

Post-print manuscript, archived in accordance with journal's policy

<http://www.sherpa.ac.uk/romeo/search.php?issn=1635-0421>

De Leeuw E, Harris-Roxas B. *L'ingénierie de la promotion de la santé : d'Ottawa à l'après-Shanghai*, Environnement, Risques & Santé, online first. [doi:10.1684/ers.2016.0920](https://doi.org/10.1684/ers.2016.0920)

[www.jle.com/fr/revues/ers/e-](http://www.jle.com/fr/revues/ers/e-docs/lingenierie_de_la_promotion_de_la_sante_dottawa_a_lapres_shanghai_308306/article.phtml)

[docs/lingenierie de la promotion de la sante dottawa a lapres shanghai 308306/article.phtml](http://www.jle.com/fr/revues/ers/e-docs/lingenierie_de_la_promotion_de_la_sante_dottawa_a_lapres_shanghai_308306/article.phtml)

L'ingénierie de la promotion de la santé : d'Ottawa à l'après-Shanghai

Evelyne de Leeuw^{1 1}

Ben Harris-Roxas²

¹ MSc, MPH, PhD

Directrice du Centre de formation, recherche et évaluation en équité en santé (CHETRE)

Université du Nouveau-Pays-de-Galles-du-Sud (UNSW)

Research Centre for Primary Health Care & Equity

Unité de santé de la population

South Western Sydney Local Health District

NSW Santé et membre de l'Institut d'Ingham

Australie

e.deleeuw@unsw.edu.au

² BSW, MPASR, PhD

Directeur-adjoint du Centre de formation recherche et évaluation en équité en santé
(CHETRE)

Université du Nouveau-Pays-de-Galles-du-Sud (UNSW)

Research Centre for Primary Health Care & Equity

Unité de Santé de la Population

South Western Sydney Local Health District

NSW Santé et membre de l'Institut d'Ingham

Australie

b.harris-roxas@unsw.edu.au

Tirés à part : Evelyne de Leeuw

¹ Evelyne de Leeuw a assisté à la Conférence internationale sur la promotion de la santé à Ottawa, novembre 1986 et à toutes les conférences mondiales subséquentes sur la Promotion de la santé.

Impact et changement

Cette année nous assistons à des nombreuses célébrations, dans le monde entier, à l'occasion du 30^{ème} anniversaire de la Charte d'Ottawa. Nous avons connu des manifestations similaires respectivement cinq ans (par exemple [1, 2]) et dix ans auparavant (par exemple [3, 4]). La Charte demeure un texte visionnaire et une source d'inspiration, à l'héritage durable. Toutefois, elle n'a pas accompli toutes les promesses que sa vision globale laissait miroiter. En particulier, deux de ses domaines d'action se distinguent comme ayant échoué à apporter une preuve réelle de leur efficacité : l'appel à construire des politiques publiques saines et la nécessité de réorienter les services de santé pour la promotion de la santé.

Le terme même d'« Etablir une Politique Publique Saine » a maintenant été remplacé par celui de la « Santé dans Toutes les Politiques » [5]. En ce qui concerne la réorientation des services de santé, nous sommes encore bien loin de la réussite. Dans notre évaluation [6], les deux domaines d'action souffrent de la relative marginalisation du plaidoyer de promotion de santé, cantonné dans la périphérie lointaine du complexe médico-industriel. Les secteurs des soins cliniques, de la technologie biomédicale et pharmaceutique continuent de croître, alors que celui de la santé publique et de la promotion de la santé demeure en marge des ressources et des politiques publiques. Une solution partielle à ce défi consiste à ce que la communauté mondiale de promotion de la santé s'approprie une science politique de la santé [7, 8]. Dotée de ce bagage méthodologique, elle serait alors apte à mieux comprendre les processus politiques visant à faire des choix dans le domaine public et à reconnaître explicitement les questions de pouvoir, de perception et de compromis ou de compensations mutuelles.

