



ONZE FONDAMENTAUX EN PROMOTION DE LA SANTÉ : DES SYNTHÈSES THÉORIQUES

DOSSIER COORDONNÉ PAR
• HÉLÈNE LAMBERT

AVEC LES CONTRIBUTIONS DE
• ISABELLE AUJOLAT
• TIMOTHEE DELESCUSE
• DOMINIQUE DOUMONT
• CHRISTINE FERRON



Décembre 2021

Dossier coordonné par Hélène Lambert¹

Préface rédigée par Timothee Delescluse³ et Christine Ferron².

La fiche sur la promotion de la santé a été rédigée par Christine Ferron².

La fiche sur l'éthique a été rédigée par Timothée Delescluse³ et Christine Ferron².

Les fiches suivantes ont été rédigées par Hélène Lambert¹, avec les contributions de : Isabelle Aujoulat¹, Timothée Delescluse³, Dominique Doumont¹, Christine Ferron² pour la conception et la relecture critique de l'ensemble du document, et d'Océane Le Boulengé¹, Ségolène Malengreaux¹, Claire Deltenre et Lucie de Meester (mémoires à l'UCLouvain/IRSS-RESO dans le cadre de leur master en sciences de la santé publique à l'UCLouvain), pour leur contribution à la rédaction ou leur relecture de certaines fiches.

La conclusion a été rédigée par Dominique Doumont¹ et Isabelle Aujoulat¹.

¹ UCLouvain/IRSS-RESO, Fédération Wallonie Bruxelles, Belgique

² Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé, Aubervilliers, France

³ Promotion Santé Normandie, Rouen, France

REMERCIEMENTS :

- **Pour leurs retours à l'occasion d'un moment d'échange** : Denis Mannaerts et Maite Cuvelier (Cultures&Santé), Tiphaine Alonzo et Laure Bidaux (Promotion Santé Normandie), Chloé Hamant (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Auvergne-Rhône Alpes), Katherine Loayza (Question Santé), Lucie Cros et Anne Sizaret (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Bourgogne-Franche Comté)
- **Pour sa contribution à la conception du projet** : Bénédicte Scheen (UCLouvain/IRSS-RESO, mars 2018 - décembre 2020)
- **Pour la coordination de la mise en page** : Théophile Pitsaer (UCLouvain/IRSS-RESO)
- **Pour le design et la mise en page du document** : Olivier Vertcour (Alakazam)

Pour citer ce dossier : Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., Ferron C. (Décembre 2021).

Onze fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, 64 p.



Avec le soutien de :



○ TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
● AGIR EN PROMOTION DE LA SANTÉ	6
● 1 : AGIR DANS UNE PERSPECTIVE ÉTHIQUE.....	11
● 2 : AGIR POUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ	17
● 3 : AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ.....	21
● 4 : ADAPTER LES INTERVENTIONS AUX TYPES DE PUBLICS	26
● 5 : AGIR EN S'APPUYANT SUR LES PRINCIPES DE L'APPROCHE ÉCOLOGIQUE	32
● 6 : AGIR SUR BASE DE FONDEMENTS PROBANTS AVEC UN CROISEMENT DES SOURCES DE CONNAISSANCES.....	36
● 7 : RENFORCER LE POUVOIR D'AGIR DES PERSONNES ET DES COMMUNAUTÉS	40
● 8 : DÉVELOPPER DES PARTENARIATS INTERSECTORIELS AU SERVICE DE LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES ».....	45
● 9 : INSCRIRE LES ACTIONS DANS LA DURÉE	49
● 10 : INSCRIRE LES ACTIONS DANS UNE DÉMARCHE PARTICIPATIVE.....	53
● 11 : INSCRIRE LES ACTIONS DANS UNE DÉMARCHE DE DÉVELOPPEMENT DURABLE	58
CONCLUSION.....	63

○ LISTE DES FIGURES

FIG.1	CHARTRE D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ	7
FIG.2	MODÈLE D'ANALYSE DE L'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES EN PROMOTION DE LA SANTÉ.....	8
FIG.3	CYCLE DE PROJET DE PROMOTION DE LA SANTÉ SELON MÉDECINS DU MONDE	8
FIG.4	LES VALEURS RETENUES POUR SOUTENIR L'ANALYSE ÉTHIQUE EN SANTÉ PUBLIQUE	14
FIG.5	CADRE CONCEPTUEL DES PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ SELON WHITEHEAD ET DAHLGREN (1991).....	22
FIG.6	CADRE CONCEPTUEL DE LA COMMISSION DES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ (2009)	23
FIG.7	CADRE CONCEPTUEL DE LA SANTÉ ET DE SES DÉTERMINANTS SELON LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2010)	23
FIG.8	LES DIFFÉRENTES COMPOSANTES DE LA LITTÉRATIE SELON SØRENSEN ET SES COLLABORATEURS (2012).....	28
FIG.9	MODÈLE PRÉLIMINAIRE POUR AMÉLIORER LA COMPÉTENCE CULTURELLE DES SERVICES ET PROGRAMMES DE SANTÉ SELON JONGEN ET SES COLLABORATEURS (2017)	29
FIG.10	MODÈLE ECOLOGIQUE SELON BRONFENBRENNER (1979) SCHÉMATISÉ PAR ABSIL ET SES COLLABORATEURS (2011)	33
FIG.11	MODÈLE DE L'APPROCHE ECOLOGIQUE DANS LES PROGRAMMES DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION SELON RICHARD ET SES COLLABORATEURS (1996)	34
FIG.12	LES DIFFÉRENTES SOURCES DES DONNÉES PROBANTES SELON HAMANT ET SES COLLABORATEURS (2022).....	37
FIG.13	FACTEURS INFLUENCANT LES DÉMARCHES D'INTERVENTION BASÉES SUR LES DONNÉES PROBANTES SELON VINCENTEN ET SES COLLABORATEURS (2019).....	38
FIG.14	LE MODÈLE DU PROCESSUS D'EMPOWERMENT INDIVIDUEL SELON CATTANEO ET SES COLLABORATEURS (2010)....	42
FIG.15	LE MODÈLE DU PROCESSUS D'EMPOWERMENT COMMUNAUTAIRE SELON WOODALL ET SES COLLABORATEURS (2010).....	42
FIG.16	LA SANTÉ COMME APPROCHE GLOBALE ET TRANSVERSALE AUX POLITIQUES DE LA COMMUNE	46
FIG.17	CADRE CONCEPTUEL DE LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE POUR UN CHANGEMENT SOCIAL EN FAVEUR DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ SELON DE MONTIGNY ET SES COLLABORATEURS (2019)	47
FIG.18	LES DIFFÉRENTES DIMENSIONS DE LA DURABILITÉ SELON SCHELL ET SES COLLABORATEURS (2013)	50
FIG.19	CADRE CONCEPTUEL DE LA DURABILITÉ DYNAMIQUE SELON CHAMBERS ET SES COLLABORATEURS	51
FIG.20	L'ÉCHELLE DE LA PARTICIPATION SELON ARNSTEIN (1969) TRADUIT PAR BOURQUE (2013) ET ADAPTÉ PAR SCHEEN (2018).....	54
FIG.21	CLASSIFICATION DE LA PARTICIPATION SELON L'IREPS BRETAGNE (2011) ET ADAPTÉ PAR SCHEEN (2018).....	55
FIG.22	CONNEXIONS ENTRE NATURE, SERVICE ÉCOSYSTÉMIQUES, JUSTICE ENVIRONNEMENTALE ET SANTÉ PUBLIQUE SELON JENNINGS ET SES COLLABORATEURS (2016).....	60

○ INTRODUCTION

Le projet de collaboration entre le l'UCLouvain/IRSS-RESO, service universitaire de promotion de la santé de l'Université catholique de Louvain en Belgique¹, et deux associations de promotion de la santé en France (Promotion Santé Normandie et la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé - Fnes) est né d'un constat : bien que mobilisés par les acteurs au quotidien, plusieurs principes à la base des interventions de promotion de la santé n'ont fait l'objet que de peu de publications, accessibles, appropriables et élaborées à partir de la littérature scientifique et grise récente.

Notre objectif est d'aider tout professionnel se réclamant de la promotion de la santé à développer ses connaissances des fondamentaux de ce domaine d'intervention ; à identifier et visualiser les interrelations entre ces fondamentaux. Cette approche conceptuelle et dynamique des principes d'intervention de la promotion de la santé a pour ambition de mettre à la disposition des professionnels des arguments nécessaires pour plaider en faveur de ces principes.

Notre production finale, dont la publication actuelle n'est qu'une étape, prendra la forme d'une page web interactive reprenant de façon visuelle les imbrications entre tous les principes d'intervention. Ainsi articulés entre eux, les fondamentaux de la promotion de la santé constituent une sorte de constellation guidant le professionnel de la promotion de la santé dans ses actions au service de la santé.

D'ici là, nous avons tenu à partager, avec le statut d'un « travail en cours », les onze synthèses argumentées de plusieurs fondamentaux en promotion de la santé. Dans leur forme actuelle, les onze synthèses peuvent apparaître essentiellement théoriques, mais dans la suite de notre travail, nous souhaitons illustrer ces principes fondamentaux et les faire dialoguer avec des éléments plus concrets, comme des exemples d'interventions inspirantes, menées par des acteurs de promotion de la santé en Belgique ou en France.

Au fait, pourquoi le RESO, Promotion Santé Normandie et la FNES ?

D'abord parce que la Belgique et la France sont unies par des liens culturels et scientifiques forts, et que les initiatives de part et autre de la frontière s'inspirent mutuellement.

Ensuite, parce que nous nous retrouvons autour de la définition du « partage de connaissances » du service universitaire de promotion de la santé UCLouvain/IRSS-RESO, comme « une démarche qui favorise l'accessibilité et l'appropriation des savoirs issus de la littérature scientifique et grise et les savoirs issus de l'expérience afin de soutenir les acteurs de promotion de la santé dans leur pratique ».

Enfin, parce que nous voulions enrichir nos productions par les apports des expertises et savoir-faire complémentaires de nos structures, à des fins d'aide à l'action et à la décision.

¹ Ce service est soutenu par la Commission communautaire française (COCOF), l'Agence wallonne pour une vie de qualité (AVIQ) et l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) pour une mission de partage de connaissances en promotion de la santé.

AGIR EN PROMOTION DE LA SANTÉ

Christine Ferron

Pour citer ce document : Ferron, C. La promotion de la santé, in : Lambert H (coord.) *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, décembre 2021, 5 p.

○ RÉSUMÉ

D'abord champ de pratiques avant de se constituer comme un corpus conceptuel et un champ de recherche, la promotion de la santé recouvre des pratiques spécialisées de santé publique visant le renforcement du pouvoir d'agir des personnes et des groupes sur leurs conditions de vie et de santé, à l'aide de stratégies d'interventions telles que l'éducation pour la santé, l'organisation communautaire, l'action sur les environnements, le plaidoyer politique, et la réorientation du secteur du soin. Plutôt que de se focaliser sur le changement des comportements individuels, la promotion de la santé s'attache à agir sur les déterminants qui impactent le plus for-

tement la santé des populations. Ces déterminants se situent au niveau des milieux de vie et de travail, des systèmes sociaux, éducatifs et sanitaires, ainsi que du contexte politique, économique et culturel dans lequel évolue la population. Se référant à la Charte d'Ottawa établie en 1986 par l'Organisation mondiale de la santé, la promotion de la santé s'appuie sur des valeurs de solidarité et de justice sociale ; en accord avec ces valeurs, elle mobilise des principes d'intervention centrés sur la réduction des inégalités sociales de santé, sur la prise en compte des environnements et conditions de vie, sur des approches intersectorielles et pluridisciplinaires, et sur la participation des personnes et des groupes à des fins d'empowerment en matière de santé.

La promotion de la santé a existé en tant que champ de pratiques avant d'émerger comme un concept constitué. Ces pratiques se sont inscrites dans la remise en cause, sur des bases à la fois méthodologiques et éthiques, de la définition de la santé comme l'absence de maladie, de l'application systématique du modèle biomédical à la santé publique, et de la seule responsabilité des individus quant à leurs comportements et états de santé. Cette remise en cause s'est progressivement ancrée dans des textes émanant d'institutions nationales ou internationales (Rapport Lalonde, Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaire...) décrivant la santé comme un droit fondamental de l'être humain nécessitant la mobilisation de nombreux secteurs autres que celui de la santé, promouvant l'implication de la population et la participation individuelle et collective, considérant les inégalités de santé comme politiquement, socialement et économiquement inacceptables, portant des valeurs d'équité, de solidarité et de justice sociale, et pointant la responsabilité politique sur la santé. Depuis plusieurs décennies, la promotion de la santé se constitue également comme un champ de recherche, et revendique la validité de ses approches au regard de critères scientifiques et expérientiels.

○ DÉFINITION DES CONCEPTS

La définition de la **promotion de la santé** qui fait aujourd'hui référence est apportée par la Charte d'Ottawa (1986) : « 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, changer son milieu ou s'y adapter. 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. »

Cette définition « peu spécifique, où les aspects d'orientations philosophiques sont dominants » (O'Neill, 2004), rend peu compte du caractère éminemment opérationnel de la promotion de la santé. C'est pourquoi il semble préférable d'en adopter la définition suivante : un ensemble de pratiques spécialisées de santé publique visant le renforcement du pouvoir d'agir des personnes et des groupes sur leurs conditions de vie et de santé, à l'aide de stratégies d'interventions telles que l'éducation pour la santé, l'organisation communautaire, l'action sur les environnements, le plaidoyer politique, et la réorientation du secteur du soin. Cette définition reprend également les cinq domaines d'action prioritaires figurant dans la Charte d'Ottawa (cf. Modèles ci-dessous).

Une autre définition s'appuie sur un consensus actuel caractérisant les interventions en promotion de la santé comme « des systèmes d'action complexes et multiniveaux, impliquant une diversité d'acteurs coordonnant leurs actions en fonction des conditions et du milieu dans lesquels elles sont mises en œuvre, favorisant la participation et le développement du pouvoir d'agir des populations, et promouvant l'équité en matière de santé. » (Trickett *et al.* 2011). Ces systèmes d'action prennent la forme de stratégies, politiques publiques ou programmes émanant d'une variété de secteurs (sanitaire, social, éducatif, environnemental...) caractérisant la promotion de la santé à la fois comme un domaine pluridisciplinaire et comme une démarche privilégiant l'intersectorialité, dans le cadre plus large de la santé dans toutes les politiques.

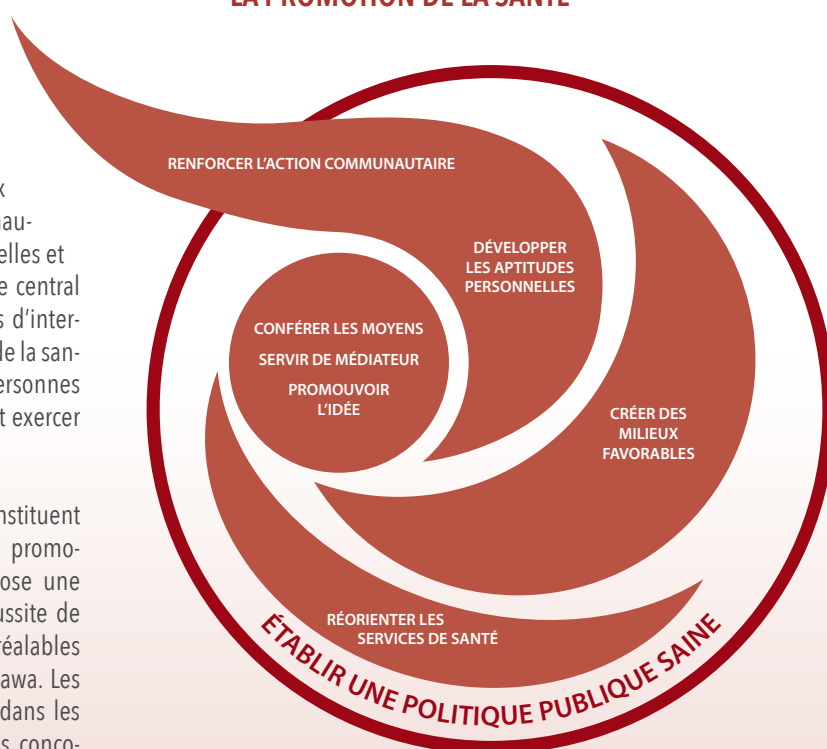
Enfin, la mise en avant, par les acteurs de la promotion de la santé, des valeurs de solidarité et de justice sociale qui les animent, conduit à cette définition engagée : « La promotion de la santé, en tant que mouvement quasi-politique et activité professionnelle, peut légitimement être décrite comme l'aile militante de la santé publique » (Tones & Tilford, 2001).

○ MODÈLES

Le modèle le plus connu dans le champ de la promotion de la santé, est la représentation synthétique de la Charte d'Ottawa, dont les cinq domaines d'action prioritaires sont l'établissement d'une politique publique saine, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, le développement des aptitudes personnelles et la réorientation des services de santé. Le cercle central de ce modèle met en avant les trois stratégies d'intervention attendues des acteurs de la promotion de la santé, à savoir développer le pouvoir d'agir des personnes et des groupes, jouer un rôle de médiateurs, et exercer un plaidoyer (Saan & Wise, 2011).

Les démarches communautaires en santé constituent ce qui caractérise le mieux les approches de promotion de la santé. Le modèle ci-dessous propose une représentation dynamique des facteurs de réussite de ces démarches, encadrés par les conditions préalables à la santé mises en avant dans la Charte d'Ottawa. Les cinq composantes du diagramme, contenues dans les formes ovales, représentent soit des processus concomitants permettant les changements au sein des communautés, soit des résultats se produisant de manière

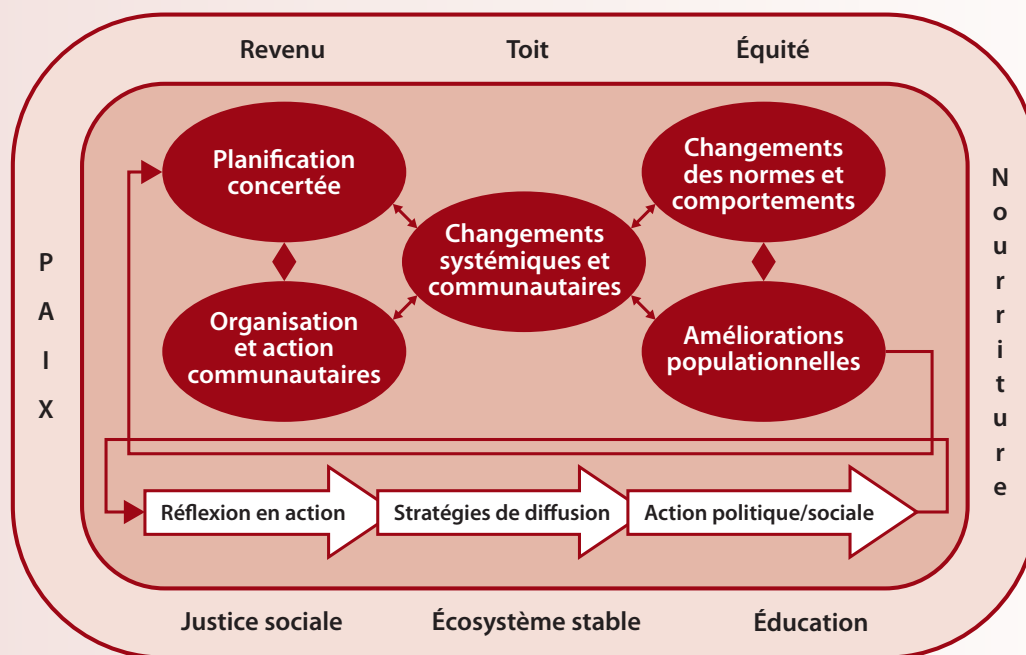
FIG. 1 : CHARTE D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ



► Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1986

proximale (ovale du centre) ou de manière distale (ovales de droite) suite à des actions déployées au départ (ovales de gauche). Les trois flèches du bas et l'ensemble des petites flèches bidirectionnelles reliant les éléments du modèle, traduisent quant à elles la dimension interactive et itérative des étapes de réflexion, planification et action telles qu'elles se déroulent dans les projets communautaires efficaces.

FIG. 2 : MODÈLE D'ANALYSE DE L'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES EN PROMOTION DE LA SANTÉ

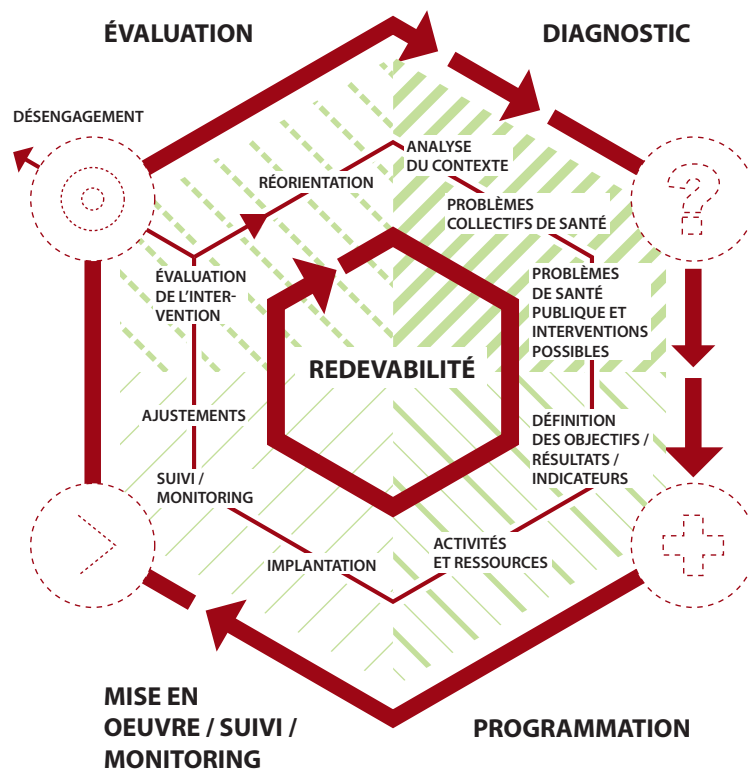


► Hills MD et al. Vers un modèle d'évaluation de l'efficacité des interventions communautaires en promotion de la santé : compte-rendu de quelques développements Nord-américains récents. *Promotion & Education*, 11 (1), 2004, 4 p

Enfin, Médecins du Monde propose une représentation du cycle de projet en promotion de la santé reprenant les quatre phases de la planification de projet que sont « le diagnostic (ou l'analyse du contexte et l'identification des besoins), la programmation (ou la conception du projet), la mise en œuvre et le suivi du projet, et l'évaluation ». Au cœur de ce modèle se trouve l'engagement des acteurs à rendre des comptes sur leur action.

FIG. 3 : CYCLE DE PROJET DE PROMOTION DE LA SANTÉ SELON MÉDECINS DU MONDE

► *Planification de projets de santé promotion de la santé et action humanitaire. Paris : Médecins du Monde, 2017*



○ CONCLUSION

Plusieurs Chartes de promotion de la santé ont suivi celle d'Ottawa : Adelaïde (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), Mexico (2000), Bangkok (2005), Nairobi (2009), Helsinki (2013), et Shanghai (2016). Chacune d'entre elles met en avant et développe des axes de travail considérés comme prioritaires, sans remettre en question la validité des cinq axes d'intervention de la Charte d'Ottawa. Quels que soient les milieux ou groupes de population concernés, ces cinq axes complétés par les trois stratégies d'intervention fournissent un cadre opérationnel structurant pour les actions et programmes de promotion de la santé. Mais en dépit de la mention de plus en plus fréquente de la promotion de la santé dans les plans nationaux ou locaux de santé publique, cette modalité d'intervention spécifique de la santé publique ne trouve pas encore toujours sa traduction concrète dans la mise en œuvre de ces plans. Le plaidoyer pour la promotion de la santé conserve donc toute sa pertinence.

○ FAITS SAILLANTS

- La promotion de la santé est un ensemble de pratiques spécialisées de santé publique visant le renforcement du pouvoir d'agir des personnes et des groupes sur leurs conditions de vie et de santé, à l'aide de stratégies d'interventions telles que l'éducation pour la santé, l'organisation communautaire, l'action sur les environnements, le plaidoyer politique et la réorientation du secteur du soin.
- La mise en œuvre de la promotion de la santé mobilise des systèmes d'action complexes et multiniveaux, impliquant une diversité d'acteurs issus de différents secteurs adaptant leurs actions au contexte dans lequel elles sont mises en œuvre, favorisant la participation des populations, et promouvant l'équité en matière de santé.
- Porteuse d'un plaidoyer pour la santé dans toutes les politiques, la promotion de la santé vise à agir sur la multiplicité des déterminants de la santé des populations.
- La promotion de la santé soutient un modèle de société fondé sur des valeurs de solidarité et de justice sociale.

○ POUR ALLER PLUS LOIN

- **Faire le tour de la promotion de la santé en 180 minutes ou presque.**
Sizaret A. Dossier documentaire. Dijon : Ireps Bourgogne Franche-Comté, 2018, 144 p.
https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/2.4.dossier_documentaire.pdf
- **Prévention et promotion de la santé : de quoi parle-t-on ?**
Rennes : ARS Bretagne, 2018, 6 p.
http://www.promotionsantebretagne.fr/wp-content/uploads/2018/06/ChartePPS_14.pdf
- **Méthodologie de projet en promotion de la santé.**
Paris : PromoSanté Ile-de-France, 2017.
<https://www.promosante-idf.fr/agir/methodologie-de-projet-en-promotion-de-la-sante/methodologie-de-projet-en-promotion-de-la-sante>
- **Agir en promotion de la santé : ce qu'il faut savoir avant de se lancer.**
Renforcement des compétences psychosociales : les critères d'efficacité. Dijon : Ireps BFC, 2020, pp. 6-13.
<https://www.rrapps-bfc.org/sites/default/files/publications/fichiers/2020/Referentiel-V7-2110-web.pdf>
- **Éducation pour la santé : guide pratique pour les projets de santé.**
Guegen Juliette, Fauvel Guillaume, Luhmann Nikolas, *et al.* Paris : Médecins du Monde, 2010, 107 p.
<http://www.medecinsdumonde.org/fr/file/28614/download?token=y7N9vNej>

○ BIBLIOGRAPHIE

- Hills MD, Carroll S, O'Neill M. Vers un modèle d'évaluation de l'efficacité des interventions communautaires en promotion de la santé : compte-rendu de quelques développements Nord-américains récents. *Promotion & Education*. 2004;11(1):17-21.
- Lalonde M. Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens. Ottawa (CA) : Ministre des approvisionnements et services Canada ; avr. 1974. 83p.
En ligne : <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf>
- Médecins du Monde. Planification de projets de santé. *Promotion de la santé et action humanitaire*. MdM ; 2017. 194p.
- O'Neill M. Le débat international sur l'efficacité de la promotion de la santé : d'où vient-il et pourquoi est-il si important ? *Promotion & Education*. 2004;11(1):6-10.
- Organisation Mondiale de la Santé Europe. Déclaration d'Alma-Ata. Alma-Ata (DE) : OMS ; 12 sept. 1978. 3p.
En ligne : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf
- Organisation mondiale de la santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ottawa (CA) : OMS ; 21 nov. 1986. 5p.
En ligne : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- Saan S, Wise M. Enable, Mediate, Advocate. *Health Promotion International*. 2011;26(S2):1-7.
- Trickett EJ, Beehler S, Deutsch C, Green LW, Hawe P, McLeroy K, *et al.* Advancing the science of community-level interventions. *American Journal of Public Health*. 2011;101(8):1-10.

1 AGIR DANS UNE PERSPECTIVE ÉTHIQUE

Timothée Delescluse, Christine Ferron, avec les contributions de : Isabelle Aujoulat, Dominique Doumont, Hélène Lambert..

Pour citer ce document : Delescluse T., Ferron C., Lambert H., Doumont D., Aujoulat I. Agir en promotion de la santé dans une perspective éthique, In : Lambert H. (coord.) *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, décembre 2021, 6 p.

