



**CENTRE INTERUNIVERSITAIRE DE RECHERCHE
PLURIDISCIPLINAIRE (CIREP)
STATUT : UNIVERSITE PUBLIQUE
Web : www.cirep.ac.cd
Email : info@cirep.ac.cd**

NOTES DE COURS DE SANTE COMMUNAUTAIRE

OBJECTIFS DU COURS

Objectif général :

L'objectif général du cours de santé communautaire est de former les étudiants à comprendre, promouvoir et améliorer la santé des populations au niveau local, en mettant l'accent sur la prévention des maladies, la promotion de la santé et l'équité en santé.

Les objectifs spécifiques :

- Comprendre les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé au niveau communautaire, ainsi que les inégalités de santé qui peuvent en découler.
- Analyser les besoins de santé des populations locales en utilisant des données épidémiologiques, des enquêtes de santé communautaire et des consultations avec les parties prenantes.
- Concevoir, mettre en œuvre et évaluer des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies adaptés aux besoins spécifiques de la communauté.
- Collaborer avec les acteurs locaux, y compris les autorités sanitaires, les organisations communautaires, les professionnels de la santé et les résidents, pour élaborer des stratégies de santé publique efficaces.
- Sensibiliser à l'importance de l'autonomisation des communautés dans la prise en charge de leur propre santé, en favorisant la participation citoyenne et le développement de compétences en santé.
- Promouvoir une approche interdisciplinaire de la santé communautaire en intégrant des connaissances issues de domaines tels que la sociologie, l'anthropologie, la psychologie, etc.
- Évaluer l'impact des interventions en santé communautaire sur les résultats de santé, l'accès aux soins, le bien-être social et d'autres indicateurs pertinents.
- Ces objectifs visent à préparer les étudiants à travailler efficacement avec les communautés pour améliorer leur santé, renforcer leur résilience et promouvoir des environnements favorables à la santé. Le cours de santé communautaire vise également à favoriser une approche holistique de la santé publique qui prend en compte les dimensions sociales, culturelles, économiques et politiques de la santé des populations.

INTRODUCTION

Le renforcement des systèmes communautaires à travers une bonne organisation de la Communauté couplée d'un bon mécanisme d'appropriation reste en effet une approche permettant de contribuer à la pérennisation des interventions sociales de base à travers une responsabilisation et une implication effective des communautés. Quand une expression est largement utilisée dans les sciences de la santé sans qu'on sache véritablement à quoi elle renvoie spécifiquement et en quoi elle se différencie d'autres notions voisines et apparentées, le moment est bien approprié pour la questionner, pour en faire le tour, analyser ce qui la fonde et ce qui participe à une sorte de sens commun ici. C'est notamment le cas pour l'énoncé de « santé communautaire » que d'aucuns comprennent aujourd'hui à partir d'un ensemble de repères largement véhiculés. On sous-entend par exemple dans la foulée de ces deux mots, qu'il s'agit de recherches, d'interventions, voire de recherches-interventions, et de recherches-interventions-évaluations, qui se présentent dans le cadre d'approches multidisciplinaires et multisectorielles. Il y aurait donc en santé communautaire des partenaires impliqués sur le terrain de la santé et du développement social qu'il faudrait mobiliser, voire des groupes de citoyens, tout comme il en est de savoirs de provenances disciplinaires diverses, susceptibles d'être mis à profit. Dans ces recherches et interventions, on entreprendrait aussi des processus participatifs ou une participation qu'on met en œuvre à différentes étapes de démarches ou de projets. On serait animé par les valeurs de justice sociale et viserait l'équité en santé. On chercherait encore à renforcer les pouvoirs d'agir des individus, des communautés et des collectifs, et considérerait enfin et tout spécialement, la part des déterminants sociaux et les conditions sociales, politiques, culturelles, économiques et environnementales dans la production d'une santé que l'on ne saurait réduire à cette conception de la maladie largement véhiculée par un système de santé pleinement influencé par le regard biomédical.

DEFINITION DES CONCEPTS CLES

- **La santé communautaire** est une approche de résolution des problèmes de santé fondée sur l'engagement des communautés. Elle intègre des services de santé préventifs, promotionnels curatifs et ré-adaptatifs destinés aux communautés et délivrés par les communautés elles-mêmes sous la supervision du personnel de santé publique. Elle vise à étendre les

prestations sanitaires à la périphérie géographique et sociale du pays, structure et renforce la gouvernance sanitaire locale et le partenariat entre les communautés et les structures de santé.

