

Promotion de la santé : Enjeux pour l'an 2000

Michel O'Neill

Quelques éléments de contexte

Les origines de la promotion de la santé

La promotion de la santé, même si elle remonte à la Grèce antique, provient, principalement de deux courants récents, reliés aux interventions professionnelles et gouvernementales en santé publique : un dominant, celui de l'éducation pour la santé, et un plus marginal, celui de l'intervention sur les politiques publiques (Badgley, 1994 ; Bunton et Macdonald, 1992 ; Green et Kreuter, 1991 ; O'Neill et Pederson, 1994).

L'éducation pour la santé s'est développée surtout après la seconde guerre mondiale, principalement sous l'influence de la psychologie sociale et des États-Unis. Elle vise à modifier, de manière volontaire, les comportements individuels ayant un effet sur la santé (Godin, 1991 ; Green et Kreuter, 1991). L'approche de l'intervention (principalement gouvernementale) sur les politiques publiques a été mise de l'avant par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et diverses instances canadiennes, à partir de la fin des années 70 (Kickbusch, 1986, 1989, 1994). Cette approche vise à créer des environnements physiques et socio-économiques qui facilitent l'adoption et le maintien d'habitudes individuelles favorables à la santé (Milio, 1986).

Le milieu des années 80, en particulier l'année 1986, a été le moment historique où ces deux courants, qui évoluaient en parallèle ou même en opposition, se sont fusionnés pour produire le champ de la promotion de la santé, tel qu'on le connaît aujourd'hui sur la scène internationale (O'Neill et Pederson, 1994).

Vers une définition de la promotion de la santé

Les deux définitions de la promotion de la santé les plus largement utilisées à l'échelle de la planète sont, sans doute, celle de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : « un processus qui confère aux

Repris du Discours de la *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 1997, Vol. 29, N° 1, 63-70.

populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci» (Charte, 1986, p. 5), et celle de l' incontournable ouvrage de Green et Kreuter : « toute combinaison d'actions planifiées de type éducatif, politique, législatif ou organisationnel appuyant des habitudes de vie et des conditions de vie favorables à la santé d'individus, de groupes ou de collectivités (1991, p. 432, traduction libre) ».

La juxtaposition de ces deux définitions permet d'énoncer un problème conceptuel majeur. En effet, on utilise encore aujourd'hui l'expression « promotion de la santé » pour désigner deux éléments fort distincts. Il s'agit d'une part d'une *idéologie*, qui n'est finalement rien d'autre que la philosophie traditionnelle de la santé publique désignée au fil des ans, au Canada, sous les appellations : hygiène publique, santé publique, santé communautaire et plus récemment santé des populations (Evans, Barer et Marmor, 1994 ; Lalonde, 1974). D'autre part, il s'agit d'abord et surtout d'un ensemble de *pratiques spécifiques* visant le changement planifié d'habitudes et de conditions de vie ayant un rapport avec la santé, à l'aide de stratégies d'interventions, telles l'éducation sanitaire, le marketing social, la communication persuasive, l'action politique, l'organisation communautaire et le développement organisationnel (O'Neill et Cardinal, 1994). Cesser d'utiliser le mot « promotion de la santé » pour désigner la dimension idéologique et ne le réserver que pour désigner les pratiques spécifiques mentionnées ici aiderait sans doute à clarifier le concept, mais cette proposition (O'Neill et Cardinal, 1994) ne fait pas encore totalement l'objet d'un consensus (Rootman et Goodstadt, 1996).

Les enjeux en promotion de la santé autour de l'an 2000

Au Canada comme ailleurs, cerner le contenu conceptuel de la promotion de la santé demeure donc l'enjeu majeur car cela a des effets directs sur son financement, son enseignement, sa pratique et la recherche faite à son propos. D'autres enjeux existent aussi.

