

L'INTÉGRATION DES POLITIQUES DE PRÉVENTION DANS LE CADRE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

> Roger Lonfils est médecin, directeur de la promotion de la santé en Communauté française. Il précise que cet article n'est pas un avis de la Direction générale de la santé.

Aborder les politiques de prévention en Communauté française, c'est nécessairement les replacer dans un cadre de référence de promotion de la santé. Cadre législatif, cadre programmatique, dispositif décentralisé, proximité des acteurs avec le public, écoute et parole des communautés... et face à cela des politiques publiques qui ont parfois d'autres références, d'autres influences, pas nécessairement incohérentes en soi mais qui peuvent s'avérer difficilement conciliables avec la promotion de la santé.

Si l'on observe l'intégration des politiques de prévention dans le cadre de la promotion de la santé, on sera rapidement confronté en Communauté française à un sentiment de frustration et d'inquiétude. Passés ces sentiments dus essentiellement au découpage institutionnel qui limite le champ de la santé relevant de la responsabilité de la Communauté française et à l'éternel sous-financement qui freine l'opérationnalisation des choix politiques, il est permis de réfléchir à d'autres éléments positifs ou négatifs qui influencent les politiques menées en promotion de la santé.

Il est peut-être important de prime abord de préciser le champ dont on parle ; celui de la promotion de la santé et celui de la prévention considérée dans ses aspects collectifs ; pour ma part, dans cet article, est exclue toute relation thérapeutique individuelle, même si elle a un caractère préventif.

S'interroger sur l'intégration des politiques de prévention dans la promotion de la santé, c'est d'abord se questionner sur les politiques publiques mises en place ; ensuite, c'est analyser les éléments favorables ou non qui entrent en jeu dans les choix politiques et décisions ainsi que dans l'exécution.

Le cadre de référence

Le décret de 1997¹ de promotion de la santé n'est pas qu'un texte fastidieux à découvrir, il est la base suffisante pour une politique de promotion de la santé. Se situant dans les stratégies de la Charte d'Ottawa de promotion de la santé, ce décret a créé un dispositif décentralisé à la disposition des acteurs, leur a donné des possibilités d'appui, de compétences et de développement de projets les plus proches des publics visés et a élargi le cadre d'actions à d'autres acteurs se situant en dehors du champ de la santé.

On ne peut laisser de côté le décret modificatif de 2003 qui élargit le cadre décentralisé à la médecine préventive (visant une implication des professionnels de la santé, voulant argumenter un financement du secteur plus important) ainsi que le décret de promotion de la santé à l'école.

Le cadre de référence pour les acteurs et pour les politiques ne se limite heureusement pas aux textes légaux ; programme quinquennal et plan communautaire opérationnel se révèlent bien plus proches de la réalité de chacun. Même si ces cadres peuvent sembler généralistes, ils ont depuis 1997 largement orienté l'évolution du secteur.

Ces documents² que nous renseignent-ils de si fondamental ? Je citerais le précédent Conseil supérieur de promotion de la santé à ce sujet qui après avoir cité l'article 1^{er} du décret de 1997 « *Par promotion de la santé, 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* » (article 1 du décret de promo-

tion de la santé du 14/07/1997), conclut ses recommandations pour le prochain programme quinquennal par :

« *Le Conseil estime que cette définition a conservé tout son sens plus de dix ans après le vote du décret organisant la promotion de la santé en Communauté française. L'élaboration du 3^e Programme quinquennal lui offre l'occasion de rappeler ces principes fondamentaux, d'autant plus essentiels en ces temps incertains de globalisation des échanges et de marchandisation croissante de la santé, qui mettent à mal une conception solidaire et citoyenne de la santé. Ceux-ci ont inspiré l'élaboration des présentes recommandations* ».

