

LA SANTÉ PARTOUT ET PAR TOUS !

Le Collectif des acteurs de promotion de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Introduction

Ne le cachons pas : depuis ce printemps 2011, en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), le monde des acteurs liés de près ou de loin à la promotion de la santé est inquiet quant à ses perspectives d'évolution et à la possibilité de maîtrise de son développement.

Un projet ministériel envisage d'ici juin 2012 la rédaction d'un nouveau « Code de la santé » et la mise en place d'un organisme d'intérêt public (OIP). Cet organisme de pilotage rassemblerait les différentes fonctions opérationnelles de la santé aujourd'hui assurées par divers opérateurs : observation, recherche, documentation, communication, coordination, animation, organisation des dépistages et de la vaccination et évaluation. Les services communautaires de promotion de la santé, les centres de référence pour le dépistage, les observatoires thématiques ainsi que certaines asbl sont concernés par cette réorganisation. Au départ de ce projet : une « *Évaluation des dispositifs de politique de santé* », confiée à deux bureaux externes de consultance. Depuis juin dernier ce document a été passé au crible de la critique, ferme mais constructive, tant dans une instance officielle comme le Conseil supérieur de promotion de la santé que dans des assemblées ayant mobilisé cet été nombre de représentants dits « du secteur » (essentiellement les organismes subventionnés mais aussi divers intervenants œuvrant dans d'autres cadres budgétaires, tout en se réclamant de la promotion de la santé ou en se situant de fait dans son orbite).

Le présent plaidoyer sert à rappeler aux autorités politiques compétentes les principes incontournables sur lesquels nous souhaitons fonder la réforme de la promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles pour qu'elle apporte une réelle plus-value en termes de qualité des services offerts.

Notre document rend compte sous une forme compacte des enjeux essentiels de ce débat crucial, que l'« *Évaluation* » commanditée par la ministre de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles permet utilement de relancer vers les citoyens dans leur ensemble (élus inclus). Une vraie opportunité s'ouvre ici pour les acteurs concernés de faire entendre leur voix et leurs revendications, les principes et les objectifs profonds de la promotion de la santé étant jusqu'ici restés confinés dans une sphère de spécialistes fort compétents mais peu compris. Cela notamment sous l'influence des représentations dominantes souvent très simplistes, partagées et véhiculées par toutes les strates de la société, concernant les mécanismes fondamentaux de protection et de renforcement de la santé des populations. Ceux et celles qui veulent en savoir plus trouveront plus loin des renvois à une documentation plus complète sur les points de vue en présence. À ce stade en tout cas, malgré quelques paroles rassurantes des autorités, le pouls du secteur oscille entre le mode « dubitatif » et le mode « alerte ».

En bref, les lacunes de l'Évaluation

Le malaise domine :

- 1° pourquoi avoir baptisé « concertation » une méthodologie non homogène et très partielle de consultation de certains organismes, le plus souvent via de simples questionnaires écrits ?
- 2° comment éviter une vision managériale à court terme des projets de santé et une logique verticale (« top-down »), au risque de brider l'autonomie et la créativité des acteurs ?
- 3° quid de la brusque incertitude sur les budgets de la santé et l'avenir des travailleurs ?
- 4° que penser des dysfonctionnements épinglés mais peu articulés aux expertises et bonnes pratiques existantes, qui sont pourtant des clés pour une réforme de qualité ?
- 5° quelle place pour une « démocratie sanitaire » où soit valorisé le rôle de vigie des professionnels confrontés aux inégalités et périls croissants de santé (voir l'encadré suivant) ?