- **L'engagement communautaire** est un processus dans lequel s'instaure un partenariat entre le gouvernement et les communautés locales pour la planification, l'exécution et l'exploitation des activités sanitaires en vue de tirer parti de l'accroissement de l'auto-responsabilité et d'assurer le contrôle social. Il exprime l'idée d'intervention des communautés locales dans une activité de développement.
- **La participation communautaire** est un processus social par lequel des individus et des familles prennent en charge leur santé comme celle de la communauté, depuis l'identification des besoins et la définition des priorités jusqu'au suivi et à l'évaluation des programmes, en assumant les responsabilités des décisions et des stratégies, dans le but de contribuer à l'amélioration de leur propre état de santé et au développement de la communauté.
- **L'approche de santé communautaire** est un ensemble de stratégies utilisé pour identifier les problèmes, élaborer, mettre en œuvre et évaluer des programmes de santé avec la participation active des populations.
- **La médecine traditionnelle**, dans le contexte du Sénégal, est définie comme un ensemble de savoirs, connaissances, pratiques, techniques et utilisation de préparations ou de substances basés sur des fondements socioculturels, religieux et/ou empiriques des communautés. La médecine traditionnelle s'appuie sur des expériences vécues et des observations transmises de génération à génération pour diagnostiquer, soigner ou prévenir un déséquilibre physique, mental ou social.
- **L'acteur communautaire** est un terme générique qui désigne les volontaires communautaires qui participent actuellement à la mise en œuvre des activités de santé au niveau communautaire : membre des comités de santé, ASC, ASC /matrone, relais, DSDOM, Bajenu Gox.
- **L'agent de santé communautaire** est une personne qui a reçu une formation et qui est chargée de dispenser des soins curatifs de base, des soins préventifs et promotionnels dans une case de santé.

- **La matrone** est une personne qui a reçu une formation et qui est chargée d'assister la mère pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et les suites de couches (respect des consultations prénatales, orientation des femmes pour assurer une assistance par du personnel qualifié lors de l'accouchement) ; elle dispense aussi des soins préventifs et promotionnels dans une case de santé comme l'ASC.
- **L'ASC matrone** est un acteur formé et polyvalent qui mène dans une case de santé des tâches intégrées d'ASC et de matrone.
- **Le relais communautaire** est une personne formée chargée de mener des activités d'information, d'éducation et de communication pour le changement de comportement, des activités préventives et des activités promotionnelles.
- **Le dispensateur de soins à domicile** est une personne formée, équipée pour prendre en charge le paludisme (TDR et ACT) à domicile et de faire la sensibilisation sur le paludisme. Quand le paquet est élargi, le DSDOM prend également en charge les IRA et la diarrhée. Le DSDOM intervient dans un site PECADOM (Hameau ou village).
- **La bajenu gox** est la "marraine" de quartiers ou de villages. Elle fait la promotion de la santé maternelle, néonatale et infantile au niveau individuel, familial et communautaire ; aide les relais en prenant en charge les cas de réticence, conseille les familles, accompagne les femmes enceintes/mères au niveau des structures, fait le plaidoyer.
- **L'agent d'encadrement de la santé communautaire** est une fonction nouvelle proposée dans le cadre de la formalisation et de la coordination des activités de santé communautaire au niveau local et régional. Elle intègre toutes les actions de supervision, de formation et d'accompagnement des acteurs communautaires de santé.

- **Le point focal de la sante communautaire** (niveau PS) coordonne le travail des acteurs communautaires de santé intervenant dans l'aire du poste de santé (cases et sites) et assure la supervision. Il est également le superviseur des agents d'encadrement dans l'aire du poste (sages femmes ou autre prestataire qualifiée).
- **Le point focal de la santé communautaire du district** est nommé par le médecin chef de district parmi les membres de l'équipe cadre de district. Il coordonne toutes les activités de santé communautaire dans le district en rapport avec les responsables de zone.
- **Le point focal de la santé communautaire de la Direction régionale de la Santé** est nommé par le directeur régional de la santé parmi les membres de la division régionale des soins de santé primaires. Il coordonne toutes les activités de santé communautaire dans la région en rapport avec les points focaux des districts.
- **Les acteurs communautaires de santé** est la nouvelle appellation proposée pour remplacer le terme générique d'acteur communautaire. Il n'intègre pas les membres des comités de santé de la case.
- **Le praticien de la médecine traditionnelle** est une personne reconnue par la communauté dans laquelle elle vit, comme compétente pour diagnostiquer des maladies et invalidités et dispenser des soins de santé grâce à des traitements spirituels, des techniques manuelles et exercices et /ou l'emploi de substances d'origine végétale et / ou animale.
- **Le comité de santé** est l'organe de liaison entre la structure sanitaire (poste ou centre de santé) et les populations. Il a le même ressort territorial que les zones opérationnelles des formations sanitaires ou des districts sanitaires. La participation des populations à l'effort de santé publique à travers les comités de santé a fait l'objet du décret 92-118 du 17 janvier 1992 fixant les obligations particulières auxquelles sont soumises les associations de participation à l'effort de santé publique.

