

# Horizon pluriel

Education et promotion de la santé en Bretagne

## La fashion santé...

UNIVERSALISME

PROPORTIONNE

D  
s  
é  
m  
o  
c  
r  
a  
t  
i  
v  
e

EIS

Résilience

Empowerment

*Littératie*

*Déterminants de santé*

PLAIDOYER

Intersectorialité

Parcours  
de santé



© ra2studio / photomontage : MS - IREPS Bretagne

n° 27

## ... des mots pour l'action ?



« ... aujourd'hui, la question posée est celle de l'envahissement depuis quelques années de notions et de termes dont on ne sait s'ils permettent une meilleure compréhension du monde s'ouvrant sur de nouvelles façons d'agir ou s'ils témoignent du surgissement d'une sorte de Volapuk identitaire seulement compréhensible par une élite distinguée d'aficionados. »

Philippe LECORPS

## 3 Editorial

- 3 La novlangue de la promotion de la santé : mode passagère ou tendance à suivre ?

## 4 Témoignages

- 4 Démocratie en santé, acteur ou discutant ?
- 5 A la mode le plaidoyer ?
- 6 Concepts et terrain alliés pour la réduction des Inégalités Sociales de Santé
- 7 L'intersectorialité : une construction collective
- 8 EIS ou une approche plurielle de la santé
- 9 Qui dit parcours, dit chemin
- 10 Compétences psychosociales, empowerment, résilience, littératie : concepts au service d'une pratique
- 11 Les mots et maux de la pratique en promotion de la santé

## 13 Analyse

- 13 A la mode ou pas, « il n'y a rien de plus pratique qu'une bonne théorie »

## 15 Controverse

- 15 Parlez-vous le Volapuk ?

## 16 Marque-page

Horizon Pluriel est une publication de l'IREPS Bretagne  
4 A rue du Bignon, 35000 Rennes, contact@irepsbretagne.fr  
Cette publication est disponible en ligne : <http://www.irepsbretagne.fr>

Directeur de la publication : Gérard Guingouain

Rédacteur en chef : Magdalena Sourimant

Comité de rédaction : Isabelle Arhant, Christine Ferron, Marick Fèvre, Philippe Lecorps, Violaine Miceli, Jeanine Pommier

Documentation : Flora Carles-Onno

Conception graphique / Maquette : Magdalena Sourimant, Violaine Miceli

Impression : SEVEN - groupe Cogetefi (35)

Horizon pluriel  
ISSN 1638-7090

p. 4



p. 5

Et si on plaidoyait ensemble ?

p. 6



Universalisme proportionné

p. 7

Intersectorialité

p. 8



p. 9

Parcours de santé

p. 10



p. 11



# éditorial

## LA NOVLANGUE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ : MODE PASSAGÈRE OU TENDANCE À SUIVRE ?

En matière de mode, la promotion de la santé a connu des fortunes diverses et bizarres. Ne fut-elle pas jugée ringarde avant même d'avoir été essayée ? Les valeurs dont elle est porteuse – solidarité, équité, justice sociale, respect de l'autre – n'étaient-elles pas déjà remises au placard des vieilleries immettables au moment de son entrée sur le *catwalk*<sup>1</sup> international, à Ottawa ? Les vénérables maisons dont elle est sortie (l'Organisation mondiale de la santé, l'Union internationale d'éducation et de promotion de la santé...), les créateurs inspirés qui l'ont dessinée (Jean-Pierre Deschamps, Michel O'Neill...), les petites mains qui l'ont façonnée et brodée (les acteurs de la promotion de la santé), avaient l'ambition de faire de la Haute Couture, de la belle ouvrage. Mais c'était l'âge d'or du prêt-à-porter de la prévention : un même modèle à bas prix pour toutes les silhouettes, taille unique, matraqué dans des spots publicitaires... Les ourlets se défaisaient au premier lavage, mais quelle importance ? Les arrivages étaient quotidiens...

La promotion de la santé, *so 1986 !*

Vint ensuite une forme de démocratisation de la promotion de la santé : on ne pouvait pas se payer les sacs griffés « Charte d'Ottawa », alors on s'est acheté son parfum. On en a aimé les notes de tête, les notes de cœur, les notes de fond... Tout le monde devait pouvoir goûter au luxe de la promotion de la santé. Il y eut des actions, ici ou là, parfois même des programmes entiers, portés par des *happy few* qui se reconnaissaient entre eux, et se partageaient les bonnes adresses.

Comme tout article à succès, la promotion de la santé eut ses contrefaçons. Des imitations grossières qui ne trompaient personne mais qui satisfaisaient un besoin d'affichage. Les spécialistes regardaient ces articles aux sigles bancals avec un sourire en coin et un rien de condescendance... C'était l'époque où la promotion de la santé se disait plus qu'elle ne se faisait, où l'on prétendait « sauver le monde [...] sur un mode rhétorique, sous la forme d'un énoncé performatif où ce qui [était] produit avant tout, [c'était] un discours »<sup>2</sup>.

Et puis vinrent les projets régionaux de santé, les schémas régionaux de prévention, et la feuille de route de la Stratégie nationale de santé. Ce fut la consécration pour les concepts « *fashion* », les notions furieusement « *in* », les expressions « *must have* »<sup>3</sup> et les mots « *trendy* »<sup>4</sup> de la promotion de la santé. Plusieurs d'entre eux font l'objet d'un article dans le présent numéro d'Horizon Pluriel : la démocratie sanitaire, la participation, les compétences psychosociales, l'*empowerment*, la littératie, l'intersectorialité, le parcours de santé, l'évaluation d'impact sur la santé, sans oublier celui qui déclenche les passions ces derniers temps : l'universalisme proportionné !

Comment ces expressions ont-elles fait leur apparition dans le quotidien des acteurs, et surtout, pourquoi ? Qu'est-ce qui a fait leur succès, qu'est-ce qui les rend incontournables aujourd'hui ? Qu'est-ce qui a contribué à leur diffusion à tous les niveaux des interventions, de la décision à la mise en œuvre ? C'est à un regard critique sur ces engouements soudains (et peut-être suspects...) que nous invite ce dossier spécial. Quelles réalités ces expressions recouvrent-elles ? Ces réalités sont-elles si nouvelles qu'il fallait de nouveaux vocables pour les décrire ? Acteurs, chercheurs, décideurs, formateurs... Nous nous débattons tous dans ces oripeaux de la modernité, synonyme de performance et d'innovation<sup>5</sup>. Mais si la promotion de la santé devient vraiment le nouveau « classique » de la santé publique en 2014, nous nous en revêtrons avec plaisir...

<sup>1</sup> podium de défilés de mode

<sup>2</sup> D. Fassin, « Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'œuvre ». Ruptures, vol. 7 n° 1, 2000.

<sup>3</sup> incontournable

<sup>4</sup> tendance

<sup>5</sup> Cf. Horizon Pluriel n°22, décembre 2011 : <http://www.irepsbretagne.fr/spip.php?production9>

# Démocratie en santé, acteur ou discutant ?

Bernard Gaillard, Président de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) de Bretagne

Il est de bon ton de parler de l'individu au cœur du dispositif, et cela quel que soit le champ concerné (éducation, scolarité, santé, insertion...). La pensée d'un dispositif ne peut s'envisager sans faire référence à une position d'acteur du bénéficiaire. Cette approche prend en compte les apports des sciences humaines du 20e siècle. Elle prend également en compte l'importance des processus collectifs, de l'engagement de chacun dans la réussite des dispositifs. Elle s'appuie enfin sur une dimension politique qui affirme le droit de la personne dans ce que l'Etat et ses politiques publiques proposent.

Les patients, les usagers, les citoyens et leurs représentants participent à de nombreuses instances locales ou régionales (CRUQPC<sup>1</sup>, CLE<sup>2</sup>, CLIN<sup>3</sup>, CLAN<sup>4</sup>, PTS<sup>5</sup>, CDAPH<sup>6</sup>, CPP<sup>7</sup>, groupes de travail...). L'utilisateur devient expert non seulement de sa maladie ou de son handicap mais aussi de l'organisation des prises en charge. L'utilisateur n'est pas seulement celui qui éventuellement se plaint, mais il est celui qui, par ses analyses et ses prises de distance, rend possible des modifications positives des dispositifs. Ces modifications sont ainsi nécessairement centrées sur l'utilisateur, au-delà des logiques administratives ou budgétaires. Par l'insistance de la parole des usagers, l'humain est renforcé dans nos institutions de soins ou médico-sociales. Un meilleur vécu des prises en charge et une meilleure prise en compte des personnes ne peuvent qu'engendrer une meilleure efficacité et un mieux-être des professionnels.

