



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**UNIVERSITÉ DE LORRAINE**  
**ECOLE DOCTORALE FERNAND-BRAUDEL**

**Thèse pour obtenir le grade de docteur**

**Champ disciplinaire : Sociologie**  
Laboratoire Lorrain de Sciences Sociales EA 3478

Présentée et soutenue publiquement par

**Grazia ZAVETTIERI - MANGIN**

**La construction du sens du développement des compétences psychosociales : Justifications et usages en promotion de la santé.**

**Thèse dirigée par Jean - Yves TRÉPOS**

Soutenue le lundi 13 novembre 2017

**Jury :**

Chantal EYMARD, Maître de Conférences en Sciences de l'Éducation, HDR, Université d'Aix-Marseille, Fuveau (ADEF - EA 4671).

Françoise F. LAOT, Professeure de Sociologie, Université de Reims Champagne Ardenne (CEREP - EA 4692).

Patrick LAURE (co-directeur), Médecin de Santé Publique, Sociologue HDR, Université de Lorraine (2L2S - EA 3478).

Philippe MASSON, Maître de Conférences en Sociologie, HDR, STAPS, Université Lille Nord de France (URePSSS - EA 7369).

Jean-Yves TRÉPOS, (directeur) Professeur Émérite de Sociologie, Université de Lorraine, (2L2S - EA 3478).

Virginie VINEL, Professeure de Sociologie et d'Anthropologie, Université de Franche-Comté, Directrice du Laboratoire de Sociologie et d'Anthropologie (LASA-UBFC - EA 3189).



« Je n'ai pas dormi de la nuit. J'aurais dû me méfier des  
Bruns dès qu'ils nous ont imposé leur première loi sur les  
animaux. Après tout, il était à moi mon chat, comme son  
chien pour Charlie, on aurait dû dire non. Résister  
davantage, mais comment ? Ca va si vite, il y a le boulot, les  
soucis de tous les jours. Les autres aussi baissent les bras  
pour être un peu tranquilles, non ? ».

Matin Brun de Franck Pavloff.



# Remerciements

Ce travail de thèse aboutit grâce au soutien d'un certain nombre de personnes qu'il s'agit de remercier ici.

Je veux adresser mes remerciements à mes collègues anciens et nouveaux qui m'ont accompagnée tout au long de ces années dans ma réflexion.

Jean-Yves Trépos, qui a accepté de guider mon travail de thèse. Attentif à la progression de mes réflexions théoriques, il a apporté les critiques, toujours bienveillantes, qui ont permis d'enrichir mes argumentations sociologiques et affiner ma rédaction ;

Patrick Laure, qui m'a engagée dans cette aventure et m'a fait confiance. Il a suivi mon travail de recherche et m'a apporté de nombreux conseils théoriques, méthodologiques et rédactionnels lors de nos discussions et travaux communs.

Les doctorant(e)s qui ont participé à l' « Arthémetz » et au « club des doctorants » animé par Jean-Yves, avec lequel(le)s j'ai pu échanger sur la méthode et l'écriture de thèse, mais aussi partager mes angoisses et mes doutes sur l'aboutissement d'un tel travail.

Tous mes remerciements aux personnes interviewées qui ont bien voulu me consacrer du temps et apporter leur contribution à mes travaux.

Je tiens à remercier aussi Daniel Hug qui nous a malheureusement quittés, militant et grand penseur des choses humaines, qui a nourri ma pensée sur les enjeux de l'éducation en faveur des personnes les plus fragiles.

Ma famille, mes ami(e)s au quotidien, ont su, par leur soutien moral et affectif, m'aider à mener à terme cette épreuve.

A toutes et tous, j'exprime ici ma profonde reconnaissance et mon affection sincère.



À mes enfants Adrienne, Louis et Brice





<b>Remerciements .....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE .....</b>	<b>15</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE : <i>L'intervention pour le développement des compétences</i></b>	
<b>psychosociales en promotion de la santé : un objet sociologique .....</b>	<b>22</b>
<b>Introduction à la PREMIÈRE PARTIE .....</b>	<b>23</b>
<b>CHAPITRE I : La démarche compréhensive pour une recherche du sens .....</b>	<b>25</b>
<b>I.     <i>Construction de l'objet d'observation</i> .....</b>	<b>26</b>
<b>A.   Un questionnaire professionnel mis à l'épreuve .....</b>	<b>26</b>
1.   Rupture et distanciation .....	26
2.   Réflexivité et parcours professionnel.....	28
<b>B.   Premier regard sur l'intervention pour le développement des compétences</b>	
<b>psychosociales en promotion de la santé.....</b>	<b>32</b>
1.   Un dispositif incertain et instable .....	32
2.   Une forme de relation médiate.....	35
<b>II.    <i>La question du sens de l'intervention pour le développement des compétences</i></b>	
<b>psychosociales en promotion de la santé.....</b>	<b>36</b>
<b>A.   Construction du modèle d'analyse .....</b>	<b>36</b>
1.   Incorporation et limites des compétences psychosociales .....	36
2.   L'intervention pour le développement des compétences psychosociales : l'hypothèse d'une action	
politique et politisante .....	39
<b>B.   Passages pragmatiques.....</b>	<b>41</b>
1.   L'idéal-type de la promotion de la santé.....	41
2.   La promotion de la santé : un espace symbolique .....	44
<b>C.   Les instruments pour traiter la question du sens.....</b>	<b>46</b>
1.   Le sens comme orientation et représentation du monde .....	46
2.   Le sens de l'intervention éducative en santé : entre biopolitique et gouvernement de soi.....	48
<b>Conclusion CHAPITRE I .....</b>	<b>51</b>
<b>CHAPITRE II : <i>Les matériaux de l'observation</i> .....</b>	<b>52</b>
<b>I.     Corpus conceptuel et empirique .....</b>	<b>53</b>
<b>A.   Le matériau constitutif de la recherche bibliographique et empirique .....</b>	<b>53</b>
1.   Les textes de fonds.....	53
2.   Le matériau empirique .....	56
<b>B.   Les mots-clés et les sources de la recherche bibliographique .....</b>	<b>57</b>

1.	Regroupements sémantiques.....	57
2.	Agencement à partir des sources bibliographiques.....	60
<b>II.</b>	<b>Investigations du terrain.....</b>	<b>62</b>
<b>A.</b>	<b>La population des forces agissantes.....</b>	<b>62</b>
1.	Profil des acteurs intermédiaires ou méthodologues.....	62
2.	Profil des intervenants de terrain.....	71
3.	Les indicateurs de l'intervention.....	78
	<b>Conclusion CHAPITRE II.....</b>	<b>81</b>
	<b>Conclusion PREMIÈRE PARTIE.....</b>	<b>82</b>
	<b>DEUXIÈME PARTIE : Promotion de la santé pour le développement humain.....</b>	<b>84</b>
	<b>Introduction à la DEUXIÈME PARTIE.....</b>	<b>85</b>
	<b>CHAPITRE I. Cadre théorique et modèle social d'un bien commun : la santé.....</b>	<b>86</b>
<b>I.</b>	<b><i>Processus de construction d'un regard nouveau sur la santé.....</i></b>	<b>87</b>
<b>A.</b>	<b>D'une définition biomédicale à l'approche de santé globale.....</b>	<b>87</b>
1.	Concept de santé : définitions et normes.....	88
2.	Les sources de l'approche globale de la santé.....	100
<b>B.</b>	<b>La notion de santé établie et expliquée par ses déterminants.....</b>	<b>105</b>
1.	Définition des déterminants de la santé.....	105
2.	Origine et approches des déterminants de la santé.....	107
3.	Les déterminants sociaux de la santé.....	113
4.	Les déterminants psychosociaux de la santé : Les principales théories du comportement.....	117
<b>II.</b>	<b>Approche de la santé par le modèle politique et social.....</b>	<b>127</b>
<b>A.</b>	<b>Le bien-être institutionnalisé.....</b>	<b>128</b>
1.	Naissance et déclin des États-providence.....	128
2.	Légitimité et réciprocité en promotion de la santé.....	137
<b>B.</b>	<b>Le bien-être : objet politique, éthique et citoyen.....</b>	<b>140</b>
1.	L'intervention utilitariste en promotion de la santé.....	140
2.	La visée égalitaire par l'empowerment.....	141
	<b>Conclusion CHAPITRE I.....</b>	<b>145</b>
	<b>CHAPITRE II : La promotion de la santé est-elle une cité ?.....</b>	<b>147</b>
<b>I.</b>	<b>Équipements théoriques et structurels.....</b>	<b>148</b>
<b>A.</b>	<b>La mesure de la grandeur.....</b>	<b>148</b>

1.	Visibilité et définitions de la promotion de la santé.....	148
2.	Étapes d'un processus social et politique global.....	158
3.	Ancrage dans le paradigme de la salutogenèse.....	168
<b>B.</b>	<b>Recherche et formation en promotion de la santé.....</b>	<b>175</b>
1.	La recherche en promotion de la santé.....	175
2.	La formation en promotion de la santé.....	181
<b>C.</b>	<b>Les « grandes » structures de la promotion de la santé dans le monde .....</b>	<b>186</b>
1.	Organismes représentant la promotion de la santé dans le monde.....	186
2.	Représentativité en France : entre militantisme et institutionnalisation.....	195
<b>II.</b>	<b>Équipements pédagogiques et pratiques : accompagner l'épreuve .....</b>	<b>204</b>
<b>A.</b>	<b>L'éducation pour la santé.....</b>	<b>204</b>
1.	L'éducation pour la santé dans le modèle biomédical de la santé .....	207
2.	L'éducation pour la santé dans le modèle biopsychosocial de la santé.....	209
<b>B.</b>	<b>Globalisation des interventions en éducation pour la santé .....</b>	<b>215</b>
1.	L'éducation pour la santé : une discipline, un champ d'action.....	215
2.	Du groupe d'entraide au « patient éduqué ».....	218
3.	La promotion de pratiques de santé communautaire.....	224
	<b>Conclusion CHAPITRE II.....</b>	<b>229</b>
	<b>Conclusion DEUXIÈME PARTIE .....</b>	<b>231</b>
	<b>TROISIÈME PARTIE : Des compétences et des « êtres ».....</b>	<b>232</b>
	<b>Introduction à la TROISIÈME PARTIE.....</b>	<b>233</b>
	<b>CHAPITRE I : Espaces, contours et déploiement social des compétences.....</b>	<b>234</b>
<b>I.</b>	<b>Le concept de compétence à la croisée des champs sociaux .....</b>	<b>235</b>
<b>A.</b>	<b>Émergence de la compétence dans les champs travail, formation et éducation.....</b>	<b>235</b>
1.	Être compétent : savoirs, savoir-faire et savoir-être en vue d'une action .....	235
2.	« Ce dont les gens doivent être capables ».....	239
3.	Processus de glissement d'un champ à l'autre : travail, formation, éducation.....	241
<b>B.</b>	<b>Le développement des compétences dans les systèmes éducatifs.....</b>	<b>249</b>
1.	Naissance et évolution de la notion de compétence dans les systèmes éducatifs .....	249
2.	La compétence en éducation et en formation.....	251
3.	Du concept d'éducation de base au projet d'éducation basée sur les compétences .....	254
4.	Des compétences psychologiques associées aux compétences sociales ? .....	262
<b>II.</b>	<b>Les compétences psychosociales : dispositif de progression dans la cité .....</b>	<b>266</b>
<b>A.</b>	<b>Visibilité et notoriété des expressions combinées .....</b>	<b>266</b>

1.	Résultats des bases de données .....	266
2.	C'est quoi les compétences psychosociales ? .....	269
3.	Typologie et classement.....	271
	<b>B. Conventions et arrangements.....</b>	<b>279</b>
1.	L'avènement des programmes visant le développement des compétences psychosociales .....	279
2.	Des contenus pour apprendre sur soi, les autres et ce qui m'entoure.....	282
	<b>Conclusion CHAPITRE I.....</b>	<b>288</b>
	<b>CHAPITRE II : Développer les compétences psychosociales, un engagement commun à tous les acteurs ? .....</b>	<b>289</b>
	<b>I. Discours et mise en pratique du développement des compétences psychosociales .290</b>	
	<b>A. Un répertoire en construction .....</b>	<b>290</b>
1.	Dispositif incorporé par la promotion de la santé .....	290
2.	Délégation du dispositif aux intermédiaires.....	294
	<b>B. Émiettement sur le terrain .....</b>	<b>299</b>
1.	Diversité des acteurs et des terrains d'intervention.....	300
2.	Évidences et non-évidences de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales auprès des publics .....	302
	<b>II. Les visions du monde au prisme de l'intervention éducative .....</b>	<b>307</b>
	<b>A. Soi et les autres.....</b>	<b>307</b>
1.	Caractérisation des publics par les acteurs de terrain.....	307
2.	Des arguments communs pour l'intervention .....	314
	<b>B. Les formes et les buts de l'intervention .....</b>	<b>317</b>
1.	Un éventail biopsychosocial .....	318
2.	Médiation pour une émancipation non-violente .....	322
	<b>Conclusion CHAPITRE II.....</b>	<b>328</b>
	<b>Conclusion TROISIÈME PARTIE .....</b>	<b>329</b>
	<b>QUATRIÈME PARTIE : Perspectives éthiques du sens de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales.....</b>	<b>330</b>
	<b>Introduction à la QUATRIÈME PARTIE .....</b>	<b>331</b>
	<b>CHAPITRE I : Légitimation de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales .....</b>	<b>332</b>
	<b>I. L'éthique et l'engagement des acteurs .....</b>	<b>333</b>
	<b>A. Un engagement politique et militant.....</b>	<b>333</b>

1.	La co-construction : gage d'une citoyenneté partagée .....	333
2.	L'autodétermination : garantie d'une dignité commune .....	335
<b>B.</b>	<b>Un engagement professionnel et personnel .....</b>	<b>336</b>
1.	La conscience de sa responsabilité .....	336
2.	Réflexivité, supervision et éthique de l'intervenant.....	337
<b>II.</b>	<b>La dialectique du développement des compétences psychosociales .....</b>	<b>340</b>
<b>A.</b>	<b>Autonomisation (empowerment) et contrôle.....</b>	<b>341</b>
<b>B.</b>	<b>Processus de changement vers l'engagement citoyen.....</b>	<b>343</b>
<b>C.</b>	<b>Régime égalitaire et justice sociale .....</b>	<b>344</b>
	<b>Conclusion CHAPITRE I .....</b>	<b>346</b>
	<b>CHAPITRE II : « Les mondes » du développement des compétences psychosociales.....</b>	<b>347</b>
<b>I.</b>	<b>Le monde de la promotion de la santé .....</b>	<b>348</b>
<b>A.</b>	<b>Argumentaire de ce qui est « juste ».....</b>	<b>348</b>
1.	La grandeur de la cité.....	348
2.	Les accords de l'action .....	349
<b>B.</b>	<b>Éprouver les corps et les conduites.....</b>	<b>354</b>
1.	La responsabilisation individuelle dans la sphère privée .....	354
2.	La responsabilisation individuelle dans le monde du travail .....	355
<b>II.</b>	<b>Bien-être et bonheur sans modération.....</b>	<b>358</b>
<b>A.</b>	<b>Le marché du bonheur .....</b>	<b>358</b>
1.	Développement de soi ou développement personnel .....	358
2.	Les économies du bonheur .....	360
<b>B.</b>	<b>Nouvelles approches : soutenir le mieux-être.....</b>	<b>363</b>
1.	Épanouissement personnel et bien-être institutionnel.....	363
2.	Le ré-empowerment.....	366
	<b>Conclusion CHAPITRE II.....</b>	<b>368</b>
	<b>Conclusion QUATRIÈME PARTIE.....</b>	<b>369</b>
	<b>CONCLUSION GÉNÉRALE.....</b>	<b>372</b>
	<i>Bibliographie par ordre alphabétique des noms d'auteurs .....</i>	<i>377</i>
	<b>Annexes .....</b>	<b>393</b>

1.	Corpus des entretiens .....	394
2.	Conditions des entretiens .....	398
3.	Guide de l'entretien de l'enquête exploratoire.....	399
4.	Guide de l'entretien de l'enquête approfondie.....	400
5.	Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986 .....	401
6.	Présentation succincte du dispositif SAPHYR Lorraine.....	405
7.	Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, 2005 .....	407
<b>Table des figures .....</b>		<b>414</b>
<b>Table des illustrations.....</b>		<b>416</b>
<b>Abréviations et sigles .....</b>		<b>418</b>

# INTRODUCTION GÉNÉRALE

Depuis les travaux menés par l'Organisation Mondiale de la Santé<sup>1</sup>, sur les concepts et les méthodes de la promotion de la santé, la pratique professionnelle autour de la notion de compétences psychosociales et de ses multiples déclinaisons (compétences de vie, habiletés, capacités...) n'a cessé de se développer. En près de 30 ans, les praticiens du monde entier se réclamant de la promotion de la santé ont façonné des stratégies, des méthodologies, des outils d'intervention visant, notamment, le développement des compétences psychosociales des groupes et des individus, définies comme « les capacités d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne », dans une perspective de maintien et d'amélioration de la santé. Ils ont élaboré des programmes d'actions basés sur cet objectif et des référentiels d'évaluation pour en mesurer l'efficacité.

Aujourd'hui en France, les organismes financeurs des actions de prévention dans le domaine de la santé sous l'égide de l'État (agences régionales de santé, instituts et agences nationales de prévention...) inscrivent le développement des compétences psychosociales comme une finalité dans nombre de leurs appels à projets appelant une démarche de promotion de santé. Mais alors qu'en France, les réseaux de praticiens (représentés en grande partie par les structures associatives en éducation pour la santé et par les services de prévention de l'Éducation nationale) se sont emparé de cette notion de compétences psychosociales pour en ériger le développement comme l'objectif prioritaire de toute action interventionnelle auprès des publics, la recherche en la matière semble encore trop peu engagée. En effet, les compétences psychosociales ne font pas à proprement parler l'objet de travaux de recherche dans le champ de la santé publique, bien que la notion soit évoquée à propos d'études portant sur une thématique de santé (exemple : prévention des toxicomanies) ou sur un critère populationnel (exemple : la santé des adolescents) ou sur une démarche pédagogique (exemple : éducation pour la santé). La production scientifique est par ailleurs plus riche dans

---

<sup>1</sup> La constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, signée par les représentants de 61 États, le 22 juillet 1946, et entrée en vigueur le 7 avril 1948



les pays anglo-saxons, et dans des disciplines centrées sur le Sujet (psychologie, science de l'éducation). On peut ainsi s'interroger sur cette absence de production de travaux en France, ou du moins sur une production « molle », en ce qu'elle manque de visée éthique et critique, d'études dirigées distinctement sur les enjeux sociaux et politiques de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales des individus et des groupes.