○ RÉSUMÉ

Tout d'abord, agir en promotion de la santé, c'est agir en accord avec des convictions, des valeurs, une certaine vision du monde et de la société. C'est donc agir dans un cadre éthique particulier, qu'il soit personnel, professionnel, d'équipe, de structure, de réseau etc. Les interventions, postures et prises de positions sont ainsi imprégnées de représentations et de valeurs qui guident explicitement ou implicitement les pratiques, sur la base de ce qui est défini comme préférable pour la santé de tous. Ensuite, plusieurs perspectives de l'éthique en santé publique émergent (Gostin, 2001) : **1. L'éthique professionnelle** est axée sur les qualités professionnelles des praticiens en santé publique. **2. L'éthique appliquée** cherche à énoncer des principes pouvant être mis en application dans des situations concrètes, pour guider la pratique. **3. L'éthique du plaidoyer** fait référence aux prises de position concernant les objectifs, les interventions et les mesures les plus susceptibles de permettre l'atteinte des buts de la santé publique, notamment dans le champ de la santé communautaire. **4. L'éthique critique** prend en considération les valeurs et les tendances sociales

lors de l'analyse, tant de la situation actuelle de santé publique, que des questions éthiques qu'elle pose (MacDonald, 2014). Enfin, la complexité inhérente à l'agir éthique en promotion de la santé ne saurait être réduite à un cadre théorique unique. Toutefois, en tant que pratique spécialisée au service de la santé publique, la promotion de la santé peut utilement s'appuyer sur des modèles et référentiels existants, conçus pour guider l'action de santé publique dans une perspective éthique. Finalement, agir en promotion de la santé dans une perspective éthique invite à interroger l'éthique des pratiques sous l'angle de leurs intentions, justifications, finalités et objectifs, tout autant que sous l'angle de leurs modalités concrètes de mise en œuvre, aussi bien en amont de cette mise en œuvre, que dans son immédiateté. A chaque étape de ces interrogations, il est essentiel d'ouvrir le débat avec l'ensemble des parties prenantes (décideurs, financeurs, porteurs des projets, partenaires, population concernée), de façon à prendre en compte la diversité des points de vue et à rechercher collectivement les orientations « préférables » et « justes ».

Agir en promotion de la santé, c'est agir en accord avec des convictions, des valeurs, une certaine vision du monde et de la société. C'est donc agir dans un cadre éthique particulier, qu'il soit personnel, professionnel, d'équipe, de structure, de réseau etc. Les interventions, postures et prises de positions sont ainsi imprégnées de représentations et de valeurs qui guident explicitement ou implicitement les pratiques, sur la base de ce qui est défini comme préférable pour la santé de tous. Cette définition du « préférable », en situation quotidienne, est souvent appliquée machinalement, sans être requestionnée. Or, « la visée de l'éthique est de conduire à une décision réfléchie et délibérée plutôt que mécanique, après avoir interrogé les automatismes et sondé ses propres assises » (Boisvert, 2003). Ainsi, dans le cadre d'une réflexion éthique, les valeurs auxquelles on se

réfère aident à identifier la façon d'agir la plus adéquate dans une recherche d'équilibre entre les inévitables tensions inhérentes à la mise en œuvre de projets de promotion de la santé.

Plusieurs enjeux de la promotion de la santé nécessitent que ses principes et modalités d'intervention soient passés au crible d'une réflexion éthique. Cette réflexion s'avère indispensable dès lors que l'on reconnaît,

- d'une part, que la santé concerne chacun pris individuellement tandis que les conditions permettant à la santé de se déployer relèvent au premier chef de la responsabilité politique,
- d'autre part, que la santé publique, appuyée sur l'expertise scientifique, s'impose comme guide moral en énonçant les règles du « vivre », tandis que la promotion de la santé rappelle qu'il ne s'agit pas seulement de « vivre », mais aussi « d'exister », c'est-à-dire de faire en sorte que chacun trouve le sens de son rapport à la vie et à la santé. (Lecorps & Paturet, 1999)

Pour Philippe Lecorps, l'éducation pour la santé est ainsi « un acte d'accompagnement de l'Homme pris dans ses trois dimensions : de sujet individuel désirant et contradictoire, de sujet inséré dans une culture qui le modèle et le contraint, de sujet politique collectivement responsable et à la fois dépossédé des choix de société qui conditionnent la qualité de la vie. » (Lecorps, 1989) Cette convocation de l'engagement de chaque sujet dans ses choix de vie et de santé détermine les termes du débat éthique en promotion de la santé. Ce débat peut être structuré autour du questionnement de trois postulats fondamentaux en santé publique (Massé, 2003) :

1^{ER} POSTULAT : « LES DÉCISIONS, PLANIFICATIONS ET INTERVENTIONS REPOSENT SUR DE SOLIDES FONDAMENTS SCIENTIFIQUES ET SONT GARANTIES PAR UN SAVOIR RATIONALISÉ »

Une partie des orientations éthiques en promotion de la santé s'inscrit dans la place accordée à ces savoirs scientifiques vs. les connaissances et compétences de la population. « L'éducation pour la santé a pour but de faciliter la rencontre entre les compétences des professionnels de la santé et les compétences de la population ; de cette rencontre naissent de nouvelles compétences qui contribuent à rendre plus autonomes les partenaires de l'action éducative. La connaissance scientifique de l'être humain ne trouve son sens qu'en étant confrontée à la connaissance qu'ont les gens d'eux-mêmes et de leur réalité de vie. La promotion de la santé vise donc l'amélioration des relations humaines plutôt que la modification des comportements. » (Sandrin-Berthon, 2006)

L'emphase mise sur les données statistiques pour justifier les interventions de santé publique questionne la valeur de ces données à l'échelle de chaque individu. « Si les personnes suivent les prescriptions éducatives au prix de frustrations vitales d'importance, on peut se demander si les bienfaits sanitaires produits en aval - de qualité essentiellement probabiliste d'ailleurs - valent une telle mutilation. » Il est alors nécessaire « d'axer les messages sur autre chose que le gain en espérance de vie et en ne choisissant pas à la place des gens, la quantité contre la qualité » (Fainzang, 2000)

Enfin, en produisant les notions de « groupes à risque » et de « comportements à risque », la santé publique fondée uniquement sur le savoir épidémiologique crée les conditions de la stigmatisation. « Dans des sociétés qui vouent un véritable culte à la santé, l'opposition entre conduites saines et malsaines a tôt fait d'acquérir une dimension morale. Ne pas parvenir à arrêter de fumer, à moins boire ou à perdre du poids, c'est le signe d'une incapacité à se maîtriser, à prendre soin de son capital santé : c'est donc la marque d'une infériorité morale » (Peretti-Watel & Spica, 2010), qui peut justifier des pratiques coercitives et discriminatoires interpellant l'éthique de la promotion de la santé.

2^E POSTULAT : « L'ACTION EST BONNE EN SOI, L'ACTIVISME EST PRÉFÉRABLE À L'IMMOBILISME »

On observe en santé publique une mobilisation vers l'action ; ce principe est rarement questionné, pas plus qu'on en analyse toujours les implications. Ainsi, « la santé publique s'acharne, pas inutilement, mais peut-être avec un zèle qui dépasse les attentes des citoyens, à vouloir dominer la maladie, à vouloir maîtriser la population, au risque de conséquences négatives » (Massé, 2003). Elle agit au nom d'un contrat implicite par lequel la population la mandaterait pour assurer son salut sanitaire. Or plusieurs enjeux éthiques découlent de la non-explicitation et des malentendus quant aux limites de la portée de ce mandat et des moyens mis en œuvre pour l'exercer. Cette absence d'explicitation et ces malentendus ne pourront être levés que par des modalités de prise de décision impliquant la mobilisation des instances démocratiques (en particulier celles de la démocratie en santé), l'appui sur la participation de la population (en particulier dans le cadre de démarches communautaires en santé) et la reconnaissance d'une « responsabilité partagée entre les autorités politiques, les scientifiques et autres professionnels, et les citoyens ».

3^E POSTULAT : « SEULE LA RATIONALITÉ UTILITARISTE EXPLIQUE LES COMPORTEMENTS HUMAINS »

L'être humain serait essentiellement rationnel, donc accessible aux informations sur la santé, au point qu'être informé sur un risque suffirait pour chercher à l'éviter. Or les études anthropologiques montrent que dans aucune culture, les agirs humains ne répondent exclusivement à cette rationalité utilitariste. La logique des personnes est d'abord une logique symbolique (amour, compétition, partage...) ou de conformité sociale. L'enjeu éthique qui émerge alors est celui d'une approche centrée

sur la rationalité de la santé publique qui discréditerait cette logique symbolique et lui nierait toute pertinence. Faire reposer toute décision de santé publique sur la rationalité de chacun, c'est nier l'effet des déterminants sociaux de la santé. La tension entre déterminants individuels et collectifs nécessite de questionner une pratique professionnelle qui serait focalisée sur des déterminants individuels, faisant du comportement de chaque individu la cible des interventions sans questionner l'influence du marketing, du regard des autres. (Valette 2000). Jonathan Mann évoque la discrimination fortuite comme un effet des « programmes qui ignorent la capacité de réaction réelle de différentes catégories de population ou ne se préoccupent pas de l'existence de moyens permettant d'écarter le danger » et des « activités de communication qui postulent que toutes les populations sont atteintes de façon égale par un message unique exprimé dans le langage dominant » (et diffusé sur Internet) (Mann, 1998).

La remise en cause de ces trois postulats nécessite une réflexion sur le cadre de nos interventions : « nous devons avoir le courage d'interroger collectivement la nature du système dont nous vivons ». (Valette, 2000)

○ DÉFINITIONS

Dans le champ de la santé publique, les professionnels ont toujours été confrontés à des choix éthiques mais le cadre de pensée a longtemps été limité aux principes éthiques liés à la pratique clinique (Bayer, 2004), alors que l'amélioration globale de la santé des populations impose un cadre éthique particulier. Ainsi, plusieurs perspectives de l'éthique en santé publique émergent (Gostin, 2001) :

1. **L'éthique professionnelle** est axée sur les qualités professionnelles des praticiens en santé publique.
2. **L'éthique appliquée** cherche à énoncer des principes pouvant être mis en application dans des situations concrètes, pour guider la pratique.
3. **L'éthique du plaidoyer** fait référence aux prises de position concernant les objectifs, les interventions et les mesures les plus susceptibles de permettre l'atteinte des buts de la santé publique, notamment dans le champ de la santé communautaire.
4. **L'éthique critique** prend en considération les valeurs et les tendances sociales lors de l'analyse, tant de la situation actuelle de santé publique, que des questions éthiques qu'elle pose (MacDonald, 2014). Pour aller plus loin que l'analyse de l'intervention et de ses effets dans la relation avec la population qu'elle vise, la perspective critique de l'éthique en santé invite à questionner les relations de pouvoir : « *Nous devons découvrir les hypothèses sous-jacentes à nos positions et à nos perspectives, de même que les scruter d'un œil critique, en nous demandant : « Pourquoi ? » et « Quels intérêts servent-elles ? »* » (Nixon, 2006).

○ MODÈLES

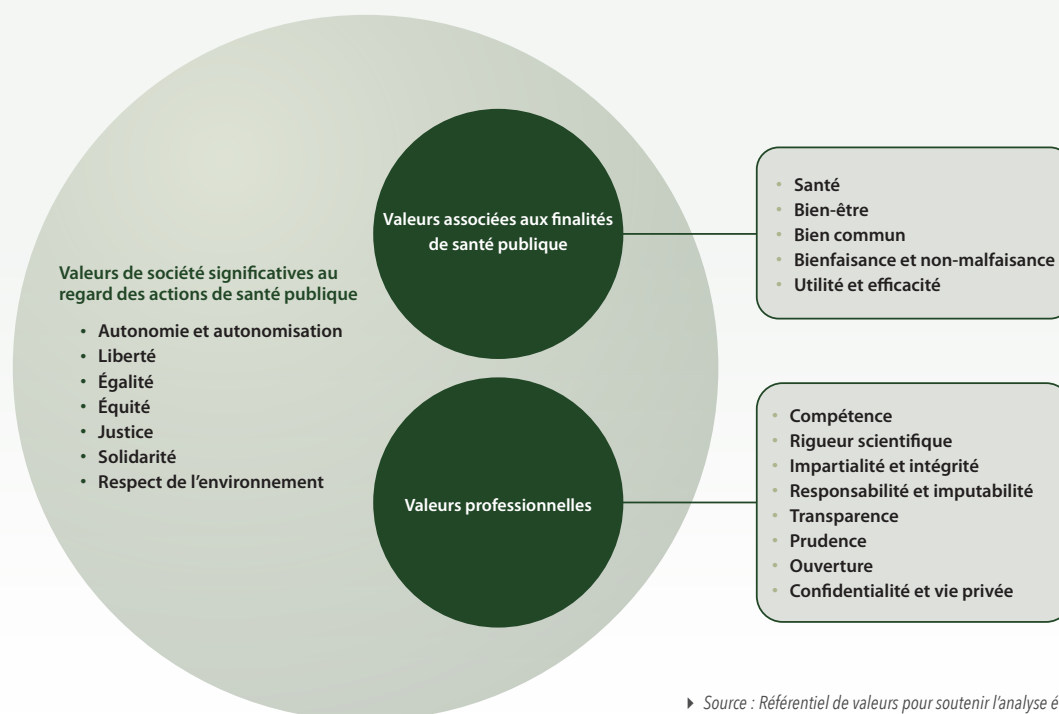
La complexité inhérente à l'agir éthique en promotion de la santé ne saurait être réduite à un cadre théorique unique. Toutefois, en tant que pratique spécialisée au service de la santé publique, la promotion de la santé peut utilement s'appuyer sur des modèles et référentiels existants, conçus pour guider l'action de santé publique dans une perspective éthique.

Ainsi, l'Institut national de la santé publique du Québec a proposé en 2015 un Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique (Filiatrault, 2015), destiné à aider les acteurs à répondre aux questions suivantes : « *Quelles valeurs sont les plus pertinentes pour l'analyse éthique des actions de santé publique ? Sont-elles valables pour toutes les interventions en santé publique ou particulières à certaines ? Quelles définitions en résumant le sens ?* ».

Selon les auteurs de ce référentiel, la décision intégrant une perspective éthique permet dans le jugement professionnel « *d'identifier des valeurs en présence pour choisir l'action la plus adéquate dans une situation donnée. Cette décision est argumentée tant sur le plan des valeurs comme sur le plan d'autres considérations plus usuelles (scientifiques, juridiques, etc.)* ». Cette analyse des interventions doit s'appuyer sur une signification partagée et transparente des valeurs, qui serviront de guides et non de prescriptions, et permettront le débat quant aux orientations de l'intervention.

La valeur « *représente ce qui inspire, motive et guide nos décisions et nos actions dans nos rapports avec autrui. Elle constitue la fin visée par la décision ou l'action envisagée et se traduit verbalement comme raison d'agir et comme sens de l'action* » (Legault, 1999, cité dans le référentiel INSPQ).

FIG. 4 : LES VALEURS RETENUES POUR SOUTENIR L'ANALYSE ÉTHIQUE EN SANTÉ PUBLIQUE



► Source : Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2015

Les valeurs s'appliquent à différentes sphères de l'intervention en promotion de la santé dont les frontières sont poreuses. Il y a d'abord des valeurs associées aux finalités de santé où la santé est reconnue comme essentielle et une ressource à l'épanouissement et au bien-être des individus et des communautés. D'autres valeurs sont spécifiques aux professionnels du champ pour assurer une crédibilité mais également une posture professionnelle adaptées aux enjeux de santé. Enfin, les dernières catégories de valeurs montrent que les deux catégories de valeurs spécifiques au champ de la santé publique s'intègrent à des valeurs plus globales de la société pour définir des repères du « vivre ensemble » et de la qualité des rapports humains.

En 2001, Kass propose un outil analytique permettant d'interroger les cadres de travail sous l'angle de l'éthique (Kass, 2001) :

1. Quels sont les buts du programme proposé ?
2. Le programme est-il réellement en mesure de réaliser ses buts ?
3. Quels sont les inconvénients connus ou possibles du programme ?
 - inconvénients pour les individus
 - inconvénients pour les collectivités
4. Ces inconvénients peuvent-ils être minimisés ? Y a-t-il d'autres approches ?
5. Le programme sera-t-il implanté d'une manière équitable pour tous ?
6. Comment équilibrer équitablement les bénéfices et inconvénients du programme ?

► Source : Kass NE. An ethics framework for public health. *American Journal of Public Health*, vol. 91, no 11, 2001

Enfin, dans une interview donnée à PromoSanté Ile de France en 2018, Didier Jourdan (PromotionSantéIledeFrance, 2018) identifie trois questions-clés à poser pour accompagner la réflexion éthique des acteurs de la promotion de la santé :

1. Est-il justifié de mettre en œuvre l'action ? Quelle légitimité ont les acteurs de mettre en œuvre cette action ? Quelles sont les sources de cette légitimité et ses limites ?
2. Quelle place est faite aux personnes dans le dispositif ? Fait-il porter la responsabilité de ses comportements au seul individu, ou au contraire le dépossède-t-il de toute responsabilité ? Quelle place est faite à l'analyse des différents déterminants de la santé ?
3. Les approches mobilisées aggravent-elles les inégalités sociales de santé, sont-elles discriminatoires ou culpabilisantes ? Mobilisent-elles des émotions positives (confiance en soi, volonté d'agir...) ou négatives (peur, découragement) ?

► Source : Promo Santé Ile de France, 2018 (modifié)

○ CONCLUSIONS

Agir en promotion de la santé dans une perspective éthique invite à interroger l'éthique des pratiques sous l'angle de leurs intentions, justifications, finalités et objectifs, tout autant que sous l'angle de leurs modalités concrètes de mise en œuvre, aussi bien en amont de cette mise en œuvre, que dans son immédiateté. A chaque étape de ces interrogations, il est essentiel d'ouvrir le débat avec l'ensemble des parties prenantes (décideurs, financeurs, porteurs de projets, partenaires, population concernée), de façon à prendre en compte la diversité des points de vue et à rechercher collectivement les orientations « préférables » et « justes ». Ce regard éthique va porter sur l'ensemble des cinq axes d'intervention de la Charte d'Ottawa : les choix de décisions politiques, les visées des transformations des environnements matériels et sociaux, le sens donné à la mobilisation communautaire et aux démarches éducatives, les attentes vis-à-vis du système de soin... dans une recherche permanente d'équilibre entre intérêt individuel et collectif.

○ FAITS SAILLANTS

- Agir en promotion de la santé, c'est agir en accord avec des convictions, des valeurs, une certaine vision du monde et de la société ; c'est donc un projet éthique.
- La plupart des enjeux éthiques en promotion de la santé découlent de la tension entre une vision de la santé comme la question d'un sujet singulier et de sa présence au monde (c'est-à-dire de son rapport à la vie et à la santé) et une conception des interventions en santé comme des démarches politiques s'attachant à identifier et transformer, à l'échelle d'une population, l'ensemble des conditions nécessaires à la santé.
- Le cadre éthique de la promotion de la santé n'est jamais donné une fois pour toutes ; il doit être interrogé en permanence, en amont des interventions et pendant leur mise en œuvre, en mettant en débat les points de vue de l'ensemble des parties prenantes.
- Il convient de prendre en considération quatre perspectives de l'éthique en santé publique : l'éthique professionnelle (les qualités professionnelles des praticiens), l'éthique appliquée (les principes pouvant être mis en application dans des situations concrètes, pour guider la pratique), l'éthique du plaidoyer (prises de position concernant les objectifs, les interventions et les mesures les plus susceptibles de permettre l'atteinte des buts de la santé publique), l'éthique critique (valeurs et tendances sociales, relations de pouvoir, intérêts).

○ POUR ALLER PLUS LOIN

- **L'éducation pour la santé est-elle éthique ?**
La Santé de l'homme, Dossier N°345, janv/févr 2000
<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-de-l-homme-janv-fevr-2000-n-345-l-education-pour-la-sante-est-elle-ethique>
- **Ethique, Prévention et Promotion de la santé**
La Santé en Action, Dossier N°453, septembre 2020
<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-septembre-2020-n-453-ethique-prevention-et-promotion-de-la-sante>
- **Vidéos de la formation en ligne - Introduction à l'éthique en santé publique.**
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS)
https://www.youtube.com/playlist?list=PLNWUsONW1NHJrtPFHS3Kje_gwg3bWysmX

BIBLIOGRAPHIE

- Bayer R, Fairchild AL. The genesis of public health ethics. *Bioethics*. 2004;18(6):473-492.
- Boisvert Y, Jutras M, Legault GA, Marchildon A, Côté L. *Petit manuel d'éthique appliquée à la gestion publique*. Montréal (CA) : Liber ; 2003. 139p.
- Fainzang S. L'éthique est-elle risquée ? *La Santé de l'Homme*. 2000;(1):32-33.
- Filiatrault F, Désy M, Leclerc B. *Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique*. Québec (CA) : Institut national de santé publique du Québec ; 2015. 24p.
En ligne : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2010_Referentiel_Valeurs_Analyse_Ethique.pdf
- Gostin LO. Public Health, Ethics, and Human Rights: A Tribute to the Late Jonathan Mann. *Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2001;29(2):121-130.
- Kass NE. An ethics framework for public health. *American Journal of Public Health*. 2001;91(11):1776-1782.
- Lecorps P. *Actes du colloque du Comité des Yvelines*. Versailles (Fr) : Comité des Yvelines d'éducation pour la santé ; 1989. 156p.
- Lecorps P, Paturet JB. *Santé publique, du biopouvoir à la démocratie*. Rennes (FR) : Editions de l'École Nationale de Santé Publique ; 1999. 186p.
- MacDonald M. *Introduction à l'éthique en santé publique 1 : contexte*. Québec (CA) : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé – Institut national de santé publique ; 2014. 12p.
- Mann J. *Santé publique : éthique et droits de la personne*. *Santé publique*. 1998;10(3):239-250.
- Massé R. *Ethique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité*. Laval (CA) : Presses de l'Université Laval – Collection société, cultures et santé ; 2003. 430p.
- Nixon S. Critical public health ethics and Canada's role in global public health. *Canadian Journal of Public Health*. 2006;97(1):32-34.
- Peretti-Watel P, Spica L. Le stigmat, une arme préventive contre les conduites à risque ? *Questions de santé publique*. 2010;(8):1-4.
- Promotion Santé Île-de-France. *L'éthique dans la mise en œuvre de programmes en promotion de la santé* [Internet]. Paris (FR) : Promo Santé IDF ; 12 janv. 2018 [cité le 15 déc. 2021].
Disponible sur <https://www.promosante-idf.fr/agir/lethique-dans-la-mise-en-oeuvre-de-programmes-en-promotion-de-la-sante>
- Sandrin-Berthon B. À quoi sert l'éducation pour la santé pour pratiquer l'éducation du patient ? *La Santé de l'Homme*. 2006;(383):40-42.
- Tones K. & Tilford S. *Health Promotion: Effectiveness, efficiency and equity*. Cheltenham (UK) : Nelson Thornes (Third Edition) ; 2001. 524p.
- Valette J.F. L'éthique peut aussi nous inviter à une prise de risque, Dossier « L'éducation pour la santé est-elle éthique ? ». *La Santé de l'Homme*. 2000;(345):9-10.

2 AGIR POUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Hélène Lambert avec les contributions de : Isabelle Aujoulat, Timothée Delescluse, Dominique Doumont, Christine Ferron.

Pour citer ce document : Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., Ferron C. Agir pour la réduction des inégalités sociales de santé, In : Lambert H. (coord.) *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, décembre 2021, 4 p.

○ RÉSUMÉ

Le concept d'inégalités sociales de santé connaît un intérêt croissant chez les scientifiques et dans le monde politique. Pour bien le saisir, il convient d'abord de distinguer les inégalités de santé des iniquités de santé (Marmot, 2007 ; Arcaya *et al.*, 2015) : les inégalités de santé incluent tout type de différences de l'état de santé entre groupes ou individus. Elles peuvent, à titre d'exemple, découler de facteurs génétiques, physiologiques et sont dans ce cas considérées comme inévitables. Quant aux inégalités sociales de santé ou iniquités, elles sont exclusivement liées à des facteurs sociaux extérieurs aux individus ; elles sont de ce fait considérées comme évitables et injustes (Arcaya *et al.*, 2015 ; Marmot, 2007). Selon Mariana C Arcaya, Alyssa L Arcaya et Subu Subramanian « les iniquités de santé sont des différences systématiques en santé qui pourraient être évitées par des moyens raisonnables » (2015:2). Plus généralement, les inégalités

sociales touchent des groupes sociaux, hiérarchisés selon des critères relevant du niveau de richesse, des occupations manuelles ou intellectuelles, du niveau d'éducation, de la culture, de la langue, du sexe, de l'orientation sexuelle, de la couleur de peau ou de la religion (Lang & Haschar-Noé, 2017 ; Arcaya *et al.*, 2015 ; Fassin & Aïch, 2004). Elles concernent en outre l'ensemble du corps social : le gradient social signifie qu'une catégorie d'individus, en fonction de son positionnement dans la hiérarchie sociale, présentera un taux de morbidité et de mortalité moins bon que celui de la catégorie supérieure (Lang & Haschar-Noé, 2017 ; Moquet, 2008). Aplanir ce gradient social de santé suppose l'application de mesures universelles (s'adressant à l'ensemble de la population) combinées à des mesures proportionnelles ciblées (adaptées aux besoins spécifiques de certaines populations) (Observatoire de la Santé du Hainaut, 2017).

La santé, à l'échelle de la population globale, s'est améliorée ces dernières décennies (Marmot, 2007 ; Moquet, 2008) : nous vivons aujourd'hui plus longtemps et en meilleure santé. Derrière ce constat positif se cache une autre réalité, largement documentée dans la littérature scientifique récente et moins récente (Mackenbach, 2019 ; Lang & Haschar-Noé, 2017 ; Moquet, 2008 ; Goldberg *et al.*, 2002) : l'amélioration de la santé s'est accompagnée, en parallèle, d'un accroissement des inégalités sociales de santé. Ainsi, les progrès accomplis auraient principalement bénéficié aux catégories sociales les plus favorisées, accroissant de ce fait les écarts entre groupes sociaux (Mackenbach, 2019 ; Lang & Haschar-Noé, 2017 ; Moquet, 2008).

La prise de conscience des inégalités sociales de santé est ancienne. A titre d'exemple, en 1965, en France, un rapport de l'INSEE mettait en lumière l'influence du milieu social sur l'espérance de vie (cité par Lang & Haschar-Noé, 2017). Le Black Report, publié en 1980 en Grande-Bretagne, a joué un rôle majeur dans cette prise de conscience (Lang & Haschar-Noé, 2017). En outre, le

droit à la santé est progressivement entré dans les législations nationales et internationales. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le définit en ces termes : « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale » (Constitution de l'OMS, 1948).

○ DÉFINITIONS DES CONCEPTS

Le concept d'inégalités sociales de santé a connu un intérêt croissant chez les scientifiques et dans le monde politique. Pour bien le saisir, il convient d'abord de distinguer *les inégalités de santé des inégalités sociales de santé (ou iniquités de santé)* : les inégalités de santé incluent tout type d'écart de l'état de santé entre groupes ou individus. Elles peuvent, à titre d'exemple, découler de facteurs génétiques, physiologiques et sont dans ce cas considérées comme inévitables. Quant aux inégalités sociales de santé ou iniquités, elles sont exclusivement liées à des facteurs sociétaux extérieurs aux individus ; elles sont de ce fait considérées comme évitables et injustes (Arcaya *et al.*, 2015 ; Marmot, 2007).

Selon Mariana C Arcaya et ses collaborateurs « les iniquités de santé sont des différences systématiques en santé qui pourraient être évitées par des moyens raisonnables » (2015 : 2, traduction libre). Plus généralement, les inégalités sociales touchent des groupes sociaux, qui se distinguent selon des critères relevant du niveau de richesse, des occupations manuelles ou intellectuelles, du niveau d'éducation, de la culture, de la langue, du sexe, de l'orientation sexuelle, de la couleur de peau ou de la religion (Lang & Haschar-Noé, 2017 ; Arcaya *et al.*, 2015 ; Fassin & Aïch, 2004). Ainsi, il apparaît que certains groupes sont en moins bonne santé que d'autres. En France par exemple, il est bien connu qu'il existe des disparités importantes dans l'état de santé des employés et celui des ouvriers. Aux Etats-Unis, les Noirs américains sont davantage malades et décèdent plus jeunes que les Blancs américains (Luo *et al.*, 2021).