Le monde de 2016 est très différent de celui de 1986. Les Etats socialistes et le marxisme-léninisme ont presque disparu de la surface de la terre. La mondialisation sous sa forme néolibérale est maintenant l'idéologie dominante et pratiquement incontestée. Des progrès ont été accomplis, mais ils n'ont pas été partagés par tous. L'humanité dans son ensemble se porte mieux, mais les différences entre les populations et les divers groupes, en termes de santé, de bien-être, de richesse et de la vie économique, persistent et empirent. Les connaissances, l'information et les divertissements sont disponibles partout et à tout moment, à des vitesses ahurissantes, en qualité étonnante et en quantités énormes. Le trou dans la couche d'ozone peut avoir été comblé et les pluies acides disparues, mais ils ont été remplacés par l'avènement apparemment inexorable de la catastrophe lente du changement climatique. La croissance démographique galopante et les mouvements de population (dont des catastrophes sont souvent à l'origine) ont conduit à une planète urbaine avec des centaines de millions des gens qui vivent dans des camps, des bidonvilles et dans l'habitat informel. Les services écosystémiques qui sont à même de réduire les privations pour ces personnes en leur fournissant une bonne qualité de l'air, de l'eau propre, de la nourriture, des matières combustibles, des matériaux de construction, la protection contre les inondations, etc., sont en train de s'effondrer.

Dans ce contexte, le gouvernement de la République Populaire de Chine et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont organisé la Neuvième Conférence Mondiale sur la Promotion de la Santé à Shanghai en novembre 2016.

Dans un tel monde, la Charte d'Ottawa est-elle toujours pertinente ? La Déclaration de Shanghai sur la Promotion de la santé va-t-elle avoir le même impact visionnaire et durable qu'a connu la Charte ?

Comprendre la Charte

Pour répondre à ces deux questions, il est important de comprendre comment la première Conférence de Promotion Santé, celle d'Ottawa, a eu lieu. Ce fut un événement soigneusement organisé qui est venu matérialiser une série d'événements et de publications antérieures. Ceux-ci ont été construits ou rédigés afin de répondre aux évolutions importantes qui avaient balayé le monde après la Seconde Guerre Mondiale. Cela peut sembler abstrait, mais il s'agit tout simplement de réaliser que non seulement la Charte d'Ottawa était visionnaire dans sa formulation, mais qu'elle est aussi arrivée au bon moment et fut axée sur la création des synergies sociales.

L'appréciation de combien unique et bien conçue fut la Charte pourrait commencer par une interprétation de son affiche / page de couverture (figure 1). Contrairement à ce qui s'est passé pour ses « descendants » des Conférences Mondiales suivantes sur la Promotion de la Santé (Adélaïde en 1988 ; Sundsvall en 1991 ; Jakarta en 1997 ; Mexique en 2000 ; Bangkok en 2005 ; Nairobi en 2009 ; et Helsinki en 2013) le document est bilingue (anglais-français). C'est aussi le texte le plus bref de tous – juste deux pages. Les logos des trois co-organisateur incluent la société civile sous la forme de l'Association Canadienne de Santé Publique, et pas seulement un État interlocuteur de l'OMS. Toutefois, le plus important, c'était le thème de la Conférence – et c'est ce que la plupart des historiens de la promotion de la santé semblent avoir oublié : *Vers une nouvelle santé publique.*

