowledge management* en entreprise ou auprès du secteur des ONG humanitaires (comme Handicap International) par exemple. La méthode est pensée comme un processus d'accompagnement afin que la connaissance qui émerge soit rendue partageable.

Un questionnaire de la Société française de Santé publique pour déterminer les besoins des acteurs

En 2013, la Société française de Santé publique (SFSP) a envoyé à tous les acteurs de santé publique (parmi lesquels les acteurs de promotion de la santé) un questionnaire en ligne pour avoir une idée de leurs besoins en matière d'accès à l'information, de leurs rôles de « producteurs de connaissance », mais aussi les principaux obstacles qu'ils rencontrent. Quatre cent huit acteurs⁴ du champ de la santé publique ont répondu, les résultats permettent de tirer une photographie de la situation.

En matière d'accès et d'utilisation des données produites :

- plus de la moitié évoque des difficultés à repérer et se procurer des ressources documentaires.

- la majorité ne s'appuie pas sur des ressources documentaires pour élaborer des projets.
- un quart est accompagné pour identifier les ressources. (« documentalistes deviennent des denrées rares en France, et la raison principale est à chercher dans les moyens alloués » A. Laurent)
- 60 % n'ont pas accès aux bases de données scientifiques.
- 70 % n'ont pas de budget dédié
- 60 % ne maîtrisent pas l'anglais (une réalité uniquement française ?)
- 40 % mentionnent des difficultés d'opérationnalité de données disponibles

Pour ce qui est du rôle de « producteurs de connaissance » :

- des productions essentiellement sous

forme de rapports synthèses ou de rapports pour les bailleurs

- moins de 20 % de production d'articles/données partagées dans le cadre de publication ; moins de 5 % d'articles publiés dans des revues à comité de lecture. Ces données sont très peu diffusées en dehors de leurs institutions.

Et les compétences et moyens qu'on y accorde :

- 12 % des fiches de poste intègrent un travail rédactionnel et/ou production de connaissances
- les deux tiers des structures n'ont pas de financement dédié à la production de connaissances

4. Pour être exact, 670 personnes ont répondu au questionnaire, mais 408 d'entre elles l'ont complété jusqu'au bout.

Plus concrètement, ce dispositif prend la forme de rencontres entre un « capitalisateur » et les porteurs de projets, qui se construit en trois niveaux de capitalisation (qui va du plus simple au plus complexe) selon l'ampleur de l'action. Dans le premier niveau, par exemple, seul le porteur de projet est rencontré. Dans le second niveau, on prend en compte aussi les propos d'un partenaire qui a participé à l'action.

Quel que soit le niveau utilisé, une fois la « carte d'identité » de l'action établie (c'est-à-dire une description habituelle de projet), un entretien semi-directif d'une durée de deux à trois heures environ a lieu. L'objectif est de détricoter entièrement le projet avec l'interlocuteur, c'est-à-dire décrire très finement le contexte et les stratégies d'action, travailler les leviers et les freins du projet et identifier avec eux les éléments-clés du projet en matière de stratégie, de compétence..., mais aussi traiter tout ce qui relève de la mobilisation du public, de la perception de transférabilité de l'action, etc. Ces entretiens sont ensuite retranscrits et analysés par le capitalisateur. L'étape suivante est alors d'illustrer tout ce travail par des publications scientifiques essentielles qui vont décrire les stratégies mises en place comme probantes⁵. « *On fait le travail 'à l'envers' car de nombreux professionnels de terrain ne se sont pas appuyés sur ces données scientifiques au départ, le plus souvent pour les raisons évoquées plus haut – et par conséquent, leurs actions ne sont pas reconnues – alors qu'ils ont une telle expertise du terrain que le plus souvent, les stratégies utilisées sont intéressantes, les leviers sont pertinents, etc. [...].* »

À ce jour, le guide pour réaliser les entretiens a été validé et le dispositif est expérimenté avec une quinzaine d'entretiens. Les fiches rédigées vont faire l'objet d'un retour auprès des promoteurs et d'un test auprès d'usagers.

Les enseignements que l'on peut déjà en tirer... et les nombreuses questions

Une des principales plus-values de cette méthode par entretiens qualitatifs est le processus d'autoformation auprès des acteurs de terrain rencontrés. En effet, « *on leur offre un temps qui leur permet d'avoir une vision réflexive sur leur action. Cet aspect est très apprécié et permet un questionnement, une ébauche d'évaluation, une aide à prendre conscience du caractère construit des actions...* »

En revanche, plusieurs difficultés et questions se posent. D'une part, du point de vue opérationnel, le processus requiert des moyens importants pour chaque action (le travail du capitalisateur par projet est estimé à 5 jours), des ressources doivent y être allouées et il s'agit d'aller à la rencontre de tous les projets, dont les actions « invisibles », méconnues, portées par des acteurs autres que ceux du secteur santé...

Mais les principaux obstacles à surmonter auparavant sont avant tout les réticences liées à la culture du « tout probant » définie comme la seule connaissance scientifique. « *Nous avons du mal à faire reconnaître cette connaissance expérientielle et sa singularité et notre processus comme pertinents, utiles et valides car ce que les financeurs des projets attendent, c'est surtout qu'on fournisse des preuves scientifiques de l'efficacité de ces actions... Or la capitalisation d'expériences n'a pas pour visée de fournir des preuves de cette nature, mais de donner à voir des stratégies, de produire des idées et inspirer les porteurs de projets, et de créer du lien entre des données scientifiques et le terrain, de montrer que les acteurs de terrain déclinent de manière originale des connaissances liées à leur expertise propre mais dont on retrouve souvent des éléments dans la littérature scientifique. Il s'agit d'illustrer le 'comment faire', peu décrit dans la littérature. Notre idée n'est pas non plus de fournir des données en matière d'efficacité sur l'état de santé d'une population [...]. Cela relève d'autres disciplines ou*

méthodes. Nous ne souhaitons pas non plus créer une base de données 'normalisante', ou normative qui modéliserait les actions de terrain comme un catalogue d'actions 'qui marchent' à répliquer. » Ces réflexions amènent leur lot de questions sur la présentation et la transmission du travail de capitalisation (faut-il prévoir un rendu différent suivant les usages : pour les porteurs de projets ? Pour les politiques – auxquels seraient transmises plutôt des analyses transversales ? Etc.).

« Cela m'amène à une autre question que l'on se pose : pourrait-on faire de la capitalisation sur les échecs cuisants ? [...] Ça apporterait énormément... mais ce n'est pas vraiment dans l'air du temps d'aller parler de ce qu'on a raté. [...] Cela pose aussi de nombreux défis pour identifier ces actions, interroger les acteurs, ne pas faire peser le regard des financeurs de ces actions, etc. »

Par ailleurs, la place des usagers et des participants aux actions est mise en question dans l'ensemble du processus de capitalisation. Des réflexions au sein du groupe de pilotage sont en cours.

La construction et la prise en compte des savoirs profanes

La place des usagers non professionnels de santé est justement abordée via la présentation de Seronet.info par **Sophie Fernandez**⁶ et nous apporte un autre éclairage sur les nouveaux usages en matière d'information santé. Lancé en 2008, ce site web (2.0) dédié aux personnes vivant avec le VIH « *qui fonctionne dans une démarche communautaire et participative* » compte 20 300 inscrits (appelés 'séronautes'). Ses objectifs

⁵ On parle bien entendu ici des actions et projets qui ont « fonctionné ».