La loi dite HPST avec la création de l'instance consultative C.R.S.A. Bretagne, composée de très nombreux acteurs, a contribué à développer la démocratie en santé. Les usagers sont devenus encore plus acteurs d'une pensée de la santé publique. Par la Conférence Nationale de Santé, ils contribuent à l'élaboration des lois. Par la C.R.S.A., ils discutent du Projet Régional de Santé et de ses ajustements.

Les usagers, de même que les professionnels de santé, ne veulent pas être réduits à de simples discutants. Ils sont des acteurs à part entière. L'exercice démocratique suppose un fort positionnement sur le respect de l'autre, sur l'attention que l'on porte à l'autre, notamment dans ce qu'il peut dire de différent.

Or en Bretagne, les instances de la démocratie en santé se voient encore trop souvent imposer des visions descendantes. Les avis sollicités à ces instances de la démocratie n'apparaissent que formels et non pris en compte. Cela fonctionne encore comme une économie et une organisation planifiées et hypercentralisées. La décentralisation reste à faire. Renforcer la démocratie en santé dans les territoires, c'est renforcer la représentation des citoyens dans les instances de territoires, augmenter la part des représentants des usagers et des citoyens, assurer l'autonomie de ces instances par rapport aux instances administratives, doter ces instances d'un budget spécifique, d'une capacité à diligenter des audits, des observatoires et de l'évaluation en toute autonomie. C'est aussi contraindre les instances de l'Etat à une réponse formelle aux avis des instances de la démocratie et à une transparence de leurs modes de gestions budgétaires et de leur mode opératoire de prises de décision.



Démocratie sanitaire : HOTLINE

© GccDesigns / photomontage : MS - IREPS Bretagne

<sup>1</sup> CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge

<sup>2</sup> CLE : Comité Local d'Ethique

<sup>3</sup> CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

<sup>4</sup> CLAN : Comité de Liaison Alimentation et Nutrition

<sup>5</sup> PTS : Programme Territorial de Santé

<sup>6</sup> CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

<sup>7</sup> CPP : Comité de Protection des Personnes



## Démocratie sanitaire

La loi du 4 mars 2002 présentait la démocratie sanitaire comme « la participation conjointe des professionnels, usagers et élus à la définition d'une politique de santé publique afin d'améliorer le fonctionnement et l'efficacité du système de santé ». La loi HPST vise à la mettre en mouvement au sein des régions et dans les territoires. Plusieurs instances sont concernées par cet objectif en région Bretagne : Conférence Régionale de la santé et de l'Autonomie (CRSA), Conférences de territoire, Commissions de coordination des politiques publiques.

# A la mode le plaidoyer ?

Marie-Claude Lamarre, directeur exécutif à l' Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES)

Oui et non. **Non**, parce qu'il a toujours existé, aussi loin que l'on remonte dans l'Antiquité et les témoignages que nous ont légués toutes les civilisations qu'elle englobe. Il serait impossible de dénombrer les barricades érigées, les pamphlets écrits, les déclarations, les apostrophes prononcés, les coalitions formées pour accuser, alerter, informer, ou dénoncer, parfois avec une violence physique ou verbale extrême, parfois de manière heureusement plus pacifique, tel ou tel abus ou manquement aux droits et besoins essentiels de tout être humain, et proposer les voies à suivre pour y remédier. Faire comprendre, convaincre en apportant les preuves de ce que l'on avance ou recommande, exprimer des besoins et être entendu de ceux qui ont en charge l'amélioration de la qualité de vie, de la santé, et du bien-être pour tous, ou veulent y prendre part, à savoir les actions de plaidoyer pour la santé, font partie intégrante de la promotion de la santé et requièrent des compétences spécifiques pour la mettre en œuvre.

**Oui**, parce que la Charte d'Ottawa en 1986 a confirmé l'impératif du « plaidoyer pour la santé » comme l'un des piliers de la promotion de la santé<sup>1</sup>. Depuis, dans le cadre du projet européen « CompHP » (Développement des compétences et normes professionnelles pour le renforcement des capacités en promotion de la santé en Europe), les compétences nécessaires aux professionnels de la promotion de la santé ont été étudiées et validées par consensus<sup>2</sup>. Dans ces travaux, l'un des axes importants concerne la nécessité de former les acteurs de santé publique au plaidoyer, pour que leurs messages soient efficaces et donc aient un meilleur potentiel d'être entendus et d'influencer des changements politiques ou sociaux. L'utilisation des stratégies et techniques de plaidoyer et les méthodes de communication persuasive qui l'accompagnent ne sont pas innées. Aussi les normes établies dans le cadre du projet « CompHP », désignent-elles les connaissances, les savoir-faire et les critères de performance qui sont nécessaires pour démontrer ses compétences<sup>3</sup>, à savoir être capable : d'utiliser des stratégies et des techniques de plaidoyer qui reflètent les principes de la promotion de la santé ; de s'engager avec les principaux acteurs et parties concernées et de les influencer pour favoriser le développement d'actions de promotion de la santé durables ; de sensibiliser et d'influencer l'opinion publique sur des questions de santé qui les concernent ; de favoriser, à travers le plaidoyer dans différents sec-



## Plaidoyer (Expression anglaise «Advocacy»)

Le plaidoyer est la défense écrite ou orale d'une opinion, d'une cause, d'une politique ou d'un groupe de personnes et vise à apporter des changements dans les politiques, les milieux de vie et les systèmes qui déterminent la santé. Il peut prendre différentes formes : plaidoyer politique, plaidoyer médiatique, mobilisation professionnelle, mobilisation d'une communauté ou d'une collectivité, sans omettre le plaidoyer « en interne » au sein même d'une organisation. (*Wikipedia* [http://fr.wikipedia.org/wiki/Plaidoyer\\_%28politique%29](http://fr.wikipedia.org/wiki/Plaidoyer_%28politique%29))

Les acteurs de santé ont une responsabilité importante consistant à défendre la santé ou à plaider en sa faveur, et ceci à tous les niveaux de la société.

teurs, le développement de politiques, directives, et dispositifs qui vont avoir un impact positif sur la santé et réduire les inégalités de santé ; enfin d'aider les communautés à exprimer leurs besoins et à plaider en faveur des ressources et des moyens nécessaires pour y répondre.

Le plaidoyer est une science et un art qui s'élaborent selon un continuum : « pourquoi » fondé sur des données probantes ou factuelles validées, et l'identification des politiques qui concernent le sujet invoqué (il est à noter toutefois que la communication implique toujours des choix quant à la manière dont nous sélectionnons, assemblons et exprimons l'information que nous jugeons pertinente à transmettre à l'autre à propos de ce que nous voulons dire) ; « quoi », c'est-à-dire la recherche de solutions et d'actions et l'élaboration d'un plan incluant des priorités choisies ; et « comment », en identifiant les types de stratégie (plaidoyer politique, médiatique, mobilisation professionnelle, communautaire, plaidoyer en interne)<sup>4</sup>. Cela s'apprend et requiert de la passion, de la conviction, de la persévérance et de la persuasion.



Acteurs de santé...

Et si on plaidoyait ensemble ?