Témoigner, plaider, se démarquer, décrypter

En 2003, **Jean-Pierre Deschamps**, professeur français de santé publique et infatigable héraut-militant du secteur livrait avec le recul et l'émergence de la mondialisation une puissante « relecture de la charte d'Ottawa » : *« L'interpellation est salutaire car les professionnels sont aussi des citoyens comme les autres, et surtout parce qu'ils savent. Ce sont eux qui, mieux que d'autres, savent à quel point l'insécurité – la vraie, pas celle que fabriquent les médias et quelques politiques pour mieux rogner la démocratie –, la pauvreté, le chômage génèrent des atteintes terrifiantes au bien-être et à la santé. Les professionnels voient les situations, en identifient les causes. (...) En témoignant, (...) ils peuvent aussi être avocats, plaider pour les personnes et les groupes écrasés par leurs conditions d'existence, et constamment rappeler aux décideurs, personnellement ou plus probablement par leurs associations professionnelles, leur responsabilité directe dans la santé des populations. Il ne s'agit pas d'agresser, mais d'expliquer, car beaucoup de responsables, imprégnés du modèle biomédical de gestion de la santé, imaginent de bonne foi que tout est un problème de médecine... Tout n'est justement pas un problème de médecine et les professionnels de santé pourraient même refuser d'intervenir si leur action ne devait être qu'un alibi à la perpétuation de situations dramatiques, une façon de donner bonne conscience aux responsables. (...) N'oublions pas que ce qui est en jeu est le contrôle exercé par les gens sur leur santé. Peut-on contrôler ce que l'on ne connaît pas ou ce que l'on ne comprend pas ? Qui peut décrypter avec les personnes et les groupes, les mécanismes en cause dans l'altération de la santé, sinon les éducateurs de santé ? ».*

La santé : une ressource et un droit

Toutes les cultures ont élaboré des visions singulières et développé des actes signifiants autour de la souffrance et de son relatif antipode : l'état de confort physique, social, mental. Parmi les définitions les plus modernes, épinglons-en deux : celle du prof **René Leriche** « *La santé c'est la vie dans le silence des organes* ». On notera néanmoins que dans une évolution de la santé publique marquée par la prédominance des maladies dégénératives multifactorielles ou à éclosion lente, ce poétique « silence des organes » peut s'avérer redoutablement trompeur quant à leur état paisible. Et celle de **René Dubos** : « *La santé, c'est la situation dans laquelle l'organisme réagit par une adaptation tout en préservant son intégrité individuelle. (...) La santé, c'est un état qui permet à celui qui en jouit de se consacrer pleinement à son ou à ses projets et qui met donc toujours en jeu des forces socioculturelles, non inscrites dans le code génétique* ». Reste la classique définition de la santé élaborée au lendemain de la deuxième guerre mondiale en perspective de la création de l'OMS (cf. encadré).

1 Selon un article d'Iona Kickbush paru dans le très riche dossier 'La santé : usages et enjeux d'une définition', revue Prévenir n° 30, 1^{er} semestre 1996, Ed. CVM (Coopérative d'édition de la vie mutualiste, Marseille)

Bien peu savent qu'elle a été essentiellement « *le fait de diplomates de grande envergure et de personnes venant d'horizons très divers. (...) La santé était considérée comme un problème central de société et non un problème médical* »¹. C'est sensiblement l'inverse aujourd'hui ! Où est la faille ? Sans doute en partie dans l'expansion galopante du marché des métiers, des infrastructures et des technologies médicales de pointe en matière de diagnostic et de soins, si précieux soient-ils. Mais sans doute aussi dans la constance médiatique et politique avec laquelle on n'a cessé de mettre en avant la seule première phrase de la définition de la santé par l'OMS, au détriment des huit suivantes, dont l'ensemble constitue une charpente solide et lucide quant aux mesures à prendre contre les facteurs de maladies et, plus prioritairement encore, contre les causes fondamentales d'emballlement de ces facteurs pathogènes. En suivant ce cadre juridique normatif, il semble que nous pouvons tenir la Fédération Wallonie-Bruxelles responsable de la mise en œuvre, dans un cadre fédéral de santé publique, d'un plan d'action sur les déterminants fon-

40 ans avant la Charte d'Ottawa, tout était quasi dit !