⁶ Coordinatrice pour le secteur Nouvelles stratégies de santé de Aides, responsable de Seronet.

sont notamment de combattre l'isolement et de permettre de s'informer et d'échanger. L'anonymat constitue un élément essentiel dans le fonctionnement du site.

En ce qui concerne la recherche d'information, il est intéressant de constater que le site dispose de deux entrées distinctes : un onglet « actualités » et un onglet « communauté » qui « *sont complémentaires et imbriqués* » comme nous le verrons par la suite. D'une part, le premier volet reprend l'ensemble de l'actualité nationale et internationale et brosse des sujets allant des questions thérapeutiques, épidémiologiques jusqu'aux actualités politiques et même culturelles. Il permet aussi de réaliser des sondages auprès des séronautes (qui n'ont pas une visée scientifique mais qui donnent une photographie à un moment précis, qui permettent de prendre le pouls... ce qui peut se répercuter sur le second volet). D'autre part, le volet « communauté » quant à lui comporte des forums (déclinés en thématiques), mais aussi différents types d'espaces « *pour que tout le monde trouve sa place* » et le mode d'expression qui lui convienne, allant des témoignages, au chat, etc.

« Il ne faut pas oublier que dans l'histoire du VIH, le savoir profane issu de l'expérience et du vécu de la maladie a alimenté le débat scientifique dès le début de l'épidémie. »
(Sophie Fernandez)

« En offrant un accès diversifié à la connaissance sur le VIH, les hépatites et la prévention diversifiée, les enjeux sociaux et les politiques de santé, le suivi des conférences et les données épidémiologiques, Seronet implique les séronautes et offre une complémentarité avec les soignants par un savoir maîtrisé. D'une part, les informations publiées sont discutées au sein de la communauté et d'autre part, les sujets portés par la communauté sont traités par



Photo © Adobe

l'équipe éditoriale (ndlr : la coordinatrice du projet, appuyée par un journaliste qui écrit pour Seronet et des contributeurs occasionnels) *pour apporter une information exhaustive et alimenter le débat.* »

On le constate, ici le porteur de projet endosse à la fois un rôle de communicateur (par la maîtrise de la plate-forme), de facilitateur (pour rendre l'information accessible), mais aussi de médiateur (pour faciliter l'accès aux sources d'information). Il s'agit tant de garantir le cadre et le respect de la charte (bien que la tendance soit plutôt de faire confiance au groupe pour l'autorégulation) que d'encourager la réflexion, d'outiller les séronautes et renforcer l'empowerment des individus et de la communauté qui se retrouve sur le site, comme nous l'explique Sophie Fernandez. Une attention particulière est portée sur les informations prosélytes (par exemple qu'elles puissent être clairement identifiées par les séronautes, qu'elles ne mettent pas en danger la santé d'autrui ou qu'elles ne soient pas encouragées, etc.).

Mais l'élément central de la présentation que nous retenons est la faculté de cet outil de changer la relation au savoir (de l'expert vers le profane, qui se trouve dans une situation de grande vulnérabilité qui plus est). En effet, les échanges se font entre les séronautes (la modération a lieu a posteriori) et valorisent ce savoir profane basé sur les expériences de chacun. On retient aussi la fonction d'observatoire de l'outil, qui a notamment permis d'arriver à la publication d'un guide *Vie positive* qui est « *issu du savoir profane mais qui est complémentaire avec le savoir officiel ou théorique* ». Ce guide permet notamment de renforcer le dialogue entre le patient et son médecin.

Diffuser de l'information, aussi un choix de posture

Enfin, la dernière intervention de la matinée, par **Claire-Anne Sevrin**⁷, nous apporte une troisième piste de réflexion. La présentation de « Yapaka », un programme transversal de prévention de la maltraitance infantile

7. Responsable de la cellule de coordination de l'aide aux enfants victimes de maltraitance de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

pour la Fédération Wallonie-Bruxelles, nous apporte un éclairage sur la posture dans laquelle peut se placer un professionnel de la santé (ou autre) pour travailler et transmettre l'information. Plus exactement, elle nous invite en tant que professionnels à nous questionner et à être bien au clair sur la posture que nous choisissons d'adopter et le type de message que nous portons.

La thématique de la maltraitance infantile est une thématique qui peut se révéler délicate à traiter auprès du grand public, le sujet tend facilement à « déchaîner l'opinion publique ». Il importe donc d'être au clair sur le message de fond que l'on souhaite faire passer. Et le contexte dans lequel Yapaka a vu le jour est éclairant : le programme est né en 1998 à la suite de l'affaire Dutroux, affaire sordide qui a très fortement marqué la Belgique, si besoin est de le rappeler. Dans les aspects de prévention de la maltraitance infantile, l'équipe du projet a fait le choix de ne pas accentuer le focus sur les drames « *marginiaux mais qui font la une de l'actu* » pour essayer d'avoir une

représentation au plus proche de ce qu'observent les professionnels de la prise en charge de ces familles et de ces enfants (car la maltraitance infantile concerne avant tout la cellule intrafamiliale et potentiellement tout un chacun). Un long travail sur les représentations s'est lancé (et continue aujourd'hui) dont le choix en matière de prévention et de message public est de dire : il n'existe pas de réponse toute faite du genre « y'a qu'à faire ci, y'a qu'à faire ça »... mais justement « y'a pas qu'à... », le sujet est bien plus complexe et la meilleure prévention (de large spectre) est de valoriser la confiance, soutenir la cellule familiale⁸, etc.

Pour conclure en quelques mots...

La matinée d'étude a brossé des projets et des questions très différentes sur les nouveaux usages en matière d'information et de documentation santé, mais qui semblent pour chacune avoir fait écho auprès de la salle, dans les questionnements des

professionnels présents. La méthode de capitalisation de l'expérience portée par la SFSP a attisé les curiosités et suscité des questions quant à son évolution, nous suivrons de près l'évolution de ce projet.

Surtout, il ressort des échanges avec la salle que toutes ces initiatives posent la question du gap, voire des tensions, entre le savoir des experts et celui des usagers, ou comment garder le lien entre ces deux réalités de manière à ce qu'elles s'enrichissent et se soutiennent l'une l'autre ? Les questions sur la transmission et transférabilité des savoirs restent nombreuses... mais toutes se doivent d'être réfléchies à l'éclairage des inégalités sociales de santé.

Pour en savoir plus...

Les supports de chacune des interventions sont disponibles sur le site du Réseau bruxellois de Documentation en promotion de la Santé (RBD Santé) : <http://www.rbdsante.be/matinee15102018/>

⁸ Claire-Anne Sevrin illustre ce soutien par divers exemples tels que réapprendre le jeu aux parents, la campagne « Un enfant difficile a toujours quelque chose à nous dire », etc.

INITIATIVES

La qualité de vie, un enjeu communal

« Santé, Communauté, Participation » asbl (SaCoPar)

À partir des années 2000, l'association « Santé, Communauté, Participation » (SaCoPar) a accompagné différents programmes « Communes et santé » développés à l'initiative des différents ministères de la Santé de la Communauté française qui se sont succédé. C'est près d'une centaine de projets, portés par des communes et des CPAS, en Wallonie et à Bruxelles, qui ont bénéficié d'un financement pour les mener à bien. Ces programmes, centrés essentiellement sur la volonté de développer le bien-être des citoyens et sur la réduction des inégalités sociales de santé, se sont implantés entre 2001 et 2013. SaCoPar a œuvré à l'évaluation des processus de ces projets et observé leurs résultats. C'est sur base de leur analyse que la publication, parue cette année, « La qualité de vie, un enjeu communal »¹ a été réalisée.