- **Le comité de gestion** est mis en place conformément à la loi 96-07 portant transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales et du décret d'application 96-1135. Il est chargé de délibérer sur le projet de budget et les comptes, sur l'activité sanitaire, sur les réparations et l'action sociale des centres et postes de santé. Il existe un comité de gestion pour le centre de santé et le poste de santé.
- **L'organisation communautaire de base** est un groupement humain installé au niveau communautaire par des personnes qui vivent ensemble et qui ont des buts et des intérêts communs. Il s'agit d'une entité à la base qui gère, organise et administre des biens communs, des ressources et un espace en vue d'atteindre des objectifs fixés par la communauté elle-même sans aucune contrainte. Entrent dans cette catégorie les groupements de femmes, les associations sportives et culturelles, les associations des relais ou des acteurs communautaires de santé.
- **La case de santé** est une petite structure de soins dans un village, où exerce un agent de santé communautaire, formé par un infirmier à la pratique de gestes comme la désinfection, les pansements, à la prise en charge de certaines pathologies fréquentes (diarrhée aigue, paludisme simple, infection respiratoire aigue), et à la mise en place de programmes de prévention. Lorsque cela est possible, une matrone est formée et fait les accouchements dans la case de santé dans le respect des mesures d'hygiène. La case de santé est entièrement gérée par les communautés. Son fonctionnement est assuré essentiellement par les recettes tirées de la participation financière des populations et l'appui des partenaires. La motivation des acteurs communautaires est assurée par le biais de la participation communautaire (champ communautaire ou cotisation). Un comité de santé veille au bon fonctionnement de la case.
- **Le site communautaire** est un lieu aménagé en dehors des structures sanitaires où la population reçoit un paquet de services délivrés par des relais ou un DSDOM.

1° La référence théorique

En février 2001, la commission interdépartementale de la santé dans les écoles (CISE) approuvait le document *Cadre conceptuel et principes de référence* présenté par le Groupe de conduite de l'ODES.

Se référer à la notion de santé communautaire implique pour l'ODES l'acceptation suivante des deux termes qui la composent, à savoir :

- la **santé** conçue comme une ressource au service d'un bien-être individuel ou collectif, comme un essai d'équilibre de sa vie quotidienne avec son environnement ;
- la **communauté**, entité sociale dont les membres qui la composent participent activement au processus visant la santé. En corollaire s'inscrivent des notions telles que l'interdépendance et l'interdisciplinarité.

La notion de santé communautaire est classique quand elle travaille sur les comportements mais se révèle révolutionnaire quand, en amont, elle montre la vanité de ces efforts si les structures, elles, ne sont pas prêtes à évoluer.

2° La structure de référence pour le milieu scolaire

Le **Réseau européen des écoles en santé (REES)**, créé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Conseil de l'Europe et la Commission européenne en 1992 - la Suisse en fait partie depuis 1993 (**RES-CH**) - en soutenant les écoles qui s'engagent à faire de leur établissement un lieu de vie favorisant le bien-être est l'organisme promouvant le respect des principes énoncés ci-dessus.