Le but de ma recherche est de considérer le thème du développement des compétences psychosociales des individus et des groupes au regard de l'acte interventionnel pour en approcher les significations socio-politiques. Dans le domaine de la santé, ce thème s'inscrit de manière établie dans l'axe de la promotion de la santé et ma recherche se place d'emblée dans ce récent champ d'étude. La notion de promotion de la santé est multiforme, pouvant être considérée, soit cas n°1 : comme une démarche pragmatique novatrice et néanmoins contributive à une politique de santé publique<sup>2</sup>, soit cas n°2 : comme une discipline à part entière qui se distingue de la « santé publique » par un changement de paradigme<sup>3</sup>. Dans le premier cas, la promotion de santé est un aspect, et un aspect seulement, de la santé publique. Cette dernière englobe l'épidémiologie, la veille sanitaire, la gestion des crises sanitaires, la lutte contre les « fléaux » (infections sexuellement transmissibles, tuberculose, alcoolisme, etc.), les systèmes de santé et leur organisation, le droit général et le droit de la santé, etc. Et la promotion de la santé y est rangée dans la catégorie « prévention » avec un fort investissement des autorités sanitaires sur les démarches d'éducation pour la santé. Dans le second cas, c'est prioritairement à la santé publique que revient la charge des missions préventives et curatives des risques et des maladies, alors que la promotion de la santé s'occupe de la Santé, par l'approche de tous ses déterminants, appelée « approche globale » incluant les aspects systémiques, politiques et sociaux dans une perspective salutogénique,

---

<sup>2</sup> Une définition de la Santé publique est proposée dans le Glossaire de la promotion de la santé. WHO/HPR/HEP/98.1. Genève : OMS, 1999. « *La Santé publique est la science et l'art de favoriser la santé, de prévenir la maladie et de prolonger la vie grâce aux efforts organisés de la société* ». Cette définition est adaptée de « Acheson Report », Londres, 1988 « La santé publique est une notion sociale et politique. Elle vise à améliorer la santé, à prolonger la vie et à donner une meilleure qualité de vie à des populations entières, par la *promotion de la santé, la prévention de la maladie et d'autres types d'intervention sanitaire* ».

<sup>3</sup> La définition communément retenue de la promotion de la santé est celle proposée dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, Genève, 1986. « La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci ».

pour viser le bien-être. L'élaboration de ce qui va devenir un objet de recherche s'est organisée progressivement à partir d'une implication professionnelle de terrain, en tant que participante et défenseuse d'une politique locale et globale de promotion de la santé, vers une démarche d'observation et de distanciation critique nécessaire au travail de thèse. La thèse va ainsi porter sur la recherche autour du *sens de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé*.

Alors pourquoi rapprocher dans une dialectique sociologique ces questions de la promotion de la santé et de la signification de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales des individus et des groupes ? Fondamentalement, je pose l'hypothèse que la construction d'un ensemble théorique et pédagogique au sujet du développement des compétences psychosociales contribue à répondre au second positionnement (cas n°2) de la promotion de la santé : viser le bien-être. Les stratégies d'intervention éducatives mises en œuvre auprès des populations, pour favoriser le développement des compétences recherchées, dans une perspective d'empowerment, doivent ainsi permettre à ces populations d'assurer, en grande partie, « le plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci ». Je dis en grande partie car d'autres stratégies sont imbriquées dans les programmes de promotion de la santé, qui impliquent plus globalement la responsabilité collective, comme la réorganisation des services de santé, l'action sur les environnements, les démarches communautaires, la mise en place de politiques favorables à la santé. À partir de là, on pourrait dire que l'engagement, à tous niveaux, des acteurs dans la démarche éducative psychosociale est un acte fort en faveur d'une politique de promotion de la santé, qui s'inscrit en opposition à une démarche éducative biomédicale, répondant au modèle gestionnaire de la politique de santé publique. Tous les acteurs prennent-ils bien la mesure de cet engagement ? De nombreux acteurs travaillent avec cet outil, mais deux questions essentielles se posent :

1/ Lorsqu'ils travaillent au développement des compétences psychosociales, les acteurs se situent-ils consciemment dans la perspective politique de promotion de la santé (cas n°2) si bien décrite par Jean-Pierre Deschamps : « La promotion de la santé donne du pouvoir aux gens, elle organise un processus démocratique, un développement de la citoyenneté pour ce qui touche à un intérêt partagé : le bien-être. » (Bourdillon, 2009) ? Si oui avec quelles actions et à quel degré marquent-ils la distance vis-à-vis du système de santé publique dominant ?

2/ En intégrant la promotion de la santé comme une mesure et une prescription pour la préservation et la protection de la santé des citoyens (cas n°1), la santé publique ne prend-elle pas à son compte les nouvelles modalités pédagogiques afin de « dépolssiérer » un bagage éducatif biomédical, controversé depuis la montée en puissance de l'approche de promotion de la santé, mais sans véritable remise en question de son référentiel ? Si oui, les acteurs agissent-ils a minima, comme on pourrait dire « c'est déjà ça ! », dans le système dominant de santé publique ? Ou bien se conforment-ils, par nécessité (avant tout financière) ou par adhésion au cadre institué des programmes nationaux de santé publique ?

A partir de ces questions, il apparaît primordial, dans un contexte où la recherche en la matière est peu développée, de mener des travaux qui visent à mettre en lumière les intentions et les motivations des différents acteurs en jeu dans les interventions éducationnelles pour le développement des compétences psychosociales des personnes. L'enjeu est important car il consiste à donner à voir à quelles fins et pour quelles visions sont utilisés les équipements du développement des compétences psychosociales sur divers terrains d'engagement éducatif et social. Ce travail de thèse a pour objectif de mesurer à partir de ces différents terrains d'engagement le niveau d'incorporation dans les pratiques, d'une action sociale qui porte sur le développement des compétences psychosociales des individus et des groupes au regard de la visée politique de la promotion de la santé. La promotion de la santé reconnaît un bien commun à l'humanité, la « santé », nécessaire à son développement. Cette reconnaissance répond aux critères du « principe supérieur » tiré du modèle des cités de Boltanski et Thévenot (Boltanski, 1991). « Pour faire une cité, il ne suffit donc pas de se donner un ensemble de personnes. Il faut aussi définir un bien commun qui leur soit supérieur et qui puisse faire entre elles équivalences. » (Boltanski, 1990). Ce modèle relevant d'une sociologie pragmatique va nous servir de cadre conceptuel pour appréhender les formes de justification élaborées, au travers de l'instrument des compétences psychosociales et au nom de la santé pour le développement humain, dans le monde de la promotion de la santé.

Cette thèse représente le point de départ d'une recherche sur la question sociale des compétences psychosociales, de leur développement et des représentations qu'en ont les acteurs dans une démarche d'intervention éducative auprès de publics. Le sens de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé est donc examiné ici, à travers 1/ l'étude d'un corpus bibliographique, 2/ l'analyse d'outils méthodologiques et pédagogiques et 3/ auprès d'un ensemble d'intervenants de

terrain œuvrant dans les domaines de l'éducation, de la santé, du social et du sport. La restitution des travaux est scindée en quatre parties qui s'articulent globalement entre 1/ projet de recherche, 2/ état de l'art et analyse sociopolitique du domaine de la promotion de la santé et 3/ de la notion de compétences psychosociales, 4/ regards empirique et éthique sur le sens de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales.

Dans la première partie de la thèse, je m'attache à expliciter la démarche mise en œuvre depuis la construction de l'objet de recherche jusqu'aux matériaux permettant son observation et son analyse. L'implication des acteurs est étudiée en fonction de leurs rôles, de leurs appartenances structurelles professionnelles et de leurs niveaux d'intervention dans l'action sociale considérée. Trois types d'acteurs sont alors définis et retenus : 1/ les acteurs théoriciens et experts, 2/ les acteurs intermédiaires ou médiologues et 3/ les acteurs intervenants de terrain. Les théoriciens et experts conceptualisent la notion de compétences psychosociales et en construisent les équipements pour la pratique de leur développement. Les intermédiaires participent à la construction des équipements, procèdent à leur expérimentation et les rendent accessibles sur le terrain. Les intervenants de terrain sont les forces agissantes qui fixent le développement des compétences psychosociales dans les objectifs de l'action conduite auprès des publics accueillis.

Dans ce travail, je ne vais pas à la rencontre des « premiers concernés », autrement dit les individus et les groupes, cible des programmes et actions. En effet, ce qui intéresse avant tout cette recherche c'est l'explicitation du sens donné par les types d'acteurs à l'intervention pour le développement des compétences psychosociales. Cette tâche porte très précisément sur l'analyse de l'argumentation au profit du développement des compétences psychosociales, de son élaboration dans le domaine de la promotion de la santé, et de sa transmission via des « êtres », entendus dans toutes leurs dimensions, comme supports humains (les trois types d'acteurs) et supports non humains (équipements et outils). Donc le choix est clairement posé de ne pas faire l'analyse de la façon dont la cible est touchée du point de vue de la cible elle-même. L'exploration du cadre conceptuel, politique et pratique autour de la notion de compétences psychosociales est donc un préalable aux travaux qui seront engagés à l'issue de la thèse et qui pourront porter sur les questions de l'évaluation de la perception et des effets ressentis de cette intervention sur le bien-être des personnes et des groupes.

Le questionnement autour de la promotion de la santé se déploie dans la deuxième partie. La promotion de la santé y est interrogée en tant qu'espace social au sens des travaux de Boltanski et Thévenot, c'est à dire une « cité ». La « cité » est l'outil théorique que j'utilise pour comprendre les justifications des acteurs sur deux fondements de la promotion de la santé : la nouvelle conception de la santé et la nouvelle forme d'action sociale qu'est l'intervention pour le développement des compétences psychosociales des groupes et des individus. En m'appuyant sur le modèle des cités où chaque monde est régi par une forme de bien commun, je propose d'examiner la promotion de la santé comme une cité, de distinguer comment les textes fondateurs en explicitent son bien commun que je traduis par « la santé pour le développement humain », et quelles en sont les grandeurs et les êtres qui la déterminent.

L'analyse s'attache ensuite, dans une troisième partie, à répondre à la question de l'incorporation des compétences psychosociales dans la cité promotion de la santé. Ici, le concept de « compétence » est replacé dans la perspective de son émergence et de son évolution au cours de l'histoire récente. En effet, avant la santé, le développement des compétences intéresse bien d'autres domaines comme le travail, l'entreprise, la formation. C'est donc à partir de ces autres champs sociaux que se construit la notion de compétence pour s'imposer progressivement dans le champ de la promotion de la santé comme une dimension étroitement liée au concept de santé globale. L'exploration cherche donc à déconstruire la notion de compétences psychosociales à travers les théories en sciences sociales, et notamment celles de la psychologie sociale et de la salutogenèse, auxquelles elle emprunte ses concepts. Progressivement, la notion de compétences psychosociales devient visible et livre ses caractéristiques et ses fonctions en situation.

L'inscription des compétences psychosociales, mais également des stratégies de leur développement dans les programmes de la promotion de la santé conduit, dans une quatrième partie, à l'analyse des représentations et des usages portés par les intervenants de terrain. L'exploration, par une approche sociologique compréhensive et pragmatique, des finalités exprimées par les intervenants de terrain permet de dévoiler le sens de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales dans le contexte global de la promotion de la santé. Le sens de cette action sociale est contenu dans une forme d'éthique qui agit comme la légitimation de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales. Les intervenants nous donnent ainsi à voir les « mondes » du développement des compétences

psychosociales. Ces mondes vont des représentations humanistes, dont la mise en pratique se conforme aux principes de promotion de la santé, jusqu'aux représentations individualistes qui engagent des pratiques plus explicitement tournées vers une rationalité néolibérale. Il en résulte alors que les équipements et les représentations du développement des compétences psychosociales contribuent à la marge à alimenter une tendance sociétale qui prône le développement personnel et la réalisation de soi comme le chemin vers le bonheur, mais un bonheur qui serait marchandisé dans la sphère économique libérale.

Cette recherche s'inscrit dans une sociologie de l'action qui engage son objet au cœur des questions éducatives et des politiques sociales.

**PREMIÈRE PARTIE : L'intervention pour  
le développement des compétences  
psychosociales en promotion de la santé : un  
objet sociologique**

# Introduction à la PREMIÈRE PARTIE

L'intervention pour le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé est un étrange objet comme une périphrase tout en longueur. C'est un objet qui apparaît complexe par l'ensemble des mots qui le composent (intervention, développement, compétences psychosociales, promotion de la santé) mais dont chacun est nécessaire pour le contenir et le caractériser.

C'est donc précisément la combinaison de ces expressions qui qualifie et forme l'unité signifiante de l'objet sociologique.

Pour compléter ce point de vue linguistique, je fais remarquer le pluriel utilisé dans les textes français pour « compétences psychosociales » et la double entrée dans le terme « psychosociales » faisant référence à la fois à « compétences psychologiques » et à « compétences sociales ».

L'utilisation du pluriel semble être une convention de langage qu'il convient d'explicitier ainsi que la double entrée qui caractérise le terme de « compétences », lequel terme sera abordé et étudié pour lui-même. Dans le cadre de la recherche bibliographique, les termes anglais qui seront utilisés sont « skills » et « life skills ».

Le mot « développement » se rattache exclusivement à « compétences psychosociales » et permet d'en caractériser le processus d'acquisition et d'évolution.

Sur le même registre, l'expression « promotion de la santé » présente trois entrées « promotion », « santé » et leur combinaison en groupe nominal. Le terme « promotion » caractérise donc l'action qui s'opère au bénéfice de la « santé ». C'est cette action même qui est appelée « promotion de la santé » qui forme à elle seule un cadre conceptuel et un ensemble de pratiques. C'est pourquoi, « en promotion de la santé » délimite l'espace social de l'objet que je souhaite étudié ; je pourrais dire « dans le champ de la promotion de la santé », en référence au concept de Pierre Bourdieu qui définit « un champ est un univers dans lequel les caractéristiques des producteurs sont définies par leur position dans des *rapports de production, par la place qu'ils occupent dans un certain espace de relations objectives.* » (Bourdieu, 1980).



J'en viens donc à préciser d'emblée que, les groupes de mots « compétences psychosociales » et « promotion de la santé » seront surtout considérés, tout au long du travail de recherche, comme des locutions en tant que parties prenantes d'un objet les englobant dans une même signification.

Dans cette première partie, je présente le cadre de l'observation mise en œuvre dans la thèse. Il s'agit de rendre compte de ce qui m'a conduit à interroger l'objet sociologique, de décrire les étapes de sa construction, le choix et le mode de traitement de ses matériaux.

Cette présentation vise également l'explicitation de ma démarche théorique et empirique appliquée à la recherche du sens de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé. La discussion s'engage essentiellement avec la sociologie pragmatique (Boltanski) autour du concept de « cité ». D'autres approches sociologiques sont appelées néanmoins à donner un éclairage particulier à la réflexion. Selon que l'intervention pour le développement des compétences psychosociales est théorisée, outillée ou pratiquée, sa justification est analysée à l'aune d'un regard éthique (Massé) et d'une lecture biopolitique (Foucault).

# **CHAPITRE I : La démarche compréhensive pour une recherche du sens**

# I. Construction de l'objet d'observation

## A. *Un questionnement professionnel mis à l'épreuve*

### 1. Rupture et distanciation

Inscrire mon questionnement professionnel dans un travail de thèse en sociologie correspond au besoin éprouvé depuis quelques années de trouver des clés de compréhension autour de ce qui peu à peu a pris la forme d'un objet de recherche. Il est question du sens de l'intervention pour du développement des compétences psychosociales en promotion de la santé.

Un préalable est nécessaire : il n'y a pas de commanditaire ou de contrainte professionnelle à ce travail. J'ai ressenti, à différents moments de mon parcours professionnel, et particulièrement dans les divers espaces de débats auxquels j'ai participé (conférences, séminaires, congrès...), une difficulté à m'engager dans le débat, à étayer mes convictions par d'autres références que celles proposées par les textes fondateurs de la promotion de la santé.

Un sentiment paradoxal s'est nourri au fil du temps entre la volonté d'apporter une contribution professionnelle à la réflexion et à l'action de la promotion de la santé et une impression ressentie comme négative de participer à un système idéologique organisé par les penseurs de la promotion de la santé.

Ce questionnement premier marque une première rupture et une distanciation dans une posture que je qualifierai d'éthique en référence à Hannah Arendt (Arendt, 1970) pour qui « *l'éthique a besoin de la pensée pour s'actualiser, c'est à dire de cet acte par lequel l'acteur social prend distance par rapport à ses engagements et à son action pour en relire les conditions.* » (Lemieux, 2000).

A ce stade, la question du sens de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé m'amène à cette interrogation : est-ce une question sociologique ou une question philosophique ? Ma démarche semble bien être sociologique,

conçue comme « *la mise en forme progressive et pratique d'un questionnement sur le sens de l'expérience pratique et de l'action collective.* » (Legrand, 2004).

Néanmoins, le travail de distanciation par rapport à l'objet étudié est d'autant plus nécessaire à soutenir que je me trouve encore aujourd'hui engagée dans des missions professionnelles directement liées aux enjeux de la promotion de la santé par l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation d'interventions pour le développement de compétences psychosociales à l'encontre de divers publics. Cette question du rapport du chercheur à son objet est posée par la sociologie réflexive qui s'appuie sur la théorie de Norbert Elias concernant l'engagement et la distanciation, situés simultanément sur les plans politique et épistémologique. Didier Fassin nous explique que « *la thèse éliasiennne de l'indissociabilité des dimensions épistémologique et politique de la relation des sciences sociales à leur objet permet de dépasser l'illusion positiviste que contredit, dans les faits, le discours normatif. Le chercheur est engagé par rapport au monde qu'il étudie à la fois comme sujet connaissant et comme sujet citoyen. L'effort de distanciation sur lequel il construit son discours scientifique l'implique de même dans cette double définition de sa position.* » (Fassin, 1999).