© Eviled / photomontage : MS - IREPS Bretagne

<sup>1</sup> Institut national de santé publique du Québec - Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé - <http://www.cnpps.ca/48/plaidoyer.cnpps>

<sup>2</sup> [http://www.iuhpe.org/images/PROJECTS/ACCREDITATION/Competencies\\_Handbook\\_short\\_FR.pdf](http://www.iuhpe.org/images/PROJECTS/ACCREDITATION/Competencies_Handbook_short_FR.pdf)

<sup>3</sup> [http://www.iuhpe.org/images/PROJECTS/ACCREDITATION/CompHP\\_Professional\\_standards\\_Short\\_FR.pdf](http://www.iuhpe.org/images/PROJECTS/ACCREDITATION/CompHP_Professional_standards_Short_FR.pdf)

<sup>4</sup> Shilton TR (2006). IUHPE : and Shilton TR (2008). JPAH ; 765-777

# Concepts et terrain alliés pour la réduction des **Inégalités Sociales de Santé**



*A consommer sans modération*

© Thorsten Schmitt / photomontage : MS - IREPS Bretagne

D'après le témoignage de Roselyne Joanny, chargée de projets et d'ingénierie à l'IREPS Bretagne

**La notion d'Inégalités Sociales de Santé (ISS) fait aujourd'hui partie intégrante du vocabulaire de la santé publique. Par l'appel à la justice sociale qu'elle sous-tend, elle frappe les esprits et a un fort potentiel fédérateur. Les acteurs politiques et institutionnels, les acteurs de terrain ne peuvent toutefois se contenter de répéter cette expression comme un mantra et faire l'économie d'un véritable travail de réflexion sur les modalités d'intervention à privilégier. La lutte contre les inégalités sociales de santé relève d'une stratégie complexe qui ne s'improvise pas. Elle fait appel à des concepts précis et scientifiquement validés qui méritent d'être diffusés largement, pour soutenir la décision politique et les pratiques de terrain.**

Une volonté partagée de lutter contre les ISS ne suffit pas pour mener des actions efficaces. En raison d'une utilisation erronée de la notion d'ISS et/ou d'un manque de connaissance ou de maîtrise de stratégies d'intervention scientifiquement approuvées, nombre de décisions politiques et d'interventions, affichant la noble intention de « lutte contre les ISS », se révèlent inefficaces voire susceptibles de renforcer les disparités existantes. Il est donc urgent aujourd'hui de se donner des moyens de définir et partager collectivement des stratégies d'actions pertinentes.

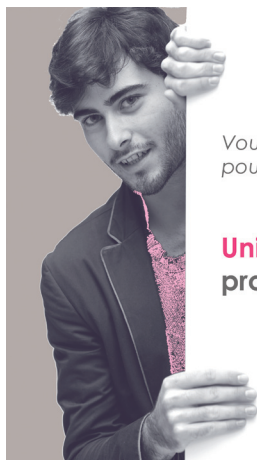
Pour les experts en santé publique, deux concepts : « les déterminants sociaux de la santé (DSS) » et les « mesures universelles proportionnées » (MUP), sont intimement associés à la notion d'ISS. L'action sur les DSS et le déploiement de MUP désignent des leviers d'action à mobiliser dans les stratégies de lutte contre les ISS.

La notion de DSS oriente le regard vers des facteurs d'ordre systémique (comme l'emploi, le niveau de revenu, la qualité de l'habitat, l'accès aux services, etc.) qui, au-delà des facteurs individuels, impactent fortement le bien être, la qualité de vie des personnes, bref leur santé. La notion de MUP, quant à elle, permet d'agir en faveur de l'équité en santé, sans pour autant cibler des catégories de population particulières.

Afin que l'utilisation de ces termes « savants » ne reste pas réservée à un comité restreint d'experts, il est nécessaire d'envisager une communication large permettant aux acteurs de se les approprier. De surcroît, pour que leur application concrète serve de fondement aux interventions, il s'agit d'accompagner les acteurs politiques dans la définition de mesures adéquates et de soutenir les acteurs de première ligne dans la mobilisation de ces leviers d'actions.

*« Il ne faut surtout pas que ça reste au stade de discours politique ou encore de gargarisme intellectuel. Les concepts de MUP et de DSS nous aident à avancer dans nos pratiques, pour autant nous ne sommes toujours pas suffisamment armés pour faire face au fléau des ISS. Le progrès dans le domaine de la lutte contre les ISS repose sur*

*une exploration continue de méthodes et de stratégies d'intervention. Celle-ci tient à une articulation étroite entre l'action de terrain et la recherche. » Une complémentarité entre ces deux univers a toutes les chances de générer des réponses aux principales problématiques qui émanent de la complexité des ISS : « Dans quel cadre risque-t-on de les creuser ? Comment peut-on éviter ce risque ? A quoi doit-on être vigilant ? Comment accompagner concrètement les acteurs de terrain dans leurs projets ? » La réflexion apportée par la recherche ne pourra qu'accroître la qualité des interventions menées contre les ISS. Encore faut-il que la coopération entre les domaines de la recherche et du terrain s'inscrive dans la durée et que les financements suivent cette dynamique à la hauteur des ambitions affichées.*



*Vous allez craquer pour ...*

**Universalisme proportionné**

© pio3 / photomontage : MS - IREPS Bretagne



**ISS / DSS / UP**

Inégalités sociales de santé (ISS) : Terme utilisé généralement dans quelques pays pour indiquer des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé. (...) Les différences de statuts socio-

économiques, d'opportunités, etc. entre deux ou plusieurs personnes ou groupes dans une société, le lieu de vie c'est-à-dire la communauté d'appartenance, et la maladie elle-même, tout peut être cause d'inégalité. (Glossaire multilingue. 400 concepts de santé publique et de promotion de la santé. Département de santé publique Paris VII, 2003)

Déterminants de santé (DSS) : Aujourd'hui, il est généralement reconnu que la santé des êtres humains est fortement influencée par les conditions de vie, les modes de vie, et les comportements. Contrairement aux facteurs biologiques et génétiques, ces influences sont regroupées sous le terme de « déterminants de la santé ». (Quint-essenz (Promotion Santé Suisse) <http://www.quint-essenz.ch/fr/>)

Universalisme proportionné (UP) : Pour réduire la pente du gradient social, les actions doivent être universelles, c'est-à-dire s'appliquer à l'ensemble de la population, mais avec une échelle et une intensité proportionnelles au degré de désavantage. Nous appelons cela l'« universalisme proportionné ». (Marmot M. Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review. London: University College London, 2010)

# L'intersectorialité : une construction collective

Sarah Lecorps, Animatrice Territoriale de Santé, Pays de Dinan

Une Animatrice Territoriale de Santé (ATS)<sup>1</sup> est bien placée pour témoigner de l'intersectorialité, dispositif intéressant pour répondre aux besoins de prévention et de promotion de la santé d'un territoire. Le poste lui-même est fondé sur un co-pilotage et un co-financement de trois instances : l'Agence Régionale de Santé (ARS), le Conseil régional, et le Pays qui embauche l'ATS. Ce dispositif doit répondre aux attentes de ces trois institutions, gérées selon leurs normes propres et témoignant de leurs priorités. Il convient que l'ARS et la Région perçoivent la concrétisation de leurs priorités régionales sur un territoire donné et que la collectivité territoriale construite avec le concours de l'ATS les réponses aux priorités de santé publique locales. A cet effet, un comité de pilotage se réunit pour établir, à partir d'un diagnostic partagé explicitant les besoins de la population, les priorités du territoire et projeter le calendrier des actions à mener. Au sein de ce comité, les trois parties sont représentées, ainsi que des acteurs du territoire. Car même si le dispositif répond à un cahier des charges régional, la place des acteurs du Pays se veut pleine et entière.

L'ensemble des partenaires des secteurs social et médico-social, de l'organisation sanitaire, mais aussi du système éducatif et des structures associatives de santé, a un rôle à jouer dans la construction du diagnostic partagé des besoins du territoire en termes de prévention et promotion de la santé. Chacun des partenaires est à la fois représentant de son institution, mais aussi témoin de ce qu'il observe dans la population. Le diagnostic établi collégalement offre ainsi un tour d'horizon global montrant les différentes « facettes » d'un même questionnement. Ce travail collectif respecte les spécificités de chacun tout en identifiant les « barrières institutionnelles » qui représentent parfois un frein. L'ATS est essentiellement là dans un rôle de facilitateur : permettre aux partenaires de mieux se connaître, créer entre eux les liens nécessaires à l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action territorial collectif et cohérent. L'objectif majeur est de répondre au mieux aux besoins de la population, de lui éviter des parcours fastidieux entre différentes instances, voire de supprimer les doublons. La démarche intersectorielle peut favoriser le conventionnement d'un partenariat pour aller au-delà de la bonne entente entre quelques professionnels afin d'inscrire de manière pérenne l'association de deux structures.

Permettre une réflexion collective sur un thème commun pour aboutir à la définition d'un plan d'action pour le territoire ne se réalise pas sans tension. Cette « peinture idéale » ne peut occulter quelques ombres au tableau. Des blocages peuvent survenir, liés à une volonté institutionnelle trop forte et parfois décalée des réalités de terrain, ils peuvent aussi naître d'une incompréhension entre des partenaires qui tiennent des positions antagonistes liées à leur histoire propre. L'ATS veille au grain, pour que le partenariat ne soit pas mis à mal et que chaque structure s'engage dans l'action collective. La volonté de rassembler est forte, les partenaires eux-mêmes le souhaitent, mais la mise en pratique suppose des abandons partiels d'autonomie de chacun pour construire une posture collective.



