Prospective Jeunesse

61

Périodique trimestriel
Hiver 2011 – 2012

Drogues
Santé
Prévention

Guide pour une réforme de la Promotion de la santé

La santé partout et par tous
Plaidoyer pour une politique exigeante
Le Collectif des acteurs de promotion de la santé

Ce que nous attendons comme évaluation
Pascale Anceaux

La folie évaluatrice
Yves Charles Zarka

Numéro d'agréation : P405048 - Bureau de dépôt – 1050 Bruxelles 5

PROSPECTIVE Jeunesse ASBL

Prospective Jeunesse est un centre d'étude et de formation fondé en 1978. L'association est active dans le domaine de la prévention des méfaits liés aux usages de drogues, dans une optique de promotion de la santé.

Prospective Jeunesse propose quatre services :

- Formation et accompagnement de professionnels (seuls ou en équipe)
- Publication de la revue **Prospective Jeunesse**
- Entretiens individuels
- Centre de documentation

Prospective Jeunesse a créé, avec **Infor-Drogues** et **Modus Vivendi**, l'asbl **Eurotox**, relais en Communauté française de Belgique de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). www.eurotox.org

CONTACT *144 chaussée d'Ixelles, 1050 Bruxelles ■ 02 512 17 66*
revue@prospective-jeunesse.be ■ www.prospective-jeunesse.be

Éditeur responsable
Pierre BALDEWIJNS

Rédacteur en chef
Julien NÈVE

Comité d'accompagnement
Philippe BASTIN, Line BEAUCHESNE, Marc BUDO, Alain CHERBONNIER, Martine DAL, Christian DE BOCK, Christel DEPIERREUX, Damien FAVRESSE, Ludovic HENRARD, Damien KAUFFMAN, Pascale JAMOULLE, Micheline ROELANDT, Vinciane SALIEZ, Jacques VAN RUSSELT

Soutien administratif
Nadia MORTIAUX

Dessins
Jacques VAN RUSSELT

Les articles publiés reflètent les opinions de leur(s) auteur(s) mais pas nécessairement celles des responsables de « **Prospective Jeunesse – Drogues Santé Prévention** ». 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.

Impression
Nuance 4, Naninne

Graphisme et mise en page
MEDIA animation asbl
communication & éducation

ISSN : 1370-6306

ÉDITORIAL

La promotion de la santé : une écosophie

En 1989, le psychanalyste et philosophe Félix Guattari, qui tout au long de sa vie n'a eu de cesse de penser la refondation des pratiques sociales, livrait un petit texte incisif intitulé « Les trois écologies* ». Alors que l'on a coutume de la cantonner au domaine environnemental, Guattari plaidait pour l'édification d'une écologie à trois têtes, élargie aux dimensions sociales et spirituelles. Il appelait cela une « écosophie » dont les trois registres seraient l'écologie environnementale pour les rapports à la nature et à l'environnement, l'écologie sociale pour les rapports au « socius », aux réalités économiques et sociales, et l'écologie mentale pour les rapports à la psyché, c'est-à-dire à la question de la production de la subjectivité humaine. Dans l'hypothèse où l'écosophie serait devenue la grille de lecture privilégiée par nos décideurs, chaque politique publique intégrerait donc l'approche écologique comme une composante à part entière. Il n'y aurait plus seulement une écologie de l'environnement, mais aussi une écologie de l'éducation, du logement, de la culture, de la santé, etc. Bref, dans le schéma de l'écosophie, l'écologie deviendrait réellement transversale, se diffusant dans tous les milieux de vie et imprégnant la plupart des relations humaines.

Les détracteurs seront bien sûr légion, et en cœur crieront à l'utopie, s'empressant de dénoncer le caractère profondément irréaliste de l'entreprise. C'est pourtant le même genre d'utopie qui depuis une vingtaine d'années guide les praticiens de la promotion de la santé. En effet, qu'est-ce que la promotion de la santé, sinon une écologie des relations humaines visant « *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* ». Telle est en tout cas la définition donnée par le Décret portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française. Adopté en 1997, celui-ci dispose en outre que « *La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques* ». Quinze ans donc que la promotion de la santé, proche cousine de l'écosophie, fait partie de notre paysage. Et comme n'importe quel autre dispositif social ou politique, la promotion de la santé doit être constamment questionnée, évaluée et pourquoi pas refondée afin de répondre au mieux aux attentes et besoins des populations. « *Durant les prochaines années,* explique par exemple Ch. Vandoorne, *elle pourrait se développer en synergie avec les politiques de cohésion sociale, de développement durable, les mouvements en faveur d'une renaissance de la démocratie participative, etc.* ». On voit que l'écosophie n'est décidément pas très loin.

Personne ne peut s'opposer raisonnablement à l'idée de réformer. La pleine adhésion des acteurs suppose toutefois de la part de celui qui entend réformer le respect de quelques conditions élémentaires. La principale est que la réforme ne rime pas avec une régression sociale, c'est-à-dire, dans le cas qui nous occupe, l'aggravation des inégalités sociales de santé, que la promotion de la santé entend précisément contribuer à diminuer. Dans ce même jeu de la réforme, l'étape consistant à élaborer les règles en concertation avec l'ensemble des autres joueurs peut également favoriser un large mouvement d'adhésion.

Est-ce que ces deux critères sont rencontrés dans le projet de réforme des dispositifs de santé tel qu'imaginé et porté par la Ministre de la Santé Fadila Laanan ?

Ce sont précisément les réponses à cette question qui constituent la raison d'être du présent numéro. Chacun des auteurs apporte un éclairage à la fois critique et constructif sur ce projet crucial pour l'avenir du secteur de la promotion de la santé. Et, bien que nous laissions au lecteur le soin de se faire sa propre idée sur le sujet, nous pouvons déjà dire que le projet ministériel a été suivi d'un premier succès. Grâce à lui, en effet, des acteurs du secteur de la promotion de la santé ont, en dépit de la très grande diversité de leurs pratiques du terrain, choisi de se mettre autour de la table pour poser les prémisses de ce qu'il faut bien appeler un devenir collectif. Certains d'entre nous espéraient cela depuis des lustres. Chez Félix Guattari, cela se nomme un « agencement collectif d'énonciation » ou un « groupe sujet » en opposition au « groupe assujetti ».

Julien Nève, rédacteur en chef
julien.neve@prospective-jeunesse.be

* Guattari F., *Les trois écologies*, Paris, Galilée, 1989.

Guide pour une réforme de la Promotion de la santé

Éditorial 1
Julien Nève

La santé partout et par tous. Plaidoyer pour une politique exigeante 3
Le Collectif des acteurs de promotion de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Sur la place laissée à l'associatif subventionné en promotion de la santé dans la définition des politiques publiques 10
Alain Willaert

Ce que nous attendions comme évaluation 13
Pascale Anceaux

Projet de réforme du secteur de promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles : questions d'Eurotox 15
Miguel Rwubusisi

Les écueils de l'évaluation 19
Chantal Vandoorne

Est-ce bien suffisant pour réformer ? 23
Philippe Mouyart

La promotion de la santé à l'école (PSE) : LA première ligne 26
Fabienne Henry

L'Observatoire du sida et des sexualités : 10 ans pour rien ? 28
Observatoire du sida et des sexualités

La folie évaluatrice 32
Yves Charles Zarka

La santé partout et par tous

Plaidoyer pour une politique exigeante

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

Introduction

Ne le cachons pas : depuis ce printemps 2011, en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), le monde des acteurs liés de près ou de loin à la « promotion de la santé » est inquiet quant à ses perspectives d'évolution et à la possibilité de maîtrise de son développement. Un projet ministériel envisage d'ici juin 2012 la rédaction d'un nouveau « Code de la santé » et la mise en place d'un « organisme opérationnel de promotion de la santé ». Cet organisme de pilotage rassemblerait les différentes fonctions opérationnelles de la santé aujourd'hui assurées par divers opérateurs : observation, recherche, documentation, communication, coordination, animation, organisation des dépistages et de la vaccination et évaluation. Les services communautaires de promotion de la santé, les centres de référence pour le dépistage, les observatoires thématiques ainsi que certaines asbl sont concernés par cette réorganisation. Au départ de ce projet : une « *Évaluation des dispositifs de politique de santé* », confiée à deux bureaux de consultance externe. Depuis juin dernier ce document a été passé au crible de la critique, ferme, mais constructive, tant dans une instance officielle comme le Conseil supérieur de promotion de la santé que dans des assemblées ayant mobilisé cet été nombre de représentants dits « du secteur » (essentiellement les organismes subventionnés, mais aussi divers intervenants œuvrant dans d'autres cadres budgétaires, tout en se réclamant de la promotion de la santé ou en se situant de fait dans son orbite).

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

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

En bref, les lacunes de l'Évaluation

Le malaise domine :

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

Témoigner, plaider, se démarquer, décrypter

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

cas, malgré quelques paroles rassurantes des autorités, le pouls du secteur oscille entre le mode « dubitatif » et le mode « alerte».

La santé : une ressource et un droit

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

Bien peu savent qu'elle a été essentiellement « *le fait de diplomates de grande envergure et de personnes venant d'horizons très divers.* […] *La santé était considérée comme un problème central de société et non un problème médical*[1] ». C'est sensiblement l'inverse aujourd'hui ! Où est la faille ? Sans doute en partie dans l'expansion galopante du marché des métiers, des infrastructures et des technologies médicales de pointe en matière de diagnostic et de soins, si précieux soient-ils. Mais sans doute aussi dans la constance médiatique et politique avec laquelle on n'a cessé de mettre en avant la seule première phrase de la définition de la santé par l'OMS, au détriment des huit suivantes, dont l'ensemble constitue une charpente solide et lucide quant aux mesures à prendre contre les facteurs de maladies et, plus prioritairement encore, contre les causes fondamentales d'emballement de ces facteurs pathogènes.

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

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

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

La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En suivant ce cadre juridique normatif, il semble que nous pouvons tenir la Fédération Wallonie-Bruxelles responsable de la mise en œuvre, dans un cadre fédéral de santé publique, d'un plan d'action sur les déterminants fondamentaux de la santé. Ce qui renvoie à de nombreuses compétences : politiques d'éducation, d'aide aux parents (crèches, écoles de devoirs), d'emploi, de logement, de sport à bon marché, d'accès à la culture, d'environnement, de mobilité, d'animation de quartier, de jeunesse (notamment le soutien précoce à l'estime de soi). Ce qui renvoie

Soigner les conditions de vie, raboter les inégalités

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

Les inégalités sociales de santé sont des réalités bien documentées en Belgique. L'absence de plans ambitieux de l'action publique pour les réduire significativement est préoccupante dans une société où l'égalité des chances est une valeur de référence. On dispose pourtant de multiples études, à l'image des tableaux de bord de la santé en Wallonie, de l'Enquête nationale de santé ou encore des études des mutualités et de la Fondation Roi Baudouin qui quantifient le problème et avancent des pistes de solutions. Quelques chiffres donnent à réfléchir : un écart d'espérance de vie de 7 ans entre classes sociales défavorisées et aisées ; pour l'espérance de vie en bonne santé, cet écart monte à 18 ans ; 50 % de surincidence des maladies cardiovasculaires chez les plus défavorisées, etc. […]

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

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

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

aussi à traquer les facteurs de stress délétères (dont une des dimensions les plus pernicieuses est celle de l'aliénation qui consiste à être habité par le sentiment de ne plus pouvoir contrôler sa vie). Ces déterminants fournissent le cadre pour une action multifocale sur la réduction des inégalités sociales de santé.

Promeut-on adéquatement la santé chez nous?

Sur le papier (du *Moniteur belge*), la formule est nette et entraînante. À l'article premier du décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française, il est dit : « *Par promotion de la santé au sens du présent décret, il faut entendre le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques.* » Et dans les faits ? Ce décret semble avoir amené plus d'évolutions concrètes dans les pratiques des acteurs de proximité et des professionnels (de promotion de la santé, de santé communautaire, etc.) que dans celui des politiques publiques et de la concertation des acteurs institutionnels. Ainsi les budgets réellement dédiés à la prévention et à la promotion de la santé sont déjà bien maigres (*voir encadré ci-contre*). Sans compter que l'importance accrue accordée aux démarches de prévention médicalisée entame à sa manière l'action sur les déterminants non médicaux de la santé. Piètre consolation : selon D.V. McQueen, le phénomène de minimisation de l'intérêt des démarches menées en promotion de la santé et des savoirs thésaurisés dans ce domaine est une tendance qui domine quasi partout dans le monde!

Pour une approche complexe du réel

Travailler sur la complexité, en matière d'évaluation de l'efficacité des pratiques de terrain par

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

La promotion de la santé tend de plus en plus à faire la preuve de sa pertinence pour appréhender les enjeux et problématiques de santé de manière complexe (*voir encadré page suivante*). À ce titre, elle s'avère particulièrement appropriée pour identifier des diagnostics élargis aux milieux de vie, à la société globale et à ses turbulences, en dépassant donc la seule question — surestimée — des modes de vie personnels. Ce travail de cadrage gagne aussi à s'appuyer sur des confrontations entre les vécus et expertises de santé des publics et ceux des professionnels de nombreux secteurs à vocation non marchande. Il doit fournir l'assise de toute politique de santé rationnelle bien comprise, au plus près des réalités quotidiennes des groupes les plus malmenés, qui sont actuellement les signaux d'alarme vivants les plus éloquents quant aux tendances délétères et aux responsabilités de remédiation.

L'oxygène de la complexité

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

Principes auxquels tiennent les acteurs

• Globalité. Il convient que la santé soit appréhendée dans toutes ses dimensions : physique, psychologique, sociale, économique, spirituelle, etc. Ce qui élargit la conception de la santé à la notion de qualité de vie. Face à une vision individualiste et « segmentée » de la santé, la promotion de la santé propose donc une approche qui interroge les *conditions de vie* et *modes d'organisation de la société*[2].

