



Les cahiers de  
**PROSPECTIVE**  
**Jeunesse**

Numéro d'agrément : P405048  
Bureau de dépôt - 1050 BRUXELLES 5

*Cahiers - Volume 9 - n° 2 - 2ème trimestre 04*

Cahier numéro 31

**Dossier : “Santé et  
prévention: braderie  
ou promotion?”**

**Les jeunes et leur santé, constats  
d'une génération désenchantée ?**

**Entre éducation du public à la santé et  
promotion de la santé publique, des  
processus en prise ou “emprise” sur  
les personnes ?**

**Promotion de la santé, questionner les  
valeurs et le sens : sens unique, sens  
interdit ou sens giratoire ?**

**Bilans et perspectives des conférences  
locales pour des politiques de  
promotion de la santé en Hainaut  
occidental**

**Promotion de la santé et usages de  
psychotropes : entre raison d'état et  
raisons individuelles.**

### Rédacteur en Chef

• Henri Patrick CEUSTERS

### Secrétaire de Rédaction

• Claire HAESAERTS

### Relecture et corrections

• Danielle DOMBRET

### Comité de Rédaction

• Henri Patrick CEUSTERS  
• Claire HAESAERTS  
• Martine DAL  
• Emmanuelle CASPERS  
• Bernard DE VOS

### Comité d'Accompagnement

• Philippe BASTIN, Directeur d'Infor Drogues, Bruxelles.  
• Line BEAUCHESNE, Professeure agrégée, Département de Criminologie, Université d'Ottawa, Canada.  
• Alain CHERBONNIER, Philologue, Licencié en Education pour la Santé, Question Santé asbl.  
• Manu GONÇALVES, Assistant social, Coordinateur du Centre de Guidance d'Ixelles.  
• Vincent GUÉRIN, Responsable de la collection Education pour la Santé de la Médiathèque de la Communauté Française de Belgique.  
• Pascale JAMOULLE, Chargée de Recherche de la Cellule Toxicomanies du CPAS de Charleroi.  
• Tatiana PEREIRA, Attachée Direction Promotion Santé, Ministère de la Communauté française.  
• Renaud QUOIDBACH, Responsable de Projets, Modus Vivendi.  
• Micheline ROELANDT, Psychiatre, Bruxelles.  
• Gustave STOOP, Administrateur SOS Jeunes - Prospective Jeunesse.  
• Jacques VAN RUSSELT, Coordinateur Alfa, Liège, Président de la Fedito wallonne.

### Illustration de couverture

• Etienne SCHREDER

### Illustrations

• Jacques VAN RUSSELT

### Mise en page

• Claire HAESAERTS  
• Henri Patrick CEUSTERS

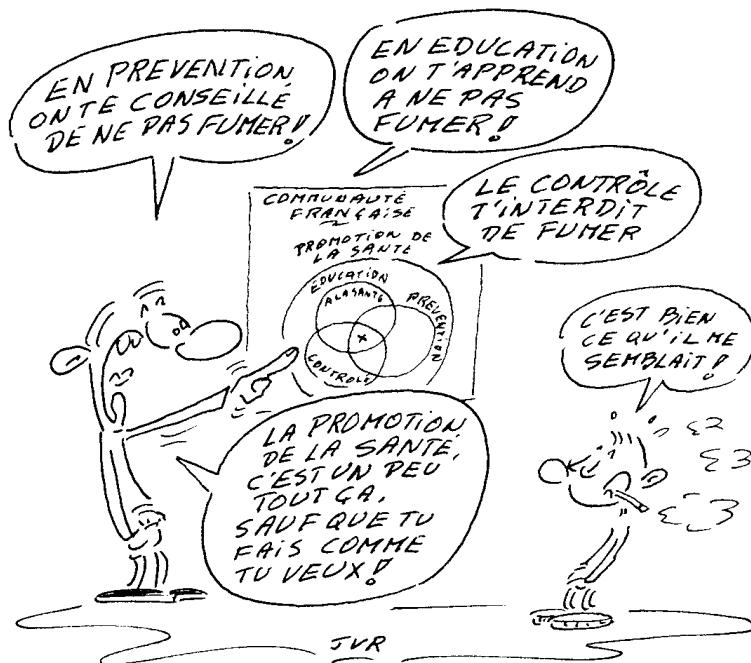
### Impression

• Nuance 4, Naninne

### Editeur Responsable

• Raymond VERITER

N° ISSN : 1370-6306



Les articles publiés reflètent les opinions de leur(s) auteur(s) mais pas nécessairement celles des responsables des "Cahiers de Prospective Jeunesse".

Ces articles peuvent être reproduits moyennant la citation des sources et l'envoi d'un exemplaire à la rédaction.

Ni Prospective Jeunesse asbl, ni aucune personne agissant au nom de celle-ci n'est responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations reprises dans cette publication.

### Publication trimestrielle

#### Abonnement annuel

#### Frais d'envoi compris

|             | Belgique | CEE   | Autres pays |
|-------------|----------|-------|-------------|
| Institution | 22.31    | 24.79 | 27.27       |
| Personnel   | 18.59    | 21.07 | 23.55       |
| Etudiant    | 14.87    | 17,35 | 19.83       |

**Prix au numéro: 6.20**

Numéro de compte bancaire : 210-0509908-31

PROSPECTIVE  
Jeunesse  
ASBL

### Prospective Jeunesse asbl

27 rue Mercelis - 1050 Bruxelles

Tél: 02/512.17.66 - Fax: 02/513.24.02

E-mail : [cahiers@prospective-jeunesse.be](mailto:cahiers@prospective-jeunesse.be)  
Site Internet : <http://www.prospective-jeunesse.be>



Avec le soutien de la Communauté française de Belgique et de la Commission communautaire française de la région de Bruxelles-Capitale.



# EDITOIRIAL

La "promotion de la santé" repose sur une conception globale, dynamique et positive de la santé et vise à augmenter chez l'individu et la collectivité le pouvoir d'agir sur leur santé. Ce concept a émergé en 1986 (Charte d'Ottawa) et semble s'être petit à petit "installé" dans notre quotidien. Or, on se rend compte que bien souvent, tout en se revendiquant comme adhérents aux valeurs qui sous-tendent cette approche, les "intervenants" sont inscrits dans une toute autre réalité.

A un moment où les notions de rentabilité, d'efficacité envahissent les discours y a-t-il encore de la place pour des démarches qui ne peuvent que relever de la complexité et du non jugement ? N'y a-t-il pas une trop grande tentation de récupérer un discours qui se veut résolument humaniste pour le mettre au service de valeurs plus "rigidifiantes" visant à contrôler les dysfonctionnements, les écarts à la norme pour remettre les personnes déviantes dans le droit chemin ?

Mais qui définit ce droit chemin ? Et au nom de quoi ? L'argument le plus souvent évoqué est le bien des personnes et souvent dans ce cadre leur bonne santé (meilleure santé ?). Il me vient ici à l'esprit que ma grand-mère me disait souvent que l'enfer est pavé de bonnes intentions...

Ainsi, nous nous trouvons souvent confrontés parfois à un amalgame, parfois à une confusion, mais bien souvent à une superposition de termes tels éducation à la santé, prévention primaire, éducation pour la santé,... c'est ce qui nous a amenés à réaliser ce dossier intitulé "Santé et prévention : braderie ou promotion ?".

Nous y tenterons d'y voir plus clair dans cette approche qui, loin d'être uniquement une juxtaposition de stratégies de modification de comportements "problématiques" au sein de populations parfois pointées comme "problématiques", relève d'une certaine vision philosophique de l'homme et se revendique comme promotrice de responsabilisation et de liberté plutôt que génératrice de contraintes pour l'individu et la communauté.

Henri Patrick CEUSTERS

# VERS QUI SE TOURNER ?

Madeleine GUYOT<sup>1</sup>

Et les jeunes qui ont participé à l'émission : Elizabeth, Henry, Loubna, Medhi, Mohammed, Nasser, Pimousse et Xavier.

- La santé? Si ça me concerne?... Non!
- Ben non, les parents sont là pour ça!
- Oui mais on y est souvent confronté avec les articles dans les magazines, etc. Ce qui fait qu'on est obligé d'y penser.

Informés sur la santé? Nasser, Elizabeth et Medhi croient l'être, notamment par l'école, les médias, les parents. Mais pris, malgré eux, par un flot de promotion et de prévention, ils ne s'estiment pourtant pas obnubilés par des questions de santé. Cet article, visant l'opinion de quelques jeunes sur la promotion et la prévention de la santé, a été rédigé lors d'une émission radio de l'asbl Samarcande réunissant huit jeunes entre 13 et 17 ans.

## Mots clés

- jeunes
- être concerné
- être informé
- être bien moralement et physiquement
- sida
- publicité
- faire peur
- parents
- univers "blindé"

1. Licenciée en communication sociale, section presse-information. Educatrice, spécialisée dans l'éducation aux médias, à l'asbl Samarcande.

## La santé

### "Être bien" moralement et physiquement

Ces jeunes définissent la bonne santé comme le maintien d'un bien-être général par un équilibre entre le corps et l'esprit. "Il faut l'esprit pour vivre, sans l'esprit, on meurt. Pour moi le corps et l'esprit, c'est moitié-moitié". Pour Xavier, il est évident qu' "on ne peut pas vivre l'un sans l'autre" et qu' "il faut soigner les deux". Elizabeth, quant à elle, pense qu' "être en bonne santé ne s'arrête pas qu'au niveau du corps. C'est aussi mental. Lorsqu'on ne se sent pas bien dans sa tête, ça a toujours des répercussions sur le physique. Pour moi, le moral a plus d'importance que le physique". Pareil pour Medhi qui pense que "l'extérieur c'est pas grave, les

entorses et tout ça... mais l'intérieur... c'est ça qui est important".

Les jeunes perçoivent 3 domaines pouvant modifier leur bien-être mental, autrement dit "leur bonne humeur" : l'école, le sommeil et l'entourage. Pour Nasser, "tout ce qui est relation entre professeurs et élèves" et tout ce que ça implique, "les bonnes notes et tout ça", est important. "C'est clair que si tu as des mauvaises notes, t'es pas content, par conséquent tu ne pètes pas la forme, tu seras triste". "L'école prend beaucoup de place dans notre vie, ça me prend la tête et en plus, on doit se lever tôt et c'est pas bon pour le corps", confirme Mohammed A, surnommé Pimousse. Quant à moi, "ça dépend si j'ai bien dormi". Xavier et Medhi sont d'accord : "ouais, il faut quand même un peu dormir pour être en forme, c'est soigner son corps. On disait tout à

l'heure que le mental influençait le corps. Peut-être inversement aussi. Moi je sais que si je ne dors pas bien, je suis de mauvaise humeur". Mais ce n'est pas toujours évident entre l'école et les loisirs, il faut arriver à gérer pour bien dormir et "à choisir, on préfère pas beaucoup dormir et avoir plus de temps libre". Parallèlement, Nasser estime que l'entourage est important car "si tous tes potes te font la gueule, t'es mal et il faut que tu trouves une solution".

Quant à l'état physique, il semble, selon eux, dépendre notamment d'une nourriture équilibrée, équilibre qui leur semble d'ailleurs difficile à maintenir. Loubna, 13 ans, ne déjeune pas le matin. "C'est parce que je n'ai pas le temps. Alors, je mange tout le temps durant les intercours, je grignote". Pour Elizabeth, ce n'est pas qu'une question de temps, l'école, en général, ne leur offre pas de structures où ils pourraient aisément manger correctement et "si les instituts voulaient vraiment, on pourrait avoir une alimentation équilibrée. En fait, d'un côté, ça arrange tout le monde qu'on achète des sandwiches au magasin du coin". Des solutions, alors ? Mohammed, lui, a décidé de bien manger le matin et de se "contenter d'un truc léger à midi". Medhi, par contre, sait qu'il pourra "se rattraper sur le repas du soir". Malgré tout, Pimousse estime que "ce serait quand même sympa" que les écoles mettent en place des structures adéquates.

De plus, ils sont convaincus que les activités sportives sont importantes et ce, physiquement et mentalement. Mais, comme le fait remarquer Loubna, "2h par semaine de cours de gym, c'est pas assez. En plus, pour les filles, c'est beaucoup moins poussé, c'est quasi débile ce qu'on nous demande de faire". Xavier va même plus loin : "en fait, je n'appellerais même pas ça 'cours de gym', ça ne ressemble à rien et les profs sont les premiers à ne rien faire!".

Enfin, ils estiment que les principales conduites à risques sont "les disputes, la cigarette, la drogue, l'alcool et les carences alimentaires".

## Une maladie préoccupante : le sida

À la question "quelles sont les maladies pour lesquelles vous vous inquiétez ?", sans hésitation et à l'unanimité, ils répondent le sida. "C'est une maladie assez importante, on y pense beaucoup. Une fois, mon pote était sur le point d'avoir une relation sexuelle avec sa copine mais il n'était pas protégé. Alors, il a eu peur et il a arrêté. C'est donc quelque chose auquel nous pensons beaucoup". Nasser, lui, y pense et "fait avec". "C'est-à-dire que je fais attention". Xavier, idem : "comme on peut seulement s'en protéger, qu'il n'y a pas de remède, il faut faire attention". Toutefois, Elizabeth trouve que ça ne la concerne pas pour l'instant. "C'est peut-être inconscient de se dire que cette maladie là ne me touchera jamais mais je préfère ne pas y penser".

## Avenir et santé

De manière générale, comme Elizabeth, ils ne semblent pas assimiler santé et avenir : "pour la plupart d'entre nous, je pense qu'on ne se pose pas trop de questions. Si on pensait à tous les malheurs qui pourraient nous arriver, personne ne pourrait grandir". Mais ça dépend, par exemple, Medhi, ça lui fait "un peu peur. Parce qu'à mon âge, maintenant, je suis en assez bonne santé. Par contre, mon père qui est assez âgé, à mon âge était aussi en bonne santé mais maintenant, il a plein de maladies parce que lui, non plus, il ne faisait pas attention à sa force, à sa santé, comme moi. Alors, je suis effrayé de ce qui pourrait m'arriver plus tard".

## Promotion et prévention : de la pub, quoi !

"Personnellement, je ne me sens pas concerné par toutes les pubs. Ça dépend du style et du sujet, comme l'alcool, le tabac et le sida mais certainement pas par les régimes !", Henry, 15 ans.

"On ne peut pas ne pas se sentir concerné car la santé nous touche tous mais il est clair qu'on ne fait pas vraiment attention aux pubs et tout ça. C'est bien de nous dire qu'on doit manger des légumes mais on n'y pense pas, de nous dire qu'on ne peut pas fumer mais qui n'a jamais essayé au moins une fois, de nous dire de ne pas boire, ...", Elizabeth, 15 ans.

Ne se souciant pas de savoir faire la différence entre promotion et prévention de la santé, ils associent pubs à la télévision, sensibilisation dans les écoles, articles dans les magazines spécialisés, affiches, dépliants... que ce soit sur la santé en général ou ciblé sur une maladie en particulier. Face à cette "pub", comme ils la nomment, ils s'émeuvent sans doute, ils y réfléchissent peut-être mais surtout ils prennent et ils rejettent en fonction de critères bien personnels. Par exemple, Henry, ce qu'il préfère "c'est ce qui passe à la télé".

## Les principaux canaux

Selon eux, l'école, les médias (surtout la télévision), les affiches et les dépliants sont les quatre moyens de communication par lesquels passent cette pub pour la santé. Dans l'école d'Elizabeth, "il y a des gens qui sont venus pour parler pendant des heures et des heures de la santé. Et puis, il y aussi les centres PMS, centres psycho-médico-sociaux, c'est ça ?". "Ah ouais, moi, j'en ai eu besoin pour trouver une

école", confirme Medhi. Concernant les médias, il y a les pubs à la télévision mais, comme nous le fait remarquer Mohammed, "il y a les films aussi. Par exemple, l'histoire de quelqu'un qui est devenu séropositif. La personne qui regarde, il va commencer à réfléchir et à se méfier. Il y a souvent un message à retenir dans un film". "Et il y aussi certaines émissions... Même s'il y a toujours un petit côté marketing où ils parlent des nouveaux produits pour maigrir, des médicaments révolutionnaires", continue Elizabeth. Pour Medhi, "dans les chansons de certains groupes, il y a aussi des petits messages". Elizabeth le coupe : "ouais mais il y a aussi beaucoup de vive l'alcool!". A côté de cela, ils pointent aussi les affiches et les dépliants dont le plus "célèbre" semble être "le petit livre rose", édité par la Plate-Forme Prévention Sida. Enfin, même s'ils n'y avaient pas pensé par eux-mêmes, ils connaissent également les plannings familiaux. "C'est pour aider les jeunes qui n'osent pas être aidés par leurs parents. Au planning, tu peux aller sans tes parents". "C'est bien car si une jeune fille est enceinte, elle peut aller se confier là-bas au lieu de le dire à ses parents alors qu'elle sait qu'elle aura des problèmes".

## Je me rappelle d'une pub...

"Je me rappelle une publicité contre l'abus d'alcool : c'est un gars qui sort d'une soirée pour aller pisser dehors. Pendant qu'il pissoit, un gars passe et jette sa cigarette dans le coulis de pipi. Ensuite, son pipi prend feu et le mec crame. Le gars, il avait tellement bu d'alcool que son pipi en contenait assez pour brûler ! J'ai adoré", Nasser 15 ans.

"Ouais, moi aussi, j'ai bien aimé. Ça choque!", Mohammed.

"Quand ça choque, c'est plus intéressant", Loubna.

"Ouais et on réfléchit plus", Pimousse.

"Ca donne à réfléchir", Loubna

"Il y a d'autres pubs, comme celle sur les paquets de cigarettes où il est noté les produits et tout ça mais je trouve que ça ne choque pas tellement", Loubna.

"Ca, ça sert à rien, c'est de l'argent gaspillé", Nasser.

Quasi à l'unanimité, ces jeunes aiment les publicités qui choquent soit par l'image, soit par les paroles ou encore par ce que la pub peut laisser deviner.