© Andresr / photomontage : MS - IREPS Bretagne

Le dispositif sur le Pays de Dinan a été souhaité et créé à l'initiative d'élus et d'acteurs du territoire. En ouvrant ce dispositif, très vite nous avons pu constater que les attentes étaient fortes et nous espérons pouvoir y répondre pleinement. Des groupes de travail thématiques se mettent en place reliant l'ensemble des partenaires volontaires. Ils souhaitent travailler collégalement et réaliser des actions multipartenariales pour mieux répondre aux besoins de la population et ainsi améliorer le service rendu.



## Action intersectorielle

Forme particulière de concertation, l'action intersectorielle réunit des partenaires provenant de plusieurs secteurs (santé, culture, politique, éducation, etc.) pour agir sur une même problématique.

Cette approche holistique résulte de « l'évidence qu'on ne peut résoudre des problèmes de plus en plus complexes en faisant appel à un seul champ de compétence ».

L'intersectorialité favorise le décloisonnement, l'élargissement du cadre de référence, la mise en commun de ressources diversifiées, la coordination des actions menées au sein des différents secteurs, la diffusion de messages cohérents. (Sacopar)

<sup>1</sup> En Bretagne les ATS sont toutes des femmes



## Evaluation d'Impact sur la Santé (EIS)

Dans le consensus de Göteborg, l'Evaluation d'Impact sur la Santé (EIS) est définie comme « une combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme ou un projet peut être jugé quant à ses effets potentiels sur la santé de la population et la distribution de ces effets à l'intérieur de la population ». (WHO Regional Office for Europe, 1999)



© Natapong Paopijit / photomontage : MS - IREPS Bretagne

# EIS ou une approche plurielle de la santé

Entretien avec Anne Roué-Le Gall, enseignante-chercheuse à l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) au département Environnement Santé Travail & Génie Sanitaire (DSET)

**Connue sous le nom d'« EIS de Göteborg », l'Evaluation d'Impact sur la Santé poursuit son déploiement progressif en France depuis l'apparition des premières initiatives en 2010. Des institutions et organismes, pour la plupart issus du secteur public, sont de plus en plus nombreux à adhérer à cette démarche. Il est aujourd'hui de bon ton d'afficher une préoccupation « santé ». La tentative est de recourir à l'EIS comme moyen facile d'accéder au statut noble d'« acteur de santé ». Or, la mise en œuvre de ce concept, sollicitant une rigueur méthodologique et un engagement soutenu des acteurs impliqués, semble pour le moins complexe. Conçue pour cerner la diversité des facteurs agissant sur la santé, l'EIS requiert que ces acteurs représentent différents champs disciplinaires et se montrent capables de travailler ensemble.**

### Explorer cette démarche comme un outil intéressant pour la mise en œuvre de l'interdisciplinarité sur le terrain

Aujourd'hui, au niveau international, il y a deux voies de déploiement de l'EIS : une voie environnementaliste, et une autre, relevant de la promotion de la santé. La première s'occupe des déterminants liés à la qualité des milieux, air-eau-sol. L'autre focalise son regard principalement sur les déterminants sociaux de la santé.

Le défi consiste aujourd'hui en France à relier ces deux champs, pour pouvoir explorer, via la démarche d'EIS, l'ensemble des déterminants de la santé.

Si l'on veut porter une EIS de façon utile, sans sacrifier à une mode, en disant « on a interrogé la santé », il y a un certain nombre de règles à respecter.

*Il s'agit tout d'abord de s'assurer d'avoir monté un groupe interdisciplinaire.*

*Mais ce n'est pas tout de mettre autour de la table des acteurs aux profils différents. C'est aussi les aider à s'interroger sur leur capacité à se parler, à s'écouter : je suis spécialiste d'une question, comment je parviens à m'intéresser à ce que font les autres ?*

*L'interdisciplinarité, ça se travaille. Il y a besoin de stratégie, de temps, d'appropriation d'une méthodologie. Ça prend du temps parce que culturellement, dans nos institutions, nous sommes dans des fonctionnements extrêmement cloisonnés. Nous avons les services de santé-environnement, les services de promotion de la santé, ... mais ces personnes ne se parlent pas forcément.*

### Aider les acteurs à s'approprier le concept

*Il y a une acculturation nécessaire pour apprendre à se connaître, à s'écouter, à s'approprier et intégrer les résultats d'analyse des autres. L'EIS est là pour fédérer les points de vue de chacun.*

*C'est aussi une belle opportunité pour faire prendre conscience à des acteurs qui a priori ne se sentent pas concernés par la santé, que si, ils y contribuent fortement.*

*Sur le territoire par exemple, selon les choix qu'ils font, ils sont capables de favoriser ou pas l'activité physique ou une alimentation saine. L'aménagement de pistes cyclables, de chemins piétonniers, les espaces verts, ou encore la disponibilité des jardins collectifs, tous ces choix politiques vont influencer de façon plus ou moins directe la qualité de vie, le bien-être et la santé des habitants.*

### Produire des données pour appuyer la prise de décision

*Le rôle des experts consiste à expliciter pourquoi, en aménageant les espaces verts par exemple, on agit sur la santé de la population. C'est aussi de montrer qu'il existe parfois des améliorations extrêmement simples et peu coûteuses à apporter.*

*L'EIS est un outil qui peut nous aider à effectuer le transfert de la production scientifique à l'action de terrain. Le challenge consiste à traduire les résultats d'une EIS en recommandations « digérables » par les élus. Sinon, il n'y aura aucune chance que ça fasse avancer les choses.*



# Qui dit **parcours**, dit chemin

*Réflexion d'un acteur de terrain - Isabelle Arhant, Mutualité Française Côtes d'Armor*

Le système de santé actuel en France est né avec la création de la sécurité sociale en 1945 et à l'époque il s'agissait avant tout de soigner des maladies aiguës, caractérisées par un début et une fin. L'espérance de vie en 1947 était respectivement de 69 ans pour les femmes et 63 ans pour les hommes. A partir des années 1950, les progrès globaux de la médecine ont permis de mourir moins fréquemment d'une maladie infectieuse et de jouir d'une durée de vie plus longue.

Puis, ont été progressivement identifiées les maladies « chroniques », leur particularité est que l'on n'en meurt pas (tout de suite en tout cas) mais que la pathologie est là malgré tout et qu'il faut vivre avec. Selon la définition de l'HCSP, la maladie chronique<sup>1</sup> « a les caractéristiques suivantes :

1. La présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer,
2. Une ancienneté minimale de 3 mois, ou supposée telle,
3. Un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des 3 éléments suivants :
  - a. Une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale,
  - b. Une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle,
  - c. La nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social. »

On voit apparaître dans cette définition la notion de « parcours de soins ». La naissance des ARS en 2010 et leur périmètre d'actions incluant la prévention, le soin, ainsi que la prise en charge de la perte d'autonomie par le médico-social, conduiront à élargir cette notion vers celle de « parcours de santé ».

## Pourquoi parle-t-on de parcours de santé aujourd'hui ?

Selon la définition courante, un « parcours » est un ensemble d'étapes, de stades par lesquels passe quelqu'un.

Comme évoqué plus haut, notre système de santé s'est construit pour répondre à des soins aigus. Nous constatons sa difficulté à intégrer la prévention et la promotion de la santé, il en a tout autant à faire face au défi des « parcours de santé » car il n'a pas été modelé pour cela.

Et cependant, l'existence de ces parcours est liée à des enjeux de taille. En effet, si les institutions s'en sont emparées avec autant d'enthousiasme, c'est aussi parce que cette idée sous-entend et espère une meilleure maîtrise des coûts dans un budget de plus en plus contraint. Espérons que cette maîtrise puisse se traduire et se faire au profit d'un système de santé plus efficient.

<sup>1</sup> Rapport sur la prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique – novembre 2009

<sup>2</sup> Centres Locaux d'Information et de Coordination

<sup>3</sup> Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

La définition souligne : « un système organisé et coordonné ». J'y ajouterais volontiers : connu, lisible par tous professionnels de santé et patients.

