

RECUEIL DE TEXTES

25 ANS D'HISTOIRE :

LES RETOMBÉES DE LA CHARTE
D'OTTAWA POUR LA PROMOTION
DE LA SANTÉ DANS DIVERS PAYS
FRANCOPHONES

COLLECTION PARTAGE

RECUEIL DE TEXTES

25 ANS D'HISTOIRE :

LES RETOMBÉES DE LA CHARTE
D'OTTAWA POUR LA PROMOTION
DE LA SANTÉ DANS DIVERS PAYS
FRANCOPHONES

COLLECTION PARTAGE

PUBLICATION DE LA COLLECTION PARTAGE
Réseau francophone international pour
la promotion de la santé (RÉFIPS)

COORDINATION DU PROJET
Awa Seck
Louise Saint-Pierre

**COORDINATION GÉNÉRALE DE LA
PUBLICATION ET RÉVISION DES TEXTES**
Lisandra Lannes
Ysaline Lannes

COMITÉ ÉDITORIAL
Caroline Druet
Pascale Dupuis
Ginette Lafontaine
Lisandra Lannes
Louise Saint-Pierre

COLLABORATIONS SPÉCIALES
David Houéto
Ginette Lafontaine
Marie-Claude Lamarre
Michel O'Neill
Alain Poirier
Sections géographiques et thématiques
du RÉFIPS

CONCEPTION GRAPHIQUE
Valna inc.

CONTACT

Réseau francophone international
pour la promotion de la santé,
Section des Amériques
4126, rue Saint-Denis, bureau 200
Montréal (Québec) H2W 2M5
Téléphone : 514 937-1227
Site Internet : www.refips.org

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives
nationales du Québec, 2012
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives
Canada, 2012

ISBN : 978-2-9812578-2-6

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

ISBN : 978-2-9812578-3-3

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



Cette publication a été possible grâce
au soutien financier de la Direction
générale de la santé publique du
ministère de la Santé et des Services
sociaux du Québec.

Préface

JE SUIS HEUREUX À TITRE DE DIRECTEUR NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC QUE LE RÉSEAU FRANCOPHONE INTERNATIONAL POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ (RÉFIPS), SOUS LA DIRECTION DE LA SECTION DES AMÉRIQUES, AIT PRIS L'INITIATIVE DE RÉALISER UNE PUBLICATION SPÉCIALE CONSACRÉE AUX RETOMBÉES DE LA CHARTE D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ DANS DIVERS PAYS FRANCOPHONES. Cette initiative représente une belle occasion de souligner son 25^e anniversaire et elle me rappelle aussi mes travaux d'étudiants pour critiquer ladite Charte lors de sa sortie !

L'adoption de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé en 1986, lors de la 1^{re} Conférence internationale sur la promotion de la santé, est le fruit d'acteurs engagés qui ont jeté les jalons d'un « nouveau mouvement de santé publique » dans le monde. Ce texte marque une étape importante dans l'histoire de la santé publique moderne en affirmant l'importance d'agir sur les déterminants de la santé et plus particulièrement sur les déterminants sociaux de la santé, soit les conditions sociales et économiques influant sur la vie des populations.

En outre, la Charte d'Ottawa offre un nouveau cadre de référence pour la mise en œuvre de la promotion de la santé, à travers 5 stratégies d'intervention axées sur la nécessité de se doter de mesures de santé visant à modifier l'environnement social et politique, le besoin de renforcer les capacités d'action individuelle et collective pour agir sur les déterminants de la santé ainsi que la nécessité de réorienter les systèmes de santé en faveur de la promotion de la santé.

Cette publication regroupe des textes originaux et des points de vue inédits d'auteurs en provenance d'Amérique, d'Afrique, du Moyen-Orient et d'Europe. Ces auteurs rapportent des exemples concrets d'application de la Charte d'Ottawa dans différents pays francophones. Leurs contributions tendent à démontrer que la Charte d'Ottawa constitue encore aujourd'hui

un des textes fondateurs de la promotion de la santé et qu'elle restera encore probablement longtemps un document de référence pour de nombreux intervenants et professionnels de santé, gestionnaires et décideurs. Cette réflexion d'ensemble nous permet de porter un regard critique sur nos interventions en promotion de la santé et ce, dans une perspective d'amélioration de nos pratiques. Ce travail est essentiel car pour avoir personnellement participé aux travaux d'élaboration des documents de Bangkok et d'Adélaïde, il n'est jamais facile de se convaincre de la portée qu'aura un « bout de papier » aussi important soit-il.

La démarche entreprise par le RÉFIPS dans le cadre de cette publication traduit les valeurs d'entraide et de solidarité qui caractérisent son action et son engagement international en promotion de la santé. Il s'agit ici d'une invitation à poursuivre notre plaidoyer en faveur de la promotion de la santé et à réaffirmer notre adhésion aux valeurs et aux principes de la Charte d'Ottawa en soulignant l'importance d'agir sur les déterminants sociaux de la santé pour réduire les inégalités et atteindre ainsi la « Santé pour tous en l'an 2000 et au-delà ».



Dr Alain Poirier
Directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Remerciements

JE TIENS, AU NOM DE LA SECTION DES AMÉRIQUES DU RÉSEAU FRANCOPHONE INTERNATIONAL POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ (RÉFIPS), À REMERCIER TOUTES LES PERSONNES QUI ONT COLLABORÉ À LA RÉALISATION DE CETTE PUBLICATION SPÉCIALE SUR LES RETOMBÉES DE LA CHARTE D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ DANS DIVERS PAYS FRANCOPHONES, À L'OCCASION DE SON 25^E ANNIVERSAIRE.

Je remercie sincèrement chacun des auteurs pour avoir partagé leurs connaissances et leurs expériences sur des exemples concrets d'application de la Charte d'Ottawa dans leur pays respectif. La richesse de leurs analyses critiques sur l'évolution de l'influence de la Charte d'Ottawa sur la pratique de la santé publique, au cours des 25 dernières années, a indéniablement contribué à alimenter cette réflexion d'ensemble et de qualité.

J'adresse également mes remerciements à mesdames Awa Seck et à Louise Saint-Pierre, pour la coordination du projet, ainsi qu'à Lisandra Lannes et à Ysaline Lannes, pour la coordination générale de la publication et la révision de l'ensemble des textes. Je remercie mes collègues membres du comité éditorial, Caroline Druet, Pascale Dupuis, Lisandra Lannes et Louise Saint-Pierre. Elles ont généreusement donné de leur temps pour sélectionner, analyser et commenter l'ensemble des textes reçus. Toutes ont joué un rôle majeur dans la réalisation de cette publication inédite !

Enfin, je tiens à souligner la collaboration spéciale de plusieurs experts en promotion de la santé et la contribution de mes collègues des autres Sections géographiques et thématiques du RÉFIPS qui ont entrepris des démarches auprès de leurs confrères et consœurs pour que nous puissions compter sur une participation internationale dans cet ouvrage collectif, que ce soit au niveau de la diffusion d'un sondage d'opinion sur la Charte d'Ottawa auprès d'étudiants francophones ou la promotion de ce projet de publication afin de nous aider à collecter des articles. Ces collaborations sont un beau reflet de ce qu'est un « réseau ».

Cette publication, espace francophone de discussion et d'échange d'expertise professionnelle en promotion de la santé, a été possible grâce au soutien financier de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, qui depuis la création du RÉFIPS en 1991 lui accorde sa confiance dans la réalisation de sa mission « de faire reconnaître et de renforcer la promotion de la santé dans le monde ». Nous l'en remercions très chaleureusement.

Agréable lecture et grand merci à tous nos fidèles collaborateurs !



Ginette Lafontaine

Présidente de la Section des Amériques

Réseau francophone international pour la promotion de la santé

Sommaire

- 11 **Éditorial**
Lisandra Lannes
- 18 **La Charte d'Ottawa aux yeux de la nouvelle génération : référence ou archive ?**
Pascale Dupuis et Awa Seck
- 24 **L'adaptation et la pertinence de la Charte d'Ottawa aujourd'hui selon les étudiants du Québec**
Anne-Marie Turcotte-Tremblay, Marilyn Fortin et Valéry Ridde
- 33 **La Charte d'Ottawa et le Liban : un appel à « prioriser » la santé**
Lara Abou Jaoudé
- 36 **Le point de vue de cinq grands acteurs de la promotion de la santé du Nord au Sud de la Francophonie**
Lisandra Lannes
- 43 **La Charte d'Ottawa : une charte pour les indignés ?**
Michel O'Neill
- 48 **Promotion de la santé en Belgique : un point de vue sur l'influence de la Charte d'Ottawa au niveau local**
Philippe Mouyart
- 54 **La Charte d'Ottawa vue de Belgique : à la lumière d'une évaluation du dispositif de promotion de la santé**
Luc Berghmans
- 61 **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**
Philippe Lorenzo
- 68 **Projet en gestion du stress chez l'enfant : maillage santé et éducation**
Renée Guimond-Plourde
- 75 **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**
Judith Lapierre, Assumpta Ndengeyingoma et Jacques Boucher
- 83 **Conclusion**
Lisandra Lannes et Hachimi Sanni Yaya
- 89 **Annexe**
Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé

Contexte de la Charte d'Ottawa

L'adoption de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé lors de la 1^{ère} Conférence internationale sur la promotion de la santé (1986) marque un tournant majeur dans la façon de concevoir la santé. Cette Charte pose les « conditions préalables » ainsi qu'un ensemble de « perspectives favorables à la santé ». Elle vise à l'époque à apporter une réponse aux réactions de plus en plus manifestes d'un « nouveau mouvement de santé publique dans le monde »¹. Son contenu a indéniablement contribué à inscrire la promotion de la santé à l'agenda international et à considérer les déterminants de la santé, plus particulièrement les déterminants sociaux de la santé, comme faisant partie intégrante des préoccupations de santé.

La Charte d'Ottawa appelle à l'action internationale en faveur de la promotion de la santé par le plaidoyer et par la coordination des efforts dans l'élaboration de programmes et de stratégies de promotion de la santé conformément à ses valeurs et principes, afin d'atteindre la « Santé pour tous en l'an 2000 et au-delà ». Pour ce faire, la Charte d'Ottawa repose sur 5 stratégies d'intervention de promotion de la santé :

- Élaborer une politique publique saine ;
- Créer des milieux favorables ;
- Renforcer l'action communautaire ;
- Acquérir des aptitudes individuelles ;
- Réorienter les services de santé².

Bien que la Charte d'Ottawa constitue le texte fondateur de la promotion de la santé, son contenu et son application ont fait l'objet de nombreuses critiques, notamment lors des célébrations de son 20^e anniversaire. L'adoption de la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation en 2005 met en évidence les limites de son contenu par rapport à la situation mondiale actuelle et à la réalité

¹ Organisation mondiale de la Santé. 1986. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*.

² *Ibid.*

contemporaine³. Plus particulièrement, les « conditions préalables à la santé » relèvent de l'utopie pour de nombreux pays. Les 5 stratégies de promotion de la santé ont aussi fortement été critiquées, que ce soit sur le plan de leur interprétation conceptuelle ou sur celui de leur mise en œuvre⁴. Les intérêts divergents de l'ensemble des groupes concernés (communautés, secteurs public et privé, médias, etc.) et impliqués dans l'amélioration de la santé publique sont parfois difficilement conciliables⁵. Dans ce contexte, comment développer une vision commune et promouvoir une approche holistique de la santé ? Comment combattre les iniquités en santé tout en encourageant le renforcement de l'autonomisation des communautés ? Comment faire en sorte que la Charte d'Ottawa devienne un instrument stratégique pour orienter les interventions en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé ? En dépit des critiques envers les difficultés d'application de certaines stratégies de la Charte d'Ottawa, il existe pourtant des exemples concrets d'interventions allant de simples actions de sensibilisation à la mise sur pied d'écoles promotrices de santé axées sur l'éducation pour la santé et sur la promotion de la santé, dans une perspective de réduction des inégalités à travers le monde.

Contexte de la publication

En 1991, quelques années après l'adoption de la Charte d'Ottawa, le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS) est fondé dans le but d'instaurer un espace de dialogue francophone intercontinents sur la promotion de la santé. Afin de souligner le 25^e anniversaire de cette Charte, le RÉFIPS a pris l'initiative de produire un ouvrage collectif sur ses retombées dans divers pays francophones d'Afrique, d'Amérique, d'Europe et du Moyen-Orient. Le but ultime de cet ouvrage est de susciter une réflexion d'ensemble sur l'évolution de l'influence de la Charte d'Ottawa sur la pratique de santé publique au cours des 25 dernières années et d'en envisager une meilleure utilisation future. Cette publication, coordonnée par la Section des Amériques du RÉFIPS, recueille plusieurs textes de promoteurs de santé au profil sociodémographique distinct (chercheurs, étudiants, enseignants, intervenants de terrain, gestionnaires, décideurs, etc.) au sein de la Francophonie, dans le but de tenir compte des différences générationnelles et régionales.

³ Raeburn, John. « Charte d'Ottawa : réflexions des antipodes ». *The Ottawa Charter for Health Promotion. Promotion et Éducation, 2007, Supplement*, pp.40-41 http://www.iuhpe.org/upload/File/PE_Ottawa_07a.pdf

⁴ Deschamps, Pierre. « Une relecture de la Charte d'Ottawa ». *Promotion et Éducation, 2008, 15 : 8*, pp.08-13 http://ped.sagepub.com/content/15/1_suppl/8.full.pdf

⁵ Beslisle, Micheline and Laurin, Isabelle. « Public Health and Poverty ». *Review of Health Promotion and Education Online, 2008, http://rhpeo.net/reviews/2007/35/index.htm*

Thématiques

Les textes recueillis portent sur les 4 thématiques suivantes :

- L'évolution de l'influence de la Charte d'Ottawa sur la pratique de santé publique au cours des 25 dernières années ;
- L'avenir de la pratique de promotion de la santé, basée sur la Charte d'Ottawa ;
- Les enjeux futurs reliés à l'utilisation de la Charte d'Ottawa ;
- Les pistes d'amélioration de l'utilisation de la Charte d'Ottawa dans les interventions de santé publique.

Les différents textes de la publication décrivent ou analysent des exemples concrets d'application de la Charte d'Ottawa dans les domaines de la recherche, de la pratique, de l'enseignement et de la gestion.

Présentation des textes

Que pensent les étudiants francophones de la Charte d'Ottawa ?

Plusieurs étudiants francophones ont analysé le contenu de la Charte d'Ottawa, à la lumière du contexte contemporain, et ont identifié quelques pistes de solution afin d'améliorer son application.

La Charte d'Ottawa aux yeux de la nouvelle génération : référence ou archive ? présente les résultats d'un sondage mené par le RÉFIPS auprès d'étudiants francophones en promotion de la santé à l'échelle internationale (Afrique, Amérique, Europe, Moyen-Orient et Océan Indien) afin de connaître leur opinion sur l'utilité de la Charte d'Ottawa pour encadrer leur pratique future. Même si certains d'entre eux connaissent relativement peu la Charte, la plupart des répondants s'accordent sur son contenu et adhèrent aux valeurs et principes énoncés. Il s'avère cependant difficile de remplir l'ensemble des conditions préalables à la santé, surtout pour les pays africains. La mise en œuvre des stratégies de la Charte d'Ottawa reste parfois un défi de taille et quelques pistes de solution sont identifiées. L'importance de continuer de se référer à la Charte d'Ottawa dans les prochaines années est soulignée afin de la faire connaître auprès d'un plus grand nombre d'intervenants et de professionnels de santé et de renforcer ainsi son utilisation.

L'adaptation et la pertinence de la Charte d'Ottawa aujourd'hui selon les étudiants du Québec rend compte de leurs différents points de vue, après avoir participé à un forum de discussion. Certains sont en faveur de l'adaptation de son contenu au contexte contemporain et proposent quelques amendements allant de l'ajout d'une stratégie pour favoriser la

recherche en promotion de la santé à la mise en place de mécanismes de suivi et d'évaluation. D'autres soulignent l'importance de la promotion et de la vulgarisation de la Charte afin de renforcer l'appropriation de ses valeurs et principes et son utilisation dans la pratique. En outre, un plaidoyer sur le bien-fondé de la promotion de la santé, notamment pour réduire les inégalités sociales de santé et améliorer la santé de la population, est nécessaire pour mobiliser plus de ressources et instaurer une véritable culture de promotion de la santé.

La Charte d'Ottawa et le Liban : un appel à « prioriser » la santé traite des conditions favorables à la santé (lutte contre le tabagisme, prévention des maladies, sécurité routière, etc.) au Liban. Dans ce pays ravagé par plusieurs années de guerres civiles, une étudiante explique que la promotion de la santé était loin d'être une préoccupation majeure. Plusieurs efforts ont néanmoins été consentis pour améliorer la santé publique : adoption d'une loi anti-tabac, port obligatoire de la ceinture de sécurité, etc. D'autres efforts en matière d'éducation pour la santé devront être faits afin d'encourager l'adoption de saines habitudes de vie.

De quelle façon la Charte d'Ottawa a-t-elle révolutionné la santé publique ?

Des experts en promotion de la santé se sont exprimés sur la portée de la Charte d'Ottawa, en tant que texte fondateur de la promotion de la santé, sur la pratique de santé publique, de son adoption en 1986 à aujourd'hui.

Dans *Le point de vue de cinq grands acteurs de la promotion de la santé du Nord au Sud de la Francophonie*, (David Houéto, Ginette Lafontaine, Marie-Claude Lamarre, Michel O'Neill et Alain Poirier) partagent leurs réflexions personnelles sur l'historique de l'élaboration de la Charte d'Ottawa et dressent un bilan, 25 ans après son adoption. Est-ce que son contenu (valeurs, principes et stratégies) est toujours pertinent ? Quels sont les enjeux actuels auxquels sont confrontés les intervenants et les professionnels de santé dans la mise en œuvre des stratégies ? Comment pourrait-on renforcer l'application de la Charte d'Ottawa à l'avenir ?

La Charte d'Ottawa : une charte pour les indignés ? dresse une analyse sociohistorique de la pertinence de la Charte d'Ottawa des Trente Glorieuses (1940-1970) à aujourd'hui. De l'État-providence (politiques interventionnistes) à l'avènement du capitalisme (politiques néolibérales) après les chocs pétroliers des années 70, les valeurs humanistes et solidaires de la Charte semblent reléguées au second plan. Dans le contexte de la

mondialisation, le mouvement des indignés prône néanmoins un retour à la solidarité et à la justice sociale ; des valeurs chères à la Charte d'Ottawa qui reprennent tout leur sens.

La Charte d'Ottawa en Belgique : intervention et évaluation

En Belgique, la Charte d'Ottawa a eu un grand impact sur le plan législatif et sur les pratiques locales. Quelques années après son adoption, il est désormais possible d'évaluer les pratiques de promotion de la santé.

Promotion de la santé en Belgique : un point de vue sur l'influence de la Charte d'Ottawa au niveau local présente quelques réflexions basées sur une expérience de terrain en promotion de la santé. Tout d'abord, la Charte d'Ottawa sert de cadre de référence pour structurer les interventions en promotion de la santé et marque un tournant majeur dans la façon de concevoir les questions de santé. Ensuite, cette Charte a influencé le législateur belge, que ce soit au niveau de l'adoption de lois ou de l'élaboration de programmes de promotion de la santé. Ce changement de législation a eu un impact déterminant sur les pratiques des acteurs locaux. Il reste toutefois des défis à relever, en termes d'approche participative, de travail en partenariat, d'évaluation des actions ainsi que de disponibilité des ressources pour réellement faire évoluer les pratiques. Par ailleurs, une meilleure appropriation des pratiques de promotion de la santé passe indéniablement par le plaidoyer, la contextualisation, l'accompagnement et la formation.

La Charte d'Ottawa vue de Belgique : à la lumière d'une évaluation du dispositif de promotion de la santé traite de la professionnalisation de la promotion de la santé en Belgique, après l'adoption de la Charte d'Ottawa. Les résultats d'un audit sur la promotion de la santé font ressortir ses manquements au niveau de l'opérationnalisation. Certains professionnels ont en revanche fortement contesté cet audit et préférèrent plutôt parler de déclinaison opérationnelle de la Charte d'Ottawa, en termes de structuration des interventions, de reconnaissance politique et publique et de ressources investies. En effet, la population ne perçoit pas toujours la promotion de la santé comme un moyen de contribuer à une meilleure santé, d'où l'importance de toucher son « vécu » dans les actions de plaidoyer. Le discours moralisateur de la santé peut aussi parfois être mal interprété. Même si la promotion de la santé n'a pas besoin d'une structure lourde pour être efficace, certaines formes d'organisation et de financement doivent cependant être revues pour que la promotion de la santé continue de se positionner comme une approche incontournable dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Des exemples de mise en œuvre des stratégies de la Charte d'Ottawa

Les écoles promotrices de santé en France, en Belgique et au Canada sont des exemples de pratiques prometteuses en promotion de la santé. L'intégration de la santé dans toutes les politiques est une autre stratégie permettant de renforcer la gouvernance pour la santé.

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 en France et en Belgique relate une pratique prometteuse de promotion de la santé en milieu scolaire. La terminologie *École 21* fait référence aux écoles promotrices de santé et s'inspire à la fois de la politique-cadre *Santé 21* pour la région Europe et du programme *Agenda 21* pour le développement durable. Le projet *École 21* souligne en effet la complémentarité entre les approches de promotion de la santé et de développement durable et invite le milieu scolaire à développer de nouvelles initiatives en les mettant en synergie. « Penser et agir localement dans une perspective globale » est la devise d'*École 21*. Une évaluation à mi-parcours fait toutefois ressortir que les professionnels et les élèves impliqués dans la mise en œuvre d'*École 21* se sentent beaucoup plus proches du développement durable que de la promotion de la santé, d'où l'importance de poursuivre le plaidoyer en faveur de la promotion de la santé en se référant à la Charte d'Ottawa.

Le Projet en gestion du stress chez l'enfant : maillage santé et éducation rend compte d'une démarche concrète pour aider l'école, en collaboration avec ses partenaires, à répondre de façon concertée et optimale aux besoins des écoliers en matière de gestion saine du stress au quotidien, au Nouveau-Brunswick. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, les programmes de promotion de la santé dans les écoles contribuent à améliorer la réussite scolaire et vice-versa. Le fait de concevoir la gestion du stress de façon positive, à partir de la parole des écoliers, et de renforcer la collaboration intersectorielle contribue grandement à l'éducation pour la santé.

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 propose d'intégrer la santé dans toutes les politiques comme levier pour élaborer des politiques publiques favorables à la santé. Ses forces (gouvernance pour la santé, cohérence politique, collaboration intersectorielle, équité en santé, action sur les déterminants sociaux de la santé, etc.), ses défis (compréhension du système politique) et ses mécanismes les plus prometteurs (évaluation d'impact sur la santé et analyse sous l'angle de la santé) sont présentés. L'intégration de la santé dans toutes

les politiques peut être appliquée à la promotion de modes de vie sains et d'environnements favorables à la santé, par exemple dans le cas de la prévention de l'obésité.

À travers cette publication, chaque auteur apporte son témoignage personnel à titre de promoteur de la santé dans un domaine d'expertise particulier. Qu'il s'agisse de résultats de sondage, de textes d'opinion ou d'analyse, les propos recueillis permettent d'alimenter les réflexions et les controverses portant sur le contenu de la Charte d'Ottawa. Cette publication, reposant sur l'échange d'expertise professionnelle en promotion de la santé, nous encourage non seulement à porter un regard critique sur la Charte d'Ottawa, en tant que texte fondateur de la promotion de la santé, mais également à revenir sur nos pratiques de santé publique avec sagesse et maturité. Cette rétroaction est un incitatif à développer de nouvelles stratégies plus axées sur l'approche de la promotion de la santé, en tenant compte des initiatives novatrices et des pratiques prometteuses, des leçons tirées du passé et de l'évolution des contextes politiques, économiques, socio-sanitaires et culturels dans lesquels se meut la Charte d'Ottawa. Enfin, cette publication invite tous ceux qui croient fermement en la promotion de la santé à poursuivre la discussion dans un espace francophone afin d'assurer sa reconnaissance et son rayonnement dans le monde et plus particulièrement à l'échelle de la Francophonie.