Constats et expériences

De l'analyse de ces expériences locales, dans la durée et dans leur diversité, on peut retenir :

- l'émergence d'un nouveau paradigme de santé : la santé est le fruit des différentes activités de la vie sociale ; conditions sociales, scolarité, environnement, logement, mobilité, conditions de travail, etc.,

toutes régies par des choix et décisions politiques, dont un nombre important relève des compétences communales, - l'implication des différents secteurs qui concernent le quotidien des populations,

¹ La brochure est téléchargeable sur le site www.sacopar.be

- la nécessité d'une approche intégrée et transversale ainsi que de la participation citoyenne,
- la mise à jour des conditions pour des effets durables : des politiques et cadres administratifs locaux volontaires, un cadre politique régional incitatif, un réseau serré de tous les acteurs y compris des habitants, la prise en compte des besoins de la population,
- le besoin de formation et d'outils au service du personnel communal et leurs partenaires.

Rendre durables des mesures politiques qui favorisent la qualité de vie des habitants suppose que celles-ci soient inscrites au cœur des préoccupations des politiques et que soient interrogées les décisions prises en matière de politique publique. De nombreuses expériences illustrent l'intérêt et la faisabilité d'agir dans le domaine des villes et des communes. Le programme Villes Santé, lancé par l'OMS en 1986, actualisé en 2016 par la déclaration de Shanghai des Maires de villes, a impulsé une large dynamique en Belgique et dans toutes les régions du monde. Plus de 1300 villes et communes participent à ce programme en Europe dont une douzaine en Belgique. La stratégie « Villes santé » met en lumière l'impact de la santé sur le développement local. Pourtant, les évaluations d'impact, et plus largement l'émergence de Villes Santé, se développent peu en Belgique. La raison en est sans doute une question de moyens. Bien que des services permettant d'améliorer la santé globale constituent un maillon important de développement local. Ils devraient dès lors être considérés davantage comme un investissement plutôt qu'un coût. Au terme de ces nombreuses années d'accompagnement de projets communaux, la question de la prise de conscience, et de la conviction politique qui en découle, que les communes possèdent d'importants leviers pour améliorer la qualité de vie de leurs citoyens est apparue centrale voire primordiale. À cet égard, l'EIS (évaluation d'impact sur la santé) s'avère être un outil au service de cet objectif et un soutien structurant d'une volonté politique



Photo © Adobe

de faire des politiques communales des leviers de santé des habitants.

Questions pour un passage à l'acte

Dans cette perspective, SaCoPar a organisé, à Bruxelles et à Charleroi, en juin 2018, un séminaire de sensibilisation, d'échanges et d'analyse des préoccupations et besoins des acteurs communaux locaux, en lien avec les différentes dimensions révélées au cours de la démarche d'accompagnement des projets communaux. Il s'agissait d'interroger la prise de conscience de l'impact des politiques publiques communales sur la santé et d'explorer les moyens d'agir sur cette relation. Ces rencontres ont bénéficié de la collaboration de l'Observatoire de la santé et du social de la Région de Bruxelles- capitale, du Parlement bruxellois, de Charleroi Ville Santé et de l'association internationale S2D (Santé, développement durable) centre collaborateur de l'OMS. Celle-ci a pour mission de soutenir, notamment par la formation et les échanges d'expériences, le développement et l'implantation des évaluations d'impact sur la santé (EIS) du point de vue local.

Les questions, qui sont revenues le plus souvent chez les participants au séminaire, traduisent les interrogations suscitées

par la mise en œuvre. Elles soulèvent les points suivants :

- **la transversalité des dispositifs politiques** : liée à l'organisation des responsabilités politiques au sein d'une commune, au rôle de coordination incitative et soutenante du bourgmestre, à la culture collective du bien commun pour sa commune,
- **la vision partagée ou non du concept de santé au sein des acteurs communaux** : à cet égard le concept de qualité de vie est évoqué comme plus fédérateur, ainsi que l'opportunité de faire entrer la santé dans les préoccupations communales pour des besoins spécifiques, par exemple la qualité de l'air, de l'eau, le développement durable, l'animation des enfants et des jeunes, la cantine scolaire...
- **la présence des bonnes personnes au bon moment** : cela nécessite du repérage au sein des corps politiques, administratifs et techniques. L'existence d'un échevin ayant des compétences santé peut être déterminante, à condition qu'elles soient dotées de moyens financiers décents. L'important c'est d'œuvrer dans l'intérêt général et d'avoir une vision ouverte sur le bien commun.
- **la mobilisation des ressources locales** : les Cpas, les associations et les citoyens qui se mettent au service de la population et sont derrière la politique (mouvements

citoyens) et des ressources d'appui régionales (sont cités : CLPS, OSS, IPSA, Perspective Brussels). L'évaluation peu présente dans les projets : dans les communes, les opérateurs sont peu outillés à l'évaluation de projets, ils s'interrogent sur quels types d'indicateurs définir. Ils posent la question « Existe-t-il une aide à l'implantation des EIS ? »

En bref, le séminaire « La santé dans toutes les politiques communales et la qualité de vie, un enjeu communal » a mis en avant la nécessité :

- **d'un ancrage communal fort** : la santé dans toutes les politiques, comme une volonté politique inscrite dans le projet communal et des acteurs mobilisés, prêts à agir
- **d'un partage de l'expérience à l'échelle locale, régionale, fédérale et internationale** pour élargir les savoir-faire (les succès engrangés, les difficultés et les défaites, les astuces pour s'en sortir quand tout semble perdu),
- **de la mobilisation à tous les niveaux par le plaidoyer** (exprimer des besoins, suggérer des réponses, proposer des outils, montrer des résultats), de la prise de conscience de la nécessité, de l'utilité et de l'intérêt d'un accompagnement (outil tel que l'EIS, expertise).

Recommandations

Des recommandations formulées ici et lors des séminaires sont issues de la lecture critique des programmes locaux développés en Communauté française, des stratégies de mises en œuvre au travers de divers dispositifs de développement nationaux et internationaux : Villes Santé Oms, plans de cohésion sociale, contrats de quartiers durables, agenda 21 local... La plupart s'inscrivent dans des dynamiques de bien-être partagé au sein d'un territoire. On observe combien leurs objectifs



Photo © Adolphe

convergenents et la proximité des méthodes peuvent alimenter une nouvelle dynamique territoriale sur la commune. Inscrire la Santé / Qualité de vie au cœur des politiques communales peut utilement enrichir ces dispositifs et vice versa. L'interaction des pratiques et des concepts théoriques produit une somme de connaissances et de pistes d'actions régulièrement affinées, dont les acteurs peuvent utilement faire usage.