Qui dit parcours, dit chemin. Ce chemin, n'étant pas forcément une ligne droite, nécessite d'être accompagné. Différents acteurs, structures, établissements... vont ponctuer ce parcours. Cela requerra des relations fluides et une coordination entre ces acteurs et le patient.



© RTimages / photomontage : MS - IREPS Bretagne

Ainsi vient s'ajouter un autre concept, celui de coordination, qui lui-même se décompose en 2 domaines : la coordination des acteurs mais également la coordination du parcours autour de chaque patient, les deux se devant d'être en phase pour l'efficacité du système.

Pour cette raison naissent des dispositifs de coordination de parcours, souvent attachés à des populations spécifiques. Pour les personnes âgées par exemple, sans être exhaustifs, nous pouvons citer : les CLIC<sup>2</sup>, les MAIAS<sup>3</sup>, les réseaux de santé. Ces derniers vont devenir des CTA (Coordination territoriale d'appui), mais ils ne sont pas présents partout sur le territoire, ce qui va se traduire par un émiettement de l'offre et donc son éparpillement et son illisibilité.

Enfin, si la notion de « parcours de santé » paraît correspondre à une nécessité, un GPS serait sans doute pertinent pour aider l'utilisateur et les professionnels à naviguer et à tracer des parcours de santé à la fois fluides et lisibles que nous ne pouvons qu'appeler de nos vœux.



## Parcours de santé

Le parcours de santé se définit comme « l'ensemble des étapes et le cheminement parcourus par un usager dans un système de santé organisé et coordonné, dans un temps et un espace donnés. Le périmètre du parcours de santé couvre les champs de la prévention, du soin, du médico-social et du social. »

*(Définition adoptée par l'ARS Bretagne issue du glossaire national « parcours de santé »).*

Lorsque le périmètre du parcours de la personne s'étend à l'ensemble de son environnement (scolarité, emploi, logement, territoire de vie...), on parle alors de parcours de vie.

# Compétences psychosociales, empowerment, résilience, littératie : des concepts au service d'une pratique

Entretien avec Valérie Lemonnier, chargée de projets et d'ingénierie, IREPS Bretagne

## Beaucoup de nouveaux termes arrivent dans notre champ. Pourquoi ? Est-ce la période qui s'y prête ? Un effet de mode ? Une utilité ?

On voit poindre aujourd'hui des termes qui s'imposent à nous, la *promotion de la santé*, les *compétences psychosociales*, l'*empowerment*, la *résilience*, la *littératie*, le bien vivre ensemble. On ne peut réduire leur arrivée à un effet de mode, chacun de ces termes est porteur de sens, trace d'une « guidance intellectuelle ».

*Empowerment* dans le sens de « donner la capacité de dire et d'agir », ça me parle et ça fonctionne avec le développement des *compétences psychosociales*. Le champ des compétences psychosociales, je le « laboure » depuis les années 2000, quand l'IREPS a initié le projet « Couleurs santé ».<sup>1</sup>

Le terme de *résilience*, popularisé en France par Boris Cyrulnik, évoque l'estime de soi, les compétences, la mobilisation des ressources qui permettent à l'individu de faire face à l'épreuve, de se relever. Les professionnels intervenant auprès de personnes en situation de précarité parlent de « résilients », « résilience », « personnes en résilience ». La résilience exige le développement de compétences psychosociales, mais ce terme n'est pas le leur, il fait partie de notre jargon propre. En revanche, les professeurs des écoles font le parallèle entre ces compétences psychosociales et leur terme à eux de « *socle commun de compétences*. » Ce socle comprend sept grands domaines, dont les compétences six et sept rejoignent le champ des compétences psychosociales.

Quant à la *littératie*, cette notion me paraît encore trop hermétique pour appuyer ma pratique d'accompagnement de professionnels de terrain. C'est un bon exemple de terme qui renvoie à quelque chose de l'ordre du jargon intellectuel, qui peut susciter des réactions de réticence, voire de la méfiance, chez les acteurs de terrain. L'emploi de ce type de terme, encore insuffisamment approprié et maîtrisé, contribuerait pour moi à marquer la distance entre le professionnel « expert » et l'« opérateur ».

## Ces notions risquent-elles de se démoder ?

Oui ça passera, mais d'autres notions apparaîtront comme les *compétences à vivre ensemble* parce qu'on insistera davantage sur le rapport de l'individu avec son environnement écologique.

<sup>1</sup> Un projet interdépartemental de développement de l'éducation et de promotion de la santé en milieu scolaire autour de la prévention des conduites à risque en Bretagne (2003-2007 / coordination CRES Bretagne)



## Compétences psychosociales

Expression anglaise « Life skills » (Aptitudes de vie)

Capacité à avoir des comportements adaptatifs et positifs qui permettent à des individus de répondre efficacement aux demandes et aux défis de la vie quotidienne. Ce concept inclut les capacités personnelles, sociales, cognitives et physiques avec lesquelles les gens sont capables de contrôler, de diriger leurs vies, de développer leur capacité à vivre dans leur environnement et de produire des changements dans celui-ci. (*Glossaire multilingue. 400 concepts de santé publique et de promotion de la santé. Département de santé publique Paris VII, 2003*)

## Empowerment

Renforcement de la capacité des êtres humains à agir de leur propre chef, à avoir un meilleur contrôle de leurs décisions et actions, ainsi qu'à déterminer leurs propres conditions de vie d'une manière propice à la santé. (*Quint-essenz (Promotion Santé Suisse) <http://www.quint-essenz.ch/fr/>*)

## Résilience

La résilience est, à l'origine, un terme utilisé en physique qui caractérise la capacité d'un matériau soumis à un impact à retrouver son état initial. « En psychologie, la résilience est la capacité à vivre, à réussir, à se développer en dépit de l'adversité. » (*Boris Cyrulnik*)

## Littératie

La littératie en santé est la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie (*Littératie en santé, dossier thématique, Cultures&Santé asbl, n°8 Avril 2011 (Belgique)*)

## Quels acteurs font appel à ces concepts dans leurs pratiques ?

Je pense qu'il y a des gens qui agissent en appui à l'*empowerment*, en développeurs de *compétences psychosociales*, en tuteurs de *résilience*, spontanément, sans forcément qualifier leur action de cette manière.

J'aborde ces termes avec les professionnels pour montrer comment le renforcement des compétences améliore l'estime de soi et permet à la personne de s'affirmer et d'occuper à sa manière sa place sociale, de mère, de père, de femme, de citoyen, etc.

Certains infirmiers psychiatriques utilisent le terme d'*empowerment*. L'action des enseignants et des équipes éducatives au collège ou en école primaire rejoint une démarche de développement des *compétences psychosociales*. Les animateurs de l'éducation populaire et des centres de loisirs, les intervenants auprès de personnes en précarité ou de détenus, s'inscrivent aussi dans cette démarche. ➔

➔ **L'utilisation de ces termes permet-elle aux acteurs de mieux s'approprier la stratégie de promotion de la santé ou relève-t-elle plutôt d'un phénomène de « recyclage » de concepts, sans réellement faire bouger les pratiques ?**

Je pense que la référence à des champs théoriques aide à interpeller la pratique. Je vois bien que les professionnels accueillis en formation s'imprègnent de cette nouvelle culture qui insiste sur les compétences. L'empowerment, comme « capacité de dire et d'agir » renvoie aux droits universels, à la citoyenneté. C'est une philosophie validée par des gens comme Paulo Freire ou Augusto Boal sous d'autres terminologies. Quand Augusto Boal créait son théâtre forum, c'était bien son ambition que les gens reprennent leur place de citoyens dans les favelas au Brésil, pour se prémunir de l'oppression qu'exerce la dictature sur l'individu. Aujourd'hui, beaucoup de professionnels du médico-social et de l'éducatif se réfèrent à la Charte d'Ottawa. Ces notions finissent par faire sens pour tous les acteurs.



© Ollyy / photomontage : MS - IREPS Bretagne

## Les mots et maux de la pratique en promotion de la santé

Marick FEVRE, responsable Promotion de la santé, Mutuelle Radiance

Mots galvaudés, mots consensus, mots pratiques, mots plaidoyer, gros mots.

La promotion de la santé n'échappe pas au phénomène de mode et c'est globalement une bonne nouvelle. Cela signifie qu'on en parle. Mais de quoi parle-t-on alors ? et avec qui ? pour quoi faire ?