Bonne lecture !

Références bibliographiques

- Besisle, Micheline and Laurin, Isabelle. « Public Health and Poverty ». *Review of Health Promotion and Education Online*, 2008, <http://rhpeo.net/reviews/2007/35/index.htm>
- Deschamps, Pierre. « Une relecture de la Charte d'Ottawa ». *Promotion et Éducation*, 2008, 15 : 8, pp.08-13 http://ped.sagepub.com/content/15/1_suppl/8.full.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. 1986. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*.
- Organisation mondiale de la Santé. 2005. *Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*.
- Raeburn, John. « Charte d'Ottawa : réflexions des antipodes ». The Ottawa Charter for Health Promotion. *Promotion et Education*, 2007, Supplement 2, pp.40-41 http://www.iuhpe.org/upload/File/PE_Ottawa_07a.pdf
- Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé. « The Ottawa Charter for Health Promotion ». *Promotion et Education*, 2007, Supplement 2, pp.1-68. http://www.iuhpe.org/upload/File/PE_Ottawa_07a.pdf
- Site Internet de l'Association canadienne de santé publique. <http://www.phac-aspc.gc.ca> (consulté le 8 juin 2012).

La Charte d'Ottawa aux yeux de la nouvelle génération : référence ou archive ?

Pascale Dupuis et Awa Seck

Mots clés :

Charte d'Ottawa, promotion de la santé, étudiants

SI LA CHARTE D'OTTAWA EST LE PRODUIT D'UNE GÉNÉRATION, QUELLE VALEUR A-T-ELLE, 25 ANS APRÈS SA PUBLICATION, POUR LA GÉNÉRATION SUIVANTE ? AUX YEUX DES ÉTUDIANTS EN SANTÉ PUBLIQUE OU COMMUNAUTAIRE, EN PROMOTION DE LA SANTÉ OU EN 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 d'Ottawa pour la promotion de la santé pour les étudiants, 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. Alors que des résultats préliminaires ont été présentés lors du 4^e Colloque international des programmes locaux et régionaux de santé (Gatineau, 2011), cet article vise à approfondir les enseignements à tirer de ce sondage.

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 d'Ottawa aux enjeux actuels de santé. Il visait également à recueillir des suggestions pour l'amélioration de son contenu.

L'originalité de ce questionnaire, qui a circulé à travers les sections géographiques et thématiques 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 ceci, en dépit du fait que le sondage s'adresse 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 la Charte de Bangkok, sa « petite sœur » thaïlandaise. 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 subsaharienne 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 pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, diffusée en 2005 dans le cadre de la 6^e conférence internationale pour la promotion de la santé, est notamment réputée pour sa prise en considération des effets de la mondialisation sur la santé, des inégalités croissantes, de l'urbanisation rapide et de 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 subsaharienne, 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, une question libellée comme celle qui suit permettait de recueillir les points de vue de personnes qui ne connaissent

pas ou connaissent peu la Charte : « 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. 75% 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 être plus ou moins d'accord 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 subsaharienne décrit :

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 pas 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 10 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 en 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 10 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.

Ce qui manque...

S'ils avaient le pouvoir d'ajouter des principes et valeurs à la Charte, 3 étudiants sur 10 en profiteraient. Ceux-ci mentionnent la stabilité politique et la sécurité, l'autodétermination 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'intérêts sont une situation réelle (...) ».

À propos des 7 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 et 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 de santé.

5 stratégies... insuffisantes ?

La Charte d'Ottawa propose 5 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 7 sur 10 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'en ajouter certaines telles que le contrôle citoyen des politiques publiques, une stratégie de pérennisation et d'appropriation par les communautés, la promotion du respect de l'égalité entre les sexes 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 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 pour la mise en œuvre

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 » et « des démonstrations des effets de la promotion de la santé ».

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. Comment s'étonner, en effet, des difficultés d'application de la Charte d'Ottawa dans la pratique, au vu de sa méconnaissance constatée au sein même des étudiants en santé publique ? 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 déjà analysé Desjardins (2008) et Perreault et Foster (2006). 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 bibliographiques

Deschamps, J.-P. 2008. « Une "relecture" de la Charte d'Ottawa ». *Promotion & Education*, 15(1, Supp.) : 8-13.

Perreault, K, et Forster, M. 2007. « La Charte d'Ottawa : sommes-nous encore loin de la réalité postulée ? ». *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 Réseau francophone international pour la promotion de la santé : 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 (Gatineau, 27-30 juin 2011).

L'adaptation et la pertinence de la Charte d'Ottawa aujourd'hui selon des étudiants du Québec

Anne-Marie Turcotte-Tremblay, Marilyn Fortin et Valéry Ridde

Mots clés :

Charte d'Ottawa, promotion de la santé, étudiants du Québec

Introduction

Adoptée en 1986, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé a redéfini la façon de concevoir la promotion de la santé en préconisant des principes tels que l'équité en santé, le pouvoir d'agir, la multisectorialité et le « contextualisme ». 25 ans après la rédaction de la Charte, plusieurs experts se questionnent sur son utilité (RHPEO 2005). Certains prônent une relecture afin de débattre de son contenu et de l'adapter au contexte contemporain (Deschamps 2003). Pourtant, plus de 70% des participants d'un symposium organisé dans le cadre des 10^{es} Journées annuelles de santé publique du Québec ont rapporté croire en son utilité actuelle (O'Neill, Dupéré et al. 2007). Toutefois, les débats à ce jour ont davantage impliqué les experts en promotion de la santé (Ridde 2005) qu'une population plus large, notamment la génération actuelle d'étudiants provenant des divers milieux de la santé. En effet, selon Kickbusch (2007), l'avenir de la Charte repose entre leurs mains. Ainsi, l'objectif du présent texte est de rendre compte de la manière dont la génération actuelle d'un groupe d'étudiants au Québec perçoit l'adaptation et la pertinence du contenu de la Charte d'Ottawa.

Description du forum de discussion

Pendant 2 mois, les étudiants du cours « Stratégies en promotion de la santé » de l'Université de Montréal enseigné par Valéry Ridde ont participé à un forum de discussion de la revue en ligne *Views of Health Promotion Online* (VHPO 2009). Ils étaient invités à prendre part à la discussion en donnant leur point de vue sur les questions suivantes, sans s'y limiter : que serait la Charte d'Ottawa si elle avait été formulée aujourd'hui ? Les 5 stratégies seraient-elles les mêmes ? Devraient-elles être adaptées ? 26 étudiants (23 femmes et 3 hommes) provenant de divers domaines liés à la santé (nutrition, sciences infirmières, kinésiologie, santé communautaire et sociologie), ont émis 58 commentaires critiques.

Résultats

Promotion de la Charte d'Ottawa

Pour certains étudiants, une plus grande visibilité de la Charte d'Ottawa importe plus que la modification de son contenu. Environ un tiers des participants ont explicitement rapporté ne pas connaître le document avant d'avoir assisté au cours. Selon eux, la Charte devrait être davantage incluse dans le cadre des formations universitaires et sa vulgarisation devrait être optimisée.

« Qui, en nutrition, en kinésiologie, en médecine et dans les autres domaines de la santé à vocation “clinique” (selon l'enseignement reçu) a déjà entendu parler de la Charte d'Ottawa ? » (Étudiante)

« La charte n'a-t-elle pas plus besoin d'être connue et reconnue que réécrite ? » (Étudiant)

« Le problème, en réalité, serait au niveau de la formation des professionnels de la santé. Comment voulez-vous que ces derniers soient capables d'utiliser la Charte d'Ottawa s'ils ne savent même pas qu'elle existe en premier lieu. » (Étudiante)

Les étudiants ont échangé plusieurs idées visant à promouvoir la Charte et la promotion de la santé. Pour certains, la participation des professionnels de la santé et des communautés à l'élaboration d'une nouvelle charte, notamment des pays du Sud, permettrait d'augmenter l'appropriation et l'application d'une charte au sein de la pratique. Des participants ont avancé l'idée d'organiser une campagne de mise en valeur ainsi que la création d'un site Internet consacré à son application sur le terrain afin de la sortir du milieu intellectuel. En revanche, quelques étudiants étaient perplexes quant à l'utilisation d'un site Internet. D'autres ont soulevé l'inquiétude de contribuer aux inégalités sociales en raison de l'accès limité à Internet dans certains milieux. Pour certains, la promotion de l'application de la Charte d'Ottawa nécessite des investissements financiers des pays signataires. On a proposé que les pays du Nord financent un fonds dédié à la promotion de la santé en fonction de leur produit intérieur brut, géré de façon indépendante et autonome, tout en préservant leur entière responsabilité face à la recherche sur la santé dans leur pays. Ainsi, la visibilité, la recherche, et le développement de projets en promotion de la santé seraient assurés. D'autres ont soulevé l'intérêt de poser des conditions de participation plus contraignantes à la Charte, telles que des conventions-cadres et des obligations légales.

L'utilité de la Charte d'Ottawa

Une partie importante du débat entre étudiants a porté sur l'utilité de la Charte pour les professionnels de la santé. Plusieurs participants ont qualifié les propos de la Charte comme étant larges, vagues, et difficilement applicables en pratique clinique.

« ...j'avoue ne pas avoir été très inspirée et motivée à la lecture de ces quelques pages vagues, peu incitantes à l'action et datant de plus de 20 ans. » (Étudiante)

« Pensez à tous ces professionnels qui ne jurent que par les chiffres, la recherche, les preuves.... Qu'est-ce que la Charte d'Ottawa pour eux, sinon que de belles paroles ? » (Étudiante)

À l'inverse, d'autres ont défendu l'importance de cet outil théorique qui guide l'élaboration d'interventions spécifiques et concrètes.

« Je crois que la Charte d'Ottawa est une première étape inévitable à un changement d'envergure comme celui qu'elle prône. En effet, afin de favoriser le changement, ne faut-il pas établir les principes de base qui le soutiennent ? » (Étudiante)

Il est nécessaire d'avoir un outil que tous comprennent et peuvent utiliser selon leur contexte national relié à la santé. De cette façon, la Charte d'Ottawa a atteint son objectif : elle a défini ce qu'est la promotion de la santé, ses buts, et ses objectifs ; elle a élaboré les conditions indispensables à la santé et a présenté les raisons pour promouvoir la promotion de la santé et l'approche écologique (contextuelle, et travail interdisciplinaire entre les divers paliers des gouvernements). (Étudiante)

Selon ces étudiants, il en revient aux pays de définir des objectifs plus spécifiques. Pour aller au-delà des fondements théoriques, certains ont suggéré de rehausser les engagements étatiques et d'augmenter la collaboration entre les organisations internationales, les communautés civiles, les directions de santé publique et les secteurs privés. Un étudiant a suggéré qu'une prochaine charte devrait inviter les pays à rédiger une adaptation propre à leur contexte et à leur réalité, et possédant des objectifs et des modalités d'action plus concrets. Ainsi, chaque pays disposerait d'une charte, respectant les concepts de celle d'Ottawa, mais adaptée à leurs propres besoins en matière de promotion de la santé.

Force du plaidoyer

Selon plusieurs, la Charte d'Ottawa manque d'arguments et de preuves scientifiques, notamment dans l'axe « Réorientation des services de santé ». Une charte élaborée aujourd'hui devrait mettre en évidence les bénéfices économiques et sociaux de la promotion de la santé. Il pourrait donc être utile d'intégrer des cadres d'analyse sur les déterminants sociaux de la santé ainsi que les résultats d'études afin d'optimiser la compréhension et l'adhésion à la promotion de la santé des divers secteurs. Un plaidoyer convaincant présentant l'efficacité et l'efficience de la promotion de la santé est nécessaire afin d'influencer les décisions de financement.

(...) si j'étais un gouvernant national, je ne suis pas sûre que je serais convaincue que la Charte et ses objectifs, soient la meilleure voie à suivre pour optimiser la santé de la population. Bien que je sois d'accord pour conserver une Charte générale, il manque de nombreux arguments pour adhérer à l'approche écologique et à la promotion de la santé. (Étudiante)

« Pourquoi ne pas rallier des économistes de la santé et des chercheurs d'autres domaines pour démontrer plus fortement que la promotion de la santé sauve des vies et des dollars ? » (Étudiante)

« ...[la Charte] demande aux autres secteurs de prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et d'admettre leur responsabilité à cet égard, mais il serait intéressant de souligner ce que les autres secteurs peuvent y gagner. » (Étudiante)

Adoption d'un cadre basé sur les droits humains

Certains étudiants ont mentionné qu'une future charte aurait intérêt à faire le lien entre les conditions indispensables à la santé et la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948), qui jouit d'un grand respect des autorités dans plusieurs pays.

« ...plusieurs articles pourraient être associés pour démontrer que les prérequis à la santé sont des DROITS... » (Étudiante)

De plus, des étudiants ont indiqué qu'une future charte aurait avantage à mettre en exergue l'importance pour les pays du Nord de respecter leurs engagements financiers auprès des pays du Sud pour l'atteinte des conditions indispensables à la santé.

(Ré)orientation des services de santé

Deux étudiants ont souligné que le terme « Réorientation des services de santé » peut contribuer à mettre des acteurs importants du domaine de la santé sur la défensive et qu'il ne faut pas sous-estimer le pouvoir d'influence des intervenants du domaine curatif. Selon ces étudiants, le terme « orientation » tend davantage la main aux acteurs des divers secteurs de la santé et serait probablement mieux reçu.

Préconisation de la synergie entre les axes

La Charte d'Ottawa présente 5 axes d'intervention distincts. Des étudiants étaient d'avis que l'on pourrait optimiser l'efficacité de ces axes en préconisant une approche « interactionnelle ». Une charte contemporaine devrait présenter la complémentarité, l'interaction et la synergie qui s'opèrent entre les cinq axes.

« Une nouvelle Charte d'Ottawa aurait intérêt à mettre de l'avant l'importance équivalente de chacune des stratégies proposées et leur complémentarité. » (Étudiante)

Renforcement des capacités et évaluation de l'application

La Charte d'Ottawa ne prévoit aucun mécanisme de suivi et d'évaluation des actions proposées. Selon les étudiants, il serait indispensable de prévoir la mise en place d'une telle procédure. Les participants ont proposé l'élaboration de structures multidisciplinaires de soutien (par exemple, mentorat ou accompagnement) et d'évaluation scientifique en matière de promotion de la santé. Une participante a suggéré d'ajouter une grille d'analyse, en annexe, permettant d'évaluer et de faire le suivi de la mise en œuvre des axes et des interventions en promotion de la santé.

Un 6^e axe en faveur de la promotion de la recherche

La Charte d'Ottawa n'aborde pas suffisamment la nécessité de développer les connaissances scientifiques en promotion de la santé. Pourtant, la recherche est une condition nécessaire à la réussite des axes. Une étudiante a souligné que par inadvertance, la communauté scientifique peut même contribuer à creuser les inégalités sociales de santé. En effet, seulement 10% des fonds de recherche sont voués à l'étude des besoins de 90% de la population.

« La majorité de la recherche est vouée à l'étude des maladies qui affectent une minorité de personnes à travers le monde. Pendant ce temps, des maladies endémiques dans les pays en développement sont négligées. Cela contribue à augmenter les inégalités en matière de santé. » (Étudiante)

Par conséquent, des participants ont proposé l'élaboration d'un 6^e axe intitulé « Orientation de la recherche vers la promotion de la santé et diffusion des résultats ». Cet axe viserait à encourager les institutions internationales, les gouvernements et les chercheurs à promouvoir la recherche en promotion de la santé, favorisant le développement des connaissances et d'outils d'analyse. L'accent serait mis sur l'importance de la recherche participative, la transdisciplinarité, le transfert des connaissances, l'accessibilité aux résultats ainsi que leur utilisation pour guider la pratique.

(...) la recherche en promotion de la santé est importante, mais aussi le fait de rendre les résultats de recherche accessibles sur le terrain, pas seulement par la publication d'articles scientifiques, mais aussi par la mise en place d'activités de diffusion de l'information dans un langage accessible où les groupes communautaires et le public seraient invités. (Étudiante)

Discussion

À la lumière du forum étudiant, la Charte d'Ottawa, bien qu'à l'image des années 1980, est toujours pertinente pour la promotion de la santé. En revanche, plusieurs participants ont soulevé l'importance de revoir son contenu afin de l'ajuster aux réalités sociales contemporaines. Mais avant toute chose, il serait important d'évaluer son efficacité et sa mise en œuvre actuelle (Ridde 2005), tout en répétant l'exercice pour la Charte de Bangkok sur la promotion de la santé (2005).

La vision des étudiants était en accord avec Nutbream (2005) en ce qui concerne le besoin de disposer de plus de données probantes sur les bénéfices de la promotion de la santé. De même, Potvin et Jones (2011) affirment l'importance de démontrer empiriquement l'efficacité des valeurs et des principes de Charte. Les chercheurs et praticiens en promotion de la santé doivent produire davantage de preuves démontrant des relations causales entre le pouvoir d'agir, la participation communautaire et les objectifs de santé visés, c'est-à-dire la réduction des inégalités sociales de santé et l'amélioration de la santé des populations (Ridde, Guichard et al. 2007). Cela doit devenir une priorité d'action pour les acteurs en promotion de la santé au cours des prochaines années (Potvin et Jones 2011). Néanmoins, la nécessité de mener davantage de recherche ne doit pas devenir un prétexte pour l'inaction en promotion de la santé.

Les étudiants ont également corroboré la faible visibilité et le manque d'application de la Charte au sein de leur pratique (Green 2005). Plus

particulièrement, le forum a révélé une méconnaissance du document parmi les étudiants. Aarts et al. (2010) rapportent que les étudiants en formation professionnelle de santé n'intègrent pas l'ensemble des concepts et l'ampleur de leur rôle en promotion de la santé, notamment en ce qui concerne la réduction des inégalités sociales de santé, ce qui n'est pas nouveau (Ridde 2004).

Ces lacunes indiquent que le rayonnement futur de la promotion de la santé requerra davantage de sensibilisation auprès des étudiants. Dans ce contexte, il nous paraît essentiel d'évaluer la place octroyée à la promotion de la santé dans les différents paliers du système éducatif. Nous devons instaurer une culture de promotion de la santé au sein des institutions éducatives afin d'atteindre une réelle appropriation des valeurs et principes prônés par la Charte. Disposant d'une formation adéquate en promotion de la santé, les étudiants peuvent ainsi devenir des agents multiplicateurs capables d'influencer leur milieu.

Comment augmenter l'appropriation des principes de la Charte d'Ottawa chez les étudiants ? Selon Brown (1996), une exposition plus tôt et fréquente aux concepts de justice sociale et aux politiques publiques favorables à la santé est nécessaire. Vaillant (2010) démontre que les universités peuvent se baser sur la Charte d'Ottawa pour élaborer leurs propres politiques. Selon Mogford, Gould et Devoght (2010), il faut augmenter le pouvoir d'agir des étudiants ainsi que leur « littératie en santé critique », c'est-à-dire, leur compréhension des déterminants sociaux de la santé ainsi que leurs capacités à utiliser les moyens nécessaires pour les transformer, tant au niveau individuel que communautaire. Les auteurs présentent un cadre pédagogique destiné aux élèves de tous les niveaux. Le cours interactif introduit la santé en tant que droit humain, définit les déterminants sociaux de la santé, enseigne l'articulation de plaidoyer (par exemple, atelier d'écriture persuasive) et donne les moyens aux étudiants d'entreprendre des actions communautaires pour réduire les inégalités sociales de santé (Mogford, Gould et al. 2010). Dans la même veine, O'Brien-Larivée (2011) suggère que les expériences d'« apprentissage-service » (*service-learning*) sont fortement bénéfiques pour le cheminement des étudiants provenant de disciplines de natures plus cliniques, telles les sciences infirmières. Les étudiants établissent un partenariat avec une population, évaluent les déterminants sociaux de la santé et implantent une stratégie de promotion de la santé des populations en prêtant une attention particulière aux enjeux reliés aux politiques de santé. Les étudiants sont également amenés à critiquer une politique de santé

existante et à émettre des recommandations aux partenaires lors d'une présentation d'une demi-heure.

Il est nécessaire de revoir les exigences des programmes de maîtrise et de doctorat, plus particulièrement en santé publique, afin de mieux intégrer l'application des principes de la promotion de la santé. La recherche participative, partenariale et interdisciplinaire de même que les activités de transfert de connaissance (TC) sont des aspects souvent négligés dans le cadre des enseignements et des recherches étudiantes. Il faut former les étudiants à collaborer avec les acteurs terrains et les utilisateurs des résultats tout au long du processus de recherche. Il est aussi important d'incorporer la qualité des activités de TC aux critères d'évaluation des mémoires et des thèses. Il faut encourager les étudiants à mener des activités de TC au-delà des méthodes traditionnelles, c'est-à-dire les publications et les conférences, qui sont en grande partie inaccessibles pour la population. Les ateliers d'échanges, les restitutions, les articles de journaux, les résumés de rapports et la participation à des émissions radio favorisent davantage l'utilisation et l'appropriation des résultats. Des possibilités de financement (par exemple, bourses ou subventions) pourraient être disponibles pour les étudiants souhaitant réaliser des activités de TC dans le cadre de leurs études. Nous devrions également former davantage les étudiants à synthétiser les résultats de recherche, notamment à travers la réalisation de revues systématiques. À présent, il ne s'agit plus uniquement de faire de la recherche, mais aussi de savoir partager les connaissances acquises de façon à en faire bénéficier l'ensemble de la société.

Conclusion

Ce forum a permis de rendre compte de la vision des étudiants provenant de divers domaines de la santé et de les relier aux principes théoriques de la Charte d'Ottawa, participant ainsi à la réduction de l'écart entre la théorie et la pratique. Il s'est avéré une expérience forte enrichissante pour les étudiants. Les échanges ont suscité des réflexions profondes et actuelles, démontrant l'utilité d'ouvrir le débat à un large public et notamment aux étudiants de divers domaines.