Quelques brèves lignes de force « recommandables » sont issues de cette confrontation de l'expertise aux réalités de terrain :

- **une priorité** : développer des facteurs favorables à la santé globale, en agissant dans le domaine des milieux de vie (école, logement, entreprises, loisirs), des quartiers (sécurité, infrastructures sportives, voiries), de l'environnement (hygiène, espaces verts, eau, circulation routière)
- **une stratégie de base** : soutenir la collaboration intersectorielle et la mise en réseau
- **une condition de pertinence et d'efficacité** : agir dans le domaine des collectivités territoriales
- **une option centrale** : développer une action communautaire dans le domaine

local avec la participation de tous les acteurs concernés, en impliquant la population de façon active, en valorisant et mutualisant les ressources locales, en réorientant les services de santé vers les besoins de la collectivité.

Des perspectives pour faire un pas plus loin

Tant l'expérience d'un accompagnement de plusieurs années, que les constats et attentes partagés avec les acteurs, conduisent à formuler des perspectives qui permettent une avancée de l'appropriation par les pouvoirs locaux de la dimension globale de la santé. Le débriefing, réalisé avec l'Observatoire santé-social bruxellois, conforte

cette option.

L'agenda institutionnel ouvre parfois des opportunités : il inscrit deux élections successives en 2 ans, l'une communale et l'autre fédérale et régionale, qui sensibilisent potentiellement les acteurs politiques et les citoyens sur les programmes politiques. Complémentairement, le Plan santé bruxellois, en voie d'adoption, intègre dans ses mesures le développement de l'évaluation de l'impact des politiques de santé. Il en prévoit une mise en place progressive et comportant une phase de sensibilisation auprès des différents acteurs politiques susceptibles d'y avoir recours. Il souhaite mettre cet outil d'aide à la décision à la disposition des ministres régionaux et communautaires, mais également à la disposition des pouvoirs locaux. Il est à espérer que le projet wallon, actuellement en gestation, aille dans le même sens.

Dès maintenant, le programme initié par SaCoPar travaillera trois axes, retenus comme fondateurs et complémentaires :

1. Développer une conscience et conviction en faveur de la santé globale et de

l'impact des politiques communales sur la qualité de vie des collectivités locales.

2. Promouvoir des stratégies territoriales pertinentes répondant aux besoins, déployant une mobilisation intersectorielle, de nature communautaire (sollicitant la participation de tous les acteurs)

3. Soutenir les politiques locales par l'appropriation de l'évaluation d'impact sur la santé, comme outil structurant

Ce programme s'adresse aux acteurs, actuels et futurs, de la santé des citoyens et ils sont nombreux. Les acteurs du terrain communal devraient y puiser des

ressources facilitantes pour intégrer la santé dans la « préoccupation » transversale de leurs politiques.

Pour en savoir plus

www.sacopar.be

Contact : coordination@sacopar.be

REPÈRES

Réseaux sociaux et changement de comportement alimentaire : quel potentiel ?

Manon Taravella, chargée de mission,
Direction de la Prévention et de la Promotion de la santé, Santé publique France

Première publication dans *La Santé en action* n° 444 – juin 2018¹

Pour les organismes publics, les réseaux sociaux sont un outil de promotion de la santé publique dans tous les domaines, nutrition incluse. La littérature scientifique montre que, pour être efficaces, les interventions doivent se fonder sur les théories psychosociales afin d'influer sur les comportements.



Photo © Adobe

d'individus (création de profils d'utilisateurs et communication avec d'autres personnes connectées). Les médias sociaux peuvent être des vecteurs d'information intéressants pour promouvoir des comportements favorables à la santé. En France, selon le CREDOC (baromètres du numérique 2017 et 2018), les réseaux sociaux sont de plus en plus utilisés (59 % de la population en 2017 contre 48 % en 2014). Cette progression est plus élevée parmi les personnes les moins connectées : peu diplômées et/ou disposant de faibles revenus et habitant en zones rurales. Cependant, des inégalités sociales subsistent : en 2017, les 18-24 ans et les plus diplômés étaient les internautes les plus connectés.

Les réseaux sociaux (par exemple, Facebook, YouTube, Google+, Twitter, Snapchat ou Instagram) font partie des médias sociaux au même titre que les applications

mobiles, blogs, forums santé, jeux en ligne, etc. Cependant, ils s'en différencient grâce à leurs fonctionnalités permettant aux internautes de créer un véritable réseau

Face à cet engouement, de plus en plus d'organismes de santé publique utilisent les réseaux sociaux pour atteindre leurs publics lors d'interventions en santé telles que des campagnes de prévention et de promotion de la santé.

¹ Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/sommaires/444.asp>.

En ce qui concerne le sujet de la nutrition plus spécifiquement, l'alimentation et les boissons représentaient, en 2017, le troisième thème de recherche des internautes le plus fréquent sur le moteur de recherche Google, après le sport et les voyages. Sur les réseaux sociaux, 208 millions de posts (messages) sont estampillés #food (hashtag « alimentation »), faisant de ce hashtag – outil qui permet de marquer un contenu avec un mot clé plus ou moins partagé – l'un des plus populaires. En effet, 29 % des internautes partagent des photos de plats (50 % pour les 18-24 ans) et 39 % donnent leur avis sur les marques et produits alimentaires².

Intérêts des réseaux sociaux lors d'interventions en santé

Comprendre les comportements et attentes des internautes

Les réseaux sociaux permettent d'analyser en temps réel les pensées des individus. Les organismes publics peuvent donc s'appuyer sur l'analyse des conversations et des commentaires des internautes pour élaborer des messages répondant aux besoins et attentes de leurs cibles.

Diffuser et partager de l'information

Les réseaux sociaux permettent de diffuser des messages à un nombre élevé de personnes, « là où les gens sont », c'est-à-dire dans un espace déjà occupé par les internautes. Ces messages pourront alors être partagés entre les individus. Le partage d'information sur ce support étant gratuit, les campagnes de santé publique peuvent alors facilement se propager d'un « ami » à l'autre, et permettre, a priori, un plus grand impact des messages de santé publique. Au-delà de l'intérêt du partage

massif, cette action est particulièrement importante car le bouche-à-oreille est un moyen puissant d'accroître la confiance des internautes. Il a du reste été montré que les personnes partagent de l'information sur Facebook quand elles pensent que celle-ci est bénéfique pour les autres³.

Créer de l'engagement

Les fonctions like (aimer), share (partager) et post (poster) des réseaux sociaux permettent des interactions et conversations entre internautes, mais également entre ces réseaux et les structures de santé publique. Le fait de recourir plus ou moins aux diverses fonctionnalités des réseaux sociaux constitue un engagement plus ou moins fort des utilisateurs pour le réseau social en question. Par exemple, une personne qui n'utilise que la fonction like est considérée comme moins engagée qu'une personne qui partage des publications. Tout l'enjeu des organismes de santé publique est donc de créer un haut degré d'engagement chez ses internautes; cet engagement influe positivement sur la motivation des individus, sur leur volonté à suivre l'intervention en santé jusqu'à sa fin et leur capacité à se sentir aptes à adopter des comportements sains⁴.

Points de vigilance lors d'interventions en santé sur les réseaux sociaux

La surcharge d'information

La grande disponibilité des réseaux sociaux induit un accroissement de l'exposition à une diversité de messages qui peut impliquer une surcharge d'informations⁵ et conduire à une exposition aux messages de santé publique plus difficile⁶. Cette abondance d'informations peut également

être délétère pour l'utilisateur qui se trouve face à des discours parfois discordants et des informations erronées, mais également pour les organismes de santé publique qui doivent s'assurer que l'information délivrée est correctement comprise par les internautes et correctement reprise, c'est-à-dire que les messages diffusés ne sont pas déformés⁷.