Selon Nasser, la principale raison de l'efficacité de ces pubs est qu'elles engendrent d'une manière ou d'une autre de la peur. "Je trouve que c'est la peur qui te construit. C'est justement parce que tu as peur que tu réfléchis. Si tu n'as pas peur, c'est parce que tu te crois tout-puissant donc tu avances et tu restes con toute ta vie. Par contre si tu as peur, ça te pousse à réfléchir".

"Oui, mais quand on a peur, parfois, on n'ose pas avancer et par conséquent, on régresse. En fait, je crois qu'il y a des peurs qui font avancer et d'autres qu'il est difficile de surpasser, comme les phobies par exemple". "C'est pour ça que je dis que la peur fait avancer car elle nous pousse au-delà de nos limites". "Mais bon", comme nous dit Medhi, "ça dépend des gens, certains seront intéressés par telle pub, d'autres par telle autre".

## De l'info ? "Y en a blindé !"

Ils estiment être suffisamment submergés de règles de bonne conduite, les différents canaux cités plus haut étant particulièrement riches en recommandations. Mais même s'ils affirment "qu'il y en a blindé", ils admettent également "qu'il en faut"

car, selon Henry, "si on ne nous le dit qu'une fois, on risque de ne pas le retenir. Même si c'est vrai que parfois c'est de trop mais il vaut mieux qu'on nous le répète, comme ça on est sûr". Nasser, quant à lui, explose : "A la fin, t'en as raz le bol ! Tout le monde s'y met : tes parents, les pubs, l'école et même tes amis !". Et puis, selon Elizabeth, "on se braque car à force d'imposer des barrières aux gens, ils ont envie d'essayer".

## Les parents : rôle essentiel mais pas toujours efficace

A côté des quatre canaux d'information favorisés, ils sont convaincus que les parents ont un rôle dans les questions de santé : adultes, ils sont là pour transmettre leur savoir. Toutefois, comme nous le fait remarquer Xavier, ils ne sont pas persuadés de leurs compétences en matière de santé et de prévention : "il ne faut pas oublier qu'ils savent peut-être que telle ou telle chose est mauvaise mais ils ne savent pas toujours bien expliquer les raisons". "Et ils risquent parfois de moins bien l'expliquer que quelqu'un d'autre". Loubna, quant à elle, a l'impression que par rapport aux parents "ce n'est plus tellement nécessaire car tout passe à la télé, sur Internet, à l'école, partout ! On n'a pas vraiment besoin des parents pour ça".

Par ailleurs, ils envisagent également l'impossibilité de discuter avec les parents, notamment parce que "tu as des parents qui sont trop timides pour aborder certains sujets", selon Henry. Et puis, par exemple pour Pimousse, c'est plus une question "de respect ! Pas une question de timidité".

## Un brouillard épais

Concernés ou pas, ces jeunes sont de

### Bibliographie

"Bruxelles santé : peur et prévention", Alain Cherbonnier (coordinateur de la publication), asbl Question Santé, Bruxelles, 2003.

Observatoire de la Santé de Bruxelles-Capitale, "Tableau de bord de la santé", Commission Communautaire Commune, 2001.

Les Cahiers de Prospective Jeunesse, "Drogues et réduction des risques", tomes 1 et 2, 2003.

Les Cahiers de Prospective Jeunesse, "Ecole et prévention", tomes 1, 2 et 3, 1997 et 1998.

ULB-PROMES (Unité de Promotion Education Santé), "La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire : quoi de neuf depuis 1994 ?", ULB, 2003.

toute façon interpellés par des questions de santé. Dans cet univers "blindé" des mécanismes d'aide, de prévention et de promotion, sorte de brouillard où tout le monde veut parler de tout, ces jeunes choisiront comme ils peuvent la personne qui les aidera à répondre à leurs questions.

Récapitulons. L'école ? "Oui, il y a certains cours et des gens qui viennent nous en parler, et puis il y a les PMS aussi". Les pubs ? "Ca dépend de plein de choses : du sujet, du style". Les dépliants ? "C'est bien de les avoir mais je connais plein de gens qui ne savent même pas que ça existe. On les a dans des associations mais tout le monde ne passe pas dans les associations". Les parents ? "Ils expliquent au moins une partie mais pas tout". Les planning familiaux ? "Moi, je vois ce que c'est

mais je ne sais pas ce que c'est". Il reste les amis mais "ton pote peut avoir les mêmes problèmes que toi et ne pas pouvoir les résoudre non plus". Bref, beaucoup de choses pour lesquelles ils doutent souvent de leur efficacité. De plus, comme Xavier l'affirme, il existe une sorte de paradoxe qui ne les aide pas vraiment à y voir plus clair : "la société demande aux gens de ne pas fumer, de ne pas boire avec les pubs et tout le reste mais c'est hypocrite. Car si vraiment la société voulait ce qu'elle nous demande, il n'y aurait plus de cigarettes, plus d'alcool".

Mais vers qui vont-ils se tourner alors ? Chez tout le monde, chez personne... Pourtant, à tâtons, comme on peut marcher quand on est dans le noir, ces jeunes ne sont pas inquiets, ils survivront. ■



### THS - La Revue des Addictions

Publication trimestrielle de la SETHS (Société Européenne Toxicomanies, Hépatites, Sida)  
Tél. : 0033/4/94.97.09.56, fax : 0033/4/94.97.75.80, e-mail : seths2@wanadoo.fr

#### Sommaire du volume VI, n° 21, mars 2004

##### Editorial

- Il faut réduire de 5,67 % la consommation de cacahuètes en Ile de France (Jean-Marie Guffens)
- Un appel des tabacologues (Gilbert Lagrue et al)

##### Sida

- Stress oxydant et Sida (Luc Montagnier)

##### Hépatites

- Nouveautés dans le traitement de l'hépatite C (Stanislas Pol, Jeanne Serpaggi et al)
- Troubles affectifs et hépatite C (Jean-Philippe Lang)

##### Tabac

- Les méfaits sanitaires du tabac et la lutte contre celui-ci (Maurice Tubiana)

##### Addictions et toxicomanies

- Impact des traitements de substitution par BHD chez les détenus pharmacodépendants aux opiacés (Anne Galinier et al)
- La carbamazépine dans le traitement du sevrage aux benzodiazépines (Marianne Coen, JL Revillon)

##### Les brèves



### L'Observatoire - Revue d'action sociale et médico-sociale asbl

Tél. : 04/232.31.60, fax : 04/232.31.79, e-mail : info@revueobservatoire.be

Paru en mars 2004

A paraître fin juin 2004

A paraître fin septembre 2004

Formation des assistants sociaux et réalités professionnelles

Adolescence, famille, santé...

Adolescence, école, culture...



# PROMOTION DE LA SANTÉ : CONFUSIONS ET PARADOXES

Alain CHERBONNIER<sup>1</sup>

Au risque de paraître rabâcher, il ne me semble pas inutile de revenir sur le concept de promotion de la santé. En effet, ce vocable apparu en 1986 (Charte d'Ottawa, Organisation Mondiale de la Santé) a migré plus récemment dans nos contrées (décret de la Communauté française, 1997), ce qui ne l'a pas empêché de se répandre comme une traînée de poudre dans le discours des "acteurs du secteur" (avatar des "professionnels de la profession"). Le plus frappant, ce n'est pas tant que le terme se soit si rapidement vulgarisé, c'est qu'il soit déjà l'objet de maintes confusions.

Ce qui pouvait nous mettre la puce à l'oreille, c'est que d'autres termes, pourtant plus rassis, plus vénérables, avaient déjà fait l'objet de contresens auparavant. J'ai notamment entendu, au cours d'un colloque et dans la bouche de quelqu'un qui n'avait rien d'un profane : "prévention de la santé",... Je crains que de telles erreurs ne soient pas seulement le fait de distractions individuelles mais qu'elles révèlent des confusions de sens. Quand on dit - autre exemple réel - "promotion à la santé", ce n'est pas seulement le signe d'une contamination par le plus ancien "éducation à la santé". C'est que l'on ne fait pas bien la différence entre les deux concepts ou que "promotion" a perdu toute signification précise.

Encore mieux, il m'est arrivé - ici encore dans un cénacle de professionnels et même d'experts - d'entendre allègrement mêler promotion de la santé, éducation pour la santé et prévention primaire,... mais aussi opposer la promotion de la santé à la prévention et à la santé publique ! Ce jour-là, je me suis dit que quelque chose était pourri

dans le royaume, ou du moins dans la Communauté. Comme si le dernier venu de ces concepts avait brouillé les repères et, par-là même, permis toutes sortes de raccourcis, d'à-peu-près, de contresens et de simplifications (lesquels, parfois, sont au service d'enjeux et d'intérêts personnels, institutionnels ou idéologiques. Mais ceci est une autre histoire).

Quand on y regarde de plus près, le phénomène n'est peut-être pas pour surprendre. Car, il faut en convenir, le concept de promotion de la santé n'est pas simple à appréhender, ni à situer, ni à rendre opérationnel. D'ailleurs, si je relis le petit guide méthodologique que j'ai réalisé il y a sept ans<sup>2</sup>, je me rends compte, au vu de mes précautions oratoires manifestant un net souci pédagogique, qu'à l'époque j'en étais bien conscient. Autre indice de cette complexité : donnant un cours d'éducation pour la santé, je demande aux étudiants de situer les uns par rapport aux autres les concepts de prévention, d'éducation pour la santé et de promotion de la santé. Pratiquement

## Mots clés

- éducation pour la santé
- prévention
- promotion de la santé

1. Licencié en philosophie et lettres, licencié en sciences médico-sociales (éducation pour la santé), Question Santé asbl.

2. "Agir en promotion de la santé : un peu de méthode...", Bruxelles Santé, n° spécial 1997, rééd. 2000. Épuisé mais téléchargeable sur [www.questionsante.org](http://www.questionsante.org) (voir en particulier les pages 12 à 16).

3. Fayard, 1978. Publié en livre de poche dans la collection Pluriel.

personne n'arrive à préciser la relation entre la promotion de la santé et la prévention.

Bon. Eh bien, alors, relevons nous-mêmes le défi ! Et commençons par le commencement. Le commencement, en Occident tout au moins, c'est le 19<sup>ème</sup> siècle, la naissance de la santé publique et de la prévention médicale. Avant cela, ce qui menace la santé se confond avec ce qui menace la (sur)vie. Reportons-nous au classique de Jean Delumeau, "La Peur en Occident"<sup>3</sup>, qui traite des grandes peurs collectives du 14<sup>ème</sup> au 18<sup>ème</sup> siècle. Même si l'on excepte les menaces imaginaires, il reste les guerres et les pillages, les vagabonds et les voleurs, la famine et la misère, les maladies et surtout les épidémies... Comment se prémunit-on contre ces dangers ?

- On subit les guerres et les pillages ; les pillards sont d'ailleurs souvent aussi des soldats, qu'ils soient en activité - ils vivent "sur" le pays - ou démobilisés : sans solde, "il faut bien vivre". Ou alors les villageois sonnent le tocsin, brandissent leurs faux et fortifient le bourg (voir le très beau film d'Akira Kurosawa, "Les Sept Samourais", dont l'action ne se passe certes pas en Occident, mais bien dans le monde féodal).
- Les vagabonds sont soupçonnés de louches intentions. N'oublions pas que la précarité est le lot de la majorité de la population et qu'un vol peut signifier l'indigence. Par ailleurs, les sans-abri s'attroupent parfois, devenant bandits de grand chemin. Mais ils sont aussi chassés, voire pourchassés, en raison même de leur statut de "sans feu ni lieu".
- Mourir de faim n'est pas un fantasme mais un risque bien réel. La population est essentiellement constituée de paysans, dont la plupart ne peuvent pas vivre de leurs propres cultures et doivent acheter leur pain. La disette

et les augmentations d'impôts (ou la promulgation d'impôts nouveaux) menacent donc la survie ; elles entraînent des émeutes.

- Contre les maladies, on dispose de prières et de rites, de remèdes traditionnels - dont certains sont probablement efficaces - et d'une médecine balbutiante, qui recourt abondamment à la saignée et aux purgations (relire "Le Malade imaginaire" de Molière).

Les épidémies sont un signe du destin ou de la colère divine. C'est surtout la peste, qui règne en Europe durant près de quatre siècles. La Peste Noire aurait tué en trois ans (1348-1351) le quart, voire le tiers, de la population européenne : entre 2/3 et 1/8 selon les régions. Aux 17<sup>ème</sup> et 18<sup>ème</sup> siècles encore, la peste fait disparaître la moitié de la population de Milan (1630), Naples (1656) et Marseille (1720). Les savants niaient la contagion (ils attribuaient la peste à la pollution de l'air) ; le bon sens populaire était plus avisé : les gens fuyaient ou, s'ils ne le pouvaient, s'isolaient et isolaient les malades. Ce sont d'ailleurs les mesures de plus en plus efficaces d'isolement qui ont eu raison de la peste. Mais cette attitude n'était pas la première : le sentiment d'impuissance était tel que le déni, l'aveuglement, l'emportaient dans un premier temps ; puis, la réalité n'étant plus niable, on cherchait des responsables, c'est-à-dire des boucs émissaires : les étrangers, errants ou Juifs. Enfin, ceux qui ne pouvaient trouver le salut dans la fuite sombraient dans la terreur, la résignation ou l'orgie. Les solidarités familiales et sociales se désagrégeaient. Rares étaient ceux - religieux ou responsables civils - qui restaient à leur poste.

On a parlé des prières et des rites, censés désamorcer le risque mais aussi permettre d'affronter la peur elle-même. C'est une première forme de prévention (même si elle nous paraît

aujourd'hui parfaitement illusoire), propre aux sociétés traditionnelles. Ce sont alors la tradition, la religion, les normes sociales qui font référence ; elles imposent et organisent les rites à observer, les démarches à entreprendre. La prévention est ainsi d'emblée marquée par le rapport à la norme.

Jean-Pierre Dozon<sup>4</sup> note par ailleurs que "les sociétés traditionnelles, contrairement à un stéréotype courant, ne baignent pas dans le magico-religieux ou le sacré comme si tout en elles, y compris les actes et les événements les plus quotidiens, basculait constamment du côté des ancêtres ou des dieux. Des conceptions plus profanes ou plus prosaïques y sont tout aussi bien à l'œuvre, notamment sur le terrain du malheur et de sa prévention." En effet, à côté d'une majorité de rites et de pratiques magiques, on trouve des prescrits sociaux et des "remèdes de bonne femme" non dépourvus d'efficacité.

Succédant au modèle magico-religieux (sans pour autant remplacer celui-ci, qui subsiste d'ailleurs aujourd'hui, y compris dans les sociétés occidentales), intervient le modèle de la contrainte profane, qui s'est "davantage déployé à l'intérieur de sociétés structurées autour d'un principe de souveraineté ou d'un dispositif étatique. (...) il se développa à la mesure du souci et des possibilités qu'avaient les gouvernants de lutter contre tout ce qui menaçait leur territoire et leurs populations, et particulièrement contre les épidémies"<sup>5</sup> (ségrégation des lépreux, des pestiférés).

Mais la révolution culturelle en matière de prévention intervient à la charnière des 18<sup>ème</sup> et 19<sup>ème</sup> siècles, avec la naissance de la médecine moderne et, plus particulièrement, l'objectivation des maladies infectieuses. C'est

l'avènement du modèle pasteurien, toujours dominant aujourd'hui, qui a pour paradigme la vaccination, pour finalité l'éradication des maladies (cas de la variole) et pour attributs l'asepsie, la prophylaxie, l'hygiène publique. Cet hygiénisme médical se double d'un hygiénisme moral et social : lutter contre la maladie, c'est aussi lutter contre l'immoralisme et contrôler les classes pauvres. Le médecin, le réformateur social et le bourgeois capitaliste se donnent la main.<sup>6</sup> La prévention est toujours liée à la norme sociale, comme en témoignent les campagnes contre l'intempérance sexuelle (lutte contre la syphilis) et alcoolique.

L'éducation en matière de santé est donc, pendant un siècle environ - du milieu du 19<sup>ème</sup> au milieu du 20<sup>ème</sup> siècle - essentiellement normative, moralisatrice, hygiéniste ; elle s'appuie sur la médecine, qui se professionnalise, et recourt aux médias (brochures, affiches, conférences). Elle n'est qu'une des stratégies de la prévention (à côté, par exemple, de la recherche médicale ou de la vaccination). Ce courant est toujours bien présent aujourd'hui, même s'il revêt souvent des apparences moins prêcheuses et péremptives.

Mais, au lendemain de la 2<sup>ème</sup> guerre mondiale, intervient une nouvelle donne avec la définition aujourd'hui bien connue de la santé (OMS, 1946) - "un état de complet bien-être physique, psychique et social"<sup>7</sup> - et l'apparition d'un courant éducatif que l'on pourrait appeler psychopédagogique ou humaniste. Prenant en compte la santé mentale et sociale, moins centrée sur les populations et davantage sur les individus, l'éducation pour la santé ne se veut plus seulement outil de prévention ; elle s'appuie sur des valeurs humanistes et fait appel aux sciences humaines : psychologie (notion de développement

4. Quatre modèles de prévention, in J.-P. Dozon, D. Fassin (dir.), "Critique de la santé publique. Une approche anthropologique", Paris, Balland, 2001, pp. 23-46.

5. Ibidem.

6. Voir Marie-Sylvie Dupont-Bouchat, "Faire peur et avoir peur. Attitudes et comportements face à la maladie et à la mort, du Moyen Age à nos jours", Bruxelles Santé, n° spécial 2003, pp. 7-20.

7. On n'épiloguera pas ici sur le caractère utopique de cette définition ; on en retiendra qu'elle prend en compte les aspects psycho-sociaux de la santé.

8. Reproduit intégralement dans "Prévenir", n° 30, 1996, pp.18-22.

personnel), pédagogie (notions de savoir, savoir-faire, savoir-être), communication (méthodes de groupe, etc.). Les individus sont ici considérés comme des sujets et non plus comme de simples objets d'éducation et de prévention.