Références bibliographiques

- Aarts, C., Nordstrom, P. M. et al. 2010. « Enabling nursing students to focus on the Ottawa Charter and the nurses role in tackling inequalities in health through international exchange. » *Nurse Education Today*, 30(5) : 448-452.
- Deschamps, J.-P. 2003. « Une “relecture” de la Charte d’Ottawa. ». S.F.S.P., *Santé Publique*, 15(3): 313-325.
- Green, L. W. 2005. « What would the Nutbeam Charter Look Like If It Were Written With My Editing ». *Reviews of Health Promotion and Education Online*.
- Kickbusch, I. 2007. « Vers une nouvelle santé publique ». *Promotion and Education*, 2 : 40-41.
- Mogford, E., Gould, L. et al. 2010. « Teaching critical health literacy in the US as a means to action on the social determinants of health ». *Health Promotion International*, 26(1) : 4-13.
- Nutbeam, D. 2005. « What would the Ottawa Charter look like if it were written today ? ». *Reviews of Health Promotion and Education Online*.
- O’Brien-Larivée, C. 2011. « A service-learning experience to teach baccalaureate nursing students about health policy. » *The Journal of nursing education*, 50(6): 332-336.
- O’Neill, M., Dupéré, S. et al. 2007. « Le “message de Montréal” : la Charte d’Ottawa pour la promotion de la santé est encore utile pour la pratique de la santé publique d’aujourd’hui ». *Global Health Promotion*, 14(2): 48-49.
- Potvin, L. et C. M. Jones. 2011. « Twenty-five years after the Ottawa Charter : the critical role of health promotion for public health. » *Canadian Journal of Public Health*, 102(4): 244-248.
- Reviews of Health Promotion and Education Online. 2005. « Ottawa 1986-Vancouver 2007: should the Ottawa charter be revisited ? » *Views of Health Promotion Online*. <http://rhpeo.net/reviews/2005/index.htm#Anchor-The-11481> (consulté le 6 décembre 2011)
- Ridde, V. 2004. « Agir contre les inégalités sociales de santé : tentative d’explications de l’immobilisme des autorités de la santé publique québécoise. » *Revue Canadienne de Santé Publique*, 95(3) : 224-227.
- Ridde, V. 2005. « Une triple interrogation à propos de la Charte de Bangkok. » *Reviews of Health Promotion and Education Online*.
- Ridde, V., A. Guichard, et al. 2007. « Social Inequalities in Health from Ottawa to Vancouver : Action for Fair Equality of Opportunity. » *Promotion and Education*, Suppl 2 : 12-16.
- S. G. 1996. « Incorporating political socialization theory into baccalaureate nursing education ». *Nursing Outlook*, 44 : 120-123.
- Vaillant, S. 2010. « La politique de santé à l’Université Paul Verlaine-Metz. » *Santé Publique*, 22 : 239-248.
- Van der Maren, J. M. 1996. *Méthodes de recherche pour l’éducation*. Montréal, PUM.
- Views of Health Promotion Online. 2009. « Et si la Charte d’Ottawa avait été formulée aujourd’hui ? ». [En ligne] <http://www.vhpo.net/viewtopic.php?lang=fr&f=7&t=30&st=0&sk=t&sd=a&sid=b1e369ef6fa7c56de0f7de774b5c04fe> (consulté le 7 novembre 2011).

La Charte d'Ottawa et le Liban : un appel à « prioriser » la santé

Lara Abou Jaoudé

Mots clés :

Charte d'Ottawa, promotion de la santé, Liban

« LA PROMOTION DE LA SANTÉ A POUR BUT DE DONNER AUX INDIVIDUS DAVANTAGE DE MAÎTRISE DE LEUR PROPRE SANTÉ ET DAVANTAGE DE MOYENS DE L'AMÉLIORER. POUR PARVENIR À UN ÉTAT COMPLET DE BIEN-ÊTRE PHYSIQUE, MENTAL ET SOCIAL, L'INDIVIDU OU LE GROUPE DOIT POUVOIR IDENTIFIER ET RÉALISER SES AMBITIONS, SATISFAIRE SES BESOINS ET ÉVOLUER AVEC SON MILIEU OU S'Y ADAPTER... » (OMS 1986).

Introduction

Depuis la promulgation de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé en 1986, on a vu apparaître presque partout dans le monde des stratégies, des projets, des revues, des rapports, de plus en plus de livres, des formations universitaires, etc. Les gouvernements, les organisations internationales et même des particuliers ont alloué un certain budget à la promotion de la santé.

De nouveaux défis : changement de stratégies

Voici quelques résultats au niveau international : en Amérique du Nord et dans plusieurs pays d'Europe comme la France, le tabac est interdit dans les endroits publics clos et la lutte contre le tabagisme continue. La sécurité routière se développe (lois, police, radars, tests d'alcoolémie...), entraînant une baisse du nombre de blessés et de décédés, les recherches sur le VIH/SIDA avancent, la promotion de la santé mentale évolue, tout cela et plus encore en un quart de siècle (Catford 1986). Depuis quelques années et suite au problème du réchauffement planétaire, les stratégies et les visions changent. Ceci est évoqué dans la Charte d'Ottawa dans les « Conditions indispensables à la santé » : bénéficier d'un écosystème stable et compter sur un apport durable de ressources. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) reconnaît aujourd'hui l'écosystème, support de la vie sur terre pour l'être vivant, comme indispensable pour le bien-être de tous et partout dans le monde (*Millenium Ecosystem Assessment 2005* <http://www.maweb.org/>)

en/index.aspx). Les ressources naturelles, la production d'oxygène, la productivité du sol, etc. sont les principaux déterminants de la santé et c'est donc de la « santé » de cet écosystème que dépend la santé de l'être vivant (Hancock 2011).

La Charte d'Ottawa et le Liban

Au Liban, suite aux nombreuses guerres qui ont eu lieu depuis 1975, pendant les années 80, 90 et 2000 et suite aux différents conflits internes et régionaux, la santé et la promotion de la santé ne sont pas une priorité, sachant que les conséquences des guerres et conflits font du Liban un terrain qui a besoin d'être cultivé et entretenu et que la population a urgemment besoin d'éducation en matière de promotion de la santé telle que définie dans la Charte d'Ottawa :

(...) la santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé (...).

La promotion de la santé en pratique

Il existe au Liban beaucoup d'ONG, d'associations, de particuliers et de dispensaires qui œuvrent et luttent pour promouvoir la santé : prévention des maladies, lutte contre la violence et l'abus chez l'enfant et la femme, prévention des accidents domestiques, alimentation saine, activité physique, dépistage de certains cancers, prévention des accidents de la route. Notons que la publicité, la presse, les campagnes d'informations ne sont pas en manque, mais ces messages sont-ils entendus, appliqués puis respectés ? Malgré les difficultés et grâce à l'ouverture du Liban aux autres et aux échanges culturels, économiques et sociaux, des actions, des accords, des protocoles sont signés dans le but d'améliorer la santé et la promotion de la santé. Citons comme exemple le protocole de coopération en santé signé en 2011 avec la France (<http://www.sante.gouv.fr>) ou l'investissement du Liban dans la qualité des soins primaires avec le Canada en 2009 (<http://www.accreditation.ca>). De plus, des lois sont enfin promulguées concernant la sécurité routière : le port de la ceinture de sécurité est devenu obligatoire, des radars ainsi que des caméras de surveillance et des panneaux de limitations de vitesse ont été installés.

Quelques exemples concrets

En 2011, la loi anti-tabac voit le jour au Liban. Cette loi est saluée par l'OMS avec qui le Liban avait signé en 2005 la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac. Parmi ses buts, la loi interdit toute forme de

tabagisme (cigarette, narguilé, cigare) dans les endroits publics clos ainsi que toute publicité et commandite. En 2000, la Tobacco Free Initiative, la première et la seule ONG s'occupant exclusivement de la lutte contre le tabac, est créée et gagne en 2008 le premier prix de lutte contre le tabac de l'OMS. En 2011, une campagne médiatique est organisée par l'association KAFA (« ça suffit » violence et exploitation <http://www.kafa.org.lb>) pour la levée des réserves sur l'article 16 de la Convention sur l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF). Cette campagne fait partie du projet « CEDEF », de la théorie à la pratique » financé par l'Union européenne au Liban, en Syrie et en Jordanie. Elle a pour buts de garantir l'égalité entre l'homme et la femme, de lutter contre toute forme de violence conjugale et d'abus, et de permettre à la femme libanaise de transmettre sa nationalité à ses enfants et à son époux étranger.

L'État et la société

Il est vrai que les lois tant attendues sont enfin promulguées mais puisque le suivi et la surveillance de l'application de ces lois n'existent quasiment pas, elles ne tardent pas à tomber dans l'oubli. Les questions qui se posent directement sont : à qui la faute ? et pourquoi ? La réponse nous ramène à l'urgence de l'éducation de la population en promotion de la santé et surtout sa priorité au niveau gouvernemental. La priorité va actuellement aux différents problèmes et conflits politiques, à la crise économique mondiale, faisant oublier le principal déterminant de la santé : l'Homme.

Conclusion

La promotion de la santé est reconnue comme une nécessité au bien-être de l'Homme, or son implantation dans le monde diffère d'un pays à l'autre, dépendant de la situation géographique, politique, économique, culturelle et religieuse. La promotion de la santé ne se limite pas au secteur de la santé, mais concerne toute la société : étudiants, enseignants, journalistes, politiciens, chercheurs, sociologues, etc. Il est donc nécessaire de l'introduire aux plus jeunes dans les écoles et qu'elle devienne un mode de vie. D'autres enjeux sont également déterminants pour le futur ; le réchauffement de la planète est aujourd'hui une réalité incontournable. La croissance de la population mondiale et sa consommation anarchique mettent en réel danger les ressources naturelles et causent d'irréversibles dégâts à l'environnement.

Références bibliographiques

- Catford, J. 2011. « Ottawa 1986 : Back to the future ». *Health Promotion International*, 26 Suppl 2:ii163-7.
- Hancock, T. 2011. « It's the environment, stupid ! Declining ecosystem health is THE threat to health in the 21st century ». *Health Promotion International*, 26 Suppl 2:ii168-72.
- Organisation mondiale de la Santé. 1986. Ottawa Charter for health promotion. WHO/HPR/HEP/95.1. *Health Promotion International* 1986; 1: iii-v.

Le point de vue de cinq grands acteurs de la promotion de la santé du Nord au Sud de la Francophonie

Lisandra Lannes

Mots clés :

Charte d'Ottawa, bilan, avenir

EN TANT QUE TEXTE FONDATEUR DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé a révolutionné la pratique de santé publique à travers l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Lors de cette entrevue, quatre acteurs francophones de la promotion de la santé se sont exprimés sur la portée de cette Charte en Afrique, en Europe et en Amérique, de son adoption en 1986 à aujourd'hui. David Houéto, président du Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS); Ginette Lafontaine, présidente de la Section des Amériques du RÉFIPS; Marie-Claude Lamarre, directrice exécutive de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES) et Alain Poirier, directeur national de santé publique du Québec et sous-ministre adjoint du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, ont accepté de partager leurs réflexions personnelles sur l'historique, le bilan et l'avenir de la Charte d'Ottawa. Quant aux propos de Michel O'Neill, consultant et formateur en promotion de la santé après avoir été durant 30 ans professeur à l'Université Laval, ils ont été extraits de deux sources distinctes avec son consentement¹.

Qu'avez-vous de particulier à dire sur l'historique de l'élaboration de la Charte d'Ottawa ?

Marie-Claude Lamarre et Michel O'Neill se souviennent très bien de l'avènement de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. « Ils étaient 150 participants à la 1^{ère} Conférence internationale pour la promotion de la santé. La plupart étaient originaires de pays occidentaux et invités par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), maître d'œuvre de l'événement. C'est un collègue médecin qui avait été délégué par l'Association québécoise de santé publique (aujourd'hui l'Association pour la santé publique du

¹ O'Neill, Michel. Sous presse. « La Charte d'Ottawa : une Charte pour les indignés ? » *25 ans d'histoire : les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones*, Montréal, Collection partage, Réseau francophone international pour la promotion de la santé, parution prévue août 2012. Dupuis, Pascale. 2011. « Ottawa : une génération de promotion de la santé ». *Éducation Santé*. 273 : 9-12.

Québec) », raconte Michel O'Neill, ce qui résume bien le contexte de l'époque. « Il n'y avait pas à proprement parler de domaine de la promotion de la santé », se remémore Marie-Claude Lamarre qui représentait l'Union internationale d'éducation pour la santé (UIES) (aujourd'hui l'UIPES), mais plutôt un groupe d'influence qui se réunissait régulièrement pour échanger des idées et des principes d'action sur une vision large de la santé et des facteurs qui la déterminent. « Au début, la promotion de la santé était davantage perçue comme une idéologie qu'un mouvement de pratique », ajoute-t-elle. Nombreux sont ceux qui ont vu en elle une sorte de « relooking » de l'éducation pour la santé, la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires (1978) ayant déjà proposé une vision élargie du concept d'éducation pour la santé. La définition de la promotion de la santé, inscrite dans la Charte d'Ottawa, reposait pourtant sur un changement de conception radicale de la santé, tant sur le plan social que politique. La confusion entre l'éducation pour la santé et la promotion de la santé a d'ailleurs longtemps perduré et suscité de nombreuses polémiques.

Quel bilan faites-vous de la Charte d'Ottawa, 25 ans après son adoption ?

La majeure partie des acteurs de santé publique s'entend sur le fait que la Charte d'Ottawa a révolutionné la pratique de santé publique à travers l'action sur les déterminants sociaux de la santé. « Son plus grand mérite est d'avoir favorisé un changement de pensée, une prise de conscience et une intégration des facteurs déterminants de la santé et de la qualité de vie, en positionnant la santé dans la vie, comme un projet de société ! », remarque Marie-Claude Lamarre. Selon elle, la Charte d'Ottawa a définitivement placé la santé dans le champ de la sociologie en expliquant précisément comment les différentes formes d'organisations sociales peuvent favoriser le développement et le bien-être des personnes ou, au contraire, engendrer des inégalités, de l'exclusion, des manques, etc.

« Il n'y a pas de doute sur le fait que si l'on veut s'accrocher à des interventions de santé qui donnent des résultats et qui durent dans le temps, la piste la plus plausible reste la promotion de la santé. », soutient David Houéto. L'utilité de la Charte d'Ottawa n'est plus à démontrer et constitue une source d'inspiration profonde dans son travail quotidien. Elle est devenue « la piste la plus praticable pour mener le développement de la santé de l'individu et de la communauté » et oriente chacune de ses interventions de promotion de la santé. Ginette Lafontaine ajoute que la grande contribution de la Charte d'Ottawa a été son appel à utiliser diverses stratégies d'action lors de la planification de programmes de santé publique. « Elle a certes amélioré l'effet de nos actions et nous a amenés à diversifier

nos pratiques, dans des champs nouveaux pour nous. C'est encore un défi aujourd'hui ! »

Une Charte en constante évolution

La Charte d'Ottawa s'inscrit dans une histoire de santé publique et des circonstances politiques propices à son adoption. Elle est « l'aboutissement d'une réflexion de son temps dans le contexte d'une époque mais ses principes, alimentés par d'autres réflexions, au cours des 26 dernières années, sont encore aujourd'hui incontestables. », conclut Marie-Claude Lamarre. En revanche, pour Michel O'Neill, « ses valeurs ne sont plus celles qui dominent les sociétés modernes » et « la solidarité, dans la mouvance de laquelle est née la Charte, a laissé place à l'individualisme. » La Charte d'Ottawa ne peut atteindre son plein potentiel que si les valeurs de solidarité et de justice sociale se trouvent à nouveau réunies dans un même espace temps. Alain Poirier estime, quant à lui, que la Charte d'Ottawa va continuer à évoluer avec la société. Il mise sur l'importance de développer la « culture santé » ainsi qu'une meilleure compréhension de la prévention par les citoyens, au-delà de l'attention accordée à l'amélioration des services de santé et à l'acquisition des aptitudes individuelles (responsabilisation). En s'appropriant la prévention, les citoyens pourront devenir socialement engagés et ainsi exercer leur pouvoir d'influence en multipliant les actions de plaidoyer pour la santé auprès des élus. Ces derniers n'auront alors pas d'autres choix que de concevoir des politiques publiques mettant en place les mesures nécessaires à la création d'environnements favorables à la santé, en réponse aux revendications des citoyens.

Oui, mais...

Plusieurs exemples d'application concrète de la Charte d'Ottawa existent à travers le monde. Dans le cas de la prévention et du contrôle du paludisme, David Houéto explique qu'un travail sur la résolution des problèmes de pauvreté, d'habitat, d'environnement, etc., a donné d'excellents résultats au Bénin. La Charte d'Ottawa reste cependant encore bien peu connue de la plupart des acteurs de santé en Afrique subsaharienne et il constate avec regret que « parfois, les définitions données à la promotion de la santé dénaturent même les fondements de cette Charte ». Beaucoup d'efforts restent encore à déployer pour faire émerger le concept de promotion de la santé et favoriser son intégration dans la région.

Par ailleurs, l'adoption de la Charte d'Ottawa a engendré quelques changements positifs sur le plan organisationnel. Des organismes, des directions, des politiques et des programmes spécialisés en promotion de la santé ont été mis sur pied dans différents pays. En 1991, le RÉFIPS a été fondé dans le

but d’instaurer un espace de dialogue francophone inter continents sur la promotion de la santé. Il reste aujourd’hui le seul organisme francophone international à intervenir dans le domaine de la promotion de la santé. Quelques années plus tard, l’UIES devient l’Union internationale de promotion de la santé et d’éducation pour la santé en intégrant dans son titre d’organisme la « promotion de la santé » en 1993. Ces deux organismes partenaires de la promotion de la santé ont dès lors travaillé à la mise en œuvre des stratégies de la Charte d’Ottawa en réaffirmant sans cesse leur engagement envers ses valeurs et principes.

Du côté des politiques publiques favorables à la santé, certains gouvernements ont décidé de mettre en œuvre des mesures spécifiques et d’investir plus de ressources pour encourager l’essor de la promotion de la santé. Par exemple, l’article 54 de la Loi sur la santé publique du Québec oblige les différents ministères à consulter le ministre de la Santé – conseiller du gouvernement sur toute question de santé – lors de l’élaboration de mesures prévues par les lois et règlements et susceptibles d’avoir un impact significatif sur la santé de la population, à travers l’évaluation d’impact sur la santé. L’intégration de la santé dans toutes les politiques, interpellant tous les secteurs gouvernementaux et leurs partenaires pour faire en sorte que la santé devienne une préoccupation des politiques publiques, est désormais appliquée dans plusieurs pays.

De plus en plus de gouvernements ou ministères de la santé adoptent des politiques ou plans structurants pour la promotion de la santé. « Par exemple, le Ministère de la santé publique et de la population d’Haïti a créé une Direction de promotion de la santé et de protection de l’environnement et adopté une Politique nationale de promotion de la santé. D’autres pays ont ratifié des plans d’action gouvernementaux ou interministériels sur des déterminants spécifiques, comme la lutte contre la pauvreté ou les saines habitudes de vie », relève Ginette Lafontaine.

En dépit de ces changements organisationnels de plus en plus présents, les ressources financières et matérielles investies en promotion de la santé demeurent toutefois insuffisantes pour qu’elle atteigne son plein potentiel.

Comment voyez-vous l’utilisation de la Charte d’Ottawa à l’avenir ?

Alain Poirier souligne l’importance de se doter de chartes et de déclarations en promotion de la santé, reconnues à l’échelle internationale. Ces documents fondateurs permettent en effet de donner un dénominateur commun aux fondements de la promotion de la santé et d’y adhérer. Le fait de

pouvoir revenir et se référer à ses grands principes, comme on relirait les moments clés d'un bon roman, permet de redécouvrir et de garder la Charte d'Ottawa vivante. Ceci dit, Marie-Claude Lamarre est d'avis que ce ne sont ni les chartes, ni les déclarations qui réalisent l'action et les changements qui peuvent en découler. En effet, « ce n'est malheureusement pas parce que l'on a signé la Déclaration universelle des droits de l'homme en 1948 que ces droits sont respectés 60 ans plus tard ! » Ces instruments juridiques internationaux constituent tout de même « une aspiration, un cadre de droits, de référence et d'action » bien qu'ils n'aient aucun pouvoir juridique contraignant en l'absence de volonté politique. Dans la même veine, Michel O'Neill relève que le Canada n'est plus un pays modèle en promotion de la santé, bien qu'il ait été l'hôte de la 1^{ère} Conférence internationale sur la promotion de la santé et qu'il ait ratifié la Charte d'Ottawa.

Réconcilier le discours et l'action

L'adoption de la Charte d'Ottawa a marqué un premier pas en avant mais la promotion de la santé a ensuite dû se forger une légitimité et une reconnaissance auprès des acteurs de la santé publique, des gouvernements et autres instances concernées. Alain Poirier s'interroge sur le vocabulaire utilisé dans la Charte d'Ottawa : « comment les étudiants de santé publique peuvent s'approprier les concepts de promotion de la santé et de déterminants sociaux de la santé ? De quelle façon un état totalitaire est susceptible d'interpréter la paix, la justice sociale et l'équité requises dans les conditions préalables à la santé ? » Les stratégies de promotion de la santé, énoncées dans la Charte d'Ottawa, ne sont pas toutes considérées comme appartenant au champ de la santé publique. « Alors que les séances d'éducation en milieu scolaire sur les dangers du tabagisme étaient demandées, tous ne voyaient pas d'un bon œil que les acteurs de santé publique influencent les gouvernements pour modifier les lois en matière de tabagisme. », se remémore Ginette Lafontaine. Au-delà du discours, la légitimation de la promotion de la santé en tant que champ d'action à part entière continue de faire l'objet de nombreux débats. « Plus que la Charte elle-même, c'est l'accroissement du recours systématique à la promotion de la santé et de la reconnaissance du rôle de la promotion de la santé comme une des réponses de la santé publique aux défis posés par nos sociétés qui me semblent essentiels », affirme Marie-Claude Lamarre.

Selon David Houéto, la Charte d'Ottawa devient un outil indispensable pour assurer le développement de la santé dans tous les domaines de la vie ; son utilisation devrait donc être renforcée à tous les niveaux. L'action sur les déterminants sociaux de la santé implique nécessairement un travail en étroite collaboration avec les autres secteurs sachant que les causes profondes

de la santé/maladie se situent pour la plupart en dehors du secteur de la santé. La promotion de la santé se révèle la stratégie la plus prometteuse, en termes de résultats à long terme, et peut grandement contribuer au développement de l'Afrique subsaharienne.

Promotion, formation et plaidoyer

« La promotion de la Charte d'Ottawa devrait être une de nos priorités, surtout au RÉFIPS, afin de renforcer son utilisation. », argumente David Houéto. En Afrique subsaharienne, il existe déjà des lieux de diffusion et de formation telles l'Université de Dakar en promotion de la santé et la Formation régionale africaine en promotion de la santé (FOPROSA). Ceci dit, la promotion de la Charte d'Ottawa implique non seulement de former des professionnels dans le domaine de la promotion de la santé, mais également d'offrir des formations diplômantes. « Les professionnels de la santé sont peu formés à faire des plaidoyers, à influencer les politiques et les décisions, à mobiliser et à accompagner les communautés dans leur prise en charge de leur santé, à faire des activités de communication efficaces et à travailler avec les autres secteurs de la société. C'est tout un nouveau champ de compétences qu'on doit développer. Il faut que ceci devienne une préoccupation importante des structures de santé publique et des milieux universitaires. », ajoute Ginette Lafontaine.

En outre, la promotion de la Charte d'Ottawa passe indéniablement par l'organisation d'activités de plaidoyer auprès des gouvernements, plus particulièrement auprès des décideurs des ministères de la Santé et autres instances concernées, afin d'inscrire la promotion de la santé comme priorité à l'ordre du jour et de concevoir des politiques et des programmes cohérents. « Le ministre de la Santé possède des leviers importants pour encourager la collaboration intersectorielle et favoriser ainsi la création d'environnements favorables à la santé. », insiste Alain Poirier. Dans le contexte de l'Afrique subsaharienne, le plaidoyer en promotion de la santé doit aussi impérativement se faire auprès des représentations de l'OMS à l'échelle du pays, cette organisation internationale ayant une grande influence en matière de santé dans la région. David Houéto mentionne que « certains n'hésitent d'ailleurs pas à taxer l'OMS de ministère de la Santé. »

Des fenêtres d'opportunités à saisir

« Les maladies non transmissibles, inscrites à l'ordre du jour mondial, offrent à la promotion de la santé une fenêtre d'opportunités. », note Marie-Claude Lamarre. Ces maladies sont la résultante d'un ensemble de déterminants sociaux de la santé, de facteurs de risque, de causes et de causes des causes survenant dans des contextes sociaux variés et complexes. Elles présentent

des caractéristiques communes que la promotion de la santé a depuis longtemps identifiées et a essayé d'aborder avec peu de ressources et de soutien de la part des gouvernements et des organisations internationales. Dans une activité de plaidoyer intitulée « Un appel à l'action pour prévenir les maladies non transmissibles à partir des approches de promotion de la santé », l'UIPES et le RÉFIPS ont livré un message clé sur la prise en charge des maladies chroniques en prévision du Sommet des Nations Unies sur les maladies non transmissibles (New York, septembre 2001).