En outre, les iniquités ne touchent pas uniquement des personnes ou des groupes pauvres et précarisés. Elles concernent l'ensemble du corps social. Le **gradient social** signifie qu'une catégorie d'individus, en fonction de son positionnement dans la hiérarchie sociale, présentera un taux de morbidité et une espérance de vie moins bons que ceux de la catégorie supérieure (Lang & Haschar-Noé, 2017 ; Moquet, 2008). Pour aplanir la pente du gradient social, il faut mettre en œuvre des mesures universelles (s'adressant à l'ensemble de la population) combinées à des mesures proportionnelles ciblées (adaptées aux besoins spécifiques de certaines populations) (Observatoire de la Santé du Hainaut, 2017). C'est le principe de l'**universalisme proportionné**. En outre, il faut aussi viser simultanément (Rochaix & Tubeuf, 2009) :

- **l'équité horizontale** : les personnes présentant des besoins égaux doivent être traitées équitablement (ex : accès aux soins à toutes et tous sans discriminations de genre, liées à l'âge, à la religion, etc.)
- **l'équité verticale** : les personnes présentant des besoins et/ou des caractéristiques différents doivent être traitées différemment (ex : contribution différente selon le revenu au système d'assurance maladie).

○ CAUSES DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Les inégalités sociales de santé découlent de certaines formes d'inégalités structurelles propres aux modes de fonctionnement de chaque société (Lang & Haschar-Noé, 2017 ; Aïch & Fassin, 2004 ; Fassin *et al.*, 2000). Elles trouveraient d'abord leur source dans une répartition inégale des ressources matérielles, affectant profondément la vie des individus, notamment en ce qui concerne le logement, l'alimentation ou l'exposition à l'insécurité. Le niveau de ressources immatérielles d'un individu, telles que le réseau social ou le niveau d'éducation, impacterait aussi directement la santé. De plus, des facteurs d'ordre psychosocial entreraient en compte : certains groupes seraient systématiquement plus exposés au stress et à d'autres émotions négatives, devant ainsi faire face à des phénomènes tels que l'exclusion sociale, la stigmatisation ou la discrimination (Arcaya *et al.*, 2015 ; Goldberg *et al.*, 2002). Plus globalement, l'ensemble des facteurs sociaux influençant la santé ont été analysés par des épidémiologistes et qualifiés de déterminants sociaux de la santé (Braveman & Voigt, 2015 ; Commission on Social Determinants of Health, 2009 ; Moquet, 2008).

○ CONCLUSION

Se pencher sur les déterminants sociaux de la santé - ou sur la manière dont les inégalités de santé sont construites socialement - permettrait de s'éloigner d'une perception simpliste consistant à accorder un poids trop important aux comportements individuels sans tenir compte des mécanismes plus complexes produisant les inégalités. En effet, selon certains sociologues, les inégalités instituées par la société seraient incorporées par les individus, transcrites du social vers le biologique (Fassin *et al.*, 2000).

Finalement, agir pour l'atténuation des inégalités sociales de santé implique de s'intéresser aux « causes des causes » et donc d'agir sur l'ensemble des déterminants qui façonnent la santé.

○ FAITS SAILLANTS

- Les *inégalités de santé* incluent tout type d'écart de l'état de santé entre groupes ou individus. Elles peuvent, à titre d'exemple, découler de facteurs génétiques, physiologiques et sont dans ce cas considérées comme inévitables. Quant aux *inégalités sociales de santé* ou iniquités, elles sont exclusivement liées à des facteurs sociétaux extérieurs aux individus ; elles sont de ce fait considérées comme évitables et injustes.
- Les inégalités sociales touchent des groupes sociaux, hiérarchisés selon des critères relevant du niveau de richesse, des occupations manuelles ou intellectuelles, du niveau d'éducation, de l'origine ethnique, du sexe, de l'orientation sexuelle, de la couleur de peau ou de la religion.
- Les iniquités ne touchent pas uniquement des personnes ou des groupes pauvres et précarisés ; elles concernent l'ensemble du corps social, et nécessitent la combinaison de mesures universelles et de mesures ciblées. En outre, il faut aussi viser simultanément l'équité horizontale et l'équité verticale.
- Les inégalités sociales de santé découlent de certaines formes d'inégalités structurelles propres aux modes de fonctionnement de chaque société.
- Les inégalités instituées par la société seraient incorporées par les individus, transcrites du social vers le biologique.
- Agir pour l'atténuation des inégalités sociales de santé implique d'agir sur l'ensemble des déterminants qui façonnent la santé.

○ POUR ALLER PLUS LOIN

- **Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples.**
Moquet Marie-José. La santé de l'homme. 2008.
<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/inegalites-sociales-de-sante-des-determinants-multiples>
- **La réduction des inégalités sociales de santé; un défi pour la promotion de la santé.**
Conseil supérieur de promotion de la santé. Bruxelles. 2011.
https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=1034913
- **Synthèse du séminaire du 9 mai 2017 : L'Universalisme proportionné, stratégie de réduction des inégalités sociales de santé.**
Observatoire de la Santé du Hainaut
<https://observatoiresante.hainaut.be/produit/semiss-luniversalisme-proportionne-strategie-de-reduction-des-inegalites-sociales-de-sante/>
- **Égalité des chances dans la promotion de la santé et prévention en Suisse.**
Promotion Santé Suisse. 2020.
https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/berichte/Rapport_de_base_Egalite_des_chances_dans_la_promotion_de_la_sante_et_la_prevention_en_Suisse.pdf

BIBLIOGRAPHIE

- Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*. 2015;8(1):1-12.
- Braveman P. et Gruskin S. Defining equity in health. *J. Journal of Epidemiology & Community Health*. 2003;57(4):254-258.
- Commission des déterminants sociaux de la santé. Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève (CH) : OMS ; 2009. 246p.
- Fassin D, Aïch P. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *Revue du praticien*. 2004;(54):2221-2227.
- Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T, Leclerc A. Introduction. Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé. Dans : Fassin D. Grandjean H, Kaminski M, Lang T, Leclerc A. Les inégalités sociales de santé. Paris (FR) : La Découverte ; 2000. p. 13-24.
- Goldberg M. *et al.* Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. *Sciences sociales et santé*. 2002;20(4):75-128.
- Haschar-Noe N, Lang T. Réduire les inégalités sociales de santé : une approche interdisciplinaire de l'évaluation. Toulouse (FR) : Presses Universitaires du Midi ; 2018. 522p.
- Luo J, Hendryx M, Wang F. Mortality disparities between Black and White Americans mediated by income and health behaviors. *Social Science & Medicine - Population Health*. 2021;29(17):1-6.
- Mackenbach JP. Health inequalities. Persistence and change in European welfare states. Oxford (UK) : Oxford University Press ; 2019. 240p.
- Marmot M. Commission on Social Determinants of Health. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *The Lancet*. 2007;370(9593):1153-1163.
- Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action. IGAS ; Mai 2011; 124p. Report No. : RM2011-061P.
En ligne : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/114000580.pdf>
- Moquet MJ. Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples. *La Santé de l'homme*. 2008;(397):17-19.
- Observatoire de la Santé du Hainaut. Synthèse du séminaire du 9 mai 2017 : L'Universalisme proportionné, stratégie de réduction des inégalités sociales de santé. OSH ; 2017. 17p.
En ligne : https://observatoiresante.hainaut.be/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2018/06/2017-05-09_SEMISS_Universalisme_proportionne_07-03-2018.pdf
- Preda A, Voigt K. The social determinants of health: why should we care? *The American Journal of Bioethics*. 2015;15(3):25-36.
- Rochaix L, Tubeuf S. Mesures de l'équité en santé : Fondements éthiques et implications. *Revue économique*. 2009;60:325-344.

3 AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Hélène Lambert avec les contributions de : Isabelle Aujoulat, Timothée Delescluse, Dominique Doumont, Christine Ferron.

Pour citer ce document : Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., Ferron C. Agir sur les déterminants de la santé, In : Lambert H. (coord.) *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, décembre 2021, 5 p.

○ RÉSUMÉ

L'approche par les déterminants de la santé, reconnaissant que la santé dépend de multiples facteurs en interaction, est devenue un principe d'intervention clé en promotion de la santé (Alla, 2016). Cette dernière propose d'agir au-delà du système de soins, en ciblant l'ensemble des déterminants qui façonnent la santé des individus et des groupes. Les *déterminants de la santé* constituent l'ensemble des facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux qui influencent la santé (Cultures&Santé, 2019 ; Alla, 2016 ; Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2012). Ces déterminants vont des plus individuels, comme les comportements et le patrimoine biologique, aux plus globaux, comme l'environnement socio-économique, sur lesquels les personnes n'ont en général que très peu de prise. Les *déterminants sociaux de la santé* constituent un sous-ensemble des détermi-

nants de la santé et incluent tous les facteurs qui relèvent de l'organisation des sociétés. De nombreux modèles ont été proposés pour schématiser cette approche et faciliter son opérationnalisation. Ces modèles ont évolué dans le temps, au gré des avancées de la recherche et de l'évolution du contexte politique (Cantoreggi, 2010). Cependant, malgré l'attention grandissante accordée aux déterminants sociaux de la santé, les études révèlent que l'action (notamment politique) sur ces déterminants reste insuffisamment mobilisée. Ainsi les interventions visent-elles encore majoritairement les comportements des individus (Wold & Mittelmark, 2018 ; Desgroseilliers & Vonarx, 2014). La prise en compte des déterminants de la santé est une stratégie essentielle pour réduire les inégalités sociales de santé et, plus largement, améliorer l'état de santé et le bien-être général des populations.

L'approche par les déterminants, reconnaissant que la santé dépend de multiples facteurs qui sont en interaction, a connu un succès grandissant dans les milieux de recherche, auprès des décideurs politiques et des acteurs de terrain (Braveman *et al.*, 2011). Elle est devenue un principe d'intervention clé en promotion de la santé (Alla, 2016). Cette dernière propose d'agir au-delà du système de soins, en ciblant l'ensemble des déterminants sociaux et structurels qui façonnent la santé des individus et des groupes.

À partir des années 70, de nombreuses critiques émergent quant à l'efficacité et à l'acceptabilité éthique des actions centrées sur les facteurs de risque de maladie et le système de soins pour améliorer la santé des populations (Cantoreggi, 2010). Dans ce contexte, le rapport Lalonde, publié en 1974, propose une nouvelle « conception globale de la santé » (Alla, 2016 ; Cantoreggi, 2010) ou encore, le Black Report, paru en 1980, met en lumière le poids des conditions de vie dans la production d'inégalités en matière de santé (Cantoreggi, 2010 ; Graham, 2009 ; Evans *et al.*, 1996 ; Gray, 1982). Plus récemment, en 2005, l'Organisation

Mondiale de la Santé (OMS) a créé la commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS). La création de cette commission s'est inscrite dans le cadre de sa stratégie « Santé pour Tous », visant à réduire les inégalités sociales de santé (Cantoreggi, 2010 ; Graham, 2009).

○ DÉFINITIONS DES CONCEPTS

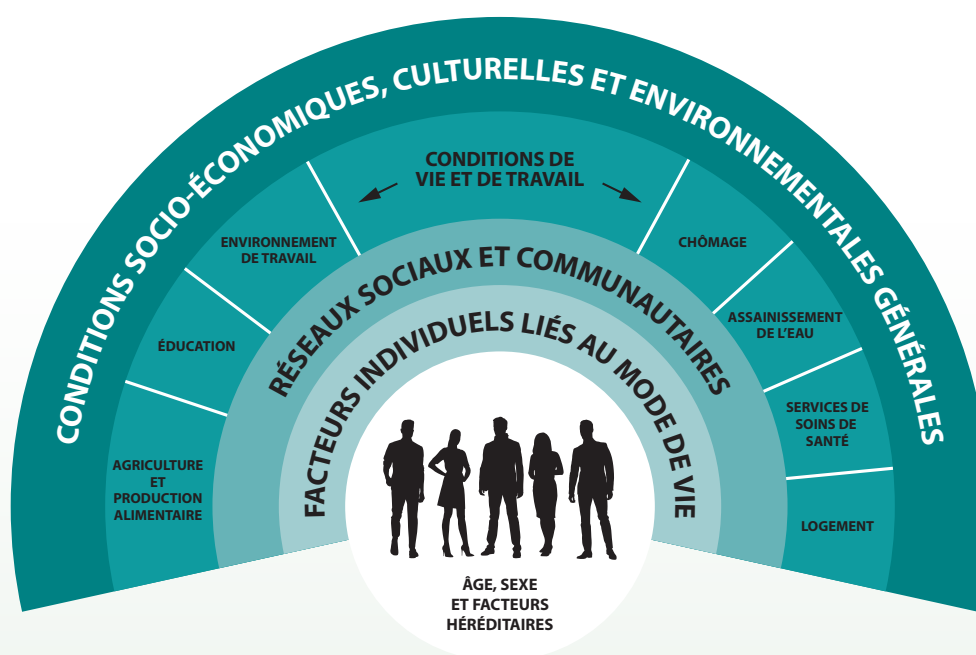
Les **déterminants de la santé** constituent l'ensemble des facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux qui influencent la santé (Alla, 2016 ; Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2012). Ces déterminants vont des plus individuels, comme les comportements et le patrimoine biologique, aux plus globaux, comme l'environnement socio-économique, sur lesquels les personnes n'ont en général que très peu de prise et qui relèvent dès lors de la responsabilité politique. Les **déterminants sociaux de la santé** constituent un sous-ensemble des déterminants de la santé et incluent tous les facteurs qui relèvent de l'organisation des sociétés. Ils comprennent « *les multiples conditions sociales qui, par leurs interactions, ont une influence sur la santé et le bien-être [...]* » (Breton *et al.*, 2017 : 83). Dans ce cadre, la répartition inégale des déterminants sociaux de la santé entre les individus et groupes sociaux est à l'origine des inégalités sociales de santé. De même, les **déterminants écologiques de la santé**, constituant les éléments de l'environnement naturel qui sont essentiels à la santé et au bien-être des êtres humains tels que l'oxygène ou la couche d'ozone, sont un sous-ensemble des déterminants de la santé.

Ces déterminants sont en interaction entre eux et s'inscrivent dans des chaînes de causalités complexes, se reconfigurant dans le temps et selon les contextes (Cultures&Santé, 2019 ; Alla, 2016). Ils influencent la santé à chaque étape de la vie d'un individu, avec un processus d'accumulation d'avantages ou de désavantages au fil du temps. Ainsi, les conditions de vie et les expériences néfastes et positives pour la santé rencontrées lors de la petite enfance auront, elles, des répercussions à vie sur le corps et la santé des personnes (Braveman *et al.*, 2011 ; Graham, 2009).

○ MODÈLES

De nombreux modèles ont été proposés pour schématiser cette approche et faciliter son opérationnalisation. Ces modèles ont évolué dans le temps, au gré des avancées de la recherche et de l'évolution du contexte politique (Cantoreggi, 2010). Le modèle de Dahlgren and Whitehead, composé de cinq demi-cercles disposés en arc-en-ciel, fut proposé en 1991. Les comportements

FIG. 5 : CADRE CONCEPTUEL DES PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ SELON WHITEHEAD ET DAHLGREN (1991)



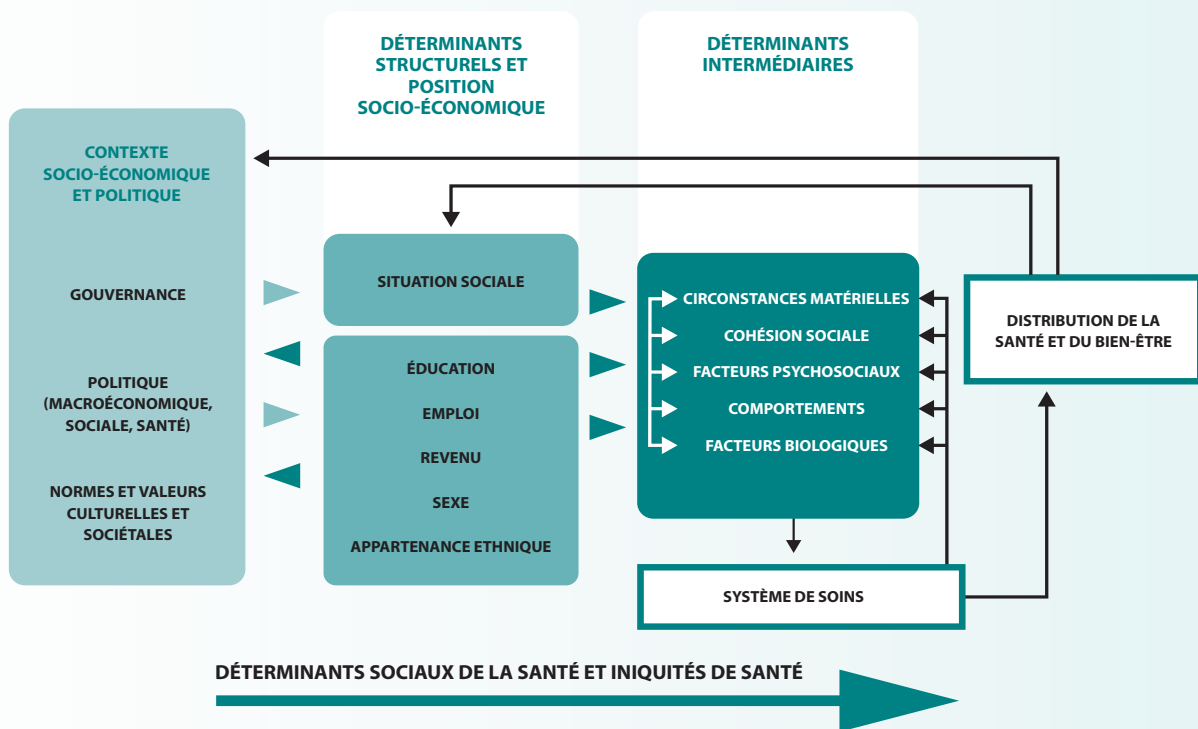
► Schéma traduit par nos soins et issu de l'article : Whitehead, M. Dahlgren, G. What can we do about inequalities in health. *The Lancet*, 1991, n° 338: p. 1059-1063.

et styles de vie, les réseaux sociaux et communautaires, les facteurs relevant des conditions de vie et de travail et les facteurs socio-économiques, culturels et environnementaux constituent les principaux déterminants de la santé.

Le modèle de la commission des déterminants de la santé, élaboré en 2008, représente une synthèse de plusieurs décennies de recherches. L'équité en matière de santé est un élément central de ce modèle (Cantoreggi, 2010).

Le contexte socio-économique et politique général ainsi que la position sociale des individus dans la société constituent les déterminants structurels des inégalités de santé. Ils génèrent une exposition différenciée des individus aux conditions dommageables pour leur santé. Ensuite, les déterminants intermédiaires de la santé, découlant de ce niveau supérieur, matérialisent ces situations d'inégalités.

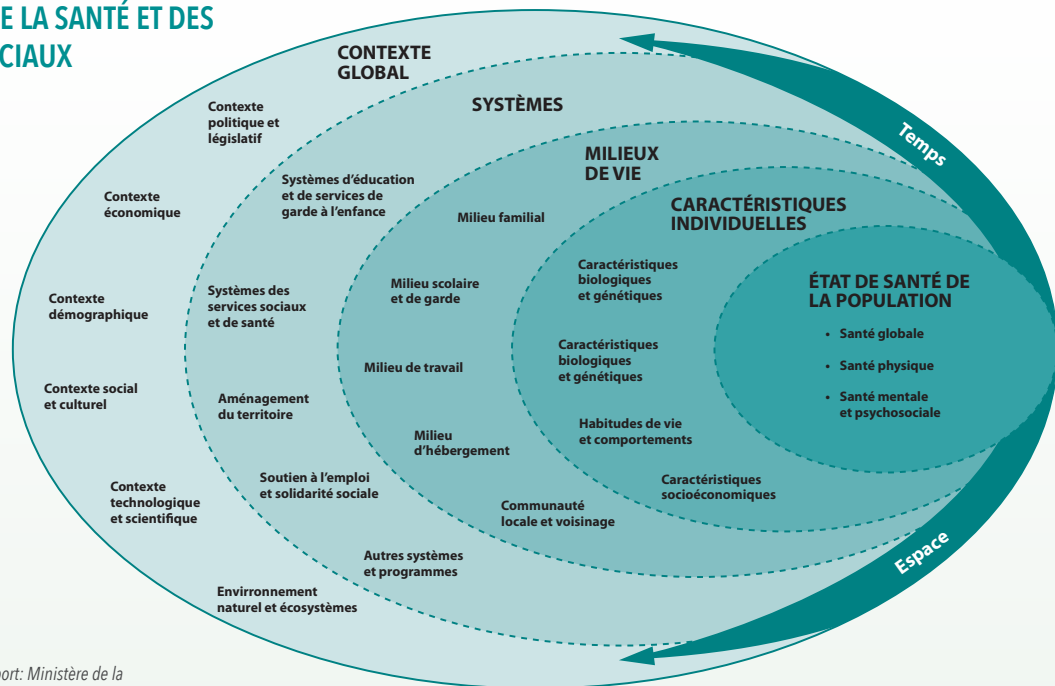
FIG. 6 : CADRE CONCEPTUEL DE LA COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ (2009)



► Schéma traduit par nos soins et issu du rapport : Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. 2009:43.

Enfin, le modèle proposé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en 2010, est particulièrement utile pour les acteurs de terrain. Chacun des niveaux proposés constitue un domaine possible d'action. L'état de santé de la population dépend des caractéristiques des individus, des milieux de vie dans lesquels ils évoluent quotidiennement, des principaux systèmes administrés par le gouvernement et du contexte global. Ces éléments s'inscrivent à la fois dans le temps et l'espace.

FIG. 7 : CADRE CONCEPTUEL DE LA SANTÉ ET DE SES DÉTERMINANTS SELON LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2010)



► Schéma issu du rapport: Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants. Résultat d'une réflexion commune. 2010:17.

CONCLUSION

Malgré l'attention grandissante accordée aux déterminants sociaux de la santé, les études révèlent que l'action (notamment politique) sur ces déterminants reste insuffisamment mobilisée. Ainsi les interventions visent-elles encore majoritairement les comportements des individus (Wold & Mittelmark, 2018 ; Desgroseilliers & Vonarx, 2014). Dans le même temps, les inégalités de santé persistent voire s'aggravent à l'échelle mondiale (Lang & Haschar-Noé, 2017). La prise en compte des déterminants de la santé est une stratégie essentielle de la promotion de la santé pour réduire ces inégalités et, plus largement, améliorer l'état de santé et le bien-être général des populations.

FAITS SAILLANTS

- Les déterminants de la santé rassemblent l'ensemble des facteurs individuels, sociaux, culturels, économiques et physiques qui influencent la santé.
- Les déterminants sociaux de la santé constituent un sous-ensemble des déterminants de la santé et incluent tous les facteurs qui relèvent de l'organisation des sociétés.
- Les déterminants influencent la santé durant toute la trajectoire de vie d'un individu, avec un processus d'accumulation d'avantages ou de désavantages au fil du temps.
- L'approche par les déterminants de la santé est devenue un principe d'intervention clé en promotion de la santé.
- De nombreux modèles ont été proposés pour schématiser cette approche et faciliter son opérationnalisation, tels que celui de Dahlgren and Whitehead (1991), celui de la commission des déterminants sociaux de la santé (2008) et celui du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2010).

○ POUR ALLER PLUS LOIN

- **La santé et ses déterminants – mieux comprendre pour agir.**

Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. 2010.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>

- **Pondération des déterminants de la santé en Suisse.**

Institut des sciences de l'environnement-Université de Genève. 2010.

https://perruchenaumne.eu/wordpress/wp-content/uploads/2015/09/100806_GRES_Schlussbericht-Gesundheitsdeterminanten.pdf

- **Les déterminants de la santé.**

François Alla. 2016.

<https://www.cairn.info/traite-de-sante-publique--9782257206794-page-15.htm>

○ BIBLIOGRAPHIE

- Alla F. Les déterminants de la santé. In: François Bourdillon éd., Traité de santé publique. Paris (FR) : Médecine-Sciences Flammarion ; 2016 : 36-39.
- Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: coming of age. *Annual Review of Public Health*. 2011;32:381-398.
- Breton E, Jabot F, Pommier J, Sherlaw W. La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone. Rennes (FR) : Presses de l'EHESP ; 2017. 544p.
- Cantoreggi N. Pondération des déterminants de la santé en Suisse. Etude réalisée dans le cadre de l'élaboration d'un modèle de déterminants de la santé pour la Suisse. Genève (CH) : Institut des sciences de l'environnement-Université de Genève ; 2010. 58p.
En ligne : https://perruchenaumne.eu/wordpress/wp-content/uploads/2015/09/100806_GRES_Schlussbericht-Gesundheitsdeterminanten.pdf
- Desgroseilliers V, Vonarx N. Retrouver la complexité du réel dans les approches théoriques de promotion de la santé : transiter par l'identité du sujet. *Santé Publique*. 2014;26(1):17-31.
- Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie. Montréal (CA) : Presses universitaires de Montréal ; 1996. 359p.
- Graham H. Health inequalities, social determinants and public health policy. *Policy&Politics*. 2009;37(4):463-479.
- Gray AM. Inequalities in health. *The Black Report: a summary and comment*. *International Journal of Health Services*. 1982;12(3):349-380.
- Haschar-Noe N, Lang T. Réduire les inégalités sociales de santé : une approche interdisciplinaire de l'évaluation. Toulouse (FR) : Presses Universitaires du Midi ; 2018. 522p.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants. Résultat d'une réflexion commune. Québec (CA) : MSSS - La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ; 2010. 17p.
En ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-202-02.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. La santé et ses déterminants – mieux comprendre pour agir. Québec (CA) ; MSSS - La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux ; 2012. 24p.
En ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
- Whitehead M, Dahlgren G. What can we do about inequalities in health. *The Lancet*. 1991; 338(8774):1059-1063.
- Wold B, Mittelmark MB. Health-promotion research over three decades: The social-ecological model and challenges in implementation of interventions. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2018;46(20_suppl):20-26.

4 ADAPTER LES INTERVENTIONS AUX TYPES DE PUBLICS

Hélène Lambert avec les contributions de : Isabelle Aujoulat, Timothée Delescluse, Dominique Doumont, Christine Ferron.

Pour citer ce document : Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., Ferron C. Adapter son intervention aux types de publics, In : Lambert H. (coord.) *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, décembre 2021, 6 p.

○ RÉSUMÉ

Selon les contextes, de nombreuses variables, telles que la classe sociale, la culture, la langue, la religion, le genre, l'orientation sexuelle, l'âge et les incapacités entrent en interaction pour créer des situations désavantageuses pour certains groupes et individus (Touati *et al.*, 2018). Comprendre leurs contextes de vie, leur besoins, leurs représentations, et tenir compte de la diversité de leurs points de vue s'avèrent donc indispensables lorsqu'il s'agit d'élaborer, de mettre en œuvre et de diffuser des politiques et des interventions équitables en santé (Jongen *et al.*, 2017). La littératie en santé est un facteur influençant l'état de santé des groupes sociaux. Un bon niveau de littératie contribue à permettre aux individus de faire des choix éclairés et d'adop-

ter des comportements favorables à leur santé (Van den Broucke & Renwart, 2014). Ensuite, la culture a une profonde influence sur la manière dont les individus perçoivent le monde et plus spécifiquement, la santé et la maladie (Huff *et al.*, 2015). La compétence culturelle ou « compétence en matière de diversité » (Butler *et al.*, 2016) correspond quant à elle à une stratégie visant à tenir compte des différences culturelles à tous les niveaux du système de santé (Jongen *et al.*, 2017). Les stratégies visant simultanément plusieurs aspects tels que la littératie, la culture et la langue et à plusieurs niveaux du système de santé semblent particulièrement pertinentes pour communiquer efficacement et améliorer l'état de santé de la population dans sa diversité (Jongen *et al.*, 2017 ; Andrulis *et al.*, 2016).

