



HAL
open science

Articuler inégalités sociales, équité, citoyenneté et solidarités en promotion de la santé : enjeu et perspectives

Emily Darlington, Julien Masson

► To cite this version:

Emily Darlington, Julien Masson. Articuler inégalités sociales, équité, citoyenneté et solidarités en promotion de la santé : enjeu et perspectives. *Éducation, Santé, Sociétés*, 2019. hal-02879331

HAL Id: hal-02879331

<https://hal.science/hal-02879331v1>

Submitted on 23 Jun 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Articuler inégalités sociales, équité, citoyenneté et solidarités en promotion de la santé : enjeu et perspectives

Emily Darlington, Julien Masson

Université de Lyon, Université Claude Bernard Lyon 1, Laboratoire P2S EA 4129

Ce numéro de la revue *Education, Santé, Sociétés* vise à proposer une réflexion critique sur l'articulation de l'éducation à la santé et de la prévention, dans une perspective promotrice de santé fondée sur l'équité, la citoyenneté et la solidarité. À travers une collection d'expériences de terrain, de réflexions éthiques, et d'exercices critiques, ce numéro entend questionner les fondements théoriques et conceptuels de la conception des stratégies d'éducation à la santé et de prévention, jusqu'à leur articulation dans la mise en œuvre des actions et dispositifs de terrain. Notre perspective se positionne dans la lignée des approches multi-référentielles et d'analyse plurielle (Ardoino, 1990) répondant à la complexité des phénomènes étudiés par la recherche en promotion de la santé. Une telle complexité nécessite la croisée des regards de différentes disciplines, l'articulation de différents types de savoirs pour espérer acquérir une compréhension fine et cohérente du caractère holistique de ces phénomènes complexes (Koelen, Vaandrager, & Colomér, 2001). Ce numéro ouvert à l'ensemble de la communauté scientifique assume donc la diversité des points de vue, la complémentarité des disciplines et la singularité des territoires dans le choix des articles présentés, dans le prolongement de réflexions largement mises en débats lors de la 7^{ème} édition du colloque international du réseau Unirés à Paris, en octobre 2018.

Inscrire la réflexion dans le contexte actuel

La pertinence des actions/interventions de promotion de la santé n'est plus à démontrer tant elles se situent au cœur des stratégies politiques internationales et nationales. En 2011, Sir Marmot rappelait l'importance des actions sur les déterminants sociaux de la santé (Marmot, 2011) dans les 6 domaines présentés dans la « Marmot Review » 1- donner à chaque enfant le meilleur départ dans la vie ; 2- améliorer l'éducation tout au long de la vie ; 3- créer des métiers et un emploi équitables ; 4- assurer un minimum de ressources financières pour assurer un standard de vie en bonne santé ; 5- créer des communautés favorables à la santé et pérennes ; 6- utiliser des approches de prévention centrées sur les déterminants de santé (Marmot & Bell, 2012). Les différentes formes de pouvoirs d'agir, tant au niveau matériel, que psychosocial et également politiques permettent de créer les conditions favorables à la justice sociale dans la perspective de contrer l'effet du gradient social (Marmot, 2010).

La déclaration de Shanghai de 2016 (World Health Organization, 2016)
¹ Commission on Social Determinants of Health (CSDH)
réaffirmait l'importance déjà soulignée par la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé¹, d'associer les agendas de développement social, de justice sociales, d'équité, de santé avec les questions environnementales et

de développement durable qui animent nos sociétés actuelles dans TOUTES les politiques publiques. En France, la Stratégie Nationale de Santé positionne la santé au cœur de toutes les politiques publiques et questionne les enjeux actuels de prévention à la lumière des déterminants de santé. Dans cette perspective, la politique de santé a vocation à réduire les inégalités sociales de santé, tout en intégrant les défis environnementaux et sociétaux actuels, selon des processus démocratiques fondés sur l'équité et la solidarité et visant la transformation sociale (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017). Des avis contradictoires se faisaient entendre au sein de l'OMS même sur la pertinence des stratégies visant les déterminants de santé, comme le rappelle Sir Marmot. Cependant, comment ignorer « la cause des causes » ? (Marmot, 2011) en s'attaquant aux inégalités sociales de santé ? L'existence d'un « gradient de santé », lien entre la position² d'une personne dans la structure sociale et son état de santé était déjà mis en lumière dans le Black Report de 1980 (Royaume-Uni), ce que confirment Potvin, Moquet et Jones en 2010 en rappelant que « des écarts d'état de santé socialement stratifiés...reproduisent, dans le domaine sanitaire, les inégalités existant entre les groupes sociaux » (Potvin, Moquet, & Jones, 2010, p. 30). Comme le souligne la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, la réduction des inégalités sociales de santé ne vise pas uniquement l'efficacité des stratégies, mais constitue un impératif éthique car « L'injustice sociale tue à grande échelle » (Commission des Déterminants sociaux de la Santé de l'OMS, 2008, p. 40). Les rapports de 2010 et 2012 de Thierry Lang³, puis le travail mené par le Haut Conseil de Santé Publique en 2016, faisait état de l'efficacité limitée des politiques menées en France en matière de réduction des inégalités sociales. Potvin et *al.* le rappellent : en matière de réduction des inégalités sociales de santé, « la bonne volonté ne suffit pas » (Potvin et *al.*, 2010, p. 26), alors qu'il s'agit bien d'une priorité, voire d'une urgence mondiale.

Le champ de la promotion de la santé s'est investi de cette mission de réduction des inégalités sociales de santé, selon les termes de la Charte d'Ottawa, en privilégiant le « processus qui permet aux individus d'acquérir un plus grand contrôle sur leur santé, d'améliorer leur santé eux-mêmes ⁴ ». (WHO, 1986). Les actions, interventions et programmes de promotion de la santé ciblent donc les déterminants de santé, et non uniquement les comportements individuels. Ridde affirme du reste qu'il s'agit précisément de la distinction entre promotion de la santé - dont l'objectif est la réduction des inégalités sociales de santé- et santé publique, qui vise à améliorer l'état de santé des populations (Ridde, 2007). Alors que la réduction des inégalités sociales de santé pourra contribuer à l'amélioration

² Guichard et Potvin donnent la définition suivante de la position sociale « Par position sociale, on entend la situation d'un individu donné sur l'échelle sociale considérée le plus souvent en termes d'âge, d'éducation, de profession ou de niveau de revenus. » p39

³ En 2016, Thierry LANG, université Toulouse III était président du groupe de travail sur les inégalités sociales de santé du Haut Conseil de Santé Publique.