3° L'émergence de la promotion de la santé au travers des textes

Si la *Charte d'Ottawa (1986)* constitue bien la référence théorique princeps, deux autres événements ont favorisé l'émergence d'une conception de la santé aux mains des individus aux dépens de celle de la maladie et de la prédominance de la médecine :

- le *Rapport sur la santé des Canadiens* plus connu sous le nom de *Rapport Lalonde* - du nom du ministre canadien de l'époque - en **1974** est, si ce n'est le premier, un des tous premiers documents dans lequel un gouvernement souligne que la médecine et la santé jouent un rôle limité

dans la détermination de l'état de santé. Ce rapport définit quatre grands domaines de la santé : l'organisation des soins, la biologie humaine, les modes de vie et l'environnement ; c'est l'âge d'or des pratiques de l'éducation pour la santé (EPS) centrées sur les habitudes de vie ;

- la *Déclaration d'Alma Alta* en **1978** vise à promouvoir les soins de santé primaires pour permettre l'accès de tous à un niveau de santé acceptable ; l'importance de combler le fossé qui sépare sur le plan sanitaire les pays en développement et les pays développés y est évoquée. Pour y parvenir, il s'agit de développer au maximum l'autoresponsabilité et la participation de la collectivité et des individus.

4° La définition de la promotion de la santé

*La promotion de la santé est le **processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand confort sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci***

Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci- La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire ; elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

5° La santé communautaire et la promotion de la santé

Les notions de santé communautaire et de santé sont incluses dans la définition ci-dessus ce qui ne va pas sans entraîner quelques confusions. Pour simplifier, on peut dire que : la **santé communautaire** est un **concept** et que la **promotion de la santé** est le **moyen** de le développer.

6° Des regards différents menant de l'EPS à la promotion de la santé

Trois grandes approches de l'EPS contemporaine – c'est-à-dire après la fin de la Seconde Guerre mondiale – se sont succédé :

- l'EPS normative transmissive : *nous savons et vous le disons ;*
- l'EPS normative négociée : *nous savons et nous acceptons d'en discuter ;*
- l'EPS normative participative : *nous savons et nous vous aidons à savoir et,*

l'approche la plus récente, dans pas mal de cas encore à faire passer du stade de la théorie à celui de la pratique :

- la promotion de la santé : ***vous nous dites vos besoins et nous cherchons des réponses ensemble.***

Inscrire le processus du « vous à nous » et non plus du « nous à vous » relève d'une décentration théorique à 180 degrés impliquant le passage de « l'éducation pour la santé » à la « promotion de la santé ».

7° L'EPS et la promotion de la santé en regard des théories pédagogiques

L'enseignement, de tout temps, a consisté à transmettre des connaissances, des contenus. L'apprentissage de ceux-ci passe par des formes de plus en plus complexes concomitantes au développement des sciences de l'éducation.

L'observation de l'évolution des théories pédagogiques et de leurs pratiques sous-jacentes montre que tant l'EPS que la promotion de la santé se construisent dans des évolutions parallèles.

Les pratiques pédagogiques

Le modèle transmissif frontal
(apprenant passif)



Enseignant (maître)



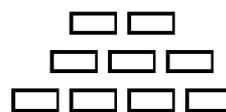
CONTENUS

Enseigné (élève)

Application « progressive » du modèle : la maïeutique socratique

Le modèle socio-constructiviste
(apprenant actif)

Enseigné (élève)



Enseignant :
- tuteur
- médiateur

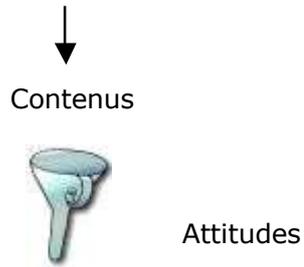


CONTENUS

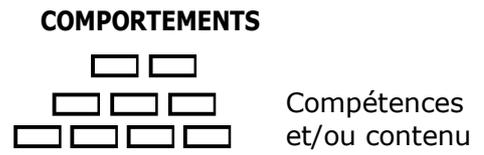
Application « régressive » du modèle : le constructivisme (élève/contenu)

Les pratiques en santé

Le modèle d'éducation pour la santé



Le modèle de santé communautaire



Dans la pratique, faut-il encore le préciser, l'acte d'enseigner n'est pas dissociable de celui d'éduquer. Aucun apprenant ne quitte ses affects avant de franchir la porte de la classe. Seule la théorie permet de réduire l'enseignement à des **contenus (savoirs)** et la santé a des **comportements (savoir être**, par analogie de terme savoirs et savoir-faire).

Les comportements sont la résultante de croyances, de représentations forgées par nos expériences de la vie. Celles-ci, combinées avec des normes culturelles, différentes selon les lieux et le temps, produisent des **valeurs** . On ne travaille pas sur les valeurs comme sur les contenus.

Ce qui fait problème dans la transmission de valeurs, ce sont moins les valeurs elles-mêmes dont l'apparition ou la disparition ne se fait sans doute pas à l'échelle d'une génération que leur hiérarchie qui peut fluctuer aisément d'une période à l'autre.