Qu'observe-t-on ? Entre professionnels éduqués à la promotion de la santé, on se comprend. Le glossaire courant est manié entre soi, réel marqueur identitaire d'une communauté minoritaire où *résilience*, *empowerment*, *littératie*, *compétences psycho-sociales* ne sont pas des gros mots.

Sortez de la communauté - en bon praticien qui sait l'intérêt de la pluridisciplinarité - vous butez sur la barrière du langage. Travaillez avec des acteurs locaux peu rompus aux us et coutumes de la promotion de la santé et les mots entravent votre chemin sans qu'un atelier photolangage® ne résolve systématiquement le problème. Quelques illustrations :

➔ La *promotion de la santé* est assimilée à promouvoir la santé comme un produit, la différence n'est pas affaire de subtilité lorsqu'on connaît le principe de plaidoyer inhérent à ce champ. Sans compter que le mot santé est alors revêtu de son corpus imaginaire collectif, celui du « médicalement sain ». Il revient donc au praticien, au début des échanges avec les partenaires, de définir la promotion de la santé, sa rigueur scientifique, son histoire et son positionnement politique.

Pourquoi ces prudences de langage ? Parce qu'il m'apparaît fondamental de la dissocier de la « prévention » et encore plus de la « prévention santé », mot galvaudé et expression fourre-tout révélatrice d'« une santé devenue entreprise normative aux comportements prescrits et proscrits »<sup>1</sup>. Cette prévention, dans sa pratique quotidienne d'ateliers dits « santé », ne se distingue guère de l'hygiénisme. Lorsqu'on connaît ses conséquences en termes d'inégalités sociales de santé, et donc en termes d'espérance de vie, cela relève de l'irresponsabilité politique. La promotion de la santé n'est pas la promotion de messages sanitaires telle que semble le faire accroire les partisans de la doctrine « prévention santé ».

➔ Quant à la *participation des populations*, au début cela glisse tout seul. Les intervenants sont tous confrontés au problème du « recrutement » de la population dans les actions. ➔

➤ A une époque où les financeurs veillent principalement aux « valeurs-cibles » quantitatives, l'oreille de vos interlocuteurs se dresse, détiendriez-vous la recette miracle faisant affluer les publics aux actions ?

En quelques mots d'explication l'espoir retombe comme un soufflé. Vous n'avez pas de recette miracle, pire, vous compliquez tout avec ce projet d'associer le public à la construction de l'action. C'est tellement plus simple de penser à la place des personnes ce qui est bon pour elles. Et de s'offenser ensuite qu'elles ne viennent pas se faire entendre dire ce dont elles ont besoin.

➤ A ce stade, vous savez déjà que vous n'utiliserez pas *empowerment*. Déjà difficile à prononcer, mais moins que *littératie*, jamais utilisée (ni entendu en 10 ans de métier) même entre initiés, on ne sait jamais avec le ridicule... ces deux concepts liés<sup>2</sup>, rien que pour leur sonorité anglaise et leur prononciation malaisée, affichent technicité et expertise, ils désignent la recherche universitaire dont on déplore régulièrement l'éloignement du terrain.

➤ Les *compétences psychosociales* et leur long cortège couplé<sup>3</sup> troublent l'auditoire avec leur côté « développement personnel » élitiste et médiatique. Malheureusement leur véritable sens et leur intérêt sur le plan de la santé ne sont pas assez médiatisés.

Sachant que j'exerce principalement en promotion de la santé des âgés, champ d'intervention plutôt investi par les professionnels médicaux et para-médicaux et du secteur gérontologique, vous situerez aisément mes difficultés langagières.



© Dmitro2009 / photomontage : MS - IREPS Bretagne

<sup>1</sup> Raymond MASSÉ, 2001, "La santé publique comme projet politique et projet individuel". In Bernard Hours (dir.), Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie. Karthala, Collection Médecines du Monde, pp. 41-66.

Consultable [http://classiques.uqac.ca/contemporains/masse\\_raymond/sante\\_publique\\_projet\\_pol/sante\\_publique\\_projet\\_pol.html](http://classiques.uqac.ca/contemporains/masse_raymond/sante_publique_projet_pol/sante_publique_projet_pol.html)

<sup>2</sup> Cf définitions p.10

<sup>3</sup> Les compétences psycho-sociales sont présentées par couples :

- savoir résoudre les problèmes / savoir prendre des décisions ;
- avoir une pensée créative / avoir une pensée critique ;
- savoir communiquer efficacement / être habile dans les relations interpersonnelles ;
- avoir conscience de soi / avoir de l'empathie pour les autres ;
- savoir gérer son stress / savoir gérer ses émotions.

# A la mode ou pas, « il n’y a rien de plus pratique qu’une bonne théorie<sup>1</sup> »

René Demeulemeester, président de la Fédération nationale d’éducation et de promotion de la santé (FNES)

En tant que professionnel de santé publique, je me suis toujours intéressé aux concepts et aux théories, elles m’ont aidé à comprendre la réalité. Mais j’ai été marqué plus encore par les modèles qui m’ont guidé pour l’action. Certes le plan n’est pas le village, mais il aide sacrément à s’y orienter.

Parmi les notions plus ou moins à la mode en santé publique, beaucoup sont de l’ordre du concept en tant qu’idée générale que l’on peut se faire d’une situation ou d’un projet. Le *parcours de soins*<sup>2</sup>, conçu comme un schéma linéaire ponctué d’intervalles obligés (étapes que doit suivre une à une un patient dans sa trajectoire vers la santé), en est un bon exemple. D’autres notions correspondent plus à la définition de la théorie. Une théorie va nous permettre d’approcher d’un peu plus près la complexité de la réalité. Elle aide à comprendre le comment et le pourquoi quand la simple explication causale ne suffit plus, ce qui est souvent le cas en santé publique, et en particulier quand on s’intéresse aux comportements humains. La *résilience*<sup>3</sup>, fondée sur un concept puissant, « ce qui ne me tue pas me rend plus fort », est un bel exemple de théorie. Quant aux modèles, ce sont des représentations schématiques de la réalité, qui mettent en évidence les variables les plus importantes et les relations entre elles. Ils nous aident à repérer les facteurs clés sur lesquels agir et les résultats que nous pouvons en attendre. Le modèle trans-théorique du changement de comportement de Prochaska et DiClemente<sup>4</sup>, détaillant de manière analytique les stades du processus à l’œuvre, en est une illustration.

Qu’est ce qui fait qu’un concept, une théorie ou un modèle est ou pas « à la mode » ? Parmi les multiples facteurs en jeu, nous pouvons évoquer la **simplicité** : les modèles biomédicaux de la vaccination ou du dépistage qui reposent sur des relations simples de cause à effet sont ainsi parfaitement assimilés, au point que les limites, voire les contre-indications de certains dépistages, en deviennent inaudibles. A titre de contre-exemple, le concept de *développement durable*, bien que relativement complexe, est néanmoins passé dans le domaine public, ce qui n’est pas (encore?) le cas, de la *promotion de la santé*. La **connotation des mots employés** y est sans

doute aussi pour quelque chose : pour un francophone, « promotion » évoque plus volontiers un produit soldé en tête de rayon, alors que pour un anglophone, « promotion » ferait plutôt penser à la défense d’une valeur élevée comme, par exemple, la paix dans le monde. Un autre critère de mode pourrait être **l’air du temps, l’ambiance « nouvelles technologies » et « économie de marché »**. Le développement de la télémédecine, le marketing santé ont certainement été influencés par cette ambiance. Pour la *démocratie sanitaire*, l’effet de mode est plus ambigu, ce concept apparaît plus affiché que réellement mis en œuvre. La démocratie sanitaire inscrite dans la loi en 2002 comprenait les droits individuels des patients dans la décision médicale qui les concerne, les droits collectifs des usagers et leur représentation dans les instances de décision des établissements de santé et enfin, la participation des citoyens aux débats sur les questions de santé publique. Finalement le déséquilibre de la relation médecin malade n’a pas réellement été modifié, les représentants des usagers sont bien entrés dans les conseils d’administration des établissements publics de santé, mais ces conseils sont devenus entre temps de simples conseils de surveillance. Enfin, très paradoxalement, la loi de 2012 a mis fin au caractère public des conférences régionales de santé et ce n’est que très récemment que les CRSA ont bénéficié de quelques moyens financiers pour l’organisation de « débats » publics sur les questions de santé. Quant à la *réduction des inégalités sociales de santé*, elle manque encore de modèles d’action robustes et reste le plus souvent cantonnée à des formules telles que « améliorer l’accès aux soins des plus démunis ». ➔

« Pour que la santé publique puisse agir plus qu’elle ne parle, elle a besoin de prendre appui sur des modèles pertinents, suffisamment élaborés pour refléter la complexité de la réalité, suffisamment lisibles pour guider l’action et de surcroît ancrés dans des valeurs qui en sont, au fond, les véritables moteurs. » ➔

<sup>1</sup> Levin K., cité dans Why Theories Matter ? draft23jan09.pdf, Shaping the future of health promotion, Londres, consultation internet juin 2014.