Sur la scène internationale

Le plus important des autres enjeux, c'est sans doute la manière dont l'économie politique mondiale évolue. Les valeurs et l'idéologie de la promotion de la santé sont nées à l'époque de l'État providence. Les changements dans l'économie politique mondiale, au cours des derniers vingt ans, ont toutefois entraîné, dans les anciens états providences des pays du Nord (Europe de l'Ouest, É.-U., Canada, Australie,

Nouvelle-Zélande), la situation que nous connaissons aujourd'hui : démantèlement des services publics pour réduire les déficits gouvernementaux, chômage chronique, exportation des emplois vers l'étranger, etc. La promotion de la santé évolue ainsi dans un environnement international qui utilise à l'occasion son discours. Toutefois, cet environnement, de manière générale, favorise la mise en œuvre de politiques qui, loin de promouvoir la santé, ont comme conséquences d'exacerber les iniquités et d'augmenter les problèmes de santé et de bien-être plutôt que de les réduire (Hancock et Labonté, 1997).

L'OMS continue malgré tout de proposer aux gouvernements des pays qui en sont membres des orientations conformes à la Charte d'Ottawa. La Quatrième conférence internationale sur la promotion de la santé aura lieu en juillet 1997, à Djakarta, en Indonésie. Son titre, « De nouveaux joueurs pour une nouvelle époque », traduit bien les changements planétaires où nous sommes plongés et propose de les voir autant comme des opportunités que comme des contraintes (WHO, 1997). De son côté, le principal ONG à caractère mondial dans le domaine de la promotion de la santé, l'Union internationale pour la promotion de la santé et l'éducation pour la santé, a modifié ses programmes, son image et même son nom au cours des dernières années, témoignant lui aussi des bouleversements majeurs qui se produisent à l'échelle planétaire.

Sur la scène canadienne

Les grands enjeux internationaux se reflètent aussi au Canada. On peut, en effet, retenir les éléments qui suivent. Premièrement, le Canada continue, mais de manière différente, à jouer un rôle de leader international dans le domaine. Deuxièmement, l'important leadership du gouvernement fédéral est en voie de se transformer radicalement, sinon de disparaître, suite notamment à l'apparition du « nouveau » discours sur la santé des populations et aux coupures draconiennes qu'il impose. Troisièmement, il y a une grande variabilité dans la vitesse d'adoption et dans les stratégies d'utilisation du discours de la promotion de la santé, selon les provinces et territoires. Quatrièmement, cette utilisation se fait partout dans le contexte de réformes importantes apportées au système de santé. Cinquièmement, aux acteurs plus habituels viennent se greffer de nouveaux acteurs importants : le secteur privé, les hôpitaux, les gouvernements municipaux et le Consortium canadien de recherche en promotion de la santé. Sixièmement, l'ambiguïté du discours de promotion de la santé fait qu'il peut être repris à la fois pour des objectifs politiques de gauche ou de droite, à des fins individua-

lisantes ou collectivisantes, servant ainsi une pléiade d'agendas politiques. Septièmement, le champ de la promotion de la santé a de la difficulté à faire la preuve de son utilité dans des termes recevables (science positiviste, coûts-bénéfices, etc.) par les décideurs politiques actuels et est souvent perçu comme peu scientifique et trop idéologique (Hancock et Labonté, 1997; O'Neill, 1996; O'Neill, Rootman et Pederson, 1994; Rootman et Goodstadt, 1996).

Qu'advient-il des infirmières dans ce contexte?

La place des infirmières dans le cadre de ces enjeux

Le paradoxe infirmier

Au Canada comme ailleurs, les infirmières sont au coeur de la *pratique* en promotion de la santé; elles sont les principales dispensatrices de programmes et d'activités dans ce domaine, et la dimension éducative de leur rôle est fondamentale (Hagan et Proulx, 1996). Un premier élément du paradoxe infirmier en promotion de la santé concerne donc les interventions éducatives. Malgré l'importance qualitative et quantitative énorme de ces interventions, on est forcé de constater le peu de formation offerte aux infirmières, face à leurs pratiques éducatives. De plus, on note la relative faiblesse de la base scientifique sur laquelle elles s'appuient (Hagan, O'Neill et Dallaire, 1995), même si, dans ce domaine, la sophistication de la recherche s'est accrue rapidement au cours des trois ou quatre dernières années (Bottroff, Johnson, Ratner et Hayduck, 1996; Stewart, 1995).

Le second élément du paradoxe concerne la dimension *idéologique* de la promotion de la santé. Malgré leur importance centrale comme praticiennes, les infirmières ont été peu présentes dans l'évolution plus générale du champ (Gottlieb, 1992). De plus, malgré de notables exceptions (Dallaire, 1991; Flynn, 1996; Milio, 1971) et une lente évolution (Stewart, 1995), les infirmières ont eu tendance à ne pas consacrer beaucoup d'attention aux dimensions plus politiques et environnementales du travail en promotion de la santé pour se concentrer sur les aspects plus individuels (Stevens, 1989; Williams, 1989).