L'enseignant, dans le versant éducatif assumé de sa fonction, se doit d'expliquer clairement les valeurs qui sont les siennes. Le promoteur de la santé dont la fonction première n'est pas d'enseigner donc d'éduquer se contentera de faire émerger chez l'autre ce qui est pour lui des valeurs de référence (en accord dans les faits avec le discours tenu : propreté/je ne jette pas ma cigarette dans la rue) et des valeurs de préférence (discours tenu et non pratiqué : défenseur de l'écologie/aucun tri des déchets ménagers).

La santé, tant individuelle que collective, étant étroitement liée à des **comportements**, la modification éventuelle de ceux-ci passe préalablement par le développement ou l'acquisition d'**aptitudes**, de **compétences**, d'**attitudes** permettant d'**agir**.

Si l'enseignement et la promotion de la santé se différencient par leur objet (savoir vs savoir- être), ils sont réunis par un support théorique (socio-constructivisme) et des moyens communs permettant de développer les savoir-faire (méthodes actives).

8° De l'EPS à la promotion de la santé

Il n'y a pas opposition entre l'EPS et la promotion de la santé mais **complémentarité**. La promotion de la santé précède l'EPS, lui prépare le terrain. Le processus qu'implique la promotion de la santé est **anticipatif** ; il **participe** aux préventions existantes.

De manière non exhaustive, le tableau comparatif ci-après synthétise un certain nombre de caractéristiques différenciant les deux **approches**.

EPS	Promotion de la santé
Accent mis sur	
- l'individu (le groupe)	- la communauté + l' environnement
- les maladies + les risques	- le bien-être
- la production de moyens	- le projet participatif
- l'approche spécifique	- l'approche globale
- l'offre de services	- la transformation socio-environnementale
- les réponses fournies	- les questions posées
- le renforcement des connaissances	- le renforcement de la capacité d' agir
- la (fausse) participation	- le droit de choisir de participer
- le sectoriel	- l' interdisciplinarité
- l'action ponctuelle	- le processus
- l'éducateur-expert	- l' animateur

L'esprit qui résume et différencie ces deux approches tient en un mot :

POUR	AVEC
-------------	-------------

Si la promotion de la santé, de par ses caractéristiques, se montre ambitieuse

et prometteuse dans ses objectifs; il faut aussi retenir que, par rapport à l'EPS :

- son champ d'action la rend plus complexe, donc plus difficile à maîtriser;
- elle demande plus de temps (processus vs action);
- elle remet en cause les hiérarchies établies (participation).

Les qualités requises pour être un bon éducateur pour la santé ne sont pas les mêmes que celles nécessaires au promoteur de santé. Si, dans la réalité, beaucoup de projets relèvent encore aujourd'hui plus de l'EPS que de la promotion, c'est qu'on a probablement sous-estimé la difficulté – voire l'impossibilité parfois - de connecter en tant que professionnel d'une approche à l'autre. La dynamique qui prévaut à la promotion de la santé, c'est la **volonté de rassembler** les membres de la communauté en vue d'une **émergence consensuelle d'une demande** (vs la volonté de faire passer un message).

9° Le promoteur, la promotrice de santé

Les professionnels de la promotion de la santé se préoccupent prioritairement de la population ou des groupes qui la composent et ce, dans leur cadre de vie dont l'école est un des éléments. Ces deux champs d'intervention se situent au niveau :

- *interpersonnel* avec le développement des *compétences personnelles et sociales en matière de santé* ;
- *politique* avec des interventions sur les *facteurs déterminants de la santé* tels que, en ce qui concerne l'école, les conditions de travail, l'intégration sociale, la qualité de l'environnement.

Il y a des spécialistes de l'enseignement ; il y a des spécialistes de l'éducation pour la santé ; il n'y a pas de spécialiste du bien-être dont les promoteurs de la santé sont les agents les plus proches lorsqu'ils observent les principes suivants :

- une **éthique** centrée sur
 - le renforcement des compétences et le droit à l'autodétermination

- en matière de santé ;
- la participation et l'abolition des inégalités sociales face à l'accès à la santé et aux soins ;
- une **responsabilité** de garantir que les mesures mises en œuvre servent à quelque chose ;
- une **perspective** d'orienter ses actions vers le bien-être ;
- un **fonctionnement** interdisciplinaire ;

- des **méthodes** de type systémique, interactif et participatif.