La sociologie réflexive m'invite donc à passer par un travail d'analyse qui permet d'objectiver le rapport subjectif que j'ai avec mon objet de recherche tout en lui retirant cette part de nécessité et de naturalité (Boltanski, 2009). Pour réaliser ce travail de distanciation, je me rapporte donc à la sociologie critique de Luc Boltanski. Dans un entretien, le sociologue explicite ainsi l'un de ses concepts centraux<sup>4</sup> :

« *La position du sociologue par rapport à son objet, c'est un thème bien connu. Elle est assez étrange parce que le sociologue participe de son objet. Il est lui-même situé dans le monde qu'il décrit. [...]. Le problème est un problème de distance et de constitution d'une extériorité. [...]. Quant au sociologue, à mon sens, il doit nécessairement, pour faire une sociologie « intéressante », constituer, par une expérience de pensée, quelque chose comme une distance par rapport au*

---

<sup>4</sup> Nicolas Duvoux « Le pouvoir est de plus en plus savant. Entretien avec Luc Boltanski », La Vie des idées, 4 janvier 2011. ISSN: 2105-3030. URL : <http://www.laviedesidees.fr/Le-pouvoir-est-de-plus-en-plus.html>

*monde qu'il décrit. Qu'est-ce que ça va être dans son cas que de mettre en place une distance ? Ca va être de traiter le monde qu'il décrit comme s'il pouvait être autre qu'il n'est. Cela va consister à lui retirer cette part de nécessité et de naturalité que précisément les politiques et plus spécialement les politiques au pouvoir cherchent à lui donner. Du même coup, cela va l'amener à quelque chose comme un regard critique parce que la base du regard critique, c'est un acte de dénaturalisation au sens ordinaire du « c'est naturel ». Considérer que l'état du monde social pourrait être autrement qu'il n'est, c'est une exigence méthodologique. Ce n'est pas, au départ, un point de vue normatif.»*

## **2. Réflexivité et parcours professionnel**

Pour répondre à l'exigence épistémologique d'extériorité et de distanciation, je voudrais présenter ici quelques grandes étapes formatives de mon parcours professionnel, lesquelles sont pensées dans un continuum d'inclinations et d'expériences du « care », dont je retiendrai la définition de Joan Tronto et Bérénice Fischer « *une activité caractéristique de l'espèce humaine qui inclut tout ce que nous faisons en vue de maintenir, continuer ou de réparer notre "monde", de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde inclut nos corps, nos individualités (selves) et notre environnement, que nous cherchons à tisser ensemble dans un maillage complexe, qui soutient la vie.* » (Fisher, 1990). Au-delà de ce retour en arrière, l'opération de distanciation est permanente à toutes les étapes de la recherche, dans l'interaction avec le milieu et les acteurs qui s'y trouvent. « En somme, le rapport du sociologue à son terrain fonde ses résultats et il lui revient de questionner ses données et de se questionner en permanence. » (Paugam, 2012).

Née de parents immigrés italiens (première génération) implantée dans le milieu ouvrier sidérurgique du Pays Haut (Lorraine), tout d'abord, je relève dans mon parcours de formation puis professionnel une propension pour les questions éducatives avec une formation initiale orientée vers l'Enseignement de la langue, littérature et civilisation italiennes (auprès des élèves). En parallèle, j'ai tenu pendant toutes ces années d'études des postes de surveillante à l'éducation nationale (collège et lycée) avec une pratique qui se rapproche plus de l'« assistant éducatif » que du « pion ». Également, des méthodes d'animation sont acquises pendant cette période dans le cadre de fonctions d'animatrice (auprès des enfants et des

adolescents) puis de formation d'animateurs (formation de jeunes adultes) dans le champ de l'Éducation Populaire.

J'ai exercé mes premiers « véritables emplois », à partir de 1992, dans le champ de l'insertion sociale et professionnelle (auprès des jeunes en difficulté) en missions locales. J'ai mis au jour un aspect important de ma personnalité qui semble être une disposition à m'intéresser aux personnes socialement fragilisées, tout en portant un regard critique sur les conditions de ces fragilités. Face aux difficultés des jeunes, la question de la santé s'est imposée dans mon travail avec une double entrée : on pouvait la considérer comme un des facteurs déterminants favorisant l'insertion mais en même temps comme la résultante, le corollaire de l'insertion réussie. L'intérêt grandissant pour les aspects de santé mentale, de bien-être m'ont ouvert la porte à un domaine que, tout en le découvrant, je m'appropriais pour agir et accompagner les jeunes dont j'avais la charge.

Un rapprochement avec la structure associative d'éducation pour la santé présente sur le territoire d'exercice a permis de développer des projets de prévention en santé pour ces jeunes. Les actions de santé sont alors essentiellement de l'information aux droits, à l'accès aux soins et des ateliers d'expression.

En 1995, un poste d'animateur en éducation pour la santé m'a été proposé qui a ensuite évolué en chargée de projet au sein du Comité départemental d'éducation et de promotion de la santé des Vosges (CDEPS 88). Me voici alors lancée à la découverte passionnante d'un champ d'activité où valeurs, méthodologie, pédagogie, outils d'animation...répondaient à mes attentes d'éducatrice, et j'endossais de plus en plus l'habit de la professionnelle militante en lutte contre les inégalités sociales de santé.

La formation continue garantissait un niveau de compétences de base pour exercer les fonctions de chargée de projet, et j'ai obtenu un premier certificat délivré par le Comité Français d'Éducation à la Santé.

En 2003, un évènement au sein de la structure (départ de la directrice) m'a conduite à prendre en charge la coordination des activités du CDEPS 88 lequel a évolué en CODES 88. Le besoin de légitimer le processus de socialisation professionnelle qui s'était opéré jusque là, m'a conduite à suivre le DESS, en vigueur à l'époque, de « Promotion de la santé et Développement social : conduite de projets » dispensé par l'École de santé publique à la

faculté de médecine de Nancy. L'idée d'entamer une thèse avec la question dominante de l'évaluation des interventions pour le développement des compétences psychosociales dans le champ de la promotion de la santé a muri après cette période.

En 2008, a débuté une transformation des structures d'éducation pour la santé au niveau national. Chaque région a procédé à la fusion des différents comités départementaux sur son territoire en une seule entité régionale englobant tous les salariés. En Lorraine, la création de l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS) s'est faite par la fusion progressive du Collège Régional d'Éducation pour la santé et des Comités départementaux de Meurthe et Moselle, Moselle, Vosges puis Meuse.

Dans le même temps, j'ai été appelée pour me présenter aux élections locales dans ma commune et j'assume depuis et jusqu'à aujourd'hui, pour un deuxième mandat, un poste d'adjointe aux affaires scolaires. Cette même année 2008, j'ai procédé à ma première inscription en doctorat de sociologie.

Une distanciation et une seconde rupture ont marqué cette période. En effet, l'institutionnalisation normative des organisations et des fonctions au sein de la nouvelle structure (IREPS Lorraine) ne me semblait plus laisser de place à l'expérimentation, à l'initiative locale et mettait à mal le partenariat tissé sur les territoires. J'ai tout de même intégré en 2009 et pour quelques mois seulement la nouvelle structure régionale. Les repositionnements sous tension des salariés, issus des anciennes structures départementales, et les recadrages fonctionnels imposés dans cette nouvelle entité de travail ont tôt fait pour ma part de mettre la distance nécessaire et suffisante pour négocier la rupture de mon contrat, comme cela fut le cas pour de nombreux autres salariés. L'objectif répété par les administrateurs de « réduire la voilure » autrement dit de réduire la masse salariale a été poursuivi et atteint.

Il est vrai qu'à ces moments critiques, j'ai souvent relevé le paradoxe évident d'une structure dépositaire de missions de promotion de la santé mais qui a créé, pour ma part, des conditions

de travail et un environnement relationnel que je pouvais qualifier d'« anti-promotion de la santé ».

Le projet en construction d'un dispositif de promotion de l'activité physique à des fins de santé (SAPHYR Lorraine)<sup>5</sup> au sein du Comité Régional Olympique et Sportif de Lorraine, avec l'appui du Groupement Régional de Santé Publique de Lorraine (à l'époque avant la mise en place des agences régionales de santé), de la Direction Régionale Jeunesse Sports et Cohésion Sociale et de l'Assurance Maladie, m'a donné l'opportunité d'accéder à de nouvelles missions en tant que chef de projet « sport-santé ».

Depuis février 2017, j'ai intégré la délégation territoriale du Bas-Rhin de l'Agence Régionale de Santé Grand Est comme Chargée de mission d'Animation Territoriale. Basée à Strasbourg, j'ai en charge les questions de territorialisation de l'action en santé et de démocratie sanitaire.

L'appropriation de la notion de « compétences psychosociales »<sup>6</sup> (WHO, 1993b) dans ma pratique, s'est engagée dès mes premières armes au sein du Comité Départemental d'Éducation pour la Santé des Vosges. Cette appropriation s'est faite surtout au travers de programmes d'accès à la prévention et aux soins en direction des personnes en précarité. Quelques exemples situés dans le temps : action « Refus de la misère » mise en œuvre chaque année depuis 1995 / « Bien vivre sa grossesse dans les Vosges » en 1996 en lien avec l'ensemble des sages-femmes de Protection Maternelle et Infantile du département / « Santé et populations » en 1999 jusqu'en 2005 autour de l'accès aux soins de santé pour une coordination efficace entre les services d'urgences et sociaux des hôpitaux et les structures sociales du département).

Puis, elles ont occupé le cœur de tous les projets que j'ai développés notamment en milieu scolaire (ex : programme de promotion de la santé à l'école 2006-2009 financé par la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Toxicomanies).

---

<sup>5</sup> Acronyme pour Santé par l'Activité PHYsique et Régulière. Le dispositif est présenté dans le chapitre suivant.

<sup>6</sup> Les compétences psychosociales sont explicitées dans le premier document de référence produit par la Division de la Santé Mentale de l'Organisation Mondiale de la Santé



De nombreux autres projets ont été mis en œuvre au niveau régional et appliqués sur le département autour de la prévention du suicide, lutte contre les dépendances, santé des aînés, prévention des conduites dopantes, activité physique chez les tout-petits dans une perspective de développement de compétences psychosociales. Le programme SAPHYR Lorraine visant le développement de capacités à faire et capacités à être vers l'engagement dans une pratique régulière et pérenne d'activités physiques à des fins de santé, m'a permis de poursuivre l'action.

Aujourd'hui, mes missions, orientées vers la réorganisation des services de santé et la planification des programmes territoriaux de santé, contribuent à l'objectif de renforcement des aptitudes favorables à la santé pour différents publics (enfants, parents, personnes atteintes de pathologies chroniques ou en perte d'autonomie...). C'est encore aujourd'hui le cœur de mon action.

Cette rétrospective professionnelle permet d'illustrer comment je participe de mon objet et comment je suis située dans le monde que je décris. Alors le travail que j'entreprends, comme Boltanski le suggère, est de dénaturer ce monde et d'y porter un regard critique.

## ***B. Premier regard sur l'intervention pour le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé***

### **1. Un dispositif incertain et instable**

Si la question de départ de ma thèse a été formulée, dans une première réflexion, autour de l'évaluation des interventions pour le développement des compétences psychosociales dans le champ de la promotion de la santé, progressivement c'est la question originelle du sens même de la notion de compétences psychosociales et de l'intervention pour en assurer leur développement qui s'est imposée.

En effet, à partir du questionnement portant sur les conceptions de l'évaluation, soit les conditions qui favorisent les effets, ou bien l'efficacité des méthodes du développement des compétences psychosociales, deux paradoxes ont été soulevés. Ils amènent à la question des origines de la notion, des valeurs qui la portent et de sa finalité en pratique. Ces deux paradoxes posent le problème d'un dispositif préconisé et recommandé dans le domaine de la promotion de la santé mais qui n'est pas clairement institutionnalisé dans les politiques publiques de la santé, ce dispositif peut donc être qualifié d'incertain et d'instable quant à ses méthodes et à son système d'évaluation.

Premier paradoxe : si le chef de file de la promotion de la santé dans le monde est l'Organisation Mondiale de la Santé, agence du système des Nations-Unies, alors les politiques volontaristes favorisant la promotion de la santé devraient s'imposer aux États. Pourtant les politiques de « santé internationale » définies entre États souverains n'induisent pas invariablement les politiques de « santé nationale ». Alors que depuis plus de dix ans en Belgique et au Québec, des programmes pluriannuels de promotion de la santé sont développés et évalués, en France, c'est une politique de santé publique et non une politique de promotion de la santé qui est à l'œuvre<sup>7</sup>. Le champ de la promotion de la santé reste en grande partie cantonné aux actions de prévention et d'éducation en santé. Alors, avant de poser la question de l'évaluation des interventions pour le développement des compétences psychosociales, il m'est apparu nécessaire d'explorer, à partir de la littérature, l'origine et les conditions de leur introduction dans le champ de la promotion de la santé.

Deuxième paradoxe : Au sortir de la seconde guerre mondiale, les discours sur la santé puis sur la promotion de la santé sont caractérisés par leur universalisme tout comme est affirmé le positionnement d'universalité des libertés et des droits de l'Homme. Si dans ce contexte, la

---

<sup>7</sup> La politique de santé française à la suite de promulgation récurrente de lois de santé (2002, 2004, 2009) n'a pas intégré le modèle de la promotion de la santé. En 2002, le remplacement de la structure associative du Comité français d'éducation pour la santé (CFES) par une agence de l'État ne s'est pas fait en faveur d'un affichage « promotion de la santé », c'est un Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) qui a été créé. Aujourd'hui encore, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, définit que la politique de santé comprend (en deuxième point) « La promotion de la santé dans tous les milieux de vie et la réduction des risques pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de vie susceptibles de l'altérer » mais la nouvelle agence créée (pour remplacer l'INPES) par l'Ordonnance n°2016-462 du 27 avril 2016 est l'Agence de santé publique (ASP).

santé est un droit pour tous les peuples et la promotion de la santé est une réponse à « *l'attente, de plus en plus manifeste d'un nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde* », alors le concept de compétences psychosociales doit être considéré également comme universel et transculturel. Dans ce cas, le développement des compétences psychosociales des groupes et des individus devrait être à l'œuvre dans toutes les sociétés, du moins démocratiques, et dans toutes les politiques publiques, cela devrait s'appliquer dans tous les dispositifs préventifs, éducatifs, sociaux ouverts vers la santé. Pourtant en France, les compétences psychosociales, en tant que telles, ne paraissent pas être identifiables et perceptibles à la société dans son ensemble. Là encore, il m'a semblé fondamental d'interroger les différents acteurs impliqués dans ces processus, afin de saisir le sens qu'ils donnent aux interventions sociales, éducatives, en santé qui proposent de développer des compétences utiles à l'équilibre psychosocial des groupes et des individus.

Ces deux critiques conduisent à porter un regard sur le terrain de la promotion de la santé, tout d'abord comme un cadre politique et éthique où sont situées les compétences psychosociales et aussi comme un champ de pratique sociale où s'inscrit l'intervention éducative pour le développement de ces compétences.

A ce stade, il est légitime de poser la question de la construction idéologique de la promotion de la santé. Considérons avec le sociologue, Alain Bihr que :

« toute idéologie comprend un moment théorique (elle est un discours cohérent à tendance totalisante), un moment pratique ou pragmatique (elle fonde une *axiologie qui rend possible une action efficace d'ordre* politique, morale ou éthique au sein du monde social), enfin un moment apologétique (elle justifie la *situation sociale, les actions ou les projets politiques d'un groupement social particulier*) ». (Bihr, 2011)

La promotion de la santé renvoie à un projet universel d' « être dans le monde » qu'il convient de caractériser. Il ne s'agit pas seulement de porter un regard socio-historique mais aussi de comparer ce à quoi se réfèrent les acteurs théoriciens, intermédiaires et intervenants sur le terrain de la promotion de la santé.

## 2. Une forme de relation médiate

Les compétences psychosociales sont présentées comme un moyen, pour les individus, de maintenir un état de bien-être physique, mental et social en adaptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Les composantes sont de l'ordre psychologique et de l'ordre social et visent des capacités permettant de s'adapter et de faire face aux difficultés de la vie. Ces compétences semblent dépasser le strict champ de la prévention (éviter les maladies, réduire les comportements à risque, diminuer les incapacités) car, elles couvrent différents domaines : les relations sociales, la famille, le travail, l'éducation... En outre, les compétences sont de l'ordre des savoir-être et supposent, pour qu'elles soient opérationnelles, des savoirs et des savoir-faire acquis et exercés en amont. A ce point, se focalise selon moi toute la problématique du sens de l'intervention, c'est à dire du « pourquoi » intervenir, mais aussi du « qui » est légitime pour intervenir et du « comment » intervenir.

Cette problématique détermine et engage le propos sur l'objet de la recherche car elle conçoit l'intervention pour le développement des compétences psychosociales comme une forme de relation médiate. Elle se situe en effet au cœur d'un dispositif qui s'articule entre un corpus conceptuel justificatoire, des équipements opérationnalisés et des démonstrations contextualisées. Autrement dit, l'intervention est le point focal qui concentre d'une part, la finalité, la stratégie et le résultat du développement des compétences psychosociales en promotion de la santé et d'autre part, l'expression de divers contextes et acteurs impliqués dans ce processus.

L'intervention est évidemment dirigée vers des personnes, et c'est bien de ces individus et groupes dont il s'agit lorsque l'on évoque le développement de compétences mais ils sont, dans cette recherche, en second plan. En conséquence, l'observation les invite ponctuellement au fil de l'analyse du dispositif et de l'exploration de la signification de l'intervention pour le développement de leurs compétences psychosociales.

L'intervention pour le développement des compétences psychosociales des individus et des groupes est donc scrutée à travers le sens que lui confèrent 1/ les acteurs théoriciens et experts, 2/ les acteurs intermédiaires ou médiologues et 3/ les acteurs intervenants de terrain. Les résultats de cette recherche sont mis en perspective dans le contexte politique actuel afin

d'interroger les approches de la promotion de la santé dans leurs points d'accroche et de rupture d'avec le courant idéologique néolibéral.