⁴ "Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health".

de santé des populations, les méthodes à employer pour atteindre ces objectifs ne sont pas tout à fait identiques. Les savoirs mobilisés, la place de l'individu et son pouvoir d'agir, les valeurs, les postures des professionnels et des décideurs politiques impliqués dans ces démarches basées sur l'équité ne s'exposent pas aux mêmes réflexions éthiques, ni ne trouvent résolution identique. Ce numéro propose de mettre en perspective certains enjeux d'une telle multiplicité des modèles, des connaissances et des points de vue, tant au niveau de l'articulation de ces modèles et théories à la croisée des approches éducatives et sanitaires qu'au niveau de leur analyse, à la lumière de théories qui permettent d'éclairer les concepts de démocratie en santé et de justice sociale que soulèvent les principes d'équité, de solidarité et de citoyenneté. Le numéro s'intéresse enfin aux professionnels qui permettent la matérialisation des théories dans les pratiques, (et vice-versa), et dont les enjeux liés à l'intersectorialité, les postures et les conceptions méritent également toute notre attention.

Les implications épistémologiques en promotion de la santé

Alors que les concepts mobilisés sont solidement définis, force est de constater que les modèles théoriques qui sous-tendent la conception de recherches, de projets et d'outils d'éducation à la santé et de prévention et plus largement de promotion de la santé sont multiples. L'évolution du concept de santé depuis la définition de l'OMS de 1946 illustre ces différences, tant au niveau épistémologique, que dans le grain d'analyse considéré par les recherches, projets et outils. En introduisant les dimensions psychiques et sociales de la santé, la définition de l'OMS de 1946 propose une acception dite « positive » de la santé comme un « *un état de complet bien-être physique, psychique et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité* ». La définition précédente de la santé qualifiée de « négative » par opposition à la maladie, la pathologie, nécessitait une connaissance fine du fonctionnement physiologique d'un corps considéré comme « normal ». Une grande place était donnée aux connaissances médicales et biologiques, avec peu de considération pour l'individualité, l'existence émotionnelle, le vécu des manifestations physiologiques, encore moins pour le contexte de vie et les conditions dans lesquelles ces manifestations physiologiques s'expriment.

La définition de 1946 n'impose-t-elle pas néanmoins des objectifs quelque peu utopiques ? Huber propose une analyse éclairante de cette définition qui fait l'hypothèse qu'un état de « complet » bien-être soit difficilement atteignable (Huber et *al.*, 2011). Rappelant les travaux de Larson (Larson, 1996), Huber estime que si cet état complet est une condition *sine qua none* de la santé d'un individu, ne serions-nous pas (presque) toutes et tous considérés en mauvaise santé ? La santé serait-elle atteignable dans toutes les zones du monde, quelque soit le régime politique et en toutes circonstances ? Les termes d'une telle définition ne constituent pas uniquement un débat sémantique ; ces termes ont un impact majeur sur les stratégies, moyens, approches mais également politiques

développés pour atteindre et conserver cette santé ; l'impact est également majeur sur les professionnels de référence mobilisés pour atteindre les objectifs formulés en filigrane. Si la santé est l'absence de maladie, des stratégies basées sur des causalités linéaires ciblant les facteurs de risque des maladies semblent tout à fait pertinentes, les professionnels formés spécifiquement sur ces questions étant alors mobilisés en première ligne ; si la santé est cet état de complet bien-être tridimensionnel, une approche unique paraît difficile, voire impossible.

La Charte d'Ottawa de 1986 nous donne à voir une autre approche de la santé (WHO, 1986) manifestant un changement de paradigme majeur, celui de l'intégration des dimensions socio-environnementales dans la santé des individus, mettant ainsi en exergue le rôle fondamental des multiples facteurs en jeu dans l'état de santé des individus mais également des populations. Dans la Charte d'Ottawa, « La santé est considérée comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme constituant l'objectif de la vie. La santé est un concept positif qui met l'accent sur les ressources sociales et personnelles des individus, ainsi que sur leurs capacités physiques »⁵ (WHO, 1986). La santé ne serait donc plus un état, mais un équilibre des fonctions physiologiques (maintenu ou restauré), une capacité d'adaptation aux stress, d'auto-régulation, une capacité à mener une vie indépendante, exprimant son potentiel social selon des modalités définies par et pour soi-même (Huber *et al.*, 2011).

Promouvoir la santé, promouvoir « les comportements favorables à la santé », prévention et promotion de la santé, éducation, prévention des risques, prévention des maladies non transmissibles sont autant de termes relatifs aux objectifs formulés par de telles stratégies de promotion de la santé. Il est essentiel de reconnaître que ces termes ne sont en aucun cas interchangeables, comme on peut l'observer dans certains projets, voire même certaines recherches. Pour autant, ces termes ne sont pas non plus mutuellement exclusifs, ni en opposition. Ils font référence à des fondements théoriques solides et fortement ancrés dans la communauté scientifique internationale depuis de nombreuses années. C'est bien l'avancée des connaissances scientifiques qui a motivé la multiplication des modèles, des théories et des approches qui sous-tendent les stratégies de promotion de la santé dans tous les milieux et dans une perspective d'équité et de solidarité.

Quelles données, quelles recherches pour des stratégies de promotion de la santé basées sur l'équité et la réduction des inégalités sociales ?

⁵ "Health is therefore seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources as well as physical capacities." (Ottawa Charter, 1986, p1)

Approcher l'éducation à la santé et plus largement la promotion de la santé au travers du prisme de la citoyenneté appelle également à en positionner les objectifs, les stratégies et les méthodes en termes de réduction des inégalités sociales de santé basée sur l'équité et la solidarité, tout en intégrant les enjeux de santé individuelle mais également populationnelle. Précisons que par « citoyenneté » nous entendons une forme sociale de solidarité et non l'exercice d'un droit ou l'égalité devant la loi (Castel, 2008). En ce qui concerne l'équité en santé, Braveman et Gottlieb en formulent la définition suivante : association « de l'absence de différences systématiques dans la santé et les déterminants de santé et du principe qui sous-tend l'engagement à réduire, and à terme, éliminer les différences de santé et de ses déterminants, dont les déterminants sociaux »⁶ (Braveman & Gottlieb, 2014, p6). Griffith *et al.* rappellent par ailleurs l'importance fondamentale de la recherche qualitative dans l'identification et la compréhension des inégalités sociales de santé, qui se doit de prendre et rendre compte l'expérience des individus, des professionnels, des décisionnaires, rendant ainsi à la notion de santé mais également de maladie toute sa dimension sociale (Griffith, Shelton, & Kegler, 2017). Une analyse fine et systémique des phénomènes étudiés ne se prêtent en effet pas aisément à des essais randomisés (Braveman & Gottlieb, 2014).