Les années 1970-1980 voient, dans la foulée de la contestation sociale symbolisée par Mai 68, se développer l'action collective, les mouvements "alternatifs" visant le changement social et politique mais aussi culturel (féministes, écologistes, aujourd'hui "altermondialistes"). Dans le champ de la santé, cette contestation se manifeste également : mise en question de l'hôpital psychiatrique et de l'ordre médical, revendications pour une médecine sociale, lutte pour la libéralisation de la contraception et de l'avortement, etc. Ces mouvements ont en commun d'exiger la prise en compte des déterminants sociaux, culturels, économiques et politiques de la santé. L'OMS se met très vite à jour puisque, dès 1978, elle publie la Déclaration d'Alma-Ata, qui veut promouvoir les soins de santé primaires pour permettre l'accès de tous à un niveau de santé acceptable.

Quelques années plus tard, en 1986, la Charte d'Ottawa est adoptée par la première Conférence internationale pour la promotion de la santé (nous y voilà). Charte dont le sous-titre est éloquent : "Vers une nouvelle santé publique". Ce qui indique bien que la promotion de la santé ne s'oppose pas à la santé publique mais propose une nouvelle approche de celle-ci. Quelle approche ? Citons le texte<sup>8</sup> : "Inspirée avant tout par l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde, cette Conférence s'est concentrée sur les besoins des pays industrialisés, sans négliger pour autant ceux des autres régions. (...) La

promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu."

1. On se concentre donc sur les besoins des pays industrialisés ("sans négliger pour autant ceux des autres régions" sonne comme une concession à la politesse). Voir aussi, plus loin dans le texte, les "préalables à toute amélioration de la santé" - un logement, l'accès à l'éducation, une nourriture convenable, un certain revenu, un écosystème stable, un apport durable de ressources, le droit à la justice sociale et à un traitement équitable -, conditions qui sont évidemment plus difficiles à réunir hors des pays développés.

2. On revient à une perspective plus individuelle (même si la Charte s'inscrit explicitement, par ailleurs, "dans le cadre de la stratégie de la Santé pour tous"), alors que la Déclaration d'Alma-Ata parlait des peuples et des populations. Les individus (ou les groupes) sont considérés comme acteurs de leur propre santé, capables d'utiliser leurs ressources physiques, psychiques et sociales.

3. On se réfère toujours à la définition de 1946 (le but est bien de parvenir à "un état de complet bien-être, physique, mental et social") et on entérine une conception positive de la santé, bien au-delà de l'absence de maladie. Mais on présente aussi la santé comme une valeur "instrumentale", non comme une valeur finale, une finalité. C'est assez contradictoire.

4. Enfin, on invite à dépasser les limites du secteur de la santé : "La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales et médias". Il y a du boulot ! Et, dans un monde où tout et tous se spécialisent de plus en plus, où les champs de compétences et les zones de pouvoir sont le plus souvent des chasses gardées, ce plaidoyer intersectoriel ne manque pas de piquant.

On voit que le concept, tel qu'il est défini dans la Charte, pose un certain nombre de questions. Lorsqu'il est opérationnalisé, c'est-à-dire décliné en actions de promotion de la santé, cela donne les cinq axes stratégiques suivants :

- Elaborer des politiques pour la santé, au-delà des soins, dans "tous les secteurs et à tous les niveaux" de l'action publique, incitant les responsables politiques "à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé".
- Créer des environnements favorables (conception socio-écologique : les individus sont indissociables de leur milieu naturel et social), ce qui implique la conservation des ressources naturelles, les conditions de travail, la consommation d'énergie, l'urbanisme, etc.
- Renforcer l'action communautaire, c'est-à-dire "la participation

effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification". Rien de moins.

- Acquérir des aptitudes individuelles "grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie" : l'éducation pour la santé est ici positionnée en termes de développement individuel et social (conception positive, au-delà de la modification des comportements défavorables à la santé).
- Réorienter les services de soins "en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considéré dans son intégralité".

La promotion de la santé constitue donc une vision de l'action en santé publique qui tend à "colorer" et à englober les politiques publiques, la gestion de l'environnement écologique et social, la relation du citoyen à l'action publique, l'éducation pour la santé, l'organisation des services,... et aussi (bien que non citée explicitement) la prévention *stricto sensu*, c'est-à-dire les mesures classiques de médecine préventive au niveau des populations : vaccination, dépistage, etc.

C'est évidemment ambitieux. Certains diront même que c'est utopique (mais, là, il n'y a guère de surprise de la part d'une organisation dont le slogan était "la santé pour tous en l'an 2000"). Cela vient certainement heurter un grand nombre de logiques et d'intérêts institutionnels et professionnels. Et ce n'est pas, on l'a vu, exempt de paradoxes. Parmi lesquels mon préféré est celui de la participation. Car la participation a non seulement tendance à braquer les institutions et les politiques lorsque les "participants" deviennent contestataires ou revendicatifs, mais encore elle prône

9. Dont voici l'article 1<sup>er</sup> : "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." On pèsera avec soin chaque mot de ce paragraphe...

10. Qui est évidemment plus proche du modèle biomédical.

11. D'autres points de vue sont légitimes et, si j'ai mis ici en exergue les limites de la promotion de la santé, ne serait-ce que pour diminuer la confusion autour de ce concept, on pourrait aussi s'attacher à en souligner la continuité et l'ouverture : voir l'interview d'Iлона Kickbusch, "Cinquante années d'évolution des concepts de santé à l'OMS: d'une définition à sa reformulation", "Prévenir", n° 30, 1996, pp. 43-54.

l'action collective à l'ère de l'individualisme et du consumérisme. Et, en termes de communication, l'exigence de participation met en œuvre, peu ou prou, une injonction paradoxale lorsque ce sont des pouvoirs publics (ou des professionnels mandatés par ceux-ci) qui intiment à la population un "soyez participatifs" assez proche du célèbre "soyez spontanés"!

Il faut en outre mettre le concept de promotion de la santé en relation avec le quatrième modèle de la prévention défini par Dozon : le modèle contractuel, qui "fonctionne idéalement sur le mode d'une complémentarité nécessaire entre le travail d'objectivation des risques sanitaires qu'accomplissent avec de plus en plus de précision les sciences biomédicales, particulièrement l'épidémiologie, et un mouvement de subjectivation par lequel les individus doivent devenir des acteurs responsables de leur santé". Ces derniers mots nous rappellent quelque chose. On peut voir dans ce modèle un double paradoxe : "d'un côté, un droit à la santé dont seraient garants les pouvoirs publics et la recherche scientifique, de l'autre, un devoir de santé auquel seraient tenus l'ensemble des citoyens (...)".

Conclusion de ces tours et détours : on comprendra que la vulgarisation rapide de ce concept complexe et non dépourvu de contradictions ait favorisé bien des confusions. D'autant plus qu'en Communauté française il a été coulé dans le béton d'un décret<sup>9</sup> qui a "fait le ménage" dans le secteur institué de l'éducation pour la santé : contexte sensible ! L'introduction du concept a sans doute aussi ravivé ou mis en évidence le conflit entre les mordus de l'approche épidémiologique "pure et dure"<sup>10</sup> et les fanas du travail de terrain "en prise sur les vrais gens".

Si le concept de promotion de la santé ne mérite donc pas l'engouement qu'il

suscite chez certains et demande au contraire un regard critique - aussi critique, à tout le moins, que celui porté à bon droit sur des concepts installés depuis plus longtemps -, il ne convient pas, pour autant, de jeter le bébé avec l'eau du bain. Prenant le point de vue de l'éducation pour la santé, qui est ici le mien<sup>11</sup>, je retiens au moins les atouts suivants :

- La promotion de la santé met l'accent sur le contexte (social, culturel, politique, économique) des actions éducatives, ce que l'approche médico-préventive a souvent tendance à oublier ou à minimiser, se focalisant excessivement sur les comportements individuels ;
- Elle avance une conception résolument positive de l'éducation pour la santé (s'appuyer sur les ressources des individus et non se contenter de leur prêcher la bonne parole de la prévention) ;
- L'invitation qu'elle lance aux professionnels de la santé, aux travailleurs sociaux, aux éducateurs, en direction du travail intersectoriel et de l'action communautaire, constitue un défi à relever, et même à s'approprier, sans se leurrer sur les limites et les paradoxes qu'il faudra affronter.

Pour conclure, reprenons les trois concepts clés et situons-les les uns par rapport aux autres. Le champ de la prévention et celui de l'éducation pour la santé se recoupent partiellement : ils se recouvrent dans la mesure où l'éducation pour la santé vise la prévention des maladies et des accidents ; ils se distinguent dans la mesure où elle vise aussi le développement des aptitudes personnelles et sociales et l'action individuelle et collective sur les déterminants de la santé. Quant au champ de la promotion de la santé, il dépasse et englobe - ou prétend à dépasser et englober - les deux premiers... CQFD. ■

# C'EST POUR TON BIEN<sup>1</sup>

Roger LONFILS<sup>2</sup>

Poser un regard sur deux décennies, but premier de cet article, n'a de sens que s'il permet de se projeter déjà dans le futur ; futur craint ou espéré, c'est selon. Ces regards sur le passé de la promotion de la santé viseront à aborder un temps présent essentiellement ressenti sous l'angle des limites. Limite des concepts, des budgets, des stratégies proposées, des pratiques. Limite également dans la philosophie sous-jacente. L'article présentera ces deux axes pour terminer par une réflexion sur l'éthique du secteur promotion de la santé. En effet, le clivage entre une prévention organisée, planifiée et la promotion de la santé, participative, responsabilisatrice, solidaire, place les acteurs devant des choix de société.

## Historique législatif

Deux dates, 1987 et 1997, pour deux bases réglementaires prises au niveau communautaire. Celle de 1987, réglementation en éducation pour la santé dont on se souviendra de trois éléments importants : une première décentralisation (les 10 commissions locales de coordination), une offre de services aux éducateurs (services thématiques, publics cibles, méthodologiques et communication) et enfin la création d'une cellule permanente éducation pour la santé.

Celle de 1997, décret de promotion de la santé, avec l'affirmation de la décentralisation, une offre de services réduite et recentrée sur la formation, l'évaluation, la communication... et la création d'un conseil supérieur de promotion de la santé.

On ne peut négliger dans ce laps de temps, la création et la disparition d'une agence sida, qui aura influencé le secteur.

Derrière deux ou trois dates, sans aborder ici les concepts d'éducation sanitaire, éducation à et pour la santé et enfin promotion de la santé<sup>3</sup>, il est intéressant de voir si des changements dans les pratiques ont suivi et si les financements publics ont soutenu le développement prévu.

## Evolution des stratégies

L'adhésion clairement exprimée aux stratégies de promotion de la santé a permis de sortir du carcan strictement santé, voire médicalisé, pour prendre conscience que la santé ne se décline pas en savoirs : les notions de santé globale, bien-être, intersectorialité,... ont imprégné le secteur de la promotion de la santé ; celui-ci a souhaité, à l'instar des recommandations de la Charte d'Ottawa, se diffuser dans d'autres secteurs, influencer les politiques et la restructuration de services : les stratégies furent participation, décentralisation, santé communautaire,

### Mots clés

- promotion de la santé
- approche pluridisciplinaire
- stratégies prioritaires
- financement
- éthique

1. Le titre fait référence au livre d'Alice Miller, "C'est pour ton bien", paru en 1984 chez Aubier Montaigne, qui faisait lui-même référence à la parole des parents, éducateurs... lors de l'emploi de la violence pour imposer certaines idées.

2. Directeur de la Promotion de la santé, ministère de la Communauté française. Cet article reflète à certains égards une position personnelle.

3. On lira par ailleurs, dans ce même numéro, l'article d'Alain Cherbonnier.

4. UE : Programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008).

5. Communauté française, programme quinquennal de promotion de la santé, 2004-2008, édition prévue en juin 2004.

actions locales, actions de lobbying et coalition.

Ce secteur, conscient qu'il s'inscrit dans une démarche culturelle et sociétale, reconnaît certains types de publics comme nettement prioritaires, plus particulièrement les populations "vulnérables" ; les notions de responsabilisation, d'autonomie, auxquelles s'est ajoutée celle de solidarité, ont bien imprégné le discours général.

La priorisation que vivent des populations socio-économiquement défavorisées, culturellement délaissées ou spécifiquement vulnérables - si elles apparaissent antinomiques à certains égards - ne peuvent être que les deux bases de l'action et semblent bien toutes deux justifiées. C'est ainsi que l'ouverture de la promotion de la santé vers les champs culturel et social n'empêche pas l'évolution de ces dernières années vers un retour plus marqué de la santé publique en tant que base première de choix ; tant l'OMS et l'UE<sup>4</sup> que la Communauté française<sup>5</sup> expriment assez clairement un retour du secteur santé, à certains égards médical, comme élément clé de définition des priorités et des objectifs, de planification et de choix d'actions. Ce retour de la prévention vers le secteur santé - dans le cas présent vers le champ des professionnels de la santé - modifiera nettement les objectifs de la promotion de la santé.

## Evolution des pratiques

Mais avant d'aller plus loin sur cet aller et retour et ses conséquences dans le futur, que sont devenues les pratiques ? La réflexion engendrée à tous les niveaux, les outils mis à disposition des acteurs-relais, la décentralisation ont amélioré nettement la qualité des projets. L'exigence de qualité des

programmes proposés par les associations/institutions n'a pu se concevoir que parce que, progressivement, différents moyens se sont mis en place : réflexion et apport méthodologique du secteur et peut-être plus spécialement des organes d'avis et des services agréés, appui local grâce aux CLPS (centres locaux de promotion de la santé) et associations travaillant au niveau communautaire, outil d'élaboration de projet (canevas de rédaction et grille d'analyse, peut-être l'élément le plus contraignant dans l'élaboration d'un projet, élément de rigueur mais également de qualité, indispensable de toute façon dans un cadre budgétaire fermé).

Le passage à la nouvelle législation de 97 est marqué par une double volonté : les thématiques de moins en moins prioritaires comme objectifs de travail ; la décentralisation et la santé communautaire comme éléments essentiels.

Ralliement plus large de secteurs plus ou moins éloignés à la conception de la promotion de la santé, pratiques communautaires, participation, moindre importance des thématiques vont de pair avec un secteur qui se professionnalise. Celui-ci rassemble de multiples acteurs en dehors du champ santé mais paradoxalement les exclut de par sa complexité.

En outre, les espoirs sont déçus par une absence de financement supplémentaire. Le décret de 97 tentait de résoudre une affectation budgétaire à plus de 80 % pour les services, les projets devant se contenter du reste. De plus en plus, la notion de projet et même de programmes pluriannuels est une limite inacceptable pour qui veut travailler dans la durée. Les seuls budgets supplémentaires proviennent de nouvelles orientations ou affectations budgétaires de pouvoirs publics convaincus par une approche de promotion de la santé.



## Détour par le budget

Budgétairement parlant, le chemin parcouru peut être appelé rapidement : les fonds financiers ont surtout eu lieu il y a longtemps déjà. Les années 80 ont vu le budget prendre de l'ampleur : les moyens en éducation pour la santé quintuplent, ceux du sida apparaissent en même temps que l'Agence de Prévention et certaines associations.

Depuis les années 1990, le budget n'a guère bougé, peut-être diminué en valeur relative. Ces dernières années, des budgets ont augmenté en santé mais pas en promotion de la santé.

Par contre, si on prend en compte un certain investissement global en promotion de la santé, on peut certainement dire, sans pouvoir l'évaluer, que le secteur a "profité" d'autres partenariats (provinces, communes,...) qui peuvent être mis en rapport avec le développement de l'intersectorialité et de la décentralisation. Un apport financier apparaît également via les espaces radiodiffusés gratuits.

Chacun percevra sans doute des variations qui concernent son propre créneau, les uns les assuétudes, les autres le sida, le cancer,... mais globalement, il y eut un temps favorable, il y a un temps de stagnation et peut-être déjà un temps de décroissance a-t-il commencé.

Pour clore l'aspect budgétaire, on peut regretter que la Communauté française ne soit pas assez riche et que la mise en place de décrets ne s'accompagne pas de véritables refinancements (promotion de la santé, promotion de la santé à l'école,...).

## Santé et société

Le secteur de la promotion de la santé élargit son angle d'approche : son champ

d'action est l'ensemble de la société qui devrait à son tour considérer que tout acte a une portée santé. Oui... mais avec un risque pour le secteur de la promotion de la santé de se perdre, de ne plus être identifié comme un secteur qui a sa particularité.

La place de la promotion de la santé dans la santé d'une part, dans la société d'autre part, est difficile. Ce secteur, à la limite de la santé, tant par les acteurs qui y travaillent que par les approches parfois plus sociologiques, pédagogiques que santé se pousse vers des zones non médicales, vers un militantisme de société, qui le rend intéressant mais est questionnant et le fragilise.

Il me semble tout à fait à propos qu'une réflexion des acteurs quels qu'ils soient, terrain, universitaires, institutionnels, se poursuive - car elle est en route depuis plusieurs années - sur la place de la promotion de la santé. Cette place qui se situe entre santé "classique" et société.

Les stratégies et les objectifs de la promotion de la santé sont audacieux mais encore trop "coincés" dans une réflexion et un contexte santé et non de société.

Participation, responsabilisation, autonomie, solidarité, santé communautaire, dans un contexte de vulnérabilité sociale, économique et culturelle,... sont des engagements qui, s'ils sont susceptibles d'améliorer la santé, renferment de grandes ambiguïtés. C'est cet aspect-là de l'éthique qui me paraît important, bien plus que les digressions sur l'éthique des multinationales (tabac, médicaments, par exemple) dont on sait que notre pression ne se situe pas tant au niveau de l'éthique que des décisions de réglementer ces secteurs d'activités.