Prologue aux articles de la « Constitution de l'Organisation mondiale de la santé » (signée le 22 juillet 1946 à New-York par les représentants de 61 États, entrée en vigueur le 7 avril 1948).

« *LES ÉTATS parties à cette Constitution déclarent, en accord avec la Charte des Nations Unies, que les principes suivants sont à la base du bonheur des peuples, de leurs relations harmonieuses et de leur sécurité : La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. 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 ou sociale.*

La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des États.

Les résultats atteints par chaque État dans l'amélioration et la protection de la santé sont précieux pour tous.

L'inégalité des divers pays en ce qui concerne l'amélioration de la santé et la lutte contre les maladies, en particulier les maladies transmissibles, est un péril pour tous.

Le développement sain de l'enfant est d'une importance fondamentale; l'aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation est essentielle à ce développement.

L'admission de tous les peuples au bénéfice des connaissances acquises par les sciences médicales, psychologiques et apparentées est essentielle pour atteindre le plus haut degré de santé.

Une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations.

Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées.

ACCEPTANT CES PRINCIPES, dans le but de coopérer entre elles et avec tous autres pour améliorer et protéger la santé de tous les peuples, les Parties contractantes acquiescent à ladite Constitution et établissent par les présentes l'Organisation mondiale de la Santé comme une institution spécialisée aux termes de l'article 57 de la Charte des Nations Unies ».

En 2003, à Genève, devant la Commission des droits de l'homme des Nations Unies, le rapporteur spécial **Paul Hunt** soulignait ainsi notamment que le droit à la santé : « *est un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement les prestations de soins de santé appropriées en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génétique* », mais aussi qu'il « *impose diverses obligations avec effet immédiat. Ces obligations immédiates comportent les garanties de non-discrimination et d'égalité de traitement, ainsi que l'obligation de prendre des mesures délibérées, concrètes et ciblées pour la réalisation intégrale du droit à la santé, notamment en élaborant une stratégie nationale et un plan d'action national dans le domaine de la santé publique. La réalisation progressive signifie que les États ont une obligation spécifique et permanente d'avancer aussi rapidement et efficacement que possible vers le plein exercice du droit à la santé* ». Et encore qu'il engage d'abord les États mais aussi la responsabilité de tous : particuliers, collectivités locales, organisations intergouvernementales, ONG, entreprises privées, etc. Pour conclure sur l'interdépendance juridique : « *le droit à la santé est étroitement lié à l'exercice d'un certain nombre d'autres droits de l'homme et d'autres libertés fondamentales énoncés dans les principaux traités internationaux relatifs aux droits de l'homme. Il s'agit notamment du droit à l'alimentation, au logement, au travail, à l'éducation, à la vie, à la non-discrimination et à l'égalité, du droit de ne pas être soumis à la torture, du droit au respect de la vie privée, du droit de participer, du droit d'accès à l'information, et des droits à la liberté d'association, de réunion et de circulation* ».

damentaux de la santé. Ce qui renvoie à de nombreuses compétences : politiques d'éducation, d'aide aux parents (crèches, écoles de devoirs), d'emploi, de logement, de sport à bon marché, d'accès à la culture, d'environnement, de mobilité, d'animation de quartier, de jeunesse (notamment le soutien précoce à l'estime de soi). Ce qui renvoie aussi à traquer les facteurs de stress délétères (dont une des dimensions les plus pernicieuses est celle de l'aliénation qui consiste à être habité par le sentiment de ne plus pouvoir contrôler sa vie). Voir à ce propos le remarquable ouvrage transdisciplinaire édité par Evans, R., Barer, M., Marmor, T., *Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Montréal : PUM, 1996.

Ces déterminants fournissent le cadre pour une action multifocale sur la réduction des inégalités sociales de santé.

Promeut-on adéquatement la santé chez nous ?

