

**Fédération
Wallonie-Bruxelles
Sain-Léger**

**Des communes
en mouvement
pour la santé de
leurs habitants**

Christian De Bock

Initiatives

Des communes en mouvement pour la santé de leurs habitants

Christian De Bock

Les périodes électorales voient fleurir les mémorandums en tous genres. C'est d'autant plus vrai dans notre pays qui doit gérer un grand nombre de scrutins à tous les niveaux, vu sa complexité institutionnelle.

Le secteur socio-sanitaire est rompu à ce type d'exercice, étant donné le morcellement des compétences ayant trait à la santé en Belgique.

On s'attend moins sans doute à ce que les élections communales inspirent à leur tour un travail de sensibilisation des politiciens à l'échelon local sur des enjeux qui semblent se régler à un tout autre niveau, fédéral, régional ou communautaire.

Ce n'est pas l'opinion de la *Plate-forme d'action santé et solidarité* (voir encadré page suivante), qui a profité des élections d'octobre 2012 pour rédiger à l'intention des candidats un mémorandum très 'engagé'. Ce document de 16 pages (téléchargeable sur le site www.sante-solidarite.be) propose trois pistes aux décideurs locaux (extrait) :

Une politique de santé transversale et intersectorielle

Certains pays ont une politique plus développée qui fait systématiquement concorder différents champs de compétences politiques à la politique de santé et vice versa. En Belgique il est donc également important que la politique de santé des communes soit transversale et intersectorielle. Elle peut agir via la promotion de la santé, la prévention et l'éducation pour la santé, notamment en agissant sur les déterminants sociaux de la santé par un travail en collaboration avec tous les acteurs locaux concernés. La répartition des revenus, le marché de l'emploi, l'habitat, l'aide sociale, l'enseignement, les activités socioculturelles, l'égalité des chances, l'environnement et l'aménagement du territoire doivent faire l'objet d'une politique locale intégrée et holistique afin d'assurer une bonne santé à tous les citoyens.

Le lien entre la politique socio-économique et la santé devrait être intégré dans l'organisation des politiques communales. L'échevin de la santé, le cas échéant, devrait travailler en étroite collaboration non seulement avec le président du CPAS de la commune mais aussi en synergie avec l'ensemble des autres échevins au bénéfice de la santé. Toute mesure prise par les pouvoirs publics devrait être évaluée au regard de son impact sur la santé de tous ses habitants, à l'instar de ce qui existe au Québec par exemple.

Des initiatives locales au service de la population

La prévention et la promotion de la santé doivent aller à la rencontre de toutes les personnes concernées, dans leur milieu de vie, par le biais d'actions locales. L'universalité des services et des initiatives est une condition pour conserver et consolider une base forte pour la protection sociale. L'universalité de la santé s'appuie sur une accessibilité (financière, culturelle, géographique, etc.) pour tous. Le principe de l'universalité ce n'est pas, « faire la même chose pour toutes et tous ». Il faut une approche diversifiée selon les publics pour offrir les mêmes services pour toutes et tous.

La précarité économique est un déterminant prépondérant sur la maladie. Agir contre la précarité via une approche par quartier est une responsabilité de l'ensemble des politiques communales et pas seulement des CPAS. Dans une approche par quartier, une politique de santé locale et globale doit concerner tous les domaines d'activité. C'est-à-dire viser à améliorer l'environnement et les espaces collectifs, encourager le développement de services (crèches, haltes garderies, politique

de mobilité, accès à la culture et au sport...). Mais aussi, concrétiser le développement des compétences (formation, apprentissage, insertion professionnelle) et revaloriser les quartiers et l'habitat au moyen de projets locaux d'économie sociale au sein desquels les habitants peuvent trouver un emploi.

Le lien entre la politique socio-économique et la santé devrait être intégré dans l'organisation des politiques communales.

Plus encore qu'une collaboration entre les divers échevinats et les acteurs locaux, la création d'un contexte dans lequel les habitants peuvent participer pleinement à la vie politique et sociale de leur commune est fondamentale. La participation à la politique, via les conseils consultatifs par exemple, et le développement d'une vie sociale locale ont de façon indirecte une influence sur la santé : celui qui sent qu'il a son mot à dire dans la société est en meilleure santé.

Une gouvernance locale au service de la santé des habitants

La gouvernance, la collaboration entre les représentants et l'implication citoyenne dans l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies politiques, est un élément fondamental. Ce principe présente de nombreuses facettes. Nous en retiendrons

deux qui peuvent avoir un impact sur l'amélioration de la santé des habitants de la commune.

Transparence et participation citoyenne

Les mécanismes de transparence et de participation citoyenne sont fondamentaux, à savoir l'implication dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques communales des forces vives, telles que les associations locales, de fait ou de droit, les mutualités, les entreprises et les personnes ou groupes de personnes qui ont des activités sur le territoire de la commune. Dans cette optique, la commune est appelée à développer et renforcer le rôle des techniques de participation citoyenne, notamment la généralisation du droit d'interpellation directe lors des conseils communaux, la facilitation de la mise en œuvre des consultations populaires communales, le développement de la technique des budgets participatifs.

Rôle d'exemple en matière de conditions de travail de ses travailleurs et de concertation sociale.

À l'heure de la dégradation continue des conditions de travail, notamment par le biais du développement de contrats de travail atypiques et la mise à mal de la concertation sociale, l'administration communale a plus que jamais un rôle d'exemple à jouer pour promouvoir des emplois durables, des conditions de travail dignes et la promotion d'emplois de qualité, ainsi qu'une politique de concertation sociale large et ouverte. Elle sera d'autant plus crédible à promouvoir de telles politiques sur son territoire, qu'elle les appliquera elle-même.

Des porte-paroles éloquentes

Lors de la présentation de cette initiative citoyenne, nous avons été frappé par la forte conviction des trois intervenants de la plate-forme.

Jean Hermesse (Mutualités chrétiennes) rappela toute l'importance du niveau communal dans une approche globale de la santé, importance souvent sous-estimée par les élus locaux. Il souligna aussi que les inégalités sociales de santé se marquent fortement à l'échelon local, un exemple bruxellois très frappant à l'appui. En citant quelques leviers de l'action communale



en la matière, il montra aussi que des choix judicieux en termes d'impact sur la santé des habitants ne nécessitent pas des moyens hors de portée des finances communales, mais plutôt l'intégration d'un 'nouveau' paradigme valorisant les déterminants non biomédicaux de la santé.

Isabelle Heymans (Fédération des maisons médicales) plaida avec beaucoup de vigueur et quelques exemples séduisants pour l'implantation d'un véritable axe de la santé au niveau local, et pas seulement pour la mise en place d'échevinats de la

santé cantonnés à une stricte politique sanitaire.

Elle mit aussi en évidence le rôle intermédiaire des provinces (le scrutin d'octobre se jouait aussi à ce niveau dont l'utilité est régulièrement contestée depuis quelques années), défendant le travail de certains observatoires non seulement en matière de récolte et d'analyse des données épidémiologiques, mais aussi d'interventions de promotion de la santé.

Pour sa part, **Jean-Marie Léonard** (ancien du SETCa) mit en évidence l'impact délétère des 'rationalisations' en cours dans les services locaux à la population (fermeture de bureaux de poste, de mutuelle...), car si la richesse des contacts sociaux contribue à la santé, la raréfaction de ceux-ci renforce évidemment l'isolement, en particulier des moins mobiles, des plus fragiles. Il déplora aussi l'angle mort entre le monde du travail et celui de la santé, quand la première ligne est amenée à gérer autant que faire se peut les conséquences de la souffrance au travail. Comme le soulignait aussi **Jacques Morel** (Écolo), les valeurs défendues par la Plate-forme impliquent un nouveau mode de gouvernance au niveau local (et pas que local d'ailleurs ndlr), pour rompre avec le

Plate-forme d'action santé et solidarité

La Plate-forme est née de la rencontre de personnalités issues des mutualités, des syndicats, d'associations, d'ONG et de personnalités du monde académique. Elle considère que la santé est un droit pour tous, et plaide en faveur d'une politique de santé progressiste et égalitaire en Belgique, en Europe et dans le monde. Concrètement, l'objectif principal de ces acteurs est d'unir leurs travaux et leurs forces sur trois plans principaux. D'une part, analyser d'un œil critique les soins de santé en Belgique, en Europe et dans le monde, mais également les facteurs sociaux qui déterminent la santé et la maladie. D'autre part, informer et sensibiliser les professionnels et la

population sur les conséquences des attaques des politiques néolibérales sur la protection sociale et le service public des soins de santé. Enfin, proposer, encourager et défendre des politiques de santé et de promotion du bien-être solidaires.

Dans cette perspective, la Plate-forme stimule la rencontre et l'échange, le travail de lobby et l'action, avec une attention particulière au grand public.

Plate-forme d'action santé et solidarité, chaussée de Haecht 53, 1210 Bruxelles. Tél. : 02 209 23 64.

Courriel : info@sante-solidarite.be.

Internet : www.sante-solidarite.be.

compartimentage des compétences au sein des majorités. Elles nécessitent aussi un gros travail auprès des élus locaux,

dont la perception de la responsabilité communale en santé est encore très faible aujourd'hui.

Le mémorandum n'en est donc que plus pertinent. Il sera intéressant d'observer son impact concret en cours de législation...

'0-5-30 Combinaison prévention'

Déclinaison belge d'une formule québécoise

Fondation Happy Body

Les élections communales et provinciales du 14 octobre dernier ont inspiré une campagne de sensibilisation des candidats et élus locaux aux bienfaits du '0-5-30 Combinaison prévention'. Une manière de plus d'affirmer que le niveau local est décidément incontournable pour promouvoir la santé des populations.

Extraits

En tant qu'organisations ayant comme objectif d'améliorer le bien-être et la santé de toute la population, il nous semble primordial d'attirer votre attention sur l'impact positif que peuvent avoir vos décisions sur le capital santé de vos concitoyens. (...)

En effet, trois habitudes de vie – tabagisme, alimentation déséquilibrée et sédentarité – ont un impact non négligeable sur l'apparition de nombreuses maladies chroniques dans la population belge, et dans nos sociétés modernes en général. De multiples études scientifiques et rapports, émanant notamment de la Commission européenne ou de l'OCDE, mettent en avant ces mauvaises habitudes de vie comme facteurs de risques majeurs de problèmes de santé fréquents, tels que l'hypertension artérielle, le diabète, l'obésité, de nombreuses affections respiratoires, le cancer, etc. Les conséquences sont très graves et se marquent, non seulement dans les années de vie perdues, mais également dans la perte de qualité de vie, altérée par la maladie.

Actuellement, selon l'Enquête de santé nationale 2008, 48 % de la population belge est en surcharge pondérale... Mais ces chiffres ne sont pas des fatalités ! Ils peuvent et doivent diminuer, avec votre appui.

Le saviez-vous ?

La recherche montre que pour chaque euro investi en promotion de la santé, le ratio coût/avantages obtenus dans les 5 années

qui suivent le lancement des campagnes varie entre 3 et 8 !