Que renferment donc ces stratégies de promotion de la santé de si inquiétant ? En quoi l'éthique des acteurs peut-elle

6. On se distraira en relisant cette phrase de Thomas Hobbes, philosophe anglais (1588-1679) : "Le penchant des hommes, qu'ils soient nos concitoyens, à imposer leurs propres opinions et inclinations comme règles de conduite pour les autres est si énergiquement soutenu par des sentiments, les meilleurs comme les pires, qui tiennent à la nature humaine, qu'il n'est guère jamais tenu dans des limites ...".

être mise en question ? Notre militantisme serait-il contraire aux attentes ? C'est effectivement de cela qu'ils s'agit.

Derrière les termes de cohérence, responsabilisation, solidarité, participation, ... se profile de plus en plus un risque d'adhésion à certaines thèses, idéologies.

La responsabilisation est espace de liberté donné à chacun, de possibilité de décision, de droit à la parole ; il devient culpabilisation chez qui persiste dans les choix défavorables à la santé, contradictoires avec les normes de la société : nuisance sociale, abus de dépenses en santé, le droit de recevoir devient devoir d'obtempérer.

La vulnérabilité fait son chemin en tant que souci exprimé ; mais la société dans sa résolution de cette problématique tend à voir dans les poches de vulnérabilité les plus graves une résistance inadmissible.

La participation devient une stratégie courante, dont les pratiques s'avèrent toutefois bien différentes de l'un à l'autre ; elle est également source de difficultés quand l'aboutissement espéré n'est pas atteint.

Au nom de la cohérence et de la responsabilisation, un certain autoritarisme semble se justifier. Au niveau du groupe, au niveau politique. Cet autoritarisme apparaît notamment dans les politiques dont la notion de plan global de prévention de (...), de planification, sont les vocables courants ; la justification en est son indispensabilité a priori, sa cohérence. On peut facilement comprendre que dès qu'un ensemble de discours convergent dans le même sens - il s'agit bien de cohérence - la pensée devient vite unique. Elle laisse peu le champ libre à l'expression opposée.<sup>6</sup>

Si on comprend qu'une société veuille une stabilité, les individus qui la composent sont appelés à revisiter continuellement le fondement de leurs idées pour éviter la mise sous principes

et admettre que les décisions des autres se situent également dans une situation de recherche et de changement.

## Ethique du secteur

"Quelques jours plus tard, l'APA (Aide personnalisée Autonomie) m'a envoyé Germaine : une forte femme de cinquante-cinq ans, autoritaire et affectueuse, qui se mit à gouverner mon existence. Elle a modifié tout l'agencement de mon appartement pour améliorer mon confort. Elle vient trois fois par semaine, le lundi, le vendredi et le samedi. Elle me donne mon bain, elle m'habille, elle me soigne, surveille mon alimentation et s'efforce de me communiquer son optimisme. Ses grosses mains d'ouvrière sont douces. Elle me réprimande pour mes imprudences. J'adore ma gouvernante. Elle me prépare des plats cuisinés pour le reste de la semaine. Son potage aux potirons, ses poireaux gratinés sont des merveilles..."<sup>7</sup>

Que veut-on quand on fait de la prévention ? Tant qu'on n'avait qu'une vision strictement santé, on pouvait estimer un risque de mortalité et de morbidité et agir en fonction de celui-ci pour améliorer la santé, comme la Gouvernante d'Abram Potz cité ci-dessus.

Quand la promotion de la santé élargit son champ de réflexion, elle se trouve confrontée à de multiples aspects qui s'expriment de multiples façons qui peuvent s'opposer : bien-être de la société (aussi mouvant puisse-t-il être), bien-être de la famille et de l'école (tranquillité, reconnaissance sociale), bien-être des voisins (sécurité routière, sécurité tout court), bien-être du consommateur (désir, plaisir). Et la santé dans tout cela ? Elle est devenue justification de l'action, éventuellement en servant le répressif.

Au nom de la santé, on détecte les traces de cannabis dans le sport (pour une éthique du sport ?), sur la route (avec l'appui de la police), dans les écoles (la police y est appelée)... la santé sert de justification et les acteurs d'alibis à la société.

Chaque stratégie comporte en elle un possible risque. On peut ainsi se placer dans les démarches sécurisantes, sécurisées et sécuritaires. On y soutiendra éventuellement une tendance générale de la société et de ses composantes les plus répressives qui rejette et repousse plutôt que d'attirer.

Soutenir la taxation de prise de risques - amendes sévères en circulation routière, taxation du tabac, diminution de la prise en charge de malades "responsables" - est un soutien à une politique de type libéral. Toutes taxes directes, touchant de façon identique riches et pauvres, déséquilibrent fortement les moins nantis et touchent peu la classe aisée.

Favoriser la participation, en tant qu'élément de choix des priorités et expression des demandes, des désirs et donc des plaisirs de groupes différents sociologiquement, économiquement et culturellement risque de ne pas correspondre à nos attentes... surtout si celles-ci se fondent sur des priorisations de santé publique.

Jusqu'où accepterons-nous le refus d'adhésion de certains groupes ou personnes et ne les stigmatiserons-nous pas comme un déficit de responsabilisation qui permet à la société de ne plus engager sa solidarité ? La grande pauvreté nous interpelle ; les risques santé sont liés à des facteurs qui se situent pour beaucoup en dehors du champ de la santé.<sup>8</sup>

De nombreux acteurs centrés sur des approches thématiques risquent de se heurter à ces questions. D'autres, peut-être par une approche différente (une

formation différente ?) semblent moins "atteints" ; il en est ainsi de nombreux acteurs du secteur "assuétudes" dont l'adoption de stratégie de réduction des risques les met plus en accord avec la réalité des groupes visés. Le droit d'agir se pose moins puisque le résultat espéré n'est pas une modification de comportement à tout prix.

L'autoritarisme, camouflé souvent derrière une participation fictive (même des fumeurs désirent qu'on interdise...), justifié par une large majorité (on parviendra toujours à trouver 80 % de gens qui soutiennent la plus grande bêtise, comme si les 20 % avaient tort...), devient un élément décisionnel. Et si l'approbation n'est pas encore suffisamment justifiée, on se prévaudra - dans un souci de garantie scientifique - de références et d'argumentations épidémiologiques difficiles à contredire.

Malheureusement, certains droits élémentaires sont bafoués : droit à la parole, à l'expression, droit à un niveau minimum de revenus permettant d'acquiescer un logement décent, etc. De quel droit certain - plus riche - ose-t-il parler d'un droit d'accès à la sécurité sociale en fonction de facteurs de risques pris ? Ainsi, en peu de temps, les exemples pleuvent, sans recherche, en lisant comme un peinar sa gazette du matin. Je citerai l'article paru dans Education Santé<sup>9</sup> qui bien sûr provient de quelqu'un d'excessif, qui exagère, qui reflète ce que d'aucuns pensent... qui se résume ainsi : pourquoi continuer à payer les maladies de ceux qui prennent des risques ? Le second vient du professeur Kesteloot<sup>10</sup> ; il ne s'agit plus de simples paroles en l'air, il s'agit de propos clairement fascistes, qui portent atteinte aux droits de l'homme. "Je propose de limiter l'assurance-maladie à 85 ans. Celui qui dépasse cet âge bénéficierait, par exemple d'un remboursement maximum de 1000

7. Ringelheim Foulek, "La seconde vie d'Abram Potz", 2003, éd. Luc Pire, p. 100.

8. Centre pour l'Egalité des Chances et la Lutte contre le Racisme, "Une autre approche des indicateurs de pauvreté", mars 2004. Lire ce rapport de la pauvreté laisse un peu entrevoir ce que les plus pauvres ont à dire. Et c'est troublant et émouvant. On pourra compléter son information par le rapport bisannuel du Service de Lutte contre la Pauvreté, la Précarité et l'Exclusion, "En dialogue", chapitre "Droit à la protection de la santé", pp. 84-120, décembre 2003.

9. Pieters Guy, "Responsabilité et santé", Revue Education pour la Santé, InforSanté, ANMC/UNMS, pp. 8-9, n° 188, mars 2004.

10. Relaté par le Journal du Médecin du 16.04.2004 ; on peut à ce propos féliciter Maurice Einhorn pour la prise de position claire du JM.

11. Rubrique "Santé" du Soir du 20 avril 2004, expérience à Schaerbeek.

euros par an". Jusqu'à la proposition d'un goût douteux du ministre néerlandais de la santé de primer celui qui s'abstient de consultation.

La dernière lecture est plus innocente mais incite cependant aussi au bon respect des normes établies dès le jeune âge : "...chaque élève est invité à consommer cinq fruits et légumes sur sa journée. En échange, il reçoit des points. Dans dix jours, je reviens et nous verrons qui a obtenu 10/10, ce soir n'oubliez pas de dire à papa et à maman que, demain, vous devez manger des fruits et légumes...". "... un mini marché sera organisé à l'école et les bambins recevront leur passeport bonne santé des mains des autorités communales..."<sup>11</sup>

Ainsi, si la promotion de la santé soutient une société à un moment donné, elle doit être consciente qu'elle risque plus la prise de positions réactionnaires, favorisant la stabilité et le maintien des acquis... et souvent hélas au profit des nantis.

L'éthique est donc bien un des enjeux dont l'importance sera grandissante en raison des questions soulevées. La réflexion fera entrer la promotion de la santé dans une dynamique de changement de société.

La promotion de la santé n'est pas une

stratégie comme les autres qui vise à améliorer la santé à n'importe quel prix. Elle est différente pour plusieurs raisons. D'abord elle est portée uniquement par un secteur non commercial : associations, institutions publiques et parapubliques, de caractère mutualiste, professionnels de la santé.

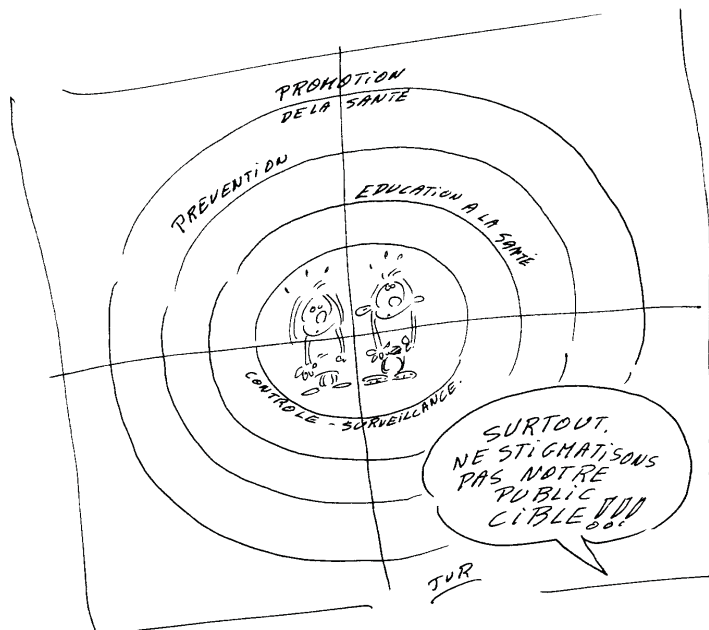
Elle se situe dans une approche visant la santé globale, c'est-à-dire dans une approche également sociétale, dont une des priorités est de défendre des positions de respect des droits de la personne (droits de l'homme) en matière de santé, sociale, économique ; droit du pauvre à revendiquer autre chose que l'accès aux soins qui ne sont qu'un des aspects de la santé, mais également droit à un habitat décent, droit au revenu.

Dans l'hypothèse inverse, la promotion de la santé peut n'être qu'un beau pansement occlusif sur une plaie sociale purulente et agir ainsi est d'une lourde responsabilité.

Face à des appels de plus en plus urgents d'une société en difficulté, aussi bien sur des facteurs de risque santé que sur des facteurs sociétaux comme la violence, la pauvreté et les assuétudes, le secteur promotion de la santé est ainsi confronté à des questions éthiques fondamentales. Que soutient-on quand on fait de la promotion de la santé ? Qui soutient-on ?

Cette discussion ne doit pas faire oublier que ce secteur est financièrement un parent pauvre de la santé. Parce qu'il est peu perceptible, peu identifiable ? Parce qu'il lui est difficile de prouver son efficacité ? Ou simplement parce que ce qu'il dit n'intéresse personne ?

Ainsi, après les réglementations, la professionnalisation du secteur, ses compétences et la rigueur dans son travail, c'est aussi du côté du financement qu'il faudra travailler pour assurer la continuité.



# LES CONFÉRENCES LOCALES POUR DES POLITIQUES DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN HAINAUT OCCIDENTAL : UN PREMIER BILAN ET DES PISTES DE CONTINUATION

René DEJONCKHEERE<sup>1</sup> et l'équipe du CLPS-Ho

Dans le cadre des politiques de Promotion de la Santé impulsées par la Communauté française, les Centres Locaux de Promotion de la Santé (CLPS) sont largement impliqués dans la mise en place des Conférences Locales pour des Politiques de Promotion de la Santé. Cette appellation, peut-être un peu revêche, recouvre en réalité une multitude d'expériences, d'actions et de projets en matière de santé au sens large.

Le Centre Local de Promotion de la Santé du Hainaut occidental (CLPS-Ho) vient quant à lui de clôturer le cycle des Conférences Locales qu'il avait programmé en 2003. Il en tire un premier bilan ainsi que quelques pistes de continuation.

## Rappel du contexte et des objectifs des Conférences Locales

Neuf Centres Locaux de Promotion de la Santé sont à ce jour actifs en Communauté française ; ces asbl, à côté d'autres institutions, participent au dispositif mis en place depuis 1997 par la Communauté française en matière de promotion de la santé.

Depuis de longs mois, et suivant divers degrés d'avancement, les CLPS se sont aussi engagés dans la mise en place de *Conférences Locales pour des Politiques de Promotion de la Santé*, en continuation d'un processus initié dès 2001 déjà par la ministre Nicole

Maréchal. À l'échelle de la Communauté française, ces Conférences entendent poursuivre plusieurs objectifs, dont la diffusion du concept de *Promotion de la Santé*, le soutien à des *projets locaux intersectoriels*, l'instauration de *dynamiques participatives* ou encore la *réduction des inégalités sociales*. La santé, au travers de ces Conférences, est donc considérée comme essentiellement déterminée par les conditions sociales et les milieux de vie des individus, avec entre autres l'éducation, les réalités de logement ou de travail, l'alimentation, l'épanouissement social et culturel, le milieu physique...

Notons que le processus global des Conférences Locales a fait l'objet, à

## Mots clés

- promotion de la santé en Communauté française
- agir sur les déterminants de la santé
- Centres Locaux de la Promotion de la Santé
- conférences locales pour des politiques de promotion de la santé
- premier bilan

1. Assistant social.

l'échelle de la Communauté française, d'un dispositif institutionnel spécifique composé notamment d'un "Comité de Pilotage communautaire" (avec l'asbl SACOPAR, l'administration, le cabinet du ministère de la Santé, les services communautaires de la Promotion de la Santé, des experts et des représentants des CLPS).

Dans ce contexte général, le Centre Local de Promotion de la Santé du Hainaut occidental (CLPS-Ho) a organisé durant l'année 2003 trois Conférences Locales. Cette organisation fut par ailleurs largement soutenue à l'interne via un *Comité de Pilotage Local*, composé des partenaires du CLPS-Ho, et qui avait été mis en place à cette occasion. Ajustés aux spécificités locales, les objectifs du CLPS-Ho furent au nombre de quatre.

Il s'agissait d'abord de faire se rencontrer des usagers et des professionnels concernés plus ou moins directement par la santé. Ainsi, lors de certains ateliers programmés, on a vu dialoguer ensemble les représentants de toutes les mutuelles présentes en Hainaut occidental sur des sujets parfois inconfortables, comme par exemple l'accessibilité des services et l'adéquation de l'offre par rapport aux demandes des usagers. Ailleurs, ce furent des membres d'un Conseil consultatif du 3<sup>ème</sup> âge, des aides-familiales et des scientifiques qui s'interrogèrent sur les capacités locales à rencontrer le phénomène du vieillissement de la population.

Un second objectif a consisté à visibiliser des expériences locales, quelquefois fort éloignées les unes des autres : projets d'alimentation à l'école ou de promotion de la santé à l'initiative d'une administration communale, lutte des riverains devant un incinérateur, promotion du droit au logement dans des quartiers populaires, groupe d'entraide

des insuffisants rénaux...

Quant au 3<sup>ème</sup> objectif, il a visé à impulser des projets intersectoriels. Il s'agissait, à titre d'exemple, d'un état des lieux partagé sur un territoire communal, ou encore d'un projet de réduction des risques à destination des jeunes usagers des "mégadancings", nombreux dans le Hainaut occidental, et mettant en négociation des travailleurs de terrain, les pouvoirs locaux et le parquet.

Un 4<sup>ème</sup> objectif a traversé l'ensemble de la programmation, en tentant de dégager une série de constats et de propositions à l'égard des décideurs, spécialement dans le cadre de la lutte contre les inégalités devant le bien-être. Ces constats et propositions ont par ailleurs fait l'objet, fin 2003, d'une demi-journée de synthèse aux Conférences Locales en Hainaut occidental, qui a réuni les participants ainsi que plusieurs responsables des administrations et des différents niveaux de pouvoir politique.

D'un point de vue plus quantitatif, les Conférences Locales organisées par le CLPS-Ho en 2003 ont affiché 317 "entrées" recouvrant 190 personnes et 95 institutions différentes.

## **Synthèse des constats et des enjeux en matière de Promotion de la Santé en Hainaut occidental**

Les débats organisés dans le cadre des Conférences Locales pour des Politiques de Promotion de la Santé en Hainaut occidental ont donné lieu à un grand nombre de réflexions et de constats. Ceux-ci, dans une perspective d'ensemble, ont été regroupés autour de 3 axes.

**a) Analyse des besoins locaux et état des lieux, travail en partenariat**

L'analyse des besoins, une étape incontournable en Promotion de la Santé, pâtit d'une certaine difficulté de communication entre les scientifiques et les travailleurs de terrain. Ces derniers évoquent l'insuffisance des données spécifiques à leurs territoires, tandis que les scientifiques constatent une sous-utilisation des données existantes. Certes, si le débat concernant l'accessibilité à des données "micro-locales" demeure ouvert - est-ce pertinent, faisable, utile? -, il souligne le besoin d'installer des passerelles entre les épidémiologistes et les travailleurs de terrain, et ce dans la perspective d'un meilleur accompagnement de la diffusion des données socio-épidémiologiques.