L'intérêt grandissant porté aux inégalités de santé et aux déterminants sociaux de la santé s'est néanmoins heurté à la complexité des mécanismes à l'œuvre entre facteurs sociaux et santé (Braveman & Gottlieb, 2014). Les auteurs indiquent même que certaines données scientifiques mettant en lumière l'influence de déterminants de santé spécifiques sont controversées. Griffith *et al.* soulèvent la difficulté de mesurer les progrès dans une lutte contre les inégalités de santé, tant la description des disparités modifiables est difficile. Cette difficulté se rencontre d'autant plus lorsque les connaissances sont accumulées dans l'objectif qu'elles puissent contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé dans une visée d'équité en santé (Griffith *et al.*, 2017). Les critères d'évaluation utilisés pour s'assurer de la validité des connaissances collectées sur les déterminants de santé font en effet l'objet d'un (autre) débat épistémologique (Braveman & Gottlieb, 2014). De même les interventions complexes permettant de répondre à des problématiques de santé complexes, telles que la réduction des inégalités de santé, doivent également faire l'objet d'un questionnement épistémologique quant aux données collectées pour en évaluer l'efficacité (Hawe, Shiell, & Riley, 2004).

Nous pouvons nous questionner à présent sur les modalités d'implication des citoyens dans la conception des recherches dans une perspective contextualisée, participative et translationnelle. La

⁶ "Health equity has been defined both as the absence of systematic disparities in health and the determinants of health and the principle underlying a commitment to reduce - and, ultimately eliminate - disparities in health and in its determinants, including social determinants"

recherche translationnelle, qu'elle consiste en la recherche « au lit du patient » des cliniciens, de l'usage des données produites par la recherche dans les pratiques de santé publique, notamment relatives au système de santé (Woolf, 2008) ou d'initiatives de prévention à destination des communautés (Fagan, Hanson, Hawkins, & Arthur, 2009) paraît tout à fait pertinente dans le champ de la réduction des inégalités sociales de santé (Dankwa-Mullan *et al.*, 2010). Dankwa *et al.* précisent que ce type de recherche est particulièrement important pour des populations en situation moins favorable vis-à-vis des inégalités. Pawson *et al.* ajoutent que les synthèses de données de recherche doivent intégrer la complexité des interventions dont elles sont censées rendre compte, particulièrement dans le cadre de la conception de politiques publiques (Pawson, Greenhalgh, Harvey, & Walshe, 2005).

En guise d'ouverture de ce numéro, l'article de Wamba propose précisément d'analyser les fondements sous-tendant un dispositif censé réduire les inégalités sociales de santé au Cameroun : la « banque malheur ». Wamba questionne les connaissances qui permettent d'objectiver les inégalités, ici les inégalités d'accès au soin, rappelant que « la réalité à laquelle sont confrontés les usagers de soins » n'est pas toujours (bien) représentée par les données de la recherche. Wamba fait l'hypothèse qu'une analyse des mécanismes de ce dispositif visant l'équité permettrait d'identifier certains processus de création des inégalités d'accès au soin au Cameroun.

Les enjeux de l'articulation d'approches éducatives et sanitaires visant la réduction des inégalités sociales de santé

Education à la santé, prévention : l'articulation entre ces deux stratégies d'action est évidente du point de vue de la promotion de la santé (Jakarta Declaration, 1997; WHO, 1986) dont l'évolution des concepts, nous l'avons évoqué, a contribué à la complexité des stratégies à mettre en œuvre (D. Nutbeam, 1998). La considération des déterminants de santé (Dahlgren & Whitehead, 1991) et de leur influence sur la santé des individus a largement orienté la conception des interventions et programmes de promotion de la santé vers des approches multi-milieux (Bloch *et al.*, 2014), communautaires (Fincham, 1992; Labonte, Woodard, Chad, & Laverack, 2002), multi-niveaux tant quant aux objectifs formulés qu'à la prise en compte des interactions entre les facteurs en jeu dans les processus de leur mise en œuvre (E. J. Darlington, Violon, & Jourdan, 2018). L'impact des déterminants sociaux de la santé s'opère en effet sous la forme d'interactions plus ou moins directes, et plus ou moins différées dans le temps (Braveman & Gottlieb, 2014), selon ce que nous pourrions qualifier d'effets « domino ». Braveman et Gottlieb précisent d'ailleurs que les comportements humains peuvent être des médiateurs ou des modérateurs clé dans ces processus d'interactions, mais qu'il ne s'agit pas d'une règle (Braveman & Gottlieb, 2014). Eymard avait d'ailleurs soulevé les enjeux stratégiques

opérationnels de l'importance donnée aux comportements individuels, qui préjuge d'ailleurs de la responsabilité (voire culpabilité) de l'individu dans la construction de sa santé (Eymard, 2004).

McQueen soulignait en 2009 qu'il existe peu de modèles d'interventions basés sur les connaissances des déterminants de santé (McQueen, 2009). De nombreuses recherches ont depuis été conduites en ce sens, et il serait risqué de conclure ici que ce type de modèle n'existe pas. Nous pouvons cependant, supposer que de nombreuses connaissances sont encore à acquérir dans ce domaine encore trop peu exploré en promotion de la santé (E. Darlington, Mannix MC Namara, & Jourdan, 2020; Mcisaac, Storey, Veugelers, & Kirk, 2014).

Solar et Irwin postulent que les déterminants de santé peuvent être organisés en différentes catégories (Solar & Irwin, 2010) : les déterminants structurels qui incluent le système de santé, la gouvernance, les politiques économiques, sociales et de santé publique, la culture et les valeurs sociales et qui influencent la répartition des individus dans différentes strates de position socio-économique sur la base de leur éducation, leur emploi, leur revenu, leur genre et leur origine ethnique. Selon ces auteures, les conditions matérielles moins favorables majoreront les comportements à risque des individus appartenant à des groupes socio-économiques plus défavorisés. Ce sont les différences d'exposition aux déterminants intermédiaires (conditions matérielles de vie, conditions psychologiques, comportementales et déterminants biologiques) et de vulnérabilité aux déterminants de santé qui créent les inégalités sociales de santé selon ces auteures. L'association de différentes approches, telles que présentées dans le modèle bien connu de Downie, Fyfe et Tannahill (Downie, Fyfe, & Tannahill, 1990) prend alors toute sa place dans la conception de dispositifs et programmes complexes multi-stratégies, multi-niveaux (Trickett & Beehler, 2013), dans différents types de milieux (Whitelaw *et al.*, 2001). Déplorons cependant que les mécanismes de financement demeurent largement centrés sur le ciblage de problématiques spécifiques, ou de populations spécifiques (Hawe, King, Noort, Jordens, & Lloyd, 2000) essentiellement sur la base d'indicateurs chiffrés, d'ancrages plutôt positivistes. Nous nous en référerons à ce qui précède notre propos éloigné de tout discours revendicatif, laissant au lecteur le loisir d'une réflexion critique. Il nous semble néanmoins fondamental de souligner la place des approches plurielles, pluri- voire transdisciplinaires dans la genèse et l'évaluation des projets de promotion de la santé. Bloch *et al.* vont même jusqu'à affirmer que sans vision globale, sans coordination, sans approche intégrée, certaines actions et interventions peuvent être contre-productives les unes par rapport aux autres (Bloch *et al.*, 2014). Pour exemple, Bloch *et al.* exposent le cas de la prévention du tabagisme chez les adolescents, qui nécessite, selon ces auteurs, une action conjointe sur les attitudes et habitudes de leurs parents, sans quoi les bénéfices pourraient être minimisés, voire annulés. Autre exemple, l'éducation est identifiée à la fois comme un déterminant essentiel de la santé (Dahlgren & Whitehead, 1991), mais également comme une stratégie à privilégier pour promouvoir la santé. Plusieurs hypothèses justifient la pertinence des