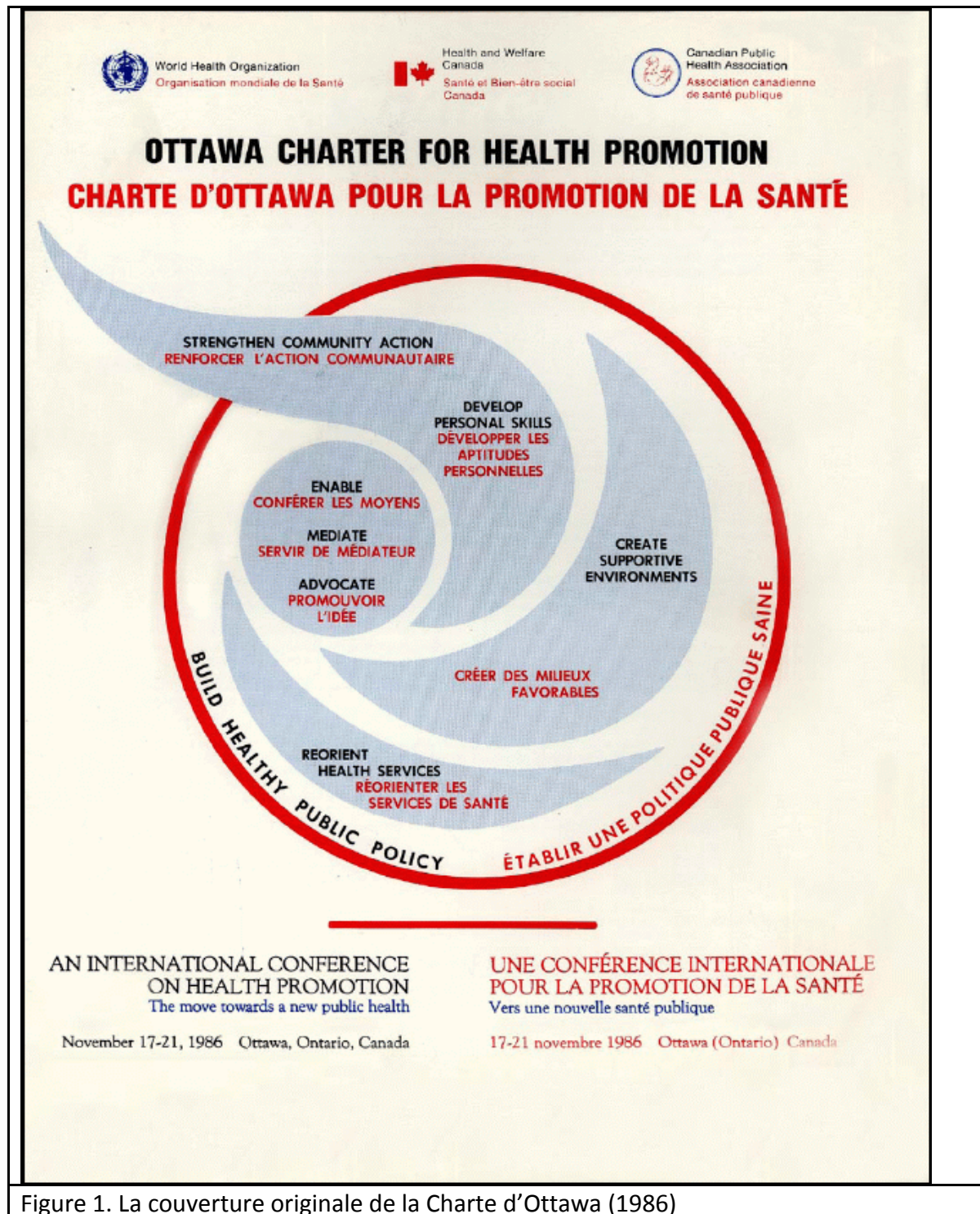


Figure 1. La couverture originale de la Charte d'Ottawa (1986)

Il y a eu un large débat sur ce que pourrait être cette « nouvelle santé publique ». Dans un célèbre best-seller, qui se trouve déjà à sa quatrième édition, Fran Baum [9] explique qu'une nouvelle santé publique inclut en son sein la société civile et utilise une gamme de modèles de la santé (sociaux, biomédicaux, qui tiennent compte des autochtones, ...). Elle englobe les collectivités en tant que détentrices de savoir-faire et de données probantes. La nouvelle santé

publique cherche à comprendre et à traiter la chaîne des causalités, distales et proximales, de la santé. Elle s'efforce de s'appuyer sur le capital santé des individus, groupes, collectivités et structures, plutôt que d'essayer de corriger les manquements et les lacunes. La nouvelle santé publique valorise la diversité et la complexité, et, plutôt que d'essayer de réduire naïvement cette complexité, elle tente de produire du sens à partir de la dynamique fluide et multi-niveaux qui crée, soutient et défie la santé. Le plus important probablement, consiste dans le fait que la nouvelle santé publique parle d'équité, de justice et de développement durable – et pas seulement de santé individuelle.

Notre compréhension de ces notions a augmenté depuis la publication de la Charte d'Ottawa. Bien que la plupart d'entre elles font maintenant partie de la rhétorique dominante, elles ne font certainement pas partie de la pratique dominante. En particulier, la dimension « politiques publiques » des réponses concertées nécessaires à la complexité actuelle, aussi bien au niveau de la santé des individus qu'à celui de la santé des populations, est très peu comprise ou mise en œuvre [6].

La Conférence de Shanghai a choisi quatre sujets principaux comme points d'articulation pour discuter de l'avenir de la promotion de la santé : villes-santé ; action multi-sectorielle ; mobilisation sociale ; et la littératie en santé. En l'état actuel, elle ne parvient pas à appréhender et à bien saisir cette complexité, en adoptant notamment une approche systémique scientifiquement fondée ou en mettant en évidence les divers intérêts dans un cadre de gouvernance à plusieurs niveaux dans ces systèmes (par exemple Hill & Hupe [10], dans [6]) – et en occultant le rôle essentiel, lorsqu'on navigue dans cet espace, du leadership en matière de santé [11].