L'analyse des besoins, en outre, suppose davantage de compatibilité entre les données "quantitatives" et celles plutôt "qualitatives" provenant de l'expérience sur le terrain. À cet égard, les travailleurs de terrain plaident, de par leurs contacts directs avec la population, pour une meilleure prise en compte de leur vécu. Celui-ci, en effet, peut constituer une source appréciable d'informations lors d'un diagnostic communautaire. Ce partage des données et des informations doit toutefois s'établir de manière rigoureuse autant que cohérente.

Les participants aux Conférences Locales ont également plaidé pour une installation précoce du travail en partenariat, dès la phase de l'analyse des besoins et de l'état des lieux. Cette installation, cependant, suppose diverses conditions dont une définition précise des rôles et responsabilités de chacune des parties engagées, la recherche d'une qualité relationnelle et communicationnelle, l'assurance de soutiens institutionnels et budgétaires, la mise en place progressive de "chartes

de bonnes pratiques", etc.

**b) Accessibilité des services, lutte contre les inégalités devant la santé**

Massivement, les participants aux Conférences Locales se sont accordés sur le fait que les usagers, en particulier les plus démunis, ainsi que les professionnels de terrain, méconnaissent souvent les services existants. D'une façon générale, les ressources locales devraient faire l'objet de davantage de diffusion et de coordination, de manière à orienter plus adéquatement les populations.

Viser à davantage d'accessibilité des services conduit également à divers réaménagements de l'offre en matière de santé. Ces réaménagements supposent une interrogation des professionnels quant à leurs habitudes de travail ; ces réaménagements engagent par ailleurs à une large réflexion concernant différents freins (budgétaires, administratifs, organisationnels, etc.) aux changements.

Les inégalités devant la santé se repèrent à différents niveaux : géographique, culturel, financier, social, etc. Elles peuvent aussi s'observer dans le "traitement" des demandes émanant des populations précarisées, lorsque les professionnels sont parfois amenés à opérer des "filtrages" liés à leur propre position dans l'appareil socio-sanitaire. Ce sont là autant d'éléments qui sont de nature à suggérer aux professionnels de clarifier leurs propres valeurs et représentations concernant des notions telles que "pauvreté" et "précarité".

D'une façon générale, les débats à propos de l'accessibilité des services et de la lutte contre les inégalités en matière de santé ont été traversés d'interpellations plus idéologiques ou philosophiques. Ces interpellations renvoient à des opinions encore controversées à propos de l'autonomie,

de la liberté et du choix des usagers, ainsi que de la responsabilité des personnes, des professionnels et des dispositifs concernés.

### c) Demandes et participation des usagers

La prise en compte des demandes et de la participation des usagers souligne la nécessité d'améliorer la communication entre les professionnels et les non-professionnels. Cette prise en compte nécessite encore la concertation entre les différents services ayant en charge l'accompagnement d'une même personne ou d'une même famille.

Un indicateur de cette prise en compte peut être constitué des groupes d'entraide - réunis par exemple autour des maladies chroniques ou de certains cancers - qui réclament des informations précises et l'amélioration des droits des patients. Ces groupes souhaitent par ailleurs que soit encouragé le partage des connaissances et du pouvoir entre les professionnels et les usagers, et qu'ils adaptent entre eux un langage commun.

Sur le plan de la méthode, quelques propositions ont été exprimées ; elles touchent en l'analyse de l'adéquation entre la demande, les besoins et l'offre, le renforcement des ressources professionnelles et l'écoute attentive des préoccupations de la population afin de les relayer vers les lieux de décisions adéquats.

Plus globalement, la participation des usagers appelle à différentes conditions préalables. Ces conditions sont notamment l'accès à l'information pour l'utilisateur et le renforcement de sa capacité à se l'approprier. Il s'agirait aussi de reconnaître les associations d'utilisateurs en tant qu'interlocuteurs légitimes. Une autre condition serait la possibilité de recourir aux experts adéquats, même si parfois les échanges

ne sont pas toujours aisés entre populations, milieux scientifiques et autorités. D'autres conditions touchent encore au respect des législations déjà en vigueur, en la décentralisation et en la visibilité des services concernés, et en la mise en place, assortie de garanties, de comités d'accompagnement ou de suivi des actions.

Ces constats, tels qu'ils ont été soulevés par les participants des Conférences Locales en Hainaut occidental, renvoient à un enjeu fondamental qui est celui de la *mise en évidence permanente des liens entre la santé et les conditions de vie des populations*. Ces liens impliquent à leur tour des politiques décloisonnées, intersectorielles et participatives, en particulier à destination des populations parmi les plus vulnérables. Ces politiques, par ailleurs, doivent se concerter autour de questions liées aux déterminants de la santé, c'est-à-dire entre autres à l'action sociale, au développement local par exemple en termes d'aménagement du territoire, à l'éducation, au logement, à la mobilité, au milieu physique, etc. Cette mise en évidence des liens entre la santé et les conditions de vie touche également, en préalable, au "bon usage" de l'information, en particulier lorsque cet usage peut contribuer à une meilleure connaissance des besoins, des demandes et des offres, et par conséquent à davantage d'adéquation entre ces 3 volets. Quant à la nécessité de politiques intersectorielles, elle suggère un travail législatif et institutionnel adéquat ainsi qu'un renforcement des soutiens aux actions, en incluant le financement des phases préparatoires aux projets. Ces derniers, enfin, doivent s'inscrire dans des processus de programmation, de planification et d'évaluation. C'est, au fond, reconnaître qu'il faut du temps...



## Évaluation des Conférences Locales en Hainaut occidental au travers de 3 éclairages

Les quelques éléments d'évaluation ici proposés se rapportent à 3 éclairages.

Un premier éclairage est constitué d'une évaluation interne qu'effectuent actuellement le CLPS-Ho et le "Comité de Pilotage Local" mis en place dans le cadre de la programmation des Conférences Locales.

Un second éclairage provient d'une évaluation externe commanditée par la Communauté française pour l'ensemble des CLPS engagés dans le processus des Conférences Locales. Cette évaluation externe a été confiée au cabinet d'audit CIRESE (France).

Un troisième éclairage est issu d'un premier travail de continuation pour le Hainaut occidental ; il mesure l'opérationnalité ou la concrétisation des pistes exprimées lors des Conférences Locales.

### a) Évaluation interne

Cette évaluation interne s'appuie sur de nombreux indicateurs. Sont ici repris, sur l'ensemble des Conférences Locales organisées par le CLPS-Ho, le volume de la participation et le contenu des débats.

#### Volume de la participation

Ce sont 95 institutions différentes qui ont été représentées tout au long du processus des Conférences Locales organisées par le CLPS-Ho. Parmi les institutions les plus représentées figurent celles actives en matière d'aide à domicile, de santé parascolaire (PSE), de lutte contre l'exclusion sociale (CPAS, centres d'alphabétisation) et d'éducation permanente. Viennent ensuite les établissements

scolaires, les mutualités, les services d'aide à la jeunesse, les services curatifs (maisons médicales et hôpitaux), les pouvoirs locaux, les services liés à la petite enfance et les associations de prévention des assuétudes. Quelques associations furent moins représentées, notamment les plannings familiaux, les groupes d'entraide et les collectifs de protection de l'environnement ou de droit au logement.

De manière générale, ces institutions proviennent essentiellement des zones urbaines.

Toujours de manière générale, il semble bien que la participation plus ou moins forte des institutions varie suivant 4 facteurs.

Un 1<sup>er</sup> facteur toucherait à la structure même des institutions, en disposant par exemple de suffisamment de personnel et de ressources pour s'inscrire dans un processus au long court.

Un 2<sup>ème</sup> facteur serait constitué de la motivation individuelle ou de l'intérêt personnel affirmé dans le domaine de la promotion de la santé (et par conséquent de la reconnaissance par l'entreprise d'une motivation personnelle dans le domaine de la Promotion de la Santé).

Un 3<sup>ème</sup> facteur trouverait son origine dans les différentes formes d'adhésion ou de proximité que la plupart des institutions entretiennent avec le CLPS-Ho : parmi les institutions les plus représentées lors des Conférences Locales figurent celles liées au CLPS-Ho, notamment via des aspects institutionnels (membres du conseil d'administration ou de l'assemblée générale) et opérationnels (habitudes de travailler ensemble sur des actions spécifiques).

Un 4<sup>ème</sup> facteur, repérable par exemple auprès de la participation significative

des organismes de santé parascolaire ou des pouvoirs locaux, serait issu d'impulsions ou d'initiatives ministérielles antérieures (récent décret organisant la Promotion de la Santé à l'École ou mise en place du "Réseau des Mandataires locaux pour la Promotion de la Santé").

On note enfin que le rapport entre "associatif" et "public" s'établit respectivement à 2/3 et 1/3.

#### Contenu des débats

Pour faciliter une vue d'ensemble, les contenus ont été analysés suivant 3 niveaux, celui des demandes ou des propositions précises, celui des souhaits explicites et celui des intérêts pour un thème ou l'autre.

*Les propositions précises* sont demeurées peu nombreuses. Elles s'inscrivent dans le cadre de la mise en place d'un nouveau service de type "passerelle", à l'issue des réflexions à propos de l'analyse de l'adéquation entre les demandes, les besoins et les offres. Les propositions visent à l'allègement des lourdeurs administratives et à la clarification des critères d'agrément des organisations.

*Les souhaits* s'inscrivent massivement dans l'augmentation des ressources et dans une recherche de reconnaissance, en particulier des réalités de terrain. Les souhaits concernent également les pratiques professionnelles, avec davantage de partages d'expériences, de communications et de partenariats. Ils pointent encore la nécessité d'une formation spécifique en matière de Promotion de la Santé et un soutien méthodologique renforcé à l'utilisation des données socio-épidémiologiques.

Quant aux *intérêts*, ils s'observent globalement auprès de l'accessibilité aux informations socio-sanitaires et à

l'accompagnement pour utiliser ces données dans le cadre de projets concrets.

#### b) Évaluation externe

Jusqu'à maintenant, le cabinet d'audit CIRESE n'a pas encore remis de document finalisé concernant l'évaluation externe. Rappelons qu'il s'agit d'une évaluation transversale à l'ensemble des CLPS engagés dans le processus des Conférences Locales. Toutefois, et à la lumière de quelques réunions, il semble que différents éléments puissent être avancés.

En première analyse, les Centres Locaux de Promotion de la Santé de la Communauté française semblent partager quelques repères fondamentaux, dont ceux liés aux concepts de "promotion de la santé" et d'"approche communautaire". Ces CLPS semblent tous s'être inscrits dans un processus de coproduction, notamment avec les organismes composant le dispositif institutionnel qui avait été installé par la Communauté française. Les CLPS, enfin, se caractérisent pour l'approche identique dont ils ont fait preuve : analogies dans les objectifs poursuivis, les critères de qualité retenus dont la participation et le déroulement opérationnel.

Cependant, et en seconde analyse, il semble bien que la finalité des Conférences Locales demeure ambiguë ; ainsi, s'agissait-il de "relancer" par là les CLPS ou s'agissait-il de les engager dans une action complémentaire à leurs tâches habituelles ? Des CLPS, par ailleurs, ont trouvé dans les Conférences Locales une opportunité pour dynamiser le lien qu'ils entretenaient déjà avec des usagers ou des associations.

Ensuite, en y regardant de plus près, CIRESE s'interroge sur l'effectivité de l'adhésion des CLPS à des concepts

tels que "promotion de la santé", "approche communautaire" et "participation des populations". Il demeure que ces concepts paraissent encore bien controversés ou à tout le moins soulèvent d'innombrables interrogations.

CIRESE souligne également l'empilement d'appuis méthodologiques qui semble découler du dispositif communautaire mis en place dans le cadre des Conférences Locales, et ce au détriment, sans doute, de soutiens plus en adéquation avec un objectif de participation des populations. D'une certaine façon, il se pose ainsi la question de l'harmonisation des modèles à l'oeuvre dans le champ de la santé, entre Santé publique et Promotion de la Santé, entre édicition de normes et approche communautaire, etc.

Cette évaluation externe, enfin, souligne la nécessité d'un processus de "ralliement", de mise en commun de ce qui est vécu de manière particulière sur chacun des territoires des CLPS.

Cela étant, le processus des Conférences Locales a permis d'éclairer quelques points forts à l'actif des CLPS ; il s'agit d'un réel savoir-faire en matière de communication interne, de partage des expériences et de positionnement, par exemple devant la complexité institutionnelle et le contexte politique local. Et des points qui mériteraient d'être développés, tels que la définition d'un contenu et de méthodes à l'installation de partenariats, ainsi les ouvertures, entre autres institutionnelles, à édifier dans la perspective d'interventions sociales.

### c) Un premier travail de continuation

Le CLPS-Ho, à l'issue des Conférences Locales qu'il avait organisées, a entamé un cycle de rencontres avec un échantillon des participants aux

Conférences. Ces rencontres avaient pour objectifs, d'une part de préciser davantage les propositions et les souhaits émis lors des Conférences, et d'autre part d'initier une réflexion sur la faisabilité de ces propositions et souhaits.

De ces rencontres, quatre préoccupations sont apparues plus nettement :

- Renforcer la reconnaissance des populations, d'un langage commun entre usagers et professionnels de la santé, de l'expertise de terrain ;

- Renforcer les connaissances sur les effets du milieu auprès des populations, sur les concepts fondamentaux en Promotion de la Santé, sur les informations provenant des vécus de terrain et les données socio-épidémiologiques ;

- Approfondir la réflexion auprès des usagers et des professionnels sur leurs croyances, valeurs et représentations respectives, sur les publics défavorisés et la nécessité d'un repositionnement devant les inégalités sociales ;

- Mobiliser davantage de ressources et de moyens en vue de la formation des professionnels, d'un inventaire des offres de santé disponibles en matière de Promotion de la Santé, d'un outil d'analyse et d'interprétation des informations socio-sanitaires existantes, de la formulation de recommandations en matière de santé à l'échelle du Hainaut occidental.

Quelques-unes de ces préoccupations, qu'on pourrait qualifier de "transversales" ou "génériques" et non pas "sectorielles" ou "thématiques", soulèvent par ailleurs des interrogations qui font écho à celles posées au travers de l'évaluation externe ; il s'agit par exemple de l'adhésion à des concepts fondamentaux, tels que la

"Promotion de la Santé", ou encore de la nécessité des contenus et des méthodes à l'intervention sociale ainsi que de la mise en commun des vécus sur chacun des territoires particuliers.

Parmi ces thèmes, le CLPS-Ho s'attache actuellement à la mise en place de modules de formation, à destination des professionnels de terrain, et qui aura trait à l'utilisation et à l'interprétation des informations et des données socio-sanitaires. À terme, le CLPS-Ho envisage également l'installation d'un groupe de travail sur la question d'un repositionnement devant les inégalités sociales en matière de santé. Ce repositionnement impliquerait de manière précoce un partenariat à négocier avec divers acteurs institutionnels ayant l'habitude d'une pratique de participation des usagers, dont, entre autres, les organismes d'éducation permanente. Ce repositionnement s'appuierait sur une vision large des déterminants de la précarité (culturelle, politique, socio-économique, etc.) et de leurs effets en matière de santé, d'éducation, de reproduction de la pauvreté... et s'inscrirait dans une perspective de développement local.

### **Premières conclusions et ouvertures**

Les premières conclusions, à l'issue des Conférences Locales en Hainaut occidental, semblent indiquer que le CLPS-Ho a atteint une partie des objectifs qu'il s'était fixés. Il en serait ainsi pour la rencontre d'usagers et de professionnels concernés de près ou de loin par la santé ainsi que pour la visibilité d'expériences locales. En revanche, les objectifs touchant à l'impulsion de projets intersectoriels et à la formulation de propositions à destination des décideurs paraissent devoir encore être poursuivis.

Cette insatisfaction, cependant,

pourrait être nuancée par la mise en place prochaine d'ouvertures, en termes de réalisations concrètes. Celles-ci semblent correspondre à certaines des priorités exprimées par les participants aux Conférences Locales. Ces chantiers concernent le soutien à l'analyse et à l'interprétation des données socio-sanitaires ; un tel soutien répond d'ailleurs implicitement au vœu de reconnaissance des expertises de terrain. Ces chantiers touchent également à la volonté d'un positionnement devant les interventions sociales et ils supposent l'approfondissement d'ouvertures institutionnelles, par exemple auprès des organismes de l'Éducation permanente.

Ces premières conclusions, par ailleurs, rendent un double écho. Elles renvoient d'abord aux acquis du travail quotidien et local que le CLPS-Ho effectue depuis 1998, avec ses groupes de travail, ses soutiens méthodologiques qu'il apporte aux institutions qui le demandent, ses évaluations de projets, ses partenariats, etc. Sans ces acquis, les Conférences Locales auraient été impossibles. D'un autre côté, ces premières conclusions ne sont pas étrangères à l'évaluation externe réalisée par le CIRESE, mais cette fois sur un mode plus transversal et plus prospectif à l'échelle de la Communauté française. Ainsi les Conférences Locales, telles qu'elles se sont posées en Hainaut occidental, ont été aussi le lieu des interrogations ou des controverses, notamment à propos de concepts de base comme la "promotion de la santé" ou la "participation des populations" ; elles ont encore souligné la nécessité d'un débat sans tabous sur des modèles à l'oeuvre dans le champ de la santé, entre par exemple "santé publique" et "approche communautaire"; elles ont enfin pointé le besoin d'établir le ralliement des multiples expériences de terrain vers l'élaboration progressive de recommandations à

l'échelle de territoires plus vastes.