<sup>2</sup> Cf. définition p.9

<sup>3</sup> Cyrulnik B., Seron C., La Résilience ou comment renaître de sa souffrance ? Fabert : août 2012

<sup>4</sup> Prochaska, JO, DiClemente, CC. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin ; 1984.

➤ Pour que la santé publique puisse agir plus qu'elle ne parle, elle a besoin de prendre appui sur des modèles pertinents, suffisamment élaborés pour refléter la complexité de la réalité, suffisamment lisibles pour guider l'action et de surcroît ancrés dans des valeurs qui en sont, au fond, les véritables moteurs. La promotion de la santé repose sur la combinaison de quelques idées relativement simples, validées scientifiquement, mais dont nous pouvons aussi tous faire l'expérience dans notre vie de tous les jours. D'abord la santé ça n'est pas seulement le recours au médecin ou le médicament, même si ce recours est souvent nécessaire et utile. La santé, et plus encore le bien-être, ça se construit ou ça se détruit dans notre vie quotidienne, au sein de notre famille, dans nos quartiers, à l'école, au travail... Ensuite, la santé ça n'est pas seulement une question individuelle. Chacun d'entre nous est responsable de sa propre santé, de ses propres comportements, mais chacun d'entre nous est également soumis à l'influence du milieu dans lequel il vit, les enfants à l'influence de leurs parents, les ados à celle de leur pairs, et tous autant que nous sommes à l'influence d'un environnement matériel, d'un environnement social et d'un environnement économique sur lequel nous avons plus ou moins de prise. C'est l'ensemble de ces éléments que l'on appelle « *déterminants de santé* » parce que, ensemble, ils vont influencer notre santé et notre bien être. C'est la prise en compte de cette tension entre responsabilité individuelle et influence du milieu qui rend probablement la promotion de la santé difficile à comprendre. Selon le concept de promotion de la santé, chacun devrait pouvoir participer aux choix collectifs qui concernent sa propre santé et son bien être. Or, pour l'instant, ces choix sont le plus souvent faits pour nous entre experts et décideurs publics.

La promotion de la santé s'appuie également sur un corpus théorique solide, porteur d'éléments de compréhension essentiels. Le terme

« *déterminants de la santé* », qui a été consacré dans la fameuse charte d'Ottawa en 1986, aurait été employé pour la première fois en 1943 par Maslow, à l'occasion de la présentation de sa théorie sur la motivation fondée sur la pyramide des besoins. A la base de cette pyramide, on va d'ailleurs retrouver les fameux « prérequis » de la promotion de la santé : paix, logement, nourriture... Depuis les années 80, l'importance considérable des déterminants sociaux de la santé et les influences réciproques des conditions de vie et de travail, et des comportements, sont de mieux en mieux connus. Enfin, grâce aux travaux sur l'évaluation de la promotion de la santé dirigés pour l'OMS par Nutbeam au début des années 2000, les professionnels du champ disposent de robustes modèles d'action tels que l'outil de catégorisation des résultats mis au point par Promotion santé suisse. On notera au passage que ça n'est certainement pas en raison de sa dénomination que ce modèle est devenu de plus en plus populaire, du moins dans le milieu des promoteurs de santé.

A la mode ou pas, la promotion de la santé représente probablement aujourd'hui la démarche la plus efficace, la plus rentable et la plus éthique pour améliorer la santé et sans doute réduire les inégalités de santé. L'une des compétences attendue des professionnels de ce champ, comme de tout autre professionnel, c'est d'être capable de sélectionner les théories qui s'appliqueront le mieux à une situation donnée. L'autre, c'est d'être en capacité de les faire partager par tout un chacun. Modèle écologique oblige, tout le monde est appelé à jouer un rôle dans l'évolution de sa propre santé et de celle des autres. C'est sans doute là que nous avons fort à faire pour que la promotion de la santé devienne chez nous un peu plus « à la mode ».

« Chacun d'entre nous est responsable de sa propre santé, de ses propres comportements, mais chacun d'entre nous est également soumis à l'influence du milieu dans lequel il vit, les enfants à l'influence de leurs parents, les ados à celle de leur pairs, et tous autant que nous sommes à l'influence d'un environnement matériel, d'un environnement social et d'un environnement économique sur lequel nous avons plus ou moins de prise. C'est l'ensemble de ces éléments que l'on appelle ...

**« déter -  
minants  
de  
santé » !**

... parce que, ensemble, ils vont influencer notre santé et notre bien être.»

## Parlez-vous le Volapuk<sup>1</sup> ?

« Eh bien, le vocabulaire change, commenta Chen, et il nous change nous aussi. »

QIU Xiaolong, Encre de Chine, Liana Levi 2004

Philippe Lecorps, psychologue, ancien professeur à l'EHESP

C'est sans doute osé et très irrespectueux de commencer cette réflexion par cette remarque de l'inspecteur principal Chen, policier et fin lettré chinois, observant l'évolution des valeurs de la société chinoise d'aujourd'hui par rapport à celles prônées durant la période Maoïste antérieure. Le vocabulaire change et nous change en retour. Peut-on appliquer cette observation aux évolutions langagières de la promotion de la santé ?

Chaque corps de métier développe un récit, un langage propre qui rend compte de son développement, son histoire, sa singularité dans l'ensemble immense du grand récit national. La santé publique n'échappe pas à cette nécessité et son vocabulaire et ses évolutions témoignent d'une place particulière dans le champ des politiques publiques. Pour autant, aujourd'hui, la question posée est celle de l'envahissement depuis quelques années de notions et de termes dont on ne sait s'ils permettent une meilleure compréhension du monde s'ouvrant sur de nouvelles façons d'agir ou s'ils témoignent du surgissement d'une sorte de Volapuk identitaire seulement compréhensible par une élite distinguée d'aficionados.

Le langage spontané de la promotion de la santé emprunte à plusieurs champs sémantiques : la guerre, le marketing, le langage religieux. Avec la guerre et le marketing, il partage les ambitions de développement de *stratégies*, d'organisation et de mise en œuvre de *campagnes*, qu'elles soient d'information ou de propagande, pour atteindre des *objectifs* définis par des états-majors ou des groupes de pilotage. Il s'agit toujours pour les forces militaires, pour les professionnels du marketing ou les acteurs de santé publique d'atteindre des *cibles*. Adhésion sous la contrainte à la loi du plus fort, c'est l'option militaire ; soumission par séduction, c'est l'option des propagandistes du marché et des acteurs de santé. La notion de *promotion* unit les deux secteurs langagiers. Les assemblées internationales autorisées vantent l'importance de la *promotion de la santé*, notion associée à celle de *capital-santé* qu'il s'agit de faire fructifier. De plus la proximité lexicale entre la santé et le salut proposé par la religion permettait à Michel Foucault de décrire le « pouvoir pastoral » de l'État s'instaurant en substitution de celui exercé autrefois par l'Église. Celle-ci se préoccupait de salut dans l'au-delà. L'État prenant le relais, propose en ce bas monde la santé, le bien-être, la sécurité, la protection.