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

• Marier besoins et aspirations. Si l'épidémiologie offre une contribution importante à l'établissement des besoins et priorités de santé, elle envisage a priori la santé de manière néga-

tive et parcellaire, à partir de la maladie et des facteurs de risque. Mais cela pourrait-il constituer tout l'enjeu de santé en Fédération Wallonie-Bruxelles, ou même sa part la plus significative ? Sans éluder l'intérêt des données de santé publique, il apparaît essentiel d'impliquer et de concerter les publics sur l'une de leurs réalités les plus précieuses. Les acteurs de promotion de la santé veulent préserver cette capacité de médiation entre besoins et aspirations de santé des publics, pour garantir une offre de santé adéquate et dynamique en Fédération Wallonie-Bruxelles.

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

Valoriser l'intelligence collective

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

• L'instauration d'un dialogue équitable et la réelle prise en compte de la parole et de l'expertise des acteurs concernés avant la mise en place de la réforme, afin que celle-ci tienne compte de l'histoire d'un secteur, qu'elle valorise les ressources (compétences, expertises, réseaux) existantes et qu'elle s'inscrive réellement dans le respect des principes de la promotion de la santé.

• La reconnaissance de la nécessité d'investir en promotion de la santé pour favoriser le bien-être des populations et réduire les inégalités sociales de santé, ce qui implique une nette augmentation des budgets alloués à ce domaine de compétences. Avant cela, le maintien des budgets existants, leur indexation et la garantie de la préservation des compétences professionnelles existantes constituent un socle minimum pour la pérennité d'une politique de qualité.

• Le maintien d'une culture de la qualité des interventions, qui passe par la définition collective et négociée de critères de qualité et par le soutien aux acteurs pour intégrer ces critères.

• La remise en question d'une conception managériale centralisatrice qui semble voir dans la création d'un organisme de pilotage la solution à tous les problèmes. Nous plaidons pour le développement d'une approche qui privilégie le principe de subsidiarité et qui identifie de manière rigoureuse, systémique et participative les besoins de santé et les réponses à y apporter. D'éventuelles nouvelles structures ne pourront être créées qu'à partir d'une telle analyse qui en montrera la pertinence et qui en guidera les modalités d'implémentation adéquates.

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

Vous pouvez aussi réagir via le site mis en place par le Collectif, à l'adresse www.sites.google.com/site/collectifpromosante. Vous pourrez y consulter la liste des signataires régulièrement mise à jour. Vous y trouverez également plusieurs documents précisant la démarche du Collectif.

1. Selon un article d'Ilona Kickbush paru dans le très riche dossier « La santé : usages et enjeux d'une définition », revue *Prévenir* nº 30, 1er semestre 1996, Ed. CVM (Coopérative d'édition de la vie mutualiste, Marseille).

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

La réforme et *le collectif**

Trente ans après la communautarisation des matières de santé, la Ministre Fadila Laanan a missionné un consortium de sociétés (« Perspective Consulting » et « Effisciences ») pour évaluer les dispositifs de santé en Fédération Wallonie Bruxelles. Prévue dans le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé et, dernièrement, dans la Déclaration de politique communautaire 2009-2014, cette évaluation, rendue publique en mai 2011, est toutefois partielle dans le sens où, « *comme le prévoit le cahier des charges, le consortium s'est penché sur les dispositifs de santé et non sur l'efficience des programmes de médecine préventive et de promotion de la santé* ».

Suite aux recommandations du rapport d'évaluation, **un nouveau code de la santé** devrait bientôt voir le jour. Ce code entend articuler toutes les politiques liées à la santé autour du concept de promotion de la santé. Aux dires de la Ministre, « *une première version de ce code sera soumise au Conseil supérieur de promotion de la santé d'ici à la fin du premier semestre de 2012, afin de proposer un avant-projet de décret au gouvernement.* »

Par ailleurs, aux yeux de la Ministre l'organisation du secteur « *présente plusieurs lacunes comme les absences de coordination d'une politique globale et cohérente de promotion de la santé, d'orientation par le gouvernement pour la réalisation des missions de service public, de contrôle des missions et de la gestion des structures concernées et enfin d'évaluation de l'utilité des actions menées* ». Il a dès lors été décidé de suivre les préconisations du rapport d'évaluation visant la création d'un **organe de pilotage** avec « *l'objectif* […] *de rassembler en un seul endroit une expertise transversale qui dispose d'une vision globale de la promotion de la santé, y compris de la médecine préventive.* »

Démarré sans réelle concertation avec le terrain, ce projet de réforme n'a évidemment pas manqué de susciter l'inquiétude dans le chef de nombreux acteurs du champ de la promotion de la santé. Un champ qui, rappelons-le, se caractérise par sa très forte hétérogénéité. Il faut être un minimum averti, pour ne pas dire du sérail, pour trouver ce qui relie la pratique d'un formateur de Prospective Jeunesse à celle d'un acteur de médecine préventive en charge d'un programme de vaccination. Cela n'a pourtant pas empêché que se crée, à l'initiative de quelques bénévoles, un « **Collectif des acteurs de promotion de la santé** » qui s'est notamment donné pour mission de réagir au projet de réforme et surtout de rappeler au politique le rôle déterminant qu'il entend jouer dans la conduite de cette réforme.

Le plaidoyer qui suit est l'une de ses premières réalisations dont l'ensemble peut être consulté sur le site internet du collectif : www.sites.google.com/site/collectifpromosante. Chacun des autres textes expose la réaction d'un acteur ou d'une association au projet de réforme. Certains d'entre eux traitent presque exclusivement du rapport d'évaluation, notamment parce qu'ils sont le fruit des auditions des représentants des acteurs de promotion de la santé par la Commission santé du Parlement de la Communauté française.

Pour enrichir votre point de vue sur la réforme, ses enjeux et soubresauts, nous vous invitons à parcourir les articles parus dans le mensuel Éducation Santé, partenaire de Prospective Jeunesse Drogues | Santé | Prévention dans l'élaboration du présent numéro.

Éducation Santé

Références

Éducation Santé, nº 269, juillet 2011

- Absil G., Dadoumont B., De Bock C., et al., *Vers une représentation professionnelle en promotion de la santé*.
- Barbier C., *Évaluation des dispositifs de santé en Communauté française : constats et recommandations*.

Éducation Santé, nº 270, septembre 2011

- De Bock C., Massa F., Gosselain Y., Vandoorne C., *La première réunion du Collectif des acteurs de la promotion de la santé : joli succès*.

Éducation Santé, nº 274, janvier 2012

- Le Collectif des acteurs de promotion de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles, *La santé partout et pour tous. Plaidoyer pour une politique exigeante*.

Éducation Santé, nº 276, mars 2012

- Laanan F., *Réforme des dispositifs de santé en Fédération Wallonie-Bruxelles*.w

* Le contenu de cet article articule plusieurs extraits de Barbier C., « Évaluation des dispositifs de santé en Communauté française : constats et recommandations », in *Éducation Santé*, nº 269, juillet 2011

Sur la place laissée à l'associatif subventionné en promotion de la santé dans la définition des politiques publiques

> **Alain Willaert**, coordinateur au Conseil bruxellois de coordination sociopolitique*

N'en déplaise aux puristes de la langue française, le rapport d'évaluation commandé par la Ministre Fadila Laanan a eu au moins le mérite d'enrichir le vocabulaire de nombreux acteurs de promotion de la santé d'un nouvel emprunt lexical. Tous doivent désormais pouvoir répondre à cette tranchante question : Êtes-vous *top-down* ou *bottom-up* ? Autrement dit, êtes-vous partisan d'une politique publique définie par le haut ou préférez-vous l'approche dite par le bas ou ascendante selon laquelle l'innovation se fait essentiellement par la co-conception avec les acteurs de terrain ? Pour ceux qui auraient manqué le train ou le prendraient seulement en marche, Alain Willaert propose une petite remise à niveau. Son éclairage est crucial, d'une part parce qu'il touche à un enjeu sociétal fondamental dépassant largement le champ de la promotion de la santé, à savoir l'articulation entre société civile et pouvoirs publics. D'autre part, parce qu'il montre toute la difficulté éprouvée par le politique pour faire correspondre son action aux principes de la Chartre associative votée en grande pompe en 2009.

En juin dernier, le Cabinet de la Ministre Fadila Laanan conviait le secteur de la promotion de la santé à prendre connaissance tout à la fois des résultats d'une évaluation externe affichant l'ambition d'un scan minutieux du secteur et d'un plan de réforme élaboré en réponse à cette évaluation.

La volonté ? Évaluer les différents éléments constitutifs du dispositif de la politique de promotion de la santé en Communauté française (les programmes communautaires quinquennaux et opérationnels, les services agréés et les dispositions décrétales).

Notre propos, dans cet article, n'est pas de détailler le contenu du rapport d'évaluation, du projet de réforme porté par la Ministre Laanan ou de l'analyse qu'en fait le collectif des acteurs en promotion de la santé. Nous nous contentons ici de lire le conflit en convoquant ce vieux débat des rapports entre société civile et pouvoirs

* Le Conseil bruxellois de coordination sociopolitique asbl (CBCS) constitue une plate-forme de contact entre les principales organisations privées francophones de l'action sociale et de la santé ambulatoire en Région de Bruxelles-Capitale. www.cbcs.be

publics, au travers des mécanismes de concertation sociale et des principes énoncés par la charte associative (laquelle ne connait toujours pas d'arrêté d'application, preuve du malaise).

Un audit qui ne dit pas son nom…

La volonté des évaluateurs ? Contribuer à l'amélioration du dispositif de la politique de promotion de la santé et de la médecine préventive, en se focalisant sur la cohérence des compétences en matière de santé, la transparence et la lisibilité des dispositifs, la transversalité dans l'exercice des compétences, l'organisation et les structures, la pertinence des moyens opérationnels et le pilotage du dispositif dans son ensemble.

Nous nous contentons ici de lire le conflit en convoquant ce vieux débat des rapports entre société civile et pouvoirs publics […]

Prévue par la déclaration de politique communautaire 2009-2014, cette évaluation du décret du 14 juillet 1997 avait aussi été demandée par le Conseil supérieur de promotion de la santé, mais plutôt sur le mode de l'autoévaluation. Une option non retenue par la Ministre chargée de cette matière.

À la lecture de l'imposant rapport (131 pages), le journaliste extérieur au secteur ne pouvait qu'applaudir le courage du politique de déposer sur la table (mais sans volonté de le médiatiser) un audit (plus qu'une évaluation) qui le malmenait quelque peu, en dénonçant avec force le morcellement des compétences institutionnelles, rendant ainsi laborieuse la nécessaire transversalité des actions.

Au sortir de la séance d'information cependant, une question relative au timing demandait approfondissement : présenter un projet de réforme dans la foulée des résultats d'une évaluation. À l'habitude, un rapport d'évaluation est considéré comme base de travail sur laquelle bâtir du neuf, ou à tout le moins améliorer l'existant, en concertation (c'est une bien belle tradition belge) avec les forces vives du secteur concerné et les partenaires sociaux. Point de cela ici. On pouvait donc se poser la question de l'instrumentalisation de la recherche pour légitimer un projet de réforme préexistant. Nous avons appris, par la suite, le désengagement d'experts extérieurs du comité d'accompagnement en raison de divergences de vues sur l'utilisation et l'interprétation des données récoltées.

L'ébullition actuelle du secteur de la promotion de la santé montre la pertinence de cette question de timing. Le Collectif des acteurs en promotion de la santé — une fédération en devenir ? — vient de boucler une minutieuse analyse du rapport et du projet de réforme.

Que dit-elle ? Que du point de vue de l'échantillon des institutions consultées par questionnaire, le contenu de ce rapport ne peut en aucun cas constituer une base suffisante pour engager une réforme à la hauteur des besoins de la population et des professionnels. Et si, globalement, le collectif s'accorde avec les auteurs de l'étude sur les défis que doit relever le secteur de la promotion de la santé et les leviers qui lui permettent de le faire, il relève que la réorganisation proposée apparait en totale contradiction avec ceux-ci.

Pour faire court, le collectif :

- reproche au Cabinet Laanan d'avoir confondu consultation et concertation ;
- déplore une planification « top down » qui risque de faire basculer la promotion de la santé dans un cadre vertical trop rigide pour être opérationnel. « *On se dirige vers un modèle de contractualisation des projets par le biais d'appels d'offres reposant sur des critères économiques.* […] *La recommandation relative à la mise en place d'un organisme centralisé répondant aux questions priorisées par le politique risque de grever l'autonomie (stratégique et opérationnelle) des acteurs. Cette centralisation est en outre en contradiction avec le fait que l'évaluation et les recommandations prônent la nécessaire autonomie des acteurs et des secteurs. Au final, ce type de planification risque de conduire à un appauvrissement des fonctions telles que par exemple la recherche dont les choix d'étude, la méthodologie et les priorités ne seront plus décidées par les chercheurs et le terrain.* »

Une charte associative impunément bafouée

Le 30 mai 2008, le Gouvernement conjoint « Communauté française — COCOF — Région wallonne » adoptait en première lecture la Charte associative qui jette les bases d'une redéfinition des rapports réciproques qu'entretiennent État et associations.

Par cette Charte, les pouvoirs publics énoncent un ensemble de principes et prennent une série d'engagements. Nous n'en convoquerons que quatre d'entre eux pour les confronter au mode relationnel qui semble s'être noué entre le pouvoir politique et le secteur associatif de la promotion de la santé :

- Les associations sont une richesse créatrice de richesses : richesse économique, détection de besoins nouveaux au sein de la population, renforcement de la solidarité et de la cohésion sociale, rôle de relais entre le citoyen et les pouvoirs publics.
- Les pouvoirs publics reconnaissent et encouragent la liberté d'expression des associations et notamment l'exercice de leur capacité critique.
- Les pouvoirs publics soutiennent les efforts de structuration et de coordination des associations.
- La Charte ne porte pas préjudice au modèle de concertation sociale actuel. Si la Charte a un impact sur ce modèle, il ne peut être que positif, notamment à travers un encouragement des associations à entretenir le dialogue social interne, mais aussi en systématisant le modèle de négociation tripartite dans les secteurs subventionnés.