Les causes du paradoxe

Pourquoi les infirmières n'occupent-elles pas plus de place dans la définition d'un champ où, par ailleurs, elles sont les principales praticiennes? Une première réponse a trait aux efforts majeurs déployés, principalement depuis une vingtaine d'années, à l'élaboration du

corpus de connaissances requis pour conférer, aux soins infirmiers, le statut de Science. Construire son propre champ sur des bases épistémologiques et théoriques solides mène parfois à se centrer sur soi-même et à négliger un peu le reste. Pour une personne non-infirmière, il est toujours intrigant de voir que même dans un champ aussi interdisciplinaire que la promotion de la santé, les auteur-es cité-es en référence dans les recherches infirmières (incluant celles de haut niveau) sont presque exclusivement des infirmières. Toutefois, les théories ou les méthodes que ces infirmières évoquent (souvent de manière non critique) ont généralement été développées dans le cadre d'autres disciplines, notamment dans les diverses sciences sociales.

Le paradoxe est aussi explicable par le fait que prendre des positions politiques sur des sujets d'envergure nationale, intervenir politiquement auprès de collectivités ou encore participer de plein droit à développer des champs de savoirs multidisciplinaires, comme celui de la promotion de la santé, est encore loin de l'image que la majorité d'entre elles se font de leur activité professionnelle « normale ». Finalement, l'image et la position sociales de la profession ne favorisent pas non plus un engagement important dans le processus de définition des orientations de la société, du système de santé ou du champ de la promotion de la santé. Encore trop souvent perçue comme totalement dépendante de la profession médicale, la profession infirmière éprouve une grande difficulté à se défaire du poids des « cinq D » qui l'affligent par les temps qui courent : division, désertion, difficulté des conditions de travail, déqualification et démotivation (Dallaire, O'Neill et Lessard, 1994).

Y a-t-il un avenir en promotion de la santé pour les infirmières ?

Bien sûr que oui ! En ce qui a trait aux *pratiques*, les acquis de la recherche (infirmière et autre) doivent cependant trouver davantage écho dans les interventions quotidiennes. Cela est important notamment pour les interventions éducatives qui demeureront le champ d'action privilégié des infirmières, où qu'elles soient déployées, attendu les changements importants des lieux et modes de pratiques qui se produisent présentement. De plus, une plus grande attention devra être portée aux dimensions collectives, politiques et environnementales des interventions et ces dimensions doivent être maintenant perçues comme des aspects normaux et légitimes du rôle de l'infirmière, même si elles ne sont mises en oeuvre que par une minorité de praticiennes ; autrement, elles seront condamnées à voir le contenu de leur pratique

dicté par d'autres instances (médecins, gouvernements, autres professionnels de la santé).

Finalement, en ce qui a trait à la dimension *idéologique*, la vision et les valeurs de la promotion de la santé sont très proches de celles véhiculées traditionnellement par les infirmières. Il est donc important qu'elles acceptent de devenir, bien davantage, des intervenantes majeures dans les débats de société autour des questions de santé ainsi que des participantes très significatives à la construction de champs interdisciplinaires comme celui de la promotion de la santé.