Ces conclusions sembleraient bien incomplètes si nous n'examinions pas brièvement un dernier aspect. En réalité, l'ensemble du propos que nous venons de tenir fait "comme si" le champ de la santé s'exerçait en vase clos et qu'il lançait en totale autonomie l'initiative des Conférences Locales. Or en toute logique, et dès lors que la Promotion de la Santé tient pour acquises diverses déterminations socio-économiques et environnementales, il ne serait pas inconvenant de "lire" les Conférences Locales à la lumière des initiatives qui sont là poursuivies. "Plan de réinsertion", "Intégration des chômeurs de longue durée", "Plan de réinsertion des élèves en décrochage scolaire", "Plan de prévention des risques", etc. Sous leur apparente diversité, ces initiatives nouvellement apparues sur le marché du traitement social semblent pourtant poursuivre des logiques communes ; citons par exemple l'individualisation du projet, la recherche d'objectifs d'autonomie pour les usagers et des schémas de contractualisation du soutien impliquant que l'utilisateur soit associé à la production du service. D'un point de vue institutionnel, ces initiatives débouchent sur des mécanismes de territorialisation locale, de mise en réseau et de partenariat des travailleurs sociaux. Du point de vue de l'organisation, ces initiatives recouvrent dans la plupart des cas de nouveaux critères d'éligibilité, et donc de financement, des actions : on s'engage dans des logiques de projet, dans des évaluations par les résultats, dans des partenariats et dans la recherche de qualité du service. Ces initiatives, globalement, illustrent les mutations en cours aujourd'hui, auprès des usagers, auprès des professionnels et auprès des pouvoirs publics. Ces derniers, à titre d'illustration, édictent aujourd'hui moins des contenus - aux spécificités

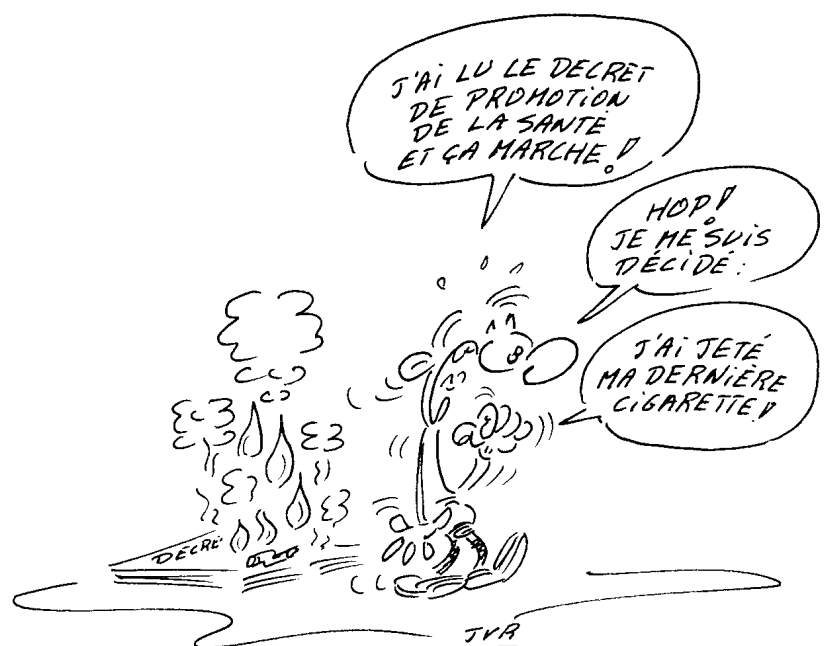
micro-locales à définir ! - que des procédures à suivre.

Ces initiatives, y compris les Conférences Locales, reposent sur un fort socle idéologique, d'ailleurs relativement bien partagé par l'ensemble du personnel politique, à droite comme à gauche. Et l'expérience des Conférences Locales, fort opportunément, procure un certain avertissement aux limites doctrinales, ou à ses ajustements indispensables.

Peut-être pourrions-nous faire nôtres les propos de R. Aron :

"Les idéologies politiques mêlent toujours, avec plus ou moins de bonheur, des propositions de fait et des jugements de valeur. Elles expriment une perspective sur le monde et une volonté tournée vers l'avenir... La philosophie dernière et la hiérarchie des préférences appellent le dialogue plutôt que la preuve ou la réfutation : l'analyse des faits actuels ou l'anticipation des faits à venir se transforme avec le déroulement de l'histoire et la connaissance que nous en prenons. L'expérience corrige progressivement les constructions doctrinales..."<sup>12</sup>

2. R. Aron in " L'Opium des intellectuels".



# PROMOTION DE LA SANTÉ : TACTIQUES EN TOC OU TACT ÉTHIQUE?

RÉFLEXIONS ET DIGRESSIONS AUTOUR DE «ETHIQUE ET SANTÉ PUBLIQUE...», UNE PUBLICATION DE RAYMOND MASSÉ, ANTHROPOLOGUE DE LA SANTÉ<sup>1</sup>

Emmanuelle CASPERS<sup>2</sup>

Cet article n'a pas la prétention de proposer une lecture exhaustive de l'ouvrage de Raymond Massé. Il suggère plutôt une mise en évidence critique et probablement subjective de certaines réflexions élaborées par l'anthropologue de la santé car celles-ci apparaissent comme autant d'échos fulgurants et structurants à nos modestes interrogations d'acteurs de promotion de la santé dans le domaine particulier et emblématique des usages de psychotropes.

## Mots clés

- éthique
- sens de la prévention
- valeurs implicites
- analyse des pratiques de promotion de la santé
- santé publique et libertés individuelles

1. Massé R., "Éthique et santé publique, enjeux, valeurs et normativité", coll. Sociétés, Cultures et Santé, Les Presses de l'Université de Laval, Québec, 2003.

2. Philologue, formatrice à Prospective Jeunesse.

## Prologue

Avec toutes les précautions nécessaires à un ouvrage dont le titre inclut le mot "éthique", R. Massé se donne pour objectif d'"outiller les intervenants et les décideurs afin qu'ils puissent assumer une responsabilité désormais incontournable : celle d'une justification structurée des finalités et des moyens sous-jacents aux interventions de santé publique". A cet effet, l'anthropologue propose une démarche en deux temps : il définit premièrement des outils méthodologiques et conceptuels pour fonder une éthique en santé publique, pour, dans un second temps, pointer et analyser une série d'enjeux éthiques préoccupants. Leur identification résulte d'entretiens avec de nombreux professionnels du secteur de la santé publique et de secteurs d'activités connexes, le champ social par exemple.

Loin de prétendre à l'élaboration d'une

"bible" de l'éthique en santé publique, R. Massé passe notamment en revue une série de "principes-phares" et leur application dans le champ de la santé, voire les dilemmes et les paradoxes que ces principes soulèvent auprès des acteurs. D'autre part, il classe les enjeux éthiques exprimés par les professionnels interviewés en neuf grandes catégories concernant tant le **rapport au public** ciblé par les interventions de santé publique, les **limites de l'épidémiologie** que la **position du professionnel** de santé publique.

La lecture croisée de l'ouvrage de Massé et de nos pratiques et réflexions d'acteurs dans le champ des consommations et autres "assuétudes" s'attarde plus particulièrement sur trois des neuf grands domaines d'enjeux retenus par l'anthropologue mais ne manque pas de suggérer des liens avec d'autres questionnements préoccupants.

Les trois domaines abordés de front et

dans le désordre sont dès lors : (1) la culpabilisation de la victime, la persuasion et la coercition accompagnant certaines interventions de promotion et de protection de la santé, (2) l'action en situation d'incertitude épidémiologique, (3) l'insensibilité des programmes à la réalité multiculturelle et aux différentes formes de rationalité. Nos pratiques et expériences interrogent également la normativité qui peut caractériser les interventions de prévention et de promotion de la santé.

### Où les questions d'éthique se voient décuplées par la nécessité d'agir en amont, "pendant" et en aval

Raymond Massé (entre autres théoriciens de la santé) reconnaît quatre fonctions principales à la santé publique, auxquelles il adjoint des fonctions dites "de soutien". Ces quatre grandes fonctions sont : la **protection**, la **prévention**, la **promotion** et la **surveillance** de la santé. Les fonctions de soutien recouvrent tant des activités législatives, scientifiques, que de formation ou d'organisation. A chacune des fonctions correspondent des questions ou préoccupations éthiques spécifiques.

Aujourd'hui, la santé publique ou la "matière-santé" telle qu'elle est organisée dans notre petit pays se distribue à différents niveaux institutionnels, politiques et organisationnels... ce qui ne simplifie en rien la complémentarité nécessaire, voire la cohérence entre les fonctions reprises ci-dessus.<sup>3</sup> Si la santé publique dans ses fonctions de protection et de surveillance relève en grande partie du niveau fédéral, la promotion de la santé appartient davantage aux communautés, avec des nuances dans

l'appréciation des priorités, mais également dans les stratégies ou méthodes d'intervention privilégiées...

Pour ne pas rentrer dans des discours explicatifs longs et fastidieux sur la réalité institutionnelle complexe de la Belgique, nous prendrons plutôt le micro point de départ des activités de prévention et de promotion de la santé telles que nous les déployons à Prospective Jeunesse, asbl subsidiée dans le champ des "toxicomanies" par la Communauté française de Belgique et la Région bruxelloise, c'est là que déjà la complexité pousse une petite corne...

Notre asbl se situe tant dans le champ de la prévention que de la promotion de la santé, dernier domaine dans lequel elle inscrit la réduction des risques liés aux usages de psychotropes. Elle flirte également avec la "surveillance" à travers son implication dans Eurotox, grossièrement décrit, structure et outil d'observation des usages de psychotropes (produits, nouvelles tendances, axes épidémiologique et analytique).

De ces objectifs et de cette approche éminemment et pertinemment complexes, sous-entendant une conception globale de la santé et des consommations, naissent des questionnements éthiques fondamentaux. Comme on l'aura compris, ceux-ci se déploient à tous les étages des axes d'intervention de Prospective Jeunesse qui sont tant l'information, la sensibilisation et la formation des relais œuvrant auprès des jeunes, que l'accompagnement individuel ou collectif (famille, institution, groupe), la communication et plus loin, le lobbying politique (ou advocacy).

Partons dès lors du concept de "prévention", la première question qui devrait venir à l'esprit du professionnel, et dont la réponse aura des retombées sur l'orientation éthique de

3. L'articulation entre promotion de la santé et santé publique se fait sans doute de manière moins évidente en Belgique qu'au Canada. La promotion de la santé a d'ailleurs tendance à être isolée (préoccupations, méthodologies, subsidiation spécifiques) et insuffisamment intégrée dans une logique cohérente de santé publique. Certains acteurs (belges) vont même jusqu'à opposer promotion de la santé et santé publique (sur le plan des enjeux et des stratégies, par exemple).

l'intervention, est la suivante : que prévient-on et de quoi prévient-on ? Dans le domaine des consommations de psychotropes, au nom de quoi prévient-on ?

Même si elle est déterminante, passons sur la lente évolution du concept, de "prévention contre", à "prévention pour", passons également sur les oscillations du terme, entre domaine judiciaire et sanitaire... pour demeurer dans l'actualité du concept dans le champ des usages de psychotropes.

La question aujourd'hui reçoit différentes réponses, sous-tendant à chaque fois une position éthique spécifique, soutenable ou non, selon qu'elle se confond ou non avec la moralisation ou une certaine normativité.

Ainsi, on peut imaginer que certains répondront : (il faut) **prévenir les consommations ou usages de psychotropes**. Cela est-il réaliste quand on sait combien ceux-ci sont millénaires, inscrits (avec des nuances dans la maîtrise et l'intégration) dans les comportements humains - et pensons à l'alcool et au tabac, pas uniquement aux substances illicites - , ont leur fonction propre,... Ensuite, dès lors que l'on veut prévenir "contre", cela ne s'accompagne-t-il pas d'une moralisation tout aussi nuisible pour la santé que les consommations elles-mêmes, voire d'une interdiction stigmatisant les consommateurs, les reléguant éventuellement au ban de la société ? Enfin, cela est-il faisable ou soutenable sans une répression morale ou même judiciaire contre toute attente en termes de totalitarisme et finalement de non-auto-détermination... ?

D'autres nuanceront en parlant de **prévenir les risques liés aux usages**. Une réponse qui semble un rien plus soutenable dès lors qu'elle ne pointe pas

directement les consommations et, en conséquence, les consommateurs. Néanmoins, on aura vite fait le raccourci, le consommateur = celui qui prend des risques = irresponsable = nuisance = ... et retour à la case départ... Sans parler du principe de "mérite" rappelé par Massé et qui voudrait que la santé publique ne se préoccupe que des plus méritants, donc pas de ceux qui prennent, parfois sciemment, des risques pour leur santé, encore un support de discrimination éthiquement discutable. D'autre part, imagine-t-on une société sans risque ? Si des risques sont certainement à éviter, il en est qui sont certes formatifs et nécessaires au développement des individus. Puis, une société sans risque ne rappelle-t-elle pas de vieux rêves totalitaires ? Pas très éthiques eux non plus.

A cette question fondamentale, Prospective Jeunesse ainsi que d'autres acteurs de santé en Communauté française et ailleurs répondent par la **réduction des risques** (risques sanitaires, mais aussi sociaux), précédée d'une démarche préventive acceptable en amont des consommations, si du moins cet amont existe bien... En effet, est-il encore pertinent de parler de prévention (primaire) quand on sait que les usages et certains usages problématiques apparaissent de plus en plus tôt... ?

La RdR est une approche pragmatique et réaliste qui se veut à la fois respectueuse du choix des consommateurs et non banalisante quant aux risques liés aux usages de psychotropes. C'est une réponse, et sans doute pas l'unique réponse, que nous avons estimée acceptable (et efficace) sur le plan éthique :

- contrairement à ce que pensent d'aucuns, elle respecte ce contrat tacite entre Etat et population, quant à la préservation de la santé publique par



ce premier : les usagers reçoivent une information objective et appropriée (selon l'âge, le type et les habitudes de consommation) s'ils le souhaitent, ils peuvent bénéficier d'un accompagnement,...

- le libre choix et l'auto-détermination de la personne sont respectés.

- le consommateur est approché comme une personne responsable, a priori capable d'assumer et de contrôler ses choix. Plus loin, pour la construction des stratégies de promotion de la santé, il peut être un relais auprès de ses pairs et donc partie prenante dans la démarche.

La question et la démarche de RdR traversent de la sorte l'ensemble des axes d'intervention de Prospective Jeunesse. Tant dans nos fonctions de prévention que de promotion de la santé, ou, dans une certaine mesure, de surveillance, les mêmes indicateurs surgissent comme autant de balises éthiques :

- le choix de l'individu est-il respecté, en conciliation avec le respect du bien-être de la communauté et de ses règlements, pour autant qu'ils ne soient pas abusifs ?

- quelle vision ou image du consommateur est portée par nos actions de formation, d'information, ou d'accompagnement ? Est-il un irresponsable, une personne a-morale, un trompe-la-mort indigne de respect ou un citoyen à part entière qui a droit à la parole et au respect, qui plus est dans le champ de la RdR et de la santé publique ?

- quand nous informons les relais (éducateurs, enseignants, parents,...), les consommateurs ou non-consommateurs, quelles représentations véhiculons-nous des risques, sommes-

nous attentifs à l'équilibre à trouver entre banalisation, suscitant l'indifférence, et dramatisation, suscitant la peur et la culpabilisation... ?

Comme annonçait ce premier point, la complexité même du processus de consommation et de l'organisation de l'intervention (prévention, promotion de la santé, RdR) s'y rapportant, semble rappeler et démultiplier à l'envi les questions éthiques des acteurs... mais comme le précise R. Massé, et comme nous le rappellerons encore, cela ne peut nous empêcher d'avancer et... d'agir.

### **La question des usages de psychotropes, entre raison d'état et raisons individuelles...**

C'est ici que nous nous penchons sur la tension permanente, et sans doute nécessaire, entre bien-être du plus grand nombre et bien-être de l'individu. Existe-il un espace acceptable où faire co-exister raison d'Etat ou raison communautaire et raison individuelle ? Nous voulons le croire...

Prenons le cas d'une épidémie contagieuse, pour le bien-être du plus grand nombre, l'Etat met en place des mesures de protection et de surveillance afin de contenir la propagation. Ces mesures se justifient jusqu'à un certain point, mais sont également contestables si elles assimilent la personne à la maladie, et, en conséquence, la privent de toutes ses caractéristiques psychologiques, relationnelles, morales... bref humaines.

C'est là qu'il faut jongler et créer pour prévenir aussi la discrimination, la peur ou le rejet et assurer au plus grand nombre - en ce compris les personnes malades - une place et un bien-être. Au vu de l'histoire et de l'actualité des grandes épidémies, on voit que ce défi-

là est loin d'être gagné...

D'avantage hier mais de nos jours encore, certains ont assimilé et assimilent toujours les "drogues" à un véritable fléau, une épidémie à juguler coûte que coûte, afin d'en protéger la communauté et particulièrement ses enfants... Dès lors, les "drogués" sont assimilés à des malades à écarter, les produits à de véritables poisons à mettre sous clé.

Nous passerons ici sur l'absence de distinction faite entre "usage", "abus" et "dépendance" propre à ce type de raisonnement extrême. De même, nous ne reviendrons pas sur la double identité de remède et poison d'un même produit..., pour nous concentrer sur la difficile co-existence entre consommateurs et mesures de santé publique.

Avec dépit, mais non dénués d'une certaine combativité, les acteurs de prévention et de promotion de la santé relèvent encore aujourd'hui toutes les implications négatives et éthiquement insoutenables de l'équation "drogue = fléau".

D'abord, elle sous-entend que les consommateurs sont des malades refusant en prime de se soigner. Cet a priori s'exprime dans le déni presque total des facteurs déterminant les consommations, relevant tant des produits (effets, concentration, qualité), de l'individu que des contextes de consommation. Ensuite, elle entretient la peur et le rejet des consommateurs, qu'il faut absolument écarter, punir, ou, dans le champ qui nous préoccupe, **soigner**...