stratégies éducatives (Braveman & Gottlieb, 2014) selon la différence des objectifs visés : l'éducation permet aux individus de développer des connaissances et compétences promotrices de comportements favorables à leur santé ; deuxième hypothèse, l'éducation permet d'accéder à des emplois mieux payés, de meilleures conditions de travail ce qui permettra à l'individu d'être moins exposé au stress, de vivre dans un meilleur quartier, d'être moins exposé à des risques professionnels, ce qui aura par conséquent un effet préventif sur un certain nombre de facteurs de risque ; enfin il se peut que l'éducation ait une influence sur les croyances, le statut social subjectif, et les relations sociales (Egerter, Braveman, Sadegh-Nobari, Grossman-Kahn, & Dekker, 2011). L'éducation peut donc contribuer à une finalité préventive : éducation à la santé et prévention ne sont pas mutuellement exclusives. Abordons ici l'importance de différencier l'objectif visé (ou finalité), la stratégie(s) adoptée(s) et les moyens choisis pour la mettre en œuvre. Pizon et Berger (Pizon & Berger, 2014) proposent du reste un exemple de stratégie intégrée en milieu scolaire dans le domaine de la prévention des addictions. Les auteurs rappellent le caractère synergique des trois piliers du modèle de Downie, Fyfe et Tannahill (éducation, prévention et protection). Sans oublier que cette association de stratégies éducatives, préventives et de protection ne se révèle productive qu'à condition de faire pleinement sens dans les contextes sociaux et culturels où elle se développe, et de respecter tout autant ces derniers que les personnes concernées (Balcou-Debussche et Rogers, 2015).

Dans ce numéro, ce point est repris par l'article de Hrairi *et al.* qui nous proposent un exemple de stratégie éducative à visée préventive. L'auteure montre toute l'importance de la construction des savoirs dans l'éducation à la santé, mais surtout de la nécessité de prendre en compte le contexte socio-culturel. Ainsi, dans le contexte tunisien où l'éducation à la sexualité est considérée comme un sujet tabou, les modalités pédagogiques (information vs. Education) creusent encore plus les attentes entre les élèves et les enseignements. Ainsi, comme nous venons de l'évoquer, la seule volonté d'éducation à la santé ne peut constituer un passeport garantissant *in fine* la promotion de la santé des individus.

L'article de Ben Hassine s'intéresse, à l'intérieur même de l'éducation à la santé, aux techniques de communication (communication interpersonnelle, communication culturelle et interculturelle, médias de masse, communication organisationnelle, marketing social, formation, plaidoyer, mobilisation sociale...). L'auteure souligne là encore l'importance de bien différencier la stratégie que l'on adopte (ici par l'institution) et l'objectif visé. Le contexte apparaît crucial. La coordination des acteurs de la communication tout autant que la possibilité d'implication de la population visée s'avèrent indispensables.

Démocratie en santé et construction collective des savoirs

Poursuivons avec le deuxième axe de questionnements soulevés par ce numéro, celui du pouvoir de l'individu dans la construction de sa santé, mais également de son pouvoir d'agir pour la collectivité, celui de la légitimité de son savoir par rapport aux savoirs dits « experts » en matière de santé. L'éducation à la santé, la prévention, la promotion de la santé sont des objets politiques et publics qui donnent lieu à de multiples préconisations à tous les niveaux décisionnels. Dahlgren et Whitehead rappelaient en outre la nécessité d'inclure les notions d'équité en santé dans toutes les politiques et à tous les niveaux (Dahlgren & Whitehead, 1991; Dahlgren & Whitehead, 2007). Le Bulletin Officiel de l'Éducation Nationale de 1998 précise du reste que l'éducation à la santé « permet ainsi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité, dans une société où les questions de santé constituent une préoccupation majeure »⁷. Ces préconisations politiques se matérialisent à différents niveaux de mise en œuvre, oscillant entre objectifs de santé individuels et collectifs. Le caractère individuel ou collectif pose la question de la place du sujet, de son pouvoir d'agir et de son rôle dans la construction des savoirs. La littératie en santé par exemple, est au cœur de l'articulation de différents positionnements épistémologiques (Balcou-Debussche, 2016) : tantôt outils de développement de l'autonomie, de renforcement de connaissance du sujet déjà « expert » de sa propre santé ; tantôt objectif transmissif de connaissances construites en dehors du sujet considéré comme « profane ».

La question du rôle du citoyen dans l'élaboration de politiques de santé équitables et solidaires s'intéresse aux voies selon lesquelles il est possible d'élaborer collectivement (ou non) des savoirs, des expériences, des transformations sociales. Promouvoir la démocratie en santé implique d'articuler les savoirs « expert » et « profane », et de reconnaître à chaque acteur, qu'ils soient citoyen/usager/bénéficiaire ou professionnel, la légitimité et le pouvoir d'agir pour eux-mêmes, et pour la collectivité. Nous aborderons en premier lieu cette question à la lumière du concept de « démocratie sanitaire » (Tabuteau, 2014), véritable redistribution des pouvoirs et comme le souligne Tabuteau, « élaboration démocratique des priorités de santé ».