L'« expert », au sens classique de « celui qui sait » cédera le pas à l'organisateur, au gestionnaire de processus.

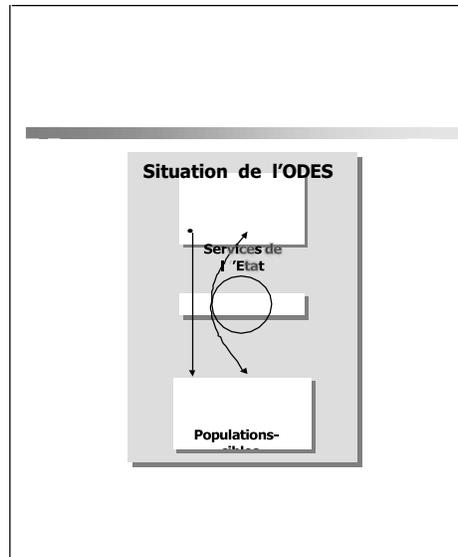
Il s'agira aussi pour ce professionnel de veiller constamment à ce que son action ne se transforme pas en un instrument du renforcement social obligeant l'autre à être en bonne santé.

10° L'ODES et la promotion de la santé

La promotion de la santé marque l'aboutissement d'une évolution récente qui a entraîné un déplacement des responsabilités allant des professionnels de la santé aux individus. L'ODES se veut l'interface entre la mission normativo-préventive de la santé publique et la possibilité offerte à tout un chacun d'exercer des choix personnels en connaissance de cause.

Aucune stratégie promotionnelle, cette dernière étant à la base du fonctionnement de l'ODES, ne peut donc, par définition, décréter à l'avance ce sur quoi va porter ses interventions. Ce serait un paradoxe de santé communautaire. L'ODES peut, par contre, accepter de partir des problèmes identifiés et les traiter selon une perspective promotionnelle.

Les bases épistémologiques sur lesquelles l'ODES fonde ses interventions tiennent dans le schéma suivant:



La démarche en promotion de la santé consiste à se mettre au service des problèmes identifiés par les autres plutôt que d'offrir des services auxquels les autres doivent s'adapter. L'ODES accompagne les réalités des autres.

Ceci étant posé, toute action promotionnelle devrait donc s'inscrire dans la séquence suivante :

- 1a) Cela signifie que l'ODES, quand il se fait porteur de sa mission de **promotion de la santé** est là prioritairement pour **accompagner les demandes** des établissements scolaires, qu'elles viennent, comme cela serait souhaitable, des équipes de santé mais aussi des conseils de direction, des enseignants, des élèves ou de la proche collectivité locale (parents notamment).

La démarche en milieu scolaire y relative se traduit en deux temps :

- en réponse à une demande exprimée et explicite, ouvrir, avec l'ensemble des partenaires concernés, des **espaces de dialogue** et **de réflexion** dans le but de faire préciser la demande, de vérifier sa pertinence, de donner les moyens d'y réfléchir (**expertise de processus**)

- dans un second temps, transmettre l'adresse d'un certain nombre de référents compétents à même de répondre à la problématique identifiée (**expertise de relais**).

1b) Dans sa mission en rapport avec une conception plus classique de la santé où les problèmes sont identifiés sur des bases statistico-épidémiologiques, l'ODES doit voir **comment intégrer dans une perspective promotionnelle** les domaines prioritaires identifiés, entre autres, par le *Cadre cantonal pour la prévention 2002-2006* tels que la santé sexuelle, la prévention des dépendances, de la carie dentaire, les vaccinations, l'amélioration de l'alimentation et la promotion de l'activité physique, la promotion d'établissements, lieux de bien-être.

On peut même penser que le travail de l'ODES s'arrête avant le point 3 de la séquence d'intervention présentée ci-dessus. Ce dernier point peut très bien être assumé par d'autres instances compétentes en la matière.

11° Les domaines de la Charte d'Ottawa transposés au milieu scolaire

La *Charte d'Ottawa* précise que l'intervention en promotion de la santé se manifeste dans les cinq domaines cités ci-dessous. En regard de chacun d'eux, nous avons tenté de comprendre ce que cela implique pour le milieu scolaire.