Pour terminer ce point - et ceci me paraît important comme a priori de l'efficacité de la promotion de la santé (contestée par d'aucuns) - je citerai encore (de la charte de Jakarta) :

« *Les travaux de recherche et les études de cas effectués un peu partout dans le monde fournissent des éléments attestant que la promotion de la santé a une réelle efficacité. Les stratégies de promotion de la santé peuvent créer et modifier les modes de vie, ainsi que les conditions sociales, économiques, et de l'environnement, qui déterminent la santé. La promotion de la santé est une approche concrète pour instaurer plus d'équité en matière de santé* »³.

Des politiques cohérentes et pertinentes...

L'attente d'une large partie du secteur de la promotion de la santé est d'avoir les moyens et une reconnaissance des politiques dans leur travail et d'inclure les actions de prévention dans des stratégies de promotion de la santé (que l'on vise une priorisation par problématique ou non) en tenant compte prioritairement des inégalités et des éléments qui agiront sur les conditions

1 Décret du 14 juillet 1997 organisant la promotion de la santé en Communauté française <http://www.cdadoc.cfwb.be/cdadocrep/pdf/1997/19970714s20356.pdf>; les autres décrets cités sont également accessibles sur ce site de la Direction générale de la santé.

2 Programme quinquennal, plan communautaire opérationnel et recommandations du Conseil supérieur de promotion de la santé : ces documents sont accessibles sur le site de la Direction générale de la santé www.sante.cfwb.be.

3 Extrait de la Déclaration de Jakarta http://www.cyes.info/themes/promotion_sante/declaration_jakarta.php.

qui déterminent la santé : travail, logement, environnement...

Ces attentes ne peuvent qu'être partiellement satisfaites face à des choix des politiques de santé plus influencés par des argumentations de type santé publique et/ou obéissant à des éléments (impératifs) extérieurs.

Au cours de ces dernières années en effet, la mise en place de programmes de médecine préventive (essentiellement des dépistages de maladies) sur base du décret de 2003 précité a été justifiée par une priorisation de santé publique (la maladie existe ; si la couverture du dépistage est de X, je diminuerai l'affection de Y cas, voire Z morts). Argumentation a priori imparable qui a largement mis de côté les stratégies de promotion de la santé. Quant aux éléments extérieurs influençant les choix politiques, ils seront abordés plus loin ; disons à ce stade, que la pression de divers « groupes » de la société met le décideur dans des options de choix réduites et, ici aussi, si distantes de la promotion de la santé.

La pertinence des choix est en fin de compte assez peu analysée. Malheureusement, ceci se double d'une question de cohérence des politiques. Cohérence signifie ici le lien entre les multiples points de décision. Quelle est la cohérence des décisions santé de la Communauté française ? Comment ces décisions se placent-elles en regard des compétences de la Communauté française en matière d'éducation, d'aide à la jeunesse, de culture, d'égalité des chances... ? Comment d'autre part, sont-elles en phase avec les politiques de santé des divers niveaux de pouvoirs (entités fédérées et fédéral) ? Comment – plus important encore surtout en matière d'assuétudes – se situer par rapport à l'ensemble des politiques de santé et sécuritaires ?

La politique en matière d'assuétudes est certainement une des plus difficiles à concevoir de façon cohérente ; non seulement la multiplicité des niveaux de pouvoirs, mais « les philosophies » défendues sont aussi multiples que les niveaux de décision. Quelle relation possible entre l'approche sécuritaire, prohibitionniste et celle de promotion de la santé et de la réduction des risques ? Ce point de rencontre est possible si cohérence ne signifie pas pensée et politique unique, si chacun cadre son champ d'activité et se limite à celui-ci.