Dans les trois habitudes de vie citées plus haut, il y a bien sûr les choix que pose chaque individu. « Je préfère boire de l'eau plutôt qu'un soda sucré ; je choisis de conduire mon enfant à l'école à pied plutôt qu'en voiture ; j'essaie d'arrêter de fumer, mais ce n'est pas facile... » Mais ces choix sont très largement influencés par l'environnement dans lequel nous évoluons. En tant que décideurs, vous avez le pouvoir d'améliorer les conditions dans lesquelles vos administrés vivent ! Par exemple : « Mon école met de l'eau à notre disposition, c'est fun et c'est gratuit : pourquoi dépenser mes sous dans un distributeur ? Mon enfant se rend à l'école à pied ou à vélo : les chemins sont sécurisés ; il peut même faire les trajets en groupe et accompagné, il le demande car il y rencontre déjà ses copains ! Depuis que la circulation des voitures a été modifiée dans ma ville, j'aime m'y promener, c'est calme et l'air que l'on respire est meilleur. J'ai 65 ans, la commune organise dans mon quartier des séances de tai chi. Cela me fait un bien fou. Et puis c'est une occasion de voir les copines... »

Concrètement, que pouvez-vous faire ? (...)
0 comme 0 fumée de tabac, 5 comme 5 portions de fruits et de légumes par jour, 30 comme 30 minutes d'activité physique par jour.

Le concept '0 5 30' est utilisé avec succès par nos amis Québécois et diffusé largement par certains acteurs de la santé en Belgique.

Simple et tellement efficace pour la santé ! Le 0 vise l'accès à un air exempt de fumée de tabac et l'arrêt du tabagisme ; les lois interdisant de fumer dans les lieux publics et au travail permettent de faire reculer le tabagisme et de protéger les non-fumeurs. Décidez d'aller plus loin ! Œuvrez dans votre commune ou votre province pour une qualité de l'air optimale ! Une loi n'est efficace que si, en pratique, elle est contrôlée !

Le 5 vise non seulement l'augmentation de la consommation des végétaux (fruits et légumes) mais également à promouvoir une alimentation saine, savoureuse et variée. Et si vous tentiez d'optimiser la qualité de toute la restauration collective dont vous avez la responsabilité : celle des écoles, des homes de personnes âgées, des repas servis par le CPAS, des hôpitaux, de votre personnel communal ou provincial, etc.

Le 30 vise l'activité physique minimale recommandée à chacun, par jour. Qu'avez-vous comme infrastructures sportives dans votre commune ? N'y a-t-il pas moyen de les ouvrir à plus d'utilisateurs ? D'autres initiatives de promotion de l'activité physique sont-elles possibles ? Y a-t-il des circuits pédestres organisés ? Des séances de gymnastique douce pour les aînés dans les écoles de quartier ? Les cages d'escaliers de vos bâtiments publics sont-elles agréables ? A-t-on envie de les emprunter ? Et les moyens de déplacements actifs – à vélo, à pied –, sont-ils favorisés ? Sont-ils sécurisés ? Faut-il les développer ? C'est bon pour la

santé des utilisateurs, ça améliore la qualité de l'air et favorise le contact social. Dans votre commune, vous pouvez aussi susciter la collaboration de nombreux partenaires locaux : écoles, pouvoirs organisateurs des écoles, services de promotion de la santé à l'école, clubs sportifs... Nous sommes persuadés qu'œuvrer à la qualité de vie de vos concitoyens est le moteur de votre engagement politique. La santé étant notre bien le plus précieux, vous

ne pouvez qu'être concerné par celle de vos concitoyens. Faites en sorte que les conseils donnés par les professionnels de la santé deviennent accessibles. Intégrez le concept '0-5-30 Combinaison prévention' dans vos projets et déclinez-le de telle sorte que, dans votre commune, votre province, les familles évoluent dans un cadre agréable, favorable à leur bien-être et à leur santé.

Fondation Happy Body¹ et les cosignataires

de ce mémorandum : **Observatoire de la Santé du Hainaut, Union Professionnelle des Diplômés en Diététique de Langue Française, Belgian Association for the Study of Obesity, Société Belge des Médecins Nutritionnistes, Panathlon, Département de la Santé mentale et Prévention-Santé de la Province de Luxembourg, Fondation Contre le Cancer, Société Belge de Nutrition Clinique, Société Scientifique de Médecine Générale, Ligue Cardiologique Belge**

1 « La Fondation d'utilité publique 'Happy Body', avec la campagne du même nom, est un appel au rassemblement des forces dans la lutte contre l'obésité. Initiée par la Fédération de l'industrie alimentaire (FEVIA), le Comité Olympique et Interfédéral Belge (COIB) et l'asbl NUBEL, cette campagne vise à promouvoir un changement d'attitude et d'environnement en faveur d'un style de vie équilibré. »



10 ans de pratique médicale basée sur les preuves

Christian De Bock

Très beau succès pour la journée d'études organisée par le Centre belge pour l'Evidence-Based Medicine (CEBAM) pour fêter ses 10 ans : plus de trois cents personnes réunies un samedi au Square, le palais des congrès de Bruxelles. Un lieu accueillant, situé à côté d'une gare et en plein centre de Bruxelles, une organisation sans faille¹, un respect scrupuleux des horaires, des intervenants de qualité, on aurait eu tort de bouder son plaisir...

Ce qui nous a frappé d'emblée, c'est l'absence de toute présence de l'industrie pharmaceutique, ce qui est appréciable lors d'une réunion de professionnels de santé. On n'attendait pas autre chose, bien sûr, mais cela fait quand même plaisir². Un peu comme quand on arrive dans une salle de cinéma après l'écran publicitaire, juste avant le début du film...

De la matinée plénière, composée de quatre conférences, nous retiendrons la première, particulièrement passionnante. **Richard Smith**, ancien 'editor in chief' du British Medical Journal, nous a expliqué d'une façon percutante 'Ce qui cloche avec les revues médicales'³ (comprenez, les

revues médicales de référence comme le BMJ, pas les éponges à publicités pharma). Au cours de son exposé corrosif, l'absence d'éthique de ces titres prestigieux apparut de façon criante, et forcément très documentée de la part de quelqu'un qui était dedans voici quelques années à peine. Il énuméra et détailla une série d'écueils. Par exemple, on a du mal à savoir à quoi ces revues servent, car elles ont une influence modeste sur la pratique des médecins. Mais cela n'est peut-être pas si grave, vu la faible qualité de ce qu'elles publient, voire le caractère dangereux de leurs contenus, dixit Smith⁴!

Il souligna aussi la pauvreté de la validation

par les pairs (*peer review*), considérée à tort comme une vertu cardinale. Il stigmatisa également la mode des auteurs multiples, dont la moitié ne répondent pourtant pas aux critères qualifiant une contribution significative à un article, et dont 20 % n'ont même strictement rien écrit de ce qu'ils cosignent... Vous en voulez encore ? Il y a évidemment la question des conflits d'intérêt minant le travail de la plupart des auteurs, qui 'oublient' quasi systématiquement de les signaler. Authentique : il cita le cas (pas du tout isolé) de la réimpression d'un article du *Lancet* à la demande d'une firme pharmaceutique, qui rapporta 1.300.000 £ à la revue. Pour un seul article ! À ce prix-là, le texte concluait

1 À un détail près, l'usage de l'anglais pour la séance plénière. C'est toujours un peu pénible d'entendre des gens dont ce n'est pas la langue maternelle le martyriser sous prétexte de faciliter la communication. Si les deux premiers conférenciers étaient très à leur aise, les deux suivants l'étaient beaucoup moins, et les questions des participants étaient à ce point incompréhensibles qu'ils ont dû toutes les répéter ! De grâce, alstublieft, utilisez plutôt nos langues officielles !

2 Les sponsors principaux étaient le Service public fédéral santé publique et l'INAMI. Parmi les autres, on notera la présence de *Bodytalk*, le mensuel santé grand public de Roularta. On a donc échappé au *Journal du médecin*...

3 Richard Smith, 'The Trouble with Medical Journals', London. Royal Society of Medicine Press, 292 p., 2006.

4 Il ne résista pas au plaisir de citer ce jugement de Drummond Rennie (JAMA) : « On dirait qu'il n'existe pas d'étude trop mal ficelée, ni d'hypothèse trop futile, de littérature trop partielle ou trop égocentrique, de conception trop tordue, de méthodologie trop bâclée, de présentation de résultats trop inexacte, trop vague et trop contradictoire, d'analyse trop intéressée, d'argument trop circulaire, de conclusions trop insignifiantes ou injustifiées, ni de grammaire et de syntaxe trop révoltantes pour empêcher qu'un article ne finisse par être imprimé. »

sûrement à l'absence de démonstration de l'efficacité d'un médicament de la firme... Pour l'anecdote, il cita aussi des cas célèbres de tricheries caractérisées pourtant publiées dans ces revues, ou de comportements éditoriaux indécentes⁵, pour terminer par accuser un 'business model' qui s'enrichit en rationnant l'accès aux idées nouvelles et aux recherches. Rassurez-vous, il termina cet exposé terrible sur une note résolument optimiste, en pariant sur le caractère inévitable dans un futur proche de l'accès public à toutes les sources et données, qu'il est de plus en plus difficile d'empêcher en ces temps de triomphe de l'immédiateté électronique⁶. Après ce feu d'artifice, les exposés de **Wolfgang Gaissmaier**, 'Aider médecins et patients à comprendre les statistiques de santé', d'**Isabelle Boutron**, 'L'évaluation des risques de biais', et de **Hans Maanen** 'Comment tromper la presse' (ce dernier au titre pourtant engageant), pour intéressants qu'ils fussent, manquaient un peu de sel...

⁵ Très jolie performance de cet auteur qui publia 63 de ses textes dans sa revue, modifia la prose de collègues sans leur demander leur avis, publia une lettre qu'il s'envoya lui-même sous pseudonyme, et répondit aussi sous pseudonyme pour discréditer un collègue. Un vrai sans faute!

⁶ Comme pour lui donner raison, quelques jours plus tard, une journée d'études sur l'accès libre aux publications scientifiques était organisée au Palais des Académies, avec la signature par les diverses autorités politiques de tutelle de la *Déclaration de Bruxelles* engageant résolument la Belgique sur les voies de l'accès libre aux publications scientifiques et de la 'science ouverte'.

Le CEBAM, Centre belge pour l'Evidence-Based Medicine

Le CEBAM a pour but premier de **former les soignants et les patients à la démarche de l'EBM** (la médecine basée sur les preuves) : consulter et analyser les informations médicales scientifiques, pertinentes, validées et les intégrer dans les décisions qui concernent les soins de santé. En tant que branche belge de la **Cochrane Collaboration**, le CEBAM est responsable de **diffuser les revues systématiques** existantes (il en existe plus de 2.000), et de contribuer à en créer de nouvelles. Le centre propose également de **valider de nouvelles recommandations de pratique clinique en soins de santé**.

Il veille aussi à **donner une aide méthodologique** aux personnes intéressées pour augmenter la qualité de leurs travaux dans les trois domaines ci-dessus. En outre, sa Digital Library of Health (DLH) permet aux soignants **d'accéder en ligne à des sources d'information** de grande qualité, qui couvrent la littérature médicale et paramédicale. Cette bibliothèque se veut une interface d'excellence, à un prix très abordable. **CEBAM, Kapucijnenvoer 33 Blok J Bte 7001, 3000 Leuven. Tél. : 016 33 26 97. Fax : 016 33 74 80. Courriel : info@cebam.be. Site : www.cebam.be**

L'ensemble brossait un tableau peut-être trop sévère de la situation, mais ne signifiait nullement que la pratique peut se passer de références robustes, au contraire. Le

remarquable travail du CEBAM depuis 10 ans en est précisément la preuve vivante!

Merci à *Xavier de Béthune* et à *Stéphanie*.