## **II. La question du sens de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé**

### **A. Construction du modèle d'analyse**

#### **1. Incorporation et limites des compétences psychosociales**

En prenant appui sur les corpus théoriques de la promotion de la santé produits entre autres par l'Organisation Mondiale de la Santé, constituée par la Conférence internationale de la Santé en 1946 (OMS, 1946), je fais le constat que la notion de compétences psychosociales et de ses multiples déclinaisons (compétences de vie, habiletés...) n'a cessé d'être rappelée et documentée. En 70 ans, les pratiques qui en découlent visant, notamment, le développement des compétences psychosociales des groupes et des individus ont évolué et ont façonné des stratégies, des méthodologies et des outils d'intervention. L'OMS a publié différents manuels qui traitent de la question, traduits en diverses langues, ils sont à l'origine orientés vers les soins de santé primaires et la stratégie mise en avant est l'éducation pour la santé. « Les principaux objectifs de l'éducation pour la santé sont de donner aux gens les moyens de : définir eux-mêmes leurs problèmes et leurs besoins, comprendre ce qu'ils peuvent faire pour

les résoudre en associant leurs propres ressources à un appui extérieur, décider des meilleurs moyens de favoriser une vie saine et de promouvoir le bien-être de tous »<sup>8</sup>. D'autres organismes ont également publiés des guides à l'attention des équipes de terrain en soins de santé primaires, comme l'organisation Médecins du monde qui, à partir des discours de l'OMS, précise que « *l'objet de ce guide est de présenter quelques concepts clés en éducation pour la santé, et d'offrir une base commune en termes de vocabulaire, d'objectifs, de recommandations pratiques et de méthodes aux différents coordinateurs sur le terrain* »<sup>9</sup>. En France, les représentants institutionnels des bonnes pratiques en éducation pour la santé publient et mettent également à disposition des acteurs de terrain de nombreux guides et ouvrages de méthodes sur le sujet<sup>10</sup>. Tous ces manuels décrivent les stratégies éducatives qui doivent permettre de développer des savoirs chez les individus et dans les communautés : connaissances, savoir-faire et savoir-être qui sont utiles pour faire évoluer des attitudes face aux risques au quotidien et favoriser l'adoption de comportements sains et protecteurs pour sa propre santé et celle de son entourage. Cependant, le courant de pensée de la promotion de la santé et celui de la santé publique plus généralement ne sont pas à l'origine des conceptions théoriques et méthodologiques sur le développement de compétences et d'habiletés utiles à la vie. Dans un contexte d'évolution de l'« éducation sanitaire » (équipement d'intervention rattaché plus spécifiquement à la santé publique) vers l'« éducation pour la santé »<sup>11</sup> (recouvrant une éthique d'intervention et des méthodes pédagogiques plus actuelles), le champ de la promotion de la santé s'est approprié progressivement et a fini par faire sienne, la notion de développement de compétences, représentée et déjà présente dans d'autres champs d'action comme l'entreprise, l'école, la formation professionnelle. A ce jour, il existe de

---

<sup>8</sup> L'éducation pour la santé : manuel d'éducation pour la santé dans l'optique de soins de santé primaires . <http://apps.who.int/iris/handle/10665/36961#sthash.KDdoBouw.dpuf>

<sup>9</sup> Gueguen, J. et al. (2010) Éducation pour la santé. Guide pratique pour les projets de santé. Médecin du Monde, 2010-06, 50 p. <http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Guides-a-l-usage-des-professionnels-de-l-humanitaire/Guide-pratique-pour-les-projets-de-sante>

<sup>10</sup> Nous pouvons citer l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), le réseau d'éducation pour la santé représenté par la Fédération nationale d'éducation pour la santé (FNES) entre autres. Ces organismes sont présentés dans le chapitre suivant II.A.1.

<sup>11</sup> Diverses locutions sont utilisées pour nommer l'éducation qui s'applique au domaine de la santé : éducation à la santé, pour la santé, en santé. Chacune de ces formes linguistiques sous-tend une approche et une interprétation de ce que doit être l'éducation appliquée à la santé.

nombreux programmes d'action de promotion de la santé basés sur cet objectif ainsi que des référentiels d'évaluation pour en mesurer l'efficacité. L'intervention pour le développement des compétences psychosociales semble donc être une action incorporée et justifiée dans le récent champ de pratiques de la promotion de la santé. « Pourquoi cette appropriation ? » est la question transversale qui parcourt cette thèse et qui sert de fil conducteur pour explorer le sens du développement des compétences psychosociales en promotion de la santé. Ce constat interroge le niveau d'imprégnation de la notion de compétences psychosociales sur les terrains d'action des intervenants dans le champ de la santé mais également dans les autres champs de la vie sociale.

Cette question rejoint un autre constat, celui de l'engouement de plus en plus prononcé des sociétés occidentales, depuis une trentaine d'années, pour le bien-être à tout prix. En effet, aujourd'hui, il semble que le développement personnel assigne à une quête inexorable de bien-être physique et mental, d'aisance sociale, professionnelle et personnelle comme autant d'expressions du bonheur. Y a-t-il des superpositions possibles avec le développement des compétences psychosociales ? Le philosophe Michel Lacroix considère que « de la pensée positive à la transe néochamanique, les techniques de développement personnel connaissent un fort essor depuis trois décennies. Elles correspondent à des aspirations profondes au mieux-être et au dépassement de soi, mais elles véhiculent aussi beaucoup d'illusions... »<sup>12</sup>. Il ajoute que depuis les années 1990, on a assisté à l'essor d'un vaste « psychomarché ». Aujourd'hui, le sociologue Nicolas Marquis s'est penché sur la question du développement personnel et il montre « *en quoi le développement personnel est l'une des institutions les plus frappantes des sociétés individualistes* : son succès permet de comprendre les façons dont nous donnons, au quotidien, du sens à notre existence » (Marquis, 2014). Les démarches de développement personnel s'appuient sur l'exigence d'autonomie et de responsabilité qui s'impose dans la gestion du « soi » avec « soi » et avec « autrui », en ce sens elles contiennent certains éléments constitutifs des compétences psychosociales. Et les démarches de développement des compétences psychosociales contiennent à leur tour les bases sur

---

<sup>12</sup> Article extrait du magazine Sciences Humaines « Le changement personnel, comment conduire sa vie ? » Éditions Sciences Humaines. N°122 - Décembre 2001.

lesquelles se fondent la connaissance et la gestion de soi comme clé d'adaptation à son environnement.

Dès lors les questions complémentaires qui se posent à l'aune de ces deux constats sont, d'une part celle des caractéristiques propres aux compétences psychosociales et d'autre part, celle des interactions qui peuvent exister entre les notions de « développement des compétences psychosociales » et « développement personnel » mais aussi des distances qui les séparent, dans un contexte capitaliste mondialisé.

## **2. L'intervention pour le développement des compétences psychosociales : l'hypothèse d'une action politique et politisante**

Les orientations de la promotion de la santé, notamment les axes portant sur le renforcement de l'action communautaire et sur l'acquisition des aptitudes individuelles<sup>13</sup>, appellent d'une part tous les agents d'éducation à l'intervention pour le développement des compétences psychosociales des individus et des groupes et d'autre part, plus largement, appellent à la mobilisation pour le programme mondial de développement humain<sup>14</sup>. L'intervention en question est au cœur d'un système à la fois théorique, politique et empirique. L'enquête

---

<sup>13</sup> En référence au modèle dominant représenté par les cinq axes d'intervention de la Charte d'Ottawa de 1986 : 1/ élaborer une politique publique saine, 2/ créer des milieux favorables, 3/ renforcer l'action communautaire, 4/ acquérir des aptitudes individuelles, 5/ réorienter les services de santé.

<sup>14</sup> La nouvelle Charte de promotion de la santé adoptée à Bangkok en 2005 présente les actions prioritaires qui doivent permettre de répondre rapidement aux défis de santé dans le monde « Les stratégies de promotion de la santé doivent être adaptées au niveau national et au niveau international. La création de nouvelles normes, règles et pratiques de gouvernance sanitaire est essentielle. La charte de Bangkok encourage les gouvernements, les populations, les professionnels de santé, le secteur privé et les décideurs à se rassembler dans un effort mondial de promotion de la santé. La constitution, le renforcement et le soutien des partenariats aux niveaux *local, national et mondial, et l'installation et l'évaluation des actions prioritaires décrites dans cette charte, seront une avancée significative pour l'atteinte du meilleur niveau de santé possible pour l'ensemble de l'humanité contribuant ainsi aux Objectifs de Développement du Millénaire.* »



menée dans le cadre de cette thèse est dirigée vers quelques acteurs constitutifs de ce système. Les terrains étudiés n'amènent pas de comparaison dans le cadre de ces travaux. Cette thèse représente le point de départ d'une recherche sur la question des compétences psychosociales, de leur développement et des représentations qu'en ont les acteurs sociaux dans une dynamique d'intervention éducative auprès de publics. Ici la discussion porte sur les approches soutenues par différents niveaux d'acteurs : théoriciens et experts, intermédiaires ou médiologues et intervenants de terrain. Comme le suggère Howard Becker, il s'agit de « laisser le cas définir le concept » (Becker, 2002). Cette étude repose donc sur une démarche inductive en ce que les questionnements, les méthodes et les grilles d'analyse sont élaborés et façonnés au fur et à mesure du travail scientifique (Becker, 2006). Chaque acteur participe au processus de construction du sens de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales par une intention donnée à sa pratique (Weber, 1905). Les intentions des acteurs, les plus proches des individus et des groupes sur le terrain, sont sous-jacentes, implicites voire indépendantes de la finalité affichée et explicite portée par les experts ou théoriciens de la promotion de la santé et leurs intermédiaires.

L'hypothèse principale est que le fait d'intervenir pour développer les compétences psychosociales des personnes et des groupes, dans un contexte de promotion de la santé, est une action politique et politisante. En ce sens, les compétences psychosociales sont l'équipement d'un projet de politisation où se confrontent plusieurs visions du monde autour d'un bien commun : **la santé pour le développement humain.**

Les visions du monde nous sont livrées par les précurseurs de la nouvelle santé publique. Ce nouveau mode de penser la santé publique est contenu dans le projet de la promotion de la santé. Les partisans d'une santé publique ajustée aux défis mondiaux non seulement sanitaires mais aussi sociaux et environnementaux bâtissent une nouvelle « cité ». Ilona Kickbusch qualifie d'ailleurs la promotion de la santé de « *rhizome qui prend racine, s'étend et finit par s'imposer* » (Kickbusch, 2006). A partir d'un discours construit sur des principes, des valeurs et des critiques empruntés aux modèles onusiens du développement humain, tout un arsenal d'« êtres » va se déployer pour incarner **la cité promotion de la santé.**

Les entités institutionnelles et associatives, représentatives de la promotion de la santé, garantissent et soutiennent, au travers de l'objet développement des compétences psychosociales, une intervention dont la finalité affichée est la santé pour le développement

humain mais dont les exigences impliquent et engagent l'individu dans une normativité admise et acceptée d'autocontrôle de soi. La médiation pour le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé correspond alors à une entreprise de politisation des individus et des groupes dans un contexte où l'individualisme est la nouvelle norme sociale. Une distance semble se creuser dès lors que l'on se place sur le terrain au contact des acteurs. Dans cette configuration, le sens de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales est déterminé, pour une grande part et au delà de la mission professionnelle qui leur incombe, par la projection que font les acteurs de leur conception de la **bienfaisance** c'est-à-dire du souci de vouloir le bien pour les autres, et leur conception du devenir des autres ;

Cette conception n'est pourtant pas uniforme et ne relève pas seulement d'un principe commun supérieur à l'œuvre dans la seule cité promotion de la santé : la vie en bonne santé. Les formes de conception du bien pour les autres et du devenir des autres peuvent être reliées aux **principes de bien commun régissant d'autres cités**. Le sens de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales donné par les acteurs est déterminé par différents facteurs (formations, ancrages professionnels, expériences personnelles) et se polarise sur l'une ou l'autre cité en fonction du changement d'état recherché au nom de la bienfaisance. De plus, selon sa place, l'acteur endosse, au-delà de son domaine d'intervention, un projet plus intériorisé dont les effets ne paraissent pas être interrogés et analysés dans le cadre d'évaluations réflexives de programmes d'action.

## **B. Passages pragmatiques**

### **1. L'idéal-type de la promotion de la santé**

Ma recherche s'appuie principalement sur les méthodes d'analyse et les grilles de lecture issues de la sociologie de l'action initiée par Max Weber. Les hypothèses formulées dans cette recherche sont discutées dans un cadrage théorique relevant d'une approche qualitative et compréhensive de l'objet d'étude. L'orientation prise dans mon travail de recherche est compréhensive en cela qu'il s'intéresse au sens que les acteurs donnent à leur action pour le

confronter aux discours plus établis et académiques et pour y apporter un regard critique. Ainsi, les outils théoriques que j'utilise sont essentiellement centrés sur les concepts d'idéal-type (Weber) et les concepts de mondes régis par des cités (Boltanski).

Tout d'abord, dans le cadre d'une sociologie compréhensive qui regarde l'homme en tant qu'être agissant, les travaux de Weber m'amènent à rechercher les principes qui régissent la promotion de la santé, afin de tendre vers un idéal-type de la promotion de la santé comme représentation de ses traits spécifiques au travers de l'évolution du concept de santé. Dans la sociologie de l'action, une action sociale est définie comme un comportement volontaire dirigé vers autrui. Les sociologues, aujourd'hui, parlent d'interactions. Pour Weber (Weber, 1905), les actions sociales peuvent avoir quatre orientations qui sont donc quatre idéaux-types d'actions dépendant du sens attribué à ces actions. En fonction de la conscience du sens donné à l'action par celui qui la produit, Weber range ces quatre formes d'actions en deux catégories d'actions sociales :

1/ faible conscience du sens donné à l'action :

- L'action traditionnelle : comportement guidé par la coutume, la croyance
- L'action affective : réactions instinctives, guidées par les émotions

2/ forte conscience du sens donné à l'action :

- L'action rationnelle « en valeur » : fondée sur des valeurs et qui ne tient pas compte des avantages ou inconvénients qu'elle peut procurer
- L'action rationnelle « en finalité » : motivée par un calcul coûts / avantages. Les moyens mis en œuvre sont adaptés aux buts recherchés.

En m'appuyant sur les catégorisations de Weber, je cherche à analyser l'engagement des acteurs de terrain en fonction de la conscience (de faible à forte) du sens qu'ils donnent à leur action (intervention en promotion de la santé pour le développement des compétences psychosociales). L'idéal-type de la promotion de la santé sera donc construit à partir de l'analyse des démarches engagées par toutes les forces en présence : experts-théoriciens, intermédiaires-méthodologues et acteurs de terrain.

C'est essentiellement sur les travaux de la sociologie pragmatique que je poursuivrai la discussion théorique. Je m'appuierai principalement sur les concepts de Luc Boltanski et Laurent Thévenot qui ont jeté les bases d'un paradigme pragmatique (centré sur l'action située), une sociologie des régimes d'action (Boltanski, 1991; Boltanski, 1987).

Toutefois, une digression sera admise car il est envisagé de s'approcher de manière très succincte et rapide de la sociologie fonctionnaliste selon Merton. Pour étudier l'objet, la sociologie fonctionnaliste est un outil qui propose de tester la question de la fonction du phénomène social, en l'occurrence « quelle fonction remplit l'intervention pour le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé ? ». Il s'agit là de mettre à l'épreuve une analyse qui permette de considérer la promotion de la santé et l'intervention pour le développement des compétences psychosociales comme des formes sociales déterminées par des fonctions manifestes et des fonctions latentes. Je considère, comme le propose le fonctionnalisme nuancé de Merton, que l'intervention pour le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé, a une fonction « manifeste » c'est-à-dire visible et souhaitée par les acteurs et une fonction qui est dite « latente » c'est-à-dire qui échappe à la perception immédiate des acteurs. Pour une observation plus fine, les trois éléments de l'objet de recherche sont séparés : la promotion de la santé, le développement des compétences psychosociales, l'intervention.

L'outil servant à l'analyse des fonctions de ces trois éléments est conçu pour recueillir les discours selon les trois types d'acteurs identifiés (1/ les acteurs théoriciens et experts, 2/ les acteurs intermédiaires ou médiologues et 3/ les acteurs intervenants de terrain). Le tableau ci-dessous illustre la catégorisation des fonctions :

ÉTUDE DES FONCTIONS	Chez les théoriciens	Chez les intermédiaires	Chez les acteurs de terrain
De la promotion de la santé	Manifeste = exprimé Latent = implicite	Manifeste Latent	Manifeste Latent
Du développement des compétences psychosociales	Manifeste Latent	Manifeste Latent	Manifeste Latent
De l'intervention	Manifeste Latent	Manifeste Latent	Manifeste Latent

**Tableau 1 : Outil pour l'étude des fonctions manifestes et latentes de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales dans le contexte de promotion de la santé.**

## 2. La promotion de la santé : un espace symbolique

L'examen plus approfondi des interactions entre les acteurs (forces agissantes) au travers des stratégies à l'œuvre et des buts recherchés, admet une approche sociologique compréhensive et pragmatique de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé. Il s'agit, ainsi que le propose la sociologie pragmatique, d'examiner la promotion de la santé comme une nouvelle cause collective, une cause digne d'exister et d'être soutenue.

Les travaux des sociologues pragmatiques m'engagent à considérer la promotion de la santé comme une cité, un monde régi par la cohérence des principes qui y sont activés en l'inscrivant donc dans le modèle des économies de la grandeur. Le concept de « cité » fait appel au modèle des cités de Boltanski et Thévenot comme un principe d'ordre politique, une logique de justification basée sur une conception du bien commun. La cité est pour les sociologues pragmatiques l'espace symbolique dans lequel les individus se placent pour justifier leurs actions et évaluer celles des autres, pour défendre leurs points de vue et leurs décisions, et pour discuter de questions qui les divisent. Ils sont compétents pour prendre position, juger, dénoncer, critiquer, en rendre compte. Chaque registre de justification, chaque cité se réfère à une image du bien qui est différente, et toutes les actions sont évaluées à l'aune de ce critère. Les auteurs tirent de leurs travaux six cités, dont chacune dépend d'une forme de bien commun soutenue par une philosophie politique spécifique qui vaut dans le cadre de la culture de nos sociétés contemporaines. 1/ La cité de l'inspiration est exprimée à partir de La cité de Dieu de Saint-Augustin. Le principe supérieur commun y est la créativité. 2/ La cité domestique est fondée sur le texte de Bossuet La politique tirée des propres paroles de *l'Écriture Sainte*. Le bien commun est représenté par la tradition. 3/ C'est d'un chapitre de Le Léviathan, ou Traité de la matière, de la forme et du pouvoir d'une république ecclésiastique et civile, de Hobbes que la cité de l'opinion tire le principe commun de la renommée. 4/ Le texte qui exprime la cité civique dont le principe commun est la représentativité est Le Contrat Social de Rousseau. 5/ Pour la cité marchande, le bien commun est la compétition dont les fondements se trouvent dans La richesse des Nations d'Adam Smith. 6/ L'œuvre de Saint-Simon permet aux auteurs de décrire la cité industrielle dont le principe de grandeur est l'efficacité. Plus tard, Boltanski et Ève Chiapello proposent une septième cité, la cité par projet (Boltanski, 1999).

Les cités sont des argumentaires abstraits de la justification qui obéissent à certaines contraintes. Ces contraintes sont les règles communes ou « axiomes » de l'épreuve de justification qui s'appliquent à toutes les formes de bien commun.