C'est ici que l'on touche au concept sans doute parmi les plus anti-éthiques échafaudés par la santé publique dans le domaine spécifique des soins médicaux, à savoir : le **consentement éclairé**, qui, dans le champ judiciaire, devient

**l'injonction thérapeutique**. Pour son bien, le consommateur est "sommé" de se soigner, et, le plus souvent, cela signifie s'abstenir, sous peine de déni moral, familial, social, professionnel, voire judiciaire... Attention, nous ne promovons pas ici les consommations à tous crins sans considération du contexte et des obligations sociales, professionnelles ou judiciaires de l'individu, nous souhaitons simplement faire émerger les présupposés et autres aléas éthiques (ou moraux ici) de certains processus de santé, malheureusement érigés en programmes à destination du plus grand nombre... Résultats d'une telle pression médicale et plus loin, judiciaire : un contrat souvent intenable, tant pour le consommateur que pour le professionnel de santé l'accompagnant éventuellement ; une culpabilité dans le chef des deux acteurs et de l'entourage ; le déni de la multiplicité des facteurs expliquant et motivant la consommation à la faveur de la stigmatisation de l'individu et à la défaveur d'une action pertinemment ciblée sur les facteurs économiques, sociaux, éducatifs,... ou politiques qui ont peut-être renforcé ou même amené la consommation à risque, voire l'abus. Conclusion : un "beau" ratage sur le plan éthique sans aucun doute, mais pire encore sur le plan de la santé, au sens global du terme.

En conséquence, quelle cohabitation entre raison d'Etat ou de santé publique et bien-être individuel ? On pourrait pour commencer s'interroger sur la valeur d'une raison d'Etat qui sous-entend que ce qui est coûteux financièrement et socialement à l'Etat et donc à la communauté, est à proscrire (cf. néolibéralisme en santé publique décrit par R. Massé).

Ensuite, on peut essayer de construire un juste équilibre entre cadre, règlements ou lois et situations individuelles, mais sans néanmoins

s'interdire de faire évoluer ce cadre et ces lois collectives afin de réduire le fossé entre individus et Etat. C'est aussi cela promouvoir la santé, ce que Massé relève par ailleurs quand il parle des 'fonctions de soutien' dans le domaine de la santé publique.

Une nouvelle fois, il s'agit de se poser les questions les plus pertinentes et d'agir sur les 'vrais' leviers de santé en gardant un cap éthique acceptable tant sur les plans du respect de la liberté individuelle, que de la défense du bien commun, de la responsabilité ou encore de la solidarité. A vouloir contrôler les comportements individuels et seulement eux, on se trompe certainement de "cible" pour promouvoir la santé et surtout la qualité de vie.

### Questionner les usages et questionner les pratiques des professionnels

Recherche de plaisir, soulagement de la souffrance, adaptation à des conditions de vie difficiles, habitudes sociales, religieuses ou culturelles, usages thérapeutiques... les motivations et les raisons de consommer sont multiples et sans doute aussi nombreuses qu'il y a d'individus, de situations ou de produits. En tant que professionnels, il nous est difficile, voire impossible de toutes les cerner pour composer des programmes clés sur porte et valables ou prescriptibles en toutes circonstances tels des panacées, c'est pourtant souvent la demande que nous formulent les familles, les proches, les éducateurs,... ou même l'Etat, en la personne du "pourvoyeur" des fonds de la prévention et de la RdR.

Ainsi, il nous faut sans cesse questionner nos pratiques, détourner le regard du consommateur et des

produits pour interroger nos propres motivations, évaluer les éventuels effets contre-productifs de la démarche de prévention afin de les rectifier. Il ne s'agit pas de nombrilisme mais sans doute de professionnalisme et de la mise en application de l'un des rares principes cartésiens auxquels nous adhérons, le fameux "dubito ergo sum"<sup>4</sup> qui élève le doute systématique au rang de principe méthodologique.

Que voulons-nous quand nous imaginons un programme de prévention et de promotion de la santé ? Notre objectif est-il l'abstinence, ce qui sous-entend que nous avons une vision ascétique et statique de la santé, ou visons-nous davantage à responsabiliser les consommateurs et leur entourage ? Recherchons-nous des modèles ou normes comportementales universellement applicables - et imposables - ou le développement de ressources individuelles et collectives dans lesquelles personnes et communautés puiseront, au besoin et à la demande ?... Nous concentrons-nous sur l'individu et l'individu seul ou l'inscrivons-nous dans sa réalité sociale, culturelle, politique, ... avec tous les socles d'intervention que cela peut désigner ?

La définition globale et ouverte du concept de santé émise par l'OMS en 1946<sup>5</sup> mais d'ores et déjà revue par l'Organisation elle-même, semble de plus en plus répandue (il était temps !), en théorie pour le moins. Mais, dès lors que nous décodons les programmes de prévention, dans le domaine des assuétudes ou ailleurs, on y perçoit encore trop souvent une perception négative de la santé, exclusivement abordée dans ses aspects bio-médicaux. Quelle place garantissons-nous dès lors aux multiples facettes du bien-être et à sa haute teneur subjective ? Plus loin encore que la première définition globale de l'OMS, quel statut donnons-

4. En long et fidèlement à Descartes : "Dubito ergo cogito" ("je doute donc/et je pense"), "cogito ergo sum" ("je pense donc/et je suis").

5. "La santé est un état de complet bien-être physique, psychique et social et non seulement l'absence de maladie ou d'infirmité", OMS, 1946.

6. Stratégie pédagogique orientée vers les comportements individuels, l'éducation pour la santé est souvent confondue avec la promotion de la santé qui désigne davantage un processus plus large (cf. modèle écologique) intégrant différents niveaux d'intervention et dépassant le simple niveau individuel.

7. La confiance en soi est en effet l'une des trois grandes composantes de l'estime de soi aux côtés de l'amour de soi et de la connaissance de soi, avec lesquelles elle doit être en équilibre. Voir André C. et Lelord F., "L'estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres", éd. Odile Jacob, 1999.

nous au concept de santé ? Etat de perfection à atteindre une fois pour toutes et à préserver tel quel ou bien ressource dans laquelle individu et collectivité peuvent puiser, en fonction de leurs besoins et de la nécessaire adaptation à une multitude de contextes?...

Autant d'interrogations à soulever en permanence, non seulement pour évaluer l'efficacité, la coloration éthique des programmes mais, mieux encore, pour en cerner les limites, et permettre aux acteurs de prévention (et aux institutions subsidiaires) de "lâcher prise" ou de ne pas tomber dans l'excès de toute-puissance et de paternalisme caractéristiques des individus ou des Etats totalitaires...

### De l'environnement global à l'individu, en passant par les lieux de vie : une approche écologique de la santé

Nous aurions pu intituler ce point "pour en finir avec l'éducation pour la santé"<sup>16</sup>, mais c'eut été excessif et gratuitement provocateur. Pourtant, il nous faut encore, et surtout à l'heure actuelle, relever les débordements, voire la contre-productivité, d'une approche de prévention et de promotion de la santé reposant exclusivement sur l'individu. Comme semble l'indiquer R. Massé, l'éducation pour la santé ou une certaine éducation pour la santé, est probablement le symptôme de l'émergence d'une société individualiste chargeant les épaules d'un "je" tout-puissant. Sur le plan de la liberté et de l'auto-détermination, presque pas de doute : on a tout à y gagner (?), par contre, sur celui de la solidarité, il y a de quoi douter une nouvelle fois...

Intéressons-nous par exemple au très

actuel **concept d'estime de soi**, variante globalisante et subtile de la confiance en soi<sup>7</sup>, l'estime de soi a été clairement identifiée par la promotion de la santé, et plus précisément par l'éducation pour la santé, comme un des facteurs déterminant la construction des conduites, en ce compris les comportements de santé. Or, que voulons-nous pour améliorer et préserver la santé du public ? Faire en sorte que celui-ci développe les comportements les plus favorables (ou les moins nuisibles) à sa santé... C'est là que la psychologie et la pédagogie interviennent pour révéler, en gros, qu'une estime de soi positive rime avec des comportements plus responsables, en santé on dira : comportements de protection.

Nous ne pourrions en quelques lignes décrire les subtilités du concept d'estime de soi et de quelle manière précise il interagit avec la santé, ce qui nous intéresse ici est de montrer en quoi miser presque exclusivement sur les ressources et les compétences individuelles peut amener la santé publique à légitimer une société individualiste, au détriment des principes-phares de solidarité et de défense du bien commun. Cela non sans risque qui plus est pour la santé de l'individu lui-même, celui-ci se voyant chargé d'une lourde responsabilité : celle de sa santé, de son bien-être et de sa participation - comme une pièce isolée et néanmoins partie d'un tout additionnel - à la santé de la population à laquelle il appartient. Notons au passage, que mal équilibrée et trop dosée en sa composante "confiance en soi", l'estime de soi peut conduire à de grandes prises de risques, l'individu se croyant en état d'invulnérabilité...

Sans jeter l'estime de soi dans la poubelle de la santé publique et de la promotion de la santé, bien au contraire, il nous semble indispensable de sans

cesse la mettre en relation avec les aspects communautaires et environnementaux de la santé. Plus loin, de l'inscrire dans un modèle global et véritablement "écologique" de la santé, selon les termes des théoriciens de la Promotion de la santé canadiens Beaudet et Renaud.<sup>8</sup>

Ainsi, lors des formations ou sensibilisations auprès des relais éducatifs, quand il est question de savoir sur quoi et comment agir pour être acteurs de prévention, nous mettons en évidence trois grands niveaux d'intervention (sans les hiérarchiser), conformément au schéma de Beaudet et Renaud :

1. **le niveau individuel**, comprenant, entre autres, la notion d'estime de soi.
2. **les milieux de vie**, balisant les aspects "communautaires" de la santé : travail, école, famille, lieux de loisirs, réseaux de soins familiaux,...
3. **l'environnement "global"** incluant les médias, les perspectives sociales et économiques, les valeurs véhiculées, la priorité attribuée aux soins ou à l'éducation,...

Ainsi, non sans provoquer un certain vertige, mais tout en les rassurant et en faisant émerger avec eux des pistes d'intervention opérationnelles aux trois niveaux, nous ouvrons le champ des possibles des acteurs-relais. Si tel est le cas, nous détournons leur regard exclusivement braqué sur l'individu, ses comportements, sa responsabilité, ... pour créer des pistes d'action ou de réflexion multiples qui peuvent inclure l'action éducative bien entendu, mais aussi l'approche et l'activation des communautés et des réseaux sociaux, l'action politique au sens premier et citoyen du terme "politique", ... Pour nous, cette démarche revêt tant une dimension opérationnelle que plus

largement éthique, dans le sens où elle pointe la responsabilité individuelle et collective, les ressources de la personne et des réseaux sociaux,...

Anecdote significative, à une enseignante pensant élever l'esprit critique (cf. niveau individuel) de ses élèves en leur disant que fumer restreignait leur accès à l'assurance-vie, nous faisons remarquer qu'il serait peut-être plus pertinent d'interroger avec ces mêmes élèves la légitimité d'une institution puissante et aux objectifs financiers, de restreindre de la sorte l'accès à une couverture de santé... Plus loin, de questionner la légitimité "morale" de sous-entendre implicitement la responsabilité des fumeurs faisant le "mauvais" choix de nuire ainsi à leur santé et par conséquent faisant peser la charge financière aux "bons" citoyens en santé et surtout, à la "gentille" compagnie d'assurance... (cf. valeurs véhiculées par l'environnement global). C'est en de telles circonstances que l'on mesure toute l'importance de sans cesse décaler le regard... et la difficulté de demeurer un formateur ou un acteur de prévention neutre et bienveillant. Mais de neutralité il sera question ci-après.

## De la pertinence d'une approche "anthropologique" de la santé

Premièrement et rapidement dit ou écrit, la question des usages de "drogues" est invariablement liée à l'homme en ce sens qu'elle réfère au rapport qu'il entretient à la vie, à la mort, au plaisir ou à la souffrance. D'autre part, les usages de produits existent depuis la nuit des temps et peuvent renvoyer à des codes sociaux, religieux, culturels, ... bref, ils lient l'individu au groupe, à un construit social et culturel. Cet ensemble de

8. Le modèle écologique de la santé de Beaudet et Renaud s'inspire de Sallis J.F. et Owen N. : "Ecological models, in Glanz et al (eds) : "Health behaviour and health education. Theory, research and practices", 2d edition, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1997.

constats renvoie clairement les usages au domaine anthropologique.

En outre et peut-être avant tout, nous lions l'anthropologie à cette faculté nécessaire de poser un regard le plus neutre et objectif possible sur les pratiques et usages de l'homme et des groupes, ce que nous pourrions appeler dans le jargon préventif ou même pédagogique : la capacité de non-jugement du professionnel.

Il nous semble que cette capacité est au cœur d'une intervention efficace et éthiquement tenable dans bien des interventions de promotion de la santé, et particulièrement dans le domaine des assuétudes.

Si tant les relais que le public ciblé par les interventions sont en demande de repères et de limites clairs, ce dernier public particulièrement - consommateur ou non - doit pouvoir se dire, exprimer ses ressources, ses craintes et difficultés, sans peur d'être jugé. Ceci nous apparaît, et à d'autres acteurs de santé, comme une condition indispensable à l'action de prévention de même qu'à la participation réelle et volontaire du public à la démarche qui, en définitive, le concerne au premier chef et ne peut se faire sans lui ou malgré lui.

Ensuite, aussi professionnels que nous soyons, nous sommes élevés et évoluons dans une culture donnée. Plus encore, nous avons notre vécu, nos croyances et représentations, y compris à propos de la santé, des consommations ou des produits... même la Science - avec un grand S - à laquelle nous faisons quelquefois appel, à coups de données épidémiologiques ou de DSM4, a ses présupposés culturels, voire moraux ou éthiques. Les influences de tels rattachements sociaux, moraux, culturels, sont parfois difficiles à mettre au jour, voire à combattre.

Prenons-en pour preuve la surprise et l'incompréhension d'une infirmière scolaire face au refus de piqûre d'un élève, dans le cadre d'une action de dépistage de la tuberculose, la raison exprimée par le patient étant d'ordre religieux. Lequel, de l'impératif médical ou de l'impératif religieux est le plus important ? Qui a tort ? Qui a raison ? On pourrait presque dire : qui commande ou qui a le pouvoir ? C'est bien de pouvoir et de domination dont il est implicitement question, et, en tant que professionnel de la médecine, on aura vite fait d'ignorer ou de résoudre le dilemme : la médecine-science l'emporte sur toute autre préoccupation et qui plus est si cela concerne le bien de l'élève et de la communauté éducative... Mais quel bien (-être) ? Et surtout, pour quel bien agit-on et de quel point de vue ?

Une fois de plus, c'est dans la discussion et dans la clarification des représentations et des objectifs ou priorités de chacun que nous pouvons assurer l'émergence, voire le respect des différents points de vue en présence pour, dans un second temps, tenter la conciliation, **avant** l'action... ou l'absence d'action justifiée.

Comme nous le développons précédemment, nous ne mettons pas les mêmes objectifs et valeurs derrière les termes "prévention" ou "santé", a fortiori dans le champ des assuétudes qui peut tout particulièrement renvoyer à nombre de peurs, tabous, non-dits. Nous ne nous portons pas garants des réponses, mais, à tout le moins, de quelques repères conceptuels et méthodologiques. Nous voulons favoriser avant tout l'expression dans une atmosphère non-jugeante, et la construction d'un langage commun garant de la communication entre acteurs de santé eux-mêmes, entre acteurs et public "cible", acteur lui aussi.

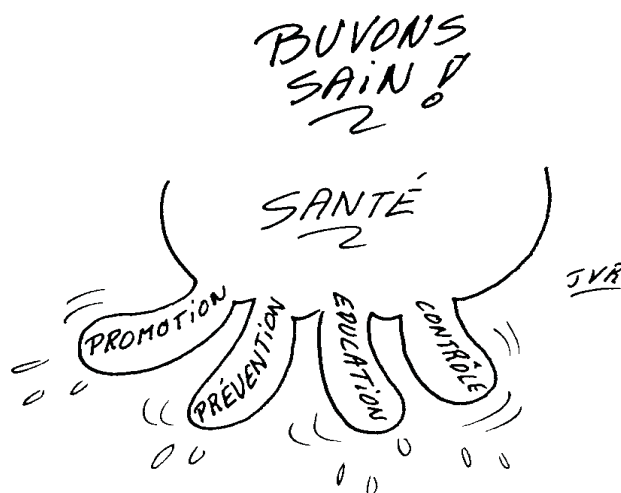
## Des dangers de la stigmatisation... même positive

C'est ici que nous expliquerons enfin la mise entre guillemets du mot "cible", surtout dans l'expression "public-cible"...

D'abord il s'agit d'un vocabulaire issu du lexique guerrier, ce qui ne peut nous convenir en tant qu'acteurs de promotion de la santé. Ensuite, ou en même temps, il est porteur d'une première stigmatisation implicite : il y a ceux qui sont ciblés, concernés, visés par l'action ou le programme, puis il y a les autres, non-concernés, hors du champ de mire...

Il y a les sains (et on s'en fiche ?) et les malsains, pour lesquels on pourra éventuellement établir une liste de signes distinctifs... Aïe... C'est là que l'on tire la sonnette d'alarme éthique, du moins quand on ne se trouve pas aveuglé par la raison... disons "médicale" ou séduit par une Lorelei épidémiologique...

Il est pourtant clair, chiffres à l'appui, que les inégalités de santé ne touchent pas de la même manière l'ensemble de la population et que, en toute logique, les actions de prévention devraient toucher prioritairement certaines communautés ou personnes, dites "fragilisées"... Néanmoins, en va-t-il de même de la promotion de la santé qui veut dépasser le concept de bonne ou mauvaise santé, et aussi celui d'état de santé, pour promouvoir largement la qualité de vie, en augmentant notamment la capacité des individus et des populations à prendre en charge et à maîtriser leur bien-être ? La promotion de la santé dépasse en effet les clivages entre les différents degrés de prévention (de primaire à tertiaire), elle doit, à notre sens, concerner l'ensemble du public, sans mise en exergue des traditionnels publics-cibles.