La difficulté d'une politique coordonnée au niveau belge en matière d'assuétudes est révélatrice des méfiances de chaque niveau de pouvoir. Il est indispensable d'agir en mettant en avant les complémentarités de toutes les politiques (en faisant abstraction des divergences institutionnelles et en créant une dynamique de transversalité) : pas de place pour des politiques qui ne prennent en compte les questions de santé sans les replacer dans leur environnement social (vulnérabilité, fragilité sociale et culturelle, décrochage scolaire, parentalité en difficulté, qualité de vie du milieu, logement, travail). On peut à ce sujet faire référence au rapport du comité d'experts toxicomanies qui demeure à mon avis un document de référence, même s'il est peu connu.⁴

Des acteurs de terrain

Bien qu'ils soient la pièce maîtresse de l'opérationnalisation des décisions, je ne m'attarderai pas ici à leur propos. Ils sont présents ; ils sont nombreux, diversifiés dans leurs compétences, dans leur champ d'activité, dans leur rapport à leur public. Les acteurs plus proches du secteur « médical » se situent moins aisément dans le champ de la promotion de la santé.

4 Constats et recommandations en vue d'un plan concerté en matière d'assuétudes (RW/CF/CCF), Collège d'experts en assuétudes - Juin 2005, disponible sur le site de la Direction générale de la santé. http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs_super_editor/dgs_editor/documents/Publications/Assuetudes/assuetudes_rapport_06_2005.pdf.

5 Extrait de l'Arrêté du Gouvernement de la Communauté française relatif au théâtre-action, pris en application du décret du 10 avril 2003 relatif à la reconnaissance et au subventionnement du secteur professionnel des Arts de la Scène http://www.cultureetdemocratie.be/fr/documents/theatre_action.doc.

6 DELIENS, Cr., *Carnet de voyage – partir en projet santé avec des partenaires*, dans *Santé en Communauté française*, n°2, février 2009, p. 9-11.

7 JESPERS, J.-J., journaliste et professeur à l'ULB, dans *Bruxelles santé - Peur et prévention*, p. 34.

La promotion de la santé en Communauté française a trouvé son inspiration dans l'éducation permanente ; des projets développés et financés dans les deux secteurs - santé et éducation permanente - existent.

Les objectifs communs entre promotion de la santé et culture peuvent être illustrés par cette définition du théâtre action reprise par Culture et Démocratie : « ... [Les compagnies de théâtre-action ont pour mission principale] ... le développement, avec des personnes socialement ou culturellement défavorisées, de pratiques théâtrales visant à renforcer leurs moyens d'expression, leur capacité de création et leur implication active dans les débats de la société... »⁵.

Dans le cadre de son programme « A table les cartables », Cristine Deliens met en avant des objectifs semblables : « Elles [les activités] sont basées sur des principes pédagogiques et de promotion de la santé impliquant la participation des élèves, la valorisation de chacun, le collectif, la créativité, l'ouverture (autres classes, extérieure de l'école, quartier) ainsi que l'utilisation des ressources de proximité : parents, PSE et PMS, acteurs éducatifs et de santé, secteur socioculturel, école des devoirs et associations du secteur non marchand... »

Et plus loin : « Agir pour quoi et sur quoi ? Permettre à chacun de trouver sa place dans un groupe, de prendre part à un projet, de s'exprimer, de donner son avis, de comprendre les liens entre les choses et ce qui mène à la santé ou sur quoi il est possible d'agir, c'est contribuer - à notre sens - à faire « des gens debout », des acteurs d'aujourd'hui et de demain, des explorateurs du « pourquoi » et du « comment » qui pourront, peut-être, mieux maîtriser leur projet de vie et contribuer collectivement à un monde « en meilleure santé »⁶.

Le monde associatif n'est pas exclusif : les pouvoirs publics locaux – les communes – ont un rôle fondamental pour stimuler et soutenir des politiques transversales. Le réseau des communes en santé était une tentative d'implication des communes.

Les pressions sur les politiques

Ces acteurs vont, sur le terrain, ressentir cruellement les incohérences, les absences de prise de décision, les dysfonctionnements dans les politiques menées, et ce d'autant plus que leur attente est liée directement à la pression exercée par leur public.