Si cette charte ne connait pas encore d'application légale, c'est moins dû à la grande technicité que requiert sa mise en place qu'à une profonde divergence idéologique quant à la place laissée à l'associatif subventionné. **Un désaccord perdure depuis les années 1980 entre ceux qui prônent la contractualisation, considérant l'associatif subventionné comme un service public fonctionnel, et d'autres qui parlent de subsidiarité, et donc d'un associatif partenaire dans la réalisation des politiques publiques.** Et, sans néanmoins défendre une subsidiarité « hard », à savoir créer un service public aux seuls endroits non investis par l'associatif, la charte reconnait l'expertise associative et sa capacité d'innovation. Un point de vue qui se marie difficilement avec la mise en place sans concertation d'un modèle « top-down ». De plus, la réforme inquiète le collectif sur le front de l'emploi. Les associations, dans l'expectative, seraient contraintes de délivrer des préavis « conservatoires » à nombre de salariés. Voilà qui, à notre avis, demande de prendre langue avec les partenaires sociaux.

On pouvait donc se poser la question de l'instrumentalisation de la recherche pour légitimer un projet de réforme préexistant.

S'y prendre autrement…

Comparaison n'est pas raison, dit le dicton. Il est pourtant intéressant de trouver un contre-exemple légèrement antérieur : les négociations, de mi 2007 à mi 2009 du décret de la Commission communautaire française « relatif à l'offre de services ambulatoires dans le domaine de l'action sociale, de la famille et de la santé », en application depuis le 1er janvier 2010. Il réunit en un seul texte de loi les législations jusqu'alors disparates de 12 secteurs de l'action sociale et de la santé ambulatoire et introduit l'obligation pour chaque association agréée de mener une démarche d'autoévaluation.

Dire que l'avènement de ce dispositif fut facile serait un mensonge, il y eut de grandes tensions dont certaines laissent encore des traces aujourd'hui. Mais l'autorité politique a fait ici le choix de la concertation. Il a circonscrit le lieu principal de la négociation au Conseil consultatif ad hoc, composé de représentants des employeurs, des travailleurs, des usagers et d'experts ; il a écouté les parties en présence en restant en retrait, puis est revenu avec des propositions adaptées.

Une source d'inspiration pour l'avenir ?

Ce que nous attendions comme évaluation*

> **Pascale Anceaux**, directrice d'Infor-Drogues**

L'audition des professionnels par la Commission a permis de faire entendre un peu de la parole du secteur des assuétudes. Pascale Anceaux est intervenue lors de cette audition en tant que responsable d'Infor-Drogues qui inscrit ses missions de prévention et d'accompagnement des usagers et de leur entourage dans le cadre de la promotion de la santé. Elle est également membre du Conseil d'Administration de l'asbl Eurotox, l'observatoire socioépidémiologique alcool-drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles qui lui aussi contribue à ce numéro en questionnant la possibilité de son autonomie future à travers la réforme.

« Une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations »
(OMS 1948).

L'importance du débat démocratique

Participer à un processus démocratique est toujours une chance à saisir. Il est essentiel de pouvoir expliquer à des représentants élus par la population ce qu'il en est de notre travail, des difficultés que nous rencontrons et des objectifs vers lesquels nous tendons avec le peu de moyens que nous avons. De pouvoir dialoguer avec eux. De pouvoir leur donner à entendre les paroles de ceux qui contribuent, au quotidien, à la promotion de la santé et ce d'autant plus que cette évaluation, qui fait l'objet du débat, tend à démontrer que ce concept serait flou et peu opérant.

Être auditionné par une commission d'élus, c'est se donner la possibilité de mettre en cause certains éléments de l'évaluation du secteur et faire part de nos craintes pour nos structures, nos travailleurs, mais aussi pour les publics que nous accompagnons.

La nécessité d'un état des lieux des besoins

Ce que nous reprochons à cette évaluation a été expliqué par le Conseil supérieur et par mes collègues. Je ne referai pas la liste des imprécisions et des approximations, des oublis et des incompréhensions.

* Audition à la Commission Santé du Parlement de la Communauté française de Belgique Fédération Wallonie-Bruxelles, 22 novembre 2011.

** www.infordrogues.be

Une évaluation du secteur, nous l'avons toujours demandée. Notre Ministre de tutelle en la mettant en œuvre nous a prouvé qu'elle était à l'écoute de nos difficultés et nous l'en remercions. Mais qu'ont évalué ces chercheurs ? Une méthodologie ou une organisation ? Sur quelles bases ? Nous n'avons trouvé nulle part une définition des besoins du secteur ou un relevé des besoins des populations. Comment dès lors, pouvoir évaluer le travail réalisé ? En fonction de quoi ?

Le processus a eu lieu sans la participation des acteurs eux-mêmes. Les formulaires informatiques que certains d'entre nous ont reçus n'ont manifestement pas permis aux chercheurs de comprendre le sens de ce que nous faisons. Cette analyse ressemble avant tout à une analyse de marché qui fait glisser la qualité de vie vers le bien-être, concept flou et subjectif, sans grand lien avec les déterminants de la santé.

Le pilotage est essentiel

Contrairement à ce que l'évaluation laisserait penser, nous ne travaillons pas en roue libre, des priorités de pilotage existent, au sein d'un programme quinquennal et de plans communautaires opérationnels. Nos programmes sont analysés par le Conseil supérieur de promotion de la santé, et nous sommes soumis régulièrement à des comités d'accompagnement. En matière d'assuétudes, nous avons la chance d'entamer une concertation que madame la Ministre a accepté de soutenir et nous tenons à l'en remercier : il s'agit d'un plan de stratégies concertées qui met au travail acteurs de terrain et chercheurs afin de dégager les besoins et les manques en matière de prévention des assuétudes et de réduction de risque. Ce processus qui s'inscrit dans le cadre de la promotion de la santé aurait avantageusement remplacé ce qui a été fait par les auteurs de ce rapport.

La fragilité de nos publics

Je voudrais surtout ramener la lumière sur les personnes auprès desquelles nous intervenons et à qui nous souhaitons rendre leur statut d'acteur de leurs choix.

En matière de prévention des assuétudes, comme pour ce qui concerne la prévention du sida et l'accompagnement des personnes séropositives, nos publics sont des publics particulièrement vulnérables, toujours stigmatisés, toujours menacés, dans leur identité, dans leurs statuts, dans leurs droits, dans leurs conditions d'existence. Les contacts sont fragiles, la confiance difficile. Les deux observatoires qui existent actuellement l'ont compris et ont su travailler en concertation avec les associations de terrain, à la fois en proximité avec elles et dans une position qui permette le recul nécessaire à l'analyse. En respectant leurs réserves et leur prudence, en dialoguant avec eux sur les résultats. Cela est d'autant plus remarquable que ce n'est pas ce qui se passe avec l'Institut scientifique de santé publique, organisme public.

Une évaluation du secteur, nous l'avons toujours demandée.

Leur indépendance par rapport aux décideurs publics permet de garantir l'indépendance nécessaire pour évaluer les politiques menées et

les besoins non rencontrés. Ramener les observatoires au sein d'une structure para communautaire mettrait en danger ce regard critique, mais aussi poserait la question cruciale de la protection des données. Comment confier à un organisme public des données sensibles en lien avec la vie privée des usagers et souvent associées à des pratiques illégales ? Comment évaluer la réduction des risques quand on est représentant d'un pouvoir politique qui condamne les usages de drogues ? Comment éviter l'ambiguïté d'un double discours ?

La fascination de la centralisation

Quelle serait la plus value d'une structure centralisatrice ? Comment clarifierait-on les relations entre cette structure publique et le secteur des associations, et ce d'autant plus qu'on nous répète que certains travailleurs des associations seraient intégrés à ce service ? L'expérience de l'Agence de prévention Sida doit rester dans nos mémoires. Pour y avoir travaillé et avoir aimé cela, je me dois de rappeler que cette structure a été dissoute principalement en raison des reproches qui lui étaient faits de coûter trop cher et de mélanger contrôle, évaluation, soutien et mise en œuvre de projets. De trop centraliser et de s'inscrire dans une politique de décision descendante. Est-on bien sûr de l'intérêt de revenir en arrière ? Et pourquoi ?

Comment confier à un organisme public des données sensibles en lien avec la vie privée des usagers et souvent associées à des pratiques illégales ?

Une demande d'aide à la transversalité

La possibilité de pouvoir mettre en œuvre une réelle politique de promotion de la santé s'appuie sur l'opérationnalisation de la transversalité. La transversalité signifie créer des passerelles entre les services, les domaines d'interventions, les niveaux de pouvoir, les acteurs, où la mutualisation des compétences prend tout son sens, dans un objectif commun, et notamment celui de la prise en compte globale de l'individu en tant que citoyen, et ce du plus jeune âge au plus grand âge, dans ses différents lieux de vie. Nous avons besoin de cette transversalité pour contrer les inégalités sociales de santé qui augmentent. L'évaluation que nous attendions aurait dû insister sur l'importance de clarifier l'impact de la promotion de la santé sur les autres champs de compétence de la Fédération Wallonie-Bruxelles (aide à la jeunesse, culture, enseignement), mais aussi sur ceux des autres entités fédérées ou fédérales (cohésion sociale, justice, santé).

L'école de la promotion de la santé

La promotion de la santé nous permet, par exemple d'aborder la question des usages de drogues avec des publics méfiants en inscrivant cette question dans celle plus large et plus acceptable du soutien à la parentalité. Elle nous autorise à rencontrer les jeunes autour de questions qui les mobilisent telles que la justice et la solidarité. La promotion de la santé est une approche qui interroge les conditions de vie et les modes d'organisation de la société. C'est ce qui fait son intérêt. Elle permet d'intervenir dans les communes et les quartiers. De rendre la parole aux citoyens. De cesser de cloisonner les disciplines et d'inscrire les différents publics dans la patience qu'on inflige aux malades. C'est pourquoi nous voudrions pouvoir continuer à la mettre en œuvre, en inscrivant nos projets dans la continuité, en bénéficiant de moyens qui nous permettent de le faire et d'un soutien politique qui rende tout cela possible.

Projet de réforme du secteur de promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles : questions d'Eurotox

> Miguel Rwubusisi, Eurotox*

En tant qu'observatoire socioépidémiologique, Eurotox vise à l'amélioration de la connaissance du phénomène de l'usage des drogues, de son contexte et de ses conséquences par le biais de projets d'études et de recherches dans le champ des assuétudes. Un champ dont la spécificité n'a visiblement pas sauté aux yeux des auteurs du rapport dévaluation commandé par la Ministre F. Laanan. C'est en tout cas ce que nous rappelle Miguel Rwubusisi en plus d'éveiller notre attention sur la fausse bonne idée qui consisterait à confier les missions d'observation, en ce compris celle de « l'identification des besoins et des risques de la population », à un « organisme opérationnel de promotion de la santé ».

Eurotox, observatoire socioépidémiologique alcool-drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles, n'a pas manqué, comme un certain nombre d'autres organisations actives en première ou deuxième ligne dans le domaine des assuétudes, d'être interpellé par certains aspects du récent rapport d'évaluation des dispositifs de santé en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Même si Eurotox peut entendre le souci de transversalité et de coordination des « politiques de bien-être », lesquelles gagnent effectivement à être co-construites transversalement à diverses matières, dépassant ainsi largement le cadre du seul « symptôme de (bonne ou mauvaise) santé », voici les points qui l'interpellent plus précisément :

Spécificité et sensibilité de la prévention des assuétudes et du public bénéficiaire.

Le rapport d'expertise préconise que la promotion de la santé se décline dans l'avenir selon les quatre grandes fonctions de la « santé pour tous », soit : la médecine préventive ; la protection ; l'observation, la surveillance et la recherche ; et enfin l'information, l'éducation et l'empowerment.

Or, la spécificité de la matière « assuétudes » et de la prévention de ces dernières en fait une thématique à part entière. Pourquoi et au nom de quel progrès serait-elle démantelée et redistribuée entre ces quatre grandes fonctions de la « santé pour tous », sans plus tenir compte de son unité et de sa globalité ?

* L'asbl Eurotox, fondée en 1990 est le résultat d'une collaboration entre trois associations actives en Communauté française et en Région de Bruxelles Capitale dans différents domaines en lien avec l'usage des drogues : Infor-Drogues, Modus Vivendi et Prospective Jeunesse. www.eurotox.org

Il faut savoir qu'une des spécificités du secteur assuétudes est notamment de s'être construit parce qu'un public d'usagers était (et reste) systématiquement tenu à l'écart des structures généralistes (voir par exemple Sacré, Daumas & Hogge, 2010 ; Denis, De Dobbeleer, Benabderrazik, Bizimungu & Sciera, 2008). Et au-delà, même si l'on considère le public de la promotion de la santé hors assuétudes, rappelons-nous que lorsque les interventions ne visent un public que de manière généraliste, sans cibler spécifiquement les plus précaires et les plus vulnérables, elles passent systématiquement à côté de ces bénéficiaires. Ceux-ci sont ainsi deux fois victimes d'inégalités sociales criantes. Or, une des priorités du Conseil supérieur de promotion de la santé (et de Madame la Ministre) est justement de réduire les inégalités sociales en santé. Laisser de côté la spécificité de la prévention des assuétudes, pour ne traiter celle-ci qu'au sein de quatre grandes fonctions généralistes, risque bien de manquer ce but.

Enfin, la spécificité de la matière tient aussi dans la sensibilité des données récoltées. En effet, les consommations de drogues restent un comportement illégal. Sans une certaine souplesse liée à l'indépendance par rapport au politique, des initiatives émergentes utiles, mais pour un temps illégales n'auraient jamais vu le jour ni pu faire leurs preuves avant d'être validées et légalisées (comptoirs d'échanges de seringues, traitements de substitution, opérations boule-de-neige, testing de produits, etc.). Les observatoires indépendants sont idéalement placés pour accompagner ces pratiques et pour en analyser les données, notamment pour une question de confiance et de confidentialité.

On peut également compléter cet argument sous un autre angle : celui de la temporalité. Le temps d'un gouvernement (temps pendant lequel il est censé produire des résultats et en rendre compte devant des électeurs — en général, 4 ou 5 ans) n'est pas celui des tendances émergentes dans les pratiques de terrain, de leur consolidation et de leur évaluation (parfois une décennie ou plus) ! Un organisme opérationnel de promotion de la santé, conçu essentiellement pour fournir « un appui au cabinet » (voir plus bas) pourra-t-il s'adapter à ce « temps » venu d'« en bas », sans que l'électeur — ou le ministre —ne s'impatiente ?

