

# La promotion de la santé en Communauté française : un dispositif structuré, des questions multiples

*Charlotte Lonfils et Marianne Prévost, sociologues, service Espace Promotion Santé de la Fédération des maisons médicales.*

.....

*La politique de promotion de la santé est organisée par décret en Communauté française depuis 1997 (décret modifié en 2003 et en 2009) ; elle repose sur un dispositif complexe et une grande diversité d'acteurs. Ce dispositif, que d'autres pays nous envient, a l'avantage de créer un cadre permettant de construire un regard pluriel ; quelques échos de ce regard à travers un survol du Conseil supérieur de promotion de la santé.*

.....

## Le cadre et les principes de base

La charte d'Ottawa est une base de référence centrale pour la promotion de la santé en Communauté française : le décret précise que la promotion de la santé vise à « permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé ; améliorer la santé en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne ; améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques ».

Pour mettre en œuvre cette politique, il s'agit, toujours selon le décret, de « développer la participation communautaire, la qualité des milieux de vie, les aptitudes personnelles et sociales, l'information et la formation » ; il s'agit aussi de « réorienter les services et de privilégier la concertation et l'action intersectorielle ». Un plan quinquennal, concrétisé dans un Plan communautaire opérationnel définit les lignes de force de cette politique ainsi que, depuis 2003, la politique de médecine préventive dans ses aspects collectifs (que nous comprendrons dans cet article sous le terme de « promotion de la santé »).

Différentes structures soutiennent les activités de terrain financées dans le cadre du décret.

1. Dix centres locaux de promotion de la santé (CLPS) agréés, couvrant l'ensemble du territoire. Ils regroupent différents partenaires, dont deux sont obligatoires par décret : la ville et les CPAS. Leur mission est de coordonner, sur le plan local, la mise en œuvre du programme défini au niveau communautaire, en élaborant et en coordonnant l'exécution d'un programme d'actions soumis à l'avis du Conseil (voir ci-dessous) et à l'approbation du Gouvernement. Pratiquement, ils apportent une aide méthodologique et les ressources disponibles

Mots clefs : promotion santé.

*Les textes légaux ainsi qu'une information détaillée sur ce dispositif sont disponibles sur le site de la direction générale de la Santé : [www.sante.cfwb.be](http://www.sante.cfwb.be).*



aux organismes de terrain, et initient sur leur territoire des dynamiques encourageant le développement de partenariats, l'intersectorialité et la participation communautaire. L'ensemble de ce travail permet de définir des priorités d'actions spécifiques pour les politiques locales de santé.

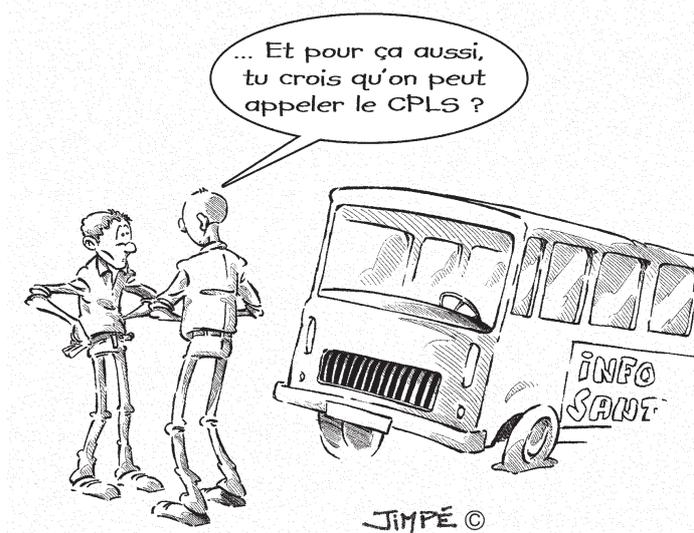
Les centres locaux de promotion de la santé constituent entre eux une commission d'avis chargée de donner avis sur les programmes d'action et sur les recherches en promotion de la santé menés à l'échelle locale.