Six axiomes sont énoncés : 1/ le principe de commune humanité ; 2/ la nécessité de deux états au moins pour les membres de la cité ; 3/ ce qui permet une hiérarchisation dans un principe des états ordonnées ; 4/ le principe de commune dignité laisse la possibilité à chacun d'atteindre la grandeur ; 5/ être grand dans une cité implique un coût, il faut renoncer à la grandeur dans les autres cités, c'est le principe d'économie ou de sacrifice ; 6/ le dernier axiome est le bien commun auquel il convient de se référer pour accéder à la grandeur de la cité.

Cette approche théorique est l'ancrage par lequel je tente de mettre au jour les logiques de justification des forces agissantes en promotion de la santé et particulièrement leurs engagements (Thévenot, 2006) dans le développement des compétences psychosociales. J'oriente donc mon analyse sur les arguments qu'utilisent les acteurs de la promotion de la santé pour justifier de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales. En prenant appui sur la conception d'une pluralité de modes d'engagement des êtres, humains et non-humains dans le monde, j'utilise donc le concept de cité en tant que logique de justification basée sur une conception du bien commun.

Si « *la santé, dans la perspective de la santé publique, n'est pas qu'un bien individuel, elle est un bien collectif qui appelle des interventions touchant l'ensemble de la collectivité. [...] En tant que bien commun, la santé fait partie de l'ordre public.* » (Massé, 2003), la santé est considérée comme un bien commun à l'humanité dans la perspective de la promotion de la santé. C'est pourquoi par l'analyse de la justification des compétences, des corps et des choses constituant la promotion de la santé, je propose de : 1/ identifier à quelle conception de la cité juste est agrégée la promotion de la santé : à une cité particulière ? à plusieurs cités ? à la représentation d'une super-cité incluant tous les mondes ? 2/ déterminer comment et pourquoi la notion de compétences psychosociales s'inscrit dans cette conception de la cité promotion de la santé.

Aussi la démarche de recherche part d'une approche du cadre conceptuel et pratique de la promotion de la santé et du développement des compétences psychosociales jusqu'à l'analyse des logiques d'interventions des acteurs, pour rendre perceptible et compréhensible, dans son

fondement et sa signification sociologique, le sens de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales des individus et des groupes en promotion de la santé. La recherche ainsi orientée s'ouvre vers la critique du sens de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales dans la cité promotion de la santé. En partant du terrain, des réflexions et des analyses des acteurs impliqués dans les dispositifs de promotion de la santé, le sens donné à l'intervention pour le développement des compétences psychosociales est traité comme « *le produit de l'activité* même des acteurs. » (Boltanski, 1990).

### **C. Les instruments pour traiter la question du sens**

#### **1. Le sens comme orientation et représentation du monde**

Si la recherche du sens renvoie à l'art de l'interprétation, la démarche prend en effet une forme d'herméneutique<sup>15</sup> car il est question de définir le sens de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé comme raison, fondement, justification, destination, intention ou valeur<sup>16</sup>. Cependant, ce qui intéresse cette recherche n'est pas fondamentalement de s'interroger sur la métaphysique et le bien fondé de la promotion de la santé et de ses déclinaisons. Ici le principe de commune humanité y est respecté.

Après avoir posé la question de l'émergence de la promotion de la santé, à la fin du XXe siècle, comme un nouveau champ théorique et de pratiques, ainsi que de l'origine de ses concepts et de leur signification dans différents contextes géographiques et politiques, l'objectif est d'analyser l'objet intervention pour le développement des compétences

---

<sup>15</sup> Qui relève de la science qui s'intéresse au sens, à l'interprétation et à la compréhension (en philosophie).

<sup>16</sup> Larousse : Raison d'être, valeur, finalité de quelque chose, ce qui le justifie et l'explique.

psychosociales comme une action à la fois politisée et politisante<sup>17</sup> portée par la promotion de la santé. Les travaux font l'examen, dans une démarche compréhensive, des processus d'appropriation et de construction de cette intervention par les différents acteurs en jeu : les experts ou « théoriciens » compris dans leurs institutions, les intermédiaires ou « méthodologues » vecteurs d'une mise en pratique raisonnée des principes et contenus conceptuels, les acteurs de terrain ou « intervenants » directs aux prises avec les destinataires de l'intervention : bénéficiaires, personnes cibles, publics, groupes, de nombreuses appellations sont utilisées. Ces travaux font l'approche d'une ontologie de l'intervention qui suppose la mise au jour des visions du monde portées par ces différents acteurs sociaux (Trépos, 2012). Dans la pensée contemporaine, l'ontologie est une partie de la philosophie qui a pour objet l'élucidation du sens de l'être considéré simultanément en tant qu'être général, abstrait, essentiel et en tant qu'être singulier, concret, existentiel. Ici, il s'agit de considérer le sens de l'intervention non pas dans une métaphysique détachée du réel mais plutôt pendant qu'elle est pensée et équipée par les acteurs eux-mêmes.

Dans le domaine de la sémiotique, le mot « sens » porte trois composantes : le sens comme sensorialité (les cinq sens), l'orientation donnée à une chose (la direction), et le sens comme représentation d'une chose (ensemble d'idées représentées par les signes, les symboles). Deux de ces composantes intéressent le sens recherché dans le cadre des travaux sur l'intervention pour le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé :

- l'orientation comme visée, finalité
- et la représentation comme contenu psychique, valeur symbolique

Afin de caractériser la sémiotique du sens donné à l'intervention pour le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé, trois dimensions sont explorées :

---

<sup>17</sup> Sociologie politique : dans son ouvrage « Les processus de politisation », Jacques Lagroye définit la politisation comme la « requalification des activités sociales les plus diverses, requalification qui résulte d'un accord pratique entre des agents sociaux enclins, pour de multiples raisons, à transgresser ou à remettre en cause la différenciation des espaces d'activités » (p. 361).



- sémantique : la signification, l'acception (sens propre/figuré, explicite/implicite, sens littéral/symbolique...)
- syntaxique : la signifiante ou le fait d'avoir un sens
- pragmatique : l'emploi des mots dans un contexte, l'utilisation du langage

Sémiotique du sens donné à l'intervention pour le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé	Le sens comme orientation (visée, finalité)	Le sens comme représentation du monde (contenu psychique, valeur symbolique)
Dimension sémantique	Recueil des éléments de signification	Recueil des éléments de signification
Dimension syntaxique	Recueil des éléments de signifiante	Recueil des éléments de signifiante
Dimension pragmatique	Recueil des usages linguistiques	Recueil des usages linguistiques

**Tableau 2 : Outil pour la caractérisation de la sémiotique du sens donné à l'intervention pour le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé.**

Le tableau ci-dessus est l'outil conçu pour servir au recueil et au classement des données. Ces données sont issues des trois types de matériaux : l'étude du corpus littéraire, l'exploration des sites internet des structures intermédiaires de promotion de la santé et les entretiens réalisés sur le terrain en majorité auprès d'acteurs exerçant en Lorraine.

## **2. Le sens de l'intervention éducative en santé : entre biopolitique et gouvernement de soi**

C'est la dimension psychopédagogique de l'intervention éducative qui intéresse particulièrement notre recherche autour des compétences psychosociales à travers des modèles éducatifs, dirigés en même temps vers l'individu et le groupe, tels que ceux visant l'autonomisation et la capacitation.

L'intervention pour le développement des compétences psychosociales est intégrée de manière forte et de plus en plus institutionnalisée dans un champ de pratiques qui croise éducation et santé. C'est un champ de pratique sociale dit « éducation pour la santé ». « *L'éducation pour la santé est un champ de pratique sociale étroitement dépendant de l'archéologie des savoirs construite entre la santé et l'éducation* » (Descarpentries, 2008a).

Ce nouveau modèle de l'intervention éducative en santé, issu du passage d'un paradigme biomédical à un paradigme psychosocial dans le courant du XXe siècle, appelle à l'autonomisation et à la capacitation des individus et des groupes. Trois dimensions composent le domaine de l'intervention éducative : 1/ organisationnelle (institutions d'éducation formelle ou informelle, ex : action de modification ou contrôle de l'environnement physique ou social), 2/ psychopédagogique (modélisations et méthodologies de l'éducation, ex : promotion des ressources du bien-être), 3/ didactique (contenus à transmettre aux populations, ex ; connaissances, informations sur les risques). (Descarpentries, 2008b).

Avec Michel Foucault (1926 - 1984), il est légitime d'interroger un système de promotion de la santé qui ne s'est pas affranchi d'une dépendance étroite à la santé publique dans une normalisation biopolitique. Idéologiquement réinvestis par le capitalisme, ces modèles sont dès lors confrontés au risque de leur instrumentalisation (Klein, 2010) dans une biopolitique des corps, voire une marchandisation comme le suggère entre autres le modèle du développement personnel. L'objet d'intervention de la biopolitique est certes la population mais elle cible les individus et comme l'indique Foucault, la technologie biopolitique « doit s'exercer sur les individus en tant qu'ils constituent une espèce d'entité biologique qui doit être prise en considération, si nous voulons précisément utiliser cette population comme *machine pour produire, pour produire des richesses, des biens, produire d'autres individus.* » (Foucault, 1976). La biopolitique est ainsi une prise de pouvoir sur les populations humaines en tant qu'espèce et sur l'individu lui-même.

L'individu représente l'entité de base sur laquelle s'exerce le gouvernement de soi par soi. Les compétences psychosociales sont observées comme les outils d'un dispositif de gouvernement de soi. Andrieu nous dit que :

« Se gouverner est un projet réflexif dans lequel le pouvoir s'exerce sur son propre corps plutôt que sur les autres Cette bio-politique de soi-même n'est elle pas la conséquence d'une appropriation par le Moi du bio-pouvoir, une sorte de prolongement dans l'individu de la norme ? En réalité, la bio-socialité utilise la bio-ascèse pour créer un lien social à partir de la conformation des corps à la norme de la santé parfaite. La gouvernementalité est l'illusion produite en l'individu d'un pouvoir réel sur son corps.» (Andrieu, 2004).

Il faut regarder si les compétences psychosociales participent de ce dispositif normatif situé entre biopolitique et gouvernement de soi.

La critique qui s'engage à ce point met à l'épreuve le schéma de politisation proposé par la promotion de la santé pour un développement des capacités, de l'autonomie, de l'empowerment des individus et des groupes, et pour une auto-détermination de ce qui relève de leur santé.

Foucault prévient que :

*« Si politiser, c'est ramener à des choix, à des organisations toutes faites, tous ces rapports de force et ces mécanismes de pouvoir que l'analyse dégage, alors ce n'est pas la peine. Aux grandes techniques nouvelles de pouvoir (qui correspondent aux économies multinationales ou aux États bureaucratiques) doit s'opposer une politisation qui aura des formes nouvelles. »* (Foucault, 1977).

Le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé représente-t-il une de ces formes nouvelles de politisation dont parle Foucault ?

# Conclusion CHAPITRE I

Ce chapitre consacré à la présentation de ma recherche et à l'explicitation de la méthode d'interrogation et de construction de l'objet sociologique étudié, *le sens de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales des individus et des groupes en promotion de la santé*, ouvre les travaux d'observation.

La posture distanciée par rapport à cet objet est progressive et se consolide tout au long de la recherche en s'appuyant sur l'analyse des différentes argumentations des acteurs. Cette analyse accorde aux acteurs de la promotion de la santé soit de légitimer leurs recommandations d'intervention pour le développement des compétences psychosociales (les experts ou théoriciens), soit de justifier une mise en pratique raisonnée des principes et contenus conceptuels (les intermédiaires ou méthodologues), soit de discuter de la déclinaison pédagogique et éducative de leur action (les acteurs de terrain).

La discussion qui s'engage essentiellement avec la sociologie pragmatique me permet de traiter la promotion de la santé comme un espace symbolique où se pense, se construit et s'organise *l'intervention pour le développement des compétences psychosociales*. L'objectivation recherchée va s'opérer au travers de l'exploration des représentations du monde portées par les différents acteurs.

L'intervention pour le développement des compétences psychosociales sera aussi questionnée dans sa dimension biopolitique. Les travaux de Foucault notamment sur la biopolitique puis sur le gouvernement de soi donnent un éclairage important pour traiter les tensions qui se profilent entre l'idéal d'une humanité émancipée et les exigences d'une société capitaliste appelant à toujours plus d'individualisme.

# **CHAPITRE II : Les matériaux de l'observation**

# I. Corpus conceptuel et empirique

## A. *Le matériau constitutif de la recherche bibliographique et empirique*

La constitution du corpus pour alimenter mes recherches (Quivy, 2006) a été élaborée à partir d'une revue de la littérature dans deux domaines : la promotion de la santé et les compétences psychosociales, en ayant constamment le souci de trouver leurs points de contact ou leurs ruptures, et en soumettant ma réflexion au prisme de la sociologie pragmatique.

### 1. Les textes de fonds

Le corpus des textes de fonds est constitué de :

- Références, articles et ouvrages portant sur l'émergence, l'évolution et les fondements de la promotion de la santé :

Un échantillon de références essentielles autour de la promotion pour la santé est sélectionné et se compose, entre autres ouvrages et articles cités dans la bibliographie sélective, de quelques textes dits « fondateurs ».

Outre les différents textes issus des conférences internationales depuis la déclaration d'Alma-Ata en 1978 sur les soins de santé primaires et la résolution de 1979 sur la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000, je retiens prioritairement :

- La Charte d'Ottawa, « acte de naissance » de la promotion de la santé établie à l'issue de la première conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa (Canada) qui s'est déroulée du 17 au 21 novembre 1986.

- La Charte de Jakarta sur la promotion de la santé au 21<sup>ème</sup> siècle élaborée en 1997, « A ère nouvelle, acteurs nouveaux : adapter la promotion de la santé au XXI<sup>e</sup> siècle » qui propose une vision d'ensemble et place la promotion de la santé dans le siècle. Les buts sont de réfléchir sur ce que l'on a appris de l'efficacité de la promotion de la santé, réexaminer les déterminants de la santé, définir les orientations et les stratégies.
- La Charte de Bangkok adoptée le 11 août 2005 qui définit les mesures et les engagements nécessaires pour agir sur les déterminants de la santé par la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation.
- Le texte de la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé adoptée à New York le 22 juillet 1946. Son but est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible.
- Les rapports sur le développement humain du Programme des Nations Unies pour le Développement de 1990 à 2014.

- Les théories fondatrices du concept de compétences psychosociales :

La définition communément utilisée en promotion de la santé construite par la Division de la santé mentale et de la prévention des toxicomanies de l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO, 1993b) trouve ses fondements dans le cadre théorique des sciences cognitives et notamment de la psychologie sociale et des sciences de l'éducation dans les domaines de l'apprentissage et de la pédagogie.

Les ouvrages et articles relevant des théories psychocognitives et sociocognitives constituent l'essentiel de la bibliographie sur le sujet des compétences psychosociales.

“Psychosocial competence is a person's ability to deal effectively with the demands and challenges of everyday life. It is a person's ability to maintain a state of mental well-being and to demonstrate this in adaptive and positive behaviour while interacting with others, his/her culture and environment.

Psychosocial competence has an important role to play in the promotion of health in its broadest sense; in terms of physical, mental and social well-being. In particular, where health problems are related to behaviour, and where the behaviour is related to an inability to deal effectively with stresses and pressures in

life, the enhancement of psychosocial competence could make an important contribution. This is especially important for health promotion at a time when behaviour is more and more implicated as the source of health problems.

The most direct interventions for the promotion of psychosocial competence are those which enhance the person's coping resources, and personal and social competencies. In school-based programmes for children and adolescents, this can be done by the teaching of life skills in a supportive learning environment.

Life skills are abilities for adaptive and positive behaviour that enable individuals to deal effectively with the demands and challenges of everyday life.

Described in this way, skills that can be said to be life skills are innumerable, and the nature and definition of life skills are likely to differ across cultures and settings. However, analysis of the life skills field suggests that there is a core set of skills that are at the heart of skills-based initiatives for the promotion of the health and well-being of children and adolescents. These are listed below:

Decision making/ Problem solving / Creative thinking / Critical thinking / Effective communication / Interpersonal relationship skills / Self-awareness / Empathy / Coping with emotions / Coping with stress». (WHO, 1993b)

#### Traduction communément établie :

« Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. »

Les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion *de la santé.../, en termes de bien-être physique, mental et social.../, quand les problèmes de santé sont liés à un comportement, et quand le comportement est lié à une incapacité à répondre efficacement au stress et aux pressions de la vie.*

Dix compétences : (présentées par couples)

Savoir résoudre les problèmes / Savoir prendre les décisions, Avoir une pensée créative / Avoir une pensée critique, Savoir communiquer efficacement / Être habile dans les relations interpersonnelles, Avoir conscience de soi / Avoir de l'empathie pour les autres, Savoir gérer son stress / Savoir gérer ses émotions. »



## 2. Le matériau empirique

Le matériau empirique est constitué de trois types de références :

- Les contenus des sites internet des structures et réseaux traitant d'éducation et de promotion de la santé :

L'étude des contenus mis à disposition en ligne permet l'analyse de la caractérisation et du positionnement des acteurs en présence mais également des agencements et des classements hiérarchiques des matériaux relatifs à la promotion de la santé.

- Les programmes de promotion de santé :

Il s'agit des textes d'analyses et d'évaluations de programmes de promotion de la santé portant sur des actions de développement des compétences psychosociales. Un frein linguistique est cependant à mentionner puisque la grande majorité de ces textes est en anglais. La compréhension peut être limitée et les risques de contre-sens sont envisagés avec la plus grande prudence.

- Les méthodes et outils en promotion de la santé :

C'est à dire les documents relatifs aux méthodes, aux outils méthodologiques de l'intervention en promotion de la santé, aux techniques d'animation et d'intervention pour le développement des compétences psychosociales. Ces documents sont accessibles dans de nombreux emplacements sur le web, toutefois ils sont choisis sur le critère exclusif d'être référencés sur les sites officiels en promotion de la santé.

## B. Les mots-clés et les sources de la recherche bibliographique

### 1. Regroupements sémantiques

Le champ de cette recherche recouvre deux sémantiques, l'une autour de compétence(s) psychosociale(s) et promotion de la santé, et l'autre autour de sens et intervention en promotion de la santé. Afin de définir les mots-clés de la recherche bibliographique, la référence choisie dans un premier temps est le MeSH (Medical Subject Headings). Ce thésaurus biomédical de référence est un outil d'indexation, de catalogage et d'interrogation des bases de données de la NLM (National Library of Medicine, Bethesda, USA), notamment MEDLINE/PubMed. L'Inserm, partenaire français de la NLM depuis 1969, a traduit le MeSH à l'intention des utilisateurs francophones en 1986, le met à jour chaque année et présente la version bilingue sur ce site : <http://mesh.inserm.fr/mesh/index.htm>.