Connaissance du terrain

Selon le rapport d'étude, les tâches d'observation telles que celles accomplies aujourd'hui par Eurotox doivent comprendre une « identification des besoins et des risques de la population, afin de déterminer quels sous-groupes ont besoin de services ». Quelle serait la plus-value d'un organisme opérationnel de promotion de la santé sachant que la proximité avec le terrain est par ailleurs prônée par les évaluateurs eux-mêmes. En quoi la connaissance pointue et fine du terrain construite depuis plus de dix ans par Eurotox serait-elle mieux assurée par un organisme opérationnel de promotion de la santé (Eurotox est, rappelons-le, une collaboration entre les asbl Modus Vivendi, Infor-Drogues et Prospective Jeunesse, qui sont en première et deuxième ligne en ce qui concerne la communication avec les usagers !), sans oublier les autres observatoires actifs à divers niveaux en Communauté Wallonie-Bruxelles ? Il faut garder à l'esprit que la récolte de données de terrain par un observatoire donne lieu systématiquement à des réticences des acteurs de terrain en question, craintifs notamment de se voir réduire, par la volonté du politique et sur base des résultats publiés grâce à leurs données, un cadre et des subsides déjà très insuffisants comme le montrent des études telles que « Drogues en Chiffres » (De Ruyver, Pelc, Casselman & al., 2004 ; et De Ruyver, Pelc, De Graeve & al., 2007)[2]. Comment maintenir la confiance du terrain et sa volonté de participer à cette mission de collecte de données si la distance s'amenuise entre les missions d'observation et le pouvoir exécutif, qui alloue les subsides et soutient les projets ? Que dire notamment de la recherche menée actuellement par Eurotox sur les « stratégies concertées en matière d'assuétudes » ? Là aussi, il s'est rapidement avéré que les acteurs de terrain se révélaient soucieux de l'indépendance d'Eurotox par rapport au pouvoir exécutif, afin que le processus de réflexion soit réellement « bottom-up », plutôt que « top-down », pour reprendre la terminologie d'Effisciences et Perspective Consulting. Par ailleurs, quelle crédibi-

* L'asbl Eurotox, fondée en 1990 est le résultat d'une collaboration entre trois associations actives en Communauté française et en Région de Bruxelles Capitale dans différents domaines en lien avec l'usage des drogues : Infor-Drogues, Modus Vivendi et Prospective Jeunesse. www.eurotox.org

1. Voir notamment, comme exemple de données collectées sur le terrain, l'« Élaboration d'un cadastre des actions de prévention et de réduction des risques liés à l'usage de drogues subsidiées par les pouvoirs publics en Communauté française », disponible à l'URL : www.eurotox.org/documents/documents.html. Il faut savoir qu'un important travail de proximité a été nécessaire pour emporter l'adhésion des acteurs de terrain à ce processus, à cause de la crainte de se voir cataloguer dans un simple « répertoire » des projets ou institutions, permettant notamment de « traquer » les « doublons ».

lité garde aujourd'hui ce processus et son promoteur, Eurotox ? Eurotox avait fait remarquer d'entrée de jeu au cabinet que les acteurs de terrain étaient las de participer à des processus de concertation qui ne se traduisaient pas de manière opérationnelle, et que pour les amener à collaborer, il était impératif que les stratégies concertées débouchent sur un Plan communautaire opérationnel (PCO). Or, vu la tournure actuelle, rien ne permet d'affirmer que ce sera le cas. Le terrain s'en rend compte, et commence à poser la question de l'utilité du processus.

Expertise : approche scientifique, apolitique, de la santé publique

Revenons un instant sur la possible opposition entre une approche « bottom-up », remontant du terrain, et une approche « top-down », partant de structures plus proches du pouvoir exécutif. Cette dernière approche peut, par essence, comporter des aspects empreints d'une certaine autorité (celle du pouvoir exécutif en question). Partant, il nous semble que l'expertise « apolitique » nécessaire au monitoring de ce qui se passe sur le terrain pourrait dans certains cas être mise à mal.

Créditons la Ministre Laanan de la bonne foi, posant qu'elle souhaite elle-même une approche scientifique et objective. Mais que dire d'un futur ministre de la santé qui serait moins proche du terrain et des « quartiers », plus « technocrate » et plus orienté « top-down » ? Accepterait-il de se pencher sur des résultats scientifiques avant de trancher, par exemple, entre « plus d'encadrement et de réduction des risques liés aux consommations », plutôt que « plus de répression » ? Et surtout, s'il ne l'acceptait pas (ce que nul ne peut exclure), en quoi est-ce qu'un organisme opérationnel de promotion de la santé serait aussi bien armé qu'un observatoire indépendant pour résister à d'éventuelles pressions de « son » ministre ? Gardons en effet à l'esprit que le rapport d'étude précise, à propos des tâches de planification et de programmation de l'organisme opérationnel de promotion de la santé, que : « La conception des plans et des programmes devrait surtout consister en un appui au cabinet […] » (p. 126).

« Doublons ».

Le terme de « doublon » est mis en avant dans le rapport d'évaluation comme un risque présent et à éviter dans la mise en œuvre de la promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles. Cependant, qu'il s'agisse d'Eurotox ou d'autres organismes, comment le terme et le concept de « doublons » peuvent-ils être mis en avant de manière valide alors qu'aucune évaluation des besoins (du public, des usagers, des institutions de terrain) n'a été couplée à l'évaluation du dispositif (en admettant que celle-ci soit valide) ? Comment dire qu'il y a « trop » (deux fois la même chose !) quand on ne sait même pas s'il y a « assez » ?

Comment un organisme opérationnel de promotion de la santé fera-t-il le lien avec des acteurs non financés par la Fédération Wallonie-Bruxelles ?

Certains acteurs (contrats du ministère de l'Intérieur, milieu familial, de la rue, scolaire ou encore carcéral) dépendants d'autres pouvoirs organisateurs (PO) que la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) doivent régulièrement être contactés et convaincus par Eurotox, avec difficulté, de travailler à diverses collectes de données pour la FWB. Celles-ci ne « servent » donc pas leur propre PO (exemple : « Élaboration d'un cadastre des actions de prévention et de réduction des risques liés à l'usage de drogues subsidiées par les pouvoirs publics en Fédération Wallonie-Bruxelles » — sous presse —, « Stratégies concertées assuétudes » — en cours). La crainte de ces acteurs est notamment qu'une vision liée à un PO qui n'est pas le leur soit privilégiée au détriment de la grille d'action de « leur » P.O. La proximité d'Eurotox avec le terrain, et avec des institutions « Fédération Wallonie-Bruxelles » elles-mêmes en rapport avec ces acteurs « non-Fédération Wallonie-Bruxelles » a contribué à convaincre ces derniers de participer à ces processus. Quelle serait la plus-value d'un organisme opérationnel de promotion de la santé pour établir ce genre de lien ?

Évaluation et contrôle

Eurotox reconnaît un facteur d'évolution positive dans la volonté de systématiser l'évaluation des projets/programmes (comme le préconise

d'ailleurs l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies).

On peut toutefois se demander quel sera le rôle exact de l'organisme opérationnel de promotion de la santé ? S'agira-t-il de fournir des outils d'aide à l'auto-évaluation des projets et programmes mis en œuvre par les acteurs sur le terrain ?

Il semble en tout cas primordial que soient séparés le contrôle d'une part, l'évaluation de l'autre. Entendons par là d'un côté le contrôle des politiques développées en fonction des programmes agréés par le ministère, de l'autre l'évaluation des tâches remplies, car une telle évaluation porte un jugement scientifique final qui permet de réorienter les pratiques.

Citation (page 125 du rapport d'évaluation) : « On ne voit pas […] clairement actuellement comment les tâches d'observation contribuent aux différents plans de santé publique ou de promotion de la santé en Communauté française ».

En effet, « on ne voit pas » ! Il est paradoxal, en tant qu'observatoire dans le champ des assuétudes, de voir pointer un manque de contribution des tâches d'observation dans les plans de santé publique ou de promotion de la santé. En effet, des recommandations sont régulièrement émises, les rapports produits sont mis à disposition de tous et une large publicité en est faite, et enfin une entité comme la Cellule politique santé drogues permet aux autorités politiques de toutes les entités fédérées de se coordonner pour élaborer des politiques cohérentes, notamment d'après les recommandations et les résultats d'observations. Des documents comme le « dossier alcool » ou le « dossier dopage » inclus dans des rapports successifs d'Eurotox sur l'usage de drogues en Communauté française n'ont pas donné lieu à des consultations, à l'élaboration ou l'inflexion de politiques concernant ces sujets, cela peut être par manque d'intérêt ou manque de volonté politique de certains ministres. Mais en quoi un organisme opérationnel de promotion de la santé viendrait-il suppléer un manque d'intérêt ou un manque de volonté politique ?

Conclusions

L'évaluation diligentée par Madame la Ministre ne semble qu'un premier pas vers un véritable processus de concertation avec le terrain (première, deuxième et troisième ligne) avant une éventuelle réforme du code de la santé assortie de la création d'un organisme opérationnel de promotion de la santé, ou tout autre organisme réalisant les tâches décrites dans l'évaluation. Les fonctions de ce dernier gagneraient également, selon nous, à être discutées dans cette deuxième phase.

L'évaluation du dispositif de promotion de la santé qui en résulterait gagnerait également en crédibilité, selon nous, en s'articulant à une véritable évaluation des besoins du terrain (usagers, associations de première et deuxième ligne), notamment en termes de tâches d'observation et de veille sanitaire.

Références

Denis C., De Dobbeleer M., Benabderrazik A., Bizimungu D.G., Sciera V., *Les usagers de drogues suivis en médecine générale : recours fréquent aux services d'urgence, mais pas toujours les bienvenus*, Revue de la médecine générale, décembre 2008, 258.

De Ruyver B., Pelc I., Casselman J. & al., *La politique des drogues en chiffres, une étude des acteurs concernés des dépenses publiques et des populations atteintes*, Gent, Academia Press, 2004.

De Ruyver B., Pelc I., De Graeve D. & al., *Drogues en chiffres II : étude des acteurs concernés, des dépenses publiques et des populations atteintes, étude de suivi*, Gent, Academia Press, 2007.

De Ruyver B. & al., *Faire et ne pas faire dans le cadre d'une politique intégrale et intégrée sur les drogues : rapport final*, Brussel, Federaal Wetenschapsbeleid, 2009.

Rwubusisi M., *Secret professionnel. Le droit de se taire face à l'obligation de collaboration*, Bruxelles, CAAJ, Communauté française, 2002.

Sacre C., Daumas C. et Hogge M., *Besoins et offre de services à disposition des usagers de drogues par injection en Région wallonne*, Bruxelles, Eurotox et Modus Vivendi, 2011.

Les écueils de l'évaluation*

> **Chantal Vandoorne**, directrice de l'APES-ULg**

Situé à l'interface entre les acteurs de terrain, le politique et le monde de la recherche, les quatre services communautaires de promotion de la santé se chargent de diffuser et rendre opérationnelle la Promotion de santé. Comme l'écrit Ch. Vandoorne, ils travaillent à la rendre « liquide », de manière à ce qu'elle « percole lentement et surement au travers de différentes sphères d'activité ». À la fois dedans et dehors, leur point de vue est privilégié et ne pouvait manquer d'être entendu par les quelques parlementaires soucieux quant au devenir du secteur de la Promotion de la santé. En charge de l'exercice, la directrice de l'APES remet quelques pendules à l'heure, notamment sur ce qu'il faut entendre par « évaluation ».

Un témoignage inspiré de trois postures

Mon témoignage se situe à l'interface de trois mondes, il repose sur des postures qui apportent des angles de vue différenciés quant à l'évaluation des dispositifs de politique de santé et au projet de réforme :

- Le monde des acteurs de promotion de la santé que je côtoie dans le cadre de soutiens méthodologiques sur la conception et l'évaluation de projets et programmes, et plus récemment, dans le cadre du collectif des acteurs de promotion de la santé.
- Le monde des décideurs pour lesquels des avis et recommandations sont formulés dans le cadre des conseils, commissions et groupes de travail auxquels je participe (Conseil supérieur de promotion de la santé — CSPS, Commission Promotion de la santé à l'école — PSE, …) ; des décideurs qui sollicitent aussi des prestations des Services communautaires de promotion de la santé (SCPS) pour préparer ou faciliter l'application des politiques.
- Le monde de l'expertise scientifique, grâce à l'ancrage universitaire de l'APES-ULg et à nos collaborations internationales en francophonie, qui permettent d'enrichir nos interventions par la référence aux études et expériences étrangères ainsi qu'aux données probantes.

Mon témoignage sera aussi teinté d'un regard historique, l'APES ayant été, depuis sa fondation en 1980, étroitement associée à divers modes d'organisations politiques et associatives de l'éducation pour la santé puis de la promotion de la santé.

Le chaînon manquant

Le regard que je porterai aujourd'hui sur le rapport d'évaluation sera d'ordre stratégique. Il ne s'agira pas de critiquer le consortium d'évaluateurs et ses choix méthodologiques[1], mais plutôt de pointer les éléments qui dans ce rapport, pourraient avoir un impact avec une réforme des dispositifs de santé. Je m'attarderai donc aux points du rapport d'évaluation qui ont été mis en exergue dans les premières présentations du projet de réforme dont nous disposons à ce jour. J'essaierai de vous faire partager notre conviction[2] qu'il manque une étape entre ce rapport d'évaluation et un projet de réforme,

* Audition à la Commission Santé du Parlement de la Communauté française de Belgique Fédération Wallonie-Bruxelles -22 novembre 2011.

** www.apes.be/

1. On sait que les travaux d'une équipe d'évaluation externe sont fortement déterminés par le cahier des charges, le comité de suivi, les délais, les facilités d'accès aux informations, etc.

actuellement déjà confié à un cabinet juridique. Cette étape intermédiaire indispensable devrait au moins s'intéresser à deux questions :

- une analyse d'opportunité et de faisabilité des recommandations formulées par les évaluateurs (*par exemple, suffit-il d'une réorganisation concentrée sur le niveau central pour faire mieux ? avec aussi peu de moyens ?*) ;
- une analyse opérationnelle des éléments sur lesquels capitaliser pour une amélioration globale du dispositif, en particulier de son pilotage : des démarches concertées, des outils, des pôles de compétences, des études préalables, etc.