2. A un autre niveau, on trouve quatre services communautaires de promotion de la santé (SCPS) qui ont pour mission d'apporter une assistance logistique et méthodologique permanente en matière de formation, de documentation, de communication, de recherche et d'évaluation.

Cette assistance est proposée au Conseil supérieur de promotion de la santé, à l'administration, aux centres locaux de promotion de la santé ainsi qu'aux organismes de terrain. Les services communautaires de promotion de la santé sont agréés pour cinq ans par le Gouvernement, sur avis du Conseil supérieur de promotion de la santé. Ils travaillent en collaboration avec l'administration, les centres locaux de promotion de la santé et les centres de référence (médecine préventive).

Chaque service a sa spécificité : l'asbl Question Santé est compétente pour les aspects liés à la communication, l'APES (université de Liège) pour les méthodes d'intervention et d'évaluation, le SIPES (université libre de Bruxelles) pour les activités de recherche, formation et évaluation ; enfin, le RESO (université catholique de Louvain) s'occupe aussi de recherche et de formation mais fournit par ailleurs un service de documentation.

3. Enfin, le Conseil supérieur de promotion de la santé propose les axes prioritaires et les stratégies pour préparer un programme com-



munautaire quinquennal, donne son avis sur les projets de programme quinquennal et de Plan communautaire opérationnel et fait rapport sur l'exécution de ces programmes et plans.

Le Conseil remet également au Gouvernement des avis sur toute question relative à la promotion de la santé et à la médecine préventive envisagée dans ses aspects collectifs. Ces avis sont soit demandés par le Gouvernement, soit exprimés d'initiative par le Conseil lorsqu'il souhaite attirer l'attention du ministre sur une question qu'il juge intéressante ou préoccupante.

Pour remplir certaines de ces missions, le Conseil a créé trois commissions d'avis qui travaillent sur les programmes d'actions et de recherche, les campagnes radiodiffusées et les données épidémiologiques. Il constitue également des groupes de travail à caractère temporaire, composés d'une partie des membres effectifs et suppléants du Conseil et éventuellement d'experts extérieurs. Cinq groupes de travail ont ainsi été mis en place pendant la période 2004-2009, relatifs aux bonnes pratiques en matière de dépistage, au tabac, au Plan national nutrition santé belge, au programme quinquennal et au partenariat privé/public.

## La promotion de la santé en Communauté française : un dispositif structuré, des questions multiples

(1) Afin de procéder à une évaluation du programme quinquennal, le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008 est prolongé à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009 jusqu'au 31 décembre 2010.

(2) L'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 11 mai 2009 nommant les membres du CSPS a été publié dans le n°247 de la revue Education Santé et est accessible sur <<http://www.education.sante.be>>.

Depuis 2009, le Conseil est également chargé de remettre au Gouvernement, avant l'adoption d'un nouveau programme quinquennal, une évaluation du programme quinquennal précédent et de l'ensemble du dispositif<sup>1</sup>.

La direction de la Promotion de la santé à l'administration gère l'ensemble du secteur. Ce service, très actif et proche du terrain ainsi que du Conseil supérieur, répond à toute demande d'information concernant l'octroi d'une subvention, et il donne son avis au ministre sur les programmes d'action et de recherche à vocation communautaire ainsi que sur les demandes d'agrément. Par ailleurs, il assure la gestion administrative de ces programmes et agréments. Ce service apporte aussi une aide consistante au Conseil supérieur de promotion de la santé et de ses commissions.

### L'importance d'un lieu de réflexion reconnu

Quelques exemples d'avis émis par le Conseil, de manière spontanée ou à la demande du ministre ou de l'administration illustrent la complexité et la diversité des questions qui se

posent en matière de promotion de la santé ; et l'importance d'un lieu de réflexion critique officiellement reconnu.