Les groupes sociaux sont caractérisés par les déterminants de santé qui les affectent et leur capacité à agir sur ces déterminants. En effet, les problèmes de santé se répartissent dans la population selon un gradient socio-économique (Garcia, 2006). Plus précisément, de nombreuses variables, telles que la classe sociale, le genre, l'orientation sexuelle, l'âge et les incapacités interagissent pour créer des situations désavantageuses pour certains groupes et individus (Touati *et al.*, 2018). Les populations défavorisées ont un accès plus limité aux soins de santé (Lie *et al.*, 2012). Elles rencontrent des barrières économiques, linguistiques et/ou culturelles nuisant à leur décodage de l'information en santé et à leur orientation dans le système de santé (Andrulis, 2016). Dans ce contexte, la prise en compte de leurs environnements et conditions de vie, de leurs besoins spécifiques et de la

diversité de leurs points de vue s'avère indispensable lorsqu'il s'agit d'élaborer, de mettre en œuvre et de diffuser des politiques et des interventions équitables en santé (Jongen *et al.*, 2017).

Deux concepts ont été développés pour mieux prendre en compte les spécificités de certains groupes ou individus en santé publique. D'abord, le terme de *littératie* en santé, inscrit en 1998 dans le glossaire de la santé de l'OMS, suscite un intérêt croissant (Cultures&Santé, 2016 ; Renwart & Van De Broucke, 2014). Il est aujourd'hui mobilisé par de nombreux chercheurs, acteurs de terrain et décideurs politiques. Ensuite, l'influence de la culture sur les comportements de santé a été davantage étudiée et reconnue au fil du temps (Kreuter & McClure, 2004). Dans ce contexte, le concept de *compétence culturelle* a émergé (Jongen *et al.*, 2017).

○ DÉFINITIONS DES CONCEPTS

La littératie en santé est un déterminant de la santé. Un bon niveau de littératie contribue à ce que les individus fassent des choix éclairés et adoptent des comportements favorables à leur santé (Van den Broucke & Renwart, 2014). Les individus présentant un faible niveau de littératie sont aussi souvent ceux qui sont faiblement éduqués, économiquement défavorisés, et qui appartiennent à un groupe minoritaire (Van den Broucke & Renwart, 2014), ce qui fait dire à Van den Broucke qu'il faut considérer la littératie comme « un médiateur important des effets des facteurs sociaux sur la santé, tels que le niveau de revenu ou d'éducation par exemple » (Van den Broucke, 2015).

Suite à l'analyse de 17 définitions trouvées dans la littérature, Kristine Sørensen et ses collaborateurs proposent de définir la littératie en santé de la manière suivante : « *La littératie en matière de santé est liée à l'alphabétisation et elle englobe les connaissances, la motivation et les compétences des personnes pour accéder aux informations sur la santé, les comprendre, les évaluer et les appliquer afin de porter des jugements et de prendre des décisions dans leur vie quotidienne relatives aux soins de santé, à la prévention des maladies et à la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer leur qualité de vie tout au long de leur vie.* » (Sørensen *et al.*, 2012 : 13 ; traduit par nos soins). La littératie comprend donc un ensemble complexe et interconnecté de capacités individuelles. L'approche dite « clinique » met l'accent sur les relations entre patients et soignants tandis que l'approche dite de « santé publique » inscrit la littératie dans le domaine plus large du développement du pouvoir d'agir (Sørensen *et al.*, 2012, Cultures&Santé, 2016). Pour la promotion de la santé, il est important que les populations puissent comprendre les messages de santé, les évaluer et prendre des décisions relatives aux problèmes de santé publique qui les concernent (Cultures&Santé, 2016). La littératie en santé joue également un rôle crucial dans la capacité des populations à intervenir dans les débats publics sur la santé et les instances de démocratie en santé (Ferron, 2017).

Ensuite, **la culture** a une profonde influence sur la manière dont les individus perçoivent le monde et plus spécifiquement, la santé et la maladie (Huff *et al.*, 2015). Elle est un déterminant important des comportements de santé (Huff *et al.*, 2015). Alexandra Garcia (2006 : 21, traduit par nos soins) définit la culture ainsi : « *un terme qui fait référence à l'ensemble des règles implicites et explicites héritées par un groupe et qui guident sa façon de voir, ressentir et interagir avec le monde* ». Plus globalement, la culture se reflète dans tous les aspects de la vie sociale d'un groupe, tels que dans ses croyances, son langage corporel, son mode de vie ou sa conception des rôles familiaux (Pérez & Luquis, 2008 ; Huff *et al.*, 2015 ; Kreuter & McClure, 2004). Elle évolue, se reconfigure au fil du temps (Kreuter & McClure, 2004). De plus, la plupart des individus appartiennent à plusieurs cultures (Garcia, 2006).

Tout au long de sa vie, à travers un processus de socialisation, l'individu intériorise certaines dispositions culturelles propres à son milieu qui façonnent sa personnalité, ses perceptions et facilitent son intégration au sein de la société. Les **représentations sociales** font référence aux grilles de lecture et d'interprétation du monde qu'acquière les groupes et individus à travers ce processus de socialisation. Les **normes sociales** quant à elles, font référence aux règles, aux conduites et aux valeurs dominantes (lois, habitudes, coutumes, mœurs...) au sein d'un groupe ou d'une collectivité. Les représentations sociales et les normes sociales ne sont pas figées, elles évoluent au gré des situations, des contextes et des époques (Cultures&Santé *et al.*, 2013).

La compétence culturelle ou « compétence en matière de diversité » (Butler *et al.*, 2016) correspond à une stratégie visant à tenir compte des différences culturelles à tous les niveaux du système de santé (Jongen *et al.*, 2017). C'est un « *ensemble de comportements, d'attitudes et de politiques congruents qui se retrouvent dans un système, une organisation ou parmi les professionnels et qui permettent à ce système, cette organisation ou ces professionnels de travailler efficacement dans des situations transculturelles* » (Cross *et al.*, 1989 cités par Jongen *et al.*, 2017 : 2 ; traduit par nos soins). Elle s'applique aussi bien aux minorités qu'à d'autres groupes marginalisés et/ou stigmatisés tels que les populations LGBTI+ et les personnes en situation de handicap (Butler *et al.*, 2016).

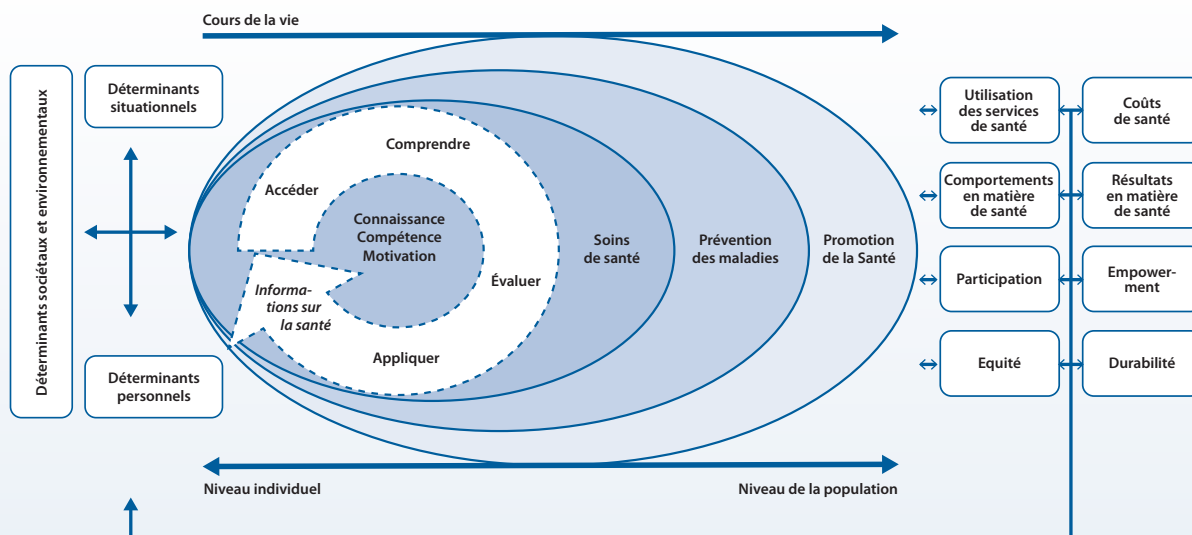
Dans un contexte multiculturel, travailler à réduire les inégalités sociales de santé implique donc de créer des environnements « culturellement compétents ». Ces environnements doivent être adaptés aux réalités spécifiques des différentes communautés (Pérez & Luquis, 2008).

MODÈLES

LITTÉRATIE

Le modèle proposé par Sørensen *et al.*, (2012) décrit les principales composantes de la littératie en santé selon l'approche « santé publique ».

FIG. 8 : LES DIFFÉRENTES COMPOSANTES DE LA LITTÉRATIE SELON SØRENSEN ET SES COLLABORATEURS (2012)



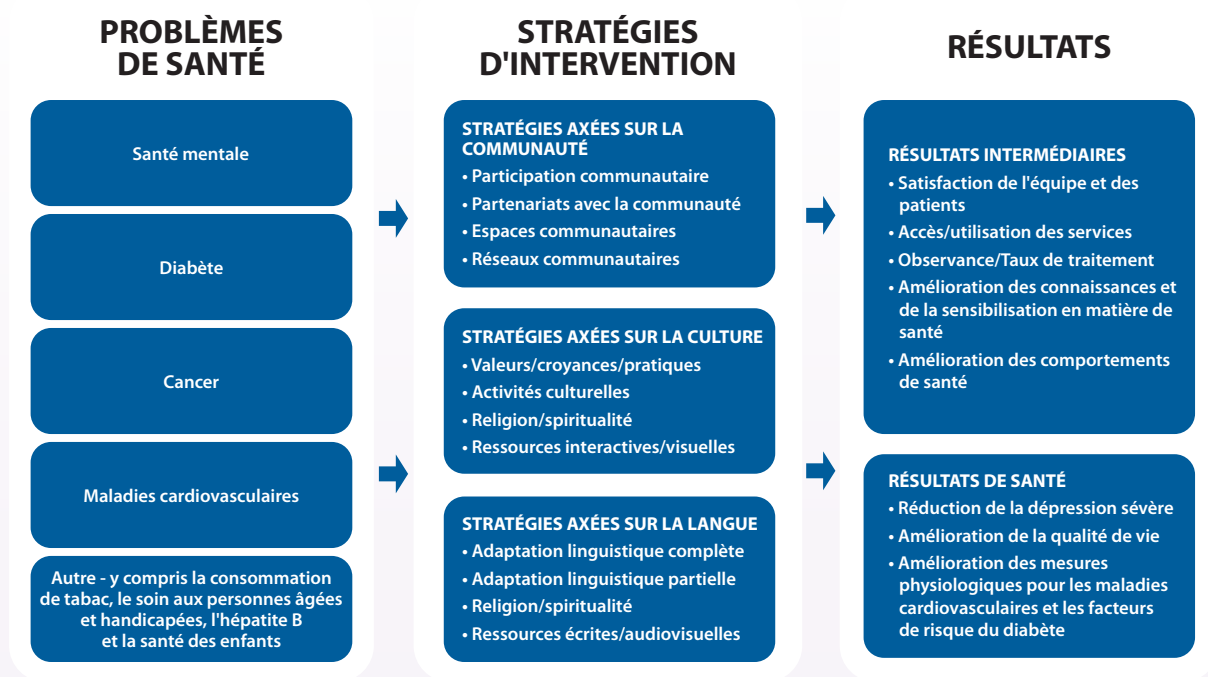
► Schéma traduit par nos soins et issu de l'article : Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H. ; (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. *Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012 Jan 25 ; 12:80*

Au centre du modèle, se trouve le concept de littératie en santé. À gauche, se situent les déterminants sociétaux et environnementaux (culture, langue, politique, etc.), individuels (âge, sexe, etc.) et situationnels (soutien social, influence de la famille, etc.) qui influencent le niveau de littératie d'un individu. À droite, logent les conséquences de la littératie. Un meilleur niveau de littératie engendre, par exemple, une réduction de l'utilisation des services de santé, une amélioration de l'état de santé auto-déclaré des individus, une plus grande participation aux décisions de santé publique et davantage d'équité (Sørensen *et al.*, 2012).

COMPÉTENCE CULTURELLE

Jongen *et al.* (2017) ont identifié trois types de stratégies utilisées en promotion de la santé pour améliorer la compétence culturelle de certaines interventions : celle axée sur la communauté, celle axée sur la culture et celle axée sur la langue. Les interventions culturellement compétentes mobilisent la plupart du temps plusieurs de ces stratégies.

FIG. 9 : MODÈLE PRÉLIMINAIRE POUR AMÉLIORER LA COMPÉTENCE CULTURELLE DES SERVICES ET PROGRAMMES DE SANTÉ SELON JONGEN ET SES COLLABORATEURS (2017)



► Schéma traduit par nos soins et issu de l'article : Jongen C.S., McCalman J., Bainbridge R.G. The Implementation and Evaluation of Health Promotion Services and Programs to Improve Cultural Competency: A Systematic Scoping Review. *Front Public Health*. 2017 Feb 27;5:24.

À gauche du modèle, se trouvent les problèmes de santé spécifiques pour lesquels il existe des preuves de l'amélioration de l'état de santé par la mise en place d'interventions culturellement compétentes. Au centre, se trouvent les stratégies d'intervention préconisées à différents niveaux. À droite, sont présentés certains résultats de santé qu'engendrent ces stratégies.

○ CONCLUSION

Comprendre les réalités diverses des populations à qui nous destinons nos interventions en promotion de la santé, les impliquer dans ces interventions et adapter nos interventions à leurs besoins est fondamental pour les atteindre, renforcer leur confiance et réduire les inégalités sociales de santé. Les stratégies visant simultanément plusieurs aspects tels que la littératie, la culture (et la langue), les représentations et normes sociales semblent particulièrement pertinentes pour communiquer efficacement et améliorer l'état de santé de la population dans sa diversité (Jongen *et al.*, 2017 ; Andrulis *et al.*, 2016).

○ FAITS SAILLANTS

- Selon les contextes, de nombreuses variables, telles que la classe sociale, la culture, la langue, la religion, le genre, l'orientation sexuelle, l'âge et les incapacités entrent en interaction pour créer des situations désavantageuses pour certains groupes et individus (Touati *et al.*, 2018). Comprendre leurs contextes de vie, leurs besoins, leurs représentations, et tenir compte de la diversité de leurs points de vue s'avèrent donc indispensables lorsqu'il s'agit d'élaborer, de mettre en oeuvre et de diffuser des politiques et des interventions équitables en santé (Jongen *et al.*, 2017).
- La littératie en santé est un déterminant de la santé. Un bon niveau de littératie contribue à renforcer la capacité des individus à faire des choix éclairés et à adopter des comportements favorables à leur santé (Van den Broecke & Renwart,

2014). La littératie en santé joue également un rôle crucial dans la capacité des populations à intervenir dans les débats publics sur la santé et les instances de démocratie en santé.

- La culture a une profonde influence sur la manière dont les individus perçoivent le monde et plus spécifiquement, la santé et la maladie (Huff *et al.*, 2015). Elle est un déterminant important des comportements de santé (Huff *et al.*, 2015). La compétence culturelle ou « compétence en matière de diversité » (Butler *et al.*, 2016) correspond à une stratégie visant à tenir compte des différences culturelles à tous les niveaux du système de santé (Jongen *et al.*, 2017).
- Le modèle proposé par Sørensen *et al.* décrit les principales composantes de la littératie en santé selon l'approche « santé publique » (2012). Jongen *et al.* (2017) ont quant à eux identifié trois types de stratégies utilisées en promotion de la santé pour améliorer la compétence culturelle de certaines interventions : celles axées sur la communauté, celles axées sur la culture et celles axées sur la langue. Enfin, partant du constat que littératie, culture et langue sont souvent traitées séparément lorsqu'il s'agit d'implémenter des stratégies à destination de personnes vulnérables, Andrulis *et al.* (2016), proposent un modèle « intégré » destiné au milieu clinique.
- Les stratégies visant simultanément plusieurs aspects et prenant en compte la littératie, la culture et la langue, à plusieurs niveaux du système de santé, semblent particulièrement pertinentes pour communiquer efficacement et améliorer l'état de santé de la population (Jongen *et al.*, 2017 ; Andrulis *et al.*, 2016).

○ POUR ALLER PLUS LOIN

- **La littératie en santé. D'un concept à la pratique. Guide d'animation.**

Cultures&Santé. 2016 : 83.

<https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-promotion-sante/item/417-la-litteratie-en-sante-d-un-concept-a-la-pratique-guide-d-animation.html>

- **Implementation and Evaluation of Health Promotion Services and Programs to Improve Cultural Competency: A Systematic Scoping Review.**

Jongen C.S., McCalman J., Bainbridge R.G. The Front Public Health. 2017 Feb 27 ; 5:24.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5327788/>

- **Questionner les représentations sociales en promotion de la santé.**

Cultures&Santé. 2013 : 54.

<https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-promotion-sante/item/261-questionner-les-representations-sociales-en-promotion-de-la-sante.html>

- **La littératie en santé comme facteur médiateur des inégalités sociales de santé et des comportements de santé.**

Renwart A., Van den Broucke S. Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation. Université catholique de Louvain. 2014.

<https://alfresco.uclouvain.be/alfresco/service/guest/streamDownload/workspace/SpacesStore/b6374a8a-76d3-44b5-b888-3fc0c-0c05fe5/Litt%C3%A9ratie%20en%20sant%C3%A9%20en%20Belgique.pdf?guest=true>

○ BIBLIOGRAPHIE

- Andrulis DP, Brach C. Integrating literacy, culture, and language to improve health care quality for diverse populations. *American Journal of Health Behavior*. 2007;31(1_suppl):122-133.
- Butler M, McCreedy E, Schwer N, Burgess D, Call K, Przedworski J, *et al.* Improving Cultural Competence to Reduce Health Disparities. Rockville (US) : Agency for Healthcare Research and Quality; 2016. 91p. Report No.: 16-EHC006-EF. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361126/>

- Cultures&Santé, CLPS de Bruxelles, CLPS en province de Luxembourg, CLPS en province de Namur. Questionner les représentations sociales en promotion de la santé. Bruxelles (BE) : Cultures&Santé ; 2013. 54p.
En ligne : <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-promotion-sante/item/261-questionner-les-representations-sociales-en-promotion-de-la-sante.html>
- Cultures&Santé. La littératie en santé. D'un concept à la pratique. Guide d'animation. Bruxelles (BE) : Cultures&Santé ; 2016. 83p.
En ligne : <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-promotion-sante/item/417-la-litteratie-en-sante-d-un-concept-a-la-pratique-guide-d-animation.html>
- Dupuis P. La littératie en santé : comprendre l'incompréhension. *Éducation Santé*. 2015;(309):8-10.
- Ferron C. La littératie en santé : synthèse bibliographique. Aubervilliers cedex (FR) : Fnes ; 16 oct. 2017; 39p.
En ligne : https://www.fnes.fr/wp-content/uploads/2018/01/Litt%C3%A9ratie-en-sant%C3%A9-Synth-biblio-Fnes_VDEF2.pdf
- Garcia A. Is health promotion relevant across cultures and the socioeconomic spectrum? *Family & community health*. 2006;29(1):20-27.
- Huff R, Kline M, Peterson VD. Health promotion in multicultural populations. Newbury Park (US) : Sage publications Ltd ; 2015. 560p.
- Jongen CS, McCalman J, Bainbridge RG. The Implementation and Evaluation of Health Promotion Services and Programs to Improve Cultural Competency: A Systematic Scoping Review. *Frontiers in Public Health*. 2017;5(24):1-14.
- Kreuter MW, McClure SM. The role of culture in health communication. *Annual Review of Public Health*. 2004;25:439-455.
- Lie D, Carter-Pokras O, Braun B, Coleman C. What do health literacy and cultural competence have in common? Calling for a collaborative health professional pedagogy. *Journal of Health Communication*. 2012;17(3_suppl):3-22.
- Organisation mondiale de la santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ottawa (CA) : OMS ; 21 nov. 1986. 5p.
En ligne : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- Pérez, M. A., et Luquis, R.R. Hoboken (US) : Cultural competence in health education and health promotion. Jossey-Bass/Wiley ; 2008. 303p.
- Renwart A [Mémoire]. La littératie en santé comme facteur médiateur des inégalités sociales de santé et des comportements de santé. Prom. : Van den Broucke, Stephan. Louvain (BE) : Université catholique de Louvain ; 2014. 23p.
- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;25(12):1-13.
- Touati N, Garakani T, Charest E, Proteau-Dupont E. Des personnes uniques avant tout : une grille d'analyse critique pour mieux prendre en compte la diversité des besoins dans le cadre des actions sur les déterminants sociaux de la santé. *Éthique publique*. 2018;20(2):1-20.

5 AGIR EN S'APPUYANT SUR LES PRINCIPES DE L'APPROCHE ÉCOLOGIQUE

Hélène Lambert avec les contributions de : Isabelle Aujoulat, Timothée Delescluse, Dominique Doumont, Christine Ferron.

Pour citer ce document : Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., Ferron C. Agir en se basant sur les principes de l'approche écologique, In : Lambert H. (coord.) *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS/RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes décembre 2021, 4 p.

○ RÉSUMÉ

Dans le domaine de la promotion de la santé, la prise de conscience progressive des limites propres aux programmes centrés sur les comportements individuels s'est accompagnée, en parallèle, d'un intérêt croissant pour les déterminants de la santé et, plus généralement, pour les environnements favorables à la santé (Lucie *et al.*, 2013 ; Barthélémy, 2012 ; Richard *et al.*, 2011). Les programmes en promotion de la santé ont en effet de meilleures chances de produire des changements structurels et durables lorsqu'ils sont multidimensionnels, c'est-à-dire lorsqu'ils visent à la fois les individus et les milieux environnementaux, sociaux, politiques, économiques, culturels et religieux dans lesquels ils

évoluent (Barthélémy, 2012). Une définition concise de cette approche, proposée par Shelley D Golden et Jo Anne L Earp (2012:364, traduction libre), est formulée ainsi : « Les modèles écologiques sociaux reconnaissent que les individus sont intégrés dans des systèmes sociaux plus vastes et décrivent les caractéristiques interactives des individus et des environnements qui sous-tendent les résultats de santé ». L'approche écologique offre ainsi un cadre de recherche et d'intervention mettant en lumière la complexité des relations entre les individus, leurs états de santé et leurs environnements. Dans la limite de leurs possibilités, les acteurs en promotion de la santé devraient tenter « même à petits pas » (Golden & Earp, 2012: 370, traduction libre) d'agir en prenant en compte les environnements.

Dans le domaine de la promotion de la santé, la prise de conscience progressive des limites propres aux programmes centrés sur les comportements individuels s'est accompagnée, en parallèle, d'un intérêt croissant pour les déterminants de la santé et, plus généralement, pour les environnements favorables à la santé (Richard *et al.*, 2013 ; Barthélémy, 2012 ; Richard *et al.*, 2011). Les programmes de promotion de la santé ont en effet de meilleures chances de produire des changements structurels et durables lorsqu'ils sont multidimensionnels, c'est-à-dire lorsqu'ils visent à la fois les individus et les milieux sociaux, politiques, économiques, physiques, culturels et religieux (Barthélémy, 2012).

Les racines de l'approche écologique datent des années soixante, lorsque naît un mouvement de santé communautaire qui revendique des actions de santé à caractère global, dépassant le seul cadre du système de soins (Mendell, 2006). Certains éléments de cette approche se retrouveront en filigrane dans la déclaration d'Alma-Ata et seront, plus tard, pleinement développés dans l'axe 2 de la charte d'Ottawa (Wold & Mittelmark, 2018 ; Breton, 2016 ; Ferron, 2016 ; Mendell, 2006). Cette dernière, qualifiée par certains de « manifeste de promotion de la santé » (Mendell, 2006 : 23), a pour ambition d'ouvrir la voie à une nouvelle phase historique de la santé publique (Breton, 2016). Elle s'accompagne de nouveaux cadres conceptuels et de nouvelles méthodes d'interventions en promotion de la santé.

○ DÉFINITION DU CONCEPT

Il existe de nombreux concepts pour qualifier l'**approche écologique** tels que « perspective écologique », « modèle écologique », « modèle à plusieurs niveaux » (Richard *et al.*, 2011) ou encore « modèles écologiques sociaux » (Wold & Mittelmark, 2018). Une définition concise de cette approche, proposée par Shelley Golden et Jo Anne Earp (2012:364, traduction libre), est formulée ainsi : « *Les modèles écologiques sociaux reconnaissent que les individus sont intégrés dans des systèmes sociaux plus vastes et décrivent les caractéristiques interactives des individus et des environnements qui sous-tendent les résultats de santé* ». D'autres éléments clés sont constitutifs de cette approche tels que la notion d'influence réciproque entre les individus et leurs environnements ainsi que la mise en place d'actions et d'évaluations à différents niveaux (Barthélémy, 2012 ; Richard *et al.*, 2011).

L'approche écologique offre ainsi un cadre de recherche et d'intervention mettant en lumière la complexité des relations entre les individus, leurs états de santé et leurs environnements. Elle part du postulat que la santé et les comportements sont influencés par une multitude de conditions et d'acteurs qui sont en interaction (Springer & Evans, 2016).

○ MODÈLES

Dans une volonté de démêler et de schématiser ces relations complexes, de nombreux auteurs ont proposé des modèles (Richard *et al.*, 1996 ; McLeroy *et al.*, 1988 ; Springers & Evans, 2016 ; Wold & Mittelmark, 2018). Ces derniers distinguent, pour la plupart, différents niveaux d'influence de l'environnement, allant de micro-environnements à des macro-environnements. Le modèle proposé par Urie Bronfenbrenner (1979 repris et schématisé par Absil *et al.*, 2012), composé de plusieurs cercles concentriques, est probablement l'un des plus connus et également des plus anciens.