Réflexions Pour une politique de prévention

François Alla, rédacteur en chef de la revue *Santé publique*

En octobre 2011 en France, la cour des comptes a publié un rapport intitulé « la prévention sanitaire ». ¹ Effectué sur une demande de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale, ce rapport a notamment pour objectif de contribuer à la rédaction de la prochaine loi de santé publique.

À noter que s'il ne s'est intéressé qu'à la prévention sanitaire qui repose essentiellement sur le système de soins, ses constats peuvent toutefois être en bien des points élargis à l'ensemble du champ. Globalement, le rapport préconise de reconsidérer la politique de prévention à l'aune d'un certain nombre de principes : la nécessité de renforcer le pilotage, la

cohérence et la lisibilité des politiques de santé dans une dimension interministérielle, celle d'évaluer les actions et programmes de santé publique et celle d'établir des référentiels de bonne pratiques. Des recommandations qui sont en consonance avec les précédents rapports sur le sujet, tel que celui sur les inégalités sociales de santé.² Là où ce rapport interroge, c'est dans

l'exhortation à associer systématiquement une étude de nature médico-économique aux recommandations de bonnes pratiques en matière de prévention. En effet, l'interprétation qui pourrait en être faite renforce un discours récurrent qui met en cause l'efficacité, l'efficience voire la pertinence de la prévention (« mal évaluée », « coûteuse », « d'un rapport cout-bénéfice

¹ Cour des comptes. La prévention sanitaire. Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. Cour des comptes : Paris ; 2011.

² Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action. Paris ; Inspection générale des affaires sociales ; 2011.

non démontré...»). En cela, ce discours montre une réelle méconnaissance française, des tutelles, parfois même des acteurs du domaine, des acquis de la recherche internationale de ces dernières décennies. En effet, les stratégies et interventions de prévention peuvent s'appuyer sur un important corpus d'articles scientifiques qui objectivent l'efficacité comme l'efficience et qui sert de base à de nombreuses politiques de santé de par le monde. Il s'agirait donc, plutôt que d'évaluer « à tout va », et sans pour autant remettre en cause cette nécessité, de concevoir les politiques de santé sur la base de ce qui a déjà montré son efficacité puis, si les données manquent, d'en générer.

Un constat : la prévention est « rentable »

Certes la prévention coûte. Telle n'est pas la question ! Les soins coûtent aussi. La bonne question à se poser est : où investir pour obtenir le meilleur résultat en termes de santé ? En cela l'approche préventive, notamment celle basée sur les principes de la promotion de la santé, a montré tout son intérêt. Il est en effet établi que les principaux déterminants de l'état de santé se trouvent très en amont du système de soin, dans les conditions de vie, les environnements sociaux... Ainsi, si l'on veut améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités dans le domaine, il faut agir sur ces déterminants.

Une étude récente illustre cette analyse en objectivant l'efficacité des leviers sociaux sur la santé. Cette étude avait pour objectif d'expliquer la mortalité annuelle dans 15 pays européens entre 1980 et 2005 en fonction d'un certain nombre d'indicateurs macro-économiques. Les résultats sont édifiants : 100 \$ de dépenses sociales étaient associés à une réduction de 1 % de la mortalité générale. Pour obtenir le même résultat par le soin, il fallait dépenser 10 000 \$, soit 100 fois plus³.

Malgré ces preuves, la prévention reste en France le « parent pauvre » du système de santé

Ce n'est pas qu'une question d'ignorance, la mise en œuvre d'une politique de préven-

tion, par nature intersectorielle, ne va pas de soi. Elle nécessite des adaptations structurelles et fonctionnelles importantes, la cour des comptes l'a bien souligné. Il s'agit même parfois de concilier l'inconciliable quand des politiques publiques sont menées dans différents domaines, qui n'ont pas un objectif sanitaire par nature, qui ne prennent pas en compte leur possible impact sur la santé et peuvent même avoir des effets délétères. De plus, il ne faut pas faire preuve de naïveté, il existe une convergence d'intérêts pour discréditer la prévention. Des exemples récents (tabac, alimentation, pollution...) nous ont montré l'influence des intérêts industriels et financiers sur la décision en santé. Enfin, une approche centrée sur les soins est bien plus simple pour le système qui y trouve le confort d'une absence de remise en question. Il est par exemple plus « confortable » de prendre en charge dans le système de soin les enfants avec troubles d'apprentissage que de s'intéresser aux conditions socioculturelles à la genèse de ces troubles et à l'organisation du système éducatif qui, loin de participer à leur réduction, contribue à leur aggravation. Cet exemple pourrait être transposé à l'environnement psychosociaux en milieu professionnel, tuberculose, obésité de l'enfant...

Avant de vouloir « se redémontrer », la prévention doit dès à présent se structurer en s'adossant aux travaux scientifiques existants

Si la mise en œuvre d'une véritable politique de prévention est reconnue comme une nécessité, comment répondre efficacement à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, qui représentent en France la dynamique des dépenses de santé, sans agir sur leurs déterminants ? Le réel succès de politiques volontaristes, telles que le programme national nutrition santé (PNNS), pourrait servir d'exemple. Dans ce contexte difficile, alors que les financements sont contraints, que le secteur de la prévention sert de « variable d'ajustement », que les lobbies contre la santé sont influents, que les principaux leviers de prévention ne sont pas entre

les mains des décideurs sanitaires, les professionnels de la prévention doivent se montrer plus exemplaires et déterminés pour faire évoluer la situation. La France ne peut plus méconnaître les stratégies dont l'efficacité est éprouvée. Il s'agit de mettre en place une véritable politique de santé basée sur les preuves au niveau national dans l'élaboration des politiques de santé, au niveau local dans l'action mise en œuvre par l'acteur de terrain. Mais pour cela, il est nécessaire de s'organiser pour rendre accessibles ces informations. Les bonnes pratiques appelées des vœux des auteurs du rapport de la cour des comptes sont plus que jamais indispensables. Elles constitueraient le maillon reliant les travaux scientifiques aux problématiques locales et guideraient les acteurs à mieux faire et les décideurs à mieux investir.

Lorsqu'il n'existe pas de données, il s'agit d'en créer

Expérimenter, prouver l'efficacité et l'efficience pour ensuite transférer ce qui marche. La France doit progresser sur ce plan là encore. Cela nécessite de développer et utiliser des méthodes et critères d'évaluation et de recherche adaptés à la complexité des interventions en promotion de la santé et non pas transposés du secteur du soin, comme ça l'est encore parfois. Ces méthodes doivent imprégner les pratiques aux différents niveaux d'intervention. Nous ne pouvons donc nous contenter de nos résultats... si nous sommes les seuls à les connaître. Il nous faut mieux diffuser l'information en particulier auprès des décideurs, écrire ce que nous faisons, favoriser la recherche de terrain en renforçant les liens entre acteurs et chercheurs, valoriser les réussites. Ce n'est que par de telles actions que la prévention pourra être reconnue à sa plus juste place pour une politique de santé renouée dans l'intérêt de la population.

Référence : François Alla « Éditorial », Santé Publique 6/2011 (Vol. 23), p. 435-437. Texte reproduit avec l'aimable autorisation de cette publication de la Société Française de Santé Publique.

³ Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. BMJ. 2010 Jun 24; 340 :c3311.

La prévention sortira-t-elle de l'ombre en France ?

Anne Le Pennec

Manque de stratégie globale, contours flous, financements mal tracés, évaluation insuffisante... Difficile de fermer les yeux sur les nombreuses lacunes de la France en matière de prévention, pointées par plusieurs rapports récents qui préconisent de revisiter de fond en comble la politique nationale. Les idées pour accorder à la prévention la place qu'elle mérite ne manquent pas. À quand leur traduction en actes ?

Ce n'est pas la première fois que la prévention sanitaire préoccupe le Conseil économique, social et environnemental (CESE), troisième assemblée constitutionnelle française représentant la société civile. C'était déjà le cas en 2003, à l'aube de l'adoption de la loi de santé publique. Le rapport du Conseil pointait à l'époque la nécessité *"de développer une approche coordonnée et globale de la prévention, un véritable continuum s'appuyant sur la participation des acteurs sanitaires, éducatifs et sociaux, et sur la nécessaire prise de conscience par chacun de l'importance de son capital santé, mais aussi de celui d'autrui."*

Des moyens humains et financiers limités ainsi que l'absence de réelle continuité dans les politiques engagées figuraient parmi les freins à la mise en œuvre d'une véritable politique de prévention. Le CESE (à l'époque CES car pas encore pourvu de sa composante environnementale) appelait alors de ses vœux une meilleure coordination des secteurs sanitaire et social, l'inclusion accrue de la prévention dans les soins, un renforcement de l'évaluation des actions ou encore la mise en place de consultations de prévention.

Manque d'efficience

Près de dix ans plus tard, le CESE qui publie un nouvel avis sur les enjeux de la prévention en matière de santé a presque l'air de radoter : *"La prévention en matière de santé est l'un des défis majeurs d'une politique sanitaire encore trop centrée sur le curatif. (...) La santé appelle une politique de prévention efficace. À cette*

fin, une nouvelle culture de la prévention, ambitieuse et largement partagée, doit voir le jour. [La] pluralité d'acteurs, aux compétences parfois mal définies, débouche sur une absence de continuum stratégique en prévention pour une partie de la population. Toutes les politiques publiques doivent intégrer un volet santé et prévention".

L'efficacité d'une politique de prévention se mesure aussi à l'aune de l'évolution des comportements individuels.

Aurait-on fait du surplace ? Pas tout à fait heureusement. La création des agences régionales de santé en 2009, par exemple, a permis de concentrer à l'échelle du territoire l'action préventive consignée dans un schéma régional de prévention. Ce dernier fait office de feuille de route pour l'ensemble des acteurs. Reste que la prévention française peine toujours à troquer son strapontin pour une vraie place assise et pérenne dans le système de santé dont elle est pourtant, aux dires du CESE, un élément clé. Alors que se murmure l'arrivée prochaine, imminente peut-être, d'une nouvelle loi de santé publique, l'heure est donc

à la réaffirmation des objectifs et des pistes à suivre pour les atteindre (ou à défaut, les poursuivre, ce qui ne serait déjà pas si mal). Avec en ligne de mire la recherche d'un meilleur rendement, d'une performance optimisée, bref de plus d'efficience des actions de prévention.

Capharnaüm budgétaire

Il faut dire que la définition même de la prévention est sujette à interprétations diverses et nourrit certaines imprécisions quant à ses contours, les acteurs impliqués, ses financements, etc. Le CESE a choisi de considérer la prévention qui *"associe une implication personnelle, une vigilance des professionnels de santé et une responsabilité collective"*. À quelles fins ?

Les défis sanitaires que la prévention est censée contribuer à relever se nomment maladies chroniques, addictions, surconsommation de médicaments, composés toxiques. Or, selon l'analyse du CESE, on en sait encore trop peu sur chacune de ces cibles. L'épidémiologie et les autres activités de recherche en prévention, trop peu développées et aux résultats dispersés, nous feraient cruellement défaut pour décider des combats à mener. Perfectible aussi l'évaluation des actions de prévention mise en place par les pouvoirs publics. Quant aux financements, la Cour des comptes fait aveu d'ignorance en ce qui concerne leur montant : *"Aucun acteur ne dispose d'une vision globale des moyens consacrés à la prévention"*, soulignent les Sages. *"Selon le périmètre donné à*

celle-ci, le montant des dépenses qui lui sont consacrées varie entre moins d'un milliard d'euros et plus de dix. » Crédits de l'État, des collectivités, des communes et de l'assurance maladie, pâtissent qui d'une répartition approximative, qui d'une comptabilité au titre d'autres dépenses de santé... « *La traçabilité des financements consacrés à la prévention s'avère complexe* », résume pour sa part timidement le CESE.