#### ● Lobbies et secteur privé : jusqu'où fraterniser ?

En 2006, le Centre pour la recherche et l'évaluation des actions sur la problématique des assuétudes (CREAA) est reconnu comme organisme d'utilité publique par les autorités fédérales. Levée de bouclier au sein de la Coalition nationale contre le tabac : le CREAA est proche du lobby de la cigarette. En effet, cet organisme est issu de la Fondation Rodin, qui proclame sa volonté de lutter contre le tabagisme - mais a déjà suscité beaucoup de suspicion : elle est financée à 90% par l'industrie du tabac.

« Les actions de prévention du tabagisme financées par l'industrie du tabac sont-elles crédibles ? » se demande alors le Conseil. Sûrement pas, si l'on en croit l'avis qu'il rend en mai 2006 ! Après enquête il apparaît que la Fondation Rodin a signé des contrats avec six compagnies de tabac et la Fédération de l'industrie du tabac de coupe en Belgique et au Luxembourg – FETABEL, contrats qu'elle n'a pas rendu publics, sauf un, celui avec FETABEL, indiquant qu'elle est liée par une clause de confidentialité aux autres compagnies. La lecture du contrat passé avec FETABEL montre que les liens sont serrés : la Fondation Rodin doit remettre chaque année à FETABEL une documentation importante, qui va au-delà d'un simple rapport d'activité puisqu'elle comprend « les évaluations sous forme d'enquête de perception et de sensibilisation de l'audience ciblée (en l'occurrence, les adolescents) ». Données précieuses ! Elles permettent d'affiner le marketing auprès des jeunes, sous couvert de recherches faites au bénéfice de la prévention...

Dans le même ordre d'idées, deux ans plus tard (novembre 2008) le Conseil se penche, suite à une interpellation de la direction générale de la Santé, sur les relations du secteur promotion de la santé avec le secteur privé : est-il pertinent de donner l'aval des pouvoirs publics à des initiatives de prévention émanant du secteur privé ?

### Les membres du Conseil

Le Conseil comprend 34 personnes avec droit de vote, 3 personnes avec voix consultative (Gouvernement et direction générale Santé), et deux observateurs (Régions wallonne et bruxelloise).

Les membres du Conseil représentent différentes institutions et champs d'activités : la Société scientifique de médecine générale, la Fédération des maisons médicales, des provinces, les écoles de santé publique des universités de Bruxelles, Liège et Louvain, des mutualités, des pharmaciens, les usagers du système de santé (LUSS), l'Office national de l'enfance, la médecine scolaire, des CLPS et des SCPS. On trouve aussi dans le Conseil, des personnes choisies en raison de leur compétence particulière dans divers domaines (prévention du SIDA, des assuétudes, lutte contre les affections respiratoires, santé dans les pratiques sportives, etc.)<sup>2</sup>, ainsi que des représentants de la société civile (en dehors du champ de la promotion de la santé).



La question est d'actualité : en effet, le Gouvernement a, dans le Plan communautaire opérationnel 2008-2009, proposé comme un axe possible de ressources, la possibilité d'« encourager les partenariats privés-publics dans un cadre balisé ». Attention, dit le Conseil, cela suppose que soient énoncés clairement le cadre, les conditions et les limites de ce type de partenariat. Quelques mois plus tard, il répertorie l'ensemble des faits qui paraissent relever du conflit d'intérêt ou qui pourraient donner lieu à un tel conflit et détaille une série de conditions relatives à l'entreprise, au projet et aux modalités des relations privé-public. Ce travail constitue un guide utile pour les acteurs.

### ● Dépistage et promotion de la santé : une entente possible ?

Une autre problématique plusieurs fois abordée, c'est celle des programmes verticaux, ciblant un risque précis ; dans les compétences de la Communauté française, cela concerne essentiellement les dépistages. Précisons que les stratégies verticales sont loin de faire l'unanimité parmi les experts en santé publique... elles ont toutefois une nette propension à s'imposer, même dans le cadre d'une politique de promotion de la santé !