Peut-on dire que le vocabulaire nouveau a transformé la pratique en promotion de la santé ? D'un certain point de vue certainement. Les termes de *démocratie sanitaire*, de *santé communautaire*, d'*empowerment*, de *résilience*, de *compétences psycho-sociales*, ont saturé les discours. Les conditions de possibilité de la santé ne sont plus parachutées d'en-haut, mais leur éclosion s'appuie davantage sur la responsabilité individuelle et collective. Ces notions ont permis de placer le

*patient*, le *sujet*, le *bénéficiaire*, la *personne* au centre de l'action. Pour autant échappe-t-on aux effets de mode ? Allons-nous suffisamment loin pour creuser le sens et les effets des nouvelles notions utilisées ? La *santé communautaire* qui nous vient du Québec, comment l'avons-nous réinterprétée dans notre langue, notre culture, notre organisation institutionnelle ? Qu'est-ce que la communauté chez nous ? une institution religieuse, une classe d'âge, un quartier ? Et comment se délimite-t-elle, qui a la légitimité de l'animer, etc. ? La *démocratie sanitaire* est une notion bien attachante, mais qu'est-ce que la démocratie, qui sont les démocrates, quels sont les enjeux de cette référence ? L'*empowerment* impose des efforts de traduction. J'ai entendu un jour un orateur parler d'*empouvoirement*. Ça n'est pas un vocable très joli, et que veut-il dire au juste ? De quel pouvoir parlons-nous ? de celui de la connaissance, de celui de la parole, de celui de l'action ? N'avons-nous pas dans notre langue des façons de dire qui seraient plus faciles à assimiler, ne pourrait-on parler d'acquisition d'autonomie, d'apprentissage critique, de capacité à débattre, d'amélioration des possibilités collectives d'agir, etc. Le pompon est atteint avec le vocable de *littératie*, qui n'a aucune attache symbolique dans notre langue. Pourquoi ne parle-t-on pas de recherche documentaire, d'analyse de la littérature scientifique, d'accessibilité, etc. ?

À trop s'éloigner de la langue commune ne risque-t-on pas de réduire le champ de compréhension, de renforcer une élite à la page s'isolant dans la défense d'un territoire ? La santé publique a moins besoin d'ésotérisme que d'une langue puisée dans la culture qui dynamise les acteurs.

<sup>1</sup> Le Volapuk est une langue construite, inventée en 1879 par un prêtre catholique allemand, Johann Martin Schleyer (1831-1912). Elle a précédé l'espéranto avant de pratiquement disparaître.

**L'évolution du champ de l'éducation pour la santé au Québec ces dix dernières années et perspectives actuelles** / GAGNON Hélène, VALENTINI Hélène. *Santé Publique*, n°2 supplément, 2013, p. 137-147.

Cet article présente l'opinion de cinq professeurs/chercheurs du milieu universitaire québécois quant à l'évolution de l'éducation à la santé au Québec, son importance relative comme stratégie de promotion de la santé et ses perspectives d'avenir. Il a été rédigé à partir d'entretiens individuels réalisés auprès de ces experts, lesquels ont aussi validé son contenu. Les experts partagent, avec quelques nuances, une même définition de l'éducation à la santé. Ils perçoivent une évolution des connaissances des facteurs qui influencent l'adoption de comportements liés à la santé et des fondements théoriques sous-jacents aux processus de changement. Cependant, du travail reste à faire pour intégrer ces connaissances dans les pratiques. [...]

Disponible sur : [http://www.cairn.info/resume.php?ID\\_ARTICLE=SPUB\\_133\\_0137](http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SPUB_133_0137) Consulté le 22/04/2014

**Gouvernance et politiques de santé : les chemins de la cohérence** / BRUNET Sébastien, FALLON Catherine, JORIS Geoffroy et al. *Santé Publique*, vol.20, 02/2008, p. 177-190.

Participation, intersectorialité, réseau et politiques locales sont des concepts-clefs mobilisés par les pouvoirs publics dans le domaine de la promotion de la santé. Ces concepts sont mis en œuvre par les acteurs de terrain sans qu'il y ait nécessairement une connaissance sur la manière dont ceux-ci les comprennent. Une initiative participative organisée par le Centre Liégeois de Promotion de la Santé (Province de Liège, Belgique) a cependant permis de mettre en lumière cette appropriation des concepts par les acteurs de terrain et de nourrir ainsi la réflexion pour tendre vers plus de cohérence dans les politiques de santé.

Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-2-page-177.htm> Consulté le 22/04/2014

**Les fonctions essentielles de santé publique : histoire, définition et applications possibles** / POMMIER Jeanine, GRIMAUD Olivier. *Santé publique*, HS, vol. 19, 2007, p. 9.

Le champ de la santé publique s'élargit et doit faire face à des nouveaux défis. Il est confronté aux évolutions sociales, démographiques, épidémiologiques, économiques, environnementales ainsi qu'à celles du système de soins. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et son bureau régional pour les Amériques (PAHO) constatent que la santé publique est souvent négligée par les gouvernements en tant que responsabilité sociale et institutionnelle et qu'il est nécessaire de moderniser l'infrastructure pour son développement. Le deuxième constat est que le réaménagement du champ de la santé publique ne peut passer que par la définition claire de son rôle ainsi que des concepts sur lesquels elle se base. [...]

Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-hs-page-9.htm> Consulté le 22/04/2014

**De l'éducation pour la santé à la promotion de la santé** / CRUNELLE S. *Education Santé*, n°195, 11/2004.

1997 marque l'entrée officielle, décrétable même, du concept de promotion de la santé en Communauté française. D'éducateurs pour la santé, de nombreux professionnels sont devenus par la magie des mots « promoteurs de la santé », avec une extension théorique de leur champ de compétence qui donne le vertige. Au fil des années, cette mutation et les concepts qui l'accompagnent ont soulevé bien des interrogations. Soucieux de quitter quelques instants nos préoccupations opérationnelles, de prendre un peu de recul par rapport à nos pratiques quotidiennes, le Service communautaire de promotion de la santé – asbl Question Santé a sollicité un regard extérieur au secteur de la santé, celui de la philosophie.

Disponible sur : <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=499> Consulté le 22/04/2014

**Eclairage sur la prévention, l'éducation pour la santé, la promotion de la santé et leurs conditions d'efficacité** / BOUCHET Claude. Lyon : CRAES CRIPS Rhône-Alpes, 10/2000. 36 p.

Ce document, commandé par la DRASS Rhône-Alpes, dans le cadre de sa mission d'organisation et d'accompagnement des Conférences Régionales de Santé, propose un éclairage sur les concepts suivants : prévention, éducation pour la santé, promotion de la santé afin de présenter des repères acceptables par tous. Il se veut également un outil de réflexion et d'analyse des facteurs de qualité et d'efficacité de la prévention et de l'éducation pour la santé.

Disponible sur : [http://www.education-sante-ra.org/publications/2000/eclairage\\_prevention.pdf](http://www.education-sante-ra.org/publications/2000/eclairage_prevention.pdf) Consulté le 22/04/2014

## Décideurs, chercheurs et acteurs de terrain : travailler ensemble pour la santé des populations en Bretagne La recherche interventionnelle : un levier de collaboration

### Séminaire régional le 14 octobre 2014 de 9h à 17h (lieu sur Rennes à confirmer)

organisé par le Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé de Bretagne, avec le soutien de l'INPES et de L'ARS de Bretagne

Il est demandé légitimement aux acteurs de terrain de fonder leurs interventions en promotion de la santé sur des données scientifiquement validées, afin d'en améliorer l'efficacité. Or, les données produites par la recherche ne sont pas toujours accessibles à ces derniers ni adaptées à leurs besoins et à la complexité de leurs contextes d'intervention. En effet, si les acteurs de première ligne identifient bien les facteurs de risque en cause, ils disposent de peu d'informations sur la manière d'intervenir sur ces derniers ainsi que sur les déterminants de santé de la population.

Parallèlement, les décideurs doivent disposer de « preuves » sur l'efficacité des interventions, afin de définir et financer des politiques locales de santé, valides et pertinentes pour la santé de la population.

De leur côté, les chercheurs reconnaissent de plus en plus l'intérêt de la mise en relation entre processus, conditions de mise en œuvre, contextes et effets produits des interventions.

Aujourd'hui, un champ nouveau d'investigation s'offre à l'ensemble de ces acteurs pour répondre à ces enjeux.

Basée sur une co-construction de la recherche par les acteurs de terrain et les chercheurs, la recherche interventionnelle en promotion de la santé est une démarche originale et novatrice. Elle vise à produire des connaissances sur l'intervention dans le souci d'un partage de celles-ci. Elle contribue à la mise en œuvre d'actions et de programmes de qualité, au bénéfice de la population.

Destiné aux décideurs, chercheurs et acteurs de terrain, ce séminaire a pour finalité d'engager le dialogue et le développement de partenariats autour de la recherche interventionnelle.