Plaidoyer pour la méthode globale

Inutile d'espérer moins de complexité du côté des acteurs. Le système français associe des instances dédiées à la prévention sanitaire, au premier rang desquelles l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et ses déclinaisons régionales (Ireps), et celles pour qui la prévention est une mission parmi d'autres (Direction générale de la santé, agences régionales de santé, établissements sanitaires et médico-sociaux, etc.). Qui plus est, ces dernières relèvent de structures diverses et, au sein même de l'État, de plusieurs

Travelling avant sur le suicide

Face à la question du suicide, le constat d'une politique sanitaire encore trop centrée sur le curatif, tiré des récents travaux du Conseil économique, social et environnemental sur la prévention sanitaire française (voir article principal), est particulièrement alarmant. Aussi le CESE vient-il de décider de se pencher sur les pratiques préventives du suicide. *"Leur prise en compte déterminée nécessite l'élaboration de préconisations opérationnelles rapidement. On ne peut se satisfaire des taux actuels de mortalité et de morbidité liés au suicide"*, peut-on lire dans sa note d'intention.

Qualifié pour la première fois de 'grave problème de santé publique' en 1993 dans le précédent rapport du CESE qui

lui était consacré, le suicide apparaît comme la principale cause de décès par traumatisme dans la communauté européenne. En France, 11 000 décès annuels lui sont imputables. En passant au crible les pratiques préventives expérimentées depuis vingt ans dans le pays puis en proposant *"de nouvelles orientations et mobilisations fortes en faveur d'une prévention active (...) en tenant compte des pratiques étrangères, notamment anglo-saxonnes pionnières dans ce domaine"*, le CESE espère ajouter sa pierre à l'élaboration d'une politique de prévention cohérente.

ALP

Référence - <http://lecese.fr/sites/default/files/saisines/pdf/NS121710Suicide.pdf>

ministères.

La coordination des uns avec les autres est non seulement difficile mais également préjudiciable pour les

pathologies qui comportent 'un haut degré de latence' comme celles liées au travail ou les maladies chroniques. Et le CESE de prendre l'obésité pour exemple : *"La prévention nutritionnelle commence très tôt, dès le suivi de la grossesse et au cours de la petite enfance. L'éducation à la nutrition se poursuit tout au long de la vie de l'individu. L'école, l'entreprise, les médias doivent relayer des messages de prévention. Il faut également prendre en compte les facteurs environnementaux. Priorité nationale, l'obésité comporte des spécificités territoriales et appelle donc la mise en place de stratégies globales adaptées."*

Adhérez !

Si les lacunes de la prévention sanitaire française tenaient uniquement à des questions d'organisation et de fonctionnement des instances, quelques législations bien senties doublées d'un peu de courage politique suffiraient à les combler. Hélas, il faut bien composer aussi avec l'individu, même si celui-ci résiste, s'oppose, n'adhère pas ou mésagit ! L'efficacité d'une politique de prévention se mesure aussi à l'aune de l'évolution des comportements individuels. Dans le

L'acculturation en marche

« Une nouvelle culture de la prévention, ambitieuse et largement partagée, doit voir le jour », assène le Conseil économique, social et environnemental (CESE) qui plaide notamment pour développer un véritable *« parcours de prévention citoyen »* à toutes les étapes de la vie (grossesse, petite enfance, scolarité, vie professionnelle, départ à la retraite). En instituant des rendez-vous médicaux programmés qui incluraient un volet prévention systématique ? Cela suppose de confier aux médecins un rôle clé et central dans le dispositif de prévention. Pourquoi pas. La collectivité ainsi que la famille seraient pour leur part invitées à assumer ce qui relève de leur responsabilité, la première dans les activités économiques, au niveau de l'habitat et du cadre de vie et en rendant accessible une alimentation saine;

la seconde en transmettant conseils et bonnes pratiques.

Des efforts devraient également être faits afin d'améliorer la sensibilisation de tous à la prévention, qu'il s'agisse des enfants à l'école, des professionnels aux confins du médical et du social au travers de leur formation initiale ou de l'entreprise pour ce qui est des risques professionnels. Autrement dit, ce que préconise le CESE sans la nommer n'est rien d'autre qu'une intervention de promotion de la santé dans les règles de l'art, c'est-à-dire incluant l'élaboration d'une politique publique saine, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé. Beau programme, non ?

ALP

cadre du dépistage organisé par exemple, comme celui des cancers du sein en France, la décision de participer ou pas au programme procède d'un choix individuel. Comment influencer ce choix en particulier et les comportements de santé en général dans le respect de l'autonomie des citoyens ? Certainement pas en jouant les cartes de la responsabilisation et de la culpabilisation de la personne, toutes deux dépassées, estime le CESE. *« Une stratégie de prévention nouvelle pourra induire, chez elle, un désir et une volonté de mieux faire pour préserver son potentiel santé. »*

Finies les campagnes anti-tabac stigmatisant les fumeurs et les affiches qui mettent en scène une mère dépassée

secouant son bébé ? L'avenir est aux stratégies de prévention inspirées par les théories de la motivation et qui sauront *« prendre en compte les aspirations, les réticences ou les refus de la population »*. Ajoutez à cela la double ambition d'*« initier et diffuser une culture collective de la prévention »* et *« d'accompagner son appropriation par chacun »* et vous aurez la promesse d'un avenir radieux pour la prévention française. Utopie ? Peut-être. Mais cette inscription noir sur blanc dans un rapport officiel pourrait contribuer à inciter les institutions françaises à emboîter le pas aux acteurs de la prévention déjà engagés dans la voie d'une prévention plus séduisante que directive.

Références

- Les enjeux de la prévention en matière de santé, avis du Conseil économique, social et environnemental adopté le 14 février 2012 - <http://www.lecese.fr/travaux-publies/les-enjeux-de-la-prevention-en-matiere-de-sante>
- La prévention sanitaire, rapport de la Cour des comptes présenté le 13 octobre 2011 - http://www.assemblee-nationale.fr/13/budget/mecss/Communication_CDC_prevention_sanitaire.pdf

Stratégie

Réforme de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles : état des lieux

Christian De Bock, pour le Comité de liaison

L'an dernier, la Ministre de la Santé Fadila Lanaan rendait public un rapport d'évaluation des dispositifs de politique de santé en Communauté française¹. Ce rapport, relativement critique, suscita beaucoup de réactions, tant de la part des travailleurs concernés que de la classe politique francophone. Éducation Santé s'en est fait l'écho en son temps.

Fadila Laanan déclarait à l'époque qu'elle s'attela à une révision en profondeur de ces dispositifs légaux et réglementaires. *« Les recommandations vont permettre à la Communauté française de clarifier l'exercice de ses compétences en matière de santé, de renforcer la cohérence, la lisibilité et la transparence des dispositifs, d'améliorer le fonctionnement des opérateurs et enfin de définir un mode de pilotage et de suivi permanent »*, précisait la Ministre. *« Sur le plan de la transparence et de la lisibilité des dispositifs, j'ai l'intention de rassembler les textes en un seul décret, le code de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Ce code rassemblera non seulement dans un ordre logique les divers textes législatifs traitant de la politique de santé mais surtout, il*

dégagera des principes communs aux textes existants et indiquera les lignes de force de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Je veillerai également à ce qu'il puisse évoluer en fonction de l'émergence de problématiques nouvelles et à pouvoir y intégrer de nouvelles compétences, le cas échéant, sur base d'un nouvel accord institutionnel.

Par la suite, il sera nécessaire d'y greffer des arrêtés d'application afin de mettre en œuvre les différents programmes de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Sur le plan de l'organisation des structures et de la coordination des politiques contribuant à la santé pour tous, j'analyse actuellement la possibilité de confier à un organisme spécifique, qui serait à créer le

cas échéant, un rôle de documentation, de sensibilisation, de coordination, de pilotage et d'évaluation des politiques de santé. »

La Ministre espérait pouvoir déposer son avant-projet de décret en janvier 2012 afin que le nouveau texte soit opérationnel à partir de 2013.

Gestation plus longue que prévue

Où en est le nouveau code de la santé à l'automne 2012 ?

À l'heure où nous rédigeons ces lignes (octobre 2012), l'avant-projet n'a pas encore été déposé, il semble donc que l'élaboration du texte ait pris un certain retard par rapport au calendrier souhaité initialement par la ministre.

¹ Voir l'article de Colette Barbier 'Évaluation des dispositifs de santé en Communauté française : constats et recommandations', Éducation Santé n° 269, juillet 2011, p. 13 à 15.

Parmi les explications de ce retard, on peut imaginer que l'ampleur de la tâche a été quelque peu sous-estimée au départ. Après tout, il s'agit de rendre cohérent l'ensemble des textes légaux ayant trait aux compétences de la Fédération Wallonie-Bruxelles en matière de santé, et cet exercice n'est pas purement formel ; le nombre et la virulence parfois des réactions à l'initiative ministérielle ont également poussé la ministre à prendre le temps d'expliquer sa démarche, tant vis-à-vis des travailleurs du secteur que du monde politique et des médias.

Le Conseil supérieur de promotion de la santé avait recommandé que la ministre dégage des moyens pour une étude de faisabilité des modifications à introduire dans le futur décret. Cela ne s'est pas fait, et il a donc dû pallier vaille que vaille l'absence d'une concertation plus large et d'une telle étude².

La ministre a toutefois tenu à associer le Conseil au travail de rédaction du décret via la mise en place d'un Comité de liaison issu de celui-ci et chargé de faire le lien entre son cabinet et l'organe d'avis. Évidemment, ce type de concertation ne se fait pas en un jour ou deux et implique quelques allers-retours entre le 'politique' et les 'professionnels'.

Concrètement, cinq membres du Conseil supérieur de promotion de la santé ont été élus par leurs pairs pour cette tâche de liaison³, et la consultation a démarré le 19 janvier 2012. Depuis cette date, moyennant le respect d'une exigence ministérielle de stricte confidentialité, le Comité a eu plusieurs occasions d'exprimer des remarques et des critiques, mais aussi de faire des suggestions à plusieurs phases de l'écriture du décret, depuis l'architecture générale du texte jusqu'à un 'brouillon' assez élaboré, rédigé juste avant les grandes vacances.

Les mois d'été ont été mis à profit par le Comité de liaison pour structurer remarques et suggestions avec l'appui d'un groupe de travail du Conseil qui a pu fonctionner malgré cette période particulière de l'année

et s'est réuni à deux reprises.

Dans un courrier adressé à la ministre avec ses remarques, le Comité de liaison écrivait : « *La réunion de l'ensemble de ces textes en un seul code permet aux uns et aux autres de mieux prendre conscience des contraintes de leurs champs de travail respectifs. L'exercice illustre des points de tension qui méritent une attention accrue. Cet important travail législatif ouvre donc une réelle opportunité de rendre plus cohérente l'application des différentes compétences de la Fédération Wallonie-Bruxelles.* »

Ainsi, le Comité de liaison est intervenu pour :

- suggérer des concepts, des définitions ou des cadres de référence communs aux enjeux de promotion de la santé et aux compétences de la Communauté française ;
- se projeter dans les implications concrètes des textes proposés pour en estimer les limites, les incohérences, les faiblesses et les atouts eu égard aux motivations de ce renouvellement législatif et aux modalités de fonctionnement habituelles des opérateurs ;
- recueillir les avis d'opérateurs spécialisés sur des portions de texte les concernant particulièrement ;
- traduire dans les textes les recommandations émises par le Conseil dans ses avis à propos de l'évaluation du dispositif actuel et du projet de code de la santé.