  Une telle analyse opérationnelle aurait été particulièrement bienvenue en ce qui concerne l'analyse de la contribution des SCPS et des autres organismes d'observation ou de gestion de programmes (Eurotox, Observatoire Sida Sexualité, Éducation santé, PROVAC, etc.) dans le pilotage et la mise en œuvre des politiques.

Les SCPS par exemple exercent des missions généralistes, mais ils suivent une « feuille de route », négociée avec l'exécutif, la Direction générale de la Santé et le Conseil supérieur de promotion de la santé. Ils jouent effectivement un rôle dans l'exécution des politiques, mais ce rôle est toujours négocié d'un côté avec les décideurs, de l'autre avec les opérateurs. Dans une majorité de dossiers, les relations avec la DG santé ont été suivies et les travaux entre SCPS et DG Santé réalisés en complémentarité. Ces services, extérieurs à la DG santé, sont par ailleurs stratégiquement mieux positionnés pour mettre en œuvre des concertations qui faciliteront l'application des politiques.

L'impact de la discontinuité des politiques : trop peu mis en évidence

Les professionnels expérimentés en promotion de la santé en FWB auraient souhaité que soient mieux analysées un certain nombre d'occasions manquées. Cette analyse aurait permis de capitaliser sur quelques réussites du dispositif de promotion de la santé. Citons quelques exemples :

- Une analyse systématique et harmonisée des projets est réalisée avant toute décision de financement, grâce au canevas de rédaction et à la grille d'appréciation des programmes d'action et de recherche, une exigence est posée vis-à-vis des promoteurs d'intégrer systématiquement une démarche d'évaluation dans leurs projets, mais au bout du processus, les moyens n'ont jamais été dégagés pour réaliser au niveau central une analyse harmonisée des rapports d'activité et des évaluations.
- La Communauté française de Belgique a toujours été citée en exemple à l'étranger pour avoir mis à la disposition des promoteurs des possibilités de soutien méthodologique, stratégique et logistique. C'est l'existence de ce système d'appui qui permet d'appliquer des critères de qualité, parfois jugés sévères, aux demandes de financement de projets. Ces complémentarités et équilibres n'ont pas fait l'objet d'analyse dans le rapport d'évaluation des dispositifs de santé.
- Des outils de pilotage d'une politique (programme quinquennal et plan communautaire opérationnel) ont été mis en place, mais au bout du compte peu exploités. Ainsi, malgré plusieurs demandes en ce sens du CSPS, aucun moyen n'a été dégagé pour réaliser un monitoring et une évaluation de ceux-ci.
- En particulier des analyses de faisabilité pour

2. Le « nous » réfère ici aux acteurs de promotion de la santé qui ont rédigé des analyses, des avis et des propositions dans le cadre du CSPS et du collectif des acteurs de promotion de la santé.

la création d'un Système d'information sanitaire ont été commanditées, réalisées, examinées par les Commissions ad hoc et le CSPS, mais jamais suivies de décisions d'application.

- Un projet de plan communautaire opérationnel dans le domaine cardio-vasculaire/santé du cœur a été formulé sur base d'une construction collaborative largement financée par la FWB ; il n'a jamais fait l'objet d'un suivi par le gouvernement et ses services.
- La promotion de la santé à l'école a fait l'objet de deux nouveaux décrets pour les services de santé scolaire. Durant les premières années, quelques études ont eu lieu sur l'implantation de ce décret ; par contre en ce qui concerne la nécessaire coopération des secteurs de l'enseignement et de la santé en sorte que la promotion de la santé fasse l'objet d'une approche structurée dans les établissements scolaires, les initiatives se sont succédées au rythme des mandats politiques sans analyse précise de la faisabilité des unes et des autres : projet de santé obligatoire de chaque PSE avec chaque école ; projet de service des PSE, réflexion sur la collaboration PSE-PMS et récemment projet de Cellules Bien-être.
- L'intérêt pour stimuler l'action locale est manifeste : les Centres locaux de promotion de la santé (CLPS) sont positionnés comme référents de nombreux dispositifs, les appels à projets pour des actions communales se multiplient, mais la réflexion sur les dispositifs à mettre en place pour articuler les stratégies top down/les priorités régionales et les stratégies bottom up/les priorités locales n'a pas été soutenue. Cette réflexion était pourtant au centre des conférences locales de promotion de la santé, conçues comme un outil de démocratie sanitaire au moment où celles-ci ont été introduites.

Un regard dévalorisant pour les acteurs de promotion de la santé

Ainsi le rapport d'évaluation et l'argumentaire du projet de réforme accordent peu de place à la reconnaissance des processus de qualité mis en place par le secteur de promotion de la santé à son bénéfice et au bénéfice de services/personnes extérieures.

Ce regard dévalorisant est d'autant plus mal vécu par ces acteurs que bien souvent, ils sont garants de cohérence là où les demandes top down sont incohérentes ou au minimum, discontinues et peu fondées. Il est donc heureux que « *Les opérateurs aient pris la main !* » comme le disait la Ministre de la santé dans une récente interview[3]. Ils font reposer cette recherche de cohérence sur des dynamiques de concertation et d'adaptation à la diversité des ressources et des besoins, tout en conservant un réel souci du projet politique du moment.

Les acteurs de promotion de la santé se sentent aussi dévalorisés, car ils sont confrontés à des interlocuteurs qui s'intéressent peu au contenu de leur travail, aux enjeux de la promotion de la santé, à son insertion dans les défis sociétaux (marchandisation, montée des actes techniques préventifs, individualisation du bien-être, déterminants des ISS, etc.). Les questionnements scientifiques et éthiques en promotion de la santé sont peu évoqués dans les textes des évaluateurs ou dans la présentation du projet de réforme : liens entre promotion de la santé et de droits de l'homme, apports scientifiques sur les difficultés de la gouvernance et de l'évaluation en promotion de la santé, etc. La formation et la recherche sont négligées alors qu'elles sont unanimement reconnues par des organismes internationaux tels que l'UIPES[4] comme étant deux piliers de l'évolution des pratiques professionnelles.

Certains défis ressentis et formulés par les acteurs de promotion de la santé ont trouvé un écho dans le rapport d'évaluation des dispositifs de politique de santé. L'un d'entre eux est évoqué dans les communications politiques sur le projet de réforme : il s'agit de la stabilisation des professionnels. Par contre trois autres défis jugés essentiels ne sont pas évoqués dans les projets de réforme : la transversalité des politiques visant les déterminants de santé à l'intérieur des compétences de la FWB, la transversalité des politiques de santé entre l'autorité fédérale et les entités fédérées, le nécessaire accompagnement des acteurs hors secteur de promotion de la santé pour impulser une action sur ces déterminants variés de la santé. Comment rendre la promotion de la santé « liquide » pour qu'elle s'infiltre dans l'ensemble des politiques ? Com-

3. Remarquons, dans les communications officielles sur l'évaluation du dispositif, le passage sémantiquement significatif du terme « acteur », habituellement utilisé en promotion de la santé, au terme « opérateur ».

4. Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé

plémentairement comment rendre les dispositifs des autres secteurs d'activités perméables à la promotion de la santé ?

Si la stabilisation des professionnels est évoquée, il semble que la reconnaissance des spécificités et de l'expérience de ceux-ci en promotion de la santé ne soit pas assurée.

Une conception managériale étroite : manque d'analyse multi niveaux, manque de modélisation des boucles de rétroaction

Le rapport d'évaluation pose quelques raisons qui motivent la nécessité d'une évolution du dispositif actuel de politiques de santé. Il s'agit notamment de la nécessité d'une meilleure lisibilité des politiques et des actions de promotion de la santé par la population et par les acteurs politiques eux-mêmes. Une telle lisibilité est effectivement essentielle à un fonctionnement optimal de la promotion de la santé, dont un des enjeux est par essence de se faire connaitre et accepter par d'autres secteurs d'activités. Une autre raison invoquée consiste en la nécessité d'assurer un pilotage qui permette une meilleure prise en compte opérationnelle des priorités.

Face à ces justifications tout à fait légitimes, on peut cependant s'étonner de l'absence de bilan sur les outils de pilotage existants : stratégies concertées ; programme quinquennal et plan communautaire opérationnel, projets de service des PSE, etc. L'argumentaire pour la création d'un organe de pilotage centralisé pointe aussi le manque de clarté des missions des SCPS, l'absence de contrôle et d'évaluation. Comment pourrait-il en être autrement alors que les données présentées dans les rapports annuels des services n'ont pas été analysées ; alors que les cabinets ministériels ont été peu présents aux comités de concertations annuels, alors que le plan d'évaluation de leurs missions prévu par décret de juillet 1997 et proposé par les SCPS n'a jamais été approuvé par les autorités ?

On peut également s'étonner aussi du manque d'exploitation des nombreuses démarches d'évaluation mises en place par les acteurs dans le cadre des financements des actions et recherche en promotion de la santé. Depuis le décret de juillet 1997, des progrès ont été faits pour faire accepter l'évaluation par les opérateurs et les aider à formaliser les pratiques d'évaluation implicites qui étaient les leurs. Des éléments d'évolution pourraient émerger d'une mutualisation des procédures et des résultats de ces évaluations et d'une possible standardisation de certains aspects. Les travaux entamés par l'ISP et le KCE visant à définir des indicateurs de promotion de la santé et de prévention ouvrent aussi des perspectives en ce sens.

Toutefois, l'on relève dans le discours qui argumente la nécessité d'une réforme et en particulier d'un organisme de pilotage, des confusions entre les notions d'évaluation et de contrôle. Le contrôle se situant du côté de l'utilisation des fonds alloués, du respect du cahier des charges et du contrat de gestion. On relève parallèlement des glissements entre l'évaluation des politiques mises en place et l'évaluation des acteurs/opérateurs subsidiés dans le cadre de celles-ci.

Par ailleurs, les acteurs de promotion de la santé sont sceptiques sur l'impact qu'entrainera le renforcement d'un seul niveau (central) sur la lisibilité et pilotage par rapport à une réelle politique de promotion de la santé. L'important, leur semble-t-il, c'est la modélisation des liens organiques/dynamiques tout au long de la chaîne : entre différentes catégories d'acteurs (publics et associatifs), entre différentes fonctions, entre différents niveaux de gouvernance (Européens, fédéraux, régionaux provinciaux, subprovinciaux, institutionnels).

En conclusion

Au-delà de ses évidentes limites, l'évaluation des dispositifs de politique de santé a secoué les acteurs de promotion de la santé et les a stimulés à prendre leur avenir en main. On assiste à une relève générationnelle dans les réflexions et les mobilisations, un collectif d'acteurs de promotion de la santé s'est structuré et dépasse largement les acteurs financés par la FWB. En effet, la promotion de la santé percole lentement et surement au travers de différentes sphères d'activité. Durant les prochaines années, elle pourrait se développer en synergie avec les politiques de cohésion sociale, de développement durable, les mouvements en faveur d'une renaissance de la démocratie participative, etc.

Est-ce bien suffisant pour réformer ?*

> **Philippe Mouyart**, directeur du CLPS Charleroi-Thuin**

Le fait que la Ministre de la santé souhaite réformer le secteur dont elle est chargée d'assurer le devenir relève d'une logique difficilement contestable. Plus problématique est sa volonté d'asseoir cette réforme sur la base d'une évaluation dont la méthodologie, les résultats et les recommandations sont contestés par la grande majorité des acteurs potentiellement touchés par cette réforme. Aux premières loges de l'évaluation, Ph. Mouyart, directeur du Centre local de promotion de la santé (CLPS) de Charleroi-Thuin nous offre un petit florilège de ces manquements et autres questions laissées en suspens par les évaluateurs.

Centres locaux de promotion de la santé

Au nombre de dix en Fédération Wallonie Bruxelles, les Centres locaux de promotion de la santé (CLPS), sont des organismes agréés pour coordonner, sur le plan local, la mise en œuvre du programme quinquennal et des plans communautaires de promotion de la santé. Les CLPS répondent aux demandes de tous les acteurs du ressort de leur territoire.

Ils ont notamment pour missions :

- D'accompagner les acteurs locaux dans le développement de leurs projets et actions (accompagnement méthodologique, mise à disposition d'outils pédagogiques, diffusion d'information).
- D'initier et/ou renforcer les réseaux des acteurs locaux, par exemple via la création de groupes de travail et d'échanges de pratiques, l'organisation de journées d'étude, etc.

L'intervention d'évaluation auprès des CLPS

La rencontre entre l'évaluateur et les CLPS s'est faite dans le cadre d'une consultation par focus group à laquelle ont participé les représentants des dix CLPS. Trois jours auparavant, nous avions reçu une note précisant les questions qui seraient abordées. Les principales étant :

- Comment définit-on le rôle et les fonctions des CLPS ainsi que le cadre et les limites du champ d'action des CLPS ?
- Comment se pose la question de la couverture territoriale de l'action des CLPS ?
- Comment s'articule l'action des CLPS avec celle des Services communautaires de promotion de la santé (SCPS) et celle des Provinces et des porteurs de projets (communautaires et locaux) ?
- Le mode de financement des CLPS est-il en adéquation avec les missions qui leurs sont dévolues ?

* Audition à la Commission Santé du Parlement de la Communauté française de Belgique Fédération Wallonie-Bruxelles, 22 novembre 2011.

** www.clpsct.org

Les échanges ont ensuite porté sur la présentation des résultats de l'enquête qui interrogeait différents porteurs de projets à propos de leur collaboration avec les CLPS, et de leur degré de satisfaction quant aux services proposés par les CLPS.

D'une part, alors même que le temps de travail (le focus group a duré environ 5 heures) a permis une large expression des CLPS, l'évaluateur n'a à aucun moment pris note de ce qui se disait. D'autre part, les CLPS n'ont pas eu la possibilité de relire et valider les propos retenus dans le texte final de l'évaluation. Enfin, nous avons, à cette occasion, souligné le manque de pertinence des données statistiques issues de l'enquête auprès des porteurs de projets. Ces données ne pouvaient pas être considérées comme représentatives dans la mesure où les répondants ne représentaient qu'un très faible pourcentage des services qui font appel aux CLPS. Bien que cette non représentativité ait été débattue lors du focus group, le rapport final n'en fait aucunement mention.