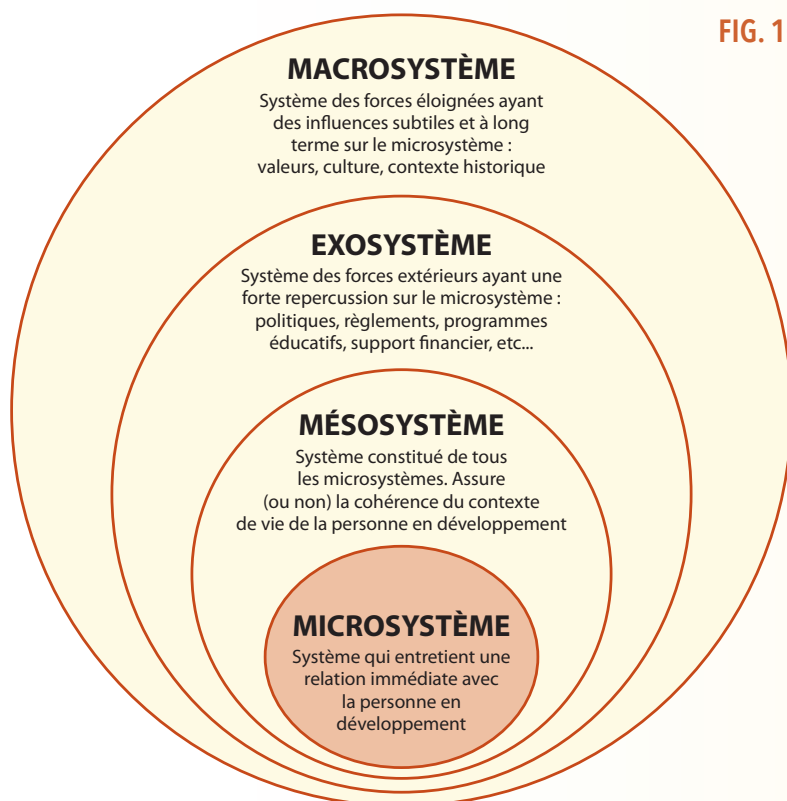
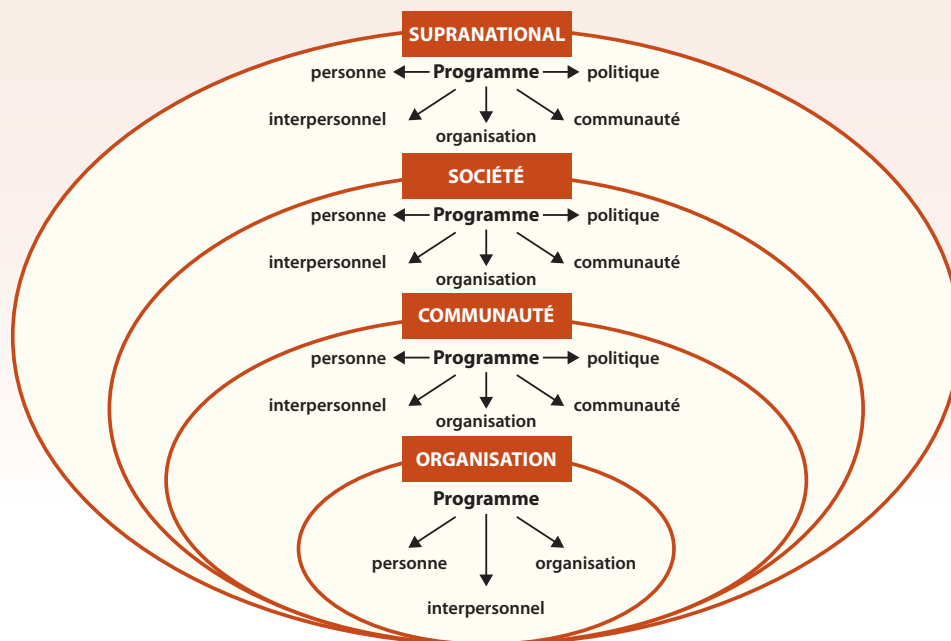


FIG. 10 : MODÈLE ECOLOGIQUE SELON BRONFENBRENNER (1979) SCHÉMATISÉ PAR ABSIL ET SES COLLABORATEURS (2011)

► Absil G, Vandoorne C, Demarteau M. (2012) Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain. Réflexion et action pour la Promotion de la santé. Appui en Promotion et Éducation pour la Santé ; Observatoire de la Santé du Hainaut, Liège/Mons.

Le modèle de Richard et ses collaborateurs (1996), ensuite, est intéressant parce qu'il illustre l'étendue des milieux et des cibles pouvant être visés par une intervention écologique. D'une part, quatre écosystèmes sont placés sur un continuum, celui de l'organisation, de la communauté, de la société et le niveau supranational. D'autre part, à chacun de ces niveaux, des cibles possibles pour l'intervention sont identifiées. Ces dernières sont l'individu lui-même, son environnement interpersonnel, les organisations dans lesquelles il évolue, sa communauté territoriale et le niveau politique (Richard *et al.*, 2013 ; Barthélémy, 2012 ; Richard *et al.*, 1996).

FIG. 11 : MODÈLE DE L'APPROCHE ÉCOLOGIQUE DANS LES PROGRAMMES DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION SELON RICHARD ET SES COLLABORATEURS (1996)



► Schéma adapté et issu de l'article : Richard L., Potvin L., Kishchuk N., Pric H., Green L.W. Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion programs. *Am J Health Promot.* 1996 Mar-Apr;10(4):318-28. doi: 10.4278/0890-1171-10.4.318. PMID: 10159711.

Enfin, les modèles et cadres conceptuels récents intègrent de nouvelles dimensions, cherchant à répondre davantage aux besoins du terrain. A titre d'exemple, le modèle proposé par Bente Wold, Maurice Mittelmark et Oddrun Samdal (2018:21 repris de Wold & Samdal, 2012) schématise les conditions qui favorisent l'empowerment individuel en partant de l'approche écologique. Andrew Springer et Alexandra Evans (2016) proposent quant à eux un cadre conceptuel pour identifier les « actifs environnementaux » lors de l'évaluation des besoins en matière de santé.

○ CONCLUSION

Malgré l'attention grandissante qui a été donnée à l'approche écologique par les chercheurs, les acteurs de terrain et les décideurs politiques, la plupart des interventions restent aujourd'hui centrées sur les changements de comportements, d'habitudes, d'attitudes et de modes de vie (Wold & Mittelmark, 2018 ; Desgroseilliers & Vonarx, 2014 ; Richard *et al.*, 2014 ; Barthélémy, 2012). L'adoption de cette approche pose en effet de nombreux défis aux planificateurs, rendant parfois difficile son opérationnalisation (Richard *et al.*, 2013). À titre d'exemple, le fait que les impacts des interventions à visée écologique ne se manifestent qu'après un temps long constitue un frein à leur mise en place dans un contexte où les modalités de financements privilégient le court terme (Richard *et al.*, 2013 ; Schell, 2013). Pourtant, les programmes et interventions à visée écologique pourraient améliorer considérablement la santé des populations. Dans la limite de leurs possibilités, les acteurs en promotion de la santé devraient de ce fait tenter « même à petits pas » (Golden & Earp, 2012:370, traduction libre) d'agir en prenant en compte les environnements.

○ FAITS SAILLANTS

- Dans le domaine de la promotion de la santé, la prise de conscience progressive des limites propres aux programmes centrés sur les comportements individuels s'est accompagnée, en parallèle, d'un intérêt croissant pour les déterminants de la santé et, plus généralement, pour les environnements favorables à la santé.
- L'approche écologique offre un cadre de recherche et d'intervention mettant en lumière la complexité des relations entre les individus, leurs états de santé et leurs environnements. Elle part du postulat que la santé et les comportements sont influencés par une multitude de conditions et d'acteurs qui sont en interaction.
- Dans une volonté de démêler et de schématiser ces relations complexes, des modélisations ont été proposées. Ces dernières distinguent, pour la plupart, différents niveaux d'influences de l'environnement, allant des micro-environnements aux macro-environnements.
- La complexité de cette perspective pose de nombreux défis aux planificateurs, rendant parfois difficile son opérationnalisation.

○ POUR ALLER PLUS LOIN

- **Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique.**
Lise Renaud et Ginette Lafontaine, REFIPS, 2018
<http://promosante.org/international-intervenir-en-promotion-de-la-sante-laide-de-lapproche-ecologique-guide-pratique/>
- **Créer des environnements de vie favorables à la santé.**
ADSP, 2018
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=160>
- **L'approche écologique en action en France et au Québec.**
Barthélémy, 2012
<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2012-5-page-101.htm>
- **Interventions de prévention et de promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique.**
Richard Lucie, Barthélémy Lucette, Tremblay Marie-Claude, Pin Stéphanie, Gauvin Lise, Boileau Luc, Le Luong Thanh, 2013
<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/interventions-de-prevention-et-promotion-de-la-sante-pour-les-aines-modele-ecologique>

○ BIBLIOGRAPHIE

- Absil G, Vandoorne C, Demarteau M. Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain. Réflexion et action pour la Promotion de la santé. Liège (BE) : APES-ULg ; 2012. 19p.
<https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/114839/1/ELE%20MET-CONC%20A-243.pdf>
- Barthélémy L. L'approche écologique en action en France et au Québec : Exemples d'intervention de prévention et promotion de la santé pour les aînés. *Gérontologie et société*. 2012;35hs1(5):101-108.
- Breton É. La Charte d'Ottawa : 30 ans sans plan d'action?. *Santé Publique*. 2016;28(6):721-727.
- Desgroseilliers V, Vonarx N. Retrouver la complexité du réel dans les approches théoriques de promotion de la santé : transiter par l'identité du sujet. *Santé Publique*. 2014;26(1):17-31.
- Golden SD, Earp JA. Social ecological approaches to individuals and their contexts: twenty years of health education & behavior health promotion interventions. *Health Education & Behavior*. 2012;39(3):364-372.
- McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*. 1988;15(4):351-77.
- Mendel A [Thèse]. La mise en action du modèle écologique par les acteurs d'un territoire CLSC dans le cadre d'un programme de santé publique en périnatalité et pour la petite enfance. Montréal (CA) : Direction des bibliothèques de l'Université de Montréal ; 2006. 169p.
- Richard L, Potvin L, Kishchuk N, Prlic H, Green LW. Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*. 1996;10(4):318-28.
- Richard L, Gauvin L, Raine K. Ecological models revisited: their uses and evolution in health promotion over two decades. *Annual Review of Public Health*. 2011;32: 307-326.
- Richard L, Barthélémy L, Tremblay MC, Pin S, Gauvin L, Boileau L, Le Luong T. Interventions de prévention et de promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique. Guide d'aide à l'action franco-québécois. Saint-Denis Cedex : Inpes - Santé en action ; 2013. 112p.
En ligne : http://lgreen.net/bibliography/Guide_modele_ecologique_INPES.pdf
- Springer AE, Evans AE. Assessing environmental assets for health promotion program planning: a practical framework for health promotion practitioners. *Health Promotion Perspectives*. 2016;6(3):111-118.
- Wold B, Mittelmark MB. Health-promotion research over three decades: The social-ecological model and challenges in implementation of interventions. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2018;46(20_suppl):20-26.

6 AGIR SUR BASE DE FONDEMENTS PROBANTS AVEC UN CROISEMENT DES SOURCES DE CONNAISSANCES

Hélène Lambert avec les contributions de : Isabelle Aujoulat, Timothée Delescluse, Dominique Doumont, Christine Ferron.

Pour citer ce document : Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., Ferron C. Agir sur base de fondements probants avec un croisement de sources de connaissances, In : Lambert H. (coord.) *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, décembre 2021, 4 p.

○ RÉSUMÉ

La prise de décision fondée sur les données probantes est devenue un critère primordial de qualité pour l'évaluation des projets mis en œuvre dans le domaine de la promotion de la santé (FRAPS, 2017 ; Cambon *et al.*, 2010). Une approche s'appuyant sur les données probantes présente en effet de nombreux avantages tels qu'une utilisation efficace des ressources et de meilleures chances de réussite des actions, programmes et politiques mis en place (Vanagas *et al.*, 2017). Une définition récente de l'*Evidence-Based Health Promotion* (EBPH) la présente comme « un processus d'intégration de preuves issues de la recherche scientifique et de la pratique pour améliorer la santé de la population cible » (Vanagas *et al.*, 2017:1, traduction libre). Plus globalement, il s'agit d'utiliser des données

récentes et de bonne qualité pour répondre de manière efficace à certains besoins de santé au sein d'un contexte donné (Lamboy, 2018 ; Cambon *et al.*, 2010 ; Brownson *et al.*, 2009). La démarche EBPH implique également de faire participer la communauté, d'évaluer les actions mises en place et d'engendrer de nouvelles connaissances à partir de ces évaluations (Brownson *et al.*, 2018). Dans ce processus, des formes de connaissances variées, à la fois issues de la recherche scientifique, du contexte et de l'expérience, sont utilisées et constituent les données probantes (FRAPS, 2018). La valeur ajoutée d'une intervention EBPH est incontestable. Toutefois, dans la pratique, certaines embûches sont rencontrées. Dans ce contexte, tisser davantage de ponts entre le monde de la recherche et celui des acteurs de terrain apparaît indispensable (Brownson *et al.*, 2018).

La prise de décision fondée sur les données probantes est devenue un critère primordial de qualité des projets de la promotion de la santé (FRAPS, 2017 ; Cambon *et al.*, 2010). Une approche s'appuyant sur les données probantes garantit en effet une utilisation efficace des ressources et de meilleures chances de réussite des actions, programmes et politiques (Vanagas *et al.*, 2017). Linda Cambon va jusqu'à parler d'« enjeu éthique » (2018 : 20) vis-à-vis de la population dans la mesure où il s'agit de proposer des interventions produisant les meilleurs résultats possibles.

Le terme « données probantes » ou « *evidence-based* » en anglais, appliqué à la médecine, apparaît formellement au début des années 1990 lorsque le groupe de travail « *evidence-based medicine working group* » est créé (Lamboy, 2018 ; Cambon *et al.*, 2010). Ses membres ont l'objectif d'introduire un nouveau paradigme dans le domaine médical à savoir l'*Evidence-Based*

Medicine (EBM). Ce terme se généralise ensuite et s'étend à d'autres domaines, y compris celui de la santé publique (FRAPS, 2017). En 1998, dans un document officiel, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) encourage les gouvernements à adopter une démarche axée sur les données probantes en promotion de la santé (MCQueen & Anderson, 2000).

○ DÉFINITION DES CONCEPTS ET DÉMARCHES

Une définition récente de l'**Evidence-Based Public Health (EBPH)** la présente comme « un processus d'intégration de preuves issues de la recherche scientifique et de la pratique pour améliorer la santé de la population » (Vanagas *et al.*, 2017 : 1, traduction libre). Plus spécifiquement, il s'agit d'utiliser des données récentes et de bonne qualité pour répondre de manière efficace à certains besoins de santé au sein d'un contexte donné (Lamboy, 2018 ; Cambon *et al.*, 2010 ; Brownson *et al.*, 2009). La démarche EBPH implique aussi d'évaluer les actions mises en place et d'engendrer de nouvelles connaissances à partir de ces évaluations (Brownson *et al.*, 2018).

Dans ce processus, les **données probantes** ou « preuves » proviennent de formes de connaissances variées, à la fois issues de la recherche et de l'expérience (Hamant *et al.*, 2022 ; FRAPS, 2018). Ces différentes formes de connaissances sont complémentaires : la recherche fournit des outils et des méthodes pour évaluer l'efficacité des interventions tandis que le savoir-faire des professionnels permet de déterminer la forme des interventions et les adaptations nécessaires de ces interventions aux contextes (Hamant *et al.*, 2022). Plus concrètement, il est intéressant de consulter et de croiser différents types de ressources : revues de la littérature, articles scientifiques, rapports, guides de pratiques validés, évaluation et capitalisation d'interventions et savoirs issus de l'expérience des professionnels et des publics

Données scientifiques

Revues de la littérature, articles, ouvrages, thèses et rapports scientifiques issues de différentes disciplines



Recommandations et synthèses

Rapports officiels, synthèses, guides de pratiques validés

Savoir issus de l'expérience

des professionnels, des publics



Évaluations et capitalisation d'interventions

Portails d'actions, rapports d'évaluation...



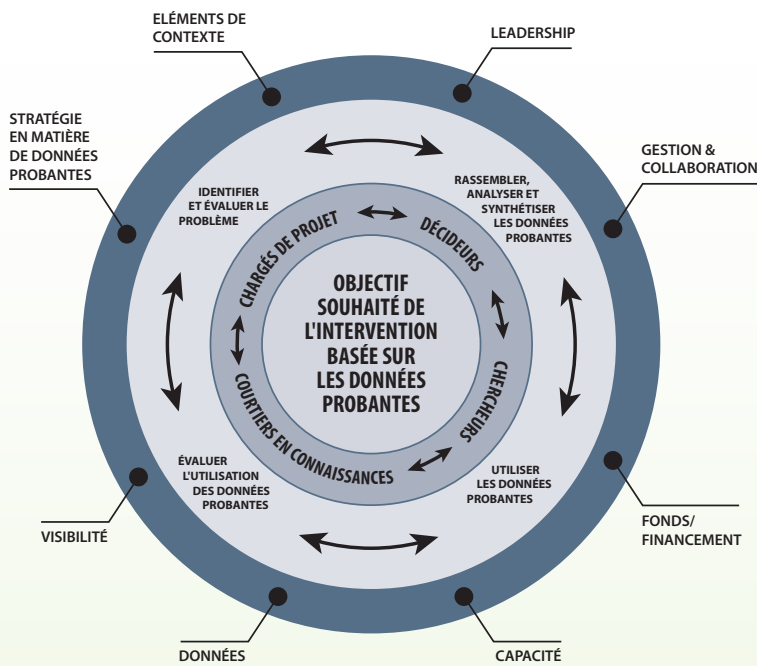
FIG. 12 :
LES DIFFÉRENTES
SOURCES DES DONNÉES
PROBANTES SELON
HAMANT ET SES
COLLABORATEURS
(2022)

► Schéma issu de : Hamant C, Ferron C, Delescluse T. (2022) Les données probantes en promotion de la santé : de leur production à leur utilisation dans la mise en oeuvre d'interventions complexes. Paris. Fnes. 17 p.

○ MODÈLE

Les projets en promotion de la santé sont complexes. Leur bon déroulé dépend d'une multitude d'éléments entremêlés. Voici un modèle reprenant certains facteurs clés influençant la réussite d'une intervention EBPH. Joanne Vincenten (2019) l'a proposé, en collaboration avec d'autres chercheurs, sur la base de la littérature scientifique existante.

FIG. 13 : FACTEURS INFLUENCANT LES DÉMARCHES D'INTERVENTION BASÉES SUR LES DONNÉES PROBANTES SELON VINCENTEN ET SES COLLABORATEURS (2019)



► Schéma traduit par nos soins et issu de l'article : Vincenten J., MacKay J.M., Schröder-Bäck P., Schloemer T., Brand H. Factors influencing implementation of evidence-based interventions in public health systems - a model. *Cent Eur J Public Health*. 2019 Sep;27(3):198-203: 199.

Au centre de ce modèle, se trouve l'objectif souhaité de l'intervention basée sur les données probantes. Il est entouré par un premier anneau comprenant les parties prenantes : chercheurs, décideurs, chargés de projets et courtiers en connaissances. Toutes ces parties prenantes dialoguent tout au long du processus. Dans un mouvement de va-et-vient, elles aboutissent, dans l'idéal, à des compromis. Un deuxième anneau symbolise le processus de transfert de connaissance. Il recense plusieurs étapes :

- identifier le problème, rassembler et analyser les preuves ;
- traduire et appliquer les données probantes dans un contexte nouveau ;
- évaluer leur utilisation et formuler les leçons apprises.

Le dernier anneau comprend divers facteurs tout aussi cruciaux pour le projet que les précédents, tels que le leadership et les sources de financement.

○ CONCLUSION

La valeur ajoutée d'une intervention EBPH est incontestable. Toutefois, dans la pratique, les intervenants peuvent rencontrer des embûches : ils ne sont pas suffisamment formés à la mobilisation des leviers probants ; ils ne disposent pas toujours du temps nécessaire pour fonder leurs actions sur des preuves ; les connaissances qu'ils trouvent sont parfois difficilement mobilisables dans leur contexte (Lamboy, 2018 ; Barr-Walker, 2017 ; Cambon & Alla, 2013 ; Cambon *et al.*, 2010).

Pourtant, des initiatives existent. À titre d'exemple, le courtage de connaissance¹ constitue une pratique prometteuse (Fnes, 2017 ; Munérol *et al.*, 2013). De même, tisser davantage de ponts entre le monde de la recherche et celui des acteurs de terrain apparaît indispensable (Brownson *et al.*, 2018 ; Ferron *et al.*, 2013). Finalement, gardons à l'esprit que toutes les interventions ne doivent pas nécessairement s'appuyer sur des données issues de la recherche. D'une part, la créativité au sein des projets peut engendrer de belles innovations, d'autre part, certaines actions ne donnent pas de résultats appréhendables dans l'immédiat.

○ FAITS SAILLANTS

- La prise de décision fondée sur les données probantes est devenue un critère primordial de qualité pour l'évaluation des projets mis en œuvre dans le domaine de la promotion de la santé.
- L'approche basée sur les données probantes implique d'utiliser des données récentes et de bonne qualité pour répondre de manière efficace à certains besoins de santé au sein d'un contexte donné.
- La démarche EBPH implique aussi d'évaluer les actions mises en place et d'engendrer de nouvelles connaissances à partir de ces évaluations.
- Des formes de connaissances variées, à la fois issues de la recherche scientifique, du contexte et de l'expérience, sont co-construites, utilisées et constituent les données probantes.
- Joanne Vincenten (2019), en collaboration avec d'autres scientifiques, a proposé un modèle, reprenant certains facteurs clés influençant la réussite d'une intervention EBPH.

¹ « Le courtage est un processus qui vise, via un intermédiaire, à favoriser les relations et les interactions entre les différents acteurs en promotion de la santé (chercheurs, acteurs de terrain, décideurs) dans le but de produire et d'utiliser au mieux les connaissances basées sur les preuves. » (Munérol *et al.*, 2013)

○ POUR ALLER PLUS LOIN

- **Force de FRAPS: les données probantes en promotion de la santé.**
FRAPS CENTRE – Val de Loire. Numéro 2. Décembre 2017.
http://www.frapscentre.org/wp-content/uploads/2017/03/ForceDeFRAPS_Donn%C3%A9esProbantes_D%C3%A9c2017.pdf
- **Factors influencing implementation of evidence-based interventions in public health systems - a model.**
Vincenten J, MacKay JM, Schröder-Bäck P, Schloemer T, Brand H. Cent Eur J Public Health. 2019 Sep;27(3):198-203.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31580554/>
- **Réflexions et perspectives concernant l'evidence-based health promotion dans le contexte français.**
Cambon L, Ridde V., Alla F. - Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2010 ; 58 (4) :277-283.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0398762010002142>

○ BIBLIOGRAPHIE

- Barr-Walker J. Evidence-based information needs of public health workers: a systematized review. Journal of the Medical Library Association. 2017;105(1):69-79.
- Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM. Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. Annual Review of Public Health. 2009;30:175-201.
- Brownson RC, Fielding JE, Green LW. Building Capacity for Evidence-Based Public Health: Reconciling the Pulls of Practice and the Push of Research. Annual Review of Public Health. 2018;39:27-53.
- Cambon L, Ridde V, Alla F. Réflexions et perspectives concernant l'evidence-based health promotion dans le contexte français. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2010;58(4):277-283.
- Cambon L, Alla F. Transfert et partage de connaissances en santé publique : réflexions sur les composantes d'un dispositif national en France. Santé Publique. 2013;25(6):757-762.
- Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé. Le courtage de connaissance en promotion de la santé : les Ireps, activateurs de savoirs. Aubervilliers cedex (FR) : Fnes ; 30 déc. 2016. 16p.
<https://www.fnes.fr/wp-content/uploads/2017/10/Plaidoyer-Courtage-de-connaissance-Vdef.pdf>
- Ferron C., Breton E. et Guichard A. Recherche interventionnelle en santé publique : quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble. La Santé en action. 2013;425:10-12.
- Ablin A., Colas Boudot D. et Pollet M. Les données probantes en promotion de la santé. Val de Loire (FR) : Force de Fraps ; déc. 2017. 20p. En ligne : http://www.frapscentre.org/wp-content/uploads/2017/03/ForceDeFRAPS_Donn%C3%A9esProbantes_D%C3%A9c2017.pdf
- Hamant C., Ferron C. et Delescluse T. Les données probantes en promotion de la santé : de leur production à leur utilisation dans la mise en œuvre d'interventions complexes. Aubervilliers cedex (FR) : Fnes ; 2022. 17p.
- Lamboy B. Implanter des interventions fondées sur les données probantes pour développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : enjeux et méthodes. Devenir. 2018;30(4):357-375.
- McQueen D, Anderson L. Données probantes et évaluation des programmes en promotion de la santé 1. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé. 2000;7(1):79-98.
- Munérol L, Cambon L, Alla F. Le courtage en connaissances, définition et mise en œuvre : une revue de la littérature. Santé Publique. 2013;25(5):587-597.
- Nutley S, Walter I, Davies HTO. Promoting Evidence-based Practice: Models and Mechanisms From Cross-Sector Review. Research on Social Work Practice. 2009;19(5):552-559.
- Vanagas G., Bala M, Lhachimi SK. Evidence-Based Public Health 2017. BioMed Research International. 2017;2017:1-2.
- Vincenten J, MacKay JM, Schröder-Bäck P, Schloemer T, Brand H. Factors influencing implementation of evidence-based interventions in public health systems - a model. Central European Journal of Public Health. 2019;27(3):198-203.

7 RENFORCER LE POUVOIR D'AGIR DES PERSONNES ET DES COMMUNAUTÉS

Hélène Lambert avec les contributions de : Isabelle Aujoulat, Timothée Delescluse, Claire Deltenre, Dominique Doumont, Christine Ferron.

Pour citer ce document : Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Deltenre C., Doumont D., Ferron C. Renforcer le pouvoir d'agir des personnes et des communautés, In : Lambert H (coord.) *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, décembre 2021, 5 p.

○ RÉSUMÉ

Le développement du *pouvoir d'agir* - ou *empowerment* - constitue l'un des principes fondamentaux de la promotion de la santé (Cyril *et al.*, 2016 ; Woodall *et al.*, 2010). Il devrait être l'un des critères principaux de succès des interventions mises en œuvre (Aujoulat, 2007). Orienté vers l'action, il contribue à améliorer l'état de santé et le bien-être des populations (Wiggins, 2011). Les démarches préconisées au nom de ce principe sont particulièrement pertinentes pour les populations exposées aux inégalités sociales de santé, du fait de certaines caractéristiques économiques et/ou de genre et/ou culturelles. Ces populations manquent en effet d'emprise sur les ressources dont elles ont besoin pour assurer leur bien-être (Ninacs, 2003). L'empowerment, individuel ou collectif, consiste avant tout, dans le champ de la santé, à acquérir davantage de contrôle

et de maîtrise - ou de pouvoir - sur sa vie et sa santé. Le processus qui conduit à l'empowerment est complexe et peut se situer à plusieurs niveaux : individuel, organisationnel et communautaire. Dans une interaction dynamique, les changements s'effectuent tant au niveau des personnes, que des communautés, des organisations, des systèmes et des environnements (Woodall *et al.*, 2010). Il s'agit pour les individus et groupes d'acquiescer une plus grande capacité **interne** (Cyril *et al.*, 2016) et de dépasser certains obstacles **externes** (Cyril *et al.*, 2016). Le pouvoir d'agir n'est pas octroyé, il s'agit de créer les conditions pour que les individus et les communautés puissent développer leurs ressources et ainsi augmenter leur pouvoir d'agir (Woodall *et al.*, 2010). Le rôle des acteurs de la promotion de la santé est de soutenir ce processus, c'est-à-dire d'aider les individus et communautés à identifier les obstacles et à les surmonter (Cattaneo & Chapman, 2010 ; Woodall *et al.*, 2010).

Le développement du pouvoir d'agir - *empowerment* en anglais, traduit par « autonomisation » dans les publications de l'OMS (Ireps Bretagne, 2009) - constitue l'un des principes fondamentaux de la promotion de la santé (Cyril *et al.*, 2016 ; Woodall *et al.*, 2010). Le renforcement du pouvoir d'agir devrait être un principe guidant l'action en promotion de la santé (Aujoulat, 2007). Les démarches d'*empowerment* s'adressent majoritairement aux populations souffrant d'inégalités sociales de santé, du fait de certaines caractéristiques économiques et/ou de genre et/ou culturelles. Ces populations ont en effet un accès moins aisé aux ressources nécessaires leur permettant d'exercer un meilleur contrôle sur les déterminants de leur santé et de leur bien-être (Ninacs, 2003). En promotion de la santé, l'émergence de ce concept, étroitement lié à celui de « participation », marque un tournant du « faire pour » vers le « faire avec » les populations (Cultures&Santé asbl, 2009).

À partir des années 60, une lente progression s'est opérée vers plus d'autonomisation, de participation et de démarches ascendantes plutôt que de stratégies descendantes (Castro, 2016 ; Sen, 1997). Dans ce contexte, l'*empowerment* s'inspire de la « pédagogie des opprimés » de Paulo Freire (Cyril *et al.*, 2016). Selon ce pédagogue brésilien, l'émancipation des populations

opprimées passe par un processus d'allers-retours entre la prise de conscience de leur situation et la mise en place d'actions pour dépasser leur condition (Cyril *et al.*, 2016). Plus précisément, le pouvoir d'agir se consolide depuis la fin des années 1970 dans divers domaines tels que le développement communautaire, le travail social ou encore la psychologie communautaire (Wiggins 2011 ; Calvès, 2009). En 1986, la charte d'Ottawa en fait un principe clé de la promotion de la santé, qu'elle définit ainsi : « La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens pour l'améliorer » (OMS, 1986).