Certaines limites sont apparues dans la caractérisation plus fine d'une recherche à partir des mots clés du MeSH. En effet, la recherche simple sur le MeSH avec les termes promotion de la santé, compétence, psychosocial, intervention permet de situer le mot-clé dans une arborescence ascendante et descendante. L'arborescence ascendante correspond à un système contextuel où est intégrée la notion (mot-clé). L'arborescence descendante permet d'affiner la notion dans un contexte plus restreint, elle la situe par des indications pragmatiques.

Descripteur ou mot-clé français	Descripteur américain	Arborescence ascendante	Arborescence descendante
1. Promotion de la santé	1. Health promotion	1. Services de médecine préventive/Services de santé/Établissements, main d'œuvre et services de soins de santé/Santé	1a. Programmes d'éducation pour la santé 1b. Programmes de perte de poids
1. Programmes d'éducation pour la santé	1. Health people programs	1. Promotion de la santé/Services de médecine préventive/Services de santé/Établissements, main d'œuvre et services de soins de santé /Santé	Aucune
Compétence : 7 descripteurs pertinents : 1. Clinique 2. Informatique 3. Professionnelle 4. Culturelle	1. Clinical Competence 2. Computer Literacy 3. Professional Competence 4. Cultural competency 5. Information Literacy	1a./3. Anthropologie, enseignement, sociologie et phénomènes sociaux/Éducation/Évaluation des acquis scolaires/Compétence professionnelle 1b. Administration des services de santé/Qualité des soins de santé 2. Sciences de l'information/Communication 4. Anthropologie, enseignement, sociologie et	1. aucune 2. aucune 3. Compétence Clinique (Clinical Competence) 4. aucune 5. Compétence informationnelle en santé

5. Informationnelle 6. Modèle de compétence attendue 7. Informationnelle en santé	6.Competency-Based Education 7. Health Literacy	phénomènes sociaux/Sciences sociales/Sociologie/Culture (sociologie) 5.7b. Sciences de l'information/Sciences de l'information/Communication 6. Anthropologie, enseignement, sociologie et phénomènes sociaux/ Éducation/Programme d'études 7a. Anthropologie, enseignement, sociologie et phénomènes sociaux/Éducation/Enseignement non professionnel/Éducation pour la santé/ Information en santé des consommateurs	(Health Literacy) 6. aucune 7a. 7b. Aucune
Aucun descripteur trouvé pour Psychosocial			
Psychologique : 3 descripteurs pertinents <sup>18</sup> 1. Adaptation psychologique 2. Entretien psychologique 3. Résilience psychologique	1. Adaptation psychological 2. Interview psychological 3. Resilience psychological	1. Psychiatrie et psychologie/Comportement et mécanismes comportementaux 2. Psychiatrie et psychologie/Disciplines et activités comportementales/Techniques psychologiques 3. Psychiatrie et psychologie/ Processus et phénomènes psychologiques	1. Rétroaction psychologique (Feedback psychological)/ Orientation/Sens de la cohérence 2. aucune 3. aucune
Social : 4 descripteurs pertinents : 1. Environnement social 2. Soutien social 3. Changement social 4. Renforcement social	1. Social environment 2. Social support Social change 4. Reinforcement social	1.Sciences sociales/ Anthropologie/Sociologie 2. Anthropologie, enseignement, sociologie et phénomènes sociaux/ Sciences sociales/ Sociologie/Environnement social 3a. Anthropologie, enseignement, sociologie et phénomènes sociaux/Sciences sociales/ Sociologie 3b. Santé/Caractéristiques de la population/Facteurs socioéconomiques 4. Psychiatrie et psychologie/ Processus et phénomènes psychologiques/Processus mentaux/ Apprentissage/ Renforcement (psychologie)	1a. Réseaux communautaires 1b. Soutien social 2. aucune 3a. Urbanisation (urbanization) 3b. aucune 4. aucune
Intervention : 2 descripteurs pertinents : 1. Intervention précoce (formation) 2. Intervention médicale précoce	1.Early intervention (education) 2.Early medical intervention	1. Santé/ Établissements, main d'œuvre et services de soins de santé/ Services de santé/ Services de santé communautaires/Services de santé pour enfants/ Services de médecine préventive 2. Santé/ Établissements, main d'œuvre et services de soins de santé / Services de santé/ Services de santé communautaires/ Services de médecine préventive	1. aucune 2. aucune

**Tableau 3 : Recherche de l'arborescence de mots-clés sur le thésaurus MeSH**

Les résultats présentés dans le Tableau 3 : Recherche de l'arborescence de mots-clés sur le thésaurus MeSH n'étant pas concluants, d'autres thésaurus ont dû être consultés afin d'élargir l'éventail des mots clés à des approches plus globales que biomédicales.

<sup>18</sup> Les descripteurs hors champ de la psychothérapie.

- Le glossaire de la promotion de la santé édité en 1994 par l'OMS (WHO, 1994) et sa version remise à jour en 1999 (Nutbeam, 1999). Le « Health for All : a glossary of terms » de 1994 propose des mots-clés et des définitions issus du texte fondateur de ce qui sera appelé désormais dans le domaine de la promotion de la santé « Health for All » (La santé pour tous) (WHO, 1981).
- Le thésaurus de l'INPES édité en 2005 dont l'objectif affiché « reflète *l'éducation pour la santé en France aujourd'hui et contribuera à l'amélioration de sa connaissance et de sa reconnaissance.* » (Maigne, 2005).

A l'issue de cette revue de thésaurus, deux groupes de mots clés ont été constitués.

Un premier groupe de 6 mots-clés avec des termes en français et en anglais :

- promotion de la santé et health promotion
- compétence(s) et skill(s)
- compétence(s) psychosociale(s) et life skill(s) traduit de l'anglais par aptitudes de vie ou aptitudes utiles dans la vie et défini par l'OMS comme étant :

« Des compétences personnelles, interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent aux individus de maîtriser et de diriger leur *existence et d'acquérir la* capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci. Voici des exemples *d'aptitudes utiles dans la vie : capacité à prendre des décisions et à résoudre des* problèmes, raisonnement créatif et réflexion critique, conscience de soi et empathie, compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles, capacité à faire face à ses émotions et à maîtriser le stress. Les aptitudes utiles dans la vie mentionnées plus haut sont fondamentales pour *l'acquisition de* compétences personnelles en matière de promotion de la santé, qui *constituent selon la Charte d'Ottawa l'un des domaines d'action essentiels.* » (WHO, 1993b).

Un deuxième groupe de 3 mots clés uniquement avec les termes en français :

- sens (dans une perspective de) ;
- intervention ;
- promotion de la santé.

Le regroupement de mots-clés s'opère de la façon suivante :

Pour le premier groupe :

- promotion de la santé et compétence(s) ;
- promotion de la santé et compétence(s) psychosociale(s) ;
- health promotion et skill(s) ;
- health promotion, et life skill(s).

Pour le deuxième groupe :

- sens et intervention ;
- sens et promotion de la santé ;
- intervention et promotion de la santé ;
- sens de *l'intervention* et promotion de la santé.

## **2. Agencement à partir des sources bibliographiques**

A partir de ces regroupements de mots-clés, plusieurs bases de données sont interrogées dans les domaines de la santé, la santé publique, les sciences humaines et sociales. La recherche bibliographique s'est faite en ligne à plusieurs moments au cours des travaux pour se terminer en 2013. Pour chaque site, la recherche n'inclut aucun filtre au départ. Puis trois filtres sont utilisés : titre, résumé et bibliographie afin de constituer un corpus restreint et significatif. Ensuite, la recherche manuelle à partir des bibliographies des publications retenues permet

d'affiner cette revue de littérature et d'en extraire les documents les plus significatifs. Les publications significatives répondent aux trois critères suivants :

- références à théories et modèles ;
- analyses des enjeux ;
- questions sur l'efficacité de la démarche.

Les sept bases de données suivantes ont été consultées :

<http://www.cairn.info/>

Cairn.info permet de consulter en ligne un nombre croissant de publications de sciences humaines et sociales de langue française, en texte intégral.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Ce site, le National Center for Biotechnology Information, ouvre l'accès aux informations dans tous les domaines de la santé en regroupant les bases de données biomédicales.

La recherche est centrée sur la base de données PubMed Health

<http://www.bdsp.ehesp.fr/>

La Banque de données en santé publique (BDSP) est un réseau documentaire d'informations en santé publique, destiné aux professionnels des secteurs sanitaire et social, dont la gestion est assurée par l'École des hautes études en santé publique (EHESP).

<http://www.revues.org/>

Revues.org est une plateforme d'OpenEdition, portail de ressources électroniques en sciences humaines et sociales.

<http://www.persee.fr/>

Le portail Persée diffuse les collections de revues scientifiques francophones.

<http://www.recherchesante.com/>

Recherche Santé est un service récent de recherche d'informations et de documentations destiné à tous ceux qui agissent dans le système de santé, propriété de l'Assurance Maladie.

<http://hpsource.net/>

HP-Source.net est une base de données interactive coordonnée par l'UIPES, créée collectivement par une coalition de chercheurs, d'acteurs de terrain et de décideurs ayant comme objectif commun d'optimiser l'efficience et l'efficacité des politiques, infrastructures et pratiques de promotion de la santé.

## **II. Investigations du terrain**

### **A. *La population des forces agissantes***

L'enquête est dirigée vers deux types d'acteurs sociaux entendus comme forces agissantes et chacun porteur d'une combinaison de valeurs<sup>19</sup> ((Touraine, 1965), de convictions, de pratiques sociales qu'il convient de mettre au jour.

#### **1. Profil des acteurs intermédiaires ou méthodologues**

Les acteurs que j'appelle intermédiaires ou méthodologues sont considérés parce qu'ils ont une action, simultanément orientée, en amont, d'appropriation des discours des experts-

---

<sup>19</sup> Alain Touraine précise que les valeurs ne sont rien d'autre que les exigences de l'action, c'est-à-dire du sujet humain engagé dans le travail, dans le rapport à autrui et dans une « nature humaine».

théoriciens et, en aval, de transmission des discours. Leur action est dirigée : 1/ vers les acteurs ou intervenants de terrain par des actions de formation, de conseil méthodologique, de mise à disposition et d'équipements en ressources. C'est dans cette pédagogie de la transmission que je les identifie surtout comme des méthodologues. 2/ vers les populations en direct par des actions d'information, de communication, conseil et d'échange. Ici se situe la mise en pratique de ce processus d'interaction entre les structures intermédiaires et les groupes et individus.

Cependant, les intermédiaires peuvent se trouver en position de théoriciens dès lors qu'ils s'engagent dans une démarche de recherche, de conceptualisation de modèles pour la promotion de la santé. En France, les intermédiaires exercent également ce rôle de médiation auprès des institutions (Ministères, collectivités territoriales, Agences Régionales de Santé) lesquelles leur confient les missions qui vont légitimer le transfert du discours de la promotion de la santé vers les acteurs de terrain.

Dans tous les cas, ces intermédiaires, en tant que porte-parole et transmetteurs des valeurs et des contenus de la promotion de la santé, en constituent une médiasphère<sup>20</sup>. Ils sont étudiés au travers de l'outil site internet des organisations référencées dans le champ de la prévention, de l'éducation et de la promotion de la santé.

Il a fallu procéder à un choix parmi toutes les structures actives dans le paysage de la promotion de la santé en France et dans le monde. J'ai retenu cinq organisations au niveau national pour la France et cinq organisations francophones représentatives pour l'étranger, nationales (Belgique, Suisse, Canada) et internationales. Ces organisations forment un ensemble d'acteurs représentant la médiasphère de la promotion de la santé. Ces acteurs sont donc consultés au travers des discours et arguments publiés sur leurs sites internet.

---

<sup>20</sup> La médiasphère est l'objet d'étude la médiologie fondée par Régis Debray (cours de médiologie générale 1991). La médiologie étudie les conditions matérielles de la diffusion des messages. Pour qu'une idée, une idéologie s'impose, elle doit encore s'appuyer sur un réseau humain et technique. Dortier, J.F., 2008. Le dictionnaire des sciences humaines. p.449.



## Des structures en France :

- **L'INPES<sup>21</sup>** : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, <http://www.inpes.sante.fr/> . Établissement public administratif créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Acteur de santé publique plus particulièrement chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a élargi ses missions initiales à la participation à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives et à la formation à l'éducation pour la santé. (Extrait de la rubrique : Qui sommes-nous ?).



Le site internet de l'INPES est une vaste source d'informations qui s'adresse aux professionnels des champs éducation (nationale), santé et éducation pour la santé. Mais il est accessible également pour le grand public au travers des programmes et campagnes de communication. Cet outil permet d'accompagner le déploiement des stratégies nationales de prévention, de promotion et d'éducation à la santé. L'INPES, n'est pas opérateur direct de terrain mais il est important qu'il soit identifié comme un centre ressources : information grand public, information scientifique, supports d'intervention, référentiels méthodologiques. A ces fins, il offre un accès facile à toutes ses productions et diffuse de nombreux outils destinés aux acteurs-clés de la prévention.

---

<sup>21</sup> L'Ordonnance n°2016-462 du 27 avril 2016 crée une nouvelle agence nationale de santé publique. Santé Publique France reprend les missions, personnels et obligations de trois agences sanitaires : l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus). C'est l'agence scientifique et d'expertise du champ sanitaire.

- **La FNES** : Fédération Nationale d'éducation et de promotion de la santé, <http://www.fnes.fr/> et ses 26 membres<sup>22</sup>. La FNES a pour objectifs de représenter, animer le réseau généraliste en éducation et promotion de la santé auprès des pouvoirs publics et des instances nationales ou internationales et les aider dans leur développement. Cette structure se veut le garant du respect des principes de la charte du réseau des IREPS et de la Charte d'Ottawa.



Le site internet présente la FNES et son réseau, constitué de 26 structures régionales. C'est une force de 600 professionnels salariés qui se déploie sur le territoire national. La rubrique « présentation » du site internet montre qu'à la tête du réseau exerce une équipe professionnelle restreinte de deux salariées. Une information est donnée sur les principaux objectifs de la FNES, ses textes fondateurs, les noms des membres du bureau et du conseil d'administration. En termes d'activités, on trouve l'actualité de la FNES et l'information sur des publications. Un blog est consacré à la démarche qualité en éducation pour la santé.

- **La Mutualité Française**, <http://www.mutualite.fr/>. Organisation professionnelle créée en 1902 qui représente la quasi-totalité des mutuelles dont le but est de « contribuer au bien-être des millions de personnes qui font confiance à une mutuelle tout au long de leur vie ».



<sup>22</sup> Données de 2013 : Les 26 membres du réseau de la FNES sont le COREPS Nord Pas de Calais : Comité Régional d'Éducation et de Promotion de la santé, la FRAPS Centre : Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé ou IREPS Centre, les IREPS des autres régions : Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé.

Le site de la Fédération Française de la Mutualité Française informe sur les missions relatives à la conduite des actions d'information et de prévention. La FNMF coordonne et met en œuvre des campagnes d'information et de prévention dans les domaines de la santé et de la protection sociale. La Mutualité Française contribue ainsi à mieux faire connaître les dispositifs d'aide à la complémentaire santé pour les personnes à ressources modestes.

Elle est également partenaire des pouvoirs publics sur les questions de contraception et d'IVG (interruption volontaire de grossesse). Les 25 unions régionales, qui représentent la Fédération sur l'ensemble du territoire, conduisent des actions d'éducation à la santé destinées aux adhérents des mutuelles et du grand public sur des thèmes variés : alimentation, santé et environnement, médicament, activité physique, etc.

La Mutualité Française propose un service d'information santé, d'accompagnement et d'orientation appelé Priorité santé mutualiste, [www.prioritesantemutualiste.fr](http://www.prioritesantemutualiste.fr).

- **L'Institut Renaudot**, <http://www.institut-renaudot.fr/>, fondé en 1981, son but est le plaidoyer pour les soins de santé primaires et la promotion des pratiques de santé communautaire. Depuis 1998, l'Institut représente la branche française du Secrétariat européen des pratiques en santé communautaire (SePSaC).



L'institut Théophraste Renaudot s'appuie sur une petite équipe salariée et un réseau de consultants et d'intervenants experts dans leur domaine. Le site internet présente les domaines d'interventions de l'Institut et propose une plateforme communautaire alimentée par le réseau des acteurs : [sante-ensemble.org](http://sante-ensemble.org). Ce réseau représente les personnes ou structures engagées dans une action citoyenne, militante, ou professionnelle pour améliorer la qualité de la vie sur leur territoire : militant associatif, élu, travailleur social, habitant-usager-citoyen, professionnel de tous les secteurs déterminants sur la santé.

Un centre ressources en santé communautaire en ligne permet de consulter des documents : [santecommunautaire.com](http://santecommunautaire.com).

- **La SFSP** : Société Française de Santé Publique<sup>23</sup>, <http://www.sfsp.fr/>, est une association de la loi 1901 reconnue d'utilité publique. Son but est d'encourager et de faciliter les recherches et les travaux relatifs à la santé publique, de contribuer à la diffusion et à la mise en œuvre des connaissances acquises dans ces domaines, de favoriser et contribuer au débat public en apportant un éclairage basé sur les connaissances scientifiques, les expériences, les savoir-faire et l'expérience professionnelle de ses membres.



Le site internet de la SFSP présente aux différents acteurs de santé (professionnels : scientifiques et/ou de terrain, décideurs politiques, acteurs économiques et du social) le cadre et les moyens qui alimentent une réflexion collective et interprofessionnelle et la formulation de propositions à l'intention des décideurs. Cette réflexion est rendue par l'analyse critique des faits scientifiques et des pratiques professionnelles. Les rapports, actes et textes sont accessibles depuis la rubrique Publications. Certaines publications comme la revue de Santé Publique ou les actes de colloques sont payantes. Une lettre électronique Flash email SFSP est accessible par simple inscription. Cette organisation est composée d'une équipe de 6 salariés et de plus de 800 adhérents (personnes qualifiées et morales à vocation nationale, des Sociétés Régionales de Santé Publique et des groupements de professionnels).

---

<sup>23</sup> Appellation actuelle depuis 1992. Le 28 Juin 1877 création de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. Elle prend plusieurs appellations successives : 1910 : Société de médecine publique et de génie sanitaire ; 1966 : Société française d'hygiène, de médecine sociale et de génie sanitaire ; 1992 : Société française de santé publique.