Le contenu du rapport d'évaluation

Le rapport a mis en évidence quelques points essentiels tels que l'intérêt de l'approche de promotion de la santé, l'importance stratégique de l'intersectorialité, du partenariat, de la participation communautaire et d'une offre de soutien à l'échelon local. Néanmoins, il subsiste des erreurs dans la définition des concepts de base sur lesquels reposent les activités du secteur.

Le rapport explore essentiellement les éléments à charge du secteur et ne présente aucun élément d'analyse sur la plus value consécutive à la mise en œuvre du décret de 1997.

S'agissant des experts internationaux, leurs interventions ont été beaucoup plus modestes qu'annoncées. En effet, suite à un contact avec l'un d'entre eux, il apparaît que, contrairement aux engagements initiaux, ces experts n'ont été associés ni à la définition de la méthodologie de l'évaluation, ni à l'analyse globale des constats, ni à la discussion des recommandations. En décembre 2010, une démarche commune de ces experts internationaux a été effectuée auprès du mandataire afin que les engagements annoncés dans l'offre soient respectés. Au final, la contribution s'est concrétisée en mars 2011, contre leur gré, dans le cadre du seul « benchmarking », c'est-à-dire cantonnée aux explications de ce qui se faisait en matière de promotion de la santé en France, au Québec et en Suisse. En conséquence, les experts français et suisse ont adressé ce 7 novembre un courrier à Madame La Ministre Laanan, dans lequel ils considèrent que leur expertise n'a pas été prise en compte, qu'ils ne souhaitent pas être associés au rapport final et qu'ils demandent à ne plus figurer dans le document final au titre des experts participants. Ce courrier a également été adressé à Madame Chantal Leva, lui demandant de le diffuser aux autres membres du comité de pilotage, signe de la volonté de ces experts que leur position soit diffusée[1].

Le processus de concertation en vue de la réforme du secteur

Au niveau du Conseil supérieur de promotion de la santé (CSPS) :

Le CSPS a proposé d'être représenté au sein du Comité de suivi de l'évaluation du dispositif (proposition de 4 membres effectifs et 4 membres suppléants). En septembre 2010, le CSPS était informé que seule la Présidente était désignée pour le représenter au sein de ce comité. Les 8 personnes proposées par le CSPS ont toutefois été rencontrées lors d'un entretien en face à face.

Le CSPS a été tenu au courant de l'évolution du calendrier de l'évaluation et de ses différentes étapes. Par contre aucun élément du contenu ne lui a été apporté. A titre d'exemple, le rapport intermédiaire de mars 2011 n'a pu être diffusé auprès du CSPS.

Le 27 mai 2011, une conférence de presse a été organisée, informant l'opinion publique des constats et des recommandations du rapport d'évaluation. C'est donc via la presse que l'information est passée auprès des acteurs du secteur.

En juin 2011, une réunion du CSPS a eu lieu avec les évaluateurs et le Cabinet de la Ministre, ayant pour objet la présentation du rapport et les perspectives envisagées. À cette date, aucun membre

du CSPS n'était en possession du rapport définitif, ce qui aurait permis de préparer au mieux les échanges avec les évaluateurs et les représentants du Cabinet de la Ministre.

Lors de cette même réunion, un échéancier a été présenté, ne reprenant dans les étapes aucun moment de concertation avec le secteur.

Au niveau des CLPS :

Une demande a été formulée par le Cabinet de la Ministre, en août 2011, auprès des CLPS pour que, dans le cadre du nouveau Code de la Santé, ils fassent des propositions sur l'évolution de leurs missions.

Une réponse a été apportée à cette demande, dont le contenu a permis aux CLPS de réaffirmer les missions actuellement assumées, tout en les déclinant de manière plus opérationnelle et en les situant dans des axes transversaux comme bases de leur philosophie de travail.

Toutefois, il a été précisé que ce travail s'est fait en fonction du contexte actuel, sans pouvoir tenir compte des nombreuses inconnues en lien avec les évolutions à venir.

Orientations pour la réforme

L'analyse réalisée par les évaluateurs et les éléments contenus dans le rapport sont-ils suffisants pour asseoir un choix aussi déterminé que celui de la mise en place d'un organisme opérationnel de promotion de la santé ?

Il aurait été intéressant d'évaluer les initiatives de coordination du secteur ou d'une partie de celui-ci, comme l'Agence Prévention Sida ou le Centre de coordination communautaire.

Sur le constat du manque de pilotage et de coordination du secteur, ne serait-il pas utile de questionner, comme une autre alternative, la place de la Direction générale de la Santé, qui joue déjà ce rôle en partie via leur présence au CSPS et au sein de l'inter-CLPS notamment ?

N'y a-t-il pas une confusion de rôle au niveau du projet d'OIP : sera-t-il un organe de coordination et de pilotage, ou bien un lieu de concertation entre les acteurs, ou bien un lieu de définition et d'implantation de programmes de type « top-down » ?

L'histoire du secteur étant basée sur le principe de subsidiarité et l'appui au secteur associatif, est-ce que l'évolution qui s'annonce va tenir compte des compétences accumulées par les acteurs ?

Quel sera l'avenir du CSPS, qui est un lieu où se retrouvent des représentants du secteur et de la société civile, et qui peut réagir sur les choix des politiques ?

Pour les réponses à ces questions, ainsi qu'à beaucoup d'autres, quel lieu de concertation et de débat avec les acteurs du secteur de la promotion de la santé, subventionnés ou pas par la Fédération Wallonie Bruxelles ? Comment va-t-elle s'organiser, avec quelle méthode et sur base de quel calendrier ?

La promotion de la santé à l'école (PSE) : LA première ligne*

> Dr Fabienne Henry, médecin responsable du service PSE de la Ville de Bruxelles**

Au sein des populations scolaires, les services de promotion de la santé à l'école (PSE) interviennent sur un panel de missions très diversifiées allant de la promotion de la santé aux bilans individuels de santé en passant par la récolte de données épidémiologiques. Pour le dire avec F. Henry, la PSE c'est « LA première ligne ». Est-elle à réformer ? Peut-être, mais cela suppose de ne pas réduire la PSE à l'une ou l'autre de ses missions et surtout de ne pas se contenter des seuls critères quantitatifs dans le travail d'évaluation des missions et des dispositifs.

Préambule

Il ne s'agit évidemment pas d'une critique des évaluateurs, mais d'une analyse de l'évaluation de la place qui est la mienne. Je suis médecin responsable du service PSE de la Ville de Bruxelles, membre de la Commission PSE en tant que représentante des pouvoirs organisateurs (PO) subventionnés officiels. Je fais également partie de l'association professionnelle des médecins scolaires, ce qui me donne l'occasion de connaître le fonctionnement de différents services PSE.

Les propos ci-dessous n'engagent que moi, vu les délais très courts entre la demande d'audition et sa tenue je n'ai pas eu l'occasion de consulter mes collègues.

Quelques points forts de l'évaluation

Une série de constats importants sont relevés dans l'évaluation :

- l'importance de la transversalité ;
- le fait que le décret de 2001 clarifie les missions PSE ;
- l'importance du bilan de santé ;
- la diversité dans la façon dont les services remplissent leurs missions ;
- les difficultés auxquelles les services PSE sont confrontés (le coût des transports, le nombre important d'élèves par classe, la pénurie de médecins, le manque de moyens, l'hétérogénéité dans la visibilité des services, le problème de la garde pour les urgences sanitaires, le manque de contact avec les écoles, la non-collaboration avec l'ONE, etc.).

* Audition à la Commission Santé du Parlement de la Communauté française de Belgique Fédération Wallonie-Bruxelles, 22 novembre 2011.

** Service de promotion de la santé à l'école, Centre Héliport, 19 avenue de l'Héliport, 1000 Bruxelles. Téléphone 02 274 56 30 – fax 02 274 56 38.
www.brunette.brucity.be/spos/pse

La Promotion de la santé à l'école

- Le décret du 20 décembre 2001 relatif à la Promotion de la santé à l'école (PSE) fixe les quatre missions des services PSE :
  - La promotion de la santé et d'un environnement favorable à la santé.
  - Le suivi médical des élèves : bilan de santé et vaccination.
  - La prévention et la prophylaxie des maladies transmissibles.
  - L'établissement d'un recueil standardisé de données sanitaires.
- Un décret datant du 16 mai 2002 fixe les missions pour l'enseignement supérieur hors universités.
- Pour les établissements scolaires subventionnés par la FWB, la PSE est exercée par des services agréés, subventionnés.
- Pour les établissements scolaires organisés par la FWB, la PSE est exercée par les Centres psycho-médico-sociaux (PMS).
- La PSE est obligatoire et dépend du ministère de la Santé de la FWB.
- Le PMS n'est pas obligatoire et dépend du ministère de l'Enseignement de la FWB.

Quelques points faibles de l'évaluation

Il manque une vision globale de la PSE et une certaine finesse d'analyse.

La PSE ne se limite pas à la promotion de la santé **ni** à la médecine préventive comme on pourrait le croire en regardant les fonctions définies dans le rapport d'évaluation.

La PSE englobe médecine préventive (importance du bilan de santé : parfois le médecin scolaire est le seul médecin que rencontre l'élève) et promotion de la santé qui donne du sens au bilan de santé et renforce les enfants dans la prise en charge autonome de leur santé.

L'évaluation ne met pas en évidence que le service PSE est un service universel qui travaille sur le long terme, dans la durée ; qui contribue à diminuer les inégalités en santé en ayant un contact généraliste avec le public ; c'est « LA première ligne » avec une deuxième ligne en renfort. La PSE met de la cohérence sur le terrain en analysant les besoins en amont.

Il manque un travail d'analyse approfondi de la transversalité de cette première ligne à travers toutes les compétences de la Communauté française. Une analyse de la législation PSE mais aussi de celle des PMS, de l'enseignement, de l'ONE, de l'aide à la jeunesse mettrait de la cohérence, favoriserait la transversalité et augmenterait la visibilité. Si l'analyse ne porte pas sur les dispositifs de santé au sens large, la réforme risque de n'être que superficielle.

Dans le rapport, l'ONE, les PMS sont cités, mais les interactions avec les PSE ne sont pas analysées. Les centres PMS de la Communauté française n'ont pas été consultés or ils assurent les missions PSE pour les écoles organisées par la Communauté française.

L'évaluation relève les difficultés qu'éprouvent les services PSE dans la mise en œuvre des missions ; l'évaluation des diverses façons de les remplir n'utilise que des critères quantitatifs.

Il n'y a pas d'indicateurs de qualité et la question du sous-financement, essentiellement à l'origine du problème, n'est pas ou peu évoquée.

Conclusions

Le décret PSE a 10 ans et il est indispensable de l'évaluer et de l'amender, mais bien que le rapport dresse un certain nombre de constats pertinents, il manque de finesse dans son analyse des dispositifs et ne peut dès lors servir de base suffisante pour réformer.

L'Observatoire du sida et des sexualités : 10 ans pour rien ?*

> Observatoire du sida et des sexualités**

Après dix ans de fonctionnement, l'avenir de l'Observatoire du sida et des sexualités semble hypothéqué par la future réforme du dispositif de Promotion de la santé en FWB. Dans un contexte d'incertitude, ses missions (ou une partie d'entre elles) seront vraisemblablement intégrées dans un organisme de pilotage centralisé. Cette décision ne repose sur aucune justification objective puisque l'évaluation du dispositif de santé [1] ne portait précisément pas sur les programmes d'action et de recherche. L'enjeu est de taille puisque cette perspective de changement mettrait à mal dix ans de travail de qualité, des partenariats tissés minutieusement entre les acteurs et le statut de la recherche scientifique telle qu'elle a été conduite jusque-là.

L'Observatoire du sida et des sexualités a été créé en 2001 pour proposer l'éclairage des sciences humaines et sociales sur des questions relatives aux sexualités et aux IST/sida dans un cadre de promotion de la santé. La particularité de ce centre de recherche hébergé par les Facultés universitaires Saint-Louis (FuSL) tient à sa structuration en quatre pôles d'activités :

1. L'organisation et le pilotage des Stratégies concertées de la prévention des IST/sida [2].
2. Le développement de recherches/recherches-actions et l'organisation de séminaires.
3. L'offre d'un support scientifique pour l'accompagnement des projets de terrain.
4. La mise à disposition de ressources documentaires.

L'articulation entre ces missions fait de l'Observatoire **un dispositif particulier** visant à renforcer les acteurs de terrain sur le plan scientifique et méthodologique, ce qui implique des **relations de confiance et d'horizontalité** entre les partenaires en vue d'une Co-construction des réponses sur le terrain. Ce dispositif requiert des capacités de remise en question permanente ainsi qu'une grande flexibilité. Enfin, il est, dans le domaine des sexualités, unique en son genre dans la Fédération Wallonie-Bruxelles. Malgré l'incertitude actuelle sur l'avenir du secteur, le démantèlement de ce dispositif est manifestement à l'ordre du jour et il apparaît donc plus que nécessaire de revenir sur quelques éléments de fond qui seraient mis à mal par la réforme.

Des collaborations horizontales fructueuses

L'Observatoire du sida et des sexualités a été créé suite à la disparition (en 1997) de l'Agence

* Ce texte reprend sous une forme mise à jour et synthétisée les idées principales contenues dans un argumentaire rédigé par l'Observatoire du sida et des sexualités, disponible dans son intégralité à l'adresse www.observatoire-sidasexualites.be.

** www.observatoire-sidasexualites.be

1. Le rapport d'évaluation des dispositifs de politique de santé (2011) est consultable en ligne : www.sante.cfwb.be/index.php?id=dgs_detail&tx_ttnews[tt_news]=367&tx_ttnews[backPid]=263&cHash=302e1746a6.

2. L'Observatoire intervient également en appui des Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines (coordonnées par le GAMS Belgique), lesquelles ont bénéficié d'un transfert d'expertise.