En quoi la Charte d'Ottawa était différente ?

Pourquoi la Charte a eu une telle aura qui perdure à travers les décennies ? L'observateur non averti pourrait avancer qu'elle a été mise au point lors d'une réunion qui a rassemblé les bonnes personnes, au bon endroit, au bon moment. Une partie de ce constat est vraie – certaines dynamiques ne peuvent pas être orchestrées à l'avance, ce sont les circonstances qui les créent. Toutefois, une analyse plus approfondie aurait montré que la réunion d'Ottawa était l'aboutissement d'un effort volontariste qui a exigé beaucoup de temps et une véritable stratégie. Pendant les années qui ont juste précédé 1986, une série de documents avait été publiée sur des questions telles que l'avenir social, les modes de vie et la santé, la stratégie d'élaboration de politiques de santé, les déterminants de la santé [12]. L'élaboration de ces documents avait réuni des groupes de personnes partageant les mêmes idées et une vision claire de l'importance des données probantes (evidence base) pour une nouvelle santé publique. Des personnes qui ont évolué d'une approche technocratique vers une approche demandant de l'engagement personnel et de l'« empowerment » (se prendre en charge de manière responsable et autonome). Ces personnes, qui furent les vrais artisans de la Charte d'Ottawa, ont intégré le changement social qui s'est produit entre les années 1960 et 1980 dans une démarche intellectuelle canalisée selon les modèles académiques et qui nous a conduit à la Conférence et à la Charte.

Il faut ici souligner que les voix des peuples autochtones et celles des pays en développement étaient moins présentes dans l'élaboration de la Charte d'Ottawa que ce à quoi nous nous attendons aujourd'hui [13]. Ceci doit être considéré comme une nouvelle opportunité mais aussi un défi pour la rédaction de la Déclaration de Shanghai. La 9^{ème} Conférence Mondiale sur la Promotion de la Santé n'a pas compris ce besoin et n'a pas su se hisser à la hauteur de l'exigence de cette inclusion. Certains pourraient prétendre que le monde est devenu si complexe et interconnecté que la minutieuse élaboration de stratégies pour aboutir à une Déclaration visionnaire et simultanément capable d'avoir un impact réel est devenue impossible. Nous ne sommes pas d'accord.

Les quatre thèmes choisis pour piloter le réengagement souhaité lors du trentième anniversaire de l'acte fondateur de la promotion de la santé sont appropriés, mais ils ne sont pas les plus judicieux. Ils pourraient s'avérer un obstacle à ce que les bonnes personnes, au bon moment, puissent discuter de ce qui compte vraiment, sur la base d'un ensemble de conditions soigneusement mises en forme.

Qu'est ce qui compte vraiment ? En voici quelques pistes : le fossé grandissant d'équité en matière de richesses et de santé et le pouvoir des entreprises qui préside cet élargissement ; la xénophobie, le fanatisme religieux et populiste et une régression de l'intégration mondiale vers des Etats-Nations érigées en forteresses assiégées ; l'insidieuse et souvent incontrôlée alimentation industrielle et le complexe médico-industriel, créateurs de dépendances et de moins d'« empowerment » ; donner la parole aux laissés pour compte des transformations sociales et du pouvoir ; et, comme un résultat de notre incapacité à faire face à tous ces problèmes : l'injustice environnementale inter-générationnelle.

Certes, s'attaquer à ces enjeux semble très complexe et difficile. Pour faire avancer l'action sur ces questions cruciales, nous devons aller plus loin que là où nous portent l'érudition et l'activisme. Le monde a besoin de courage et de leadership. Il nous faut une vision pour un avenir plus sain qui parle aux « vraies gens », à tous ceux qui vivent dans notre monde d'aujourd'hui.

La directrice générale de l'OMS, la Dr Margaret Chan, a audacieusement mentionné ces questions dans son discours à l'Assemblée mondiale de la santé en mai de cette année [14]. Néanmoins, le leadership implique le « followship » : que les États membres de l'OMS doivent accepter de relever ce défi et s'y engager en commençant à prendre des mesures concrètes.

Il y aura une 10^{ème} Conférence mondiale sur la Promotion de la santé. Espérons qu'elle célébrera les réalisations de celle de 2016 et de la Charte d'Ottawa. Il ne nous reste qu'à espérer qu'elle sera imaginée et conçue de façon à ce qu'elle traite enfin de ce qui compte vraiment.