12° L'évaluation de la promotion de la santé

Concernant les principes de la promotion de la santé, les évaluateurs du programme-cadre *Ecoles et santé* se demandent *jusqu'à quel point l'entente « officielle » va au-delà des simples déclarations d'intention [...] Le fait que les stratégies de prévention traditionnelles – en partie malgré un manque d'efficacité et de durabilité – ont reçu jusqu'ici plus d'attention et de ressources que la promotion de la santé, laisse à réfléchir.*

Parmi les raisons expliquant les tensions existantes entre les approches préventives établies de longue date et une promotion globale de la santé, les auteurs relèvent, entre autres, que :

- les systèmes de santé en place défendent encore majoritairement une

approche axée plus sur la pathogénèse que la salutogénèse ;

- la mise en œuvre de projets globaux et communautaires orientés sur les processus est complexe de par ses multiples champs d'action et ses nombreuses disciplines concernées ;
- la démarche promotionnelle entraîne potentiellement des changements de structure qui peuvent ne pas être au goût de tout un chacun.

Un autre constat relève que la tendance des projets soutenus financièrement par ledit programme s'est déplacée, en quelques années, des projets didactiques vers des projets axés sur des thématiques spécifiques qui, selon les auteurs, *jouissent d'une plus grande acceptation dans certains milieux*. En effet, dans une période conjoncturelle difficile, il est plus acceptable de desserrer les cordons de la bourse pour des projets porteurs de résultats à court terme et à visibilité aisée tels que ceux constitués par les actions d'EPS.

Des preuves d'efficacité sont davantage réclamées en matière de promotion de la santé parce que les processus qui la sous-tendent sont plus complexes qu'en matière de prévention classique. A l'avenir, pour s'imposer auprès des décideurs, la promotion de la santé, et donc l'ODES, doit être en mesure :

- d'identifier et de rendre intelligibles les *bonnes pratiques en analysant les forces et les faiblesses en terme de pertinence, de processus et d'efficience* ;
- mesurer également l'impact à long terme des effets obtenus par les projets et ainsi affirmer sa supériorité sur les stratégies classiques d'EPS.

Avant d'atteindre ces objectifs, l'ODES peut mettre en avant sa démarche évaluative *au quotidien* quand il se rend dans les établissements pour un travail d'expertise procédurale

13° L'avenir de la promotion de la santé

L'ODES ne doit pas oublier que le discours de promotion de la santé est *inaudible*⁸ pour une forte majorité de personnes non directement impliquées

par cette problématique. Tant qu'il en sera ainsi, il restera difficile pour les autorités, les payeurs, les directeurs d'établissement d'accepter un discours moins lisible que celui de l'EPS.

Pourtant les raisons d'espérer une plus grande acceptation puis une plus grande application de la démarche de promotion de la santé existent bel et bien et sont prometteuses de belles années.

Citons :

- au niveau européen avec un fort relais fédéral :
 - l'appui de l'OFSP au projet *du Réseau européen des écoles en santé (REES)* dont la version suisse (RES CH) va au-delà des recommandations faitières. Le programme *Ecoles et santé* a été officiellement pérennisé jusqu'en 2010

- au niveau romand et tessinois :
 - le *Plan cadre romand (PECARO⁹)*, version en consultation de juillet 2003, qui, aux côtés d'une entrée traditionnelle comme celle des champs disciplinaires a prévu également celle par les domaines d'apprentissages (comme l'éducation pour la santé, l'environnement, la citoyenneté) mais surtout celle par les capacités transversales reposant sur un certain nombre de compétences fondamentales (comme savoir communiquer, savoir résoudre des problèmes)
 - les *Principes généraux et lignes d'action en matière d'éducation et de prévention du 30 janvier 2003¹⁰*
 - la *Déclaration de la Conférence internationale de l'instruction publique de la Suisse romande et du Tessin sur les finalités et objectifs éducatifs de l'Ecole publique (1999)*, très promotionnelle dans ses valeurs éducatives et ses lignes d'action

- au niveau vaudois :
 - le *Règlement du 5 novembre 2003 sur la promotion de la santé et la*

prévention en milieu scolaire dont le titre même montre bien le chemin parcouru depuis le *Règlement du 27 février 1987 sur l'activité des médecins, médecins-dentistes et infirmières scolaires dans les établissements d'enseignement primaire et secondaire*

- le *Règlement d'application du 25 juin 1997 de la loi scolaire* (article 77) qui encourage la mise sur pieds de projets pédagogiques pouvant concerner une classe mais aussi l'ensemble d'un établissement voire plusieurs établissements.