La question de la pertinence et de la cohérence a déjà été abordée ; au niveau des choix politiques, ceci va de pair avec des financements adéquats que la Communauté française a des difficultés d'assumer dans son carcan budgétaire. Mais bien d'autres questions se posent qui influencent la prise de décisions. Une société qui a peur, peur de ses concitoyens, peur de son environnement, peur de son cadre de vie individuel (logement, emploi...), se rétracte sur elle-même, s'enferme au sens propre et au sens figuré et se sent dans une grande insécurité. Elle exige de ceux à qui elle a délégué des responsabilités qu'ils prennent des mesures de protection (principe de précaution) qui se traduisent en mesures d'interdiction (pour notre bien évidemment...) et de sanction (tolérance zéro). L'accident, le fait divers, l'évènement dramatique sont relayés par les médias avec d'autant plus d'importance qu'ils répondent à l'attente anxieuse du public. « Par un paradoxe qui n'est qu'apparent, dans cette société hyper-sécurisée, le sentiment d'insécurité s'aggrave, car on se rend compte que sécurité (de vie, d'emploi, etc.), santé et confort sont fragiles et que nous les payons un prix très élevé. Les médias exploitent cette crainte de l'insécurité et en font un argument de vente. Une forme pervertie du principe de précaution s'impose un peu partout. Tous les risques sont mis en exergue et parfois sciemment exagérés pour susciter des comportements de consommation « paniques ». Il faut remarquer que les médias mettent surtout en avant les risques individuels (maladies cardiovasculaires, sida, cancer du fumeur) et non les risques liés au travail, qui sont considérés comme relevant de la fatalité... »⁷

Avec un rien d'observation, il est aisé de deviner, à l'écoute de certaines nouvelles du journal télévisé, celle qui dès le lendemain va entraîner

une réaction du Ministre concerné et le type d'action qui sera choisie. A l'intrusion agressive dans une école, l'enfermement des élèves derrière des grilles est certes un malheureux réflexe de peur mais également une réaction immédiate qui évite d'analyser le pourquoi doit-on mettre des grilles. Les acteurs du secteur des assuétudes sont confrontés couramment à la prise de mesures sécuritaires qui évitent de se poser certaines bonnes questions.

L'action politique est ainsi soumise aux pressions de la société ou de certains de ses groupes (exemple le faible pourcentage des parents favorisés opposés au décret mixité), de certains médias (orientés plus vers l'événement dramatisant que vers la réflexion et la construction), des parlementaires (interpelant les Ministres dans des optiques parfois peu constructives) et en fin de compte à la contrainte de son propre mandat (le mandat politique est un contrat à durée déterminée). Face à ce climat tendu, qui exige des politiques des mesures rapides, des décisions simples, tranchées, des plans d'urgence, le concret et le visible priment, en contradiction avec les stratégies de promotion de la santé dont la mise en œuvre sur le terrain *peut être perçue(e) comme « un détour » et une perte de temps, mais pour les scientifiques et acteurs de terrain des sciences humaines et du développement communautaire, cette manière de faire est la plus « durable » en termes de changement*⁸.

Certains acteurs de la promotion de la santé n'échappent pas à cette tendance normative tant par leur soutien à de bons comportements trop souvent édictés en vérité, à des interdictions qui seraient complémentaires de leurs actions. Je ne peux m'empêcher de relever ici le concept de « dénormalisation ». Comme son nom l'indique, cette stratégie vise à organiser de manière systématique l'adhésion sociale à la norme de santé publique⁹.

Quand il s'agit de jeunes, surtout sur les questions de prise de risques, la nécessité de prendre des décisions est invoquée. Cependant, « aucune raison ne pourra jamais, à elle seule et à coup sûr, empêcher l'homme d'agir mal, délibérément. Le désir est à l'œuvre dans l'agir humain, et le désir c'est l'autre de la raison si le pire, pour un regard extérieur, se trouve parfois être choisi, c'est parce que celui qui choisit s'imagine que son choix est le meilleur. Le sujet résiste – même à l'attention bienveillante de l'autre – pour des raisons qui lui sont propres, raisons auxquelles souvent lui-même n'a pas accès. Les injonctions légitimes qui visent à lui apporter une meilleure qualité de vie sont rejetées ou superbement ignorées »¹⁰.