On a pu reprocher à Fadila Laanan d'avoir bouclé l'évaluation sans donner au secteur l'opportunité de nuancer le dossier. En ce qui concerne le futur code de la santé, on ne pourra pas lui imputer pour de mauvaises raisons le retard pris par rapport au calendrier qu'elle a fixé elle-même. Une place réelle a en effet été accordée à la consultation dans le processus de rédaction du code de la santé. Cette consultation sur base de l'avant-projet de texte ne s'est d'ailleurs pas limitée au seul Conseil supérieur via son Comité de liaison, elle a visé aussi d'autres acteurs.

Les grandes lignes du futur décret : encore un peu de patience !

Il est prématuré de donner aujourd'hui⁴ une description précise d'un texte qui n'a pas encore été finalisé ni d'ailleurs soumis au Conseil supérieur de promotion de la santé et au Conseil d'État et qui n'a pas encore été non plus présenté au Gouvernement et au Parlement. Quant à l'aboutissement du processus, on peut raisonnablement estimer que le texte sera voté courant 2013, avec entrée en vigueur fin 2013 ou début 2014, soit quelques mois avant le terme de la législature actuelle.

Le secteur de la promotion de la santé, déjà passablement secoué en 2011, devra donc encore vivre plusieurs mois dans l'incertitude.

La maturation du texte du décret est plus longue que prévu au départ, ce qui semble plutôt positif au Comité de liaison. Mais il n'est pas possible d'ignorer les difficultés que cela soulève dans le travail quotidien des acteurs de promotion de la santé.

Comment la transition du dispositif actuel vers le 'nouveau paysage' se dessinera-t-elle ? Quid du programme 'quinquennal', prolongé plusieurs fois depuis 2008 ? Qu'en est-il aussi (surtout) de la continuité des financements durant cette période qui se prolonge ?

Les travailleurs de plusieurs services vivent dans l'inconfort de préavis et craignent de se retrouver sans emploi pendant de longs mois si ceux-ci viennent à échéance avant la mise en application du nouveau décret. En outre, les gestionnaires de services sont contraints de planifier les activités et l'organisation de leurs équipes sur le court terme. Bref, tout le monde souhaite y voir clair !

Dans ce contexte, aux dernières nouvelles Fadila Laanan a l'intention de jouer encore les prolongations, avec une période transitoire qui ira jusqu'en 2015 (sous réserve du vote indispensable d'une petite modification décrétable). De quoi rassurer quelque peu les équipes agréées et espérons-le aussi les porteurs de projets subventionnés...

² Pour en savoir plus sur les réflexions du Conseil supérieur de promotion de la santé :

Évaluation des dispositifs de la politique de santé en Fédération Wallonie-Bruxelles, Chantal Leva, Éducation Santé n° 274, janvier 2012 (avis du 19/8/2011).

Réforme du dispositif des politiques de santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles, Chantal Leva, Éducation Santé n° 279, juin 2012 (avis du 17/2/2012).

³ Il s'agit (dans l'ordre alphabétique) de Christian De Bock, Fabienne Henry, Vladimir Martens, Bernadette Taeymans et Chantal Vandoorne.

⁴ Ce texte est rédigé le 10/10/2012

Locale ROSALIE

Un réseau d'échanges, de partage d'expériences et de savoir-faire pour faire face aux inégalités sociales de santé

Carole Feulien, avec la collaboration de Valérie Coupienne, Chantal Leva et Élise Malevé du CLPS de Liège

En Belgique, comme dans toute l'Europe de l'Ouest, l'accès à la santé est très inégal et ce, malgré les progrès thérapeutiques et technologiques et malgré le renforcement de l'accès aux soins. Même lorsque les services sont financièrement accessibles, les personnes socialement défavorisées sont en moins bonne santé et meurent plus jeunes. Le réseau liégeois ROSALIE a été mis sur pied pour tenter de répondre aux besoins de ces populations et des professionnels qui les accompagnent.

« Monsieur, porteur du sida, raconte que ce sont les gens de son village qui lui ont jeté un sort. La nuit, dans sa chambre, il les entend parler et rire. », « Comment cette dame qui a subi des mutilations génitales peut-elle être soignée alors qu'elle est sans-papiers ? », « Voilà plusieurs fois que Monsieur et Madame n'amènent pas leur enfant à un rendez-vous médical important. On m'a dit qu'ils étaient candidats réfugiés politiques et qu'ils venaient de recevoir une décision négative. Mais je ne sais pas exactement ce que cela signifie... ».

Les professionnels qui développent des projets à l'attention des publics précarisés sont souvent confrontés à des situations pour le moins délicates, et doivent réagir dans l'urgence la plupart du temps. Comment intervenir avec ces personnes ? Comment interpréter leurs paroles et leurs actes ? Comment communiquer dans le respect des différences ?

ROSALIE est le Réseau d'observation des réalités sociales et de promotion de la santé sur l'arrondissement de Liège. Il est composé de nombreux professionnels de l'arrondissement de Liège¹ qui ont souhaité renforcer le travail en réseau pour construire une vision partagée des liens entre santé des populations précarisées et réalités sociales de terrain.

Ses finalités sont à la fois de soutenir le lien entre professionnels, d'adapter au mieux leur travail aux besoins et aux attentes des populations précarisées, et de faire prendre en compte ces réalités (et l'impact de



toute nouvelle mesure les concernant) aux institutions et représentants politiques. Plus précisément, il s'agit :

- d'élaborer une connaissance partagée des liens entre la santé des populations précarisées et les réalités sociales de l'arrondissement de Liège (sur base des observations et de l'expérience des acteurs de terrain, mais aussi sur des données chiffrées fournies par les membres du réseau) ;
- de relayer ces connaissances aux structures et institutions d'observation existantes ;
- de créer du lien entre professionnels et représentants politiques et de relayer ces connaissances à ces derniers ;
- de créer du lien entre professionnels (sur base de valeurs partagées) ;
- de créer du lien entre les réseaux.

Concrètement, ROSALIE est l'occasion pour les représentants de différents

réseaux, les acteurs de seconde ligne et les responsables institutionnels de se rencontrer et d'échanger afin d'identifier les publics précarisés (sur base d'indicateurs de précarité partagés), les besoins exprimés et les données disponibles, les acteurs et leurs pratiques, les atouts et difficultés (dans les pratiques), les enjeux éthiques, les spécificités liégeoises et le type de lien à développer avec les décideurs politiques. Le processus est basé sur l'échange de savoirs et de pratiques. L'ensemble des partenaires a exprimé son intérêt pour une approche systémique et intersectorielle des inégalités sociales de santé, qui tienne compte des spécificités locales. Chacun a souligné l'intérêt d'un décloisonnement afin de mettre en place des actions concertées et pertinentes. Afin d'officialiser leur appartenance à ROSALIE et de s'accorder sur des valeurs

¹ Centre de référence sida, CLPS, Centre Régional pour l'Intégration des Personnes Étrangères, Département des sciences de la santé publique de l'ULg, Intergroupe liégeois des maisons médicales, Mutualité chrétienne, Mutualité socialiste – Solidaris, Département Santé et Qualité de vie de la Province de Liège, Département Égalité des chances de la Province de Liège, Plan de Cohésion sociale de Liège, Relais social du Pays de Liège, Relais Santé du CPAS, Service de Promotion de la Santé à l'École de la Ville de Liège, Observatoire de la pauvreté et de la santé, Réseau liégeois d'aide et de soins en assuétudes, Seraing Ville Santé et SIDASOL.

² Ces recommandations ont fait l'objet d'une publication disponible sur www.clps.be.

Le CLPS de Liège, genèse d'un processus de concertation

Le Centre liégeois de promotion de la santé est une asbl agréée et subsidiée par la Communauté française dans le cadre du Décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé. Pour assurer ses missions et adapter ses actions aux réalités locales, le CLPS a mis en place un processus de concertation dès 1998. Son premier défi a été de se positionner par rapport aux nombreux réseaux existant sur la province, d'être accepté et de gagner de la légitimité sur le territoire liégeois. Ce travail a impliqué, dans un premier temps, d'identifier les organismes et les actions

développées sur le terrain.

La Première journée liégeoise de promotion de la santé (2002) a ensuite permis de récolter les attentes des professionnels, pour pouvoir instaurer une dynamique sur le long terme. En réponse à ces attentes, des rencontres ont été organisées, des formations, des plate-formes et des groupes de travail ont été mis en place. Cette dynamique a abouti à l'organisation de la Deuxième journée liégeoise de promotion de la santé (2008), qui avait pour objectif de faire le point sur le chemin parcouru et d'envisager de nouvelles

perspectives. Ainsi, 16 recommandations³ ont été rédigées par les professionnels, interpellés par les inégalités sociales de santé et soucieux de faire part de leurs préoccupations aux responsables politiques et institutionnels.

ROSALIE est la concrétisation d'une des recommandations nées des acteurs locaux lors de cette seconde journée liégeoise. Le rôle du CLPS est de co-construire ce projet afin de poursuivre la dynamique et de susciter davantage d'échanges entre secteurs et acteurs.

³ Ces recommandations ont fait l'objet d'une publication « *Promotion de la santé et inégalités sociales de santé. Constats et recommandations à l'intention des responsables politiques* », disponible sur www.clps.be.

communes, ses membres ont rédigé collectivement et signé une *Charte d'engagement* reprenant la philosophie du projet et ses objectifs, ainsi que les attentes vis-à-vis des membres. En 2011, il s'agissait d'abord d'élaborer une définition commune de la précarité à partir de la vision qu'en a chacun. Il s'agissait ensuite, sur base d'une grille construite collectivement, d'inviter chaque membre à présenter ses données quantitatives et qualitatives utiles au réseau (afin d'identifier ce qui se fait, ne se fait pas et ce qu'il faudrait faire). Il a également fallu définir des actions et recommandations opérationnelles². Enfin, le réseau a poursuivi la diffusion du cahier de recommandations auprès des représentants politiques. Les premiers constats se dégageant des présentations et des échanges ont mis en évidence que :

- une part de plus en plus grande de la population de l'arrondissement de Liège se retrouve dans une situation de précarité;
- parmi ces personnes, on trouve une proportion croissante d'étrangers sans statut ni droits sur le territoire belge;
- les professionnels qui accompagnent les populations précaires sont de plus en plus souvent confrontés à des situations inextricables;
- les personnes vivant dans la grande précarité sont souvent désocialisées, en rupture avec la norme sociale, au point de ne plus pouvoir

exprimer leurs besoins. Ainsi, leurs besoins primaires ne sont même pas couverts;

- l'accès aux soins pour tous n'est plus assuré, même au sein d'organismes pour lesquels c'est une priorité;
- les questions de santé mentale liées à la grande précarité et aux situations de migration interpellent les intervenants. La fragilité mentale qui s'ajoute aux autres difficultés maintient les personnes dans la précarité.