Références

- Badgley, R. (1994). Health promotion and social change in the health of Canadians. Dans A. Pederson, M. O'Neill et I. Rootman (Édit.), *Health promotion in Canada: Provincial, national and international perspectives* (pp. 20-40). Toronto : W.B. Saunders.
- Bottroff, J.L., Johnson, J.L., Ratner, P.A., et Hayduck, L.A. (1996). The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. *Nursing Research*, 45(1), 30-36.
- Bunton, R., et Macdonald, G. (Édit.). (1992). *Health promotion: Disciplines and diversity*. London et New York : Routledge.
- La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. (1986). Ottawa : Organisation mondiale de la santé, Association canadienne de santé publique et Santé Bien-être Canada.
- Dallaire, C. (1991). Action politique : Le contenu. *L'Appui*, 8(2), 3-6.
- Dallaire, C., O'Neill, M., et Lessard, C. (1994). Les enjeux majeurs pour la profession infirmière. Dans V. Lemieux et al. (Édit.), *Le système de santé au Québec: Organisations, acteurs, enjeux* (pp. 245-272). Sainte-Foy, QC : Presses de l'université Laval.
- Evans, R., Barer, M., et Marmor, T. (Édit.). (1994). *Why are some people healthy and others not? The determinants of the health of populations*. New York : Aldine De Gruyter.
- Flynn, B. (1996). Healthy cities: Toward worldwide health promotion. *Annual Review of Public Health*, 17, 299-309.
- Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé : Les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences sociales et santé*, 9(1), 67-94.
- Gottlieb, L. (1992). Nurses not heard in the health promotion movement. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 24(4), 1-2.
- Green, L.W., et Kreuter, M.W. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental approach* (2^e éd.). Mountain View, CA : Mayfield Publishing.
- Hagan, L., O'Neill, M., et Dallaire, C. (1995). Linking health promotion and community health nursing: Conceptual and practical issues. Dans M.

- Stewart (Édit.), *Community nursing: Promoting Canadians' health* (pp. 413-429). Toronto : W.B. Saunders.
- Hagan, L., et Proulx, S. (1996). L'éducation pour la santé : Le temps d'agir. *L'infirmière du Québec*, 3(3), 44-52.
- Hancock, T., et Labonté, R. (1997, mars). *Health promotion in action: The Canadian experience*. Document non publié soumis à Santé Canada, dans le cadre de la préparation à la Conférence de Djakarta.
- Kickbusch, I. (1986). Health promotion: A global perspective. *Canadian Journal of Public Health*, 77(5), 321-327.
- Kickbusch, I. (1989). *Good planets are hard to find*. Copenhagen : FADL Publishers. (Document #5 des Healthy Cities Papers.)
- Kickbusch, I. (1994). Tell me a story. Dans A. Pederson, M. O'Neill et I. Rootman (Édit.), *Health promotion in Canada: Provincial, national and international perspectives* (pp. 8-19). Toronto : W.B. Saunders.
- Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective sur la santé des Canadiens*. Ottawa : Ministère de l'Approvisionnement et des Services.
- Milio, N. (1971). *9226 Kercheval: The storefront that did not burn*. Ann Arbor, MI : Ann Arbor Paperbacks et University of Michigan Press.
- Milio, N. (1986). *Promoting health through public policy*. Ottawa : Association canadienne de santé publique.
- O'Neill, M. (1996, 20 novembre). *Promouvoir la santé au Canada au XXI^e siècle: Quel Canada ? Quelle santé ? Quelle promotion ?* Conférence présentée lors des célébrations du 10^e anniversaire de la Charte d'Ottawa en promotion de la santé, Ottawa.
- O'Neill, M., et Cardinal, L. (1994). Health promotion in Quebec: Did it ever catch on? Dans A. Pederson et al. (Édit.), *Health promotion in Canada* (pp. 262-283). Toronto : W.B. Saunders.
- O'Neill, M., et Pederson, A. (1994). Two analytic paths for understanding Canadian developments in health promotion. Dans A. Pederson et al. (Édit.), *Health promotion in Canada* (pp. 40-55). Toronto : W.B. Saunders.
- O'Neill, M., Rootman, I., et Pederson, A. (1994). Beyond Lalonde : Two decades of Canadian health promotion. Dans A. Pederson et al. (Édit.), *Health promotion in Canada* (pp. 374-387). Toronto : W.B. Saunders.
- Rootman, I., et Goodstadt, M. (1996). *Health promotion and health reform in Canada*. Document non publié, présenté par le Canadian Consortium for Health Promotion Research au Canadian Forum on the Health of Canadians, University of Toronto Centre for Health Promotion.
- Stevens, P. (1989). A critical social reconceptualization of environment in nursing: Implications for methodology. *Advances in Nursing Science*, 11(4), 56-68.
- Stewart, M. (Édit.). (1995). *Community nursing: Promoting Canadians' health*. Toronto : W.B. Saunders.
- Williams, D.M. (1989). Political theory and individualistic health promotion. *Advances in Nursing Science*, 12(1), 14-25.

World Health Organization. (1997). *New players for a new era: Leading health promotion in the 21st century*. Genève : WHO et le ministère de la Santé, République d'Indonésie.