Demailly rappelle les multiples acceptions du concept de démocratie et poursuit qu'il s'agit d'une attente légitime des citoyens sur les questions qui les concernent, dont la santé fait à l'évidence partie (Demailly, 2014). Pour mémoire, le terme de « démocratie sanitaire » est apparu à la fin des années 90, lors des « États Généraux du cancer et de la santé » de 1998-1999. Lefeuvre et Ollivier précisent que ce concept se manifeste principalement par la participation des usagers des politiques

⁷ Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège. Circulaire n°98-237 du 24 novembre 1998 qui réaffirme le rôle de l'école dans l'éducation à la santé et propose quelques pistes pour encadrer les pratiques

publiques dans les instances permettant leur expression (Lefevre & Ollivier, 2018). Domin le rappelle, « le concept de démocratie sanitaire a été consacré par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et se traduit par un ensemble de mesures garantissant la participation individuelle et collective des usagers. » (Domin, 2014, p22). Lefevre et Ollier précisent qu'une différence existe entre démocratie sanitaire et démocratie en santé qui, selon ces auteurs, intègre la notion de parcours de l'utilisateur nécessitant des pratiques professionnelles décloisonnées qui placent l'utilisateur comme un expert de sa vie, de sa santé, et de son usage du système de soins par exemple (Lefevre & Ollivier, 2018). Domin distingue par ailleurs la démocratie sanitaire qui rend le citoyen acteur et capable de décision, « sur un pied d'égalité » avec le professionnel, de la démocratie sociale qui privilégie plutôt l'universalité, l'égal accès au système de santé par exemple (Domin, 2014, p22). Les décisions politiques doivent impliquer les citoyens qu'elles concernent, la participation citoyenne étant absolument essentielle dans tous les domaines de la vie (Demaillly, 2014). Demaillly évoque même le droit de l'individu et de son entourage de prendre la parole, redonnant à ce citoyen toute sa qualité d'expert, tout en s'attachant à s'opposer à toute forme de discrimination ou d'exclusion, selon des valeurs de dignité et de société inclusive (Demaillly, 2014). Callon, Lascoumes et Barthe suggèrent pour ce faire d'utiliser des « forums hybrides », espaces de débats ouverts à toutes et toutes (Durand, Callon, Lascoumes, & Barthe, 2002), dispositifs qui rassemblent des experts et des citoyens (faisons cette distinction dans un souci de clarté du propos, mais rappelons que citoyen et expert peuvent être la même personne) intégrant la richesse des points de vue diversifiés dans des débats libres contribuant à la construction d'un monde partagé (Domin, 2014).

Nous pouvons rappeler ici les propos de Tovar qui précise que « dans les théories de la justice sociale classiques, la place des patients dans l'énoncé des critères d'équité est soit considérée comme illégitime (impartialité et préférences adaptatives), soit niée dans sa spécificité (utilitarisme) » (Tovar, 2014, p68). La vision de démocratie en santé présentée ici se désolidarise de toute forme de domination d'un type de savoir, et rejoint le postulat de Demaillly qui invite la cocréation à la table d'une démocratie en santé qui mobilise le « profane expert » (Demaillly, 2014, p6).

Dans ce numéro, l'article de Damus présente de façon très subtile la diversité des savoirs mobilisés lors de l'allaitement à Haïti, en analysant ce dernier comme un construit complexe de représentations individuelles et collectives. La réflexion épistémologique sur l'articulation nécessaire entre différents types de savoirs à la fois médicaux, expérientiels, mais également culturels rappelle l'importance de tirer un apprentissage des modèles venus d'autres sociétés. Réfléchir aux interactions entre savoirs académiques et patrimoniaux permet de regarder autrement la pertinence des pratiques inscrites dans leurs univers sociaux et culturels de référence, en Haïti, certes, mais aussi bien au-delà, y compris en Occident.

Tourette-Turgis présente également la nécessité de s'appuyer sur les savoirs des citoyens, particulièrement dans des situations d'urgence, émergentes, qui se heurtent à un déficit du savoir médical (Tourette-Turgis, 2019). C'est le « le déploiement d'un « activisme thérapeutique » vis-à-vis du sida qui a été l'un des principaux leviers de l'émergence du concept de démocratie sanitaire » (Tourette-Turgis, 2019, p 59). Lange et Victor évoquent l'enjeu démocratique à investir les « éducations à » (Lange & Victor, 2006), qui peuvent constituer un levier de développement de compétences nécessaires à la réflexion, à l'exercice de l'esprit critique quant aux questions socialement vives (Legardez, 2004). Lange et Victor en concluent que la démocratie en santé questionne le statut de l'expert (Lange & Victor, 2006), souvent professionnels, mais également les chercheurs que nous sommes.

Dans ce numéro, Roelens propose une analyse critique et théorique des enjeux éthiques liant solidarité, citoyenneté et éducation, particulièrement de l'éducation à la santé, à la lumière de la philosophie politique. Les questions d'égalité, d'autorité sont au cœur de cet article, qui propose d'explorer les liens, les contradictions, les articulations entre des approches mêlant les niveaux collectifs et individuels. Quelles postures éthiques permettent aux professionnels d'éduquer, guérir et prévenir ? La conclusion de Roelens priorise l'éthique minimale comme résolution du débat mené tout au long de cet argumentaire philosophique.

Interprofessionnalité et réduction des inégalités sociales de santé

La conception de dispositifs promoteurs de santé s'impose donc pour déployer les politiques sociales, éducatives et de santé à tous les niveaux décisionnels et de mise en œuvre, et ce dans une dynamique participative et équitable devant mobiliser citoyens et professionnels. L'intégration des dimensions éducatives, de prévention et de protection vise à répondre aux besoins individuels et collectifs complexes et grandissants, dans une perspective écologique (Bronfenbrenner, 1977). Cette prise en compte des besoins induit la nécessité d'articuler une pluralité d'approches et de pratiques. Une telle complexité tend à contraindre le partage d'une vision des stratégies de mise en œuvre, globale et collectivement partagée (Berger, Pizon, Bencharif, & Jourdan, 2009; Simar & Jourdan, 2010). Cependant la mobilisation de professionnels des secteurs de la santé, de l'éducation et du social dans une réelle dynamique partenariale de collaboration mobilisant les citoyens, est un gage d'appropriation et d'efficacité durable et équitable des dispositifs (Deschesnes, Martin, & Hill, 2003; Samdal & Rowling, 2011). De Leeuw pointait déjà l'importance des approches intersectorielles en promotion de la santé en 1989, au niveau des politiques publiques qui doivent concerner tous les secteurs, et qui se matérialisent par la suite dans des pratiques de terrain associant tous les secteurs,

si une acception holistique de la santé est envisagée (de Leeuw, 1989). L'action sur les déterminants de santé au niveau local nécessite des collaborations intersectorielles qui ambitionnent le développement la capacité sociale, définie comme la cohésion sociale et la coopération entre membres d'une communauté (Hunter, Neiger, & West, 2011). Précisons ici que le terme « communauté » est utilisé selon la définition du « Health Promotion Glossary » de l'Organisation Mondiale de la Santé⁸ (Don Nutbeam, 1999). Deschesnes, en prenant pour exemple les pratiques partenariales entre école-famille et communauté, rappelle les éléments essentiels des pratiques intersectorielles en promotion de la santé : vision commune, climat positif, leadership efficace, processus décisionnels participatifs, négociation, et procédures claires (Deschesnes *et al.*, 2003). Les collaborations intersectorielles rencontrent cependant des difficultés. En exposant le cas des pratiques de type partenariales sur la prévention des addictions en milieu scolaire, Mérini et De Peretti proposent quelques éléments d'explication (Mérini & De Peretti, 2002). Les différentes identités professionnelles mises à contributions, les représentations diversifiées des problématiques traitées sont autant de richesse que de potentielles difficultés dans les processus de négociation.