Prévention Sida et a bénéficié des enseignements de l'époque : éviter tout dirigisme contre-productif et favoriser la participation des acteurs et des publics cibles. Les principes de **concertation**, **d'intersectorialité et de multidisciplinarité** sont bien au cœur de son action et il a fallu des années pour construire des procédures de travail collectives efficaces et respectueuses de l'apport de chacun. Le climat de confiance réciproque qui s'est progressivement établi (tout en maintenant une distance constructive entre acteurs garantissant leur autonomie) pourrait se voir compromis par l'intégration de l'Observatoire dans un organisme de pilotage centralisé : à nouveau mandat, nouvelles relations entre acteurs. Si celles-ci devenaient verticales, les projets de recherche et d'appui, en cours et à venir, seraient profondément bouleversés, voire anéantis dans leur forme actuelle.

Vers une dilution thématique

Outre un réel retour en arrière qui fait fi de l'histoire récente des « acteurs sida », l'intégration dans un organisme transversal structuré par missions opérationnelles fait courir un autre risque, non moins important que le premier : **les priorités de santé sexuelle et de prévention des IST/sida passeraient au second plan** et/ou seraient diluées dans une approche technicienne, les vidant progressivement de leur contenu. Si la promotion de la santé favorise avec raison les analyses transversales (notamment quand il s'agit des déterminants de santé ou des acteurs et des secteurs qui jouent un rôle en matière de santé), le croisement fécond avec des approches thématiques reste nécessaire, comme en témoignent le programme quinquennal et le plan communautaire opérationnel de promotion de la santé.

L'articulation entre structures transversales et thématiques mérite une vraie réflexion.

Une nécessaire indépendance politique

Il est utile de rappeler que les observatoires thématiques en Promotion de la Santé (Eurotox, Observatoire du sida et des sexualités) adoptent, par définition, un **regard distancié** sur les stratégies de prévention tant des acteurs de terrain

Quel impact de la réforme sur la prévention des IST/sida ?

À côté des considérations spécifiques relatives au travail de l'Observatoire, des acteurs de la prévention des IST/sida, à travers le comité de pilotage et d'appui méthodologique (CPAM) des Stratégies concertées IST/sida, ont fait part de leurs inquiétudes dans un texte de novembre 2011. Voici, en résumé, les spécificités incontournables à maintenir afin d'assurer une prévention de qualité selon le CPAM :

- La prévention des IST/sida en FWB est mise en œuvre à travers des approches complémentaires dont l'articulation est nécessaire : travail avec des publics cibles spécifiques, interventions de proximité à l'échelle locale et développement de campagnes de communication vers la population générale.
- La défense des droits et la lutte contre les discriminations dont font l'objet, différents publics cibles — en particulier les personnes séropositives — sont indissociables du travail de prévention et de promotion de la santé globale et constituent un objectif transversal des Stratégies concertées.
- L'organisation future du secteur de la promotion de la santé ne doit pas entraver, mais doit au contraire soutenir la participation des publics marginalisés et favoriser un climat de confiance entre professionnels et non professionnels.
- L'intervention auprès de publics précarisés, marginalisés, voire clandestins, nécessite parfois une souplesse qui cadre mal avec le statut d'un organisme de pilotage centralisé.
- L'articulation prévention-dépistage-soins est recherchée à travers les collaborations sur le terrain et les Stratégies concertées, en rassemblant des acteurs de ces trois domaines. La réforme doit intégrer cette exigence d'intégration en favorisant l'intersectorialité et en permettant le développement d'une réelle politique en matière de dépistage.
- Des procédures spécifiques de travail et des critères de qualité ont été élaborés collectivement afin de permettre la prise en compte de la parole des parties prenantes et d'intégrer les publics spécifiques. L'expertise accumulée en la matière et les enseignements de ce travail doivent être sauvegardés afin de continuer à garantir la qualité de ces actions.
- Le développement de dispositifs de recherches et recherches-actions pertinents nécessite des interactions permanentes avec le terrain sur un pied d'égalité entre chercheurs et intervenants.
- Une planification utile et efficace doit reconnaître pleinement l'expertise des acteurs de terrain à travers la mise en œuvre de processus de concertation participatifs et représentatifs de ces acteurs. Elle doit viser l'exhaustivité dans l'analyse des problématiques et l'opérationnalisation des réponses avant d'établir des priorités en fonction des moyens disponibles. La planification et la concertation doivent continuer de répondre à une logique qui part du terrain pour remonter vers le politique (bottom-up), tout en renforçant le dialogue entre intervenants et décideurs.

que des acteurs politiques. Le cas échéant, ils peuvent, voire doivent **émettre des critiques**, y compris vis-à-vis de leurs propres bailleurs de fonds. Cette caractéristique est d'autant plus nécessaire qu'elle constitue une garantie éthique minimale dans la prise en compte des enjeux que soulèvent des thématiques très « sensibles » comme la sexualité, les maladies sexuellement transmissibles ou les drogues, et de populations marginalisées et discriminées (migrant-es, prostitué-es, usager-es de drogues, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes). Il est permis de douter de la possibilité même de cette posture critique dans le chef d'un organisme de pilotage centralisé chargé d'opérationnaliser la politique décidée en amont par le Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Une créativité basée sur la souplesse et l'écoute du terrain

La prise en compte des besoins du terrain (acteurs et publics cibles), c'est-à-dire tant les procédés pour « faire remonter » ceux-ci que la formalisation et la mise en œuvre de réponses adéquates, requièrent des **capacités d'innovation, de flexibilité et d'autonomie** qui risquent de se voir fortement réduites. Pour être véritablement créatifs et rigoureux, les chercheur.es doivent pouvoir définir librement leurs questions de départ et leurs méthodologies de travail, sous peine de ne réitérer que des informations déjà connues, voire de ne répondre qu'aux questions que les responsables politiques se posent, dans un rapport d'instrumentalité permanent.

Pour être en phase avec les besoins réels, il est essentiel que les priorités de recherche émanent des acteurs de terrain, ce qui n'exclut évidemment pas un dialogue avec le politique. À ce titre, les recherches-actions participatives et collaboratives impliquent des **dispositifs souples**, **réactifs**, **proches du terrain** et présupposent, on l'a déjà dit précédemment, une relation horizontale entre acteurs de la recherche et acteurs de l'action (ici vus plutôt comme des praticiens-chercheurs et chercheurs-praticiens). Ces prérequis ne semblent pas compatibles avec la structure nécessairement plus bureaucratique d'un organisme de pilotage centralisé.

Des approches qualitatives de long terme

Enfin, une inquiétude concerne la qualité et l'« indépendance » de la recherche vu la tendance, perceptible dans le rapport d'évaluation et, plus largement, dans les lignes programmatiques au niveau national et européen, à financer les recherches sur la base d'appels d'offre et à réduire les durées de celles-ci vu les financements de plus en plus maigres qui y sont alloués. Ceci s'accompagne d'une précarisation des contrats de travail et d'une course aux subsides. Le risque est donc grand de rendre **impossible la conduite de travaux dans la durée**, ce que requièrent des enquêtes de fond avec des partenaires et des enquêté-es auprès desquels une relation de confiance doit se construire. Rappelons que l'investissement d'une question particulière nécessite, pour être efficace et pertinent, d'acquérir et d'accumuler des savoirs et des compétences (en partie) spécialisés.

En outre, la tendance actuelle des politiques de santé publique est d'impulser prioritairement des recherches quantitatives et relevant de l'*evidence-based medicine*. Sans aucunement dévaloriser ce type de recherche, il convient de reconnaître la valeur ajoutée des approches de sciences humaines et sociales et des méthodes qualitatives et les complémentarités des différentes disciplines pour répondre à des questions complexes, telles que celles posées par la prévention des IST/sida. Ceci revêt une importance d'autant plus grande que l'interprétation même des données quantitatives est en partie nourrie par les recherches qualitatives qui permettent de dépasser les analyses réductrices (qui lieraient, par exemple, de façon mécanique, la reprise des nouveaux diagnostics du VIH à un manque d'efficacité de la prévention). Les enjeux posés tant par l'épidémie du VIH et la recrudescence des IST aujourd'hui, que les questions ayant trait à la sexualité demandent que l'on s'y attarde en croisant les différentes expertises et en favorisant les échanges entre chercheurs et intervenants.

Après dix années de travail mené en partenariat avec les acteurs de terrain, l'intégration des missions de l'Observatoire dans un organisme de pilotage centralisé conduirait à la dilution des priorités de santé sexuelle et de prévention des IST/sida, à la perte de cohérence et d'indépendance dans les missions assurées et à la fragilisation de l'équilibre dans les relations entre les acteurs. Une analyse qui permettrait de prendre en compte les besoins en matière de prévention, les enseignements des programmes existants et les nouveaux défis de la lutte contre les IST/sida afin de définir collectivement comment mieux répondre aux enjeux actuels dans le cadre d'une réforme intelligente reste à faire. Elle ne semble malheureusement pas être à l'ordre du jour.

La folie évaluatrice

> Entretien avec **Yves Charles Zarka**, philosophe*

De tout temps, les champs du savoir ont été dans la ligne de mire du pouvoir, mais à chaque époque correspond une velléité de contrôle particulière. Pour le philosophe Yves Charles Zarka, le temps des démocraties a ainsi vu l'évaluation se substituer à la censure. C'est désormais à travers l'évaluation et avec l'expert comme guide que nos décideurs entendent assurer leur maîtrise du social.

Le savoir et le pouvoir ont toujours entretenu des relations compliquées et conflictuelles. À l'heure actuelle, quel en est l'état des lieux[1] ?

Il y a toujours eu un rapport du pouvoir au savoir, une tentative du pouvoir de contrôler le savoir. Au cours de l'histoire, la censure a été le mode de contrôle le plus courant. Ainsi, il fut un temps, singulièrement durant l'Inquisition, où pour être publiés, les livres devaient bénéficier de l'imprimatur, à défaut de quoi ils étaient mis à l'index. À première vue, il semble que l'avènement des régimes démocratiques ait sonné le glas de cette époque de censure, notamment grâce au mouvement initié par John Milton au xviie siècle et par René Diderot au XVIIIe siècle, lequel dénonçait la censure au nom de la liberté de penser et donc de la liberté de savoir. On pensait alors que cette liberté était essentielle au savoir et qu'elle devait s'affirmer de manière radicale et totale, que la démocratie ne pouvait lui imposer aucune limite. Force est toutefois de constater que les démocraties fonctionnent également en termes de pouvoir et qu'elles aussi s'efforcent d'avoir un contrôle sur le savoir. Elles le font simplement sur un mode qui n'est plus celui de la censure, désormais réduite à une fonction totalement marginale.

Comment décririez-vous ce nouveau mode opératoire ?

À l'heure de la société de connaissance, le savoir n'est plus cantonné au seul monde scientifique, mais étend son champ à tous les domaines, notamment médicaux et technologiques. Pour le pouvoir l'enjeu consiste dès lors à contrôler non pas seulement le savoir technique, mais la totalité de production du savoir, non plus pour simplement s'autojustifier, mais parce que le pouvoir cherche à donner lui-même la norme du vrai et donc de dire ce qui est acceptable et pas acceptable, ce qui est bon et ce qui est mauvais, ce qui est vrai et ce qui ne l'est pas, ce qui est prometteur et ce qui n'est pas prometteur, ce qui est utile et ce qui est inutile. N'étant pas en mesure de faire cela lui-même, le pouvoir crée des instances qui ont comme finalité de produire cette fonction de contrôle du savoir. En France, c'est notamment le cas de l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES), ou en matière médicale, celui de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) une agence qui ne craint pas d'accréditer de véritables poisons tels que le Médiator qui a tué entre 500 et 2000 personnes ou plus récemment les fameux implants mammaires défectueux. À côté de ces

* Y. Ch. Zarka est professeur à la Sorbonne, Université Paris Descartes, chaire de philosophie politique. Il est par ailleurs fondateur et directeur de la revue Cités (www.revue-cites.net).

1. Propos recueillis par Julien Nève.

institutions publiques gravitent de nombreuses autres institutions privées, qui ne valent pas mieux et qui ont-elles aussi pour fonction de contrôler la manière dont la société gère elle-même son savoir. Aujourd'hui la fonction par laquelle le pouvoir gère le savoir n'est plus du tout la censure, mais l'évaluation.

L'évaluation est donc devenue l'instrument privilégié par le pouvoir pour asseoir sa domination sur le savoir.

Oui, mais il ne faut pas se méprendre. Comme nous l'enseigne la philosophie de Nietzsche qui dans son ensemble relève de l'évaluation, évaluer c'est déterminer la valeur et pour ma part, je n'ai rien ni contre les valeurs ni contre l'évaluation en général.En revanche je m'oppose au système et à l'idéologie de l'évaluation. La raison pour laquelle j'ai pratiquement banni le mot évaluation de mon vocabulaire,tient à la nature de ce système de contrôle entendu comme le contrôle de toutes les productions relevant du savoir, mais aussi de la validation de la santé, de l'environnement, etc. Vous m'objecterez qu'en l'absence d'évaluation, on laisserait toutes les choses se faire d'elles mêmes sans se soucier de leurs conséquences.Ce qui serait irresponsable. Cette objection ne vaut rien, car je ne dis pas qu'il ne faut pas examiner ce qui se fait ou ce qui ne se fait pas en matière de savoir, de médicaments ou d'environnement. Je dis simplement que le système actuellement mis en place est une catastrophe dans la mesure où ce système repose sur la fixation d'un certain nombre de valeurs telles que l'efficacité, la performance, ou la productivité.

Ce qui pose problème, c'est donc moins l'évaluation en tant que telle que les critères d'évaluation.

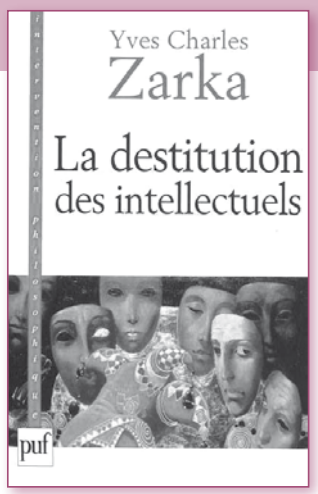
Non, c'est l'évaluation elle-même comme système de pouvoir et comme idéologie qu'il faut remettre radicalement en cause. Dans le monde universitaire par exemple, vous êtes évalués sur votre productivité, c'est-à-dire principalement sur le nombre d'articles écrits. On ne se demande pas ce vous avez découvert de neuf en termes de contenu, mais on examine un certain nombre de critères chiffrables à partir desquels on peut vous classer comme performant ou non performant. Ainsi, quand vous publiez un article, même très mauvais, dans une revue bien classée vous obtenez un nombre de points déterminé et votre évaluateur n'a même pas besoin de lire ce que vous avez produit pour déterminer votre valeur.