En décembre 2008, le Conseil exprime ainsi son inquiétude quant au programme de dépistage des anomalies congénitales, s'interrogeant « sur la pertinence d'un découpage des problématiques liées à la petite enfance et sur la mise en place de centres de références spécifiques à chaque problématique. La valorisation des structures existantes (ONE...) et une approche intégrée des politiques de santé pour la petite enfance, y compris des politiques de dépistage, lui paraissent plus opportunes et efficaces en termes de santé publique (...). Le découpage par problématique spécifique constitue un frein à une approche globale de la santé. Dans le cas de la petite enfance plus particulièrement, il peut entraver un projet et un suivi global du développement de l'enfant non seulement sur le plan physique mais aussi sur les plans social et éducatif ».

Même vision critique en mars 2009, lorsque le Conseil se prononce, en réponse à une demande de la ministre Catherine Fonck, au sujet de deux

Tous les avis, recommandations et rapport du CSPA sont rendus publics via le site de la direction générale de la Santé (<<http://www.sante.cfwb.be/thematiques/cspa/avis-cspa>>). Cette démarche de transparence favorise l'implication de l'ensemble du secteur de la promotion de la santé et des secteurs « associés » dans la politique de promotion de la santé.

projets d'arrêtés relatifs au dépistage néonatal systématique de la surdité en Communauté française. A cette occasion, le Conseil déplore, entre autres problèmes, l'absence d'une vision transversale ; il « s'interroge sur la pertinence de la multiplication de structures chargées de la gestion de plans spécifiques à chaque problématique (cancer colorectal, anomalies congénitales métaboliques, surdité) sans qu'il y ait une réflexion d'ensemble sur l'organisation et la gestion des programmes ». Cette politique entraîne une difficulté concrète pour la participation des « médecins généralistes (qui ont pourtant une place privilégiée auprès des familles), pour les associations de patients ainsi que pour les centres locaux et les services communautaires. Par ailleurs, « la multiplication des bases de données, traitées séparément, empêche, ou au minimum freine, une vision globale de la santé de la petite enfance ».

Les dépistages soulèvent de nombreuses questions éthiques et scientifiques. En 2007, le Conseil a rédigé un texte approfondi sur ces questions, en prenant l'avis de membres du KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) – montrant ainsi son ouverture à des experts issus d'autres secteurs et structures<sup>3</sup>. De ce travail sont issues des recommandations relatives aux bonnes pratiques en matière de dépistage. Ce texte, disponible sur le site de la Communauté française, a été publié dans la collection « Les aide-mémoire » de l'Institut de médecine préventive de la Société scientifique de médecine générale (SSMG) sous le titre *Examens de dépistage – pour de bonnes pratiques* : un bon exemple de diffusion des concepts de promotion de la santé auprès des médecins.

### ● Questions de santé, questions de société : des liens essentiels, parfois oubliés ? : les mutilations génitales

En janvier 2008, le Conseil remet un avis en

(3) À une autre occasion, le Conseil a invité des experts extérieurs pour nourrir sa réflexion en matière d'éthique.

## La promotion de la santé en Communauté française : un dispositif structuré, des questions multiples

réponse à une demande de la ministre Catherine Fonck sur un plan d'action national en matière de lutte contre les mutilations génitales. Une proposition avait alors été faite dans le cadre de la Conférence interministérielle (CIM) « Intégration dans la société », celle d'« intégrer l'examen des organes génitaux et la vérification de leur intégrité dans l'examen médical de routine des services de prévention infantile et des services scolaires tant auprès des filles que des garçons, seule manière de trouver les preuves d'une mutilation génitale ainsi que de réaliser une prévention efficace ».

Bien d'accord sur le fait que les mutilations génitales sont une atteinte grave à l'intégrité physique et psychique, et que ces pratiques sont en opposition flagrante avec les droits de l'homme et les droits de l'enfant, le Conseil apporte toutefois une réflexion nuancée. Il souligne que le nombre de familles concernées est trop limité pour justifier une mesure générale, et surtout qu'il s'agit avant tout de privilégier la sensibilisation et le dialogue avec les familles : la procédure prévue serait plutôt de nature à leur faire fuir les services de santé.