Dans ce numéro, l'article de Sivilotti souligne ainsi que dans le domaine des pratiques d'accompagnement du handicap à l'Université, outre les représentations du handicap, ce sont les représentations de leur rôle et du rôle des autres professionnels qui fragilisent l'identité professionnelle. Un autre point essentiel qui constitue un obstacle supplémentaire au changement des pratiques est le manque de communication, de co-construction et de connaissances de l'institution. Les éléments convergents identifiés au sein d'institutions variées et auprès de professions diverses, amène l'auteur à réaffirmer l'importance d'une formation professionnelle, adaptée aux besoins des pratiques.

Quels enjeux au niveau de la formation ?

Penser la formation comme un cadre d'accompagnement des pratiques répondant à cette complexité impose d'inscrire le développement de compétences professionnelles dans un continuum dynamique, transdisciplinaire et interprofessionnel mobilisant des savoirs collectifs diversifiés. Les pratiques

⁸ « Groupe de personnes, qui vivent souvent dans une zone géographique bien définie, partagent une culture, des valeurs et des normes, et ont une place dans une structure sociale qui est conforme à des relations que la communauté a créées au cours d'une certaine période. Les membres d'une communauté acquièrent leur identité personnelle et sociale en partageant des convictions, des valeurs et des normes qui ont été conçues par la communauté dans le passé et pourront évoluer à l'avenir. Ils sont dans une certaine mesure conscients de leur identité de groupe, ont des besoins communs et souhaitent les satisfaire. » Glossaire de la promotion de la santé p 6

professionnelles de promotion de la santé sont confrontées à de nombreux points de variabilité : variabilité des contextes, des conditions d'exercice des pratiques, variabilité des problématiques considérées et des processus de la genèse, variabilités des stratégies à mettre en œuvre, variabilité dans les résultats à espérer ainsi que dans leur temporalité. Selon le référentiel CompHp, « un praticien de la promotion de la santé est défini comme une personne travaillant à promouvoir la santé et à réduire les inégalités de santé en utilisant les actions décrites par la Charte d'Ottawa (Organisation mondiale de la Santé, 1986) (Dempsey, Barry, Battel-Kirk, & and the CompHp project partners, 2011, p3). Nous l'avons déjà mentionné, tous les secteurs sont concernés, à la fois les professionnels en poste dont les missions ont évolué vers l'intégration de promotion de la santé dans leurs pratiques, à la fois les nouvelles fonctions créées pour répondre *a priori* à la demande et aux besoins grandissants de pratiques intégrées et intersectorielles. Tout le monde fait de la promotion de la santé, ce qui expose au risque que finalement, personne ne le fasse en réalité. Il est crucial de s'assurer que ces professionnels partagent les valeurs, les théories, les objectifs, et les méthodes du champ de la promotion de la santé. Cependant, des disparités et une certaine hétérogénéité de l'offre de formation sont à déplorer (Foucaud, Rostan, Moquet, & Fayard, 2006). La professionnalisation n'est pas envisagée à l'identique entre des experts de santé publique, des experts de promotion de la santé, des chefs de projets, des enseignants, des chargés de mission, des médecins généralistes, ce qui produit un panel fort diversifié des activités (Dempsey, C.; Barry, M.; Battel-Kirk, B.; CompHP Project Partners, 2011). Une autre difficulté à surmonter réside dans l'identification de ce qui constitue le cœur des pratiques de promotion de la santé, et des compétences clé à développer chez les professionnels à la lumière du besoin des pratiques et des populations, et non en termes de ce qu'attend une politique ou une institution (Atchison *et al.*, 2004).

L'article de L. Pinho de Mesquita Lago *et al.* proposé par ce numéro prend racine dans le croisement des regards de deux continents pour explorer les enjeux de l'interprofessionnalité. Les auteurs utilisent une démarche de socio-clinique institutionnelle pour identifier les rapports de pouvoir et les savoirs implicites. Les auteurs font état de la fragmentation des pratiques engendrées par les injonctions institutionnelles « incitant » au travail coopératif des différents professionnels de santé. Cette recherche illustre bien que transdisciplinarité et interprofessionnalité ne constituent pas un allant de soi. S'appuyer sur l'Histoire des professions et la construction des identités professionnelles semble dès lors offrir des pistes pour faciliter le processus.

En outre, comment définir la compétence en promotion de la santé ? Et quels partis pris pédagogiques sont à privilégier pour développer ces compétences ? Marc Nagels propose une définition de la compétence qui semble correspondre aux contraintes précédemment évoquées. Selon

Nagels, la compétence est la «dynamique des relations sociales [dans l'entreprise], tantôt considérée comme « un construit social » qui « réunit alors valeur individuelle et valeur sociale pour devenir un processus d'attribution, de jugement social appliqué à la performance et au résultat qui en est issu »⁹ (Nagels, 2009). La compétence serait donc socialement construite et acceptée, ce qui n'est pas sans rappeler les réflexions qui nous ont animés lorsque nous nous attardions sur les processus de construction des connaissances. La compétence en promotion de la santé pourrait donc être définie par les professionnels et les usagers des pratiques de façon conjointe, se désolidarisant d'une vision « hors sol » souvent retrouvée dans les référentiels de compétence, comme le souligne LeBoterf, qui ajoute que la compétence est construite dans l'individualité et la singularité des pratiques (Le Boterf, 2002).

L'article de Rossi propose l'expérimentation de la médecine narrative, outil habituellement utilisé par les médecins pour améliorer la relation avec leurs patients, dans la formation de l'ensemble des futurs professionnels de santé. L'auteure souligne que l'évolution des compétences nécessaires à ces professionnels pour prendre en compte le rôle prégnant des usagers nécessite une évolution de leur formation. La médecine narrative, centré sur l'écoute du patient, permet, selon Rossi, aux futurs professionnels d'acquérir de nouvelles compétences, de faire preuve de réflexivité, mais également d'opérer des changements de posture.

Conclusion

L'enjeu de ce numéro était de proposer une réflexion critique sur l'articulation de l'éducation à la santé et de la prévention, dans une perspective promotrice de santé fondée sur l'équité, la citoyenneté et la solidarité. La diversité des contributions qui ont été retenues pour construire ce 13^{ème} numéro de la revue Education, Santé, Sociétés ne permet pas d'épuiser le sujet, loin de là, mais elle permet aux auteurs d'interroger, chacun à leur façon, les modèles théoriques qui sous-tendent la conception des stratégies, ainsi que les modèles et approches mobilisés dans la pluralité de la mise en œuvre de projets et d'actions de terrain. La place du sujet, ainsi que la conception et l'articulation des savoirs est également questionnée, sur la base d'une pluralité disciplinaire et épistémologique à visée translationnelle. Le rôle des professionnels, la construction et l'utilisation de leurs savoirs est

⁹ p3

également mis en perspective des stratégies de formation visant à promouvoir l'interprofessionnalité et la mutualisation de savoirs diversifiés.