Ce principe clé est promu par les organisations internationales telles que l'Organisation mondiale de la Santé et la Banque mondiale (OMS, 2006). Il se retrouve dans *Les Objectifs du millénaire pour le développement* des Nations unies (OMS, 2006).

○ DÉFINITION DES CONCEPTS

Le terme **empowerment** est utilisé de multiples manières, et peut désigner une approche, une valeur, un processus, un résultat ou une stratégie d'intervention (Cyril *et al.*, 2016).

L'*empowerment*, individuel ou collectif, consiste avant tout, dans le domaine de la santé, à développer davantage de contrôle et de maîtrise – ou de pouvoir – sur sa vie et sa santé.

Wallerstein définit le pouvoir d'agir ainsi : « *processus d'action sociale par lequel les individus, les communautés et les organisations acquièrent la maîtrise de leurs vies en changeant leur environnement social et politique pour accroître l'équité et améliorer la qualité de la vie* » (Wallerstein, 1992, 6(3):197-205 cité par Wallerstein, 2006 et traduit par l'IREPS Bretagne, 2009).

Les relations de pouvoir s'inscrivent dans un contexte où l'accès aux ressources (matérielles, culturelles, sociales) est réparti inégalement (Ferron, 2010). Chaque individu ou chaque groupe, selon son positionnement social, vit des situations d'inégalités différentes. Celles-ci sont influencées par de nombreux facteurs, tels que la classe sociale, la culture, la langue, le genre ou encore l'orientation sexuelle (Touati *et al.*, 2018). Certains groupes, confrontés à plusieurs catégories d'inégalités, se trouvent dans des situations désavantageuses. Ils voient leurs capacités d'agir réduites et doivent parfois faire face à une forme d'impuissance acquise.

Le processus qui conduit à l'*empowerment* peut être envisagé aux niveaux individuel, organisationnel et communautaire :

- L'*empowerment* individuel (ou l'autonomisation psychologique) concerne le renforcement du pouvoir d'agir et du sentiment de contrôle individuel. Ce processus passe par l'amélioration de la confiance en soi, des compétences personnelles, de l'efficacité personnelle et de la conscience critique (Ninacs, 2003 ; Woodall *et al.*, 2010). Lorsque le renforcement du pouvoir d'agir est uniquement individuel, sans traitement des causes structurelles limitant l'accès aux ressources, ses effets restent limités (Woodall *et al.*, 2010). Il peut même entraîner des effets contre productifs liés à l'accroissement du sentiment d'impuissance.
- L'*empowerment* communautaire s'appuie sur le développement du pouvoir d'agir de l'ensemble des membres d'un groupe qui, ensemble, mettent en place des stratégies pour réduire les injustices sociales et pour acquérir davantage de contrôle sur les décisions qui les concernent (Woodall *et al.*, 2010).
- L'*empowerment* organisationnel désigne la capacité d'une organisation à rassembler les forces et à favoriser les changements (Cyril *et al.*, 2016). L'enjeu est ici de faire en sorte que les organisations permettent au pouvoir développé par les personnes et les groupes, de s'exprimer. L'organisation (lieux de travail, politiques, de loisirs, etc.) représente un endroit permettant de renforcer les compétences individuelles et communautaires (Cyril *et al.*, 2016).

Dans une interaction dynamique, les changements s'effectuent donc tant au niveau des personnes, des communautés, des organisations qu'au niveau des systèmes et des environnements (Woodall *et al.*, 2010). Il s'agit pour les individus et groupes :

- de développer une plus grande capacité et un plus grand contrôle interne (Cyril *et al.*, 2016) ;
- de dépasser certains obstacles externes (Cyril *et al.*, 2016).

Le pouvoir d'agir n'est pas octroyé, il s'agit de créer les conditions pour que les individus et les communautés puissent développer leurs ressources et ainsi augmenter leur pouvoir d'agir (Woodall *et al.*, 2010). Le rôle des acteurs de la promotion de la santé est de soutenir ce processus, en aidant les personnes et les groupes à identifier les obstacles et à les surmonter (Cattaneo & Chapman, 2010 ; Woodall *et al.*, 2010).

Au sein du système de soins, se réclamer de l'*empowerment* implique que l'on permette aux patients d'acquiescer davantage de contrôle sur les décisions relatives à leur santé (Aujoulat, 2007). Plus particulièrement, dans une perspective d'*empowerment*, le patient serait considéré, par les professionnels de la santé, comme un partenaire, avec lequel il est nécessaire de dialoguer et de collaborer pour trouver des solutions aux problèmes rencontrés (LUSS²).

MODÈLES

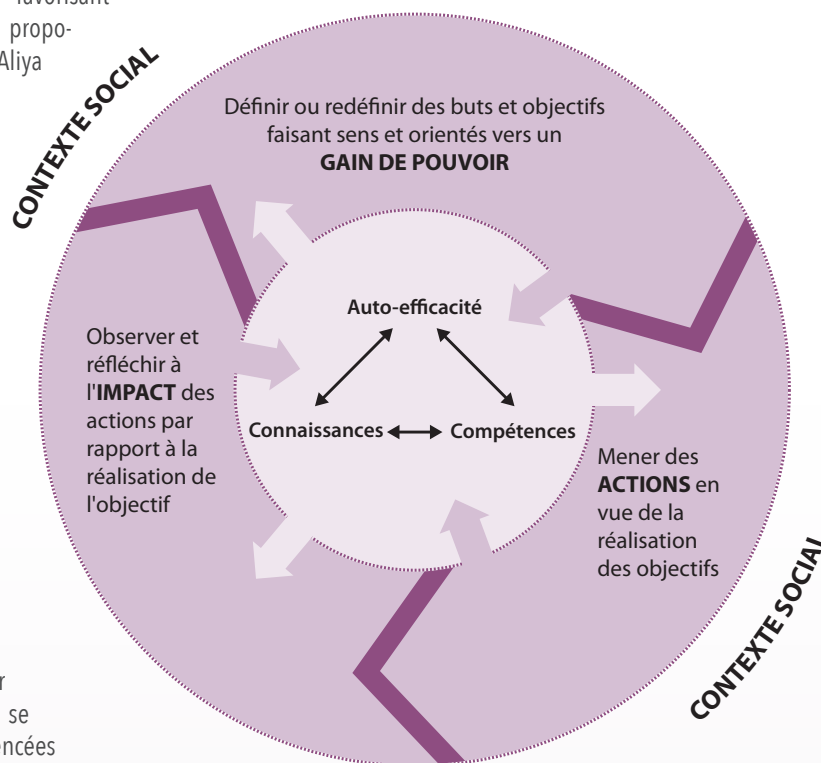
Plusieurs modèles ont été élaborés pour tenter de représenter le processus d'*empowerment* et orienter l'action.

Un modèle illustrant certaines étapes favorisant l'*empowerment* individuel a ainsi été proposé par Lauren Bennett Cattaneo et Aliya R. Chapman (2010).

Après avoir pris conscience de ce qui pose problème, les individus se fixent des objectifs orientés vers un renforcement de leur pouvoir d'agir. Ils conduisent ensuite des actions, tout en réfléchissant aux impacts de celles-ci sur leurs objectifs. Ce processus n'est pas linéaire. Il engendre de nombreux aller-retours. Trois éléments déterminent la capacité des individus à atteindre leurs objectifs : leur sentiment d'auto-efficacité (estime et confiance en soi), leur connaissance du contexte et des dynamiques du pouvoir à l'œuvre (permettant de « savoir quoi faire ») et leurs compétences (permettant de « savoir comment faire »). Toutes ces composantes se renforcent mutuellement. Elles sont influencées par le contexte dans lequel évoluent les individus.

En ce qui concerne l'*empowerment* communautaire, James Woodall et ses collaborateurs (2010) identifient plusieurs niveaux et proposent de les déployer sur un continuum allant de l'action personnelle à l'action sociale et politique.

FIG. 14 : LE MODÈLE DU PROCESSUS D'EMPOWERMENT INDIVIDUEL SELON CATTANEO ET SES COLLABORATEURS (2010)



► Schéma traduit par nos soins et issu de l'article : Cattaneo L.B., Chapman A.R. The process of empowerment: a model for use in research and practice. *Am Psychol.* 2010 Oct;65(7):646-59.

FIG. 15 : LE MODÈLE DU PROCESSUS D'EMPOWERMENT COMMUNAUTAIRE SELON WOODALL ET SES COLLABORATEURS (2010)



Successivement, une série d'actions sont menées : des petits groupes se forment, des organisations se créent, des partenariats sont mis en place entre différentes organisations et enfin, des actions politiques et sociales sont entreprises en vue de parvenir aux objectifs fixés et à une distribution plus équitable du pouvoir.

► Schéma traduit par nos soins et issu de l'article : Woodall J., Raine G., South J., Warwick-Booth L. Empowerment & health and well-being: evidence review. Project Report. Centre for Health Promotion Research, Leeds Metropolitan University. 2010.

² <https://www.luss.be/themes/empowerment/>

○ CONCLUSION

Les interventions cherchant à soutenir le renforcement du pouvoir d'agir des communautés sont associées, au niveau individuel, à une meilleure estime de soi, un sentiment de plus grand contrôle, un meilleur niveau de littératie en santé et un sens accru de la communauté (Cyril *et al.*, 2016 ; Woodall *et al.*, 2010). Les organisations dont le pouvoir d'agir est renforcé deviennent plus efficaces, plus équitables et plus compétentes culturellement (Cyril *et al.*, 2016). Enfin, l'empowerment communautaire est associé à une bonne gouvernance, à une société civile renforcée, à une culture des droits humains et à des transformations socio-économiques, politiques et environnementales (Cyril *et al.*, 2016). Les interventions poursuivant un objectif d'empowerment favorisent la réduction des inégalités sociales et impactent positivement le bien-être et la santé (OMS, 2006).

○ FAITS SAILLANTS

- Le pouvoir d'agir contribue à améliorer l'état de santé et le bien-être des populations (Wiggins, 2011).
- Les démarches préconisées en référence à ce principe sont particulièrement pertinentes pour les populations exposées aux inégalités sociales, économiques, de genre ou raciales. Ces populations manquent en effet d'emprise sur les ressources dont elles ont besoin pour assurer leur bien-être (Ninacs, 2003).
- Wallerstein définit le pouvoir d'agir comme « un processus d'action sociale par lequel les individus, les communautés et les organisations acquièrent la maîtrise de leur vie dans le contexte de la modification de leur environnement social et politique afin d'améliorer l'équité et la qualité de vie (Wallerstein, 1992 cité par Wallerstein, 2006 et traduit par l'IREPS Bretagne, 2009).
- Le processus qui conduit à l'empowerment est complexe et il se situe à plusieurs niveaux : individuel, organisationnel et communautaire. Dans une interaction dynamique, les changements s'effectuent tant au niveau des personnes, des communautés, des organisations qu'au niveau des systèmes et des environnements (Woodall *et al.*, 2010). Il s'agit pour les individus et groupes d'acquérir une plus grande capacité interne (Cyril *et al.*, 2016) et de dépasser certains obstacles externes (Cyril *et al.*, 2016).
- Le pouvoir d'agir n'est pas octroyé, il s'agit de créer les conditions pour que les individus et les communautés puissent développer leurs ressources et ainsi augmenter leur pouvoir d'agir (Woodall *et al.*, 2010). Le rôle des acteurs de la promotion de la santé est de faciliter ce processus.
- Plusieurs modèles et stratégies ont été élaborés pour tenter de représenter le processus d'empowerment et orienter l'action.
- Les interventions cherchant à renforcer le pouvoir d'agir des communautés permettent de réduire les inégalités et d'impacter positivement la santé.

○ POUR ALLER PLUS LOIN

- **L'empowerment et l'intervention sociale.**
William A. Ninacs, 2003
http://bv.cdeacf.ca/EA_PDF/1159.pdf
- **Dans quelle mesure, selon les bases factuelles disponibles, l'autonomisation améliore-t-elle la santé ?**
Wallerstein N., 2006 traduit par l'IREPS Bretagne, 2009
https://irepsbretagne.fr/wp-content/uploads/2009/10/evidenceempowerment_oms_irepsbretagne1.pdf
- **L'empowerment des patients atteints de maladie chronique : des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire.**
Aujoulat I., 2007
<https://cdn.uclouvain.be/public/Exports%20reddot/reso/documents/THESEaujoulat-BibliothequeUCL-Version2.pdf>

BIBLIOGRAPHIE

- Aujoulat I., d'Hoore W. et Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling*. 2007;66(1):13-20.
- Aujoulat I [Thèse]. L'empowerment des patients atteints de maladie chronique : des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire. Prom. : Deccache, Alain. Louvain (BE) : Université Catholique de Louvain ; 2007. 121p.
En ligne : <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:5226>
- Calvès A. «empowerment» : Généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement. *Revue Tiers Monde*. 2009;4(200):735-749.
- Castro EM, Van Regenmortel T, Vanhaecht K, Sermeus W, Van Hecke A. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*. 2016;99(12):1923-1939.
- Cattaneo LB, Chapman AR. The process of empowerment: a model for use in research and practice. *American Psychologist*. 2010;65(7):646-659.
- Cultures&Santé. Dossier thématique : L'empowerment. Bruxelles (Belgique) : Cultures&Santé ; nov. 2019 (mis à jour mai 2014);(13):28p.
<https://www.cultures-sante.be/nos-outils/les-dossiers-thematiques/item/31-lempowerment-n-4.html>
- Cyril S, Smith BJ, Renzaho AM. Systematic review of empowerment measures in health promotion. *Health Promotion International*. 2016;31(4):809-826.
- Doumont D, Aujoulat I. L'empowerment et l'éducation du patient . Woluwe-St-Lambert (BE) : RESO, Education pour la santé, Faculté de Médecine, Université Catholique de Louvain ; août 2002. 24p.
En ligne : https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/doc_num.php?explnum_id=9663
- Ferron C. La preuve est faite : l'empowerment et la participation, ça marche ! *La santé de l'homme*. 2010; 406:4-7.
- Ferron C. Empowerment et participation : de la théorie à la pratique [Présentation PowerPoint présentée à la journée SFSP-FNES « Prévention en santé »]. Aubervilliers cedex (FR) : Fnes ; 14 déc. 2010.
https://www.sfsp.fr/images/docs/lire_et_ecrire/les_actes_des_evenements_de_la_sfsp/diap_ferron1410.pdf
- Laverack G. Improving health outcomes through community empowerment: A review of the literature. *Journal of health, population, and nutrition*. 2006;24:113-120.
- Ninacs W. Les journées d'animation 2003 : L'empowerment et l'intervention sociale. Montréal (Canada) : CDÉACF ; Fév. 2003. 46p.
En ligne : http://bv.cdeacf.ca/EA_PDF/1159.pdf
- Sen G. Poverty and human development. New-York (US) : UNDP ; 1997. 240p.
- Sizaret A. Faire le tour de la promotion de la santé en 180 minutes. Dijon (FR) : Ireps Bourgogne-Franche-Comté ; 2018. 144p.
En ligne : https://www.sfsp.fr/images/docs/lire_et_ecrire/la_revue_sante_publique/soumettre_un_article/reco_rsp.pdf
- Touati N, Garakani T, Charest E, Proteau-Dupont E. Des personnes uniques avant tout : une grille d'analyse critique pour mieux prendre en compte la diversité des besoins dans le cadre des actions sur les déterminants sociaux de la santé. *Éthique publique*. 2018;20(2):1-21.
- Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Health Evidence Network report. Copenhagen (DK) : WHO Regional Office for Europe ; 2006. 37p.
En ligne : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf
- Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? WHO Regional Office for Europe (2006) traduit par : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé de la Bretagne. Dans quelle mesure, selon les bases factuelles disponibles, l'autonomisation améliore-t-elle la santé ? Rennes (FR) : IREPS Bretagne ; 2009. 37p.
En ligne : https://irepsbretagne.fr/wp-content/uploads/2020/06/evidenceempowerment_oms_irepsbretagne1.pdf
- Wiggins N. Popular education for health promotion and community empowerment: a review of the literature. *Health Promotion International*. 2012;27(3):356-371.
- Woodall J, Raine G, South J, Warwick-Booth L. Empowerment & health and well-being: evidence review. Project Report. Centre for Health Promotion Research, Leeds Metropolitan University. 2010:1-36.

8 DÉVELOPPER DES PARTENARIATS INTERSECTORIELS AU SERVICE DE LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES »

Hélène Lambert avec les contributions de : Isabelle Aujoulat, Timothée Delescluse, Dominique Doumont, Christine Ferron.

Pour citer ce document : Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., Ferron C. Développer des partenariats intersectoriels au service d'une « santé dans toutes les politiques », In : Lambert H. (coord.) *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, décembre 2021, 4 p.

○ RÉSUMÉ

Le XXI^e siècle fait face à des défis d'envergure tels que l'urbanisation croissante, le changement climatique, l'augmentation des maladies chroniques, ou encore, l'aggravation des inégalités sociales de santé. Ces enjeux sociétaux sont profondément interreliés et c'est pour cela que les réponses à leur apporter doivent puiser leur source dans une collaboration entre différents secteurs d'activités. L'approche santé dans toutes les politiques part du principe que la plupart des secteurs politiques peuvent avoir une influence sur la santé de la population et que l'ensemble de ces derniers a dès lors une part de responsabilité à assumer. Cette ap-

proche implique, d'une part, que la santé soit prise en considération dans toutes les politiques, qu'elles soient sociales, économiques, éducatives, de l'emploi et des loisirs, de l'environnement, de l'habitat et de l'urbanisme – à tous les niveaux territoriaux et organisationnels (Ståhl *et al.*, 2006). Il s'agit, d'autre part, de créer des ponts entre gouvernements, société civile, universités, entreprises et professionnels de la santé aux niveaux supra-nationaux, nationaux, régionaux et locaux (Chircop *et al.*, 2014). Bien que ce type de collaboration ne soit pas toujours facile à mettre en place, des facteurs de réussite ont été identifiés et devraient permettre de guider la pratique des acteurs de la promotion de la santé.

Le XXI^e siècle fait face à des défis d'envergure tels que l'urbanisation croissante et le changement climatique. Dans le domaine de la santé, l'augmentation des maladies chroniques, ou encore, l'aggravation des inégalités sociales de santé sont des problèmes complexes qui nécessitent des réponses innovantes. Ces principaux enjeux sont profondément liés et c'est pour cette raison que les réponses à leur apporter doivent puiser leur source dans une collaboration entre différents secteurs d'activités. L'approche « santé dans toutes les politiques » part de ce constat, proposant un cadre stratégique adapté à la complexité de certains problèmes de santé actuels (Jacques-Brisson, & St-Pierre, 2018 ; de Montigny *et al.*, 2017 ; Chircop *et al.*, 2014 ; Valentini *et al.*, 2012).

La démarche « santé dans toutes les politiques » s'inscrit dans le prolongement des réflexions relatives aux déterminants de la santé. Cette démarche se retrouve dans la Charte d'Ottawa (1986) en tant que stratégie pour promouvoir la santé (Valentini *et al.*, 2012 ; OMS, 1986). Elle a ensuite été affinée et complétée lors de certaines conférences internationales de promotion de la santé, telles que celles d'Adelaïde (1988) – ayant donné lieu à la Déclaration d'Adélaïde (World Health Organization & Government of South Australia, 2010) –, ou encore celle de Sundsvall (1991) (Jacques-Brisson & St-Pierre, 2018 ; Ståhl *et al.*, 2006).

○ DÉFINITION DU CONCEPT

L'approche « **santé dans toutes les politiques** » part du principe que la plupart des secteurs politiques peuvent avoir une influence sur la santé de la population et que l'ensemble de ces secteurs a dès lors une part de responsabilité à assumer. Elle est définie dans la Déclaration d'Adélaïde comme « une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé » (traduit vers le français par Jacques-Brisson & St-Pierre, 2018:8).

Cette démarche implique que la santé soit prise en considération dans toutes les politiques, qu'elles soient sociales, économiques, éducatives, de l'emploi et des loisirs, de l'environnement, de l'habitat et de l'urbanisme – à tous les niveaux territoriaux et organisationnels (Ståhl *et al.*, 2006). Il s'agit également de créer des ponts entre gouvernements, société civile, universités, entreprises et professionnels de la santé aux niveaux supra-nationaux, nationaux, régionaux et locaux (Chircop *et al.*, 2014). Enfin, les objectifs ultimes consistent en l'amélioration de l'état de santé de la population et la réduction des iniquités de santé (Abrassart *et al.*, 2016 ; Leppo *et al.*, 2013).

○ MODÈLE

L'Observatoire de la santé de la Province de Hainaut, (2018) propose un modèle pour la prise en compte de la santé dans toutes les politiques au niveau communal.

FIG. 16 : LA SANTÉ COMME APPROCHE GLOBALE ET TRANSVERSALE AUX POLITIQUES DE LA COMMUNE

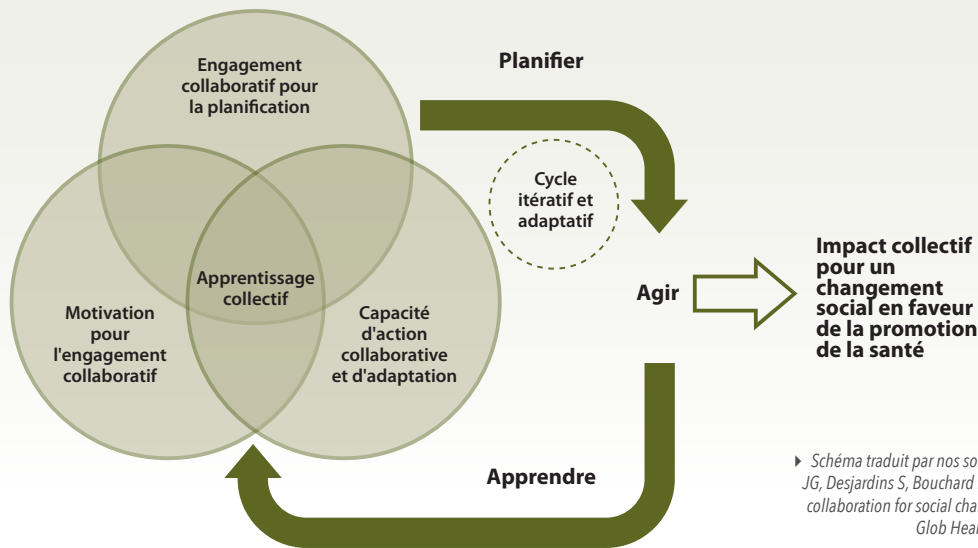


► Schéma issu du document : Observatoire de la santé de la Province de Hainaut, (2018). On a tous « commune » envie de santé.

En outre, plusieurs études ont été menées sur les facteurs favorisant la collaboration intersectorielle (Corriveau & Dufour, 2020 ; de Montigny *et al.*, 2017 ; Bryson *et al.*, 2006).

Dans leur article paru en 2017, Joanne de Montigny et ses collaborateurs présentent un cadre conceptuel reprenant certains facteurs de réussite de la collaboration intersectorielle pour promouvoir la santé des populations.

FIG. 17 : CADRE CONCEPTUEL DE LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE POUR UN CHANGEMENT SOCIAL EN FAVEUR DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ SELON DE MONTIGNY ET SES COLLABORATEURS (2019)



Le modèle qu'ils proposent présente trois dimensions principales. D'abord, le processus d'engagement collaboratif doit trouver un juste milieu entre, d'un côté, le partage d'une vision, d'intérêts et de valeurs communes, et, de l'autre côté, le respect de la diversité des perspectives, favorisant selon les auteurs l'émergence de solutions innovantes. Ensuite, la motivation pour l'engagement collaboratif dépend principalement de trois dimensions à savoir l'établissement d'une communication régulière, la création de relations de confiance et la perception d'avantages mutuels. Finalement, les capacités d'actions sont maximisées lorsque des connaissances, des ressources, un leadership et une structure institutionnelle sont mis en commun.

Au centre de la collaboration se trouve un processus d'apprentissage continu. Ainsi la planification doit-elle être flexible, afin de s'adapter aux environnements changeants, aux ressources et intérêts disponibles, au sein de systèmes complexes.

○ CONCLUSION

Dans un contexte où la plupart des problèmes de santé dépassent largement le domaine sanitaire, l'approche santé dans toutes les politiques et plus spécifiquement, la collaboration intersectorielle, s'inscrivant dans un nouveau paradigme de gouvernance et de gestion de projets, s'avère fondamentale pour trouver des solutions et améliorer la santé des populations. Bien que ce type de collaboration ne soit pas toujours facile à mettre en place, des facteurs de réussite tels que le partage d'une vision commune et l'établissement d'une communication régulière ont été identifiés et devraient permettre de guider la pratique des acteurs de la promotion de la santé.

○ FAITS SAILLANTS

- Les principaux enjeux sociétaux du XXI^e siècle sont profondément interreliés ; c'est pour cela que les réponses à leur apporter doivent puiser leur source dans une collaboration entre différents secteurs d'activités et champs disciplinaires.
- L'approche santé dans toutes les politiques part du principe que la plupart des secteurs politiques peuvent avoir une influence sur la santé de la population et que l'ensemble de ces secteurs a dès lors une part de responsabilité à assumer.
- Cette approche implique que la santé soit prise en considération dans toutes les politiques, qu'elles soient sociales, économiques, éducatives, de l'emploi et des loisirs, de l'environnement, de l'habitat et de l'urbanisme – à tous les niveaux territoriaux et organisationnels (Ståhl *et al.*, 2006). Il s'agit également de créer des ponts entre gouvernements, société civile, universités, entreprises et professionnels de la santé aux niveaux supra-nationaux, nationaux, régionaux et locaux (Chircop *et al.*, 2014).
- Dans leur article paru en 2017, Joanne de Montigny et ses collaborateurs présentent un cadre conceptuel reprenant certains facteurs de réussite de la collaboration intersectorielle pour promouvoir la santé des populations. Ces facteurs

de réussite sont par exemple le partage d'une vision commune et l'établissement d'une communication régulière.

- Dans un contexte où la plupart des problèmes de santé dépassent largement le domaine sanitaire, la collaboration intersectorielle, s'inscrivant dans un nouveau paradigme de gouvernance et de gestion de projets, s'avère fondamentale pour trouver des solutions et améliorer la santé des populations.

○ POUR ALLER PLUS LOIN

- **Approche multisectorielle de la promotion de la santé : un guide pour la Suisse romande et le Tessin.**

Abrassart A, Graff AL, Künzi K. Promotion Santé Suisse. 2016.

https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/arbeitspapiere/Document_de_travail_039_PSCH_2017-05_-_Approche_multisectorielle.pdf

- **Guide d'implantation de la Santé dans Toutes les Politiques au palier local.**

Jacques-Brisson, A. & St-Pierre, L. RÉFIPS section des Amériques. 2018.

https://refips.org/wp-content/uploads/2020/01/GuideSdTP_web.pdf

- **The fundamentals of cross-sector collaboration for social change to promote population health.**

de Montigny JG, Desjardins S, Bouchard L. Glob Health Promot. 2019.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28805502/>

○ BIBLIOGRAPHIE

- Abrassart A., Graff A.L. et Künzi K. Approche multisectorielle de la promotion de la santé : un guide pour la Suisse romande et le Tessin. Berne (CH) : Promotion Santé Suisse ; mai 2017. 33p. En ligne : https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/arbeitspapiere/Document_de_travail_039_PSCH_2017-05_-_Approche_multisectorielle.pdf
- Bryson JM, Crosby BC, Stone MM. The design and implementation of cross-sector collaborations: Propositions from the literature. Public Administration Review. 2006;66:44-55.
- Chircop A, Bassett R, Taylor E. Evidence on how to practice intersectoral collaboration for health equity: a scoping review. Critical Public Health. 2015;25(2):178-191.
- Corriveau AM, Dufour Y. Le développement d'une collaboration inter organisationnelle durable en promotion de la santé : une analyse processuelle. Global Health Promotion. 2020; 27(3):184-192.
- de Montigny JG, Desjardins S, Bouchard L. The fundamentals of cross-sector collaboration for social change to promote population health. Global Health Promotion. 2019;26(2):41-50.
- Jacques-Brisson A, St-Pierre L. Guide d'implantation de la Santé dans Toutes les Politiques au palier local. Montréal (CA) : REFIPS ; 2018. 22p.
- Leppo K, Ollila E, Pena S, Wismar M, Cook S. Health in all policies-seizing opportunities, implementing policies. Helsinki (FI): Ministry of Social Affairs and Health; 2013. 358p.
- Organisation mondiale de la santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ottawa (CA) : OMS ; 21 nov. 1986. 5p. En ligne : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé, Gouvernement d'Australie-Méridionale. 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. Adélaïde (AU) : OMS ; 2010. 4p. En ligne : https://www.who.int/social_determinants/french_adelaide_statement_for_web.pdf
- Observatoire de la santé du Hainaut. On a tous « commune » envie de santé. Havré (BE) : OSH ; 2018. 3p. En ligne : https://observatoiresante.hainaut.be/wp-content/uploads/2018/05/2018-10-14_Commune_envie.pdf
- Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. Health in All Policies: Prospects and potentials. Helsinki (FI) : Ministry of Social Affairs and Health ; 2006. 321p. En ligne : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf
- Valentini H, Saint-Pierre L. L'évaluation d'impact de la santé, une démarche structurée pour instaurer de la santé dans toutes les politiques. Santé Publique. 2012;24(6):479-482.