Le rapport final « Comblent le fossé en une génération » de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (2008) marque un tournant majeur dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. Il encourage la mobilisation internationale et propose des stratégies pour atteindre l'équité en santé. Ce rapport offre un terreau favorable pour l'essor de la promotion de la santé en s'attaquant aux déterminants structurels de la santé dans le respect des droits humains fondamentaux. « C'est un sujet de plus en plus présent dans tous les événements de santé publique, et même du réseau de la santé. C'est une bonne nouvelle et nous avons une responsabilité à cet égard : mieux faire connaître l'impact des inégalités sociales de santé et ce qu'on peut faire pour les diminuer et, tout au moins, ne pas contribuer à les augmenter. », mentionne Ginette Lafontaine.

Nouveaux enjeux, nouveaux défis

L'apparition d'Internet, les bouleversements climatiques, les changements géopolitiques et le phénomène de la mondialisation sont loin d'avoir été envisagés en 1986. « Sommes-nous prêts à répondre à de nouvelles tendances comme la commercialisation, la privatisation, l'individualisation de la santé et l'industrie du bien-être prête à vendre tout et n'importe quoi ? Comment défendre les principes de qualité et d'équité afin de préserver notre santé ? », se questionne Marie-Claude Lamarre. Dans ce contexte, elle considère que la littératie en santé devrait devenir une priorité de santé publique afin que les populations puissent comprendre toute information relative à la santé, exercer leurs droits et faire des choix éclairés. Il est de notre ressort « de continuer à protéger les populations de tout ce qui peut nuire à leur santé en termes d'information, de produits et de services dans un monde de consommation encore fort peu régulé. »

Enfin, Alain Poirier nous invite à méditer sur ces quelques notes « Quelconque déclaration ou prise de position officielle en faveur des actions publiques de nos sociétés pour améliorer la santé, méritera constamment d'être rappelée à nos décideurs. Autrement, le combat face aux légitimes pressions en faveur des soins est et restera inégal. Nous devons 100 fois revenir sur le métier ! »

La Charte d'Ottawa : une charte pour les *indignés* ?¹

Michel O'Neill²

Mot clés :

Charte d'Ottawa, analyse socio-historique, mouvement des indignés

Et si je m'étais trompé ?

Comme bien d'autres qui habitent depuis longtemps la maison de la promotion de la santé, j'ai été fréquemment invité, en ce 25^e anniversaire de la proclamation de ce document emblématique de la « nouvelle » santé publique qu'est la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS, SBESC et ACSP, 1986), à proposer mon analyse de sa pertinence en 2011. J'ai participé dans ce contexte à 4 conférences d'envergure internationale (Kickbusch, McQueen, O'Neill et Rootman 2011 ; O'Neill et Hyndman 2011), pancanadienne (Hancock, O'Neill et Potvin 2011) ou régionale (O'Neill, 2011a) ; j'ai donné des entrevues (Dupuis 2011), écrit un texte (O'Neill sous presse) et enregistré une vidéo (O'Neill 2011b) ; et finalement, j'ai été approché pour participer à un numéro spécial d'une revue internationale sur le sujet, invitation déclinée pour des raisons que j'évoquerai plus bas.

La Charte d'Ottawa, dépassée...

Il faut avouer que c'est un sujet qui passionne le sociologue que je suis. J'ai longtemps plaidé, notamment au moment de son 10^e (O'Neill 1997), puis de son 20^e anniversaire (O'Neill, Dupéré et al. 2007), que ce document demeurerait toujours pertinent malgré le temps qui passait et la menace qu'a fait passagèrement planer sur lui la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation (O'Neill 2005 ; Van Steenberghe et O'Neill 2007). Toutefois, cette fois-ci, c'est un point de vue assez différent que j'ai défendu. Dans la lignée de l'analyse critique du champ, fondée sur une perspective d'économie politique, que mes

¹ Une version légèrement différente de ce texte a été acceptée pour publication en français, anglais et espagnol et paraîtra en 2012 comme éditorial dans la revue *Global Health Promotion*. Je remercie la professeure Sophie Dupéré, de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, pour ses commentaires sur une version préliminaire de ce texte qui n'engage toutefois que ma seule responsabilité.

² Consultant et formateur en promotion de la santé. Professeur associé, Faculté des Sciences infirmières, Université Laval, Québec. Expert sénior, TRAASS international, Genève, Bienne et Québec.

collègues de l'ouvrage *Health Promotion in Canada* et moi avons adoptée dans sa 1^{ère} (Pederson, O'Neill et Rootman, 1994) et sa 2^e édition (O'Neill, Dupéré, Pederson et Rootman 2006), et que nous poursuivons toujours dans sa 3^e (O'Neill, Pederson, Dupéré et Rootman, sous presse), il me semble bien que cette fois-ci, il nous faut admettre que la Charte ne reflète plus l'état des consensus sociaux de cette seconde décennie du 21^e siècle, tant sur les scènes québécoise et canadienne qu'au plan international.

Le point de vue que j'ai défendu durant toute l'année 2011 est le suivant. La Charte me semble le produit d'une époque historique bien particulière, celle de la période des « Trente glorieuses » où partout à travers la planète, entre le milieu des années 1940 et le milieu des années 1970, dans la foulée de la prospérité économique de l'après Deuxième Guerre mondiale, les populations ont voté pour des gouvernements solidaires qui ont mis en place des États-providence fortement interventionnistes. Or, dès les chocs pétroliers des années 1970 et les profonds bouleversements économiques qu'ils ont suscités à l'échelle planétaire, ces États-providence et les valeurs qui les fondaient ont sérieusement commencé à être mis à mal. Des gouvernements de moins en moins solidaires, comme ceux de Thatcher au Royaume-Uni en 1979 et de Reagan aux États-Unis en 1981, ont été élus à partir de la fin des années 1970. Des politiques économiques de plus en plus à droite ont commencé à être mises de l'avant presque partout durant les années 1980 et surtout 1990 (et ce, même par des gouvernements de partis socio-démocrates ou de gauche), après l'effondrement du communisme et l'avènement du « Nouvel ordre mondial » avec son capitalisme planétaire de plus en plus financiarisé et triomphaliste. La proclamation de la Charte, avec sa base de valeurs humanistes et solidaires, arrivait donc en 1986 à la fin d'une époque dont elle reflétait bien la nature mais au début d'une autre qui s'en est significativement éloignée.

Deux gestes pour forcer la réflexion

Résultat net de ces changements macro-sociaux : un contexte économique globalisé où l'on est à la merci de la cupidité érigée en système mondial, où les États ont été sérieusement fragilisés dans leur capacité à maintenir des politiques solidaires (Lapaige 2010 ; Labonté, sous presse ; Raphael, sous presse), et dont les soubresauts peuvent entraîner comme durant la crise de 2008 et celle qui affecte fortement l'Europe fin 2011 des conséquences planétaires dramatiques. Une époque où même si elle a encore une très forte valeur symbolique, la Charte ne correspond plus du tout aux valeurs qui mènent le monde. D'où deux gestes que j'ai posés plus tôt cette année pour tenter d'ouvrir les yeux des praticiens de la promotion

de la santé à cette réalité, que la majorité semble ne pas voir ou ne pas admettre en demeurant nostalgiquement ou même naïvement dans ses valeurs du passé. Je souligne en passant que les valeurs de solidarité de la Charte sont les miennes mais mon sentiment est que nous ne sommes plus qu'une minorité à y croire !

Premier geste : lors d'un congrès pancanadien, devant plusieurs centaines de personnes et dans un geste volontairement iconoclaste, j'ai déchiré en petits morceaux une copie de la Charte devant un auditoire éberlué dont bien des personnes ont trouvé que c'était presque un sacrilège (Tommbonde et Kirke 2011). Pour continuer à susciter la réflexion, j'ai recyclé les morceaux de ces « reliques de Charte » lors d'une autre conférence, notamment dans une murale (voir photo 1) et comme artefact, distribué à près de 200 personnes, à mettre dans son portefeuille pour qu'il ne cesse de nous titiller et de nous provoquer.

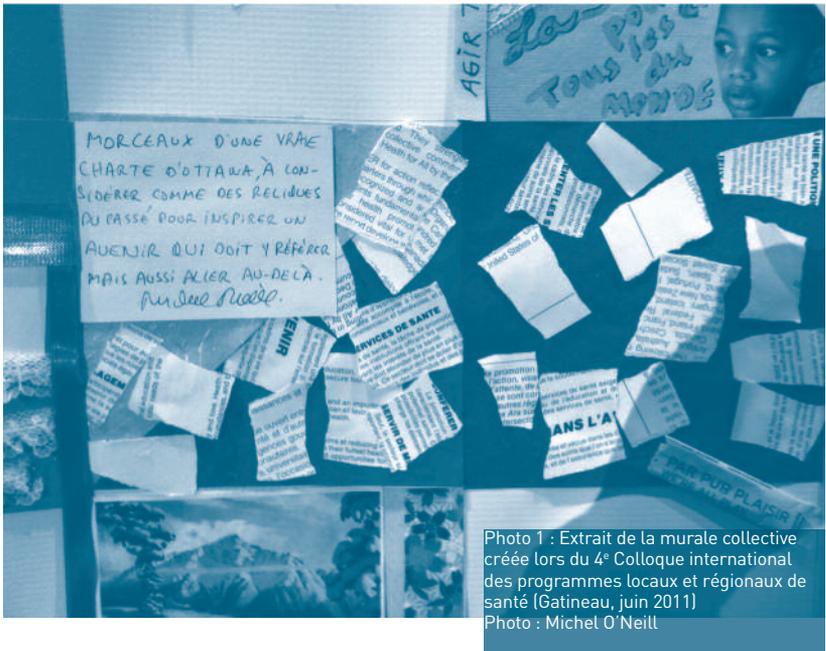


Photo 1 : Extrait de la murale collective créée lors du 4^e Colloque international des programmes locaux et régionaux de santé (Gatineau, juin 2011)
Photo : Michel O'Neill

Second geste : j'ai refusé l'invitation que l'on m'avait faite de participer à un numéro spécial d'une revue internationale (de Leeuw 2011) où l'on approchait un même ensemble de personnes pour réfléchir au 25^e anniversaire de la Charte selon la même structure que bien des travaux faits autour du 20^e anniversaire. Il me semblait là encore qu'on baignait dans la nostalgie passée et qu'en y participant, j'aurais l'air d'un « rocker

gériatrique » qui vient rejouer encore et toujours le même morceau. Alors qu'il y a plein de jeunes groupes émergents et talentueux, qu'on ne sollicite jamais, et qu'il y aurait d'autres manières plus contemporaines qu'une analyse académique de faire un état des lieux après 25 ans.

Les indignés entrent en scène

Ces groupes émergents sont entrés en scène d'eux-mêmes : printemps arabe ; révoltes des *indignados* en Europe, inspirées notamment par les ouvrages de Hessel (2011a ; 2011b), face aux mesures drastiques prises par les gouvernements pour encore une fois sauver le système bancaire dans le contexte de la crise de l'euro ; mouvement *Occupy Wall Street* (2011) et ses centaines de répliques (1782 villes selon *Occupy Together* 2011 ; 2431 communautés selon *Meetups* 2011) dont celle de ma ville, Québec, où je me suis impliqué depuis le début (*Occupy Quebec* 2011 ; *Occupons Québec* 2011).

Ils me forcent à questionner ma position. En effet, l'ampleur de ces mouvements, leurs interconnexions planétaires sur Internet et les valeurs solidaires qu'ils prônent, tant sur le plan du contenu que des processus, viennent contredire de plein fouet l'argument que j'ai développé durant toute l'année. Et si ces mouvements, desquels bien malin serait celui ou celle qui prétend aujourd'hui en prédire l'issue, ne faisaient qu'indiquer la nécessité, prônée partout sur la planète par des millions de personnes ayant un raz le bol collectif, de revenir à l'ensemble de valeurs dont la Charte d'Ottawa se faisait la championne ? Et si, somme toute, la Charte d'Ottawa était celle des *indignés* ?

Et si je m'étais trompé ?

Références bibliographiques

De Leeuw, E. 2011. « The Boulder in the Stream ». *Health Promotion International*, 26(S2): 157-160.

Dupuis, P. 2011. « Ottawa : une génération de promotion de la santé ». *Éducation Santé*, 273 : 9-12. [En ligne] <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1432>

Hancock, T., O'Neill, M. et Potvin L. 2011. « La Charte d'Ottawa, où en sommes-nous après 25 ans ? ». *10^e conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique*, Montréal, 21 juin 2011.

Hessel, S. 2011a. *Indignez-vous*. Montpellier : Indigène Éditions.

Hessel, S. 2011b. *Engagez-vous*. Montpellier : Éditions de l'Aube.

Kickbusch, I., McQueen, D., O'Neill, M. et Rootman, I. 2011. « The Ottawa Charter for Health Promotion : Where do we stand after 25 years ». *4^e Colloque international des programmes locaux et régionaux de santé*, Ottawa, 29 juin 2011.

Labonté, R. Sous presse. *Promoting Health in a Globalized World : The Biggest Challenge of all ?* in Rootman, I., Dupéré, S., Pederson, A., O'Neill, M. (dirs.). *Health Promotion in Canada : lessons from practice* (3rd ed.), Toronto, CSPI, parution prévue printemps 2012.

Lapaige, V. 2010. *La santé publique globalisée*. Québec, PUL.

Meetups. 2011.

http://www.meetup.com/occupytogether/?see_all=1 (consulté le 27 octobre 2011).

Occupy Quebec. 2011.

<http://www.facebook.com/groups/occupyquebec/> (consulté le 27 octobre 2011).

Occupons Québec. 2011.

<http://occuponsquebec.org/> (consulté le 27 octobre 2011).

Occupy Together. 2011.

<http://www.occupytogether.org/> (consulté le 27 octobre 2011).

Occupy Wallstreet. 2011.

<http://occupywallst.org/> (consulté le 27 octobre 2011).

OMS, SBESC et ACSP. 1986. *La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa : Organisation mondiale de la Santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique.

O'Neill, M. 1997. « Promouvoir la santé au Canada au 21^e siècle. Quel Canada ? Quelle santé ? Quelle promotion ? » in Bhatti, T. et Hamilton, N. (dirs.) *La Charte d'Ottawa 10 ans après*, Ottawa, Santé Canada, Annexe 1 : 1-17.

O'Neill, M. 2005. « La Charte de Bangkok aura-t-elle autant d'impact que celle d'Ottawa ? ». *Reviews of Health Promotion and Education Online*. <http://www.rhpeo.net/reviews/2005/2/index.htm> (consulté le 21 octobre 2011).

O'Neill, M. 2011a. « 25 ans après, doit-on enterrer la Charte d'Ottawa ? ». *L'état de la promotion de la santé sur les scènes internationale, canadienne et québécoise*, DSP, ARSSS Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Gaspé, 9 septembre 2011.

O'Neill, M. 2011b. « La Charte d'Ottawa, encore d'actualité 25 ans plus tard ? » in Bureau de soutien à la communication publique, *L'Espace Communication en santé publique*. http://www.espacecom.qc.ca/s-inspiner/lectures-rencontres/Rencontre__Michel_O_Neill_expert_promo_sante.aspx (consulté le 21 octobre 2011).

O'Neill, M. Sous presse. « 25 years after... » ; *Ontario Health Promotion E-Bulletin*. [En ligne] <http://www.ohpe.ca/>

O'Neill, M., Dupéré, S., Pederson, A. et Rootman, I. (dirs.). 2006. *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec : Presses de l'Université Laval.

O'Neill, M., Dupéré, S. et al. 2007.

« The "Montreal Message" : the Ottawa Charter for Health Promotion is still useful for today's public health practice ? ». *Promotion & Education*, 13 (supp.2) : 31-32.

O'Neill, M., Hyndman, B. 2011. « Trouble in the homeland of the Ottawa Charter ? The professionalization of health promotion in Canada » in Pavelkovic, G., Pluemer, K. et al. (dirs.) *Twenty years of capacity building : Evolution of Salutogenic Training, the ETC « Healthy Learning » Process* ; Zagreb ; ETC-PHHP and Andrija Stampar School of Public Health, School of Medicine, University of Zagreb : 135-139.

O'Neill, M., Pederson, A., Dupéré, S. Rootman, I. Sous presse. « 25 years of developing the roots of health promotion in Canada : striking a balance » in Rootman, I., Dupéré, S., Pederson, A., O'Neill, M. (dirs.) *Health Promotion in Canada : lessons from practice* (3rd ed.), Toronto, CSPI, parution prévue printemps 2012.

Pederson, A., O'Neill, M., Rootman, I. (eds). 1994. *Health Promotion in Canada : provincial, national and international perspectives*. Toronto : W.B. Saunders.

Raphael, D. Sous presse. « Implications of Inequities in Health for Health Promotion » in Rootman, I., Dupéré, S., Pederson, A., O'Neill, M. (dirs.) *Health Promotion in Canada : lessons from practice* (3rd ed.), Toronto, CSPI, parution prévue printemps 2012.

Tomm-Bonde, L. et Kirk, M. 2011.

« The Ottawa Charter : a fleeting love affair ? CPHA conference perspective, Canada. » *Health Promotion Connection/Conexiones para la Promoción de la Salud/Connexion pour la Promotion de la Santé*. [En ligne] <http://isecn.org/?p=1158> (consulté le 10 décembre 2011).

Van Steenberghe, E. et O'Neill, M. 2007. « Les initiatives du Réseau francophone international pour la promotion de la santé à propos de la Charte de Bangkok en regard du débat international francophone sur le sujet ». *Reviews of Health Promotion and Education Online*. [En ligne] <http://www.rhpeo.net/reviews/2007/6/index.htm> (consulté le 21 octobre 2011).

Promotion de la santé en Belgique : un point de vue sur l'influence de la Charte d'Ottawa au niveau local

Philippe Mouyart

Mots clés :

approche locale, évaluation participative, cadre législatif

LES RÉFLEXIONS QUI SUIVENT SONT BASÉES SUR UNE EXPÉRIENCE DE TERRAIN EN PROMOTION DE LA SANTÉ.

8 années passées dans le cadre d'une association en lien avec une Mutualité et 7 autres années au sein du Centre Local de Promotion de la Santé (CLPS) de Charleroi-Thuin¹. Mes missions au sein de la Mutualité ont été de mettre en place des actions locales de santé. Au CLPS, mon travail a évolué vers le soutien aux initiatives territoriales de promotion de la santé. Ces différentes expériences professionnelles m'ont permis d'être en contact avec la concrétisation des concepts et stratégies de promotion de la santé dans le cadre des pratiques de terrain.

La Charte d'Ottawa a-t-elle influencé la pratique de la santé publique au cours des 25 dernières années ?

De manière générale, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé a permis aux acteurs de promotion de la santé (responsables institutionnels, travailleurs du secteur associatif, chargés de projets dans le secteur public, mandataires politiques, etc.) de bénéficier d'un cadre de référence, d'un document fédérateur pour construire leurs interventions. Hormis cette influence essentielle de la Charte d'Ottawa, celle-ci marque également une évolution dans la manière de percevoir les questions de santé. D'une part,

¹ Les CLPS sont des associations sans but lucratif subventionnées par la Fédération Wallonie-Bruxelles, dans le cadre du décret du 14 juillet 1997 organisant la promotion de la santé. Leurs missions selon les termes du décret sont : d'élaborer un programme d'actions coordonnées respectant les directives du programme quinquennal ; de coordonner l'exécution de ce programme d'action au niveau des organismes ou personnes qui assurent le relais avec la population ou les publics cibles ; d'apporter une aide méthodologique aux organismes et personnes qui développent des actions de terrain dans le domaine de la promotion de la santé et de la médecine préventive, de mettre à leur disposition les ressources disponibles en matière de promotion de la santé et de prévention (documentation, formation, outils, expertises) ; d'initier au niveau de leur ressort territorial des dynamiques qui encouragent le développement de partenariats, l'intersectorialité et la participation communautaire (...). Ces missions se déclinent concrètement au travers des services suivants : mise en réseau d'acteurs via le partenariat et la concertation, soutien méthodologique et logistique pour la mise en place de projets, diffusion et relais de l'information, mise à disposition de ressources documentaires, organisation de formations, etc.

c'est une vision positive qui est envisagée, considérant la santé comme une ressource pour les personnes plutôt qu'une fin en soi. D'autre part, la santé devient l'affaire de tous, y compris – voire même et surtout – celle des citoyens, et pas uniquement une préoccupation des spécialistes, qu'ils soient professionnels de la santé (médecins par exemple) mais également d'autres secteurs comme le logement, l'urbanisme, l'éducation, etc.

Au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles, la Charte d'Ottawa a, dans un premier temps, influencé le législateur belge qui s'en est inspiré dans la définition du cadre de la promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles (*Décret portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française* du 14 juillet 1997) ainsi que dans la rédaction des programmes quinquennaux de promotion de la santé qui ont pour objet de définir les lignes de forces de la politique de promotion de la santé et de la médecine préventive envisagée dans ses aspects collectifs (Ministère de la Communauté française, Direction Générale de la Santé, Bruxelles, 1998 ; 2004). Ce changement de législation a été le déclencheur principal de l'évolution des pratiques vers la promotion de la santé.

Cette législation a ensuite eu un impact déterminant sur les pratiques des acteurs locaux, quels que soient leurs secteurs d'activités, qui attribuent cette évolution essentiellement à deux facteurs :

- Des changements législatifs qui modifient le cadre de travail comme par exemple l'obligation de plus en plus fréquente, dans le cadre d'appels à projets, de développer des démarches participatives ;
- Des services proposés au niveau local (accompagnement méthodologique, formations, concertations, etc.) qui invitent à se remettre en question, qui permettent d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences, et qui facilitent la découverte d'autres pratiques professionnelles.

Lors d'un récent travail d'évaluation sur la manière dont les intervenants avec lesquels le CLPS travaille se sont approprié les stratégies de promotion de la santé², les constats suivants ont été plus particulièrement relevés :

En ce qui concerne les *démarches participatives*, l'intention est de plus en plus présente mais le passage à la pratique reste difficile. Les freins exprimés sont surtout liés aux difficultés de changer les habitudes de travail

² Réalisations de 3 groupes focalisés entre avril et mai 2010, regroupant au total 21 acteurs issus de secteurs différents : service d'aide à domicile, communes (programme subventionné « Plans de Cohésion Sociale », plate forme santé locale, ...), Centre culturel, services promotion santé à l'école, services sociaux, mouvement de jeunesse, Aide en Milieu Ouvert, éducateurs de rue, etc.

et à la méconnaissance d'outils permettant de susciter la participation citoyenne. Les acteurs locaux expriment toutefois que leurs actions sont de plus en plus construites avec la participation des publics cibles.

- *On fait un maximum pour impliquer les jeunes et pour en faire des Citoyens Responsables Acteurs Critiques et Solidaires ;*
- *Si c'est un groupe déjà constitué, il y a émulation et des souhaits sont formulés ;*
- *L'ambiance est différente si la demande vient du professeur ou des élèves ;*
- *En animation, les jeunes sont impliqués directement et on parle de bien-être au lieu de santé.*

En ce qui concerne le **travail en partenariat**, c'est une pratique professionnelle de plus en plus courante, exprimée comme un besoin de la part des professionnels pour pouvoir mener à bien leurs actions. Ce besoin de pouvoir se rencontrer dans des réseaux, des plates-formes, etc. est malgré tout contrebalancé par la difficile gestion du temps et des missions de chacun.