En Varia

L'article de Verheye propose de questionner la collaboration entre patients-intervenants et professionnels dans la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique. Par le biais d'une analyse mobilisant la théorie ancrée, l'auteur propose une modélisation systémique des éléments qui caractérisent ce patient-ressource en termes de compétences, de motivation, ainsi qu'une élicitation des enjeux de la collaboration entre patient et professionnels. L'auteur propose enfin la « démopraxie » en santé comme l'opérationnalisation des savoirs des soignants et des patients dans une perspective de démocratie en santé mobilisant le patient, pour reprendre les termes de l'auteur, comme un générateur voire un transformateur de cette démarche.

L'article de Vauthier *et al.* s'intéresse aux forces et aux faiblesses de l'entretien heuristique comme outil aux services des professionnels de l'éducation dans leurs collaborations avec les partenaires de l'école et notamment via l'amélioration de leur sentiment d'efficacité personnelle. Les auteurs montrent que la formation des enseignants à l'utilisation de cet outil est à même de modifier leurs perceptions de l'entretien avec les parents d'élèves puisqu'ils prennent significativement plus conscience de l'importance de l'attitude physique de leurs interlocuteurs tout comme de l'importance de l'accueil des émotions exprimés par ceux-ci. Là encore, cette recherche nous montre toute la pertinence de la formation des professionnels pour la mise en place du partenariat enseignants-parents et notamment au cours des situations de communication.

Références citées :

- Ardoino, J. (1990). Les postures (ou impostures) respectives du chercheur , de l'expert et du consultant. *Les Nouvelles Formes de La Recherche En Éducation Au Regard d'une Europe En Devenir*, 1, 22–30. Alençon.
- Atchison, C., Boatright, D. T., Merrigan, D., Quill, B. E., Whittaker, C., Vickery, A. R., & Aglipay, G. S. (2004). Demonstrating excellence in practice-based teaching for public health. In *Association of Schools of Public Health* (Vol. 12). <https://doi.org/10.1097/00124784-200601000-00004>
- Balcou-Debussche, M. (2016). *De l'éducation thérapeutique du patient à la littératie en santé. Problématisation socio-anthropologique d'objets didactiques contextualisés*. Paris : Editions des Archives Contemporaines.
- Balcou-Debussche, M., Rogers, C. (2015). Promoting health education in a context of strong social and cultural heterogeneity: the case of Reunion island. Dans V. Simovska, & P. Mannix-

- McNamara (Eds.), *School for Health and Sustainability, Theory, Research and Practice* (pp. 291 – 312). Springer.
- Berger, D., Pizon, F., Bencharif, L., & Jourdan, D. (2009). *Éducation à la santé dans les écoles élémentaires... Représentations et pratiques enseignantes*. Retrieved from <http://documents.irevues.inist.fr/handle/2042/30429>
- Bloch, P., Toft, U., Reinbach, H. C., Clausen, L. T., Mikkelsen, B. E., Poulsen, K., & Jensen, B. B. (2014). Revitalizing the setting approach - supersettings for sustainable impact in community health promotion. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s12966-014-0118-8>
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. In *Nursing in 3D: Diversity, Disparities, and Social Determinants*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24385661>
- Brofenbrenner, U. (1977). Toward an Experimental Ecology of Human Development. *American Psychologist*, 32(7), 513–531. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>
- Castel, R. (2008). La citoyenneté sociale menacée. *"Cités,"* 3, 133–141. <https://doi.org/doi:10.3917/cite.035.0133>.
- Commission des Déterminants sociaux de la Santé de l'OMS. (2008). *Résumé analytique du rapport Comblé le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. In *WHO Regional office for Europe*. Retrieved from http://ideas.repec.org/p/hhs/ifswps/2007_014.html
- Dahlgren, Göran, & Whitehead, M. (2007). Policies and strategies to promote social equity in health Background document to WHO – Strategy paper. In *Institute for Future Studies* (Vol. 14). <https://doi.org/978-91-85619-18-4>
- Dankwa-Mullan, I., Rhee, K. B., Stoff, D. M., Pohlhaus, J. R., Sy, F. S., Stinson Jr, N., & Ruffin, J. (2010). Moving toward paradigm-shifting research in health disparities through translational, transformational, and transdisciplinary approaches. *American Journal of Public Health*, 100(S1), S19. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2837422/>
- Darlington, E. J., Violon, N., & Jourdan, D. (2018). Implementation of health promotion programmes in schools: An approach to understand the influence of contextual factors on the process? *BMC Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-017-5011-3>
- Darlington, E., Mannix MC Namara, P., & Jourdan, D. (2020). Enhancing the efficacy of health promotion interventions: a focus on the context. *Public Health in Practice*, 100002. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2020.100002>

- de Leeuw, E. (1989). Concepts in health promotion: the notion of relativism. *Social Science & Medicine*, 29(11), 1281–1288. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(89\)90068-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90068-3)
- Demailly, L. (2014). Variations de la « démocratie sanitaire » et politique publique de santé mentale en France. *SociologieS*, 1–17.
- Dempsey, M. C., Barry, M., Battel-Kirk, B., & and the CompHp project partners. (2011). *Literature Review Developing Competencies for Health Promotion*. Paris.
- Deschesnes, M., Martin, C., & Hill, A. J. (2003). Comprehensive approaches to school health promotion: How to achieve broader implementation? *Health Promotion International*, 18(4), 387–396. <https://doi.org/10.1093/heapro/dag410>
- Domin, J.-P. (2014). De la démocratie sociale à la démocratie sanitaire : une évolution paradigmatique ? *Presses de Sciences Po « Les Tribunes de La Santé »*, 5(HS 3), 21–29.
- Downie, R. F., Fyfe, C. E., & Tannahill, A. J. (1990). « *Health Promotion. Models and Values* ». Oxford: Oxford University Press. (Oxford Med). Oxford: Oxford University Press.
- Durand, C., Callon, M., Lascoumes, P., & Barthe, Y. (2002). Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique. *Revue Française de Sociologie*, 43(4), 782–784.
- Egerter, S., Braveman, P., Sadegh-Nobari, T., Grossman-Kahn, R., & Dekker, M. (2011). Exploring the social determinants of health. In *Robert Wood Johnson Foundation Commission to Build a Healthier America*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375678-7.00309-6>
- Eymard, C. (2004). Essai de modélisation des liens entre éducation et santé. *Questions Vives*, 2(5), 13–34.
- Fagan, A. A., Hanson, K., Hawkins, J. D., & Arthur, M. W. (2009). Translational research in action: implementation of the communities that care prevention system in 12 communities. *Journal of Community Psychology*, 37(7), 809–829. <https://doi.org/10.1002/jcop.20332>
- Fincham, S. (1992). Community Health Promotion. *Social Science and Medicine*, 35(3).
- Griffith, D. M., Shelton, R. C., & Kegler, M. (2017). Advancing the Science of Qualitative Research to Promote Health Equity. *Health Education and Behavior*, 44(5), 673–676. <https://doi.org/10.1177/1090198117728549>
- Hawe, P., King, L., Noort, M., Jordens, C., & Lloyd, B. (2000). *Indicators to Help with capacity building in Health Promotion* (NSW Health; Australian Center for Health Promotion, Ed.). Retrieved from <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd64/capbuild.pdf>
- Hawe, P., Shiell, A., & Riley, T. (2004). Complex interventions: how “out of control” can a randomised controlled trial be? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 328(7455), 1561–1563. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7455.1561>
- Huber, M., André Knottnerus, J., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ (Online)*, 343(7817).