Le manque d'engagement et l'attrition

La plupart des études qui évaluent les interventions en santé menées via les réseaux sociaux n'attestent d'un bon niveau d'engagement que sur une courte durée (moins de 4 semaines) avec une diminution progressive de la participation sur cette période⁸. Ce déclin rapide de l'engagement est probablement dû à la difficulté de motiver les internautes dans un environnement évoluant sans cesse et dans lequel les organismes doivent toujours être en interaction avec les utilisateurs. Du fait des conséquences négatives d'un manque d'engagement sur l'efficacité des interventions, les organismes de santé doivent donc rester vigilants face à cette problématique et à l'attrition élevée qui peut en découler (fait de perdre des internautes durant la durée de l'intervention)⁹.

Agir sur les comportements alimentaires via les réseaux sociaux

Ce que dit la recherche

Des recherches bibliographiques non exhaustives réalisées début 2017 n'ont pas permis d'identifier d'étude traitant uniquement de l'efficacité des réseaux sociaux sur les changements de comportements alimentaires. Ceci peut-être

2. Collectif, Le Marché food and drink sur les médias sociaux, Étude Digimind 2017, en ligne :

<https://blog.digimind.com/fr/tendances/nouvelle-etude-food-drink-moments-deconsommation-sujets-plus-partages-surreseaux-sociaux>.

3. Kite J., Foley BC., Grunseit AC., Freeman B. Please Like Me: Facebook and Public Health Communication. PLOS ONE, septembre 2016, n° 11.

4. Yang Q. Are Social Networking Sites Making Health Behavior Change Interventions More Effective? A Meta-Analytic Review. Journal of Health Communication, mars 2017, n° 22, p. 223-233.

5. Korda H., Itani Z. Harnessing Social Media for Health Promotion and Behavior Change. Health Promotion Practice, janvier 2013, n° 14, p. 15-23.

6. Giroux C. Utilisation du réseau Facebook dans une campagne de prévention pour jeunes adolescents : analyse secondaire des données d'une étude postcampagne. Revue internationale de communication sociale et publique, 2013, p. 127-146.

7. Bull S., Ezeanochie N. From Foucault to Freire Through Facebook: Toward an Integrated Theory of mHealth. Health Education and Behaviour, août 2016, n° 43, p. 399-411.

8. Balatsoukas P., Kennedy CM., Buchan I., Powell J., Ainsworth J. The Role of Social Network Technologies in Online Health Promotion: A Narrative Review of Theoretical and Empirical Factors Influencing Intervention Effectiveness. Journal of Medical Internet Research, juin 2015, n° 17, p. 141.

9. Idem note 3



dû à la complexité du recueil de données sur l'alimentation des individus. Cependant, des résultats sur d'autres thématiques, telle l'activité physique, semblent encourageants pour accroître le niveau des connaissances, créer de l'engagement, favoriser le soutien social et induire des changements de comportement.

Afin de développer des interventions efficaces reposant sur les réseaux sociaux, la littérature suggère que celles-ci se fondent sur au moins une théorie psychosociale de la santé et s'appuient sur des techniques de changement de comportement. Les théories psychosociales permettent d'identifier les facteurs psychosociaux susceptibles d'influencer le comportement et d'adapter ainsi les interventions. La théorie de l'action planifiée d'Ajzen (TAP) et la théorie sociale cognitive de Bandura (TSC) semblent être les théories les plus efficaces dans le changement de comportement alimentaire¹⁰. La TAP stipule que l'intention d'une personne d'adopter ou non un comportement est déterminée par son attitude à l'égard du comportement, par l'importance accordée à l'opinion des personnes qui l'entourent (normes

subjectives) et par la perception de son contrôle sur un comportement donné¹¹. La TSC reprend aussi l'importance de l'environnement social mais aborde deux notions supplémentaires : l'apprentissage social (expériences antérieures et observation de son entourage)¹² et l'efficacité personnelle (efficacité du comportement pour obtenir le résultat désiré et sa propre efficacité à adopter ce comportement)¹³.

En parallèle, des techniques de changement de comportement ont été identifiées comme particulièrement efficaces en nutrition¹⁴ ; il s'agit du soutien social (apporté par ses proches ou ses pairs), de la comparaison sociale (évaluation de son comportement en fonction de celui des autres), des retours d'expérience et de l'autosurveillance¹⁵.

En conclusion, les réseaux sociaux se caractérisent par l'interaction sociale et le partage d'informations. Ce sont deux leviers majeurs pour agir. Ainsi, lors d'interventions via ce média, la sensibilité d'un individu aux opinions des personnes qui l'entourent (normes subjectives) est la variable psychosociale la plus susceptible

d'influencer son comportement. Enfin, le soutien social est la technique de changement de comportement la plus efficace.

Perspectives

Que cela soit dans le domaine de l'alimentation ou de la santé en général, des études robustes, telles que des essais contrôlés randomisés, menées sur une longue période et tenant compte des caractéristiques des publics et des différents types de réseaux sociaux, semblent intéressantes à conduire pour mieux comprendre le potentiel des réseaux sociaux, les clés de l'efficacité et remédier aux problématiques du manque d'engagement. Cependant, étant donné le nombre croissant d'informations diffusées sur les réseaux sociaux, notamment dans le domaine de l'alimentation, et l'augmentation du temps passé par les Français sur ces médias, il semble judicieux que les organismes de santé publique les incluent rapidement dans leurs programmes de santé pour éviter à d'autres structures de combler le manque d'informations par des données non fiables

¹⁰ Godin G. Les comportements dans le domaine de la santé. Les Presses de l'Université de Montréal, 2012.

¹¹ Godin G. L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences sociales et Santé*, 1991, n° 9, p. 67-94.

¹² Idem note 9

¹³ Idem note 10

¹⁴ Meyer T., Verhiac JF. Auto-efficacité : quelle contribution aux modèles de prédiction de l'exposition aux risques et de la préservation de la santé ? *Savoirs*, 2004, hors série n° 5, p. 117-134.

¹⁵ Escalon H., Serry AJ., Nguyen-Thanh V., Vuillemin A., Oppert JM., Sarrazin P. Construction d'un dispositif de communication scientifiquement fondé visant à promouvoir la marche des femmes peu actives et l'activité physique des adultes. *Santé publique*, 2016, vol. 28.

RÉFLEXIONS

« Réduire les risques, maximiser la promotion de la santé »

Juliette Vanderveken

À l'occasion du premier Forum européen « Addictions et Société » qui s'est tenu en octobre à Bruxelles, des actrices du champ de la Réduction des Risques (RdR) ont partagé leurs expériences passées, présentes, et leurs réflexions et souhaits sur le futur du secteur. Revenons sur les points essentiels abordés lors de cette session intitulée « Réduire les risques, maximiser la promotion de la santé ».