9 INSCRIRE LES ACTIONS DANS LA DURÉE

Hélène Lambert avec les contributions de : Isabelle Aujoulat, Timothée Delescluse, Dominique Doumont, Christine Ferron.

Pour citer ce document : Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., Ferron C. Inscrire ses actions dans la durée, In : Lambert H. (coord.) *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, décembre 2021, 4 p.

○ RÉSUMÉ

La question de la durabilité des interventions dans le domaine sanitaire, « sustainability of interventions » (Walugembe *et al.*, 2019), a suscité un intérêt croissant chez les acteurs de terrain, les chercheurs, les décideurs et les bailleurs de fond, devenant un critère de qualité pour les projets mis en œuvre. Shediac-Rizkallah et Bone (1998) figurent parmi les premiers auteurs à avoir théorisé cette approche. Plus récemment, Moore et ses collaborateurs (Moore *et al.*, 2017:5) proposent une définition de la durabilité qui se base sur l'ensemble de la littérature sur le sujet. D'après cette définition, la durabilité implique que les bénéfices sanitaires, le programme et/ou les changements (comportements, transformations sociales...) soient maintenus dans le temps. De plus, le caractère évolutif de ces éléments est mis en

avant. Ces derniers s'adaptent et/ou se reconfigurent au gré des circonstances. Des cadres conceptuels ont été élaborés pour faciliter l'intégration de cette approche dans l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions en promotion de la santé (Schell *et al.*, 2013 ; Chambers *et al.*, 2013 ; Shediac-Rizkallah & Bone, 1998). Le défi principal semble se situer au niveau des modalités de financements adoptées par les bailleurs de fonds, privilégiant souvent le court-terme (Schell, 2013 ; Shediac-Rizkallah & Bone, 1998). Au niveau des projets, la littérature démontre que d'autres dimensions favorisent la permanence des interventions, telles que l'implication des bénéficiaires, la capacité à s'adapter à un contexte changeant et à s'intégrer dans des systèmes existants.

En s'intéressant aux déterminants de la santé, les acteurs de la promotion de la santé ont manifesté leur intérêt à produire des changements structurels dans des environnements complexes pour améliorer la santé des populations. Dans ce contexte, la question de la durabilité des interventions dans le domaine sanitaire, « sustainability of interventions » (Walugembe *et al.*, 2019), a suscité un intérêt croissant (Walugembe *et al.*, 2019). La durabilité est ainsi devenue un critère de qualité pour les projets mis en œuvre. Du côté des bailleurs de fonds, la durabilité est de plus en plus souvent reconnue comme un critère important, du fait de la recherche d'une plus grande efficacité dans l'allocation des ressources financières (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998); cependant, les modalités d'attribution des budgets (appels à projets annuels, financement d'expérimentations ou d'innovations...) ne permettent pas toujours cette inscription dans la durée.

○ DÉFINITION DU CONCEPT

Il n'est guère facile de trouver de la littérature sur la « **durabilité** » parce que de nombreux termes sont utilisés pour décrire ce critère tels que « continuation », « maintien », « intégration », « institutionnalisation », « appropriation » ou « pérennisation » (Walugembe *et al.*, 2019; Moore *et al.*, 2017 ; Mallé Samb *et al.*, 2013 ; Scheirer & Dearing, 2011 ; Shediac-Rizkallah & Bone, 1998).

Shediac-Rizkallah et Bone (1998) figurent parmi les premiers auteurs à avoir théorisé cette approche. D'après eux, le concept de durabilité, lorsqu'il est utilisé dans le domaine de la santé, peut se référer à trois dimensions distinctes : la poursuite des avantages sanitaires dans le temps après un programme initial, l'institutionnalisation de ce programme et/ou le renforcement des capacités des communautés bénéficiaires.

Moore et ses collaborateurs (Moore *et al.*, 2017 : 5) proposent une définition de la durabilité qui se base sur l'ensemble de la littérature sur le sujet: « *i) après une période de temps définie ii) le programme, l'intervention clinique et/ou les stratégies de mise en œuvre continuent à être appliqués et/ou iii) le changement de comportement individuel (c'est-à-dire du clinicien [de l'acteur], du patient [du participant]) est maintenu ; iv) le programme et le changement de comportement individuel peuvent évoluer ou s'adapter tout en v) continuant à produire des avantages pour les individus/systèmes* » (traduction par nos soins).

Selon cette définition, la durabilité implique que les bénéfices sanitaires, le programme et/ou les changements (comportements, transformations sociales...) soient maintenus dans le temps. De plus, le caractère évolutif de ces changements est mis en avant : ils sont maintenus notamment car ils s'adaptent et/ou se reconfigurent au gré des circonstances.

○ MODÈLES

Certains cadres conceptuels ont été élaborés pour faciliter l'intégration de la dimension « durabilité » dans l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes (Schell *et al.*, 2013 ; Chambers *et al.*, 2013 ; Shediac-Rizkallah & Bone, 1998).

Schell et ses collaborateurs (2013) proposent un modèle comprenant neuf dimensions qui favorisent la permanence des interventions dans le domaine de la santé publique.

FIG. 18 : LES DIFFÉRENTES DIMENSIONS DE LA DURABILITÉ SELON SCHELL ET SES COLLABORATEURS (2013)



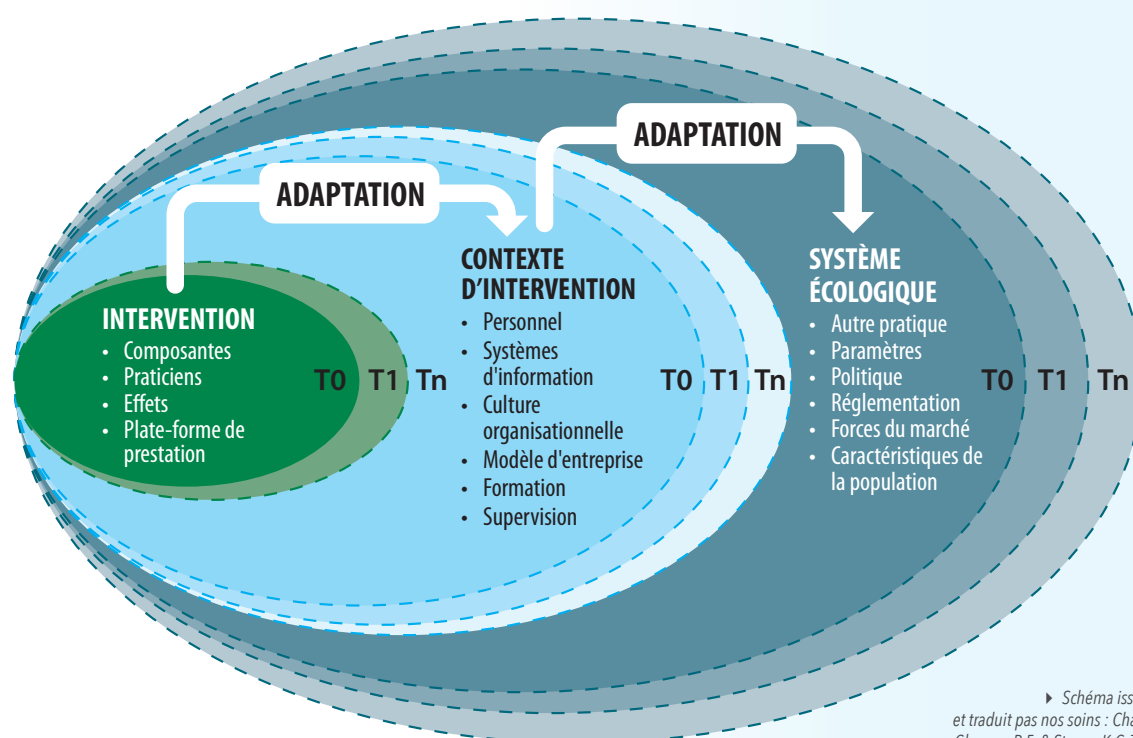
► Schéma issu de l'article et traduit par nos soins : Schell S.F., Luke D.A., Schooley M.W., Elliott M.B., Herbers S.H., Mueller N.B., Bunger A.C. *Public health program capacity for sustainability: a new framework. Implement Sci.* 2013;8:15.

- **STABILITÉ DES FINANCEMENTS**
L'élaboration de plans à long terme sur la base d'un environnement de financement stable.
- **SOUTIEN POLITIQUE**
L'environnement interne et externe qui influence le financement.
- **PARTENARIATS**
Le lien entre le programme et la communauté.
- **CAPACITÉ ORGANISATIONNELLE**
Les ressources nécessaires pour gérer efficacement le programme et ses activités.
- **ADAPTATION DU PROGRAMME**
La capacité d'adaptation et d'amélioration afin de garantir l'efficacité.
- **ÉVALUATION DU PROGRAMME**
Suivi et évaluation des processus et des résultats associés aux activités du programme.
- **COMMUNICATIONS**
La diffusion stratégique des résultats et des activités des programmes auprès des parties prenantes, des décideurs et du public.
- **IMPACTS DE SANTÉ PUBLIQUE**
L'effet du programme sur les attitudes, les perceptions et les comportements en matière de santé dans la région qu'il couvre.
- **PLANIFICATION STRATÉGIQUE**
Le processus qui définit l'orientation, les objectifs et les stratégies du programme.

Au centre du modèle se trouve la planification stratégique, incluant les objectifs du programme et les stratégies mises en œuvre pour atteindre ces objectifs. Autour de cette dimension, se situent le soutien politique, la stabilité du financement, les partenariats, la capacité organisationnelle, l'évaluation du programme, l'aptitude du programme à s'adapter, la qualité de la communication et l'impact du programme sur les attitudes, perceptions et comportements des individus.

Le modèle élaboré par Chambers *et al* (2013) met quant à lui l'accent sur le mouvement, partant du constat que les interventions ne peuvent être durables que si elles s'adaptent, changent, se perfectionnent au fil du temps et s'intègrent dans des contextes (cadres pratiques) et systèmes complexes (écologiques) qui se reconfigurent et s'adaptent eux aussi. Leur «cadre de la durabilité dynamique» illustre l'objectif de maximiser l'adéquation entre les interventions, le contexte d'intervention et le système écologique plus large au fil du temps (représenté par T0, T1...), chacun d'entre eux ayant des composantes constitutives pouvant varier.

FIG. 19 : CADRE CONCEPTUEL DE LA DURABILITÉ DYNAMIQUE SELON CHAMBERS ET SES COLLABORATEURS (2013)



► Schéma issu de l'article et traduit pas nos soins : Chambers D.A., Glasgow R.E. & Stange K.C. *The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change.* *Implementation Sci.* 2013 ; 117(8):1-11.

CONCLUSION

La prise en compte de la durabilité dans les interventions en promotion de la santé fait face à plusieurs défis. Le défi principal semble concerner les modalités de financement des projets choisis par les bailleurs de fonds, privilégiant souvent le court-terme (Schell, 2013 ; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998). En effet, l'interruption des financements après une courte période s'avère contre-productive lorsque le programme n'a pas encore eu le temps de s'institutionnaliser et d'être approprié aussi bien par les acteurs que par les populations. Il peut de même conduire à une perte de confiance, voire à des résistances chez ces dernières (Schell *et al.*, 2013 ; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998). Mais la question des modalités de financement des programmes relève principalement du domaine et de la responsabilité politiques. Au niveau des projets, la littérature démontre que d'autres dimensions peuvent favoriser la permanence des interventions. Celles-ci incluent l'implication des bénéficiaires, la capacité à s'adapter à un contexte changeant et à s'intégrer dans des systèmes existants (Schell *et al.*, 2013 ; Chambers *et al.*, 2013 ; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998).

○ FAITS SAILLANTS

- La question de la durabilité des interventions dans le domaine sanitaire a suscité un intérêt croissant chez les acteurs de terrain, les chercheurs, les décideurs politiques et les bailleurs de fond, devenant un critère de qualité pour les projets mis en œuvre.
- Il n'est guère facile de trouver de la littérature sur la question de la « durabilité » parce que de nombreux termes sont utilisés pour décrire ce phénomène tels que « continuation », « maintien », « intégration », « institutionnalisation », « appropriation », « continuité » et « pérennisation » (Walugembe *et al.*, 2019 ; Moore *et al.*, 2017 ; Malle Samb *et al.*, 2013 ; Scheirer & Dearing, 2011 ; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998).
- Certains cadres conceptuels ont été élaborés pour faciliter l'intégration de la dimension « durabilité » dans l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes (Schell *et al.*, 2013 ; Chambers *et al.*, 2013 ; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998).
- Le défi principal semble se situer au niveau des modalités de financement adoptées par les bailleurs de fonds, privilégiant souvent le court-terme (Schell, 2013 ; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998)

○ POUR ALLER PLUS LOIN

- **Sustainability of public health interventions: where are the gaps?**
Walugembe D., Sibbald S., Le Ber M. *et al.* Health Res Policy Sys 17, 8 (2019).
<https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-018-0405-y>
- **Public health program capacity for sustainability: a new framework.**
Schell S.F., Luke D.A., Schooley M.W., Elliott M.B., Herbers S.H., Mueller N.B., Bungler A.C. Implement Sci. 2013.
<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-8-15>

○ BIBLIOGRAPHIE

- Chambers DA, Glasgow RE, Stange KC. The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implementation Science*. 2013;117(8):1-11.
- Malle Samb O, Ridde V, Queuille L. Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso ? *Revue Tiers Monde*. 2013;(215):73-91.
- Moore JE, Mascarenhas A, Bain J, Straus ES. Developing a comprehensive definition of sustainability. *Implementation Science*. 2017;110(12):1-8.
- Scheirer MA, Dearing JW. An agenda for research on the sustainability of public health programs. *American Journal of Public Health*. 2011;101(11):2059-2067.
- Schell SF, Luke DA, Schooley MW, Elliott MB, Herbers SH, Mueller NB *et al.* Public health program capacity for sustainability: a new framework. *Implementation Science*. 2013;8(15):1-15.
- Shediak-Rizkallah MC, Bone LR. Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Education Research*. 1998;13(1):87-108.
- Walugembe D, Sibbald S, Le Ber M, Kothari A. Sustainability of public health interventions: where are the gaps?. *Health Research Policy and Systems*. 2019;17(8):1-7.

10 INSCRIRE LES ACTIONS DANS UNE DÉMARCHE PARTICIPATIVE ³

Océane Le Boulengé, Bénédicte Scheen et Hélène Lambert avec les contributions de : Isabelle Aujoulat, Timothée Delescluse, Dominique Doumont, Christine Ferron.

Pour citer ce document : Le Boulengé O., Scheen B., Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., Ferron C. S'inscrire dans une démarche participative, In : Lambert H. (coord.) *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, décembre 2021, 5 p.

○ RÉSUMÉ

Dans cette synthèse est abordé le concept de démarche participative, que l'OMS définit comme « un processus par lequel les personnes peuvent s'impliquer réellement et activement dans la définition des problèmes qui les concernent, dans la prise de décision des facteurs qui affectent leur vie, dans la formulation et la mise en œuvre de politiques, dans la planification, le développement et la prestation de services, et dans la mise en place de mesures pour réaliser le changement. » (Dooris et Heritage, 2011). La participation dépend également de plusieurs éléments, dont le statut qui lui est attribué dans un projet – un moyen ou une fin en soi – chacun donnant une valeur différente aux résultats et au pro-

cessus participatif lui-même (Campagné, Houéto et Douiller, 2017 ; Harris *et al.*, 2014 ; Bantuelle *et al.*, 2000). La participation pouvant prendre diverses formes, de nombreuses typologies ont vu le jour. Celle d'Arnstein (1969) traduite en français par Bourque (2013) en est une des plus connues et des plus utilisées. Elle identifie huit échelons de participation correspondant aux différents niveaux de « pouvoir du citoyen dans le produit final » (Bourque, 2013 ; Arnstein, 1969). La présentation du concept et d'un de ses modèles dans cette synthèse permet de mettre en évidence l'importance pour les acteurs de la promotion de la santé de veiller à « une redistribution du pouvoir aux citoyens et une réelle transformation des conditions sociales » (Campagné *et al.*, 2017).

Terme en vogue dans les politiques publiques, actions associatives et collectivités locales, la participation désigne le fait de prendre une part active à une action collective, un projet ou une revendication (Lamoureux, 2006). Souvent, cette notion résonne comme un impératif (Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 2011). En effet, consulter, écouter et/ou faire participer la population sont régulièrement mis en avant comme des critères de qualité dans les dispositifs de santé publique (Lamoureux, 2006). La participation, comme outil, voire comme nécessité en promotion de la santé, a comme objectif principal de permettre aux populations d'avoir accès à une citoyenneté complète, de prendre part à des décisions les concernant, et de devenir actrices de leur vie (Sachs, 2006).

La mobilisation des populations est un principe phare de la promotion de la santé depuis la déclaration d'Alma Ata en 1978 et la Charte d'Ottawa en 1986, lui conférant le rôle de stratégie centrale (Wallerstein *et al.*, 2017) à utiliser en vue de la réduction des inégalités sociales de santé et de la lutte contre l'exclusion (Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 2011). La démarche participative devient ainsi progressivement une exigence de nombreux pays, acteurs de

³ Cette fiche s'inspire de la synthèse de Scheen B. (2018). Promotion de la santé & Démarches participatives – Décryptage et Points d'attention. Woluwe-Saint-Lambert : RESO- IRSS- Université Catholique de Louvain, 40 p.

terrains et décideurs des pouvoirs publics (Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 2011), les poussant à développer des modalités interventionnelles « au plus proche des besoins et conditions de vie des personnes prises en compte dans leur globalité » (Lamoureux, 2006) et à transformer le « faire pour » en « faire avec » ou « faire ensemble ».

○ DÉFINITION DU CONCEPT

Participation communautaire, participation citoyenne, engagement citoyen, action sociale, co-production, ... nombreuses sont les terminologies employées pour parler de participation, que ce soit dans le champ de la promotion de la santé ou ailleurs (South *et al.*, 2017 ; Lewis *et al.*, 2019 ; Sarrami-Foroushani *et al.*, 2014).

L'OMS définit la **participation** comme « un processus par lequel les personnes peuvent s'impliquer réellement et activement dans la définition des problèmes qui les concernent, dans la prise de décision sur les facteurs qui affectent leur vie, dans la formulation et la mise en œuvre de politiques, dans la planification, le développement et la prestation de services, et dans la mise en place de mesures pour réaliser le changement. » (Dooris et Heritage, 2011). En promotion de la santé, il s'agit d'une posture à la fois méthodologique et éthique qui vise à permettre aux populations d'avoir un meilleur contrôle de leur santé en passant d'un modèle où les professionnels ont tout le pouvoir à un modèle social où sont créées les conditions permettant aux citoyens d'exercer plus de contrôle sur leur santé et leur bien-être. Les différentes définitions liées au concept de participation ne sont donc pas sans rappeler le concept d'*empowerment* qui peut, lui-même, être développé au travers d'actions concrètes dans le champ de la participation citoyenne (Harris *et al.*, 2018).

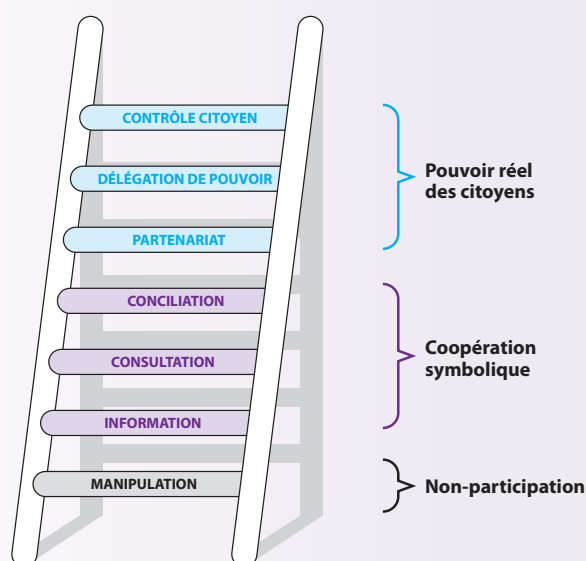
La participation peut être considérée comme un moyen - dans la perspective utilitariste, ou comme une fin ou un dessein (Campagné, Houéto et Douiller, 2017 ; Harris *et al.*, 2014 ; Bantuelle *et al.*, 2000). Dans la vision utilitariste, la participation est un outil utilisé en vue d'atteindre un objectif ; dans ce cas, ce sont les résultats attendus par les professionnels qui importent et non le processus participatif dans son déroulement et ses effets en propre (Harris *et al.*, 2018). Dans le cadre de démarches communautaires au contraire, la participation peut être considérée comme une fin en soi et devient le socle d'un processus démocratique pour promouvoir l'*empowerment* de la population (Massé, 2005 ; Harris *et al.*, 2018). La participation est alors vue comme un « processus transformatif » pour les personnes qui y prennent part, dans lequel l'acte de participer est autant, voire plus important que les résultats atteints par le processus (Cornwall, 2008 ; Bantuelle *et al.*, 2000).

○ MODÈLES

Il existe une multitude de façons de participer ou d'organiser la participation au travers de stratégies permettant de déterminer la forme que va prendre une action. Afin d'identifier les formes et degrés de participation, de nombreuses typologies ont vu le jour. La plupart de ces typologies placent implicitement les différentes formes de participation sur un axe dont les extrémités sont considérées comme « positive » et « négative » (Cornwall, 2008). De plus, bon nombre d'entre elles mettent l'accent sur « l'intentionnalité et l'approche associée de ceux qui mettent en place les processus de participation » (Cornwall, 2008).

Figurant parmi les typologies les plus connues, l'« Échelle de participation citoyenne » d'Arnstein (1969), traduite en français par Bourque en 2013, reste à ce jour l'une des plus utilisées pour comprendre les formes que peut prendre la démarche participative, et les niveaux de pouvoir ou d'influence qui y sont associés.

FIG. 20 : L'ÉCHELLE DE LA PARTICIPATION SELON ARNSTEIN (1969) TRADUIT PAR BOURQUE (2013) ET ADAPTÉ PAR SCHEEN (2018)



► Schéma d'Arnstein (1969) traduit par Bourque (2013) et adapté par : Scheen B. (2018). Promotion de la santé & Démarches participatives - Décryptage et Points d'attention. Woluwe-Saint-Lambert : RESO- IRSS- Université Catholique de Louvain, 40 p.

Arnstein (1969) identifie huit échelons de participation correspondant aux différents niveaux de « pouvoir du citoyen dans le produit final ».

Les deux premiers échelons (en partant du bas), la manipulation et l'information, décrivent ce qu'Arnstein considère comme de la « non-participation ». Celle-ci comprend les substituts de participation, où l'information donnée aux citoyens leur donne l'illusion qu'ils sont impliqués et actifs dans le processus. Le nudging, « dispositif technique mis en place pour inciter un individu ou un groupe d'individus à adopter sans obligation un comportement souhaité » (Mannaerts, 2019), qui « favorise la conformation aux comportements dominants, aménage l'environnement de manière à induire des normes échappant à la conscience et compense, sans la modifier, l'absence de motivation » (Cambon, 2016), peut également être considéré comme faisant partie de cet ensemble.

Les troisième et quatrième échelons correspondent à ce qu'Arnstein appelle le « tokenism », soit la « coopération symbolique » qui permet aux participants d'entendre et d'être entendus (respectivement l'échelon 3 - consultation et l'échelon 4 - conciliation). Les citoyens peuvent avoir accès à une information complète concernant le projet et donner leur avis. Cependant, ils n'ont pas la possibilité de s'assurer que leur opinion sera réellement prise en compte dans la mise en place des actions. Ce niveau de coopération correspond à un niveau dans lequel quelques participants font partie des organes décisionnels et ont, de ce fait, un réel impact dans la réalisation du projet (Bourque, 2013 ; Arnstein, 1969).

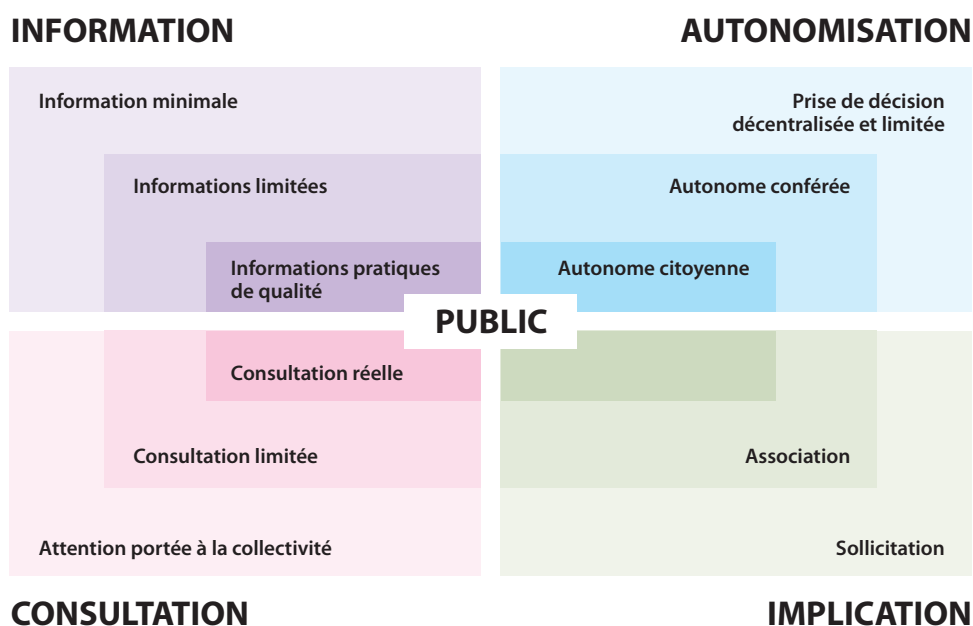
Enfin, aux trois derniers échelons, le pouvoir est conféré, de façon progressive, aux participants, tant dans la prise de décisions que dans la gestion des actions. Dans cette catégorie sont répertoriés (i) le partenariat – qui induit une négociation entre les citoyens et les pouvoirs publics, (ii) la délégation de pouvoir – où l'organisme de « pouvoir central délègue à la communauté locale le pouvoir de décider un programme et de le réaliser » ; et (iii) le contrôle citoyen – les citoyens sont majoritaires dans la prise de décisions et gèrent un projet eux-mêmes de façon autonome. Cette catégorie est proche de la « participation-empowerment ».

L'échelle de la participation d'Arnstein hiérarchise les modes de participation et le transfert graduel du contrôle dans un but final de redistribution du pouvoir aux citoyens.

Inspirés par différents auteurs mais également par leurs pratiques professionnelles, des acteurs français de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) de Bretagne ont, eux aussi, pensé les manières de concevoir la participation.

Leur classification présente quatre registres de participation de la population (information, consultation, autonomisation et implication) mais ne les hiérarchise pas les uns par rapport aux autres. Il en va de même pour les catégories, des nuances réparties en 11 formes de participation, contenues dans ces registres (IREPS Bretagne, 2011).