Remerciements et autres mentions

Financement : aucun ; liens d'intérêts : aucun .

Références

- Baum F Health for All Now! Reviving the spirit of Alma Ata in the twenty-first century: An Introduction to the Alma Ata Declaration. *Soc Med* 2007 ; 2 : 34-41
- Baum F *The new public health*. South Melbourne: Oxford University Press, 2015
- Bernier NF & Clavier C Public health policy research: making the case for a political science approach. *Health promotion international*, 2011 ; 26 : 109-116
- Chan M Address to the Sixty-ninth World Health Assembly. 23 May 2016, Geneva, Switzerland
<http://www.who.int/dg/speeches/2016/wha-69/fr/>
- Clavier C de Leeuw E *Health Promotion and the Policy Process*. Oxford: Oxford University Press, 2013
- De Leeuw E *The Sane Revolution*. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1989
- De Leeuw E ed. The Ottawa Charter for Health Promotion 25 years on. *Health Promot Int* 2011 ; 26 : ii157-ii272
- De Leeuw E Ståhl T Tang KC eds The Eighth Global Conference on Health Promotion Helsinki, June 2013. *Health Promot Int* 2014 ; 29 : i1-i151
- De Leeuw E Engagement of Sectors Other than Health in Integrated Health Governance, Policy, and Action. *Annu Rev of Public Health*, 38 (in press)
- Greer SL & Lillvis DF Beyond leadership: political strategies for coordination in health policies *Health Policy* 2014 ; 116 : 12-17
- Hill M & Hupe P Analysing policy processes as multiple governance: accountability in social policy *Policy Polit* 2006 ; 34 : 557-573
- Labonté R Health promotion in an age of normative equity and rampant inequality. *Int J Health Policy Manag* 2016 ; 5 : 1-8. doi:10.15171/ijhpm.2016.95
- McPhail-Bell K Fredericks B Brough M Beyond the accolades: a postcolonial critique of the foundations of the Ottawa Charter *Global health promotion* 2013; 20 : 22-29.
- REFIPS (Réseau francophone international pour la promotion de la santé) *25 ans d'histoire : les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones* Montréal: REFIPS Section des Amériques, 2012

Ridde V Guichard A & Houeto D Social inequalities in health from Ottawa to Vancouver: action for fair equality of opportunity *Promot Educ* 2007; 14 : 12-16

¹ De Leeuw E ed. The Ottawa Charter for Health Promotion 25 years on. *Health Promot Int* 2011 ; 26 : ii157-ii272

² REFIPS (Réseau francophone international pour la promotion de la santé) 25 ans d'histoire : les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones Montréal: REFIPS Section des Amériques, 2012

³ Baum F Health for All Now! Reviving the spirit of Alma Ata in the twenty-first century: An Introduction to the Alma Ata Declaration. *Soc Med* 2007 ; 2 : 34-41

⁴ Ridde V Guichard A & Houeto D Social inequalities in health from Ottawa to Vancouver: action for fair equality of opportunity *Promot Educ* 2007; 14 : 12-16

⁵ De Leeuw E Ståhl T Tang KC eds The Eighth Global Conference on Health Promotion Helsinki, June 2013. *Health Promot Int* 2014 ; 29 : i1-i151

⁶ De Leeuw E Engagement of Sectors Other than Health in Integrated Health Governance, Policy, and Action. *Annu Rev of Public Health*, 38 (in press)

⁷ Bernier NF & Clavier C Public health policy research: making the case for a political science approach. *Health promotion international*, 2011 ; 26 : 109-116

⁸ Clavier C de Leeuw E Health Promotion and the Policy Process. Oxford: Oxford University Press, 2013

⁹ Baum F The new public health. South Melbourne: Oxford University Press, 2015

¹⁰ Hill M & Hupe P Analysing policy processes as multiple governance: accountability in social policy *Policy Polit* 2006 ; 34 : 557-573

¹¹ Greer SL & Lillvis DF Beyond leadership: political strategies for coordination in health policies *Health Policy* 2014 ; 116 : 12-17

¹² De Leeuw E The Sane Revolution. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1989

¹³ McPhail-Bell K Fredericks B Brough M Beyond the accolades: a postcolonial critique of the foundations of the Ottawa Charter *Global health promotion* 2013; 20 : 22-29.

¹⁴ Chan M Address to the Sixty-ninth World Health Assembly. 23 May 2016, Geneva, Switzerland
<http://www.who.int/dg/speeches/2016/wha-69/fr/>