### ● **Fédéral et communautaire : pas la même longueur d'onde ?**

En avril 2008, à l'occasion d'une demande d'avis sur le Plan d'action national alcool (PANA), le Conseil « s'inquiète de la multiplicité des plans nationaux élaborés au niveau fédéral avec la participation des Communautés ; ces plans envisagent chacun leur problématique spécifique en fonction sans doute de lobby ; aucune organisation de gestion de ces plans n'est réfléchie ni prévue (financement, équipe de gestion, accord structurel visant un engagement des entités fédérées et du Fédéral en fonction de leurs compétences,...) de telle sorte que ces plans relèvent plus d'un souci de visibilité passager que d'une volonté d'agir durablement ».

Le Conseil s'interroge aussi sur le peu de place laissé aux Communautés et aux pouvoirs locaux dans les choix relatifs aux actions menées et aux publics cibles visés - domaines de compétence communautaire. Tout aussi préoccupante est « l'absence dans le PANA de la moindre référence aux objectifs et stratégies de promotion de la santé. L'approche biomédicale pasteurienne est seule mise en évidence : dépis-

*tage médical, traitement, information alarmiste de publics et propositions répressives. Travailler avec les usagers, proposer une stratégie qui s'appuie sur les besoins tels que définis par les populations visées n'est jamais envisagé (...). Le Plan s'engage insuffisamment vis-à-vis des aspects liés à l'offre ; le lobby des alcooliers est ainsi escamoté en privilégiant de se pencher plutôt vers les personnes qui consomment de façon excessive (...). Des lacunes énormes apparaissent tout au long de l'éventail de mesures proposées, sans lien avec la promotion de la santé et du bien-être et sans prendre en compte le danger de certaines mesures en matière de préservation des droits individuels ».*

---

### **Toujours une contre-culture !**

On le voit, une grande vigilance s'impose pour soutenir une réelle approche de promotion de la santé. L'ensemble du secteur est dynamique à cet égard. Quant au Conseil, il émet de plus en plus d'avis à sa propre initiative, et ces avis sont publiés sur le site de la direction générale de la Santé. Certains députés s'emparent de ces réflexions pour soulever des questions au Parlement ; il arrive aussi que le Conseil transmette directement ses avis aux députés et aux journalistes afin de susciter le débat.

Mais le secteur de la promotion de la santé est aussi traversé d'inquiétudes et d'interrogations. Dans son dernier bilan (2004-2009) disponible sur le site de la direction générale de la Santé, le Conseil soulève des questions fondamentales sur l'avenir de la promotion de la santé en Communauté française. Certaines de ces questions rejoignent une lettre récemment adressée par un ensemble d'acteurs de terrain à la nouvelle ministre de la Santé en Communauté française, Madame Fadila Laanan<sup>4</sup>.

### ● **Le financement du dispositif et du secteur**

#### *Financement du dispositif*

Depuis le décret de 1997, de nouvelles missions ont été attribuées aux CLPS et aux CSPS et les demandes qui leur sont faites sont de plus en plus nombreuses et complexes. Si les charges salariales et les coûts de fonctionnement ont

(4) « Pour un renforcement de la promotion de la santé en Communauté française », document publié dans Santé conjugulée n°49 et disponible sur le site de la Fédération <[www.maison-medicale.org](http://www.maison-medicale.org)>.



augmenté, les financements n'ont pas bougé mis à part l'indexation.

« Cette situation », dit le Conseil, « mène à un goulot d'étranglement qui risque d'aboutir à une situation de blocage du secteur. Ceci est d'autant plus évident pour les CLPS, dont les pôles de compétences se sont développés et diversifiés et dont le rôle de décentralisation devrait être renforcé afin de répondre aux besoins et aux demandes du terrain ».