Sur le papier (du *Moniteur belge*), la formule est nette et entraînant. À l'article 1^{er} du décret du 14/07/1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française, il est dit : « *Par promotion de la santé au sens du présent décret, il faut entendre le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques* ». Et dans les faits ? Ce décret semble avoir amené plus d'évolutions concrètes dans les pratiques des acteurs de proximité et des professionnels (de promotion de la santé, de santé communautaire, etc.) que dans celles des politiques publiques et de la concertation des acteurs institutionnels. Ainsi les budgets réellement dédiés à la prévention et à la promotion de la santé sont déjà bien maigres (cf. encadré ci-dessous). Sans compter que l'importance accrue accordée aux démarches de prévention médicalisée entame à sa manière l'action

sur les déterminants non médicaux de la santé. Piètre consolation : selon **D. McQueen**, le phénomène de minimisation de l'intérêt des démarches menées en promotion de la santé et des savoirs thésaurisés dans ce domaine est une tendance qui domine quasi partout dans le monde !

Pour une approche complexe du réel

Travailler sur la complexité, en matière d'évaluation de l'efficacité des pratiques de terrain par exemple, c'est s'interdire de s'alarmer intempestivement face à des indicateurs d'augmentation de certains problèmes (de société, de santé, de délinquance...). Le premier réflexe est généralement de se dire : mais que font donc les acteurs attirés censés veiller au grain ? Il vient rarement à l'idée de se demander si la croissance choquante du problème « x » n'aurait pas été encore bien plus élevée en l'absence des énergies mobilisées. Comme si seuls un statu quo ou une baisse des chiffres pouvait attester une réelle « efficacité » ! Alors que des facteurs tiers liés à la crise globale ou des paramètres inédits non encore identifiés peuvent tout aussi bien expliquer le mauvais score, non synonyme d'échec pour autant. Travailler la complexité c'est aussi éviter de prendre pour seuls indicateurs la *quantification des résultats obtenus en matière de comportements de santé, de production d'outils d'information, de nombre de séances d'animation*, important ainsi un « modèle » d'évaluation à l'œuvre dans le secteur marchand. C'est, par contre, reconnaître la valeur pour l'évaluation d'éléments *qualitatifs* tels que les mises en réseaux, le travail sur l'intégration de pratiques de divers professionnels, le travail d'appropriation des actions par la population concernée, le travail de plaidoyer pour faire évoluer les politiques. Travailler la complexité c'est encore évaluer les raisons d'une non-conformité aux protocoles et bonnes pratiques pour en faire surgir le potentiel d'amélioration et les nécessaires remises en question.

La promotion de la santé tend de plus en plus à faire la preuve de sa pertinence pour appréhender les enjeux et problématiques de santé de manière complexe (cf. encadré page suivante). À ce titre, elle s'avère particulièrement appropriée

Soigner les conditions de vie, raboter les inégalités

(Brefs extraits d'une opinion du **D^r Luc Berghmans**, publiée dans *La Libre Belgique* le 28 septembre 2011 et reproduite intégralement dans *Éducation Santé* n° 272, novembre 2011).

Les inégalités sociales de santé sont des réalités bien documentées en Belgique. L'absence de plans ambitieux de l'action publique pour les réduire significativement est préoccupante dans une société où l'égalité des chances est une valeur de référence. On dispose pourtant de multiples études, à l'image des tableaux de bord de la santé en Wallonie, de l'Enquête nationale de santé ou encore des études des mutualités et de la Fondation Roi Baudouin qui quantifient le problème et avancent des pistes de solutions.

Quelques chiffres donnent à réfléchir : un écart d'espérance de vie de 7 ans entre classes sociales défavorisées et aisées ; pour l'espérance de vie en bonne santé, cet écart monte à 18 ans ; 50 % de sur-incidence des maladies cardiovasculaires chez les plus défavorisées, etc. (...).

Le constat est clair : les politiques sociales des dernières décennies ont permis un accès relativement équitable aux soins de santé mais pas à la santé ! (...).