- *Le réseau est un soutien, une force ;*
- *Les équipes curatives connaissent peu les autres acteurs de la santé ou de la promotion de la santé. Une Maison de la Santé qui aurait un rôle de coordination sociale et de santé devrait être obligatoire au niveau communal et jouer un rôle de rassembleur ;*
- *Le réseau répond à un besoin car il facilite la communication et encourage les collaborations ;*
- *On reste dans son secteur, c'est difficile de « transversaliser ». Il y a une logique d'hyperspécialisation de son domaine. Or, aujourd'hui un problème est « multi-raisons » ;*
- *Il y a une nécessité de réseau, de partenariat. Or, ce temps de concertation et de mise en réseau n'est pas prévu dans le temps de travail.*

En ce qui concerne l'**évaluation** des actions, on note que c'est une démarche utilisée de plus en plus systématiquement par les professionnels. Ils expriment toutefois le souhait de découvrir des outils d'évaluation permettant d'évaluer l'impact de leurs actions, et pas uniquement les processus utilisés.

- *Ce qui est important dans les évaluations, c'est d'en tenir compte par la suite, ce qui n'est pas toujours évident ;*
- *Tout dépend du moment où on fait l'évaluation (1 mois, 6 mois ou 12 mois après l'événement). Il faudrait systématiser une évaluation à plus ou moins long terme.*

Par contre, il existe également des freins à l'évolution des pratiques. Les plus fréquemment évoqués sont le manque de temps, le manque de ressources humaines au sein des institutions et la méconnaissance des partenaires potentiels.

Quelle pratique de promotion de la santé basée sur la Charte d'Ottawa, dans le futur ? À quels enjeux pourraient faire face les utilisateurs de la Charte d'Ottawa dans les dix prochaines années ?

Il est tout d'abord encourageant de constater que les pratiques évoluent et que les acteurs locaux s'approprient progressivement les stratégies de promotion de la santé définies par la Charte d'Ottawa. 25 ans de passé... une génération pour arriver à ce résultat.

Toutefois, il reste encore du chemin à parcourir pour une meilleure intégration de ces stratégies dans les pratiques quotidiennes des professionnels et surtout dans l'adaptation du fonctionnement des institutions. Dans ce contexte, les enjeux principaux rencontrés par notre service peuvent s'exprimer à travers quatre mots : plaidoyer, contextualisation, accompagnement et formations.

- **Plaidoyer** parce qu'il est pertinent de maintenir le travail d'argumentation sur le bien fondé et la plus value de la mise en œuvre des stratégies de la Charte d'Ottawa, particulièrement auprès des décideurs politiques, mais aussi auprès des secteurs d'activités qui sont en lien avec les déterminants de la santé (logement, urbanisme, emploi, environnement, etc.).
- **Contextualisation** pour amener les acteurs locaux à intégrer à leur cadre de travail les nouveaux concepts et l'évolution des priorités de travail, comme la prise en compte de la lutte contre les inégalités sociales de santé, l'impact au quotidien des crises vécues par notre société (crise financière, tendance au remplacement d'un principe de solidarité collective par un principe de concurrence entre les personnes ou les groupes de personnes), les approches liées au développement durable, etc.
- **Accompagnement** pour aider les acteurs locaux à intégrer le processus de promotion de la santé dans leurs pratiques, pour soutenir la mise en place de lieux de rencontres et d'échanges de pratiques (plates-formes, concertations locales ou thématiques), pour persuader les acteurs locaux du bénéfice final que les citoyens peuvent obtenir si les démarches locales d'amélioration de la qualité de vie se basent sur les principes de la Charte d'Ottawa, etc.

- **Formations** pour augmenter les connaissances de tous les intervenants (citoyens, décideurs, professionnels), pour développer les capacités à agir en promotion de la santé, pour utiliser les nouveaux outils, etc.

Et demain, qu'est-ce qui pourrait améliorer l'utilisation de la Charte d'Ottawa dans les interventions de santé publique ?

Les intervenants locaux soulignent l'importance de la définition légale de leur cadre de travail. Une amélioration possible de l'utilisation de la Charte d'Ottawa serait d'intégrer de plus en plus les stratégies proposées dans le cadre légal de fonctionnement des institutions, quels que soient leurs secteurs d'activités : inviter à développer des dimensions participatives, intégrer des approches intersectorielles pour favoriser le décloisonnement (faire des liens entre santé, d'une part, et environnement, logement ou insertion socioprofessionnelle, d'autre part), etc. À titre d'exemple, la Wallonie propose une subvention aux communes dans le cadre d'un dispositif « Plan de Cohésion Sociale »³ qui comporte beaucoup d'éléments familiers aux acteurs de la promotion de la santé.

Une autre amélioration possible est de réaliser un travail de décloisonnement au niveau du fonctionnement des pouvoirs publics (à l'échelle locale, mais également régionale ou fédérale). La révolution ne serait pas nécessairement de supprimer ce découpage par « compétence » mais plutôt de prévoir des cadres formels de décloisonnement comme des plateformes interministérielles ou des accords de coopération (par exemple, entre différents niveaux de pouvoir ayant des compétences en matière de santé ou entre différents niveaux de pouvoir dont les compétences diverses ont un impact sur la santé). Aujourd'hui, le fonctionnement de nos institutions ne facilite pas un travail de partenariat ni d'intersectorialité. Un des fondements de la promotion de la santé qui définit les problématiques de santé vécues par les citoyens comme éminemment multifactorielles est difficilement pris en considération en raison d'une structuration thématique des compétences politiques.

³ La cohésion sociale est « la capacité d'une société à assurer le bien-être de tous ses membres, à minimiser les disparités et éviter les polarisations ». Elle peut donc s'analyser comme un processus dynamique qui reprend l'ensemble des moyens mis en œuvre pour assurer à tous l'accès aux droits fondamentaux. Ainsi définie, la cohésion sociale englobe toutes les politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion, ainsi que celle contribuant au développement durable. La cohésion sociale résulte de la force des liens qui unissent une collectivité. Elle dépend de l'accès des citoyens au logement, aux soins, à la culture, aux loisirs ». (Contrat d'Avenir renouvelé pour la Wallonie). Plus d'information sur les Plans de Cohésion Sociale : http://cohesionsociale.wallonie.be/spip/rubrique.php?id_rubrique=173

En 25 ans, la promotion de la santé définie par la Charte d'Ottawa a ainsi influencé la manière de travailler localement sur les questions de santé et de bien-être. Ce bel arbre est planté, il porte ses fruits, mais il importe de continuer à l'entretenir pour faire en sorte que les prochaines récoltes soient encore plus belles...

Références bibliographiques

Décret portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française. Conseil de la Communauté française, Direction générale de la Santé. Décret du 14 juill. 1997, M.B. 29 août 1997. http://www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/20356_003.pdf

Programme quinquennal et législation de promotion de la santé de la Communauté française, 1998-2003, Ministère de la Communauté française, Direction Générale de la Santé, Bruxelles, 1998.

Programme quinquennal de promotion de la santé, 2004-2008, Ministère de la Communauté française, Direction Générale de la Santé, Bruxelles, 2004.

La Charte d'Ottawa vue de Belgique : à la lumière d'une évaluation du dispositif de promotion de la santé

Luc Berghmans

Mots clés :

promotion de la santé, évaluation, éthique

LA CHARTE D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ EST DEVENUE, en peu de temps (à l'échelle de l'histoire, cela s'entend), la référence conceptuelle dans les textes législatifs organisant la promotion de la santé dans la partie francophone de la Belgique. Le terrain était préparé. S'inspirant notamment de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires puis de la Stratégie de la Santé pour tous de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les écoles de santé publique et d'autres activistes de la santé, surtout professionnels, plaidaient depuis la fin des années 70, pour que les politiques de santé ne se cantonnent plus à favoriser l'accessibilité et la qualité des soins – préoccupation traditionnelle du mouvement social. Ils préconisaient une meilleure prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans des programmes d'actions à visée préventive s'appuyant sur une large participation de la population (Berghmans et al. 1992). La fédéralisation du pays, confiant aux communautés flamande et de langue française, la responsabilité de la prévention allait stimuler dans ces nouveaux niveaux de pouvoir la restructuration des dispositifs.

Dans la partie francophone du pays – la Fédération Wallonie-Bruxelles – (4,5 millions d'habitants), traditionnellement plus progressiste, les principes d'actions de la Charte et sa définition de la promotion de la santé guident explicitement la rédaction Décret portant organisation de la promotion de la santé (1997). Dix Centres Locaux de Promotion de la Santé (CLPS) sont créés et leurs programmes d'intervention sont balisés par un Plan quinquennal élaboré avec la participation d'un Conseil supérieur de la promotion de la santé, largement représentatif du secteur. Les écoles de santé publique se voient confier un rôle de soutien méthodologique aux acteurs et de documentation. Tout est donc pour le mieux dans le meilleur des mondes et, de fait, le secteur se professionnalise, des initiatives de qualité se développent sous forme de projets (souvent locaux ou ciblés vers des publics spécifiques), des associations et une revue professionnelle sont financées, des formations de base en promotion de la santé sont organisées dans les universités.

Largement minoritaires dans le secteur, quelques esprits chagrins doutent cependant de l'efficacité des plans s'ils ne sont pas explicitement gérés et évalués, sur base notamment d'indicateurs opérationnels alimentés par un système d'information socio-sanitaire performant. Les critiques portent aussi sur l'écart considérable entre les généreux mandats « papier » des structures du dispositif et les ressources allouées pour les exécuter. Près de 15 ans plus tard, les résultats d'un audit externe commandité par les autorités donnent une dimension nouvelle au débat.

Panique à la promotion de la santé

C'est le titre d'un article d'une page entière consacré à cet audit et ses éventuelles conséquences par un grand quotidien de Bruxelles¹ d'ordinaire peu enclin à informer ses lecteurs sur des sujets en rapport avec la promotion de la santé et, encore moins, sur l'organisation du secteur.

Que dit l'audit dans les grandes lignes ? (Barbier 2010)

Il reconnaît certes l'action pionnière de la Belgique francophone dans l'appropriation des concepts novateurs de la Charte d'Ottawa pour élaborer sa réglementation organique. Mais le message clé de l'évaluation porte sur les sérieux manquements dans l'opérationnalisation. L'action transversale qui devrait tirer parti de différentes politiques publiques est très peu développée. Ce constat est en partie lié au fait que dans la structure fédérale du pays, les compétences sont dispersées entre les niveaux de pouvoirs, rendant les partenariats difficiles à organiser. Toutefois, selon les évaluateurs, si on ne considère que les compétences du niveau de pouvoir francophone (éducation, culture, sport, petite enfance), a priori plutôt attractives pour l'élaboration d'actions transversales, celles-ci ne sont pas assez présentes dans les politiques et les programmes d'intervention. Des lacunes gestionnaires sont également épinglées dans le rapport d'évaluation : faiblesse du pilotage général des programmes, plans servant de référence aux acteurs, mais pas d'outil d'opérationnalisation des politiques car les objectifs ne sont pas assez spécifiques, les responsabilités des acteurs sont mal définies et les moyens ne sont pas attribués par objectif et action. De manière plus globale, l'évaluation constate que le service public n'a pas de place importante dans le dispositif et que des fonctions stratégiques ont été externalisées vers des associations subventionnées (Centres locaux et services d'appuis) suivant des mandats dont le degré de précision ne garantit pas une déclinaison opérationnelle optimale. Dans cette architecture fortement externalisée et décentralisée (ce qui n'est pas une mauvaise chose en soi), l'équilibre entre la faculté d'adapter les interventions aux circonstances

¹ *Le Soir*, 21 novembre 2011.

locales ou à des objectifs particuliers et la nécessaire coordination des acteurs et actions dans un plan global pour obtenir un impact à l'échelle « nationale » est parfois rompu en défaveur de cette dernière. Enfin, les évaluateurs notent des problèmes de reconnaissance de légitimité des structures et surtout un manque de visibilité politique du dispositif.

Comme il se doit, des critiques ont été formulées sur la méthode de l'audit. Il lui est aussi reproché de mettre davantage en évidence ce qui ne fonctionne pas, au détriment de ce qui fonctionne (*Éducation Santé* 2010 : 15-16). Divers débats s'en sont suivis, jusqu'au Parlement où la ministre responsable a annoncé son intention de réforme. Dans l'année qui vient, un Code de la santé sera rédigé pour mieux assoir juridiquement l'exercice des compétences de santé dans la région francophone du pays. Par ailleurs, un nouvel organisme de pilotage sera créé, regroupant des fonctions centrales de programmation et de soutien. Sans autre étude préparatoire, la rédaction des propositions concrètes de réformes a été confiée à un cabinet de juristes, la concertation avec le secteur s'opérant à partir de cette production juridique. Face à la légèreté de ce processus de programmation structurelle, un Collectif d'acteurs en promotion de la santé, nouvellement créé, a rédigé un plaidoyer rappelant les principes de base de la promotion et mettant en garde contre les conséquences d'une approche trop technocratique de la gestion (Le collectif des acteurs de promotion de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles 2012).

Analyser les résultats de l'évaluation

En dépit des critiques émises sur les résultats de l'évaluation, bon nombre de professionnels partageaient déjà le constat d'une faiblesse relative (à l'échelle du système de santé) de la déclinaison opérationnelle de la Charte d'Ottawa en termes de structuration des interventions, de reconnaissance politique et publique et de ressources investies.

La compréhension de cette situation frustrante par rapport aux perspectives ouvertes par le décret de 1997 mériterait une étude rigoureuse. À défaut, avançons des hypothèses basées sur la pratique et l'observation du dispositif.

Un bénéfice mal perçu

Le public et ses représentants formels et informels perçoivent mal le potentiel d'amélioration de la santé que recèle la promotion de la santé. La phraséologie que nous pratiquons y est pour quelque chose : bien-être, approche holistique, développement communautaire, participation et savoirs profanes (mal interprété en « nous sommes à vos côtés mais débrouillez-vous »), santé positive. On ne nomme plus la souffrance ou

les facteurs de risque associés par crainte de déviance biomédicale. Ce faisant, le risque de perdre le contact avec le vécu et le perçu des gens est réel. Trouver un meilleur équilibre entre une démarche qui s'appuie, en particulier dans la communication, sur le vécu immédiat et un cadre de référence pour l'intervention basé sur les déterminants sociétaux pourrait contribuer à sortir la promotion de la santé du cercle des initiés.

Dans son activité de plaidoyer, l'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé (UIPES), en collaboration avec le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS), vient de réussir l'exercice à propos de la prise en charge des maladies chroniques dans le cadre d'une réflexion des Nations Unies (2011). Le plaidoyer concerne des problématiques directement perçues par les gens : cancers, maladies cardiovasculaires, diabète... Il montre que le chemin de la promotion de la santé, même s'il doit impérativement sinuer dans la complexité des déterminants sociaux et de l'action communautaire non spécifique, conduit à des bénéfices concrets en passant, dans ce cas-ci, par une alimentation plus équilibrée, la promotion de l'activité physique et la lutte contre le tabagisme. C'est lisible et en même temps non réducteur. La question de la place à accorder aux dispositifs de promotion de la santé dans le système de santé est dès lors posée non pas à partir de la seule contestation de l'hégémonie du soin, mais en présentant les retombées positives tangibles d'un renforcement du secteur. Dans ce réajustement de perspective et de communication, il faut être conscient du risque de dérapage vers un activisme « facteurs de risque » et de rechute comportementaliste, en particulier dans le travail local. Mais l'enjeu en vaut la chandelle. La première révolution de santé publique (l'hygiéniste, fin du 19^e siècle) et la deuxième (accès généralisé aux soins de santé, 1945) ont toutes deux abouti parce que portées explicitement par un très large mouvement social. La troisième (la nouvelle santé publique) reste affaire de professionnels et d'académiques. Sa matérialisation en un dispositif structuré et opérationnel devra inévitablement passer par un soutien plus large du public, des médias et des décideurs.

Une éthique hésitante

La promotion de la santé se positionne comme un outil de choix pour lutter contre les inégalités sociales de santé (Conseil Supérieur de Promotion de la Santé 2011) ou, en l'exprimant positivement, pour opérationnaliser dans toutes ses composantes le droit à la santé reconnu dans les traités comme un droit fondamental. A priori, les dispositifs et les professionnels de la promotion ont pour responsabilité d'apporter connaissances, méthodes, voire propositions d'interventions pour assurer au plus grand nombre l'accès à ce droit. Le doute éthique, qui brouille parfois ce mandat de

proposition dans le chef des professionnels, porte sur le risque de dérive vers le « devoir » d'être en bonne santé et sur l'omniprésence de l'objectif santé dans les choix de société au détriment de deux valeurs curieusement présentées comme immanentes : le plaisir et la liberté. Les ouvrages critiques du « totalitarisme sanitaire » font recette auprès des professionnels. Qu'ils induisent une sage prudence par rapport au danger de l'obsession santé est salutaire. Que cela débouche sur un relativisme intellectuellement confortable et des hésitations dans la lutte contre les inégalités de santé est plus discutable. Un meilleur balisage éthique des responsabilités sociales du secteur de la promotion de la santé apporterait confiance en soi, lisibilité accrue des interventions et une image un peu moins floue dans le contrat social.

La légèreté de l'être

La promotion de la santé est fille de la contestation de l'hégémonie médicale et des facteurs sociétaux porteurs d'inégalités. Au départ, ses formes d'organisation sont celles des contre-pouvoirs contemporains : groupes intellectuels ou professionnels et relais associatifs. Pas étonnant dès lors qu'accédant, dans la foulée de la Charte d'Ottawa, au statut d'action d'utilité publique, on retrouve ces formes d'organisation dans le dispositif. D'autant plus que le mode d'organisation associatif est en phase avec une certaine conception du travail communautaire.

Les premières formes d'officialisation du statut se traduisent par l'octroi de subventions parfois récurrentes qui permettent la mise en œuvre de projets. On évite d'y accoler l'adjectif pilote, mais dans les faits, les projets présentent des limites de durée, de public bénéficiaire et de territoires ou lieux de vie concernés. En cas de résultats positifs, le manque de moyens organisationnels et financiers compromet bien souvent la généralisation et la transformation des projets en services permanents. Sans renoncer aux projets, à l'associatif, à l'organisation spontanée - sources d'innovations, de contestations et de renouvellement - la promotion de la santé ne mérite-t-elle pas une ossature minimale de services de type public pour garantir une offre de services généralisée et équitable, y compris en proximité et auprès de publics défavorisés ?

Ilona Kickbusch, au 4^e Colloque international des programmes locaux et régionaux de santé (Gatineau, 2011), indiquait avec raison qu'une des réussites de l'après Charte d'Ottawa était d'être parvenu à influencer l'action publique par des canaux discrets et ramifiés dans la société, image du rhizome à l'appui.

C'est vrai, la promotion de la santé n'a pas besoin d'une lourde structure pour être efficace puisque, par définition, elle s'appuie sur les ressources de la société. Mais cela ne dispense pas de repenser les formes d'organisation et de financement pour assurer une offre de service minimale équitablement répartie dans la population.

L'insoutenable légèreté du porte-monnaie

L'évaluation n'a pas abordé de front la question cruciale de l'adéquation des ressources aux missions. Ce n'est pas fortuit. Si l'on s'en tient au montant de la ligne budgétaire promotion de la santé² qui couvre les dépenses du dispositif (structures et l'ensemble des programmes, de la vaccination à la prévention des traumatismes en passant par le sida, la toxicomanie, les cancers, les maladies cardiovasculaires...) le gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles investit environ 4,4 euros/habitant/an. Certes, d'autres sources de financement coexistent, privées et au niveau des pouvoirs locaux, mais la modestie du budget apparaît quand on le compare par exemple aux 720 euros/habitant/an du secteur de la publicité (De Duve) et aux 2270 euros/habitant/an consacrés par l'autorité fédérale aux soins de santé. La marge de manœuvre des projets de réforme est donc très étroite et l'écart entre les ambitions des textes législatifs et les ressources qui y sont consacrées n'est pas prêt de se réduire.

Une source de refinancement pourrait être le budget des soins de santé. L'investissement serait rentable au niveau de la lutte contre les maladies chroniques, les problèmes liés au vieillissement et les inégalités sociales de santé. Comme évoqué plus haut, une meilleure visibilité dans l'opinion publique de l'impact potentiel de la promotion de la santé renforcerait le plaidoyer auprès des acteurs sociaux (syndicats, mutuelles, patronats)³ en faveur d'un rééquilibrage du système vers la promotion. Le contexte de la crise financière n'incite pas à un optimisme béat mais si l'on obtenait un glissement budgétaire minime, cela décuplerait les moyens de la promotion (Berghmans 2011).

La mise en perspective des résultats de l'audit et les commentaires qui les accompagnent devraient être approfondis et enrichis par le point de vue d'autres acteurs. Comme l'ont montré les travaux de la 20^e Conférence de l'UIPES (Genève, 2010), le point de vue des acteurs du développement durable enrichirait nos propositions sur des thématiques comme l'alimentation (Kickbusch 2011) ou l'activité physique. De même, les forces actives dans le renforcement de la cohésion sociale développent des

² Hors services de santé scolaire.

³ Cogestionnaires en Belgique de la sécurité sociale et de l'assurance maladie.

pratiques et des stratégies qui peuvent soutenir nos objectifs de lutte contre les inégalités de santé. Les agendas du développement durable et de la cohésion sociale sont proches de celui de la promotion de la santé : confrontons-les pour en tirer des propositions opérationnelles d'amélioration des dispositifs d'intervention. Par ailleurs, une analyse documentée des retombées positives du décret de 1997 compléterait utilement l'information nécessaire pour réformer le dispositif.

Conclusion

Les leçons de cette histoire belge sont donc loin d'être toutes tirées mais l'étude de cas méritera d'être poursuivie. Elle pose avec acuité la question du passage à l'acte 25 ans après la naissance du bébé éprouvette ontarien ou celle de comment analyser les formes et les limites de l'opérationnalisation des concepts de la Charte pour améliorer son utilisation à l'échelle de l'organisation de l'action publique. Ce type d'analyse bénéficierait grandement de comparaisons internationales pour valider les enseignements ou au moins les questionnements qui en découlent. Dans la dialectique théorie-action qui fait progresser pratiques et idées, prenons le temps d'analyser l'évolution des systèmes et dispositifs opérationnels mis en place ces vingt-cinq dernières années. Nous serons mieux armés pour revisiter le corpus théorique de la Charte.

Remerciements à Geneviève Pensis et Katty De Luca pour leur assistance éditoriale.

Références bibliographiques

Barbier, C. 2010. « Évaluation des dispositifs de santé en Communauté française : constats et recommandations ». *Éducation Santé*, 269, 13-15.

Berghmans, L. 2011. « Investir 1% du budget des soins dans la promotion de la santé ». *Éducation Santé*, 272 : 14-15.

Berghmans L., et al. 1992. « Promo Santé 2000 – les résultats ». *Éducation Santé*, 67 : 3-9.

Conseil Supérieur de Promotion de la Santé. 2011. *La réduction des inégalités sociales de santé, un défi pour la promotion de la santé.*

De Duve, M. Univers santé, Communication personnelle.

Décret portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française. Conseil de la Communauté française, Direction générale de la Santé. Décret du 14 juill. 1997, M.B. 29 août 1997. http://www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/20356_003.pdf

« Émoi dans le secteur ». 2010. *Éducation Santé*, 269 : 15-16.

Kickbusch, I. 2011. *Triggering Debate – White paper : The Food System : a prism of present and future challenges for health promotion and sustainable development* : Health Promotion Switzerland.

Le collectif des acteurs de promotion de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles. 2012.

« Plaidoyer pour une politique exigeante, la santé partout et par tous ! », *Éducation Santé*, 274 : 11-15.

Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé et du Réseau francophone international pour la promotion de la santé (messages clés). 2011. Un appel à l'action pour prévenir les maladies non-transmissibles à partir des approches de la promotion de la santé. http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Advocacy/IUHPE_AppelActionMNT_WEB_FR.pdf

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

Philippe Lorenzo

Mots clés :

promotion de la santé, développement durable, milieu scolaire

EN FRANCE, LA PROMOTION DE LA SANTÉ A TARDÉ À AVOIR PIGNON SUR RUE, POUR AUTANT QU'ELLE L'AIT DÉSORMAIS.