### **Financement du secteur**

« Depuis plusieurs années, en dépit de l'affirmation du Gouvernement pour une attention particulière à la prise en compte des inégalités sociales face à la santé, aux publics jeunes et au secteur associatif, le secteur de la promotion de la santé ne peut que constater un manque de moyens financiers.

D'une part, la priorisation vers de nouveaux programmes de médecine préventive et l'affectation budgétaire vers ceux-ci met en péril des programmes de promotion de la santé existants. D'autre part, les moyens attribués au niveau communautaire au secteur de la promotion de la santé y compris la médecine préventive, restent dérisoires comparés à ceux affectés au secteur curatif. Cette situation pose à nouveau la question de la répartition des compétences entre les niveaux de pouvoir et celle du refinancement de la Communauté française ».

### ● **La multiplicité des niveaux de compétences**

Le découpage institutionnel en Belgique pose évidemment de nombreuses difficultés : « Le secteur de la promotion de la santé, y compris la médecine préventive, est confronté à une difficulté institutionnelle qui concerne d'ailleurs l'ensemble de la santé en Belgique. La multiplicité des niveaux de décision (fédéral, régional et communautaire) rend plus difficile le travail des acteurs : de plus en plus souvent, des plans apparaissent au niveau national sous l'égide du fédéral qui demande ensuite aux Communautés une déclinaison locale de ces plans. Le manque de concertation et d'élaboration avec l'ensemble des acteurs et publics concernés, ainsi que l'absence de prise en compte des initiatives déjà développées par les entités fédérées posent la question de la pertinence et

de la cohérence des programmes implantés au niveau local.

Apparaissent également des choix d'orientation différents entre ces niveaux de pouvoir. Ceci est d'autant plus marqué au niveau du secteur de la promotion de la santé qui estime essentiel de mobiliser l'ensemble des acteurs de tous les secteurs concernés : éducatif, socioculturel, environnemental et social.

Le Conseil a d'ailleurs observé au cours de ce mandat un élargissement des demandes hors du champ des compétences santé prises au sens strict (cet élargissement des demandes et recommandations confirme le caractère transversal des compétences santé de la Communauté française) ».

### ● **Multiplication des centres de référence**

« Le Conseil a relevé à plusieurs reprises la multiplication de centres de référence créés par problématique (cancer, anomalies congénitales, surdité). Cela entraîne une verticalisation de plus en plus forte du dispositif et constitue un frein important à une approche globale de la santé ».

On l'a vu dans un des avis du Conseil cité ci-dessus, la multiplication de programmes verticaux créant de nouvelles structures éloignées des acteurs risque de creuser un fossé entre les approches de promotion santé et de prévention, alors que les articulations sont possibles ; le Conseil insiste « sur le caractère incontournable de stratégies de promotion de la santé pour que les programmes de médecine préventive aboutissent à leurs objectifs en termes de couverture et aient un impact sur la réduction des inégalités face à la santé. (...) ».

---

## **Se déployer ?**

Si la Communauté française a mis en place un dispositif qui donne une place officielle à la promotion de la santé, celle-ci se trouve toutefois face à des difficultés similaires à celles qui existent d'autres pays : sous-financement, cloisonnement institutionnel, médicalisation, qui entravent de fait le développement d'une réelle politique de promotion de la santé - et épuisent les acteurs.

## La promotion de la santé en Communauté française : un dispositif structuré, des questions multiples

La promotion de la santé ne peut se déployer réellement que si elle est mise à l'agenda de l'ensemble des politiques, faute de quoi elle reste un parent pauvre qui ne peut que colmater les brèches d'un système générant les inégalités sociales et les inégalités de santé. N'est-elle pas, au fond, quelque peu « enfermée » dans son décret, alors qu'elle devrait traverser l'ensemble des politiques ? C'est une des questions qui ont été mises au travail lors d'un séminaire organisé par l'APES en mars 2009, dont Gaétan Absil donne ci-après quelques échos. ●