Dans un avenir proche, ROSALIE envisage de :

- préciser la définition de la précarité à l'aide d'un modèle théorique;
- poursuivre les présentations des organismes participant au réseau;
- définir des dimensions prioritaires sur lesquelles travailler à partir des indicateurs de précarité identifiés;
- identifier les représentations des personnes précarisées concernant leur santé;
- porter cette réflexion auprès des professionnels de première ligne et des réseaux, par le biais d'un événement;
- porter le résultat de la réflexion auprès des représentants politiques;
- développer des actions collectives et concrètes telles que, par exemple, le projet de formation « santé et diversité culturelle » (voir encadré);
- élargir le réseau;
- améliorer la communication et renforcer la visibilité de ROSALIE;

- renforcer le lien avec les *Plans de cohésion sociale* des autres communes de l'arrondissement.

Un projet de formation sur base des constats de ROSALIE

Le 2 mars 2012 a eu lieu une matinée de réflexion, d'échanges et d'analyse des besoins de formation des travailleurs psycho-médico-sociaux sur le thème des « enjeux de santé dans un contexte interculturel ».

Cette matinée poursuivait un triple objectif : identifier les difficultés des professionnels à analyser les demandes ; prendre en charge ou orienter leur public étranger ; mettre en lumière certaines ressources existantes et envisager la création d'une formation permettant d'outiller les travailleurs psycho-médico-sociaux confrontés à un décalage culturel avec leur public étranger et souhaitant élargir leurs compétences en matière de prise en charge.

Les principales difficultés relevées par les participants, quel que soit leur contexte de travail, sont :

- le décalage culturel avec le public ;
- la complexité de la législation liée aux procédures de demande d'asile ;
- la complexité des liens entre santé mentale et problématique sociale ;
- le manque de clarté quant à la manière

et au moment de relayer certaines demandes du public. Il est évident que chaque partenaire du réseau pourrait amener des éléments de réflexion utiles pour gérer ces difficultés mais les démarches de formation proposées par certains organismes rencontrent un intérêt limité, sans doute parce qu'elles sont trop spécifiques et que les acteurs qu'elles visent ne se sentent pas concernés. Il s'avère donc opportun de coordonner les offres/démarches de formation, de les adapter aux besoins des intervenants, afin de proposer une formation plus globale, plus transversale, s'adressant à un public large (à savoir tous les professionnels confrontés à un décalage culturel avec leur public étranger).

Pour ce faire, il était nécessaire d'identifier les besoins en formation et les modalités convenant aux professionnels. Les thématiques et enjeux émergents sont :

- l'importance de la décentration face aux décalages culturels ;
- la prise de recul par rapport aux représentations et référents culturels ;
- la place de l'interprète (collaboration, secret partagé, professionnalisme, confiance) ;
- la question du genre (rapports hommes/femmes) ;
- le travail sur la relation, la rencontre et la communication interculturelle ;
- le parcours d'accueil et les procédures de demande d'asile ;
- le système de représentations de la santé

et du bien-être des personnes d'origine étrangère. Prochaine étape pour ROSALIE : la co-construction de la formation à proprement parler (sur base de l'analyse des besoins) et l'élaboration du programme. *Éducation Santé* suivra cela de près et vous tiendra volontiers informés de la suite des activités du réseau liégeois.

Pour en savoir plus sur ROSALIE ou pour en faire partie : Centre liégeois de promotion de la santé, Place de la République française 1 (4^e étage), 4000 Liège. Tél. : 04 349 51 44, fax 04 349 51 30, courriel : promotion.sante@clps.be. Internet : www.clps.be.

Outils

Comment appréhender l'hygiène corporelle dans sa vie ?

Un programme pédagogique pour aborder la thématique de l'hygiène corporelle auprès d'un groupe d'adultes : 5 séquences d'animation, fiches techniques et théoriques, plusieurs supports d'animation.

Description de l'outil

Matériel

Dans une valisette, dossier pédagogique de 80 pages (classeur à anneaux), une photo-expression (40 photographies couleur, format A5), association d'images (10 dessins couleur, format A5), cartes symboles (64 dessins n/b, format 10,5 x 7,5)

Concept

Destiné aux professionnels du champ éducatif, social, sanitaire et à toute personne ayant en charge l'accompagnement socioprofessionnel d'adultes, ce programme s'articule autour de fiches techniques et fiches théoriques d'une part, et de 5 séquences d'animation d'autre part. L'outil comprend également plusieurs supports d'animation : photo-expression, cartes symboles, dessins d'association d'images.

Objectifs

Permettre aux professionnels-relais d'aborder la thématique de l'hygiène corporelle auprès d'un groupe d'adultes :

- aborder le lien entre image du corps et hygiène corporelle, à partir des représentations des participants ;
- identifier les normes sociales de l'hygiène corporelle et les causes des écarts entre ces normes et les pratiques observées ;
- repérer l'impact de l'hygiène corporelle sur la relation à soi-même, aux autres, dans son milieu professionnel ;
- aborder les atouts et limites de l'image que l'on a de soi, ainsi que la dimension sensorielle.

Conseils d'utilisation

Il est conseillé de découvrir d'abord les *Fiches préalables*, qui abordent quelques fondements éthiques, l'importance de s'interroger sur ses propres représentations de l'hygiène corporelle et quelques notions

sur l'évolution de celle-ci à travers l'histoire. *Les Fiches théoriques* donnent des éléments complémentaires sur des concepts utilisés dans les séquences d'animation.

Dans un second temps, suivez le déroulement des séquences proposées dans les *Fiches techniques* (objectifs, contenu, évaluation). Il est préférable que le travail soit basé sur une implication volontaire, même s'il s'inscrit dans un programme de formation ou un processus d'insertion.

La *durée d'une séquence* est d'environ 2h30 à 3h. En fonction des contraintes, celle-ci peut être re-découpée. Dans ce cas, il faudra adapter les questions des évaluations. Il est important qu'il n'y ait pas trop d'écart entre deux séquences.

Bon à savoir

L'outil coûte 70 euros. Ajouter les frais de port pour la Belgique : 21,55 € pour un exemplaire, 28,95 € pour deux.

Où trouver l'outil

Chez l'éditeur : CODES de la Sarthe,
92-94, rue Molière, 72000 Le Mans.

Tél. : +33 (0)2 43 50 32 45.

Courriel : codes72@ahs-sarthe.asso.fr

Internet : <http://www.codes72.fr/>

<http://www.ahs-sarthe.asso.fr/>

Les CLPS de Liège, Verviers, Brabant wallon, Huy-Waremme, Mons-Soignies, Luxembourg, Namur et l'asbl Cultures & Santé peuvent vous prêter cet outil.

L'avis de PIPSa (www.pipsa.be)

La Cellule d'experts de PIPSA a accordé la mention 'coup de cœur' à cet outil en 2011.

Appréciation globale

La thématique de l'hygiène est récurrente en promotion de la santé. Elle renvoie en effet à une série de demandes d'acteurs de terrain sur l'importance de l'hygiène, par exemple dans le cadre de la recherche d'un emploi. Mais, ces demandes font-elles référence à un réel souci de bien-être ou bien à un renforcement de la norme actuelle par rapport aux exigences de la société ?

Cet outil est en tout cas clairement conçu dans une perspective de promotion de la santé et d'éducation permanente, centré sur la personne et la mise en place progressive de compétences psychosociales (et non sur un emploi à pourvoir par exemple ou sur une approche théorique ou d'éducation sanitaire). Il formule des précautions en invitant à ne pas poser de jugement, à installer un cadre et à respecter le fonctionnement du groupe.

L'outil propose des techniques d'animation et d'expression classiques, ce qui le rend facilement appropriable pour des gens qui ont l'habitude d'animer.

Il aborde non seulement l'hygiène mais aussi toute la question des normes et des représentations, dans le groupe lui-même y compris chez l'animateur (en lui permettant de se questionner sur sa manière habituelle d'aborder la thématique).

L'ensemble des 5 séquences (modulables, ouvertes, découpables) prévoit une implication individuelle assez forte, pas forcément sécurisante, mais qu'il faut pouvoir gérer. Il s'agit donc d'un outil à utiliser avec justesse dans des groupes

prêts à travailler l'implication, le parler de soi, l'image de soi.

L'interaction entre les participants est forte mais dure essentiellement le temps de l'animation. Il se pourrait qu'il y ait des prolongations dans le groupe ou vers l'extérieur, mais ce n'est pas un objectif en soi de l'outil. Même si des pistes de prolongation sont possibles et suggérées dans l'outil, elles restent axées sur l'image physique de soi et ne sont pas développées. Il ne faut pas attendre de cet outil une dimension communautaire ou d'action opérationnelle en suivi. Par ailleurs, constituer un groupe juste autour de cet outil est probablement illusoire : fonctionner avec un groupe déjà établi sera préférable.

Au niveau du support lui-même (solide et transportable, avec des intercalaires pour facilement retrouver les éléments), on relève une très bonne structuration du dossier, très soutenante. Le dossier lui-même est complet (éléments de contenus et théoriques présents et accessibles) mais une appropriation est nécessaire afin de bien faire vivre un fil conducteur entre les séquences.

Les documents sont photocopiables. Sur les supports complémentaires, on relèvera que les « symboles » ne sont pas trop sophistiqués et donc on peut facilement en faire soi-même. Concernant le photolangage, les photos assez typées sont probablement liées au contexte de création de l'outil (France rurale, pas de gros milieu urbain, pas de multiculturalité). Il est toujours possible de compléter par d'autres photos.

Objectifs

L'outil permet :

- d'interroger les normes, les représentations individuelles et collectives en matière d'hygiène corporelle, puis de rendre possible un décalage par rapport à ces normes, sans rendre obligatoire un changement de comportement, dans un processus d'éducation permanente;
- de repérer l'impact de l'hygiène corporelle sur la relation à soi-même, aux autres, dans son milieu professionnel;
- de créer un espace d'expression et d'échange autour de l'hygiène corporelle, facilitant pour l'animateur.

Public cible

À partir de 14 ans, dans des groupes de 8 à 12 personnes.

L'outil ne nous paraît pas adaptable à tous les publics : il faut des participants qui soient capables de s'exprimer, avec une certaine image de soi positive, capables aussi de se mettre en scène, et cela dans un groupe en processus d'évolution, avec une confiance mutuelle. Il faut pouvoir oser se regarder, parler de soi, de son intimité. Attention avec des publics fortement précarisés ou ayant une image de soi fort négative. Il serait bon de travailler d'autres techniques d'expression que l'écrit ou le verbal.

L'outil souligne l'idée d'une participation volontaire. Néanmoins, dans la réalité, pour quelqu'un faisant partie d'un groupe constitué, il est difficile de se mettre à l'écart du groupe : il y a donc une certaine obligation de participation, qui peut être difficile vu qu'il y a des activités qui sollicitent par exemple un contact physique.

Utilisation conseillée

Compléter par des approches d'artistes ayant travaillé la thématique du corps (danse, photographie, peinture...). Prendre également connaissance du document méthodologique « Intervenir sur les questions d'hygiène-propreté : quelques repères », du CRES de Rouen. Pour les symboles, on peut utiliser l'outil *Motus* à la place (200 symboles au lieu de 30...) ou se lancer soi-même pour en créer une série !

Pouvoir travailler à 2 animateurs est toujours un plus lorsqu'on est face à des techniques d'expression fort impliquantes comme dans ce dossier.

Le photolangage étant fort orienté (femmes qui se reposent, femmes qui travaillent à la campagne à la nature, famille idéale, hommes sur chantiers), il est pertinent de le compléter en fonction du public avec qui on travaille.