Il aura fallu attendre 15 ans après la ratification de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé pour qu'un ministère français, en l'occurrence celui de l'Éducation nationale, crée par circulaire le service de promotion de la santé en faveur des élèves (Bulletin Officiel du ministère de l'Éducation nationale et du ministère de la Recherche 2001), au moment même de la création de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, dont le sigle fit l'impasse sur promotion, la préférence allant à prévention de la santé. Encore échappa-t-on à « prévention sanitaire », d'une des premières versions de la loi de 2002 créant l'institut (*Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*). Encore quelques années de plus et la promotion de la santé se trouvait inscrite dans la récente loi de 2009 portant réforme de l'hôpital et relative à la santé, aux patients et aux territoires de 2009. Les agences régionales de santé, créées par cette loi, y consacrent désormais une direction dans leur organigramme. Ce n'est pas pour autant que le terrain s'est trouvé vide d'expériences depuis 1986. Nous prendrons celle d'École 21¹, l'une de ces actions innovantes puisant au terreau de la promotion de la santé.

Action d'un programme franco-belge (wallon), *Génération en santé* (2008-2013), cofinancé par le Fonds européen de développement régional (Union européenne) et les autorités locales et régionales, l'objectif de base d'École 21 est de développer la promotion de la santé à l'école. 21 écoles belges et françaises, volontaires, se sont engagées dans ce dispositif en 2009 pour un travail de 4 années. Ce n'est cependant pas du nombre d'écoles participantes qu'École 21 tire son appellation ! Il est évident que, se déroulant dans

¹ École 21 est une marque déposée, pour éviter toute confusion avec d'autres expériences ayant pris depuis la même appellation.

des établissements scolaires, du primaire jusqu'au secondaire, le terme École était tout trouvé. Mais le terme fait aussi référence aux réseaux Écoles en santé ou Écoles promotrices de santé. L'implantation très limitée de ces réseaux en France comme en Belgique laissait ainsi la place à la création d'un dispositif nouveau, sur un territoire – 3 régions françaises, 3 provinces belges – propice à une expérimentation à taille humaine. L'origine du 21 est tout aussi plurielle. Elle incarne le millésime du siècle de l'expérimentation, mais s'appuie tout aussi sur *Santé 21*, cette politique-cadre de la Région Europe pour le 21^e siècle. Enfin, l'appellation fait explicitement référence au développement durable et à sa partie visible que sont les *Agendas 21*. Car l'originalité d'*École 21* réside avant tout par la miscibilité de la promotion de la santé et du développement durable.

Ce faisant, *École 21* fait œuvre d'intersectorialité, tant il semble évident que les valeurs et actions développées par la promotion de la santé et par le développement durable sont proches, complémentaires, superposables, interchangeable, pour ne pas dire identiques. Équité, *empowerment*, exercice d'un plus grand contrôle sur sa vie et ses choix, militantisme, conscience et protection de son environnement physique, gestion des ressources naturelles mondiales... tout cela, entre autres, est partagé par les deux concepts. Même la notion de développement économique leur est commune.

Le projet d'*École 21* est donc de développer dans les établissements scolaires des actions qui se réfèrent à la fois et en même temps à la promotion de la santé et au développement durable. Cette double grille d'action et de lecture est importante, car il ne s'agit pas de faire chacun de son côté, mais bien de faire ensemble. C'est ce souci de cohérence qui a d'abord guidé les promoteurs d'*École 21* : mettre en synergie dans un même milieu de vie deux approches qui pourtant s'ignorent, parce que portées par des acteurs différents, aux intérêts peut-être non convergents, et dans une organisation finalement peu propice à la transversalité². On peut citer l'exemple de cette infirmière scolaire faisant de son côté des actions d'éducation à la santé dans un établissement qui parallèlement, et en l'oubliant quelque peu, était dans une dynamique de création d'un *Agenda 21* ! Cette mise en cohérence est donc apparue nécessaire pour favoriser les échanges transversaux dans l'école, d'une part, et pour ne pas gaspiller les énergies, d'autre part.

² En sociologie des organisations, l'école s'analyse comme une organisation professionnelle, c'est-à-dire comme la cohabitation de professionnels qualifiés échangeant peu entre eux et poursuivant rarement des projets communs (cf. par exemple Mintzberg 2003). Ce qui est vrai pour l'école l'est aussi pour d'autres milieux, comme ceux du social, du sanitaire ou du médico-social. Cf. à ce sujet le livre blanc *Promosanté et handicap* auquel nous avons contribué.

Contrairement aux réseaux existants qui proposent des cahiers des charges relativement stricts et épais en promotion de la santé comme en développement durable, *École 21* est plutôt conçue comme un cadre souple laissant l'initiative aux écoles elles-mêmes. La consigne et la nécessité sont d'aboutir à un programme coordonné d'actions réfléchies, construites, et développées par la communauté éducative. Un diagnostic préalable a permis aux établissements scolaires de définir eux-mêmes leurs priorités, dans le cadre par exemple des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)³ et à l'appui des professionnels des Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps), en France, et des services provinciaux de santé publique, en Belgique.

Ainsi, dans plusieurs établissements, le dispositif *École 21* ne s'est pas « contenté » d'activités à portée éducative mêlant enseignants, personnels et élèves. Il a été l'opportunité pour réfléchir sur le bâtiment, sur l'aménagement des locaux, des zones de circulation à l'intérieur comme à l'extérieur. En Picardie, enseignants, équipes de direction, personnel administratif ont été formés à la communication non violente et ont mis en place des projets pour asseoir de nouvelles relations dans une perspective d'amélioration du climat scolaire et donner une place différente à chacun. L'alimentation, thématique qui se retrouve dans chacune des écoles, est traitée de façon très différente tout en s'attachant à prendre pied dans la promotion de la santé et le développement durable : circuits courts d'approvisionnement, produits bio ou issus de l'agriculture raisonnée, valorisation pour la santé de la consommation des fruits et légumes et de la pratique d'une activité physique... On mesure ici le poids des orientations de la santé publique actuelle et comment une intervention de terrain s'y adapte. Tout comme on notera qu'*École 21* s'inscrit aussi dans les axes d'intervention de la promotion de la santé, par exemple le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes personnelles...

De fait, aucune initiative d'*École 21* ne ressemble à une autre. Ni par la mise en œuvre du dispositif, ni par le choix des priorités et des actions, ni par les acteurs de la communauté éducative impliqués. L'hypothèse posée dès le départ par les promoteurs était que les établissements scolaires n'étaient pas vierges d'actions, de programmes, de procédures, et qu'il fallait avant tout s'appuyer sur l'existant, le renforcer, éventuellement le

³ Un tel dispositif n'existe pas en Belgique, pas plus que n'existe l'équivalent du ministère français de l'Éducation nationale. Plusieurs réseaux d'enseignement co-existent, dépendant de pouvoirs organisateurs : Fédération Wallonie-Bruxelles, provinces, communes, Commission communautaire française pour la Région bruxelloise.

faire évoluer vers une action globale et cohérente, mais ne pas rajouter un dispositif supplémentaire et nécessairement contraignant. *Penser et agir localement dans une perspective globale*, aura été le leitmotiv de l'implantation du dispositif, et certainement un gage de son intérêt. C'est en quelque sorte renverser le fameux *Penser global, agir local*⁴. Cela n'est pas seulement affaire de coquetterie sémantique. Mais c'est s'engager dans un changement de paradigme en revendiquant que l'intelligence collective est aussi, voire d'abord, locale et que c'est à ce niveau que notre société devenue réticulaire devrait d'abord pouvoir s'organiser. Il reviendrait alors aux opérateurs de la promotion de la santé de faciliter l'expression de cette intelligence collective, et de la fédérer au sein des réseaux locaux, fussent-ils réseaux sociaux sur Internet⁵. Une perspective globale qui, en fin de compte, sert de linéament à la Charte d'Ottawa.

L'évaluation d'École 21 est en cours. Ses résultats seront connus en fin d'année 2012, et elle questionnera entre autres les conditions d'implantation d'École 21, la pertinence et la validité de la « posture localiste », on pourrait dire communautaire, au sein d'un dispositif néanmoins global. Elle permettra aussi, à partir des expériences des 21 écoles, de pouvoir rédiger le *vade-mecum* de création d'École 21. Mais nous pouvons déjà retenir quelques éléments repérés lors de l'expérimentation.

Une évaluation intermédiaire du dispositif réalisée dans le cadre d'un mémoire (Maincent 2010) montre que les chefs d'établissement ont été très sensibles à la proposition de cohérence des actions mises en place, en résonance avec le projet d'établissement ou encore avec les apprentissages. Mais elle montre aussi que les professionnels et élèves impliqués dans la mise en œuvre d'École 21 se sentent plus proches du développement durable que de la promotion de la santé. Alors qu'ils se considèrent *de facto* parties prenantes et acteurs du développement durable, ils laissent à l'infirmière le soin de la promotion de la santé. En quelque sorte, l'attrait

⁴ Cette citation reprise, entre autres, par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), a été forgée par René Dubos sous la formulation initiale *penser globalement, agir localement*. Elle se trouve dans un rapport écrit pour la Conférence des Nations Unies sur l'environnement humain de 1972, Stockholm (« 1^{er} Sommet sur l'environnement ») : *Only one earth, nous n'avons qu'une terre* (Dubos et Ward, 1972). Mais il est tout autant avéré que cette formule puise dans l'œuvre d'Alexis Carrel, prix Nobel de médecine, sous la formulation inversée de *agir localement puis penser globalement*, qui transparait dans son livre maître *L'Homme, cet inconnu* (1935), par laquelle il défend la thèse eugéniste. Si Carrel a recruté Dubos au sein de la Fondation Rockefeller en 1927, la formulation de Dubos se situe dans le contexte de l'écologie globale des années 70 et il serait faux de lui prêter toute autre intention. Dubos sera à l'origine de la création du *Programme des Nations Unies pour l'Environnement* (1972) suite au 1^{er} Sommet sur l'environnement.

⁵ On pourra se référer à la littérature sociologique sur le sujet, notamment aux ouvrages initiateurs de Manuel Castells, *La société en réseaux* (2001), ou *La Galaxie Internet* (2002).

d'École 21 aurait moins résidé dans la promotion de la santé que dans le développement durable. Certainement dans la synergie créée entre les deux, mais le développement durable tirant la promotion de la santé. Ainsi, il faut bien admettre que dans le contexte franco-wallon, la promotion de la santé à elle seule n'aurait pas été un levier suffisant pour faire s'engager les établissements scolaires, et le peu d'appétence pour les réseaux existants comme Écoles en santé en porte l'illustration. Aussi, la question centrale qui se pose à travers cet exemple, et qui pourrait constituer un enjeu majeur, est celle de la promotion de la santé comme objet social. 25 années après son adoption, on peut dire que la Charte d'Ottawa est connue, et au-delà du cercle restreint des initiés, mais de nom très certainement plus que par son contenu et par les potentialités qu'elle offre. On pourrait même dire qu'on est peut-être à son égard dans une fiction performative : parler de la promotion de la santé suffirait à penser, et à faire penser, que l'on fait de la promotion de la santé. Mais en la matière, et pour paraphraser la linguistique pragmatique, dire n'est pas faire.

Cela peut aussi s'analyser comme la difficulté d'appropriation d'un concept et de son opérationnalisation, y compris dans les rangs mêmes des acteurs de la promotion de la santé. Dans la relecture qu'il propose de la Charte d'Ottawa, Jean-Pierre Deschamps regrette le fait que « les éducateurs de santé eux-mêmes (...) n'y ont souvent vu qu'une sorte de super-éducation à la santé » (Deschamps 2003). Les uns et les autres, nous nous détournerions ainsi volontiers d'un concept peut-être flou, finalement peu évaluable, pour lui préférer ceux plus consistants d'éducation pour/à la santé, d'information sanitaire, voire d'échanges de pratiques ou de transferts de connaissance. Tous inclus, nonobstant, dans la promotion de la santé ! Mais cela montre aussi la difficulté de plaider pour la promotion de la santé, la difficulté de son inscription à l'agenda politique et la difficulté de son financement pérenne. Là où le développement durable et l'écologie ont su trouver leurs héros, la promotion de la santé a finalement partiellement échoué. Lors d'une étude (Lorenzo 2001) réalisée en Picardie il y a tout juste 10 ans auprès d'acteurs en santé publique sur la promotion de la santé et l'éducation pour la santé, un élu local reconnaissait la difficulté de manier ce concept, déjà par la conjugaison du verbe promouvoir : « La promotion de la santé, promouvoir la santé, cela ça va, disait-il, mais ça veut dire quoi, je promeus la santé, c'est pas beau, et le dire au futur, alors là ce n'est même pas la peine ! » C'est certes anecdotique ! Mais à l'occasion de l'écriture du projet franco-belge *Génération en santé*, dont fait partie École 21, plusieurs des partenaires, notamment politiques mais pas que, ont demandé qu'au sous-

titre du projet : programme d'observation et de promotion de la santé, soit rajouté « du bien-être et de la qualité de vie ». L'idée développée, et à laquelle nous nous sommes rangés, était cette fois-ci l'« inadéquation » du terme « santé », porteur de la confusion première d'être compris antinomique à celui de maladie et de se trouver par là même hors du champ de compétence des administrations ou assemblées électorales⁶. Faire action de plaidoyer pour faire reconnaître la démarche de promotion de la santé reste donc bien l'un des enjeux majeurs des années à venir. Pour l'heure, la promotion de la santé semble insuffisante à bien des égards pour mobiliser et faire participer. Ce qui n'est pas la moindre des inconvenances puisque ce sont justement là des objectifs qu'elle entend atteindre.

Mais le plaidoyer devrait aller plus loin, et jusqu'au bout de la logique de la promotion de la santé. Il est remarquable de constater que le texte n'a guère pris de rides en 25 ans. Pour poursuivre notre exemple initial, il ne fait certes pas référence explicitement au développement durable, et pour cause ! l'expression ne sera médiatisée que quelques mois plus tard, en 1987, mais la Charte fait implicitement référence à ce que recouvre une partie de ce concept, notamment dans l'alinéa *Créer des milieux favorables*⁷. On pourrait ajouter que le développement durable transpire en chacun des mots de la Charte d'Ottawa, ou, inversement et de manière caricaturale, que le « développement durable » ne serait qu'un décalque de la Charte d'Ottawa.

Car à l'heure de la mondialisation consommée par un néolibéralisme débridé, la Charte reste d'une actualité remarquable. Son paradoxe, et certainement sa difficulté, est que, texte fondateur, il ne pose pas les fondations. Feuille de route, il ne donne ni étapes, ni chronogramme. Car la promotion de la santé n'est pas sur le terrain technique. La Charte apparaît clairement comme ce que l'on pourrait appeler une déclaration d'intention politique. Certainement, en ce tricentenaire de la naissance de Rousseau, comme un nouveau contrat social. La lutte contre les inégalités de santé, qui sont avant tout sociales et redistributives, impose non des remèdes à court terme et à visée gestionnaire, mais bien une posture

⁶ Il faudra certainement un jour discuter de ces glissements sémantiques, de la promotion de la santé à la promotion du bien-être ou à la promotion de la qualité de vie. Il n'est pas bien sûr que les recouvrements soient parfaits, ni même que les concepts renvoient *in fine* à un même ordre des choses. Quel est, pour seul exemple, le degré d'adéquation entre les « indicateurs de bien-être » tels que mesurés par les organisations internationales, Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), OMS, Union européenne et *tutti quanti*, et le projet de promotion de la santé porté par les signataires la Charte d'Ottawa ?

⁷ À juste titre, Jean-Pierre Deschamps regrette l'insuffisance et la platitude de la traduction française de « milieux favorables » à laquelle il préfère « milieux supportifs ».

politique, au sens de porter et de défendre une vision globale de la société autre que celle qui nous est donnée par l'écran de fumée des marchés financiers ou des agences de notation. Dans une lecture politique, la Charte d'Ottawa propose une réelle vision du monde, s'appuyant sur la santé, mais organisant la place de l'homme au sein de la société. Elle se fonde sur des valeurs de coopération, d'entraide, de solidarité, de citoyenneté, le respect d'autrui et de l'environnement de l'homme. Non pas sur celles de concurrence, de bénéfices financiers, d'économie virtuelle dépouillant l'homme de son travail... En ce sens, elle est nécessairement subversive⁸ par rapport à l'idéologie dominante car elle appelle non pas tant à la modification des comportements, qu'ils soient individuels ou collectifs, mais bien plus profondément au changement social, voire sociétal. Elle appelle à la lutte. Cette posture nécessairement politique, et assumée comme telle par les acteurs que nous sommes, pourrait porter le nouveau plaidoyer de la promotion de la santé. Vingt-cinq ans... Finalement l'âge de faire les révolutions...

Références bibliographiques

Bulletin Officiel du ministère de l'Éducation nationale et du ministère de la Recherche, 25 janvier 2001.

Carrel, A. 1935. *L'Homme, cet inconnu* : Plon.

Castells, M. 2001. *La société en réseaux* : Fayard.

Castells, M. 2002. *La Galaxie internet* : Fayard.

Deschamps, J.-P. 2003. « Une "relecture" de la Charte d'Ottawa. ». S.F.S.P., *Santé Publique*, 15(3): 313-325.

Dubos, R. et Ward, B. 1972. *Only one earth, nous n'avons qu'une terre* : Seuil.

Livre blanc *Promosanté et handicap*.
http://ireps.picardie.fnes.fr/actualites/agenda_detail.php?ref=120&titre=livre-blanc-preconisations-pour-le-developpement-de-programmes-de-promotion-de-la-sante-en-ime

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Lorenzo, P. 2001. *Promotion de la santé en Picardie* : OR2S.

Maincent, C. 2010. *La promotion de la santé et l'éducation au développement durable : analyse de la phase d'implantation d'un projet innovant*, Master professionnel éducation et santé publique, IUFM d'Auvergne, universités d'Auvergne et Blaise Pascal, EHESP.

Mintzberg, H. 2003. *Le pouvoir dans les organisations* : Éditions d'organisation

⁸ Emprunté à Deschamps citant un haut responsable de l'Assurance maladie.

Projet en gestion du stress chez l'enfant : Maillage santé et éducation

Renée Guimond-Plourde

Mots-clés :

gestion du stress chez l'écolier, partenariats féconds, promotion de la santé mentale

Remarques introductives

Il importe de souligner que le thème de cette contribution a été abordé dans d'autres écrits et communications scientifiques associés principalement à des contextes éducatifs. Certaines idées en particulier ont fait l'objet d'un mémoire présenté lors d'une audience de la Commission sur l'école francophone du Nouveau-Brunswick au Canada (Guimond-Plourde 2008) et ont été consignées dans une communication présentée dans le cadre du 15^e Congrès international de l'Association mondiale des sciences de l'éducation organisé sous le patronage de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) (Guimond-Plourde 2008) et dans une publication dans les Actes du Colloque international de l'Association Francophone Internationale de Recherche Scientifique en Éducation (Guimond-Plourde 2009).

Ce texte rend compte d'une démarche concrète pour aider l'école, en collaboration étroite avec ses partenaires, dont les parents, à répondre de façon concertée et optimale aux besoins des écoliers en matière de bien-être à travers une gestion saine du stress au quotidien. La description d'une pratique concrète de promotion de la santé basée sur la Charte d'Ottawa fournira une réflexion sur des avenues futures prometteuses en ce qui touche spécifiquement la gestion du stress chez les écoliers en ce début du troisième millénaire.

Maillage santé et éducation : un contexte soutenu par la famille et l'école

Une des caractéristiques principales du développement humain consiste en la capacité à s'ajuster au stress¹ (Compas 1987). C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, défini comme sentiment

¹ Dans ce cadre particulier, le stress est un état dans lequel l'écolier/enfant éprouve des difficultés perturbant son bien-être mental et qui dépasse sa capacité à le gérer.

d'épanouissement, en adoptant des attitudes et des comportements appropriés à l'occasion des relations entretenues avec elle-même, les autres et son environnement. D'ailleurs, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS 1998) reconnaît que la gestion du stress est une compétence qui s'acquiert et qui s'affiche comme élément influent dans la promotion de la santé et du bien-être. Un tel bien-être renvoie à un état susceptible d'évolution et d'apprentissage et évoque l'idée d'un développement humain inscrit dans la continuité. Sous cet angle, pour assurer un développement sain de l'enfant, quelques stress surmontables sont importants. Cependant, un stress prolongé, ininterrompu ou perçu comme accablant par l'enfant peut nuire à son bien-être et à un apprentissage fécond. Par conséquent, il devient nécessaire pour tout écolier de gérer efficacement son stress afin d'avoir recours à toutes ses ressources et de profiter au maximum de son apprentissage. Se préoccuper du stress tel que vécu par l'enfant/écolier se présente donc comme un incontournable pour la promotion de la santé en ce début de 21^e siècle. C'est dans une tentative d'outiller efficacement les écoliers dans une saine gestion du stress que le « Projet en gestion du stress chez l'enfant » de l'école Notre-Dame est présenté.

Le « Projet en gestion du stress chez l'enfant » est inauguré, en 1988, à l'école primaire Notre-Dame d'Edmundston. Des parents, des enseignantes et la direction de l'école se mobilisent et décident d'effectuer un sondage pour sensibiliser les différents groupes à l'existence du stress chez les enfants, pour vérifier les attitudes face à cette problématique et pour recueillir les commentaires et suggestions de tous les partenaires. Une recherche exploratoire sur le stress chez l'enfant tel que perçu et vécu par les 35 membres du personnel (enseignantes, aides-enseignantes et direction), les 434 écoliers de l'école et leurs parents, amorce cette démarche de sensibilisation. Les résultats des 787 questionnaires compilés et analysés – dont 443 contenant des commentaires – sont rendus publics en 1989 (Guimond-Plourde, Bérubé et Maillat 1989). Au terme de l'étude, et devant les nombreux commentaires reçus, les responsables formulent une seule recommandation, soit la création d'un comité de qualité de vie. Sa première priorité consiste en l'implantation d'un programme en gestion du stress qui tiendra compte de l'ensemble des suggestions et des commentaires reçus. Cette intervention vise donc à outiller concrètement les écoliers âgés de 6 à 12 ans afin qu'ils puissent gérer efficacement leur stress au quotidien. Un programme est proposé : celui-ci nécessitera de la formation, démarche qui sera entreprise conjointement avec le personnel scolaire et les parents. Dans cette perspective de collaboration indispensable à l'amélioration du bien-être de chaque enfant, le partenariat parents/écoliers/personnel scolaire

devient le fil conducteur de cette démarche de promotion de la santé, c'est-à-dire l'apprentissage de la gestion du stress au quotidien.

Durant l'année scolaire 1991-1992, d'un commun accord, le personnel scolaire et les parents s'engagent dans un programme de formation qui leur permet d'explorer un éventail de méthodes de relaxation reconnues pour leurs bienfaits auprès des enfants. Avec l'accord des dirigeants du conseil scolaire en place, c'est un psycho-éducateur et professeur à l'Université de Moncton Campus d'Edmundston qui conçoit des sessions offertes, dans un premier temps, au personnel de l'école (15 heures) et, dans un deuxième temps, aux parents (9 heures). La conception de ce programme vise 3 objectifs principaux : reconnaître les manifestations du stress et établir son lien avec la santé et l'apprentissage ; explorer, en les vivant, différents moyens reconnus scientifiquement pour gérer le stress ; et finalement, outiller concrètement le personnel et les parents à utiliser la visualisation² auprès de l'élève/enfant. Globalement, ces sessions permettent de développer des habiletés à utiliser l'outil de la visualisation en classe et à la maison en plus de favoriser des attitudes saines face à cette réalité humaine qu'est le stress. À la fin de 1992, tout le personnel ainsi que 2 familles sur 3 ont profité de la formation offerte. Outre l'importance du partenariat enseignantes/ parents comme fil conducteur de la mise sur pied du projet, l'implication des partenaires communautaires multiples a servi tant à la planification des activités éducatives qu'à la structuration et au maintien du milieu de l'apprentissage.