Perspectives

Un cadre existe, un dispositif est en place, des acteurs sont présents. Ce n'était pas l'objet de cet article de faire une présentation des publics-cibles. Mais ne soyons pas naïfs : les inégalités sociales face à la santé augmentent en Belgique. Avoir une politique de promotion de la santé est un enjeu majeur pour la valorisation des personnes et des groupes de personnes, par la mise en avant des compétences de chacun, pour un accès à plus d'équité. Pour cela, il convient de poursuivre dans l'analyse et la remise en question permanente des choix politiques et du travail des acteurs.

Tenir compte des conditions sociales des personnes et des communautés (y compris économiques, culturelles...) est un préalable à toute action de promotion de la santé. En promotion de la santé, il n'y a pas de mesures autoritaires qui soient justifiées et encore moins de mesures coercitives et sécuritaires. Les personnes qui sont dans des situations de vulnérabilité (en relation avec leur logement, leur emploi, leur handicap, leur identité culturelle...) sont également celles

8 DELIENS, *ibidem*, p. 6.

9 PREVOST, M., Quand les a-normaux se rebiffent, à propos de l'article de P. Tréfois « fumeurs réveillez-vous » dans *Santé Conjuguée*, n°41, juillet 2007, p. 40.

10 Philippe Lecorps et Jean-Bernard Paturet, extrait du livre *Du biopouvoir à la démocratie*, cité dans *Fumer ou ne pas fumer... est-ce la question ?*, Direction générale de la santé, 2002, p. 22.



« Vers des recommandations face aux inégalités sociales de santé » - Actes de la Deuxième Journée liégeoise de promotion de la santé (Octobre 2008)

Le CLPS de Liège a fêté ses 10 ans le 7 octobre 2008. Cette journée était une « étape-phare » d'une dynamique portée et partagée par des professionnels, acteurs auprès des populations précarisées en région liégeoise. Les actes de cette rencontre sont accessibles gratuitement sur le site www.clps.be.

Au sommaire : les modes de concertation, de communication, les liens des professionnels et des politiques avec les populations précarisées et les représentations des réalités sociales propres à la région liégeoise. Les thèmes de l'accessibilité des soins, la participation des populations, ainsi que la professionnalisation de la promotion de la santé, ont également fait l'objet de débats sur base d'un travail de fond, mené préalablement par un ensemble de 44 professionnels du social et de la santé issus de la région.

NB : un « Cahier de recommandations » a également été mis à disposition sur le même site web ; il est destiné aux politiques et institutionnels.

qui risquent le plus la stigmatisation et l'humiliation. Leur risque d'enfermement est multiple. Le choix des plans de santé nationaux par problématique qui promeuvent une déclinaison locale par les Communautés ne doivent pas prendre la place de politiques de promotion de la santé dont un des objectifs principaux est de réduire les inégalités, de créer du lien social.

L'évolution ces dernières années met en évidence une difficulté importante d'intégrer les politiques de prévention dans la promotion de la santé. Bien que le cadre de référence de promotion de la santé soit continuellement affirmé par les politiques (Gouvernement et parlementaires), la réalité est autre : programmes de santé publique, approche biomédicale, orientation plus marquée vers les acteurs médicaux de

la santé, adhésion aux programmes nationaux sans toujours beaucoup de réflexion (la Communauté devenant un « exécutant » des décisions nationales sous l'égide du fédéral).

Cette évolution vers une référence santé publique, basée sur les chiffres répond de façon immédiate aux pressions de la société (via médias interposés) pour la sécurité, la protection, la précaution et le sécuritaire mais vont à l'encontre des démarches de promotion de la santé.

Le secteur santé de la Communauté française a une proximité avec la culture, l'éducation, l'aide à la jeunesse... qui sont autant d'approches qui s'inscrivent dans des choix semblables. A chacun de se servir, de rappeler ou de forcer l'attention vers ces leviers de prévention, vers ces possibilités à notre disposition de transversalité. ■