En outre, il est évident que les différences sociales, culturelles ou encore économiques... doivent être considérées dans la mise en œuvre de stratégies efficaces de promotion de la santé, par exemple dans le choix d'outils, d'un langage et d'une communication adaptés.

Et qu'en est-il de la prévention et de la promotion de la santé dans le champ des usages de psychotropes ? Ont-elles et devraient-elles avoir leurs "cibles" prioritaires ? Doivent-elles encourir le risque d'une stigmatisation pour raison de santé publique ? A interroger le tout venant, on réalise que l'image du "drogué" paumé, socialement désinséré, au vécu familial instable,... a la peau dure. Pourtant, en envisageant le processus de consommation et non uniquement ses résultantes négatives (la dépendance par exemple, dont on sait qu'elle n'est pas automatiquement associée à la consommation) ou sa dimension "produits", on réalise que celui-ci touche une grande partie de la population (qui n'a jamais bu un verre, fumé une cigarette ou pris un médicament ?), avec, comme on dit, plus ou moins de bonheur... en courant plus ou moins de risques...

Par conséquent, sans nier les risques particuliers liés à certaines consommations dans des contextes particuliers, et sans tomber dans un excès de banalisation, pourquoi ne pas

se payer le luxe (voire la nécessité) éthique et promoteur de santé d'envisager une approche globale et non stigmatisante des consommations ?

La peur et la sériation des problématiques et groupes "à problèmes" sont-elles des stratégies si efficaces qu'elles justifient leurs manquements aux principes d'équité, de respect et de solidarité ? En toute franchise et en toute humanité, c'est difficile à croire. La santé publique et les champs social ou éducatif ont été jusqu'à inventer une expression pour légitimer de tels manquements : "la **discrimination positive**". Que ne devons-nous pas entendre ?

Union paradoxale de deux termes, la discrimination positive, partant d'un bon sentiment, a cette conséquence encore plus étonnante d'exclure des préoccupations ou priorités des professionnels de santé, éducatifs ou sociaux,... tous ceux qui n'auraient pas la chance ou la malchance de rencontrer les critères de pauvreté, de non-scolarisation ou d'appartenance à une minorité quelconque et donnant droit à l'aide ou l'attention des professionnels et services... un comble, non ? C'est ainsi, par exemple, que l'on rencontre des communautés scolaires croulant sous les projets de prévention et de promotion de la santé, parfois jusqu'à l'écoeurement ou l'épuisement... parce qu'elles ont cette "chance" unique d'être organisées en Zones d'Education Prioritaires, quand d'autres écoles dites privilégiées cherchent un "filon" pour obtenir un budget de prévention, ou attendent quelque drame pour attirer ou justifier l'attention des acteurs de santé...

Pour conclure, si les chiffres et certaines réalités appellent une attention particulière à des publics dits "prioritaires", nous voulons répondre à la nécessité éthique, en tant qu'acteurs

proches des acteurs de terrain, de considérer chaque demande comme prioritaire ou importante, simplement (?) parce qu'elle revêt cette dimension chez l'individu ou l'institution qui l'exprime. Ce, quitte à, dans un second temps et après analyse, relativiser l'urgence et la pertinence d'une intervention.

### **En conclusion : pour commencer avec la santé publique...**

Le regard sur les pratiques de Prospective Jeunesse a certainement creusé quelques distances avec la publication de R. Massé qui a certes stimulé l'écrit et mieux encore, la motivation de réfléchir une nouvelle fois sur le **sens** de ces pratiques.

A chaque fois que nous gagnons de l'assurance (et oui, nous avons tous besoin de confiance en soi...), la confrontation avec l'autre ou les autres, en ce compris la parole et l'analyse de théoriciens et chercheurs tels Massé, nous ramène au principe du doute et de l'incertitude... Et l'on sait qu'il est difficile à tenir face à des parents, des éducateurs et même des décideurs en demande de certitudes, voire de recettes...

D'autre part, l'urgence et la nécessité de justifier nos démarches, en clair : "ce que nous faisons concrètement" et implicitement, comment nous dépensons l'argent de l'Etat... de tels impératifs, assortis de rapports et d'une littérature grise aux lecteurs improbables, rapiècent le temps de la prise de distance et de partage sur les enjeux éthiques de nos activités. Ceci est dangereux et met en péril la coloration et l'efficacité même de la santé publique.

Néanmoins, comme le rappelle habilement R. Massé, de tels questionnements sur le sens et les

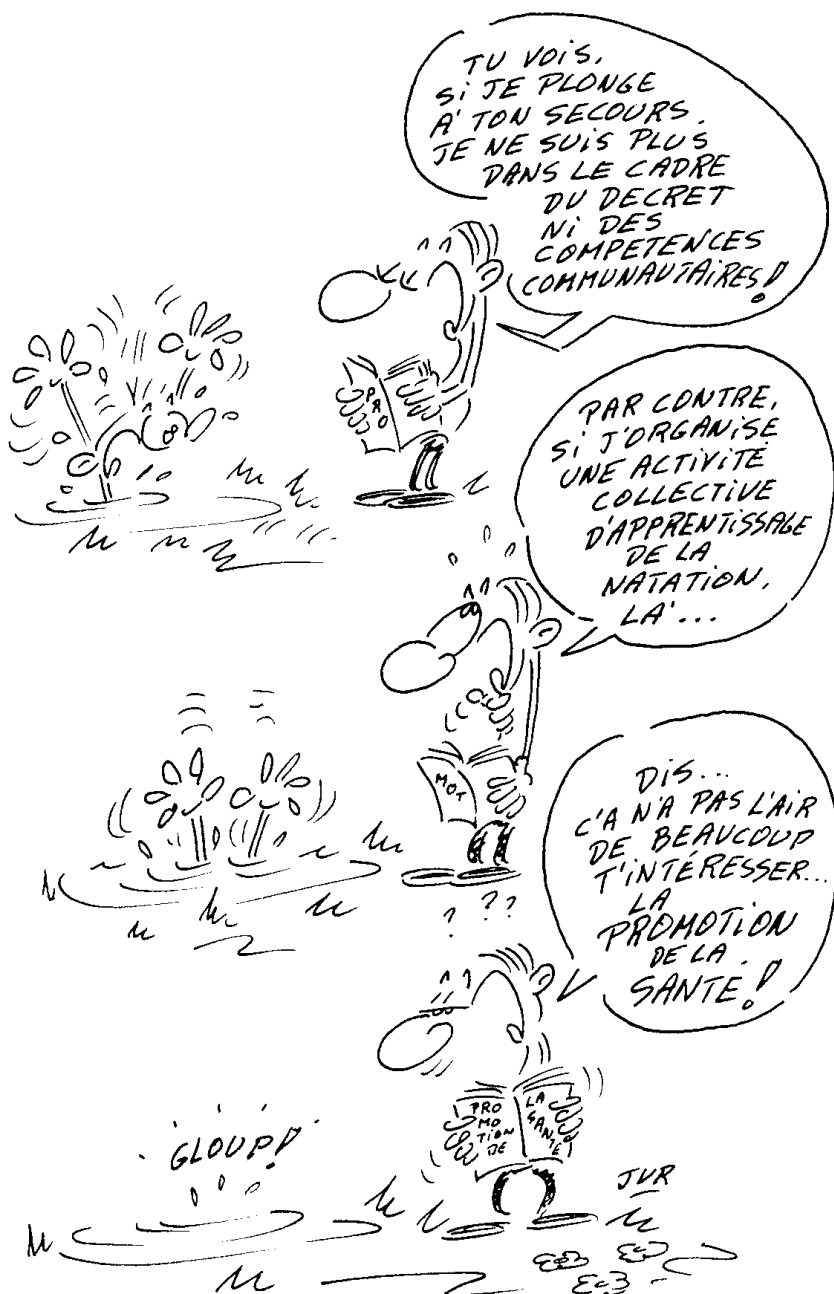


valeurs ne doivent en aucun cas nous empêcher d'avancer...

Plus loin encore, nous pensons qu'ils doivent être intégrés au processus et à la planification de la promotion de la santé et de la santé publique. A chaque nouvelle rencontre avec des relais de terrain, nous interrogeons d'abord leurs motivations et leurs représentations, nous faisons émerger avec eux les images liées à la santé, la prévention, aux toxicomanies ou aux psychotropes... Histoire de parler le même langage certes, mais aussi afin de ne pas donner l'illusion que nous répondrons à une demande, qui, à notre sens, n'émerge pas à une démarche de promotion de la santé, visant notamment le bien-être global dans le respect du choix et des spécificités de chacun. Nous ne pouvons par exemple pas accepter de construire une réponse (aux usages interpellants) qui confonde protection de la santé et répression, promotion de la santé et culpabilisation, surveillance de la santé et surveillance de la personne...

Bien entendu, nous ne faisons pas qu'écouter, nous amenons également des repères en termes de savoirs (les produits, leur histoire, les concepts de santé et de prévention, le processus de consommation,...), mais également de savoir-être (les attitudes préventives, la motivation, les valeurs...) et de savoir-faire (les approches promotrices de santé les moins contre-productives, les pratiques de réduction des risques,...). En ce sens, nous utilisons les résultats de la recherche épidémiologique et qualitative. Investiguer les motivations à consommer, le processus d'entrée en consommation ou en dépendance, la multiplicité des consommations ou les polyusages de psychotropes nous concernent tout autant, si pas davantage, que le nombre de consommateurs et leur profil social, culturel, économique ou autre...

L'OMS avait "optimistement" prédit "la santé pour tous en l'an 2000", nous av(i)ons envie d'y croire, c'est clair, mais afin de poursuivre ou de rencontrer cet idéal, nous avons certainement besoin de plus de cohérence dans les pratiques et valeurs qui coexistent à tous les étages de la santé publique, ainsi, pourrions-nous commencer à parler de santé du public et peut-être aussi "pour" et "par" le public(?).



## Revue de presse sur les drogues et les problèmes liés aux toxicomanies et aux assuétudes

En quelques lignes, un compte rendu succinct des informations parues dans la presse francophone ces trois derniers mois

"Nos étudiants, reconnaissons-le, sont de grands consommateurs d'alcool" dicit Xavier Renders, vice-recteur aux affaires étudiantes de l'Université Catholique de Louvain lors du colloque "Jeunes et alcool" qui s'est tenu le 18 mai dernier à Louvain-la-Neuve. Les principales motivations à la prise d'alcool sont le plaisir et l'amusement et non pas la peur, le stress ou la solitude. Ce colloque a dressé un état des lieux de la situation : le comportement des jeunes face à l'alcool se modifie : il se rajeunit et se féminise.

En 2002, une enquête de Promotion Education Santé (ULB) a démontré que 8 % des jeunes en âge scolaire a déjà bu au moins un verre d'alcool et, parmi eux, un sur quatre en prend une fois ou plus par semaine. Entre 1999 et 2004, le nombre de jeunes ivres plus d'une fois est passé de 18 % à 26 %.

De même, une étude du Crioc montre que 30 % des jeunes de 11-12 ans ont déjà testé plusieurs types de boissons alcoolisées : vin, bière, breeze ; ce taux passe à 76 % dans la tranche d'âge 15-18 ans. Pour eux, l'alcool représente majoritairement détente et bien-être, mais une arme contre le mal-être pour un jeune sur cinq.

Lors de cette journée, l'accent a été mis sur la prévention qui ne doit pas être une nouvelle "guerre contre l'alcool" à l'instar de la "guerre contre la drogue ou le tabac", mais bien une approche positive, un apprentissage à vivre avec l'alcool et une gestion raisonnée de la consommation.

Le souhait des organisateurs est de susciter la mise sur pied d'un réseau d'associations et d'organisations actives sur le terrain (Le Journal du Médecin, La Libre Belgique, L'Avenir du Luxembourg et le Rappel du 19/05).

A partir du mois de septembre, 6 parquets (Verviers, Huy, Nivelles, Malines, Alost et Saint-Nicolas) vont tester l'"alcolock". Il s'agit d'un éthylotest électronique couplé au système de démarrage de la voiture : le conducteur devra souffler dans l'appareil avant de prendre la route ; si son taux d'alcoolémie dépasse la norme autorisée, le véhicule ne pourra pas démarrer ; il devra aussi, de façon aléatoire, souffler en cours de route ; si le résultat est positif, le véhicule ne

s'arrêtera pas, mais le parquet en sera averti. Cette étude fait partie d'un projet européen de lutte contre l'alcoolisme au volant auquel participent 60 conducteurs, une moitié sont des volontaires, l'autre des conducteurs ayant déjà été contrôlés positifs. L'expérience durera un an. Ce "verrou anti-alcool" est déjà testé au Canada, aux Etats-Unis, en France, aux Pays-Bas et en Suède (La Meuse et la Capitale du 27/4).

Les Pays-Bas ont développé une pilule contre la cuite appelée Paraxine. Ne nécessitant aucune prescription médicale, cette pilule est utilisée par les hommes pour accroître leurs performances sexuelles après une trop grande consommation d'alcool. Ce produit est composé d'acide aminé asparagine et accélère l'élimination de l'alcool dans le sang.

L'Institut Belge de la Sécurité Routière met cependant en garde contre ces pilules miracles qu'il juge dangereuses et inefficaces, les automobilistes augmentant leur consommation d'alcool en imaginant que la prise de ces pilules les met à l'abri de tout péril. L'IBSR a demandé une étude sur l'éventuelle toxicité des composants de ce produit et sur la publicité sans doute mensongère. Il va même jusqu'à demander que les fabricants de ces pilules voient leur responsabilité engagée lors d'accident impliquant un conducteur sous influence et qui aurait pris ce remède miracle avant de prendre le volant (La Dernière Heure du 7/5).

A Marche-en-Famenne, le docteur Maillet, du service des urgences, explique que, depuis trois ans, le nombre d'admissions d'élèves ivres a diminué. Cela est dû à la sensibilisation à cette problématique des écoles de la région et des administrations communales qui reçoivent des informations de la commission de l'aide médicale urgente. Les écoles ont réagi positivement en organisant, par exemple, un barbecue sans alcool pour fêter la fin des examens. Le problème de l'ivresse alcoolique chez le jeune tient au fait qu'il ne sait pas s'arrêter de boire, ne sachant pas mesurer sa tolérance à l'alcool (L'Avenir du Luxembourg du 18/06).

Danielle Dombret, Documentaliste.

# Les Cahiers de Prospective Jeunesse

## Titres parus depuis 1996

### 1996

Cahier 1 : pratiques judiciaires en matière de consommation de produits illicites (épuisé : copie disponible)

### 1997

Cahier 2 : privé ou public : quels espaces de liberté ?

Cahier 3 : école et prévention (tome 1) (épuisé : copie disponible)

Cahier 4 : école et prévention (tome 2) (épuisé : copie disponible)

Cahier 5 : situations des jeunes adultes (18 - 25 ans)

### 1998

Cahier 6 : école et prévention (tome 3)

Cahier 7 : la question du plaisir, le plaisir en question (tome 1)

Cahier 8 : la question du plaisir, le plaisir en question (tome 2)

Cahier 9 : la question du plaisir, le plaisir en question (tome 3)

### 1999

Cahier 10 : la question du plaisir, le plaisir en question (tome 4)

Cahier 11 : économie souterraine ou économie des exclus ? (tome 1)

Cahier 12 : économie souterraine ou économie des exclus ? (tome 2)

Cahier 13 : drogues et prison (tome 1)

### 2000

Cahier 14-15 (numéro double) : drogues de synthèse : de la prévention des risques aux risques de la prévention (actes de la journée d'étude d'Eurotox du 3.12.1999)

Cahier 16 : drogues et prison (tome 2) et Economie souterraine ou économie des exclus (tome 3)

Cahier 17 : drogues et cultures

### 2001

Cahier 18 : cannabis et autres drogues : la dépénalisation en questions (tome 1)

Cahier 19 : les alicaments : entre nutriment et médicaments

Cahier 20 : cannabis et autres drogues : la dépénalisation en questions (tome 2)

Cahier 21 : cannabis et autres drogues : la dépénalisation en questions (tome 3)

### 2002

Cahier 22 : la famille (tome 1)

Cahier 23 : le secret professionnel

Cahier 24 : la famille (tome 2)

Cahier 25 : radioscopie du monde enseignant (l'école - tome 1)

### 2003

Cahier 26 : monde du travail et psychotropes

Cahier 27 : la réduction des risques (tome 1)

Cahier 28 : la réduction des risques (tome 2)

Cahier 29 : à l'école des jeunes (l'école - tome 2)

### 2004

Cahier 30 : contextes et consommations

Cahier 31 : santé et prévention : braderie ou promotion ?

Cahier 32 : actes du colloque "Jeunes et alcool" du 18.05.04 à Louvain-la-Neuve (à paraître fin septembre)

Cahier 33 : Promotion de la Santé et Réduction des Risques : la question du tabac... toujours avec filtre ?

Pour commander l'un de ces numéros ou vous abonner, contactez Claire Haesaerts, Secrétaire de Rédaction, à Prospective Jeunesse (tél. : 02/512.17.66, fax : 02/513.24.02, e-mail : claire.haesaerts@prospectivejeunesse.be).

S

Editorial

1

O

## DOSSIER : SANTÉ ET PRÉVENTION : BRADERIE OU PROMOTION ?

M

- Vers qui se tourner ?  
Madeleine GUYOT et les jeunes qui ont participé à l'émission 2

- Promotion de la santé : confusions et paradoxes  
Alain CHERBONNIER 7

M

- C'est pour ton bien  
Roger LONFILS 13

- Les Conférences locales pour des Politiques de Promotion de la Santé en Hainaut occidental : un premier bilan et des pistes de continuation  
René DEJONCKHEERE et l'équipe du CLPS-Ho 19

A

- Promotion de la santé : tactiques en toc ou tact éthique ? Réflexions et digressions autour de "Ethique et santé publique...", une publication de Raymond Massé, anthropologue de la santé  
Emmanuelle CASPERS 28

I

La revue de presse de Prospective Jeunesse 40

R

E