## Des structures francophones étrangères nationales et internationales :

- **Promotion Santé Suisse**, <http://promotionsante.ch/>, fondation de droit privé soutenue par les cantons suisses et les assureurs pour la mise en place de mesures de promotion de la santé.



Le site internet de la Fondation Promotion Santé Suisse est un site de diffusion des informations adressées aux professionnels et à la population. Cette organisation initie, coordonne et évalue des mesures de promotion de la santé. Les programmes, les recommandations et les services sont à la disposition de tous, experts et usagers autour de trois thèmes clés : la promotion de la santé, l'alimentation/activité physique, la santé psychique.

- **L'asbl Question Santé**, <http://questionsante.org/>, reconnue comme organisation d'éducation permanente depuis 1981 en Communauté française de Belgique dans le domaine de la santé, en matière d'information, d'éducation, d'animation, de gestion de projets et de communication. Son but est de rendre l'information santé accessible à tous, dans un souci d'émancipation de l'utilisateur.



Le site internet de l'organisation asbl Question Santé propose à un public spécialisé et à tout public des publications et outils. Question Santé est un Service communautaire de promotion de la santé agréé conseiller en matière de communication. Trois autres Services

communautaires ont reçu du Ministère de la Santé de la Communauté française des missions analogues : [APES-ULg](#) (en matière de méthodologie), [PROMES-ULB](#) (données scientifiques) et [RESO-UCL](#) (documentation). Le site internet propose donc des conseils, des formations et un suivi pour des actions de communication et d'animation auprès de différents publics (adultes, enfants, seniors, professionnels de la santé, écoles, entreprises...) ; et sur des thèmes et problématiques variés.

- **L'ASPQ** : Association pour la Santé Publique du Québec, fondée en 1943, <http://www.aspq.org/> agit en vue d'orienter et de collaborer au développement des stratégies gouvernementales en matière de prévention et de promotion de la santé et du bien-être.



Le site internet de l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) est un espace de ressource de santé publique pour favoriser un regard critique sur les enjeux de santé publique au Québec. Cette organisation est un regroupement volontaire, autonome, multidisciplinaire et multisectoriel de personnes et d'organisations provenant des milieux tant institutionnels et professionnels que communautaires. L'Association constitue un forum qui offre un espace à ses membres pour développer des prises de position communes ou concertées, appuyer des politiques favorables à la santé et au bien-être et développer des coalitions et des projets en collaboration avec d'autres partenaires de santé publique.

- **Le REFIPS** : Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé, <http://www.refips.org/> et ses sections thématiques. Cette structure se veut un lieu d'échanges et d'entraide pour les professionnels de la santé intéressés par la promotion de la santé de leurs communautés respectives. Il regroupe environ 500 membres répartis sur une trentaine de pays de la Francophonie qui partagent un intérêt pour l'émergence de conditions favorables à la santé de leurs populations, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition de meilleures aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé.



Le site internet du Réseau francophone et international pour la promotion de la santé (REFIPS) fonctionne en tant que réseau d'échanges et de diffusion de compétences et de pratiques en promotion de la santé. Le REFIPS se veut un lieu d'échanges et d'entraide pour les professionnels de la santé intéressés par la promotion de la santé de leurs communautés respectives. Il regroupe environ 500 membres répartis sur une trentaine de pays de la Francophonie qui partagent un intérêt pour l'émergence de conditions favorables à la santé de leurs populations, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition de meilleures aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé. Le site internet présente l'organisation du REFIPS par sections géographiques : Amériques, Europe, Océanie, Afrique sub-saharienne, Afrique du nord, et par sections thématiques.

- **L'UIPES** : L'Union Internationale de Promotion de la santé et d'Éducation pour la Santé, <http://www.iuhpe.org/> . L'UIPES remplit, développe et anime un réseau professionnel et indépendant mondial de personnes et d'institutions pour encourager le libre échange des idées, des savoirs, des expériences, ainsi que le développement de projets pertinents de collaboration, à l'échelle à la fois mondiale et régionale.



L'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé (UIPES) est une association professionnelle mondiale formée de spécialistes de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé qui sont des experts individuels, des organismes et des institutions du secteur public et non gouvernemental. Ces membres forment un réseau étendu et important de promotion de la santé dans le monde au niveau mondial, régional, national ou local dont la mission est d'améliorer la santé du monde, par l'éducation, l'action communautaire et l'élaboration de politiques de santé publique. Avec plus de 2000 membres dans plus de 90

pays, cette organisation globale non-gouvernementale offre un réseau international indépendant favorisant l'échange d'idées, de savoirs, d'habiletés techniques ainsi que d'expériences. L'UIPES décentralise ses activités à travers des bureaux régionaux. L'organisation travaille en étroite collaboration avec l'OMS, l'UNESCO, l'UNICEF ainsi que plusieurs autres organisations intergouvernementales et non gouvernementales afin d'influencer et de faciliter le développement de stratégies et de projets en promotion de la santé.

La consultation des sites internet cités permet d'enrichir et de compléter les données et informations obtenues dans la littérature scientifique. Ce matériau est mis en rapport avec le matériau recueilli par les entretiens afin de produire les catégories nécessaires à l'analyse des représentations du sens du développement des compétences psychosociales de ces différents acteurs : théoriciens, méthodologues et intervenants de terrain.

## **2. Profil des intervenants de terrain**

Les acteurs agissant directement sur le terrain, sont professionnels ou bénévoles et appliquent une intervention dirigée prioritairement sur des groupes et/ou de personnes dans l'un, l'autre de ces quatre domaines de l'intervention éducative : santé, social, éducation et sport. Le territoire d'enquête est situé majoritairement en région Lorraine. Le choix des personnes à interroger est donc soumis à ces domaines d'intervention mais vise aussi une variété d'activités professionnelles ou bénévoles. Afin de rejoindre ces intervenants, le choix est porté principalement sur les acteurs participant à un programme de promotion de la santé en cours en Lorraine sur lequel je suis investie, le dispositif régional de promotion de l'activité physique à des fins de santé communément appelé SAPHYR Lorraine<sup>24</sup>. Ce choix est complètement lié à mes propres contraintes de mobilité, disponibilité et de temps. D'autres acteurs, partenaires ou collègues côtoyés lors de mes missions au CODES 88, ont été également sollicités.

---

<sup>24</sup> Cf. Annexe 6 : Présentation succincte du dispositif SAPHYR Lorraine.



Deux niveaux d'enquêtes de terrain sont formalisés. Un premier cadre, servant de terrain exploratoire pour affiner l'objet de recherche et en émettre des hypothèses, s'appuie sur des études et des entretiens réalisés entre 2006 et 2009 portant sur l'implication du champ sportif dans le domaine de la prévention. Le second cadre d'observation contient les entretiens approfondis conduits auprès de professionnels impliqués dans les secteurs de la santé, du sport, du social et de l'éducation exerçant en grande partie en Lorraine.

### a) **L'enquête de terrain exploratoire**

Suite à divers travaux de formation et de recherche sur les interventions en prévention des conduites dopantes auprès des dirigeants et entraîneurs sportifs, les médecins, les cadres de la Jeunesse et des Sports (Mangin, 2009) et les intervenants en santé publique de différentes structures (Laure, 2009), l'étude sur le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé et la représentation de son sens par le milieu sportif sont engagées. Ces travaux sont menés en collaboration avec le service sport-santé de l'ancienne Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports de Lorraine et s'appuient sur une recherche orientée dont les thèmes principaux sont :

- La perception du concept des compétences psychosociales et de son utilité dans le champ de la prévention en milieu sportif (consommation de substances, surentraînement, accident, etc.) ;
- La perception du sens (signification et intention) de ce développement ;
- L'intention d'y recourir en milieu sportif.

Ma volonté de conduire une recherche dans le cadre d'une thèse en sociologie prend naissance dans le contexte de ces travaux et l'enquête exploratoire est guidée par les questions théoriques et éthiques que soulèvent pour moi la question du développement des compétences psychosociales dans le champ d'intervention en éducation pour la santé et en promotion de la santé (voir chapitre I. A.)

L'objectif de l'enquête exploratoire est d'aider à constituer la problématique de recherche en mettant en lumière des aspects non explicites de l'objet étudié et à construire les hypothèses. Des entretiens sont donc mis en place auprès des acteurs du mouvement sportif (dirigeants,

cadres techniques, entraîneurs). Le choix est délibéré de ne pas interviewer des acteurs experts du champ spécifique de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé. Cette posture permet de percevoir le niveau d'imprégnation des notions de prévention et de développement des compétences psychosociales auprès d'acteurs certes relevant du domaine de l'éducation en général mais pas strictement du champ formalisé et organisé en structures ad hoc d'éducation et de la promotion de la santé. Les thèmes abordés sont la représentation de la prévention en milieu sportif (intérêt, efficacité perçue, obstacles perçus), l'implication personnelle dans ce champ, l'influence de l'institution sportive sur les actions de prévention réalisée (exemple : dans le domaine du dopage), les valeurs sportives comme facteurs de cohésion, la connaissance du concept de compétences psychosociales, sa représentation, sa signification. Les entretiens exploratoires menés auprès d'intervenants dans le milieu spécifique du sport ont permis de tester si la notion de compétences psychosociales leur était compréhensible. Cette phase a été importante aussi pour déterminer dans quelle mesure les liens entre des concepts tels la promotion de la santé, la prévention, la santé et le sport pouvaient être mobilisés à partir d'une pratique d'éducateur sportif.

### **b) Les entretiens approfondis**

Les entretiens approfondis sont conduits auprès de professionnels impliqués dans des domaines différents du champ de l'éducation. Ces acteurs ne se situent donc pas a priori dans une démarche de promotion de la santé et ont une approche conceptuelle et une relation à leur action éducative qui leur est propre. Cependant, malgré la diversité et l'hétérogénéité des champs de compétences, les interventions éducatives sont combinées en huit catégories d'activité :

- Éducation physique et sportive
- Éducation populaire
- Travail social
- Éducation thérapeutique du patient
- Accompagnement psychologique
- Action préventive de santé publique

- Pédiatrie sociale
- Formation / recherche.

Outre leur intervention en matière d'éducation envers différents publics, deux points de contact relient ces différents professionnels entre eux et avec moi dans le sens où je connais professionnellement la plupart des personnes interviewées. Les points de contact sont les interactions existantes dans deux cadres professionnels :

- le lien de partenariat avec le Comité Départemental d'Éducation et de Promotion de la Santé des Vosges (CODES 88) ;
- l'intervention dans le programme régional de promotion de l'activité physique à des fins de santé SAPHYR Lorraine.

Le guide élaboré pour les entretiens approfondis, réajusté à partir de celui utilisé pour l'enquête exploratoire, a été très vite abandonné. De manière générale, la technique de l'entretien en question s'est avérée trop directive car l'entretien était trop structuré avec un ordre des thématiques à aborder et des questions de relance préconçues. Cette forme d'entretien qui aurait pu me rassurer dans un premier temps, a délivré ses limites lors d'une interview particulière. Au cours de l'entretien, l'interrelation créée avec l'interviewé s'est déséquilibrée, la confiance s'est rompue et l'interviewé a mis en place des mécanismes de défense qui n'ont pas permis de poursuivre l'entretien.

Constatant d'une part, que l'ordre du corps de l'entretien qui consistait à aborder d'emblée les concepts pour aller vers les pratiques et d'autre part, que ce type d'entretien trop directif empêchaient la spontanéité du discours et la fluidité de la pensée et n'étaient pas en cohérence avec la démarche sociologique compréhensive que je souhaitais suivre, la grille d'entretien a été modifiée. Ainsi, à la suite des conseils de mon directeur de thèse, la grille d'entretien est modifiée pour aller du plus pragmatique au plus général, partir de là où se trouve l'interviewé pour monter en généralité en recherchant les mêmes informations : Votre parcours de formation, votre parcours professionnel, où et comment pratiquez-vous, quel sens donnez-vous à votre intervention ?

Les entretiens approfondis sont donc semi-directifs dans la mesure où l'ordre et la forme des thèmes ont suivi la logique qui convenait à l'interviewé. Les thèmes abordés sous forme de questions-guide ont laissé un espace de parole ouvert pour l'interviewé.

### **c) Traitement des données**

L'analyse qualitative des données des entretiens est réalisée sur le logiciel Tropes©Version 8.4. L'analyse de contenu des entretiens retranscrits permet de mettre au jour les principaux acteurs à l'œuvre dans le texte, la structure des relations qui les lient et la hiérarchie de ces relations et leur évolution. L'analyse des entretiens cherche à identifier les liens qui relient la pratique des acteurs de terrain aux notions de compétences psychosociales et de promotion de la santé, et dans ce cadre le sens que les acteurs de terrain donnent à cette pratique. Je cherche à mettre au jour la lecture que font les acteurs de ce que signifie ou ne signifie pas une intervention pour le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé.

Afin de procéder à l'analyse des entretiens, j'ai appliqué un scénario, c'est-à-dire une classification hiérarchique des champs sémantiques, qui m'a permis de personnaliser un dictionnaire et de structurer l'information en fonction de la stratégie d'analyse suivante : L'analyse de contenu des entretiens est présentée dans le texte de thèse soit par des graphiques qui rendent compte de la fréquence d'une notion, soit par des citations reprises depuis la retranscription. Bien qu'elles soient introduites dans le texte de thèse par des transitions qui annoncent l'extrait d'un entretien et afin de mieux les repérer, ces citations sont d'un style différent de celles émanant de la bibliographie.

La codification du corpus des entretiens est appliquée en suivant un classement en trois éléments : entretiens approfondis (EA) / numéro attribué aux textes retranscrits des entretiens / initiales des prénoms et noms des acteurs interviewés.

### **d) Analyse du profil des personnes interviewées**

Vingt-sept entretiens ont été réalisés en deux temps. Une première phase fait fonction d'enquête exploratoire et la deuxième phase constitue les entretiens approfondis. Les interviewés sont majoritairement des professionnels (2 personnes sont des bénévoles en club

sportif mais ont des emplois de professorat par ailleurs) ayant une implication dans le champ de l'éducation.

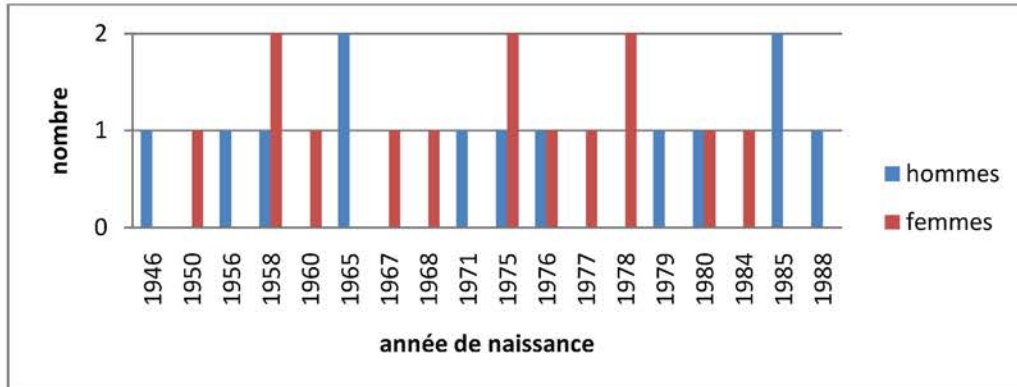


Figure 1: Année de naissance et sexe des personnes interviewés

Le groupe est composé de 14 femmes et de 13 hommes qui couvrent près de trois générations : la plus jeune des personnes interviewées arrivant sur le marché du travail à 22 ans et la plus âgée est en retraite mais maintient une activité.

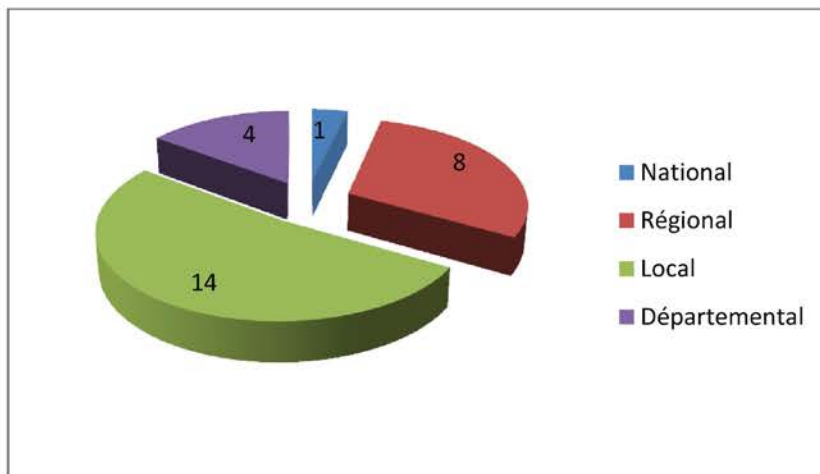
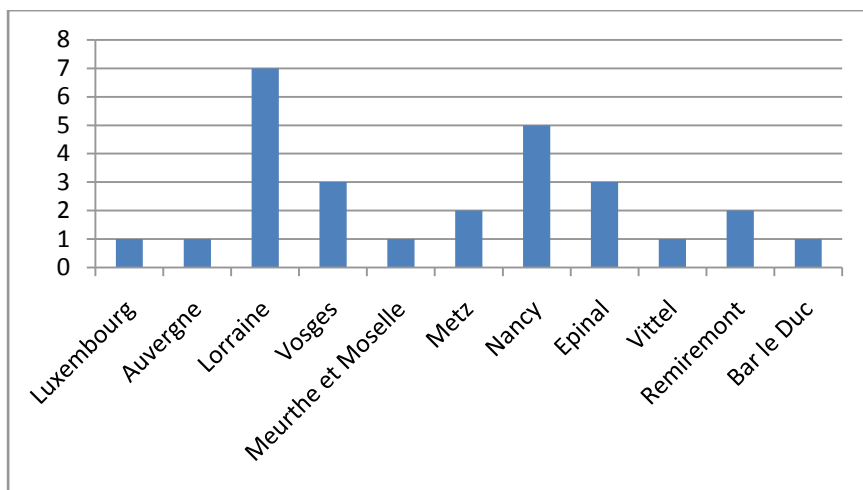


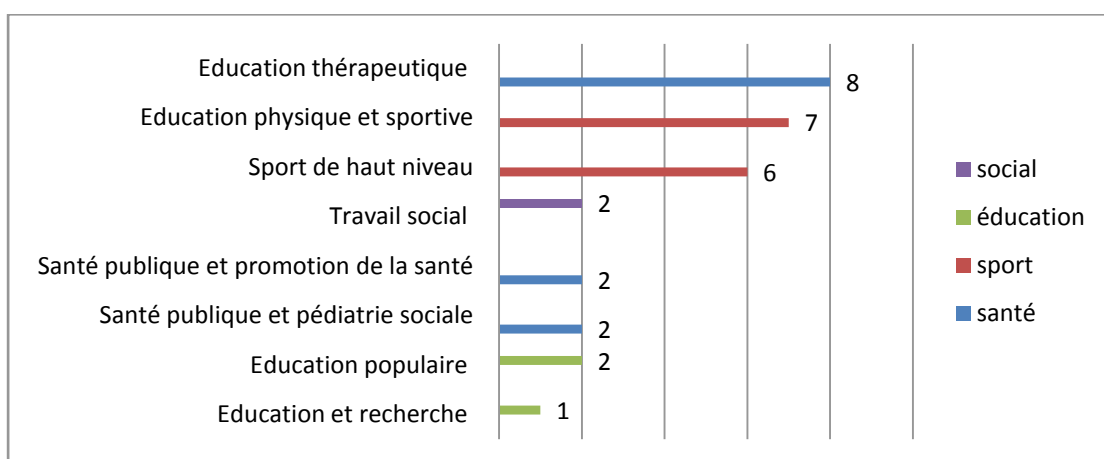
Figure 2 : Niveau géographique d'exercice professionnel des interviewés

Les interviewés sont employés pour la moitié d'entre eux (14/27) dans des structures ayant un champ d'action local.