Un scénario, à étudier sérieusement, serait de convaincre les

gestionnaires sociaux et professionnels de l'INAMI de consacrer 1 % du budget soins de santé à un investissement en « bons pères de famille » dans la promotion de la santé. Un impressionnant panel d'experts internationaux rappelait récemment dans le *Lancet* que 2/3 des maladies chroniques (maladies cardiaques, accidents vasculaires cérébraux, diabète, hypertension, cancers, troubles mentaux...) ont pour facteurs favorisants communs le tabagisme, une alimentation déséquilibrée, le manque d'activité physique, la consommation excessive de sel et d'alcool. La promotion de la santé est un moyen efficace de lutter contre ces facteurs. Ne pas la prendre en compte spécifiquement dans les réflexions en cours sur le budget INAMI et l'impact du vieillissement serait une erreur de gouvernance.

L'opérationnalisation de cet investissement devrait être confiée aux Communautés / Régions parce que très logiquement c'est en décentralisation et en proximité avec la population que cet investissement structurel a le plus de chance d'être productif. Les communes et provinces devraient être impliquées dans ce dispositif parce que leur proximité avec les citoyens et leur capacité d'action sur le cadre de vie en font des niveaux de responsabilité publique incontournables pour intégrer sur le terrain promotion de la santé, développement durable et cohésion sociale.

L'oxygène de la complexité

« Nous demandons légitimement à la pensée qu'elle dissipe les brouillards et les obscurités, qu'elle mette de l'ordre et de la clarté dans le réel, qu'elle révèle les lois qui le gouvernent », dit le sociologue et philosophe **Edgar Morin**. Ajoutant en substance que « la connaissance scientifique fut longtemps et demeure encore souvent conçue comme ayant (ce type de) mission ». Mais sachant que les disciplines scientifiques sont souvent cloisonnées, on observe qu'elles ont plutôt tendance à se débarrasser des autres grilles de lecture qui pourraient les gêner dans l'approche de leur objet principal. Bref, elles simplifient le réel. À l'inverse la démarche complexe entre en jeu lorsqu'on considère « ce qui ne peut se résumer en un maître mot, ce qui ne peut se ramener à une loi, ce qui ne peut se réduire à une idée simple » et lorsqu'on suspecte « les limites, les insuffisances et les carences de la pensée simplifiante ». Alors que cette dernière « désintègre la complexité du réel, la pensée complexe intègre le plus possible les modes simplifiants de penser, mais refuse (leurs) conséquences mutilantes (...) et finalement aveuglantes », dans la mesure où la pensée simplifiante « occulte tout ce qui relie, interagit, interfère »...

pour identifier des diagnostics élargis aux milieux de vie, à la société globale et à ses turbulences, en dépassant donc la seule question – surestimée – des modes de vie personnels. Ce travail de cadrage gagne aussi à s'appuyer sur des confrontations entre les vécus et expertises de santé des publics et ceux des professionnels de nombreux secteurs à vocation non marchande. Il doit fournir l'assise de toute politique de santé rationnelle bien comprise, au plus près des réalités quotidiennes des groupes les plus malmenés, qui sont actuellement les signaux d'alarme vivants les plus éloquents quant aux tendances délétères et aux responsabilités de remédiation.

Principes auxquels tiennent les acteurs

1° **Globalité**. Il convient que la santé soit appréhendée dans toutes ses dimensions : physique, psychologique, sociale, économique, spirituelle, etc. Ce qui élargit la conception de la santé à la notion de *qualité de vie*. **Face à une vision individualiste et « segmentée » de la santé, la promotion de la santé propose donc une approche qui interroge les conditions de vie et modes d'organisation de la société².**

2° **Proximité**. Parce qu'ils la vivent au quotidien, à l'école, en famille, sur leur lieu de travail ou dans leur quartier, les citoyens peuvent énoncer des priorités d'action pour améliorer leur qualité de vie. Ils peuvent aussi identifier des ressources individuelles et collectives, activables dans leurs environnements respectifs. **Encore faut-il être à l'écoute des citoyens et leur reconnaître des ressources et des compétences.**