Un regard sur le passé

C'est tout d'abord **Anne Coppel** qui ouvre la danse. Sociologue dans le champ des drogues, elle est l'une des pionnières de la RdR liés aux usages de drogues en France. Au travers de son expérience, elle retrace l'émergence d'une prise de conscience très (trop) lente face à l'épidémie du VIH-Sida lié à l'usage de drogues, 'une catastrophe sanitaire et sociale' (comme le soulignera le rapport de la Commission Henrion en 1994, soit avec une dizaine d'années de retard). Il y avait peut-être, au début des années '80, un consensus sur le fait que la toxicomanie et la propagation du VIH étaient un problème de société, mais aucun consensus par rapport à la question de santé publique que cela entraînait (notamment l'accès à un traitement de dépendance aux opiacés). Le tabou reste très prégnant à l'heure actuelle, insiste-t-elle...

mais un glissement dans les croyances collectives a fait doucement du chemin et lie désormais davantage la problématique de la toxicomanie à une question de santé publique. Du reste, « *le changement des croyances collectives ne s'est pas fait dans le débat public mais dans les pratiques* ». Au départ faites dans l'illégalité, les premières actions de RdR étaient des pratiques purement empiristes mises en place par des personnes « *proches du terrain, et nécessairement moins insérées dans les dispositifs institutionnels* » : des médecins, des militants dans des associations (Médecins du Monde, par exemple, fait figure de pionnier en France), des

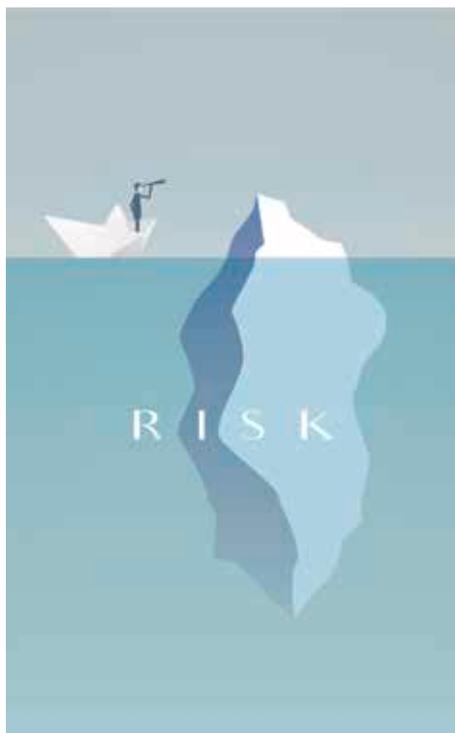


Photo © Adobe

pharmaciens et d'autres professionnels de la santé. Toutefois, pour appuyer ce basculement des croyances, il a fallu également l'appui et la médiation d'experts internationaux. Anne Coppel a depuis lors publié plusieurs ouvrages sur l'émergence de la RdR en France et son évolution¹.

Transition vers aujourd'hui

Les deux oratrices suivantes partagent ensuite leurs expériences de projets menés actuellement en Belgique et dans le Nord-Pas-de-Calais. En premier lieu, **Laurence Przylucki**² nous parle du Comptoir à Charleroi qui a ouvert ses portes il y

a 17 ans. Contrairement à la France, l'association a attendu l'arrivée d'un Arrêté royal³ autorisant la distribution de matériel stérile d'injection pour ouvrir ses portes. Le point principal que nous retiendrons de sa présentation et de l'activité du Comptoir est qu'il s'agit avant tout d'un lieu d'accueil et d'écoute. Toute l'attention et l'énergie de l'équipe ne se concentrent pas uniquement sur la problématique de consommation mais aussi sur l'importance de « tisser du lien ». Les activités variées qui ont progressivement vu le jour dans les murs du Comptoir « *le sont en fonction d'une réalité plus que d'un idéal* ». En effet, le travail réalisé sur place avec les usagers permet à Laurence Przylucki et son équipe de constater l'ampleur des besoins non couverts chez les usagers : l'absence de liens affectifs, des conditions de vie déplorables, une grande précarité financière, un cadre de vie non sécurisant... « *Les représentations autour de la toxicomanie ont évolué mais on reste dans une perception très limitée de la réalité de ces personnes* ». Ce trait reste persistant, ajoute-t-elle, et le changement des mentalités a encore du chemin devant lui : « *nos actions sont encore perçues comme des incitations à la consommation. Le droit à la santé est pourtant un fondement...* » Pour conclure son intervention, elle souhaite souligner qu'on n'a pas encore atteint un seuil suffisant dans la réponse apportée en Belgique et qu'il est nécessaire d'évoluer vers la possibilité d'allier prévention et prise en charge de la toxicomanie et des usages de drogues. Pour en apprendre

1. <http://www.annecoppel.fr/>

2. Directrice de l'asbl Le Comptoir.

3. Arrêté royal du 05/06/2000 relatif à l'exercice des professions de soins de santé.

davantage sur le projet et les activités du Comptoir, n'hésitez pas à consulter leur site <http://www.lecomptoirdecharleroi.net/>.

En second lieu, **Audrey Senon** nous parle de la RDR « 2^e génération », avec la présentation de la « Spiritek » active à Lille et dans ses environs. Avec l'émergence de la musique électronique (des musiques, corrigerons les connaisseurs), l'arrivée de nouveaux stimulants de synthèse, dans un contexte de fêtes de type rave party, mais pas seulement, une nouvelle forme de RdR voit le jour, qui se focalise moins sur la problématique du VIH et des consommations de drogue par voie intraveineuse mais davantage sur les pratiques festives au sens plus large : les consommations, les impacts liés à l'environnement (les sons, les lumières...), les rencontres qui s'y font, etc. À ce propos, elle applaudit le pragmatisme belge qui les a fort inspirés au départ. L'association est accompagnée par Modus Vivendi pour la mise en place des labels « Quality Night ». Cette initiative leur a permis d'améliorer les compétences et l'inclusion d'une coresponsabilité des gérants de milieux festifs. L'accompagnement, la sensibilisation et la formation des gérants ou des organisateurs de temps festifs en tout genre, qu'ils soient reconnus ou non, des professionnels, des étudiants... est l'un des axes clés de leur travail. On retiendra par exemple quelques outils aux noms marrants, originaux et évocateurs mis à leur disposition tels que la « Borne to be alive » (qui propose un ensemble d'outils tels que des éthylo-tests, des « roule-ta-paille », des préservatifs, des bouchons d'oreille...) et les « kiff » (des kits pour faire la fête, disponibles pour toute personne qui organise une fête chez elle avec quelques amis). Nous vous invitons à découvrir plus largement le travail et l'accompagnement réalisés par l'équipe de la Spiritek sur le site de l'association www.spiritek-asso.com.