<https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>

- Hunter, B. D., Neiger, B., & West, J. (2011). The importance of addressing social determinants of health at the local level: the case for social capital. *Health & Social Care in the Community*, 19(5), 522–530. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.00999.x>
- Koelen, M. A., Vaandrager, L., & Colomé, C. (2001). Health promotion research: Dilemmas and challenges. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(4), 257–262. <https://doi.org/10.1136/jech.55.4.257>
- Labonte, R., Woodard, G. B., Chad, K., & Laverack, G. (2002). Community Capacity Building : A parallel track for health promotion programs. *Canadian Journal of Public Health*, 13–14.
- Lange, J., & Victor, P. (2006). Didactique curriculaire et education a... la santé, l'environnement et au développement durable: quelles questions, quels repères? *Didaskalia*, (28), 85–100. <https://doi.org/https://doi.org/10.4267/2042/23954>
- Larson, J. S. (1996). The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health. *Social Indicators Research*, 38(2), 181–192. <https://doi.org/10.1007/BF00300458>
- Le Boterf, G. (2002). De quel concept de compétence avons-nous besoin? *Soins Cadres*, (41), 1–3.
- Lefevre, K., & Ollivier, R. (2018). La démocratie en santé en question(s). *Presses de l'EHESP*.
- Legardez, A. (2004). Transposition didactique et rapports aux savoirs: L'exemple des enseignements de questions économiques et sociales, socialement vives. *Revue Francaise de Pedagogie*, 149, 19–27. <https://doi.org/10.3406/rfp.2004.3169>
- Marmot, M. (2010). Fair Society, Healthy Lives. In G. G. I. impacts Conference (Ed.), *Changing Inequalities: How do they affect societies?* Retrieved from <http://www.parliament.uk/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf>
- Marmot, M. (2011). Global action on social determinants of health. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(10), 702. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.094862>
- Marmot, M., & Bell, R. (2012). Fair society, healthy lives. *Public Health*, 126(SUPPL.1), S4. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.014>
- Mcisaac, J., Storey, K., Veugelers, P. J., & Kirk, S. F. L. (2014). Applying theoretical components to the implementation of health-promoting schools. *Health Education Journal*, 74(2), 131–143. <https://doi.org/10.1177/0017896914530583>
- McQueen, D. V. (2009). Three challenges for the social determinants of health pursuit. *International Journal of Public Health*, 54(1), 1–2. <https://doi.org/10.1007/s00038-008-8167-x>
- Mérini, C., & De Peretti, C. (2002). Partenariat externe et prévention en matière de substances psychoactives: dans quelle position l'école met-elle ses partenaires? *Santé Publique*, 14(2), 147–164.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017, December). *Stratégie nationale de santé 2018-2022*.

- Nagels, M. (2009). *Est-il possible de dire (encore) quelque chose de la compétence ?* 21–23.
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating Health Promotion--Progress, Problems and solutions. *Health Promotion International*, 13(1), 27–44. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.1.27>
- Nutbeam, Don. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. 36. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf
- Participants at the 4th International Conference on Health Promotion. (1997). The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. *New Players for a New Era Leading Health Promotion into the 21st Century*, 12(4), 261–264. *Health promotion international*.
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., & Walshe, K. (2005). Realist review – a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(July), 21–34. <https://doi.org/10.1258/1355819054308530>
- Pizon, F., & Berger, D. (2014). La promotion de la santé à l'école : de la théorie à la pratique. *La Santé En Action*, 427, 16–18.
- Potvin, L., Moquet, M.-J., & Jones, C. M. (2010). Réduire les inégalités sociales en santé. In INPES (Ed.), *Dossiers Santé en action* (Coll. SSan). Saint-Denis.
- Ridde, V. (2007). Reducing social inequalities in health: public health, community health or health promotion? *International Journal of Health Promotion and Education*, 14(2), 1–80.
- Samdal, O., & Rowling, L. (2011). Theoretical and empirical base for implementation components of health-promoting schools. *Health Education*, 111(5), 367–390. <https://doi.org/10.1108/09654281111161211>
- Simar, C., & Jourdan, D. (2010). Éducation à la santé à l'école : étude des déterminants des pratiques des enseignants du premier degré. *Revue Des Sciences de l'éducation*, 36(3), 739. <https://doi.org/10.7202/1006254ar>
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. In *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. [https://doi.org/ISBN 978 92 4 150085 2](https://doi.org/ISBN%20978%2092%204%20150085%202)
- Tabuteau, D. (2014). Démocratie et santé. *Presses de Sciences Po « Les Tribunes de La Santé »*, 5(HS3), 3–5.
- Tourette-Turgis, C. (2019). Les apports de la lutte contre le sida à la démocratie en santé. *Soins*, 64(836), 58–61. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2019.04.016>
- Tovar, É. (2014). L'avis du bien-portant doit-il plus compter que celui du malade pour décider de la distribution des soins de santé ? Un examen par les théories de la justice sociale. *Les Tribunes de La Santé*, HS 3(5), 61. <https://doi.org/10.3917/seve.hs03.0061>
- Trickett, E. J., & Beehler, S. (2013). The ecology of multilevel interventions to reduce social

inequalities in health. *American Behavioral Scientist*, 57(8), 1227–1246.

<https://doi.org/10.1177/0002764213487342>

Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., MacHardy, L., Young, I., & Witney, E. (2001). “Settings” based health promotion: A review. *Health Promotion International*, 16(4), 339–353.

<https://doi.org/10.1093/heapro/16.4.339>

WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health promotion*. Ottawa.

Woolf, S. H. (2008). The meaning of translational research and why it matters. *Jama*, 299(2), 211–213. Retrieved from <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1149350>

World Health Organization. (2016). Shanghai declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. In *9th Global Conference on Health Promotion 21-24 Nov. 2016*.

<https://doi.org/10.1093/heapro/daw103>