3° **Marier besoins et aspirations**. Si l'épidémiologie offre une contribution importante à l'établissement des besoins et priorités de santé, elle envisage a priori la santé de manière négative et parcellaire, à partir de la maladie et des facteurs de risque. Mais cela pourrait-il constituer tout l'enjeu de santé en Fédération Wallonie-Bruxelles, ou même sa part la plus significative ? Sans éluder l'intérêt des données de santé publique, il apparaît essentiel **d'impliquer et de concerter les publics sur l'une de leurs réalités les plus précieuses. Les acteurs de promotion de la santé veulent préserver cette capacité de**

médiation entre besoins et aspirations de santé des publics, pour garantir une offre de santé adéquate et dynamique en Fédération Wallonie-Bruxelles.

4° **Évaluer pour évoluer. La continuité des interventions, de même qu'un climat constructif distillant la confiance, sont des conditions sine qua non à la mise en œuvre et la diffusion de pratiques d'évaluation dont les acteurs de promotion de la santé se revendiquent.** Le nécessaire contrôle des ressources allouées par les fonds publics et la nécessaire coordination des actions en vue de l'atteinte d'objectifs prioritaires ne peuvent toutefois servir de prétexte à une normalisation des pratiques, antagoniste de la nécessaire adaptation à la diversité des besoins des populations et à la complexité des déterminants des phénomènes de santé.

Valoriser l'intelligence collective

Les principes exposés dans ce plaidoyer pourraient être mis à mal par la réforme de la promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles et les incertitudes qui l'accompagnent. **C'est pourquoi nous réclamons :**

- a) L'instauration d'un dialogue équitable et la réelle prise en compte de la parole et de l'expertise des acteurs concernés avant la mise en place de la réforme**, afin que celle-ci tienne compte de l'histoire d'un secteur, qu'elle valorise les ressources (compétences, expertises, réseaux) existantes et qu'elle s'inscrive réellement dans le respect des principes de la promotion de la santé.
- b) La reconnaissance de la nécessité d'investir en promotion de la santé pour favoriser le bien-être des populations et réduire les inégalités sociales de santé**, ce qui implique une nette augmentation des budgets alloués à ce domaine de compétences. Avant cela, le maintien des budgets existants, leur indexation et la garantie de la préservation des compétences professionnelles existantes constituent un socle minimum pour la pérennité d'une politique de qualité.
- c) Le maintien d'une culture de la qualité des interventions**, qui passe par la définition collective et négociée de critères de qualité et par le soutien aux acteurs pour intégrer ces critères.
- d) La remise en question d'une conception managériale centralisatrice qui semble voir dans la création d'un organisme de pilotage la solution à tous les problèmes**. Nous plaidons pour le développement d'une approche qui privilégie le principe de subsidiarité et qui identifie de manière *rigoureuse, systémique et participative* les besoins de santé et les réponses à y apporter. D'éventuelles nouvelles structures ne pourront être créées qu'à partir d'une telle analyse qui en montrera la pertinence et qui en guidera les modalités d'implémentation adéquates.

Si vous retrouvez vos préoccupations dans le plaidoyer ci-dessus, n'hésitez pas à marquer votre accord en envoyant un courriel à collectifpromosante@gmail.com, avec vos nom et prénom et le titre auquel vous adhérez à cette démarche.

Vous pouvez aussi réagir via le site mis en place par le Collectif, à l'adresse www.sites.google.com/site/collectifpromosante. Vous pourrez y consulter la liste des signataires régulièrement mise à jour. Vous y trouverez également l'article 'Évaluation des dispositifs de politique de santé' paru dans 'Éducation Santé' en juillet 2011 et plusieurs documents précisant la démarche du Collectif.

² Voir 'Les déterminants sociaux de la santé : les faits', OMS Europe, 2^e édition, 2004, 42 p. (www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98439/E82519.pdf)