Une voie que l'on trace parce qu'on la suit : l'école Notre-Dame, porteuse d'une histoire

Des recherches conduites dans le cadre d'études de maîtrise et de doctorat donnent la parole à ces jeunes. L'objet d'étude de la recherche de 2^e cycle : l'expérience vécue par des écoliers du secondaire (15 à 17 ans) qui ont participé au « Projet en gestion du stress chez l'enfant » alors qu'ils fréquentaient le primaire, afin de cerner, entre autres, les différents apprentissages réalisés (Guimond-Plourde 1999). Pour ces jeunes, cette démarche en gestion du stress leur a permis de relier des savoirs, des savoir-être et des savoir-faire divers, en plus de mobiliser leurs ressources, tant cognitives, pratiques, personnelles que relationnelles. Au fil des années, gérer efficacement son stress est devenu une pratique qui s'est peu à peu tissée à leur vie et qui a contribué à la prise de conscience et au développement de leurs

² La visualisation est une science qui permet de maximiser le potentiel du cerveau au moyen d'images. En milieu scolaire, on l'utilise pour gérer le stress, comme méthode d'apprentissage des sujets scolaires et comme outil de développement affectif (Bérubé-Saint-Amand, 1993 ; Galyean, 1986).

ressources intérieures uniques ainsi qu'à l'épanouissement de leur potentiel humain. Globalement, cette étude a permis de faire émerger la connaissance à partir de l'expression même des écoliers du secondaire, c'est-à-dire en leur laissant un espace de parole. Ces jeunes sont reconnus comme participants significatifs capables d'éclairer les curriculums, particulièrement en ce qui touche la promotion de la santé à travers une gestion saine du stress. C'est à ce titre que l'école Notre-Dame est devenue « porteuse d'une histoire ». À cet effet, depuis le début de l'année scolaire 2006-2007, la formation en gestion du stress, qui s'inspire de la parole des jeunes qui ont vécu cette démarche tout au long de leurs études primaires, ainsi que de l'évolution de la recherche scientifique, est offerte au nouveau personnel scolaire et aux parents.

Par ailleurs, la démarche renouvelée est soutenue en 2008-2009 par le programme du Fonds d'innovation en apprentissage, initiative du plan d'éducation du gouvernement qui vise à améliorer le système d'éducation du Nouveau-Brunswick en appuyant les équipes scolaires et en les aidant financièrement à réaliser des projets novateurs qui pourront être partagés et utilisés dans les autres écoles de la province. C'est ainsi que s'inspirant du « Projet en gestion du stress chez l'enfant » de l'école Notre-Dame, et avec l'appui des autorités du District scolaire 3, un projet de partenariat novateur université/district scolaire/santé publique est lancé aux 20 écoles primaires et secondaires du territoire. Sous le thème, « Ensemble, bâtissons une école efficace », la planification triennale 2009-2012 proposée par le District scolaire 3 mise sur un climat permettant des apprentissages de qualité dans un environnement sain. Spécifiquement, il est énoncé qu'en juin 2012, 100% des écoles du district auront des stratégies encourageant la gestion du stress. L'une des mesures privilégiées est de « promouvoir le projet en gestion du stress par la visualisation »³ (District scolaire 3 2009). C'est à partir de cet angle d'approche que la gestion du stress auprès des écoliers est vue comme un moyen d'accompagnement d'un art de vivre qui peut s'apprendre dès l'enfance.

Travailler ensemble plutôt que travailler avec : des partenariats novateurs et féconds toujours en extension

Cette réalisation est guidée par des infirmières en santé publique en collaboration avec le Comité consultatif de santé du district et une chercheuse universitaire rattachée au secteur de l'éducation. Elle s'inscrit comme une approche concrète de promotion de la santé mentale qui vise à favoriser l'acquisition de connaissances, d'attitudes et d'habiletés à gérer

³ Un apport pour l'adoption de la visualisation repose sur des fondements théoriques et conceptuels à la base de l'intervention en salle de classe et à la maison.

le stress au quotidien. L'intention : développer l'autonomie des écoliers face à leur santé (*empowerment*) ainsi que leur capacité de résilience en misant sur les forces plutôt que la vulnérabilité. Globalement, cette démarche se rapproche, dans sa pratique concrète, des objectifs mis de l'avant par l'OMS (1997) qui reconnaît que les programmes de promotion de la santé dans les écoles contribuent à améliorer la réussite scolaire et que cette réussite contribue, en retour, à l'amélioration de la santé de l'écolier. Cette initiative propose donc la mise en place d'un ensemble de mesures à travers une formation offerte au personnel scolaire (mentors en gestion de comportements, infirmières, adjointes administratives, enseignantes, conseillères en préscolaire, intervenantes en santé mentale, directions, entre autres), ainsi qu'aux parents, par des professionnels de l'éducation, de la santé et de la psychologie. Du côté universitaire, des étudiants en formation des maîtres inscrits dans les cours de santé scolaire ainsi que des stagiaires en éducation sont sollicités comme acteurs clés sur le terrain. En s'appuyant sur la formation reçue, tous ces « formateurs » deviennent des « multiplicateurs » auprès des pairs et des parents. Ils utilisent le répertoire des apprentissages prévus dans la formation et dans le suivi. C'est ainsi qu'ils poursuivent, à travers leur accompagnement, l'élargissement des compétences de l'écolier et la mise en application de divers outils reconnus scientifiquement pour leurs effets bénéfiques.

D'un point de vue pédagogique, le programme « formation du formateur en gestion du stress » s'appuie sur les orientations du programme « Formation personnelle et sociale » (volet santé) offert dans les écoles du Nouveau-Brunswick, en plus de constituer un volet important de la promotion de la santé telle que véhiculée par le programme « Apprenants en santé » (ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance du Nouveau-Brunswick 2009). Sans compter que depuis 2006, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a créé le ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport en vue de promouvoir le développement d'une culture de mieux-être à travers l'adoption de compétences personnelles et sociales (Province du Nouveau-Brunswick 2009). Spécifiquement, la formation en gestion du stress retient l'attention dans le volet santé psychologique et résilience. Selon ces perspectives élargies et ces influences interdisciplinaires, la santé et l'éducation sont perçues comme des parties indissociables d'une dynamique de réussite. Tel que stipulé dans la Charte d'Ottawa, cette concrétisation d'une démarche de bien-être rend compte du fait que la responsabilité incombe à la fois aux autorités sanitaires et à l'ensemble des partenaires qui exercent une action sur le cadre de vie des populations, comme les écoles (OMS 1986).

En octobre 2011, quelques 5948 écoliers de la maternelle à la douzième année dispersés dans les 20 écoles du District scolaire 3 ont bénéficié de cette initiative locale. Des projets pilotes ont aussi été démarrés dans des écoles francophones et anglophones du Nouveau-Brunswick, spécifiquement au sein des districts scolaires 1, 2 et 11. Une cohérence et une complémentarité de cette pratique sont ainsi assurées à travers le Comité consultatif de santé de chaque district. Une telle approche axée sur des programmes d'études permet l'atteinte d'objectifs qui visent l'épanouissement de chacun. Ce qui est fait auprès de l'écolier en classe et la formation offerte en soutien aux parents et autres acteurs permettent un développement optimal des compétences en gestion du stress. Notamment, le programme, dans son contenu vulgarisé et son approche, se base sur des données de recherches mais laisse aussi aux écoles qui s'y greffent un espace de créativité. Dans cette optique, vulgariser le stress pour qu'il devienne accessible à tous s'inscrit dans une finalité d'appuyer la mise en œuvre de la promotion de la santé telle que stipulée dans la Charte d'Ottawa (OMS, 1986).

Conclusion : avenues futures prometteuses

Le programme de « formation du formateur en gestion du stress en milieu scolaire » a reçu en 2010 la distinction de « pratique exemplaire » d'Agrement Canada décernée au Réseau de santé Vitalité du Nouveau-Brunswick. Seule démarche retenue dans les 4 zones de la province, cette « ...pratique exemplaire est une pratique digne de mention qui démontre un exemple de leadership et la prestation de services de grande qualité » (Réseau de santé Vitalité 2011 : 13). En 1994-1995, le ministère de l'Éducation du Nouveau-Brunswick a décerné au « Projet en gestion du stress chez l'enfant de l'école Notre-Dame » le prestigieux « Prix d'excellence dans l'enseignement ». Cette reconnaissance honorait la contribution de cette démarche novatrice en vue de la promotion d'une meilleure qualité de vie en milieu scolaire. Proclamée comme modèle de leadership favorisant un maillage créatif entre santé et éducation, cette démarche offre des avenues futures prometteuses en s'affichant comme un phare en promotion de la santé. Essentiellement, 2 piliers fondateurs complémentaires et indissociables peuvent être transposés ailleurs dans le monde.

Le 1^{er} pilier fondateur : positionner la santé dans une perspective de bien-être contournant ainsi l'horizon défensif de lutte contre le stress décrit comme une fatalité incontournable du monde moderne. Approcher la gestion du stress de manière positive en favorisant le bien-être et ce, à partir de la parole des enfants/écoliers, est porteuse d'espoir pour le développement d'une éducation pour la santé qui réponde aux besoins des principaux concernés.

Le 2^e pilier fondateur : mettre en œuvre des continuités au sein d'une communauté plurielle et hétérogène. Au fil des années, cette démarche a favorisé un engagement avec des acteurs et des secteurs qui ne relèvent pas du champ de la santé et avec lesquels des politiques scolaires ont été initiées et soutenues. L'émergence de pratiques à partir de l'expérience vécue des jeunes et des réflexions de tous les partenaires soucieux d'un développement global et harmonieux de l'enfant a permis la co-construction de moyens reconnus scientifiquement pour gérer le stress. Ces différents partenaires qui ont mis l'épaule à la roue depuis bientôt 25 ans ont contribué à l'émergence d'une éducation pour les enfants/écoliers au profit d'une éducation des enfants/écoliers. Puisse leur succès servir de guide à d'autres pratiques concrètes d'application de la Charte d'Ottawa ici et ailleurs dans le monde.

Références bibliographiques

- Bérubé-Saint-Amand, F. 1993. « Mon jardin secret... Projet de relaxation à l'école ». *La revue des Échanges de l'Association francophone internationale des directeurs d'établissements scolaires*, 10(3), 3-4.
- Compas, B. E. 1987. « Coping with Stress During Childhood and Adolescence ». *Psychological Bulletin*, 101(3), 393-403.
- District scolaire 3. 2009. *Ensemble, bâtissons une école efficace. Planification triennale 2009-2012*. Edmundston.
- Galyean, B.-C. 1986. *Visualisation, conscience et apprentissage*. Sainte-Foy : Centre d'Intégration de la Personne de Québec Inc.
- Guimond-Plourde, R. 1999. *Étude d'une expérience vécue de visualisation : une histoire de sens pour des jeunes du secondaire deuxième cycle*. Mémoire de maîtrise. Université du Québec à Rimouski.
- Guimond-Plourde, R. 2008. *L'éloge du partenariat pour soutenir une culture de la réussite : une perspective novatrice pour bâtir la meilleure école pour les enfants francophones du Nouveau-Brunswick*. Mémoire présenté à la Commission sur l'école francophone au Nouveau-Brunswick. Edmundston.
- Guimond-Plourde, R. 2008. *Alchimie pédagogique : quand la voix des apprenants se métamorphose en voie pédagogique*. Communication présentée dans le cadre du 15^e Congrès international de l'Association mondiale des sciences de l'éducation sous le patronage de l'UNESCO. Université Cadi Ayyad : Marrakech, Maroc.
- Guimond-Plourde, R. 2009. *Un partenariat fécond pour soutenir une culture de la réussite scolaire : le cas d'une école primaire publique francophone au Nouveau-Brunswick* dans St-Pierre, M. (dir.), *Recherches et réformes en éducation : paradoxes, dialectiques, compromis*. Actes du Colloque international de l'Association Francophone Internationale de Recherche en Éducation tenu à l'Université du Québec à Montréal.
- Guimond-Plourde, R., Bérubé, B. et Maillet, M. 1989. *Le stress chez l'enfant : Rapport des sondages*. Edmundston.
- Ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance du Nouveau-Brunswick. 2009. *Programme d'études, Formation personnelle et sociale 10^e*. Fredericton.
http://www.gnb.ca/0000/publications/servped/Formation_personnelle_et_sociale_10e_74211_CPPE09_2009.pdf
http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/services/services_renderer.10595.html#serviceDescription
- Organisation mondiale de la Santé. 1986. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève.
- Organisation mondiale de la Santé. 1997. *Les écoles promotrices de la santé : un investissement pour l'éducation, la santé et la démocratie*. Genève : Rapport OMS Europe.
- Organisation mondiale de la Santé. 1998. *Rapport sur la Santé dans le Monde 1998 – La vie au 21^e siècle, une perspective pour tous*. Genève : Rapport du Directeur général.
- Province du Nouveau-Brunswick. 2009. *Vivre bien, être bien : La stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick 2009-2013*.
<http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr.html>
- Réseau de santé Vitalité. 2011. *Rapport annuel 2010-2011* : 13.
<http://www.santevitalitehealth.ca/pdf/RapportAnnuel20102011web.pdf>

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

Judith Lapierre, Assumpta Ndengeyingoma et Jacques Boucher

Mots clés :

politiques de santé, évaluation d'impact, quartiers en santé

L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) ÉTAIT L'HÔTE, en partenariat avec le gouvernement du Sud de l'Australie, de la toute première École d'été sur la santé dans toutes les politiques (« *Health in All Policies, HiAP 2011 Summer School* »). L'auteure principale du texte compte parmi les premiers participants au programme. Sous la direction de Dre Ilona Kickbusch et la codirection de Carmel Williams, de la division de la santé dans toutes les politiques de l'État du Sud de l'Australie, l'école constitue une plateforme unique et novatrice de transfert et d'application d'approches équitables pour une gouvernance, non *de la santé* comme secteur impérialiste auprès des autres secteurs, mais bien pour une gouvernance *pour la santé*. Plus que jamais, l'urgence d'agir sur les déterminants sociaux en santé publique implore les praticiens et chercheurs en promotion de la santé de revenir aux valeurs de santé publique et aux conditions et ressources préalables à la santé promues par la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. L'action d'élaboration de politiques pour la santé nous est proposée dans cette Charte comme outil favorisant l'association des approches différentes, mais complémentaires, soit des mesures législatives, financières et fiscales et des changements organisationnels, notamment. L'action ainsi coordonnée conduit à des politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage d'équité. Ce texte propose l'intégration de la santé à toutes les politiques comme levier pour des politiques publiques favorables à la santé. Il présente ses défis, ses forces et certains des mécanismes les plus prometteurs. Il se termine en présentant un exemple concret de théorisation et d'application de la Charte d'Ottawa à la problématique de prévention de l'obésité.

La santé dans toutes les politiques

À la réunion internationale sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques (Adélaïde, 2010), un engagement formel par l'OMS envers la gouvernance partagée a été confirmé. Les fondements mêmes de l'approche de la santé dans toutes les politiques peuvent être retracés aussi

loin que dans la constitution de l'OMS en 1948 et la définition de la santé adoptée à ce moment : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Déjà, la place des mesures sociales est mise de l'avant et la vision de la santé incluant le bien-être constitue un signe avant-gardiste de la pensée conceptuelle. En 1978, la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires faisait de l'action intersectorielle une nécessité et reconnaissait la santé comme un droit fondamental et une visée sociétale. L'histoire démontre que ce qui fut retenu par cet effort de 1978 s'éloigne graduellement de l'approche proposée pour tendre vers une approche de soins de santé primaires axés sur des services et des soins de santé. Ce n'est qu'en 1986 que la gouvernance en santé revient sur le plan des politiques publiques favorables. La promotion de la santé connaît alors une effervescence et la Charte d'Ottawa devient un outil de principes et d'actions parfois intégré, mais plus souvent morcelé, où les 5 axes d'intervention ne sont pas appliqués de façon concomitante (Ridde et al. 2007) parce que les mécanismes de mise en œuvre d'une gouvernance de politiques intégrées sont toujours absents. Cependant, la Charte nous rappelle et met au premier plan les ressources préalables à la santé et les déterminants sociaux. Un autre jalon important pour le développement de l'intégration de la santé dans toutes les politiques réfère au travail pionnier du gouvernement finlandais à la présidence de l'Union européenne en 2006. Levier majeur de renforcement des capacités en matière d'intégration de l'analyse des déterminants sociaux dans la gouvernance, la Commission sur les déterminants sociaux de la santé (2009) pose clairement les enjeux, convergeant fortement vers l'intégration de la santé dans toutes les politiques. 3 recommandations émanaient du rapport et sont à nouveau soutenues en 2011 par l'Assemblée générale des Nations Unies, soit :

- Améliorer les conditions de vie quotidiennes ;
- Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources ;
- Mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action.

Ainsi, il devient nécessaire de revoir nos engagements envers les déterminants sociaux et de soutenir la création de mécanismes appuyant tous les secteurs. En 2010, la Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques souligne la nécessité d'un nouveau contrat social entre tous les secteurs pour promouvoir le développement humain, le développement durable et l'équité, et pour améliorer les résultats sur le plan sanitaire. Cela exige une nouvelle forme de gouvernance dans laquelle il existe un leadership partagé au sein des gouvernements, englobant

l'ensemble des secteurs et des niveaux gouvernementaux. La Déclaration met en lumière la contribution du secteur de la santé à la résolution de problèmes complexes que rencontrent les pouvoirs publics. Elle souligne que pour promouvoir l'intégration de la santé dans toutes les politiques, le secteur de la santé doit apprendre à travailler en partenariat avec les autres secteurs. Rechercher ensemble l'innovation au plan des politiques, des mécanismes et des instruments novateurs ainsi que de meilleurs cadres réglementaires devient prioritaire.

Défis et forces de l'approche de l'intégration de la santé dans toutes les politiques

La récente Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux (Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, 2011) appelle à une mobilisation globale envers l'équité sociale et l'équité en santé par l'action sur les déterminants sociaux. Cette déclaration annonce un virage de perspective où une meilleure gouvernance pour la santé et le développement s'annoncent comme piliers fondamentaux d'une nouvelle intersectorialité opérationnalisée. Valorisant une gouvernance pour la santé, l'engagement promu s'arrime aux Objectifs du Millénaire pour le développement. La participation de la société civile et du secteur privé est renforcée et la problématique des inégalités sociales de santé est recontextualisée selon les préoccupations du jour. Les déterminants sociaux sont revus sous l'influence de structures sociétales, économiques, environnementales et comportementales et mènent à une compréhension plus systémique et globale des enjeux. Les services de prévention et de promotion regagnent leur statut fondamental. L'imputabilité de surveillance du gradient social au niveau global et l'évaluation des meilleures pratiques sont attendues. Les défis sont grands, la solution complexe mais définie. L'approche de l'intégration de la santé dans toutes les politiques (OMS 2010) comprend certes plusieurs défis, notamment :

- Bien comprendre les programmes d'action politique, les agendas et les impératifs administratifs des autres secteurs ;
- Développer les bases de connaissances sur lesquelles reposent les options et stratégies ;
- Apprécier les conséquences pour la santé des différentes options dans le cadre du processus d'élaboration de politiques, de programmes ou d'activités ;
- Créer des occasions régulières de dialogue et de résolution des problèmes avec les autres secteurs ;
- Évaluer l'efficacité de l'action intersectorielle et de l'élaboration de politiques intégrées ;

- Développer les capacités par des mécanismes, des ressources et un soutien amélioré ;
- Travailler avec les autres services gouvernementaux pour atteindre leurs buts dans des négociations où chacun y gagne et, ce faisant, promouvoir la santé et le bien-être.

Les forces de l'approche (ASPC 2007) sont conformes aux recommandations de la Déclaration de Rio et de la Déclaration des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies chroniques (2011). La préoccupation globale envers la hausse des maladies chroniques précoces et évitables est un signe de reconnaissance des impacts majeurs des maladies chroniques sur la santé, la qualité de vie et l'espérance de vie et sur le développement local et mondial. La déclaration de Rio place les déterminants sociaux au cœur des solutions pour contrer les inégalités de santé grandissantes observées partout à travers le monde. L'approche de l'intégration de la santé dans toutes les politiques contribue à une plus grande cohérence politique, elle informe la prise de décision, elle soutient l'innovation et l'équité en santé, en plus de favoriser le développement durable. Le développement des capacités et le consensus autour d'objectifs, malgré des intérêts divergents, libèrent des leviers stratégiques locaux pour la promotion de la santé à proximité et dans l'esprit de développement et d'urbanisme durable, créant ainsi des communautés vibrantes. De plus, l'intelligence collective ainsi énergisée amène une restructuration possible mobilisant les approches gouvernementales horizontales et verticales vers une approche pan sociale pour soutenir l'élaboration de politiques. Une convergence inégalée peut mener au changement nécessaire et à un éclairage nouveau des causes des causes (« causes of the causes », Commission sur les déterminants sociaux de la santé 2009).

Mécanismes prometteurs et leviers politiques

Les études d'impacts sur la santé et l'analyse sous l'angle de la santé sont deux moyens proposés et soutenus par l'OMS dans la promotion de l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Selon le consensus de Göteborg (1999), les études d'impacts sur la santé constituent une combinaison de procédures, méthodes et outils qui permettent de juger d'un programme ou d'un projet quant aux effets potentiels sur la santé d'une population et à la distribution de ces effets au sein de cette population (OMS 1999). 5 étapes sont attribuées aux études d'impact sur la santé : sélection, délimitation et définition, analyse, recommandation, suivi et évaluation. Elles peuvent être prospectives, contemporaines ou rétrospectives. Moins complexes et plus souples, les analyses sous l'angle

de la santé (« health lens ») favorisent le dialogue et les négociations entre les différents acteurs des secteurs interpellés par l'enjeu sur la table. Ces dernières transforment les perspectives spécifiques de chacun des détenteurs d'enjeux pour tendre vers une conceptualisation plus globale et inclusive des impacts potentiels sur la santé, le bien-être, la qualité de vie et le développement social de la communauté. Elles comprennent 4 étapes, soit :

- L'engagement avec des partenaires ;
- La recension des écrits et des données probantes ;
- L'émergence de recommandations convergentes avec identification des implications pour chacune des recommandations ;
- La navigation qui propose l'entente sur un rapport final et sa diffusion pour assister la prise de décision.