Les enjeux futurs

La parole revient ensuite à **Catherine Van Huyck**. Forte de son expérience de

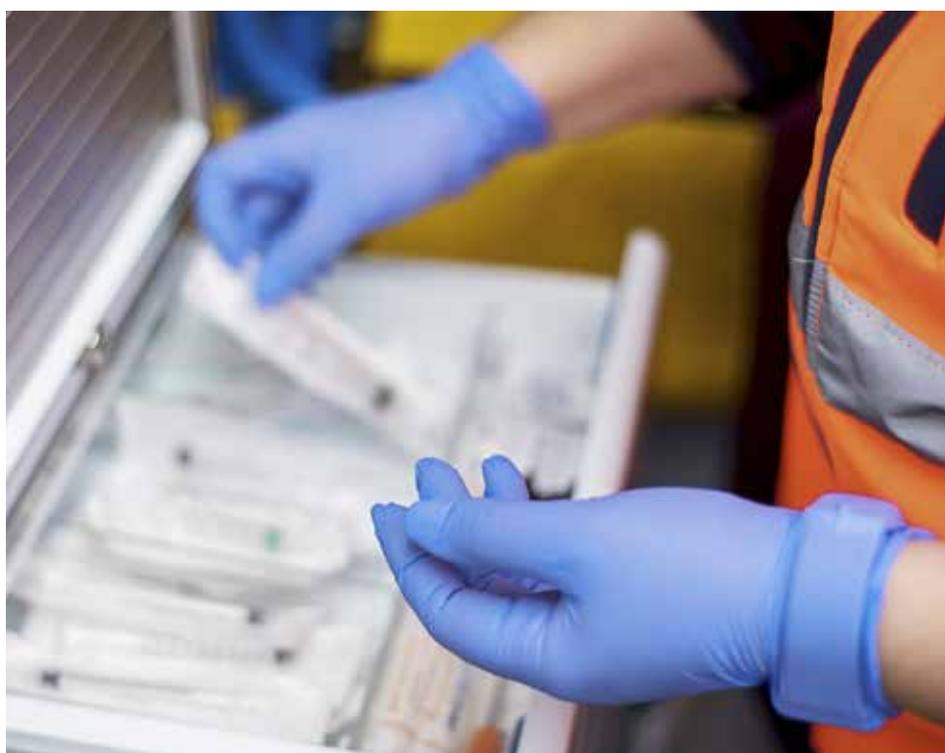


Photo © Adobe

terrain, la directrice de Modus Vivendi revient sur les défis et les points d'attention pour le secteur. La RdR est aujourd'hui reconnue, tant par les politiques que par les usagers. Le secteur s'est peu à peu institutionnalisé et peut enfin « *dire son nom* » ! Le cadre de travail reste fragile mais est devenu plus pérenne, le cadre légal évolue parfois positivement (c'est le cas par exemple pour les comptoirs d'échange de matériel stérile, pour le transport de produits vers des laboratoires pour du testing...) même si, ne nous leurrons pas, nous sommes loin (très loin !) d'un cadre légal porteur et favorable. Un projet comme la salle de consommation à moindre risque (SCMR) a vu le jour dernièrement à Liège. Et le secteur peut jouir d'une excellente expertise en matière d'évaluation et d'« evidence-based »... Tous ces points positifs ne sont pas à balayer d'un revers de la main.

Pourtant, le secteur de la RdR, analyse-t-elle, se trouve aujourd'hui en tension entre deux courants : d'une part sa reconnaissance et son institutionnalisation, et d'autre part le mépris de ses principes. Catherine Van Huyck nous liste ici cinq points d'attention pour l'avenir⁴ :

1. « *Nous devons faire attention à ne pas devenir des gestionnaires, pour rester avant tout au service des personnes* ». Pour cela, elle recommande aux acteurs de « sortir de leur milieu », de retourner se confronter aux réalités changeantes du terrain, de rester au plus proche des usagers. Valoriser le temps du contact humain et ne pas se cantonner à un rôle de distributeur de matériel... voilà un défi et une tension frustrante et usante auxquels sont confrontés les travailleurs, qui se trouvent à courir derrière les chiffres de leur file active plutôt que d'avoir du temps pour tisser du lien et travailler sur les autres déterminants, comme le soulignait Laurence Przulucki avec Le Comptoir.
2. D'un point de vue éthique, il est essentiel de « *ramener le débat au sein de la collectivité sur la représentation des drogues mais aussi sur la responsabilité collective – commune, civique et politique – toujours plus fragilisée de nos jours* ».
3. Dans le même ordre d'idée, elle insiste sur la responsabilisation individuelle toujours plus prégnante dans l'imaginaire

⁴ Nous vous invitons à lire son analyse plus détaillée et approfondie dans l'article « RDR et prohibition : quel sens donner à l'action ? » paru dans *Prospective Jeunesse*, n° 78, novembre 2017.

et le discours collectif. Pourtant, tout le monde n'est pas égal face aux produits, face à l'accès aux soins, etc. « Il faut se mettre dans une vision de justice sociale ».

4. Le point d'attention suivant porte sur les usagers et sur la reconnaissance de leurs savoirs. Une reconnaissance mutuelle entre professionnels et usagers est centrale et ne doit pas être oubliée. Elle cite des exemples comme le fait que les pairs-aidants sont parfois moins considérés dans des équipes de travailleurs ou le manque de confiance qu'on peut témoigner face aux usagers concernant l'usage de produits tels que le Naloxone (un antidote utilisé en cas d'overdose aux opiacés tels que l'héroïne).

5. Et enfin, bien qu'il faille porter une attention aux déterminants de la santé, c'est aussi le cadre prohibitionniste en Belgique qu'il faudrait réformer, souligne-t-elle (applaudissements dans la salle). Sortir du camp systématique de l'opposition pour construire une nouvelle politique et pouvoir se mettre dans la posture « avec qui et pourquoi travaillons-nous, plutôt que contre qui et pourquoi ? » apporterait beaucoup au secteur.

En guise de conclusion, nous citerons Anne Coppel : « La réduction des risques, c'est en fait le principe de base de toute prévention. 'Si tu fais de la moto, mets un casque' par exemple. Il s'agit pourtant de quelque chose de banal appliqué à un contexte spécifique : celui de

la consommation de drogues... au fond, ce n'est que ça. Une fois qu'on a basculé dans ce principe, c'est une évidence. Malgré tout, nous n'arrivons pas à changer le caractère d'exception de cette politique. »

Pour en savoir plus

- Le Forum « Addictions et Société » : <http://www.addictionetsociete.com/> (toutes les sessions ont été filmées, elles seront accessibles prochainement sur le site).
- « RDR et prohibition : quel sens donner à l'action ? » paru dans Prospective Jeunesse, n° 78, novembre 2017 : <http://prospective-jeunesse.be/revues/reduction-des-risques-saccomoder-ou-saffranchir-de-la-loi/rdr-et-prohibition/>

OUTILS

La santé dans toutes les politiques au palier local, un guide du REFIPS

Manon Gobeaux

Le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (REFIPS) – section des Amériques – propose un guide d'implantation de l'approche de la santé dans toutes les politiques au palier local. Ce guide a pour vocation d'être une référence pour les professionnels du secteur de la promotion de la santé francophones intéressés par la question. Éducation Santé vous en propose un petit aperçu...

Retour sur l'histoire du concept

La santé dans toutes les politiques est une approche importante pour le secteur de la promotion de la santé. Elle est le fruit d'une évolution de la réflexion sur la santé des populations qui prend racine dans les années '70 avec la « stratégie de la santé pour tous » pour voir venir ensuite la Charte d'Ottawa (1986) ou encore les déterminants sociaux de la santé (2008). Elle a été officialisée pour la première fois,

en 2010, par l'OMS dans la Déclaration d'Adélaïde, qui la définit comme « [...] une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé. Elle améliore la responsabilisation des décideurs quant à leurs impacts sur la santé, et ce, à tous les paliers d'élaboration des politiques. »¹

Basée sur les droits des personnes et la justice sociale, la santé dans toutes les politiques peut prendre plusieurs visages car comme nous le rappelle le guide du REFIPS « il n'y a pas qu'une seule 'bonne' façon de mettre en œuvre de la SdTP² ». Elle dépasse en effet le secteur de la gestion des soins de santé pour s'étendre à tous les secteurs gouvernementaux et favoriser la responsabilisation partagée vis-à-vis de la santé des populations. Sa particularité ? Fonctionner sur le principe de gains mutuels, du « gagnant-gagnant ».