Peut-être d'abord commencer par « comment je me vois et je me sens, quelles sont mes sensations internes » et puis « comment l'autre me voit, ce que je renvoie... » plutôt que l'inverse.

Lu pour vous

La Charte d'Ottawa, référence ou archive pour la nouvelle génération ?

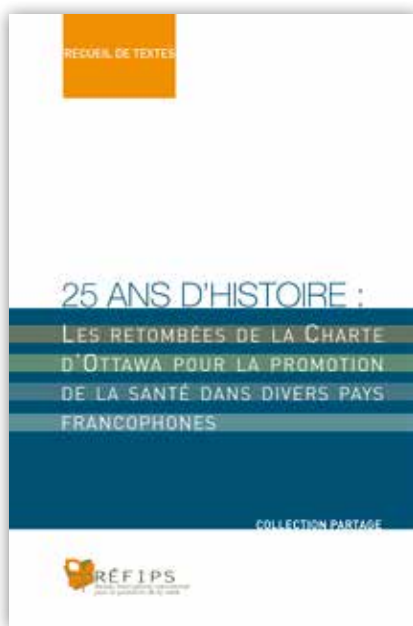
Pascale Dupuis, Membre du Conseil d'administration du Réfips – section des Amériques
Awa Seck, Coordonnatrice de l'ouvrage sur les retombées de la Charte d'Ottawa 25 ans après

Si la Charte d'Ottawa est le produit d'une génération, quelle valeur a-t-elle, vingt-cinq ans après sa publication, pour la génération suivante ? Aux yeux des étudiants de santé publique ou communautaire, de promotion de la santé ou d'éducation pour la santé, ce document est-il plutôt un livre de chevet... ou un écrit à classer aux archives ?

Pour évaluer la valeur qu'a la Charte pour les plus jeunes, qui sont aussi les prochains professionnels du domaine, la section des Amériques du Réseau francophone international pour la promotion de la santé (Réfips) a mené un sondage auprès de 151 étudiants d'universités de la francophonie. En répondant à un questionnaire en ligne, ces étudiants ont dévoilé l'utilité que pouvait avoir la Charte d'Ottawa pour leur future pratique en promotion de la santé. Bien que l'on ne puisse leur attribuer toute la rigueur d'une véritable recherche scientifique, les résultats de cette étude apportent quelques éclairages intéressants à ceux qui ont à cœur la diffusion de ce document de référence.

Outre la connaissance de la Charte d'Ottawa, le sondage avait pour but d'explorer les points de vue des répondants sur les aspects suivants : l'actualité des valeurs et principes énoncés, les conditions préalables à la santé et l'adéquation des stratégies proposées par la Charte aux enjeux actuels de santé. Il visait également à recueillir des suggestions pour l'amélioration de son contenu.

Une originalité de ce sondage qui a circulé à travers les sections régionales du Réfips du 1^{er} avril au 1^{er} décembre 2011 réside dans le fait qu'il a exploré les points de vue d'étudiants francophones du monde entier. Retenons cependant que la grande majorité des répondants (68 %) est issue d'Afrique sub-saharienne tandis que les régions francophones d'Amérique (17 %), d'Europe (9 %) et d'Afrique du Nord (5 %) se partagent le reste des réponses. Le Moyen-Orient et l'Océan Indien sont sous-représentés (1 % chacun). Concernant le profil des répondants, il est également



intéressant de noter que la plus grande partie d'entre eux (près de 70 %) ont plus de 30 ans, et ce malgré que le sondage s'adressait prioritairement à des étudiants.

Une « référence » très peu connue

Le sondage s'est d'abord intéressé à la connaissance de la fameuse Charte d'Ottawa, ainsi qu'à celle de sa « petite sœur » de Bangkok. 60 % des répondants des Amériques ont indiqué très bien ou assez bien connaître la première, ainsi que 77 % des répondants européens. Fait étonnant : du côté africain, la majorité des répondants déclarent ne pas connaître la Charte d'Ottawa : 55 % des répondants d'Afrique sub-saharienne indiquent ainsi ne pas connaître la Charte du tout, tandis que 19,5 % d'entre eux déclarent la connaître un peu. En Afrique du Nord, ils sont 28 % à ne pas la connaître du tout et 43 % à la connaître un peu.

La Charte de Bangkok, diffusée en 2005 dans le cadre de la *Sixième conférence internationale pour la promotion de la santé* est réputée pour s'intéresser notamment aux effets de la mondialisation sur la santé, aux inégalités croissantes, à l'urbanisation rapide et à la dégradation de l'environnement. Le sondage a montré que ce deuxième document était plus obscur encore que le premier : alors qu'aucun des répondants d'Afrique du Nord ne déclare la connaître davantage qu'un peu, ils sont 90 % en Afrique sub-saharienne, 84,5 % en Europe et 68 % en Amérique à indiquer qu'ils ne la connaissent pas du tout ou qu'ils la connaissent seulement un peu.

Une belle adhésion aux objectifs

Vu ces tristes résultats, il est intéressant de noter que les questions très explicites du sondage permettaient de solliciter l'avis des répondants même lorsque ceux-ci n'avaient pas une connaissance approfondie de la Charte d'Ottawa. Par exemple : « *La Charte d'Ottawa propose d'agir en vue de la Santé pour tous en l'an 2000 et au-delà et définit la promotion de la santé comme un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cet objectif fondamental inspire-t-il votre vision de la pratique actuelle ?* ». À cette question portant sur les objectifs de la Charte et de la promotion de la santé, près de 7 répondants sur 10, toutes origines confondues, ont répondu positivement (« énormément » pour 53,7 % et « passablement » pour 15,2 % d'entre eux).

Des valeurs actuelles et des défis pour demain

Les étudiants ont ensuite été interrogés sur l'actualité des valeurs et principes qui servent de piliers à la promotion de la santé : l'équité et la justice sociale, la démocratie et la participation sociale, les droits de l'homme, le respect de la diversité et de la dignité, le développement des habiletés et le renforcement des capacités, une définition holistique de la santé et la reconnaissance de l'influence des environnements sur celle-ci et enfin la collaboration intersectorielle. Les trois quarts d'entre eux, dans de plus fortes proportions en Europe et en Amérique, indiquent qu'ils considèrent encore ces valeurs comme actuelles. Notons par ailleurs que, si on observe les résultats selon les âges des répondants, les plus de 30 ans répondent plus affirmativement à cette question que les moins de 30 ans qui semblent plus hésitants. Ceux qui ont répondu ne pas être d'accord ou plus ou moins d'accord avec ce point de vue semblent avoir saisi « valeurs actuelles » dans le sens de « valeurs appliquées » puisqu'ils avancent que bon nombre de ces valeurs ne sont pas respectées, en Afrique essentiellement. Un répondant d'Afrique sub-saharienne décrit que « *Dans la société actuelle, certaines valeurs ne sont plus d'actualité. C'est peut-être dû à la mondialisation, aux crises économiques qui sévissent dans plusieurs États. Il suffit de regarder en Afrique pour voir comment les droits de l'Homme sont bafoués, il n'y a pas de démocratie et par conséquent de paix. Il y a un problème crucial de logement, et ceci peut être visible dans certains pays développés. Les inégalités de santé continuent de s'agrandir et créent des fossés entre les pays, entre les individus au sein d'un même pays (...)* ». Les répondants du sondage estiment en grande majorité, soit 9 sur 10, que les principes et valeurs de la Charte d'Ottawa resteront valables au cours des dix prochaines années. Pourquoi ? Parce qu'ils concourent à un monde meilleur, parce qu'ils sont à la base d'un développement des communautés et du développement durable, parce qu'ils englobent tous les aspects de la santé publique, parce qu'ils sont intemporels ou encore simplement « *parce qu'on n'a pas atteint l'objectif* »

2000 et les mêmes besoins sont là, avec les mêmes aspirations ».

En fait, il semble que pour beaucoup, les principes et valeurs énoncés dans la Charte d'Ottawa soient vus comme « le minimum » non encore atteint et resteront d'actualité tant qu'ils ne seront pas enfin réalisés partout à travers le monde. Les 10 % qui estiment que ces valeurs et principes ne seront plus valables dans les dix prochaines années le justifient par les changements sociaux, la diversité culturelle, l'évolution des valeurs ou encore les nouveaux problèmes de santé et nouveaux besoins des populations.

Les répondants du sondage estiment en grande majorité, soit 9 sur 10, que les principes et valeurs de la Charte d'Ottawa resteront valables au cours des dix prochaines années.

Ce qui manque...

S'ils avaient le pouvoir d'ajouter des principes et valeurs à la Charte, trois étudiants sur dix en profiteraient. Ils mentionneraient la stabilité politique et la sécurité, l'auto-détermination des pays africains, la liberté, le respect de la vie, la solidarité, le respect de l'environnement, une économie plus sociale, les échanges entre le Nord et le Sud ou encore... l'amour. Certains nomment la préservation des coutumes et la flexibilité vis-à-vis des différentes cultures. D'autres citent des conditions liées à la qualité du système de santé : les infrastructures, la formation du personnel, un accès égalitaire aux soins. Évoquant des besoins concrets, un des répondants demande de développer l'information sur la santé et l'environnement et un autre suggère que soit créé un « bureau de contrôle » pour s'assurer de la mise en œuvre de tous ces principes. Finalement, un répondant européen propose de nuancer le principe de collaboration intersectorielle : « *Dans de nombreuses actions de promotion*

de la santé ou d'éducation pour la santé, on prône la participation de tous, y compris de l'industrie. Or elle n'a pas sa place dans de tels projets. En effet, les conflits d'intérêt sont une situation réelle (...) ».

À propos des sept conditions préalables

À la question portant sur la validité des conditions et ressources préalables à l'amélioration du niveau de santé – la paix, un abri, l'instruction, de la nourriture, un revenu, un écosystème stable et des ressources viables –, les répondants ont apporté le même genre de réponse qu'à propos des valeurs en principes : ces conditions sont toujours actuelles selon 77 % d'entre eux, tandis que ceux qui ne les jugent pas actuelles, ou plus ou moins actuelles, expliquent surtout qu'elles ne sont pas respectées, voire irréalisables d'après eux. Certains pointent néanmoins des conditions manquantes telles que l'équité et la justice sociale, la démocratie, la bonne gouvernance, le respect des communautés, la volonté politique, la sécurité, l'accès à l'eau et l'accès aux soins.

Cinq stratégies... insuffisantes ?

La Charte d'Ottawa propose cinq stratégies d'action : établir des politiques publiques saines, renforcer l'action communautaire, développer les aptitudes personnelles, créer des milieux favorables à la santé et réorienter les services de santé. Interrogés sur l'efficacité de ces stratégies pour faire face aux enjeux de santé, les répondants sont à nouveau sept sur dix à indiquer leur approbation. Les 29 % restants estiment quant à eux que ces stratégies sont insuffisantes. Ils s'expliquent en indiquant que de nouveaux défis impliquent de nouvelles stratégies et recommandent d'ajouter certaines stratégies telles que le contrôle citoyen des politiques publiques, une stratégie de pérennisation et d'appropriation par les communautés, la promotion du respect du genre et l'autonomisation des femmes, la création d'emplois, la lutte contre la pauvreté, le développement de la recherche, le renforcement de la solidarité, la lutte contre une économie mondialisée, l'amélioration de la formation aux soins et de

25 ans d'histoire : les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones

Ce texte de Pascale Dupuis et Awa Seck est extrait d'une publication spéciale intitulée *25 ans d'histoire : les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones*, dans laquelle le Réseau francophone international pour la promotion de la santé souligne le 25^e anniversaire de ce texte fondateur. Ce recueil nous offre une réflexion d'ensemble à propos de l'évolution de l'influence de la Charte d'Ottawa sur la pratique de santé publique, de son adoption en 1986 à aujourd'hui. Quels sont les tenants et les aboutissants ? Quels sont les enjeux futurs ? Cette publication est destinée à toute personne intéressée par l'échange d'expertise professionnelle en promotion de la santé.