Les 2 outils que nous proposons se posent alors comme des mécanismes de développement de politiques publiques favorables à la santé et au développement, et ce, à tous les niveaux gouvernementaux. On entre alors dans un tout autre paradigme de gouvernance pour la santé, bénéfique au développement durable et à la qualité de vie, tenant compte des Objectifs du Millénaire pour le développement. Issu du développement durable, « penser globalement, agir localement » prend tout son sens avec l'intégration de la santé dans toutes les politiques. L'analyse sous l'angle de la santé est une option prometteuse comme outil de prise de décision pour les municipalités. L'État de l'Australie du Sud innove par une réorientation confirmée des priorités vers la promotion et la prévention. Cet État vient d'opter pour une reformulation de son acte de santé publique en juin 2011, favorisant l'intégration de la santé dans toutes les politiques et à la différence de l'article 54 de la Loi sur la santé publique du Québec, duquel elle s'est fortement inspirée et qui officialise depuis 2002 l'utilisation des études d'impacts sur la santé au sein de l'appareil gouvernemental provincial, elle transfère aux gouvernements locaux une part des activités de promotion de la santé, élargissant ainsi leur mandat. Les écrits confirment depuis une décennie le renforcement du rôle des gouvernements locaux sur la santé, la qualité de vie et le développement de ses citoyens. En complémentarité aux services de santé publique, ils deviennent en Australie du Sud un partenaire prioritaire du ministère de la Santé et deviennent imputables de remplir ce nouveau mandat. Au Québec, avec les approches du Réseau québécois des villes et villages en santé au sein des municipalités, et celles plus récentes du Carrefour action municipale et famille, organisme sans but lucratif engagé dans la promotion, la mise en œuvre, l'accompagnement et le suivi des politiques familiales municipales et de la démarche Municipalité amie des aînés, les pions sont placés pour une gouvernance

locale pour la santé. La volonté politique, les mécanismes et les structures se prêtent à une telle mobilisation. Il reste à savoir si le partenaire principal, soit les municipalités, a les ressources, les connaissances, le savoir, l'expertise et le temps de prendre ce virage. Quoi qu'il en soit, la santé est maintenant l'affaire de tous et l'intégration de la santé dans toutes les politiques invite à une concertation avec la santé publique. Au Québec, les récentes équipes en saines habitudes de vie ont été constituées pour répondre aux demandes du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (2006-2012). Bien que les équipes soient limitées en termes de ressources humaines, leur mandat prioritaire d'action vise la promotion d'environnements favorables au sein de tables intersectorielles locales. En ce sens, elles constituent un noyau de base essentiel au développement de partenariats, reconnu comme la pierre angulaire d'une approche pansociale préventive. Ces partenariats avec la société civile, les entreprises privées, les universités, les organismes à but non lucratif et les acteurs d'économie sociale dont tout le mouvement coopératif, sont des avenues non seulement prometteuses mais nécessaires pour l'atteinte d'objectifs communs de développement social et de santé.

Repenser la santé : un pas vers l'intégration de la santé dans toutes les politiques

Un changement de paradigme s'impose dans notre façon de conceptualiser la santé populationnelle. La santé demeure une ressource et un droit tel que le propose l'OMS. À la lumière des récentes déclarations des Nations Unies et de celle sur les déterminants sociaux, il nous apparaît fondamental comme étape préalable de revoir notre conception de la santé. En s'engageant dans la gouvernance globale pour la santé, une définition inclusive du bien-être et de la qualité de vie en contexte de chronicités diverses, précoces et grandissantes s'impose. Inspirée des réflexions récentes sur la définition du concept et des assises de l'OMS, elle reflète la vision de groupes autochtones de l'Australie, du Canada et de la Nouvelle-Zélande pour lesquels la dimension collective est fondamentale à l'équilibre personnel.

La santé reflète un processus dynamique personnel, social, spirituel, émotionnel et collectif d'adaptabilité, de capacité à résister aux épreuves, de vitalité et d'épanouissement. La santé est un droit fondamental et une ressource pour accomplir les activités quotidiennes avec plaisir et énergie. La santé est associée aux facteurs clés nommément, les déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

(Lapierre 2011, inspiré de l'OMS 1986 ; Baum et Laris 2010 ; Machteld et al. 2011 ; Kenneth et al. 2011 ; National Health and Medical Research Council SA 1996 ; Üstün et Jakob 2005 ; WHO 2008 ; Friel et al. 2008 ; Kickbusch 2007).

La Charte appliquée à la promotion de modes de vie sains et d'environnements favorables

L'intégration de la santé dans toutes les politiques a orienté la conceptualisation de notre modèle logique de recherche-action participative en promotion de la santé financée dans le cadre d'une action concertée pour la prévention des problèmes reliés au poids (Fond québécois de recherche sur la société et la culture). Notre étude s'intéresse au phénomène de participation citoyenne pour la santé. Au moment où les systèmes parviennent difficilement à répondre à la hausse de la demande en contexte de pénurie de ressources, aux revendications de démocratisation des savoirs de la santé et de déprofessionnalisation de la santé primaire pour une vie saine, la gouvernance pour la santé devient une solution au développement de la proposition d'une vision pansociale de la santé pour le développement humain, promue par les Nations Unies et l'OMS. La prévention de l'obésité, comme cible de notre étude, suppose une approche systémique et intégrée pour s'attaquer aux fondements des causes de l'obésité comme problème de santé publique pernicieux (« *wicked* ») pour lequel des actions coordonnées et concertées sont nécessaires (ASPC 2011 ; Herriott 2008 ; Kickbusch 2010). Le modèle logique de Quartiers en santé propose une série de moyens tirés de domaines d'interventions intégrées associées aux secteurs de la Charte en plus d'un nouveau secteur priorisé, celui de la surveillance et de la recherche fondamentale et appliquée en promotion de la santé. Les moyens ciblés par la recherche subventionnée favorisent l'atteinte de résultats macrosociétaux, intermédiaires ou régulateurs de facteurs de risque de l'obésité et microsociétaux, sur l'individu, la famille et la collectivité. Finalement, des impacts sont anticipés sur les divers capitaux d'une communauté en santé selon Hancock (INSPQ 2002) auxquels furent ajoutés des capitaux politiques et citoyens pour agir de façon plus systématique sur les inégalités de santé.

Conclusion

L'intégration de la santé dans toutes les politiques offre une avenue systémique et systématique pour agir sur les déterminants sociaux et structurels de la santé. Bien que plusieurs gouvernements œuvrent déjà en mode intersectoriel, soit par des actions gouvernementales horizontales ou verticales, la mise en place de mécanismes permanents soutenant les démarches partenariales est nécessaire. L'intégration de la santé dans toutes les politiques inspire le développement de politiques basées aussi sur les données probantes, la participation citoyenne, et recadre l'approche, la pratique et la science de promotion de la santé. 25 années après sa création, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé inspire

profondément nos pratiques traditionnelles de la santé publique en appuyant le développement d'outils actualisés reflétant l'évolution et la modernité des gouvernances actuelles. Renverser les inégalités de santé, promouvoir la justice sociale et favoriser la participation citoyenne sont des enjeux de l'heure inscrits dans les fondements même de la Charte. Maintenant, l'atteinte de ces cibles dépend de notre engagement dans la réalisation de recherches-actions ou d'études interventionnistes transdisciplinaires et intersectorielles en promotion de la santé, basées sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques.

Références bibliographiques

- Agence de la santé publique du Canada. 2007. *Crossing Sectors: Experiences in Intersectoral Action, Public Policy and Health* : Ottawa.
- Agence de la santé publique du Canada. 2011. *The Chief's Public Health Officers Report on the State of Public Health in Canada: Youth and Young Adults – Life in transition* : Ottawa.
- Baum, F. et Laris, P. 2010. *Improving health equity : Action on the social determinants of health through Health in All Policies*. Chapitre 2.
- Friel, S, et al. 2008. « Global health equity and climate stabilization : A common agenda ». *Lancet*, 8(372), 1677-1683.
- Herriot, M. 2008. « Case study Healthy Weight ». *Public Health Bulletin Health in all Policy*, 5(1), 35-39.
- Institut national de santé publique. 2002. *La santé des communautés. Perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*.
- Kenneth, E., Powell, Paluch, A.E., Blair, S.N. 2011. « Physical Activity for Health: What Kind ? How Much ? How Intense ? On Top of What ? » *Annual Review Public Health*, 32(1) : 349-65.
- Kickbusch, I. 2007. *Health in All Policy – the Ten Principles*. <http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/bd468c8043aee502b62ffeed1a914d95/tenprinciples-hiap-phcc-1004.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=bd468c8043aee502b62ffeed1a914d95>
- Kickbusch, I. 2010. *Health in All Policies : the evolution of the concept of horizontal health governance in Implementing Health in All Policies Adelaide 2010*. Edited by Kickbusch, I. and Buckett, K. Adelaide : Government of South Australia.
- Machteld, H. et al. 2011. « How should we define health ? ». *British Medical Journal*, 343 : d4163.
- National Health and Medical Research Council. Promoting the health of Indigenous Australians. *A review of infrastructure support for Aboriginal and Torres Strait Islander health advancement*. Final report and recommendations. Canberra: NHMRC, 1996 : part 2 : 4.
- Organisation mondiale de la Santé. 1986. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.
- Organisation mondiale de la Santé. 2008. *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : Les soins de santé primaires: maintenant plus que jamais* : Genève.
- Organisation mondiale de la Santé. 2009. *Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : Rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé* : Genève.
- Organisation mondiale de la Santé. 2010. Déclaration d'Adélaïde. Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être. Tenir compte de la santé améliore l'efficacité de la gouvernance. Une gouvernance plus efficace améliore la santé : Genève.
- Ridde, V., Guichard, A. et Houéto, D. 2007. « Les inégalités sociales de santé d'Ottawa à Vancouver : Agir pour une égalité équitable des chances ». *Promotion & Éducation, Supplément Hors-série 2* : 44-47.
- Üstün, B. et Jakob, R. 2005. « Calling a spade a spade : meaningful definitions of health conditions ». *Bull World Health Organization* , 83 : 802.

IL N'Y A PAS DE DOUTE SUR LE FAIT QUE LA CHARTE D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ MARQUE UN TOURNANT MAJEUR DANS LA FAÇON DE CONCEVOIR LES QUESTIONS DE SANTÉ EN ABORDANT DE FRONT LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ.

L'ensemble des textes de la publication fait d'ailleurs ressortir la nécessité de continuer à considérer un ensemble de conditions économiques et sociales afin d'améliorer la santé et le bien-être des populations. L'adoption de la Charte d'Ottawa s'inscrit dans une histoire de santé publique et un environnement politique particulier. Nous ne sommes pas moins aujourd'hui profondément attachés aux valeurs et principes de la Charte, proposant un réel projet de société. Ceci dit, elle est amenée à évoluer avec le temps et avec les gens, selon les époques, les contextes, les réalités, les besoins, les attentes et les rêves de chacun. Elle est pour ainsi dire en éternelle construction. Les 5 stratégies de promotion de la santé sont, elles aussi, loin de constituer un cadre de référence rigide. Elles peuvent être en effet redéfinies et adaptées selon les différents contextes d'intervention et les besoins des populations.

Aussi extraordinaire soit-elle, la Charte d'Ottawa restera éternellement perfectible. Sans avoir la prétention de la réécrire, les auteurs des différents textes de la publication suggèrent quelques pistes de solution pour améliorer son application. À partir de plusieurs constats, ils proposent d'enrichir son contenu pour le bénéfice de son utilisation.

Principaux constats et actions à prendre :

Influence de la Charte

L'adoption de la Charte a débouché sur une professionnalisation de la promotion de la santé en tant que champ d'action à part entière. Dans certains pays, la Charte a même engendré des modifications sur le plan législatif (adoption de lois et de règlements, etc.) et des changements organisationnels (création de directions de promotion de la santé, élaboration de politiques et de programmes spécialisés en promotion de la santé,

etc.), ce qui a eu un impact déterminant sur les pratiques des acteurs de la santé publique. La Charte d'Ottawa jouit toujours à l'heure actuelle d'un pouvoir d'influence en tant que texte fondateur de la promotion de la santé. Certaines actions doivent toutefois être entreprises afin d'augmenter sa visibilité et sa notoriété.

Adaptation du contenu de la Charte

Le contenu (valeurs, principes et stratégies) de la Charte d'Ottawa demeure pertinent sur le plan théorique mais doit être adapté selon l'évolution des contextes politiques, économiques, socio-sanitaires et culturels. Des concepts essentiels tels le développement durable, les inégalités sociales de santé, l'équité en santé, etc. doivent désormais être intégrés dans les actions de promotion de la santé. Des amendements allant de l'ajout d'une stratégie pour favoriser la recherche en promotion de la santé à la mise sur pied de mécanismes de suivi et d'évaluation sont également proposés.

Promotion de la Charte

L'importance de continuer à se référer à la Charte d'Ottawa, tout en la rendant plus opérationnelle, est soulignée afin de la faire connaître auprès d'un plus grand nombre d'acteurs de la santé publique et de renforcer ainsi son utilisation à l'échelle de la Francophonie. Pour ce faire, la promotion de la Charte doit passer par un exercice de simplification/vulgarisation de son contenu afin que l'ensemble des groupes concernés et impliqués par l'amélioration de la santé publique s'approprie ses valeurs et principes. Par ailleurs, une meilleure appropriation des pratiques de promotion de la santé peut se faire par le biais d'autres formes d'accompagnement tels que la formation, l'appui technique et le service-conseil.

Plaidoyer en faveur de la promotion de la santé

Des actions de plaidoyer sur le bien-fondé de la promotion de la santé, notamment pour réduire les inégalités sociales de santé, sont nécessaires pour convaincre les populations, les pouvoirs publics, les investisseurs privés et autres parties prenantes de son utilité et ainsi mobiliser plus de ressources. Le fait de concevoir l'approche de la promotion de la santé et de la reconnaître comme moyen de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être des populations est une condition *sine qua none* à l'instauration d'une véritable culture de promotion de la santé.

Meilleur arrimage

La collaboration intersectorielle doit impérativement être renforcée entre le secteur de la santé et les autres secteurs, à travers la consultation et le

partenariat, en vue de développer des stratégies d'intervention durables. Elle est un pré-requis essentiel à l'intégration de la santé dans toutes les politiques qui interpelle tous les secteurs dans l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé. Une plus grande concertation entre les différents secteurs favorisera un meilleur arrimage entre les actions de promotion de la santé menées de part et d'autre, tout en soutenant la gouvernance pour la santé.

Nouveaux défis

Hormis la diversité et la complexité des contextes dans lesquels se meut la Charte d'Ottawa, il reste un certain nombre de défis à relever pour réellement faire évoluer les pratiques. Le besoin de renforcer les approches participatives, le travail en partenariat et la collaboration intersectorielle, la nécessité d'augmenter la disponibilité des ressources et l'importance de se doter d'outils d'évaluation se sont par exemple fait ressentir. D'une façon générale, il ressort que les actions visant l'amélioration de la santé et du bien-être des populations ainsi que la réduction des inégalités au sens large doivent considérer la promotion de la santé en amont. Le grand défi de la promotion de la santé est qu'elle continue de se positionner comme une approche incontournable dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

En dépit des quelques actions à prendre mentionnées, la Charte d'Ottawa continuera d'encadrer la pratique de santé publique d'ici les prochaines années. En tant que texte fondateur de la promotion de la santé, elle constitue sans équivoque une source d'inspiration et une aspiration à construire un monde meilleur, plus juste et équitable.

Que retenir ?

Au cours du dernier quart de siècle, la pensée en santé publique a évolué vers une approche beaucoup plus globale. Mais 25 ans après, certains seront tentés de se demander ce que la Charte d'Ottawa a concrètement changé et en quoi ce *petit vilain canard de deux pages*, comme s'amusaient à l'appeler les délégués par ce temps froid de novembre 1986, a réussi à faire évoluer les pratiques ? Lester Breslow¹ considérait qu'elle constitue la troisième plus grande révolution de la santé publique et qu'elle a été l'un des événements les plus importants de l'histoire de la santé. Dans une certaine mesure, nous dirons qu'elle force à réfléchir sur le nécessaire changement de paradigme qui doit s'opérer dans le champ de la santé. Au

¹ Considéré comme l'un des plus grands épidémiologistes de son époque, il naît en 1915 et meurt le 9 avril 2012. Professeur émérite, il a dirigé l'école de santé publique de l'Université de la Californie à Los Angeles et a eu une très grande influence sur le champ de la promotion de la santé.

cours des dernières années, l'explosion des coûts de santé, la perte de légitimité des approches technocratiques ou la multiplication des maladies chroniques ont contribué à renforcer la légitimité d'une approche davantage centrée sur la prévention.

L'amélioration de l'état de santé des collectivités transcende l'individu et se matérialise au sein de son environnement familial, professionnel, social et culturel et met en jeu les domaines bio-psycho-sociaux et environnementaux. Ceci est d'autant plus important que les résultats en matière de santé sont fortement déterminés par les niveaux de développement des autres secteurs de la société, niveaux qui, à leur tour, sont dépassés si ces résultats s'améliorent. La bonne santé n'a jamais été une fin en soi. Il n'y a cependant pas de doute qu'elle constitue le premier socle sur lequel repose une vie active et satisfaite. En fait, elle demeure un indice précieux pour mesurer le degré d'avancement d'une société car elle est l'expression tangible des principes d'équité et d'égalité des chances qui doivent définir l'ensemble de nos collectivités.

Les textes rassemblés dans cette publication illustrent la diversité, la richesse et la faisabilité des expériences issues du champ de la promotion de la santé et qui s'appuient sur les axes stratégiques préconisés par la Charte d'Ottawa. Les années qui ont suivi la mise en place de cette importante Charte ont été riches en activités de promotion de la santé. À l'échelle internationale, plusieurs stratégies d'envergure en matière de lutte contre le tabagisme, l'obésité et le VIH/SIDA ont été créées. Il ne fait aucun doute que la Charte d'Ottawa a contribué à inscrire la promotion de la santé à l'ordre du jour politique mondial et à faire véhiculer l'idée mais aussi l'importance des déterminants sociaux de la santé. Parce qu'elle reconnaît explicitement la nécessité d'une médiation/conciliation entre les intérêts des différents acteurs impliqués en santé et celle d'une collaboration intersectorielle ou interdisciplinaire, elle a jeté les balises d'une réorganisation de nos systèmes de santé et d'un élargissement de ses registres d'expertise.

Mais il faut se garder d'un enthousiasme inconsidéré et reconnaître que la Charte d'Ottawa, en dépit de ses mérites, n'a pas réussi à obtenir le retentissement qu'elle aurait dû avoir dans le cœur et l'esprit des gens. Si plusieurs réalisations en santé publique sont associées à la promotion de la santé, c'est un fait qu'il existe encore de fortes disparités en matière d'état de santé entre les groupes sociaux et que de nouveaux enjeux viennent limiter l'efficacité des pouvoirs publics. En effet, alors que nous pourrions

nous réjouir des efforts en matière de prévention du tabagisme, les préoccupations sont tournées vers la nouvelle épidémie d'obésité. Le plafonnement de la performance des interventions de promotion de la santé s'explique en partie par le fait que la santé publique est encore malheureusement axée sur une moralisation des modes de vie au détriment d'approches fondamentales écologiques et systémiques.

Sans peindre le diable sur la muraille, il nous semble particulièrement important de faire preuve de vigilance afin que ne s'opère pas ce basculement qu'on observe vers un modèle sanitaire greffé d'une utopie scientifico-technique trop souvent appréhendée sous le seul prisme biomédical. La promotion de la santé souffre encore d'une grande fragilité qui tient en partie au doute persistant que ressentent nombre d'acteurs du domaine de la santé quant à son efficacité. Les exemples ont beau se multiplier, les démonstrations rigoureuses s'accumuler, le doute continue de persister, en dehors du groupe restreint de ceux qui la pratiquent. Les expériences tirées de ces contributions démontrent la quantité de défis à relever pour la promotion de la santé au 21^e siècle.

Mais il ne faut pas désespérer et encore moins s'affliger car les raisons de se réjouir sont nombreuses. Il ressort très nettement que les principes établis à Ottawa et développés ensuite dans les différentes déclarations et chartes de l'Organisation mondiale de la Santé, sont fortement ancrés dans le cadre de référence des pratiques de promotion de la santé. Il est idiot de vouloir changer le monde mais criminel de ne pas essayer. À cet égard, nous sommes d'avis que les faits qui se dégagent des rapports de terrain à l'échelle de la planète laissent présager que les enseignements tirés de la mise en œuvre de la Charte d'Ottawa ces 25 dernières années seront exploités et détermineront l'avenir de la promotion de la santé.

LA PREMIÈRE CONFÉRENCE INTERNATIONALE POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ, RÉUNIE À OTTAWA EN CE 21^E JOUR DE NOVEMBRE 1986, ÉMET LA PRÉSENTE CHARTE POUR L'ACTION, VISANT LA SANTÉ POUR TOUS D'ICI L'AN 2000 ET AU-DELÀ.

Cette conférence était avant tout une réaction à l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement de santé publique dans le monde. Les discussions se sont concentrées sur les besoins des pays industrialisés, tout en tenant compte des problèmes de toutes les autres régions. La Conférence a pris comme base de départ les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma Ata sur les soins primaires, au document "Les buts de la Santé pour tous", et au récent débat sur l'action intersectorielle pour la santé, dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la Santé.

Promotion de la santé

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

Conditions préalables à la santé

Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.

Promouvoir l'idée

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

Conférer les moyens

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

Servir de médiateur

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

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

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

Élaborer une politique publique saine

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

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

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

Créer des milieux favorables

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

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

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

L'évaluation systématique des effets du milieu sur la santé - et plus particulièrement dans les domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation, qui évoluent rapidement - est indispensable; de plus, elle doit être suivie d'une intervention garantissant le caractère positif de ces effets. La protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention majeure dans toute stratégie de promotion de la santé.

Renforcer l'action communautaire

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

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

Acquérir des aptitudes individuelles

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

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

Réorienter les services de santé

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

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

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

Entrer dans l'avenir

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

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

L'engagement face à la promotion de la santé

Les participants de cette conférence s'engagent :

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

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

Appel pour une action internationale

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

Les participants de la conférence sont fermement convaincus que si les gens de tous milieux, les organismes non gouvernementaux, les associations bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la Santé et toutes les autres instances concernées s'unissent pour lancer des

stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales inhérentes à cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra une réalité.

Cette CHARTE pour l'action a été élaborée et adoptée par une conférence internationale organisée conjointement par l'Organisation mondiale de la Santé, le Ministère canadien de la Santé et du Bien-être social et l'Association canadienne de santé publique. Deux cent douze délégués de 38 pays se sont rencontrés du 17 au 21 novembre 1986 à Ottawa (Canada) pour échanger connaissances et expériences en promotion de la santé.

La Conférence a stimulé un dialogue ouvert entre profanes et professionnels de la santé et d'autres secteurs, entre représentants des agences gouvernementales, bénévoles et communautaires, ainsi qu'entre politiciens, administrateurs, universitaires et praticiens. Les participants ont eu l'occasion de coordonner leurs efforts et de mieux définir les grands problèmes, tout en renouvelant leur engagement individuel et collectif face à l'objectif commun de la Santé pour tous d'ici l'an 2000.

Cette CHARTE pour l'action reflète l'esprit de celles qui l'ont précédée, dans lesquelles on reconnaissait et traitait les besoins des populations. Elle présente les stratégies et méthodes fondamentales de promotion de la santé que les participants considèrent indispensables à l'accomplissement de progrès majeurs. Le rapport de la Conférence traite en détail les questions soulevées, offre des exemples concrets et des suggestions pratiques sur la façon dont nous pouvons faire de réels progrès, et précise l'engagement exigé des nations et des groupes concernés.

La démarche vers une nouvelle santé publique est désormais évidente dans le monde entier. Elle a d'ailleurs été confirmée non seulement par les expériences, mais aussi par les engagements des participants de la Conférence; ceux-ci, qui étaient invités à titre individuel en fonction de leur spécialisation, représentaient les pays suivants : Angleterre, Antigua, Australie, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Danemark, Écosse, Espagne, États-Unis, Finlande, France, Ghana, Hongrie, Islande, Israël, Italie, Japon, Malte, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pays-Bas, Pays de Galles, Pologne, Portugal, République démocratique allemande, République fédérale allemande, République d'Irlande, Roumanie, St. Kitts-Nevis, Soudan, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie, Ulster, Union des Républiques Socialistes Soviétiques et Yougoslavie.

ÉLABORER UNE POLITIQUE PUBLIQUE SAINÉ

CRÉER DES MILIEUX FAVORABLES

RENFORCER L'ACTION COMMUNAUTAIRE

ACQUÉRIR DES APTITUDES INDIVIDUELLES

RÉORIENTER LES SERVICES DE SANTÉ