¹ Guide d'implantation de l'approche de la Santé dans Toutes les Politiques au palier local, REFIPS.
² Santé dans toutes les politiques.

L'ensemble des acteurs trouve un équilibre entre l'atteinte des objectifs liés à chaque secteur tout en contribuant à l'amélioration de la santé. Cette collaboration permet de donner à la santé une place transversale dans les politiques et les questions gouvernementales et d'être ainsi prise en compte de façon systématique. C'est également une façon de créer une « culture de la santé ».

Des lignes de conduite et des dimensions-clés

Pour répondre à la philosophie de la santé dans toutes les politiques, l'Association américaine de santé publique propose cinq lignes de conduite :

- **Mobiliser un large éventail de partenaires** qui permet une meilleure cohérence entre les partenaires mais aussi d'objectiver les leviers existants et les synergies possibles.
- Rechercher les gains pour les partenaires engagés en s'intéressant aux missions, enjeux et objectifs des partenaires sollicités pour organiser des gains mutuels.
- **Soutenir la collaboration intersectorielle** en ayant une vision d'ensemble dans la formulation des objectifs communs pour pérenniser les collaborations.
- **Envisager d'agir sur les deux axes d'action complémentaires** que sont l'axe thématique et l'axe systémique. Le premier repose sur le fait de mettre en relation le secteur de la santé et un autre secteur dont les objectifs n'étaient pas en lien avec l'amélioration de la santé. Le second axe recommande d'utiliser les mécanismes permettant d'intégrer systématiquement l'amélioration de la santé dans tous les processus de décision.
- **Viser un changement structurel ou processuel** dans les façons de développer les politiques publiques.

Comme expliqué précédemment, la mise en œuvre du concept de santé dans toutes les politiques n'est pas une solution « clé sur porte » à appliquer sur un projet. La façon de la mettre en œuvre sera influencée par les enjeux, les contextes et l'histoire des différentes collaborations. Le REFIPS propose une feuille de route composée

de six dimensions-clés à utiliser comme guide, selon les besoins.

- **Sensibiliser, informer et convaincre** pour obtenir l'adhésion des partenaires et montrer la valeur ajoutée et les possibles retombées positives d'un projet qui intègre la santé des populations. Ceci permet d'illustrer de manière claire les liens entre les projets et les déterminants de la santé qui ne sont pas toujours une évidence pour chacun des partenaires.
- **Repérer et saisir les occasions d'action intersectorielle favorables pour la santé**, c'est-à-dire rester attentif aux différentes occasions qui peuvent se présenter où il serait possible de créer des ponts avec les déterminants de la santé : consultations publiques, création d'un projet collectif, nouvelle politique communale...
- **Établir des mécanismes de coordination formels** car toute coordination et collaboration intersectorielle est complexe. Afin permettre un travail en synergie entre les partenaires, la mise en place de mécanismes de coordinations formels est nécessaire. Cette mission peut être assurée par un bureau indépendant, une unité institutionnelle ou un comité intersectoriel qui va assurer : la planification, le soutien à la mise en œuvre des activités, le suivi, l'évaluation et la mise à plat des difficultés qui pourraient survenir.
- **Mobiliser les partenaires, entretenir leur intérêt et favoriser l'engagement** entre des partenaires aux objectifs et intérêts différents autour de l'enjeu commun qu'est la santé est une tâche complexe. Elle demandera du temps, de la conviction mais aussi de l'organisation pour perdurer. Une des pistes de réflexion proposée est de « prévoir des actions concrètes et des objectifs intermédiaires pour maintenir et affermir la collaboration et la motivation à collaborer. »
- **Faire des suivis et rapporter les succès**. L'évaluation qui fait corps avec toute action de promotion de la santé est d'autant plus difficile à réaliser dans une situation où il y a plusieurs partenaires, chacun ayant son rôle à jouer, demandant comme toujours du temps et des ressources. Il s'agit pourtant ici d'une occasion évidente de dégager des résultats

les nouveaux défis et les meilleurs pratiques mais aussi de renfoncer une des idées fondatrices de la santé dans toutes les politiques : l'implication et la responsabilisation de tous les secteurs.

- **Renforcer les capacités des individus et des organisations en matière d'action intersectorielle**. Une telle démarche permet de dégager de nouvelles connaissances qui peuvent prendre plusieurs formes. Il est donc important de prendre en compte des apprentissages et de les partager en réfléchissant à plusieurs modalités de transfert des connaissances.

Pour aujourd'hui et pour demain...

Nous le savons, le monde d'aujourd'hui fait face à bon nombre de défis majeurs : augmentation des inégalités sociales de santé, changements climatiques... mais aussi des problèmes de santé publique inquiétants comme l'obésité ou les maladies chroniques. Ces inquiétudes ont été confirmées lors de la neuvième conférence mondiale sur la promotion de la santé de l'OMS en novembre 2016 rappelant également que notre secteur doit être mis au service de l'atteinte de tous les objectifs de développement durable.

La santé dans toutes les politiques n'est donc pas un fin en soi mais bien un processus continu pour la promotion de la santé et la lutte contre les inégalités sociales de santé. Il est nécessaire d'encourager la responsabilisation de l'ensemble des secteurs sur l'amélioration de la santé des populations tout en rappelant les fondements de la solidarité comme le souligne le document du REFIPS « *l'interrelation entre les grands enjeux sociaux et sanitaires actuels requiert des solutions innovantes et des structures qui créent des canaux de dialogue et de prises de décision qui transcendent le cloisonnement politique traditionnel* ».

Le guide complet est disponible sur http://www.refips.org/files/international/GuideSdTP_web.pdf



ÉDUCATION SANTÉ

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

Sommaire

DOCUMENTATION

- 2 Les nouveaux usages en matière d'information-documentation santé, des pistes de réflexion, par *Juliette Vanderveken*

INITIATIVES

- 6 La qualité de vie, un enjeu communal par *Santé, Communauté, Participation asbl (SaCoPar)*

REPÈRES

- 9 Réseaux sociaux et changement de comportement alimentaire : quel potentiel ? par *Manon Taravella*

RÉFLEXIONS

- 12 « Réduire les risques, maximiser la promotion de la santé », par *Juliette Vanderveken*

OUTILS

- 14 La santé dans toutes les politiques au palier local, un guide du REFIPS, par *Manon Gobeaux*

Sur notre site www.educationsante.be

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

Dans les inédits web ce mois-ci, vous trouverez :

- Des perturbateurs endocriniens trouvés dans des jouets et objets courants en plastique recyclé par la *Fédération Inter-Environnement Wallonie*
- Plan QUIET.BRUSSELS : ensemble, imaginons de meilleurs environnements sonores pour demain ! par *Bruxelles Environnement*

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/revueeducationssante ou www.twitter.com/EducationSante

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 : SaCoPAR asbl, Manon Taravella (Santé en Action).

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 Poncet, Caroline Saal, Marinn Trefois, Juliette Vanderveken.

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

Mise au net : 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 blanc sans chlore
Emballage recyclable.