Ce système permet donc à des chercheurs médiocres d'obtenir des classements supérieurs à ceux obtenus par des chercheurs qui ont pourtant réalisé des travaux importants. Au final, sous l'apparence de produire un jugement objectif, parce que chiffrable, un tel dispositif d'évaluation produit un jugement totalement biaisé dans la mesure où, précisément, il occulte la qualité et le contenu, c'est-à-dire les enjeux les plus fondamentaux. Bien entendu, la catastrophe est davantage palpable là où elle se traduit par des conséquences immédiatement visibles

La destitution des intellectuels et autres réflexions intempestives

ZARKA Yves Charles, PUF, coll. « Intervention philosophique », 2010.

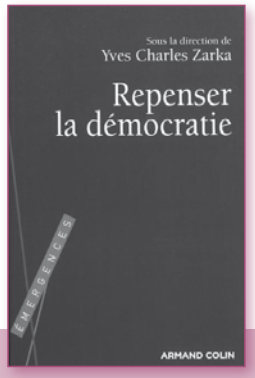
Pour dire en quelques mots cette destitution : l'intellectuel était traditionnellement un auteur (romancier, poète, philosophe, savant, ou autres) que son œuvre dotait d'une autorité spirituelle susceptible de donner du poids à ses propos et à ses interventions comme citoyen dans la cité : interpellation du pouvoir, appel de celui-ci à la responsabilité, à la justice ou au droit, appel à l'opinion publique sur une question grave, mais ignorée, etc. C'était un citoyen auquel son œuvre donnait une autorité, parfois considérable. Aujourd'hui l'intellectuel est devenu un histrion sans œuvre ni autorité, mais doté d'une place dans des réseaux de pouvoirs pour se maintenir dans la visibilité médiatique. Agis de telle sorte que tu continues à être visible ! Tel est son impératif catégorique, la loi qui commande ses faits et gestes. Comment ce changement s'est-il produit ? Cet essai tente de répondre à la question.



Le monde émergent : les nouveaux défis environnementaux. Vol. 1 : Lieux

Sous la direction de Yves Charles Zarka, Armand Colin, 2010.

Premier tome d'une trilogie qui expose l'interrogation de l'homme sur lui-même, ses modes d'être, de penser et d'agir. Ce premier volume analyse les points névralgiques d'une crise où les nouvelles questions se posent, notamment en matière d'écologie. Ni conçue, ni prévue, ni voulue par l'homme, son issue dépend pourtant de ses choix notamment en matière de territoire, santé migrations… Une œuvre qui s'attache à analyser les conséquences économiques, politiques et juridiques des problématiques environnementales et où se croisent les trois notions de territoire, population et de citoyenneté.



Repenser la démocratie

Sous la direction de Yves Charles Zarka, Armand Colin, 2010.

La démocratie française connaît aujourd'hui une crise d'une profondeur sans doute inégalée. Ce sont en effet les fondements mêmes de la société et du régime politique qui sont remis en question par l'accroissement des inégalités, la dissolution des solidarités, les conflits d'intérêts, la corruption, la manipulation de l'opinion, etc. Il convient donc de définir quelles sont les transformations sociales et institutionnelles qui permettraient de sortir de ce délitement. La démocratie n'est pas éternelle, elle peut mourir et elle mourra si rien n'est fait pour lui redonner un nouvel élan.

Yves Charles Zarka a réuni, dans une réflexion commune, une équipe pluridisciplinaire composée de philosophes, politistes, juristes, anthropologues, sociologues, historiens.

comme dans les cas du Mediathor ou des prothèses mammaires. Pour ce qui est de l'enseignement supérieur, les conséquences sont moins visibles. Les gens ne voient pas que telle ou telle recherche a été arrêtée. Le processus arbitraire de destruction est pourtant identique et il est lui aussi couvert par l'idéologie de l'évaluation. On ne cesse de nous dire que l'évaluation est nécessaire, que les dépenses publiques doivent être contrôlées, car un euro c'est un euro. Tout à fait d'accord, à condition que l'on examine en dehors de ce système de pouvoir destructeur.

En Belgique, le travail d'évaluation commandé par la ministre de la Santé a coûté énormément d'argent alors même que ses résultats ont été en grande partie dénoncés par les acteurs du secteur comme étant à côté de la réalité.

Ici, on nage en pleine folie évaluatrice. Ces agences privées qui ont leurs propres intérêts à promouvoir vont le plus souvent répondre conformément à ce que la personne ou l'institution qui les paye souhaite entendre. Il est en outre aberrant que l'on puisse imaginer demander à une agence privée d'inspecter des institutions publiques. D'autant plus si celles-ci œuvrent dans le champ de la prévention. Leur imposer une évaluation de type managérial relève de la pure démence. On pourrait faire le parallèle avec la façon dont les États se font évaluer par les agences de notation. On voit que le système de domination est très large et couvre les institutions publiques jusqu'aux États eux-mêmes.

Et ce système a pour lui la figure de l'expert qui lui confère une sorte de caution scientifique.

Cette figure prend effectivement une place considérable et cet envahissement est synonyme de destruction du politique dans le sens où le rôle de l'expert se substitue à la délibération et aux choix politiques. Il faut également noter que l'expert est presque toujours un expert biaisé, c'est-à-dire engagé pour accomplir une mission commanditée par quelqu'un en vue d'un certain résultat : effet ou jugement. Il n'est jamais neutre.

Quelle serait alors selon vous la voie à suivre pour que se constitue un champ d'expertise qui peut légitimement inspirer le politique ?

Il faut avant tout laisser l'expert à sa place en tant que simple instrument. Il faut ensuite s'assurer du contrôle du travail des experts par, non pas une, mais plusieurs instances formées suivant des règles déontologiques très précises. En outre, ces instances ne doivent pas pouvoir se contrôler l'une l'autre. Elles doivent se composer de membres totalement différents. Bref, il y a un certain nombre de critères à fixer pour d'une part contrôler les experts contrôleurs et d'autre part s'assurer que l'expertise ne se substitue pas à la délibération et au choix.

Cités, n° 37
« L'idéologie de l'évaluation, la grande imposture »

Cités, 2009/1, 192 pages.

Cités a pour tâche de relever le défi d'une réorientation de la philosophie politique vers les débats contemporains, tout en conservant un ancrage indispensable dans l'histoire de la pensée. L'ambition intellectuelle de cette revue vise à associer le retour au réel et l'ouverture au possible. Par le retour au réel, on s'efforce de décrire et d'analyser les faits sociaux, politiques ou économiques dans ce qu'ils ont de plus rude et de plus irréductible. Le travail de l'analyse sera donc risqué dans des domaines en général peu fréquentés par les philosophes. Par l'ouverture au possible, on montre comment les choses pourraient ou devraient être autrement. Face à l'histoire réelle, on fait intervenir la dimension critique du possible.

La revue tente de concilier deux exigences : la rigueur du travail de l'analyse et la clarté de l'écriture. L'un de ses caractères principaux est la pluridisciplinarité réelle : celle qui se réalise dans le travail du concept.

Elle est largement ouverte aux débats contemporains et à tous ceux qui les animent.

Les numéros sont plurithématiques (avec un thème principal). Dans sa structure, la revue comporte plusieurs rubriques : témoignage, débat, critique du discours politique, analyse de quelques événements significatifs, actualité de la recherche, recensions, bibliographie politique...

Jeudi 29 mars 2012 - MAISON DES ASSOCIATIONS INTERNATIONALES - Rue Washington, 40 - 1050 Bruxelles

LA PROHIBITION DES DROGUES
à l'ombre de la politique pénitentiaire

Malgré ce qu'on nous en dit, les usagers de drogues sont encore nombreux dans l'institution carcérale ou sous le coup de mesures alternatives et/ou de mesures d'internement. A cet égard, l'affirmation selon laquelle l'usage de drogues relève de la santé publique semble bien péremptoire. Le contexte de la prohibition des drogues n'est évidemment pas étranger à ce malentendu. Il entretient par ailleurs le déni d'une réalité qui fait de l'enfer carcéral un univers dans lequel les drogues entrent et sortent, se consomment, se dealent dans un no man's land qui constitue à proprement parler la caricature même du prohibitionnisme.

Qu'en est-il de l'accès aux soins et aux traitements de substitution pour les usagers de drogues en prison ? Que penser de la politique pénitentiaire à l'aune du prohibitionnisme ?

Programme de la journée d'étude

09h00	Accueil
09h30	**Les filières pénales en matière de drogues : les priorités dévoilées par les chiffres ?** Samuel Deltenre, sociologue ; Christine Guillain, professeure de droit pénal aux Facultés Universitaires Saint-Louis.
10h30	**Drogues en prison : comment faire sans véritable politique pénitentiaire ?** Marc Dizier, directeur de la prison de Verviers.
11h00	**Pause-café.**
11h15	**En manque de politique pénitentiaire.** Philippe Mary, professeur de criminologie à l'Université Libre de Bruxelles.
12h00	**La crise du modèle pénitentiaire et l'ambiguïté des pratiques de soin.** Claude-Olivier Doron, chercheur en histoire et philosophie des sciences, Université Paris VII/ REHSEIS-Centre Canguilhem et chercheur associé à Médecins du monde, mission "évitement des incarcérations".
12h45	**Débat suivi d'un lunch (13h15-14h00).**
14h00	**Table ronde - Politique santé-drogues : ouvrir les portes des prisons ?** Débat animé par Hugues Dorzee, journaliste au quotidien "Le Soir". Avec la participation de : Florence Dufaux, Observatoire International des Prisons ; Philippe Glibert, Coordinateur Politique Drogue du SPF Justice ; Kris Meurant, Transit asbl ; Philippe Pierson, Centre de Formation Cardijn ; Vinciane Saliez, Coordinatrice de projets à Modus Vivendi ; Delphine Van Simaey, responsable du service infirmier de la prison de Forest.
17h00	**Conclusion et clôture**

Entrée: 15 € (petit déjeuner et pauses café compris).
Entrée gratuite pour les membres de Liaison Antiprohibitionniste, les étudiants et les allocataires sociaux.
Devenir membre: 15 €
Formule repas disponible sur réservation (lunch et boissons): 20 € hors frais d'entrée.

Paiement sur le compte bancaire : 068-2183086-31 / IBAN : BE04-0682183086-31
Attention: places limitées - Inscription en envoyant : nom, prénom, institution et la formule choisie à l.a@skynet.be

LIAISON ANTIPROHIBITIONNISTE
Pour une autre approche des drogues
Rue Van Artevelde, 130 - 1000 bruxelles
CONTACT:
Bruno Valkeneers: +32 478 99 18 97
La@skynet.be - www.laliaison.org

Une réalisation de Liaison Antiprohibitionniste
en collaboration avec Bruxelles Laïque et Modus Vivendi.
Avec le soutien de la Commission Communautaire Française
de la Région de Bruxelles Capitale et de la Fédération Wallonie Bruxelles

Un trimestriel pour interroger sous des regards différents les thèmes liés aux usages de drogues, la promotion de la santé et les politiques et pratiques sociales en matière de jeunesse.

Retrouvez tous les numéros sur le site :
www.prospective-jeunesse.be/cahiers

Prospective Jeunesse

Drogues
Santé
Prévention

Milieux de vie

- Famille et parentalité (nos 22, 24, 42, 43, 44, 49)
- L'école (nos 3, 4, 6, 25, 29, 55, 57)
- La fête (no 35)
- Le monde du travail (no 26)
- La prison (nos 13, 16, 40)
- Milieu du sport (no 53)

Produits et leurs effets

- Plaisir (nos 7, 8, 9, 10)
- Dépendance (no 39)
- Drogues de synthèse (nos 14–15)
- Cannabis (nos 18, 20, 21)
- Alcool (no 32)
- Tabac (no 33)
- Alicaments (no 19)
- Ordinateur (no 47)
- Amour (no 48)

Pratiques professionnelles

- Promotion de la santé (nos 31, 34, 56)
- Pratiques de prévention (nos 31, 50, 59–60)
- Réduction des risques (nos 27, 28, 54)
- Représentations (no 46)
- Secret professionnel (no 23)
- Travail en réseau (no 45)
- Soins aux usagers (no 41, 52)

Contextes d'usage

- La loi et la répression judiciaire (nos 1, 2, 38)
- Pauvreté, marginalité et exclusion (nos 11, 12, 36, 37)
- Culture et consommation (nos 5, 17, 30, 58)

ABONNEMENT ANNUEL **Prix au numéro : 4 euros** *Frais d'envoi compris*
Numéro de compte bancaire : BE04 2100 5099 0831

Formulaire d'abonnement ou de commande au numéro

Institution .....

Nom ..... Prénom .....

Téléphone ..... Courriel .....

Adresse de livraison

Rue ..... Numéro .....

Code postal ..... Ville .....

Pays .....

Type d'abonnement (entourez votre choix)

❑ L'abonnement est gratuit

❑ Toutefois vous pouvez souscrire à un abonnement de soutien (24 euros)

– Je désire souscrire à un abonnement de soutien ❑ oui ❑ non

– Je souhaite une facture ❑ oui ❑ non

Date ..... Signature .....

Prospective Jeunesse

Drogues
Santé
Prévention

61

Périodique trimestriel
Hiver 2011–2012

Prospective Jeunesse, Drogues–Santé–Prévention
est un trimestriel lancé en décembre 1996.

Lieu interdisciplinaire de réflexion, de formation et d'échange d'expériences, d'idées, de points de vue, cette revue interroge sous des regards différents des thèmes liés aux usages de drogues, à la promotion de la santé et aux politiques et pratiques sociales en matière de jeunesse.
Chaque numéro aborde un thème particulier.
Celui-ci est consacré au projet de réforme de la promotion de la santé.

Pour consulter les sommaires des numéros parus ou contacter l'équipe de rédaction, visitez le site :
www.prospective-jeunesse.be

FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles
et agréé par la Commission communautaire française
de la région de Bruxelles-Capitale