Sommaire

- Éditorial, par *Lisandra Lannes*
- La Charte d'Ottawa aux yeux de la nouvelle génération : référence ou

archive ?, par *Pascale Dupuis et Awa Seck*

- L'adaptation et la pertinence de la Charte d'Ottawa aujourd'hui selon les étudiants du Québec, par *Anne-Marie Turcotte-Tremblay, Marilyn Fortin et Valéry Ridde*
- La Charte d'Ottawa et le Liban : un appel à « prioriser » la santé, par *Lara Abou Jaoudé*
- Le point de vue de cinq grands acteurs de la promotion de la santé du Nord au Sud de la Francophonie, par *Lisandra Lannes*
- La Charte d'Ottawa : une charte pour les indignés ?, par *Michel O'Neill*
- Promotion de la santé en Belgique : un point de vue sur l'influence de la Charte d'Ottawa au niveau local, par *Philippe Mouyart*
- La Charte d'Ottawa vue de Belgique : à la lumière d'une évaluation du dispositif de promotion de la santé, par *Luc Berghmans*
- Penser et agir localement dans une

perspective globale ou de la promotion de la santé et des chemins qui y mènent : l'exemple d'École 21, par *Philippe Lorenzo*

- Projet en gestion du stress chez l'enfant : maillage santé et éducation, par *Renée Guimond-Plourde*
- L'intégration de la santé dans toutes les politiques dans la gouvernance pour la santé : une pratique issue de l'axe des politiques publiques favorables de la Charte d'Ottawa, par *Judith Lapierre, Assumpta Ndengeyingoma et Jacques Boucher*
- Conclusion, par *Lisandra Lannes et Hachimi Sanni Yaya*
- Annexe - Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé

Il est possible de télécharger et de commander ce document d'une centaine de pages sur le site du Réfips : <http://www.refips.org/publications.php>

la qualité des interventions, les partenariats internationaux. Un répondant du Nord partage que « *la charte d'Ottawa ne peut être appliquée dans tous les pays. Il faudrait développer de nouvelles stratégies pour les pays du Sud (...), promouvoir une politique de discrimination positive à l'égard des opprimés, des gens de couleur, des minorités visibles et autres* ». Certains soulèvent aussi le problème du financement de ces stratégies.

Suggestions

On remarque que la question de l'opérationnalisation des stratégies préoccupe les répondants qui proposent des solutions pour en améliorer la mise en œuvre – solutions dont certaines sont déjà partiellement appliquées : « *une mise en compétition ou des émulations quant au niveau d'atteinte des objectifs* », « *une plus forte implication de l'Organisation mondiale de la santé pour la mise en œuvre des pratiques* », « *une nouvelle stratégie de financement des programmes de santé et d'autres secteurs* », « *des stratégies de suivi et*

d'évaluation par pays », « *des démonstrations des effets de la promotion de la santé* », « *enlever la promotion de la santé du ministère de la santé et la placer au cœur de la santé publique pour être l'axe organisateur (...) de toutes les autres politiques* ».

Un monde idéal

En conclusion de l'analyse de ce sondage, on relève une mauvaise connaissance de la Charte, d'où émergent des difficultés pour son essor. Néanmoins, même sans la connaître ou en la connaissant peu, la majorité des répondants semblent familiers et en accord avec son contenu, ses principes, les conditions identifiées comme préalables à la santé et les stratégies proposées. Pour la plus grande partie des étudiants qui ont pris le temps de nous éclairer sur leur vision de la promotion de la santé, la Charte d'Ottawa « *décrit la promotion de la santé dans un monde idéal et non pas dans le monde dans lequel on vit* », comme l'ont analysé Desjardins (2008) et Perrault et Foster

(2009). Ils révèlent qu'il reste beaucoup de travail préalable pour atteindre les seuils minimaux qui garantiront la santé pour tous, spécialement mais pas exclusivement dans les contextes africains. Si la plupart des répondants partagent les valeurs et principes et adhèrent aux stratégies proposées par la Charte, tout en ayant un œil critique sur leur applicabilité actuelle et en fournissant de nombreuses suggestions d'amélioration, c'est qu'il reste de beaux espoirs de survie à la promotion de la santé. Dans les lieux d'enseignement de la santé publique ou de la promotion de la santé, il faut maintenant investir dans la diffusion et la vulgarisation du document et surtout de son contenu, dans la promotion de son utilisation et dans son adaptation aux contextes, ainsi que dans la recherche nécessaire à son développement.

Références

- Desjardins J.P., *Une « relecture » de la Charte d'Ottawa*, dans : Promotion & Education, 2008, 15 (8, supp. 1), pp 8-13.

- Perreault K. & Forster M., *La Charte d'Ottawa : sommes-nous encore loin de la réalité postulée ?*, dans : *Reviews of Health Promotion and Education Online* : <http://rhpeo.net/reviews/2007/5/index.htm>.
- Seck, A. (2011). *Parole à la relève : Des étudiants francophones parlent de l'utilité de la Charte d'Ottawa dans leur pratique future en promotion de la santé*. Symposium du Réfips sur 25 années d'histoire : des retombées concrètes de la Charte d'Ottawa dans différents pays francophones, 4^e colloque international des programmes locaux et régionaux de santé, Ottawa, 27 au 30 juin 2011.



Fidèle à sa tradition, la Plate-Forme prévention sida a lancé une nouvelle campagne de solidarité et de lutte contre les discriminations à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida.

Cette campagne est inspirée des résultats d'une grande enquête en Belgique francophone sur la qualité de vie des personnes séropositives. Voici un des quatre visuels de cette nouvelle initiative de la Plate-forme.



LA Santé de l'homme

La Santé de l'homme n° 416 – novembre-décembre 2011

Étude

Une évaluation des politiques de lutte antitabac menées en 2007 et 2008, *Romain Guignard, François Beck, Antoine Deutsch*

Dossier. Se former et former en promotion de la santé

Introduction, *Emmanuelle Hamel, Jeanine Pommier*

Se former en promotion de la santé : des clés pour comprendre, *Emmanuelle Hamel, Jeanine Pommier*

Promotion de la santé, éducation pour la santé, éducation thérapeutique du patient : une base de données sur les formations universitaires, *Stéphanie Regat, Elara Aranha de Lima*

L'approche par compétences, pour quels changements ? *Cora Brahimi, Céline Farley*

« En promotion de la santé, le lien entre la recherche et la formation est fondamental » entretien avec *Éric Breton*

Éducation et promotion de la santé : bientôt des référentiels aux niveaux français et européen, *Jérôme Foucaud, Claire Blanchard, Sara Debenedetti, Barbara Battel-Kirk, Margaret M. Barry*

La promotion de la santé dans les formations initiales : accompagner le changement, *Christine Ferron, Cathy Bourhis*

Formation pour les acteurs du volet santé de la politique de la ville, *Viviane Bayad*

Autonomie des personnes âgées : une formation en promotion de la santé pour les aides à domicile, *Lucette Barthélémy*

« Aider la personne sur ce qu'elle sait le mieux faire » entretien avec *Gilles Vangrevelynghé*

Promotion de la santé et autonomie des personnes âgées : une formation sur mesure pour les aides à domicile, *Célia Larochelle, Laurence Boudy*

Le premier master de santé publique enseigné à distance intègre une spécialité de promotion de la santé, *Dominique Billot, Jean-François Collin, Francis Guillemain, Serge Briçon*

Éducation et promotion de la santé : une formation à distance pour les professionnels du milieu scolaire, *Crane Rogers, Dominique Berger*

Enquête sur la formation en promotion de la santé en Amérique centrale et latine, *Hiram Arroyo, Jeanine Pommier*

« La promotion de la santé nécessite de travailler sur

nombre de déterminants » entretien avec *Cheikh Tidiane Athié*

Pour en savoir plus, *Laetitia Haroutunian, Emmanuelle Hamel*

Qualité de vie

« Faire changer le regard porté sur la sexualité et le handicap » entretien avec *Jeannine Langleur et Christine Legrand*

Enquête

Une forte baisse du temps de sommeil au cours de l'adolescence, *François Beck, Jean-Baptiste Richard, Emmanuelle Godeau, Damien Léger*

« Internet et le téléphone grignotent le sommeil des jeunes » entretien avec *Damien Léger*

Lectures

Sandra Kerzanet

Tout nouveau numéro de *La Santé de l'Homme* est intégralement accessible sur Internet dès sa parution, à partir du site de l'Inpes : www.inpes.sante.fr Vous y trouverez aussi une présentation de la revue, les sommaires et index des numéros depuis 1999 et l'intégralité des articles publiés depuis 2000 (numéro 345).



Sommaire

Initiatives

- 2 Des communes en mouvement pour la santé de leurs habitants, par *Christian De Bock*
- 4 '0-5-30 Combinaison prévention', par la *Fondation Happy Body*
- 5 CEBAM : 10 ans de pratique médicale basée sur les preuves, par *Christian De Bock*

Réflexions

- 6 Pour une politique de prévention, par *François Alla*
- 8 La prévention sortira-t-elle de l'ombre en France ?, par *Anne Le Pennec*

Stratégie

- 10 Réforme de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles : état des lieux, par *Christian De Bock*

Locale

- 12 ROSALIE, le réseau liégeois d'échanges, de partage d'expériences et de savoir-faire pour faire face aux inégalités sociales de santé, par *Carole Feulien, Valérie Coupienne, Chantal Leva et Élise Malevé*

Outils

- 14 Comment appréhender l'hygiène corporelle dans sa vie ?

Lu pour vous

- 16 La Charte d'Ottawa, référence ou archive pour la nouvelle génération ?, par *Pascale Dupuis et Awa Seck*

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

Abonnement : gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

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

Ont collaboré à ce numéro : François Alla, Valérie Coupienne, Pascale Dupuis, Carole Feulien, Fondation Happy Body, Anne Le Pennec, Chantal Leva, Élise Malevé, Awa Seck

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

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

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

Réseaux sociaux : Carole Feulien (carole.feulien@yahoo.fr).

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

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Colette Barbier, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Cristine Deliens, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Roger Lonfils, Marie-Noëlle Paris, Karin Rondia, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

Comité opérationnel : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Carole Feulien, Jacques Henkinbrant, Julien Nève, Tatiana Pereira, Thierry Poucet, Maryse Van Audenhaege.

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

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 2 100 exemplaires.

Diffusion : 1 950 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

Pour tous renseignements complémentaires :

Éducation Santé, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél. : 02 246 48 51. Fax : 02 246 49 88 (indiquer ANMC-Éducation Santé comme destinataire).

Internet : www.educationsante.be.

Courriel : education.sante@mc.be.

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

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

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

(sous réserve d'acceptation des auteurs).

Notre site est **certifié HON**

(Health on the Net – 06/2011).

Notre site adhère à la Plate-forme

www.promosante.net

Education Santé



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES

La Fédération Wallonie-
Bruxelles finance cette revue



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.



L'accès à la santé pour tous

La Mutualité Socialiste



Imprimé sur papier
blanchi sans chlore
Emballage recyclable.