FIG. 21 :
CLASSIFICATION
DE LA
PARTICIPATION
SELON L'IREPS
BRETAGNE
(2011) ET
ADAPTÉ PAR
SCHEEN (2018)



► Schéma de l'IREPS (2011) adapté par : Scheen B. (2018).
Promotion de la santé & Démarches participatives – Décryptage et Points d'attention.
Woluwe-Saint-Lambert : RESO-IRSS- Université Catholique de Louvain, 40 p.

○ CONCLUSION

La participation peut être perçue comme un moyen d'arriver aux résultats recherchés d'un projet (Cherbonnier 2016 ; Harris *et al.* 2014 ; Bantuelle *et al.* 2000) mais elle peut également être une fin en soi. Dans ce cas, le processus participatif a autant voire plus d'importance que les résultats attendus (Campagné *et al.*, 2017 ; Harris *et al.*, 2014 ; Cornwall, 2008 ; Bantuelle *et al.*, 2000). Elle se décline sous de nombreuses formes allant de celles dans lesquelles les citoyens n'ont aucun contrôle à celles qui induisent une implication totale de la population dans la prise de décisions (Bourque, 2013 ; Cornwall, 2008 ; Arnstein, 1969). Afin de rendre compte de ses différents buts et nombreuses formes, des typologies et classifications ont été proposées (IREPS Bretagne, 2011 ; Arnstein, 1969). Elles visent à aider les promoteurs de projets et décideurs à déterminer en amont ou en cours de projet les formes de participations les plus appropriées pour leurs actions. Par ailleurs, selon Campagné *et al.* (2017), dans le domaine de la promotion de la santé, les professionnels ne devraient pas se contenter « d'une participation-consultation » où le public n'a pas de pouvoir de décision ». Les acteurs doivent au contraire veiller, à chaque étape des projets, à la redistribution du pouvoir aux citoyens pour que « les conditions sociales [soient] réellement transformées. »

○ FAITS SAILLANTS

- La participation, comme outil, voire comme nécessité en promotion de la santé, a comme objectif principal de permettre aux populations d'avoir accès à une citoyenneté complète, de prendre part à des décisions les concernant et de devenir actrices de leur vie (Sachs, 2006).
- La mobilisation des populations est un principe phare de la promotion de la santé depuis la déclaration d'Alma Ata en 1978 et la Charte d'Ottawa en 1986, lui conférant le rôle de stratégie centrale (Wallerstein *et al.*, 2017) à utiliser en vue de la réduction des inégalités sociales de santé et de la lutte contre l'exclusion (Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 2011).
- L'OMS définit la participation comme « un processus par lequel les personnes peuvent s'impliquer réellement et activement dans la définition des problèmes qui les concernent, dans la prise de décision sur les facteurs qui affectent leur vie, dans la formulation et la mise en œuvre de politiques, dans la planification, le développement et la prestation de services, et dans la mise en place de mesures pour réaliser le changement. » (Dooris et Heritage, 2011).
- La participation peut être considérée comme un moyen - dans la perspective utilitariste, ou comme une fin ou un dessein (Campagné, Houéto et Douiller, 2017 ; Harris *et al.*, 2014 ; Bantuelle *et al.*, 2000).
- Il existe une multitude de façons de participer ou d'organiser la participation au travers d'actions ou de stratégies permettant de déterminer la forme que va prendre une action. Afin d'identifier les formes et degrés de participation, de nombreuses typologies ont vu le jour. Celle d'Arnstein (1969) traduite en français par Bourque (2013) en est une des plus connues et des plus utilisées. Elle identifie huit échelons de participation correspondant aux différents niveaux de « pouvoir du citoyen dans le produit final » (Bourque, 2013 ; Arnstein, 1969).
- La présentation du concept et d'un de ses modèles dans cette synthèse permet de mettre en évidence l'importance pour les acteurs de la promotion de la santé de veiller à « une redistribution du pouvoir aux citoyens et une réelle transformation des conditions sociales » (Campagné *et al.*, 2017).

○ POUR ALLER PLUS LOIN

- **Promotion de la santé & Démarches participatives – Décryptage et Points d'attention.**

Scheen B., 2018

https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-reso/documents/revues-de-litterature/SC_PARTICIPATION_DEC2018.pdf

- **Construire et animer des démarches participatives.**

Agence Provençale pour une Économie Alternative et Solidaire (APEAS), 2013

<https://fr.slideshare.net/jezaroul/construire-et-animer-des-dmarches-participatives>

- **Méthodes participatives. Un guide pour l'utilisateur.**

Fondation Roi Baudouin et Vlaams Instituut voor Wetenschappelijk en Technologisch Aspectenonderzoek (viWTA), 2006

<http://www.gestionorienteeverslimpact.org/resource/m%C3%A9thodes-participatives-un-guide-pour-l%E2%80%99utilisateur>

BIBLIOGRAPHIE

- Arnstein S. A ladder of citizen participation. *Journal of the American Planning Association*. 1969;35(4):216-224.
- Bantuelle M, Morel J, Dargent D. La participation communautaire en matière de santé. Bruxelles (BE) : asbl Santé Communauté Participation ; 2000. 50p.
- Bourque D. Implication communautaire et participation citoyenne [Présentation PowerPoint]. Montréal (CA) : Université du Québec en Outaouais, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire ; 28 avr. 2013.
- Cambon L. Le nudge en prévention... troisième voie ou sortie de route ? *Santé Publique*. 2016;28(1):43-48.
- Campagné G, Houéto D, Douiller A. Enjeu démocratique de la participation en promotion de la santé. Dans : Breton E., Jabot F., Pommier J et Sherlaw W. éd., *La promotion de la santé Comprendre pour agir dans le monde francophone*. Rennes (FR) : Presses de l'École des hautes Études en santé Publique ; 2017. p. 331-362.
- Cherbonnier A. La notion de participation : une question de pratique et de politique. Dans : Desgroseilliers V., Vonarx N., Guichard A. et Roy B. *La santé communautaire en 4 actes Repères, acteurs, démarches et défis*. Québec (CA) : Les Presses de l'Université Laval ; 2016. p. 288-291.
- Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. *Recommandations pour améliorer la participation des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion, à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques publiques*. Paris (FR) : Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale ; 17 oct. 2011. 68p.
En ligne : https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_edite_version_numerique.pdf
- Cornwall A. Unpacking « Participation »: models, meanings and practices. *Community Development Journal*. 2008;43(3):269-83.
- Dooris M, Heritage Z. Healthy Cities: facilitating the active participation and empowerment of local people. *Journal of Urban Health*. 2011;90(1_suppl):574-591.
- Harris J, Cook T, Gibbs L, Oetzel J, Salsberg J, Shinn C, *et al.* Searching for the Impact of Participation in Health and Health Research : Challenges and Methods. *BioMed Research International*. 2018;2018:1-12.
- Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé de Bretagne. *Quand la promotion de la santé parle de participation*. Rennes (FR) : IREPS Bretagne ; juin 2011. 28p.
En ligne : https://irepsbretagne.fr/wp-content/uploads/2020/06/participation_2011.pdf
- Lamoureux P. L'approche participative dans un projet de santé. *La santé de l'homme*. 2006;382:12.
- Lewis S, Bamba C, Barnes A, Collins M, Egan M, Halliday E, Orton L, *et al.* Reframing «participation» and «inclusion» in public health policy and practice to address health inequalities: Evidence from a major resident-led neighbourhood improvement initiative. *Health and Social Care in the Community*. 2019;27(1):199-206.
- Mannaerts D. Nudges – promotion de la santé : ligne à haute tension. *Éducation Santé*. 2019;(359):9-11.
- Massé R. Les fondements éthiques et anthropologiques d'une participation du public en santé publique. *Éthique publique*. 2005;7(2):107-124.
- Sachs B. Démarche participative : interroger les faits, *La Santé de l'Homme*. 2006;(382):13-15.
- Sarrami-Foroushani P, Travaglia J, Debono D, Braithwaite G. Key concepts in consumer and community engagement: a scoping meta-review. *BMC Health Services Research*. 2014; 14(250):1-9.
- Scheen B. Promotion de la santé & Démarches participatives – Décryptage et Points d'attention. Woluwe-St-Lambert (BE) : RESO- IRSS- Université Catholique de Louvain ; 2018. 36p.
https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/doc_num.php?explnum_id=18003
- South J. Health promotion by communities and in communities : current issues for research and practice. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2014; 42(15_suppl): 82-87.
- South J, Bagnall AM, Stansfield JA, Southby KJ, Mehta P. An evidence-based framework on community-centred approaches for health. England: Health Promotion International. 2017; 34(2):356-366.
- Wallerstein N, Giatti LL, Bógus CM, Akerman M, Jacobi PR, de Toledo RF, *et al.* Shared Participatory Research Principles and Methodologies: Perspectives from the USA and Brazil-45 Years after Paulo Freire's «Pedagogy of the Oppressed». *Societies*. 2017;7(2):1-21.

11 INSCRIRE LES ACTIONS DANS UNE DÉMARCHE DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Lucie De Meester et Hélène Lambert avec les contributions de : Isabelle Aujoulat, Timothée Delescluse, Dominique Doumont, Christine Ferron.

Pour citer ce document : De Meester L., Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., Ferron C. Agir sur base de fondements probants avec un croisement de sources de connaissances, In : Lambert H. (coord.) *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, décembre 2021, 5 p.

○ RÉSUMÉ

Il est important pour le champ de la promotion de la santé d'inscrire ses plans d'actions dans une démarche durable permettant d'améliorer la qualité de vie des populations actuelles mais également futures en respectant les ressources naturelles. Les modifications de l'environnement naturel causées par l'homme ont amené une nouvelle ère : l'ère anthropocène (Buse *et al.*, 2018 ; Hancock *et al.*, 2016 ; Hancock, 2020 ; Whitmee *et al.*, 2015). L'anthropocène impacte les questions de santé et d'équité (Butler, 2016 cité par Hancock, 2016).

Certaines conséquences se font déjà sentir (augmentation des problèmes respiratoires, mortalité liée aux vagues de chaleurs ou encore aux événements météorologiques). Pour réussir à satisfaire les besoins d'une population grandissante, il faut repenser nos activités et diminuer leurs impacts sur les écosystèmes naturels via des démarches durables de promotion de la santé visant la création ou le maintien des environnements et des comportements favorables à la santé (Hancock *et al.*, 2015 & 2020 ; Von Schirnding, 2002 ; Whitmee *et al.*, 2015).

Au cours des dernières décennies, la santé de la population mondiale s'est nettement améliorée, tout comme l'espérance de vie globale. Malgré cette optimisation de la santé, une menace croissante plane sur les générations futures (Whitmee *et al.*, 2015). Cette menace est liée à l'utilisation abusive des ressources naturelles terrestres par l'être humain, au rejet de ses déchets dans l'environnement ou encore à la perte de biodiversité (Hancock *et al.*, 2016). Ces phénomènes mènent à des changements au sein des écosystèmes, impactant à leur tour la santé et le bien être des individus (Kjaergard *et al.*, 2014). Ils pourraient favoriser, à titre d'exemple, la diffusion de maladies infectieuses telles que la dengue, la malaria ou encore la salmonellose (Semenza & Menne, 2009) mais également augmenter la fréquence des maladies cardiovasculaires et respiratoires (Van den Bosch & Sang, 2017).

La Charte d'Ottawa (1986) a défini les grands axes d'intervention de la promotion de la santé. Parmi ces différents axes, nous retrouvons l'importance de créer des milieux favorables à la santé. Ce principe implique de s'intéresser au cadre socio-économique mais également à l'environnement naturel et aux écosystèmes terrestres (OMS, 1998, cité par Hancock, 2020). À la suite de cette charte, certaines conférences mondiales sur la promotion de la santé, telles que celles de Johannesburg (2002), Rio+20 (2012) ou encore Shanghai (2016) ont mis en évidence l'importance de concevoir des environnements sains en se basant sur une démarche de développement durable pour optimiser la santé.

○ DÉFINITIONS DES CONCEPTS

Selon les géologues, nous serions entrés dans une nouvelle ère caractérisée par des changements dans les systèmes naturels causés par l'humanité : **l'ère anthropocène** (Buse *et al.*, 2018 ; Hancock *et al.*, 2016 ; Hancock, 2020 ; Whitmee *et al.*, 2015). Ces changements ont des impacts sur la santé et l'équité (Butler, 2016, cité par Hancock, 2016). En effet, l'exploitation excessive des ressources environnementales contribue à l'accentuation des inégalités sociales de santé dans le monde.

Ces nouveaux défis suscitent un intérêt accru pour les démarches dites de **développement durable**. D'après le rapport de Brundtland établi par la Commission Mondiale pour l'Environnement et le Développement (CMED, 1987), le but du développement durable est de « permettre aux générations actuelles de répondre à leurs besoins sans utiliser plus de ressources que ce que la Terre peut produire et donc sans compromettre la chance des générations futures de répondre à leurs propres besoins ». Cette définition, bien qu'ancienne, est la plus utilisée pour expliquer la notion de développement durable. Elle a été complétée par l'OMS lors de la déclaration de Rio (1992) qui a associé le développement durable à trois piliers : économique (développement économique efficace), écologique (équitablement soutenu) et social (socialement équitable). Depuis lors, des Objectifs de Développement Durables (ODD) ont été définis par l'Organisation des Nations Unies (ONU). Parmi ces objectifs on trouve le bien-être et la santé, la réduction des inégalités ou encore la lutte contre le réchauffement climatique.

Pour comprendre plus aisément le lien entre santé et environnement, nous pouvons nous référer au concept de **santé environnementale** développé par l'OMS. Il s'agit « des aspects de la santé humaine comprenant la qualité de vie, déterminés par des facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux et psychologiques dans l'environnement » (OMS, 1998, cité par Kjaergard *et al.*, 2014). Plus globalement, la santé environnementale s'intéresse et veut intervenir sur les facteurs environnementaux susceptibles de nuire à la santé des générations actuelles et futures (OMS, 1998, cité par Kjaergard *et al.*, 2014).

Afin de favoriser la création d'environnements impactant positivement la santé des individus et de s'assurer d'une utilisation durable des ressources terrestres, des démarches **environnementales de promotion de la santé** doivent être mises en place. En effet, l'un des domaines d'actions clé de la promotion de la santé est la création d'environnements favorables dont l'environnement terrestre. Pour donner un exemple d'actions et de résultats possibles en promotion de la santé environnementale, la création de pistes cyclables et d'infrastructures piétonnes aide à améliorer la qualité de l'air et permet l'augmentation de l'activité physique (Rideout *et al.*, 2016).

Le concept ou l'approche **One Health** ou « une seule santé » fait référence au fait que la santé des humains, la santé des animaux et la santé des écosystèmes sont étroitement liés et qu'il est dès lors nécessaire de tisser des collaborations à l'interface de ces trois secteurs, à des échelles locales, nationales et mondiales, pour soutenir la sécurité sanitaire mondiale (Angot, 2020 ; Sinclair, 2019).

○ MODÈLE

Quelques modèles ont été élaborés afin de mieux comprendre les liens entre environnement et santé (Jenning *et al.*, 2016). Ainsi, le modèle conceptuel proposé par Jennings, Yun et Larson (2016) permet de mieux appréhender les liens existants entre environnement, santé publique, éthique et justice environnementale.

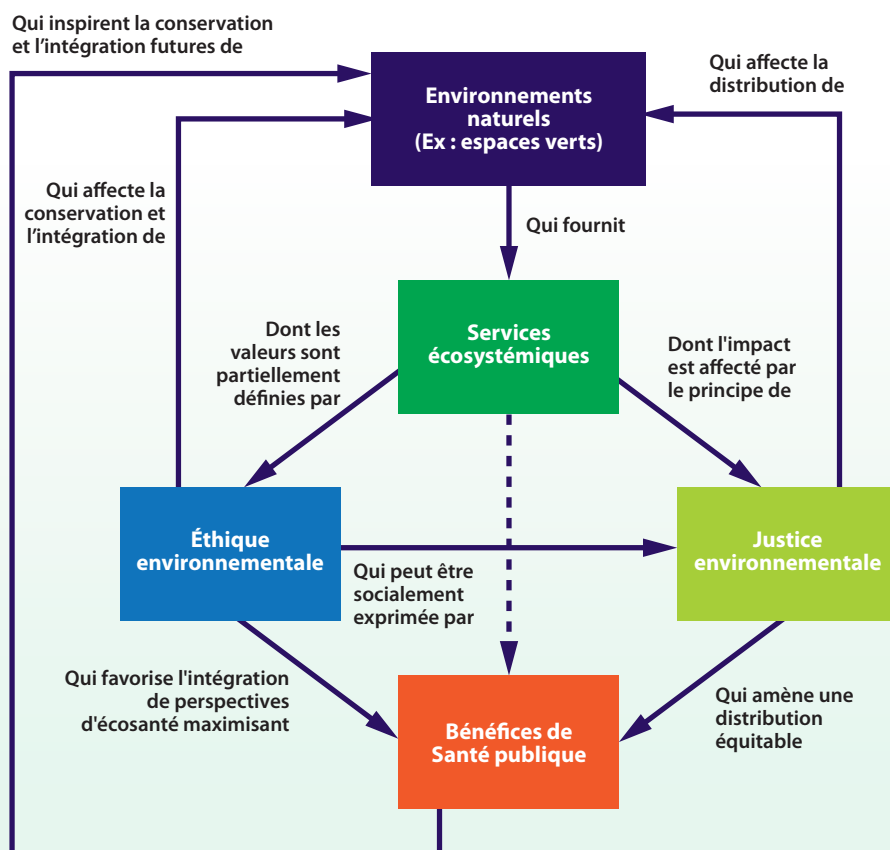


FIG. 22 : CONNEXIONS ENTRE NATURE, SERVICE ÉCOSYSTÉMIQUES, JUSTICE ENVIRONNEMENTALE ET SANTÉ PUBLIQUE SELON JENNINGS ET SES COLLABORATEURS (2016)

► Schéma traduit par nos soins et issu de l'article : Jennings, V., Yun, J., & Larson, L. (2016). Finding Common Ground: Environmental Ethics, Social Justice, and a Sustainable Path for Nature-Based Health Promotion. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 4(3), 61. <https://doi.org/10.3390/healthcare4030061>

Selon ce modèle, l'environnement naturel fournit de nombreux services écosystémiques (eau, terrains, air, etc.) aux êtres humains. Ces services impactent positivement et équitablement leur santé lorsque des principes d'éthique⁴ et de justice environnementale⁵ sont mobilisés. De même, lorsque ces principes sont respectés, un cercle vertueux se crée car les politiques de santé publique mises en place auront un impact positif sur l'environnement. Par exemple, une étude de Mantler & Logan (2015) a montré l'influence des espaces verts (service écosystémique) sur la santé mentale (bénéfice de santé publique). Ces espaces sont d'autant plus considérés comme un service écosystémique pour la promotion du bien-être dans le contexte actuel d'urbanisation et de dégradation environnementale. Ils sont particulièrement avantageux dans les « espaces gris » (circulation ou activité industrielle et commerciale intenses) qui sont fréquents dans les zones socio-économiquement défavorisées. Or, ces zones sont souvent caractérisées par des indicateurs de santé mentale défavorables (Allen, 2015 cité par Mantler *et al.*, 2015). Les stratégies visant à la mise en place d'espaces verts dans les endroits qui en sont dépourvus, comme ces espaces gris, se révèlent alors bénéfiques.

Tout comme le modèle de Jennings et ses collègues, celui de den Van Bosch et Sang (2017), le « nature-based solutions » (stratégies basées sur la nature) s'intéresse aux services écosystémiques. Ce modèle fait référence à des actions et stratégies de promotion de la santé environnementale qui sont inspirées, soutenues ou copiées de la nature et des ressources qu'elle nous offre (contrôle naturel de l'eau, restauration des écosystèmes...). Ces stratégies passent par une évaluation des services écosystémiques afin d'en déceler les bénéfices sur la santé humaine mais aussi les coûts éventuels liés à leur dégradation (tels que le nombre de décès liés à la pollution atmosphérique).

L'amélioration de la santé environnementale passe donc par des stratégies de promotion de la santé environnementale (Howze *et al.*, 2004), de protection de l'environnement et de prévention visant à maintenir et améliorer le niveau de vie en agissant sur l'environnement et ses services (Jennings *et al.*, 2016), qui sont des déterminants de santé. Ces stratégies sont interdisciplinaires (Forbat, 2014) et doivent se retrouver dans toutes les politiques telles que celles des transports, de l'alimentaire ou encore économiques pour n'en citer que quelques-unes (Von Schirnding, 2002). Plus concrètement, on peut supposer qu'il est intéressant de promouvoir de tels principes, à un niveau individuel mais aussi au niveau des organisations et des politiques mises en place.

⁴ L'éthique environnementale est l'éthique relative à la protection et au respect de l'environnement. Elle concède une valeur morale à la nature comme porteuse de droit et analyse les rapports entre l'Homme et la nature.

⁵ La justice environnementale agit au niveau de la distribution équitable des ressources naturelles entre les êtres humains.

○ CONCLUSION

Nous vivons sur une planète avec des ressources limitées. Les êtres humains ont un impact non négligeable sur la biosphère, ce qui est une caractéristique de la nouvelle ère dite de l'anthropocène dans laquelle nous nous trouvons. De plus en plus de recherches démontrent l'importance de l'environnement naturel sur la santé ainsi que l'impact de la dégradation des écosystèmes sur la qualité de vie humaine. Cela amène la création de nouveaux champs d'actions comme la santé environnementale qui est la prévention des facteurs environnementaux affectant la santé. Pour favoriser des écosystèmes sains d'un point de vue sanitaire et environnemental, la promotion de la santé doit inscrire ses plans d'actions dans une démarche de développement durable.

○ FAITS SAILLANTS

- L'environnement terrestre apporte à l'humanité un ensemble de ressources et services nécessaires à son développement et son bien-être.
- Nous sommes entrés dans l'ère Anthropocène caractérisée par des changements dans les systèmes naturels causés par les activités de l'Homme.
- Le développement durable est de plus en plus intégré dans les plans d'action et perspectives de promotion de la santé car il permet la création d'environnements sains qui vont influencer positivement la santé.
- Une attention accrue est portée au concept de santé environnementale et aux démarches de promotion de santé environnementales.

○ POUR ALLER PLUS LOIN

- **Développement Durable dans la santé publique : le début d'un long périple.**
Agence de la santé publique du Canada, 2007
https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/sds-sdd/pdf/sds-sdd_f.pdf
- **Millennium Ecosystem Assessment. Living beyond our means. Natural assets and human well-being.**
Millennium Ecosystem Assessment, 2005.
<https://www.millenniumassessment.org/documents/document.429.aspx.pdf>
- **Notre Planète, Notre Santé : Rapport de la commission OMS santé et Environnement.**
Organisation Mondiale de la Santé, 1992.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38529/9242561487_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- **Santé et environnement : Dépasser l'incertitude (24-36).**
Inserm : la science pour la santé, 2019
<https://fr.calameo.com/read/005154450ea0796c65b1c>

○ BIBLIOGRAPHIE

- Angot J.L. Pour une mise en œuvre effective du concept « one world-one health ». Bulletin de l'Académie Vétérinaire de France. 2020;173(1):192-195.
- Buse C.G., Oestreicher J.S., Ellis N.R., Patrick R., Brisbois B., Jenkins A.P., McKellar K. *et al.* Public health guide to field developments linking ecosystems, environments and health in the Anthropocene. Journal of Epidemiology and Community Health. 2018;72(5):420-425.

- UN Secretary-General, World Commission on Environment and Development. Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future. New York (US) : WCED ; 4 août 1987. 347p.
En ligne : <https://digitallibrary.un.org/record/139811?ln=fr>
- Forbat J. De la spécificité du concept de santé environnementale vis-à-vis du développement durable. Développement durable et territoires : Économie, géographie, politique, droit, sociologie. 2014;5(2):1-20.
- Hancock T, Capon AG, Dietrich U, Patrick RA. Governance for health in the Anthropocene. International Journal of Health Governance. 2016;21(4):245-262.
- Hancock T. Health in the Anthropocene: From the Global to the Local. Dans : Kobayashi A. éd., International Encyclopedia of Human Geography. Elsevier. 2020. p. 323-328.
- Howze EH, Baldwin GT, Kegler MC. Environmental Health Promotion: Bridging Traditional Environmental Health and Health Promotion. Health Education & Behavior. 2004;31(4):429-440.
- Jennings V, Yun J, Larson L. Finding Common Ground: Environmental Ethics, Social Justice, and a Sustainable Path for Nature-Based Health Promotion. Healthcare. 2016;4(3):1-9.
- Kickbusch I, Nutbeam D. A watershed for health promotion. Health promotion international. 2017;32(1):2-6.
- Kjærgård B, Land B, Bransholm Pedersen K. Health and sustainability. Health promotion international. 2014;29(3):558-568.
- Mantler A, Logan AC. Natural environments and mental health. Advances in Integrative Medicine. 2015;(2):5-12.
- Nations Unies. Rapport de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement. Rio de Janeiro (BR) : UN ; june 1992. 487p.
- United Nations. Rapport de la Conférence des Nations Unies sur le développement durable. Rio de Janeiro (BR) : UN ; 2012. 96p.
- Organisation mondiale de la santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ottawa (CA) : OMS ; 21 nov. 1986. 5p.
En ligne : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- Rapport DJ, Maffi L. Eco-cultural health, global health, and sustainability. Ecological Research. 2011;26(6):1039-1049.
- Rideout K, Kosatsky T, Lee KK. What role for environmental public health practitioners in promoting healthy built environments?. Canadian Journal of Public Health. 2016;107(1):126-129.
- Semenza JC, Menne B. Climate change and infectious diseases in Europe. The Lancet infectious diseases. 2009;9(6):365-375.
- Sinclair JR. Importance of a One Health approach in advancing global health security and the Sustainable Development Goals. Revue Scientifique et Technique. 2019;38(1):145-154.
- van den Bosch M, Sang A. Urban natural environments as nature-based solutions for improved public health—A systematic review of reviews. Environmental research. 2017;158: 373-384.
- von Schirnding Y. Health and sustainable development: can we rise to the challenge? The Lancet. 2002;360(9333):632-663.
- Watts N, Adger WN, Agnolucci P, Blackstock J, Byass P, Cai W, Costello A, et al. Health and climate change: policy responses to protect public health. The Lancet. 2015;386(10006):1861-1914.
- Whitmee S, Haines A, Beyrer C, Boltz F, Capon AG, de Souza Dias BF, Horton R, et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health. The Lancet. 2015;386(10007):1973-2028.

○ ET POUR CONCLURE ...

Le travail de documentation réalisé au travers de ce recueil, fruit d'une étroite collaboration entre le service universitaire de promotion de la santé UCLouvain/IRSS-RESO (Fédération Wallonie-Bruxelles en Belgique) et deux associations de promotion de la santé en France - Promotion Santé Normandie (Promotion Santé Normandie) et la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes) -, a permis la production de 11 fiches de synthèse, essentiellement théoriques, consacrées à 11 principes fondamentaux en promotion de la santé.

Ce recueil de synthèses théoriques, basé principalement sur de la littérature scientifique, s'inscrit dans une perspective de partage de connaissances et devrait d'une part contribuer à mieux appréhender le cadre théorique de chacun des fondamentaux identifiés et, d'autre part, fournir aux acteurs de promotion de la santé, qu'ils soient intervenants de terrain ou décideurs, des repères théoriques pour argumenter les principes, valeurs et méthodes mobilisés dans le cadre de leurs interventions et décisions.

Ce recueil théorique se veut évolutif. Ainsi, d'autres principes fondamentaux pourraient faire l'objet de développements futurs. Par ailleurs, dans une perspective de capitalisation, les synthèses théoriques proposées dans ce recueil seront soumises à la discussion critique des acteurs de la promotion de la santé, en Fédération Wallonie-Bruxelles et en France, pour être complétées d'illustrations de pratiques professionnelles actuelles et contextualisées, s'inscrivant en référence aux principes et méthodes développés dans ce recueil.