**Figure 3 : Territoire d'exercice professionnel des interviewés**

Les interviewés exercent leur activité sur des territoires allant de la ville (Nancy 5/14) à un territoire national. Pour les territoires hors ville, c'est l'échelon régional qui est le plus représenté (7/13).



**Figure 4 : Les champs de compétences des interviewés**

Les activités des interviewés peuvent couvrir un ou plusieurs champs de compétences. Ainsi certains peuvent être à la fois professeur et entraîneur sportif, éducateur et psychologue, médecin et coordonnateur.

Ce groupe de personnes interviewées qui constituent l'échantillon est a posteriori. La volonté était de disposer d'une plus large représentativité des terrains du travail social et de l'éducation populaire. Le choix dès le départ a été de ne pas rejoindre les intervenants des structures d'éducation pour la santé, mais plutôt d'aller à la marge. Le but était de ne pas

recueillir trop de matière calquée sur les discours officiels de la promotion de la santé, dont je disposais par ailleurs. Je ne dis pas que ce type d'intervenants n'aurait pas eu un discours libre et critique.

### 3. Les indicateurs de l'intervention

L'intervention pour le développement des compétences psychosociales est guidée par des logiques diverses se rapportant : 1/ au « commanditaire » celui qui veut l'action, la finance, la projette, en attend des résultats ; 2/ à l'intervenant qui met en scène l'intervention, l'anime et la fait vivre, s'engage à réaliser les objectifs ; 3/ au destinataire de l'intervention qui la reçoit, l'accepte ou la rejette, y participe ou la subit, en perçoit ou non des bénéfices ou des pertes.

L'intervention est inscrite dans une logique de projet soit dans un processus intention-projet/action/évaluation. Cette construction de l'intervention apparaît comme une constante des discours et des programmes analysés au travers de la recherche bibliographique mais également de l'enquête exploratoire. L'intervention en promotion de la santé est conforme à la logique de projet comme fondement d'une démarche d'éducation et de formation ; La grille de lecture ci-dessous présente les indicateurs servant à l'analyse. Les entretiens semi-directifs cherchent à recueillir les éléments permettant de décrire l'intervention menée par l'acteur qui la présente et l'expose lors de l'interview. Lors de l'analyse, je cherche par conséquent à distinguer la logique des acteurs de terrain de celle des intermédiaires. Les questions posées sont de savoir si la logique de l'intervention des uns et des autres suit un processus chronologique bien défini et formalisé (projet, mise en œuvre et l'évaluation) conformément à la logique de projet ou si elle donne à voir d'autres formes, d'autres mouvements ?

<b>Intervention comme une action voulue</b>	<b>Intervention comme une action mise en œuvre</b>	<b>Intervention comme une action jugée</b>
Objet construit par qui ?	Objet mis en application par qui ?	Objet jugé par qui ?
Objet construit pourquoi ?	Objet mis en application pourquoi ?	Objet jugé pourquoi ?
Objet construit comment ?	Objet mis en application comment ?	Objet jugé comment ?
Objet construit pour qui ?	Objet mis en application pour qui ?	Objet jugé pour qui ?

**Tableau 4 : Grille de lecture des indicateurs de l'intervention**

En amont, l'analyse bibliographique et celle des sites internet ont permis de repérer les critères qui sont définis par les intermédiaires comme étant caractéristiques du développement des compétences psychosociales. Chaque compétence psychosociale est une entité en soi, pourtant dans les textes de l'OMS, elles sont assemblées par deux. Des liens existent donc entre elles, cependant comment et pourquoi ce regroupement par deux a-t-il été opéré ? D'autres catégorisations existent, les guides méthodologiques regorgent de références et de typologies qui donnent une représentation théorique et pratique de ce qu'un intervenant doit savoir, doit savoir faire et comment il doit faire. Il semble, au travers de ces guides, que des spécificités relatives aux publics visés de genre, de milieu, d'âge, de niveau cognitif sont à prendre en compte dans les choix à développer telle ou telle compétence. L'analyse des entretiens conduits auprès des acteurs de terrain met en rapport ces critères méthodologiques avec leur réalité vécue et exprimée.

Un certain nombre d'indicateurs relatifs au thème du développement des compétences psychosociales sont ici définis afin de mesurer le degré d'imprégnation de la notion dans les différents milieux d'intervention. Un outil schématique présenté ci-dessous, a été construit avec cinq indicateurs afin de classer les différentes données issues de l'étude bibliographique et des matériaux empiriques extraits des sites internet (programmes, méthodes, outils) et des entretiens réalisés auprès des acteurs de terrain.

Indicateurs du développement des compétences psychosociales	Données issues des sites internet	Données à partir des entretiens
Indicateur 1 : Connaissance des concepts (savoirs)	Catégorisation des concepts selon l'OMS Autre catégorisation	
Indicateur 2 : Appropriation des méthodes et outils	Formation initiale, continue, expérience professionnelle	
Indicateur 3 : Mise en application (savoir-faire)	Milieux, programmes d'intervention	
Indicateur 4 : Objectifs priorités	Aspects psychologiques Aspects sociaux	
Indicateur 5 : Éthique de l'intervention (savoir-être)	Publics	

**Tableau 5 : Indicateurs du développement des compétences psychosociales**

Tout d'abord il s'agit de mesurer si la connaissance de la notion est maîtrisée et si c'est le cas par quels types d'intervenants et sous quelle formulation. Ensuite, il convient de déterminer si cette notion est centrale ou secondaire dans l'action des différents intervenants. Il est



important d'identifier quels sont pour les intervenants les déterminants majeurs ou secondaires du développement des compétences psychosociales : par exemple s'il existe une différence ou une égalité de traitement dans l'intervention entre les aspects psychologiques (rôle du développement psychomoteur, cognitif) et les aspects sociaux (rôle de l'environnement, groupes sociaux, familiaux, pairs).

## Conclusion CHAPITRE II

La recherche du sens de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé passe par la nécessaire délimitation des ressources à interroger ainsi que par la définition des critères de sélection de ces ressources.

Les ressources exploitées sont issues de l'étude bibliographique et des matériaux empiriques. J'ai opéré des choix sur la quantité et la qualité de ces matériaux en fonction des diverses contraintes.

Les intervenants de terrain sont une population plutôt « captive » à laquelle j'ai accès dans le secteur géographique de proximité.

Concernant la population des théoriciens et intermédiaires, j'ai fait le choix de ne pas procéder à des entretiens mais de tirer matière à partir des outils et procédés de transmission des valeurs, méthodes et référentiels de bonnes pratiques du développement des compétences psychosociales en promotion de la santé.

Les textes de fonds ainsi que les données extraites des sites internet et des entretiens réalisés auprès des intervenants de terrain sont analysés pour être restitués progressivement tout au long du travail de thèse. Dans le cadre d'une sociologie pragmatique, il est question de construire un dispositif d'interprétation de l'action dite intervention pour le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé en s'appuyant sur l'examen des discours et des théories sur les compétences psychosociales, des modèles et des démarches du développement des compétences psychosociales et des pratiques de l'intervention éducative.

Les outils de recueil des données sont mis en forme et restitués dans le texte pour rendre compte schématiquement des informations à exploiter, à croiser et à analyser.

# Conclusion PREMIÈRE PARTIE

« [...] le sociologue doit traiter la qualification *singulière ou collective de l'affaire comme le produit de l'activité même des acteurs. [...] il peut alors appréhender les opérations de construction des collectifs en examinant la formation des causes collectives, c'est à dire la dynamique de l'action politique.* » (Boltanski, 1990)

*L'intervention* pour le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé est un objet que je propose d'examiner comme le produit d'un processus à plusieurs niveaux en interaction.

Le premier niveau est celui de la construction théorique au service d'une légitimation par la justification du bien-fondé de la démarche, il est incarné par les théoriciens et experts. Un deuxième niveau est celui de l'outillage pour les intervenants sur les terrains. Cette modalité - comme un service après vente - située à l'interface pour optimiser l'action, est assurée par les intermédiaires et méthodologues. Le troisième niveau est représenté par les intervenants de terrain, c'est celui de la conformité ou de la variabilité des significations, dépendant du degré d'imprégnation des concepts et des méthodes sur les différents terrains éducatifs.

Le processus en interaction qui va du niveau des théoriciens vers les intermédiaires semble maîtrisé par des référentiels de formation, des certifications de compétences et des commandes institutionnelles. Dès que l'on est au plus proche des terrains, là où se produisent les interventions avec les gens, il est difficile d'évaluer si les interventions sont conformes aux prescriptions des théoriciens et si elles sont efficaces. Il y a en effet une absence d'évaluation systématique de ce processus de production éducative, on ignore par exemple le nombre initial de mises en route d'interventions, et on ignore le nombre final d'interventions effectives, alors en termes de qualité, on ignore tout.

Néanmoins, cette combinaison de niveaux d'action conforte l'hypothèse que le fait d'intervenir pour développer les compétences psychosociales des personnes et des groupes est une action politique et politisante. Les compétences psychosociales seraient un instrument d'un projet politique où se confrontent plusieurs visions du monde autour d'un bien commun : la santé pour le développement humain.

La seconde partie des travaux propose de vérifier en partie notre hypothèse par l'examen d'une conception de la santé dont la finalité est le développement humain comme principe supérieur commun dans la cité promotion de la santé.

# **DEUXIÈME PARTIE : Promotion de la santé pour le développement humain**

# Introduction à la DEUXIÈME PARTIE

« Parler de la santé beaucoup plus que de la maladie ; montrer comment la santé se conserve, beaucoup plus que comment la maladie se guérit ; exposer les lois de la vie saine ; *s'occuper d'abord de l'état normal* ; parler du terrain humain plus que du microbe et substituer à la peur de celui-ci la confiance raisonnée dans la *résistance d'un organisme bien équilibré* ; bref, développer une mentalité de *santé... tels sont nos buts. Nous donnons à la santé une définition très large, santé de l'intelligence, santé de la conscience morale, santé de l'âme.* » (Delore, 1942)

Dans cette deuxième partie, sont présentés les domaines conceptuels et les modèles sociaux de la santé, comme le cadre théorique et pratique où vient s'imbriquer le concept de compétences psychosociales. La démarche permet, en effet, de mettre en évidence les fondements sur lesquels s'appuie ce concept au travers de l'évolution de la conception de la santé et la construction du nouveau champ théorique et d'action qu'est la promotion de la santé.

La promotion de la santé est traitée ici au travers du modèle des cités (Boltanski, 1991). En suivant l'analyse des mondes communs de Luc Boltanski et Laurent Thévenot, où l'ordre naturel peut être décrit à l'aide de catégories définissant des sujets, des objets, des qualifications et des relations, la démonstration vise à dégager les éléments constitutifs de la cité promotion de la santé. Partant de l'analyse de la philosophie politique, les auteurs ont rendu compte des différentes expressions du bien commun présentes dans la société contemporaine. En m'appuyant sur le modèle des cités ou différents mondes sont régis par chacune des formes de bien commun, je propose d'examiner la promotion de la santé comme une cité, de distinguer comment les textes fondateurs en explicitent son bien commun propre et quelles en sont les grandeurs et les êtres qui la déterminent.

# **CHAPITRE I. Cadre théorique et modèle social d'un bien commun : la santé**

# I. Processus de construction d'un regard nouveau sur la santé

*« La difficulté de trouver une définition satisfaisante de la santé n'est pas une simple question de vocabulaire, elle indique plutôt qu'il s'agit d'une réalité complexe, polymorphe et mouvante. » (Monnier, 1980).*

## A. D'une définition biomédicale à l'approche de santé globale

Il est dit communément que la perception de la santé varie selon les individus, les groupes sociaux et ce en fonction de leur ancrage dans une région géographique du monde et par là-même dans un contexte sociopolitique, culturel et culturel spécifique. La perception de la santé est donc variable selon les contextes et de plus, elle semble être éminemment subjective car elle renvoie au ressentir, à ce que Canguilhem appelle la vérité du corps. (Canguilhem, 1966).

Des questions se posent lorsque nous voulons considérer la construction qui s'est opérée au fil du temps pour définir le concept de santé : la dimension contextuelle et la dimension perceptuelle de l'individu par rapport à la santé ont-elles systématiquement et toujours été prises en compte, quel est le rapport de force entre ces deux dimensions, et constituent-elles la frontière, les limites du concept ?

Les différences entre les définitions de la santé sont-elles issues de la variété de perceptions individuelles portées par un courant de pensée ancré dans son contexte propre ; autrement dit, de là où l'on se place, choisit-on ou donne-t-on une définition plus qu'une autre ?



Les dictionnaires nous en livrent une définition succincte et imprécise comme l' « équilibre et bon fonctionnement de l'organisme »<sup>25</sup>, ou comme l' « état de bon fonctionnement de l'organisme »<sup>26</sup>.

La définition de la santé qui tente de s'imposer aujourd'hui se veut universelle et commune à toutes les parties prenantes : chercheurs, professionnels, usagers, décideurs... ; alors serait-elle valable c'est-à-dire admise comme fondée dans tous les contextes ? Représenterait-elle la somme de toutes les perceptions individuelles de la santé ? Ou bien finalement est-elle le nécessaire et normatif point de référence dans la sphère publique et privée ?

## 1. Concept de santé : définitions et normes

En se basant sur l'étude de la santé comme norme de soin (Klein, 2008), il convient de s'interroger sur le fait-même de définir la santé car celle-ci émane trop souvent d'un jugement extérieur très relatif. Ce n'est pas l'individu qui se définit en bonne santé, mais précisément les autres. Ce n'est pas le fou qui s'identifie comme tel, mais les autres, son entourage ; la santé apparaît être un phénomène collectif qui n'existe que par la collectivité et qui ne se définit que par elle. La notion de santé implique certainement l'existence d'un état dit normal, mais l'appréciation de ce qui doit être considéré comme normal est toute relative. Si nous estimons que ce qui est normal est ordinaire c'est à dire conforme au modèle le plus fréquent, conforme à l'attendu, alors cela nous renvoie à la notion de norme. Le mot « santé » comporte donc l'acceptation de ce qui paraît convenable dans une société ou dans un groupe et dont la non-observance entraîne une désapprobation. La démarche même de définir la santé met en évidence le rôle de la pression sociale. Dans la mesure où les normes constituent le cadre de référence d'une société, celles-ci se trouvent associées aux valeurs développées par cette dernière<sup>27</sup>. Dans ce sens, les valeurs sont des normes générales reconnues par tous les

---

<sup>25</sup> Dictionnaire Encarta, encyclopédie numérique, Microsoft, 2009.

<sup>26</sup> Dictionnaire Larousse <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

<sup>27</sup> Dictionnaire critique d'action sociale. - Paris : Bayard, 1995. – 257 p.

membres d'une société et dans tous les contextes (privés et publics) et les normes sont des règles, des conduites qui s'appliquent et demandent à être respectées dans des contextes particuliers (famille, travail, santé...). Les auteurs, (Durkheim, Weber, Pareto, Parson, Homans, Opp, entre autres) qui se sont attardés à définir le concept de norme, à débattre des façons dont elle régule l'action sociale et à analyser ses multiples manifestations, s'accordent sur la nécessité d'une adhésion aux normes pour assurer le fonctionnement d'une société (Riutort, 1996).

Dans le domaine de la santé, les normes peuvent être classées en plusieurs catégories, je retiens la classification, qui me semble très complète, proposée par la sociologue québécoise Monique Caron-Bouchard :

« Les normes sociales, coutumières (elles correspondent aux *mœurs* et aux *manières*, et se présentent comme un code moral collectif encadrant l'activité sociale dans les diverses situations de la vie quotidienne) ;

Les normes diététiques/alimentaires (elles sont dictées entre autres par le guide alimentaire canadien et par différents acteurs en santé publique, mais peuvent aussi être imposées par la filière agroalimentaire) ;

*Les normes comportementales (dans le domaine de l'activité physique, elles peuvent recommander, par exemple, d'être actif pendant 30 minutes, un minimum de trois fois par semaine) ;*

Les normes économiques (elles peuvent réguler la composition des produits sur le marché, l'accessibilité de ceux-ci, le développement de nouveaux produits et régir les échanges commerciaux entre entreprises, entre provinces d'un même pays et entre pays) ;

*Les normes sanitaires (elles s'appliquent à la propreté des lieux dans les endroits publics, aux mesures d'entreposage des aliments, etc.) ;*

Les normes politiques (*elles peuvent s'inscrire dans un cadre juridique ou d'orientation politique*).

Nous pourrions rajouter à cette classification les normes relatives au corps et à la vie, ainsi que les normes sexuelles et familiales, telles qu'identifiées par Demeulenaere (2003).» (Caron-Bouchard, 2010)

Les dimensions normatives du concept de santé se placent également dans une perspective historique et culturelle de la santé publique.

« Jean-Pierre Dozon dégage quatre modèles historiques de la prévention, schème universel - le modèle magico-religieux (interdits et obligations) étant la référence des modèles de la contrainte profane (des exclusions aux sanctions), pastorien (*l'éradication*) et du modèle contractuel (*l'éducation*), actuellement dominant – qui fonde le pluralisme préventif contemporain. Dans le sillage des économies de la grandeur, Didier Fassin décrit le fonctionnement rhétorique et pragmatique de la « *cité salubre* ». *L'idéal de santé n'est pas plus une idéologie qu'une utopie, elle est inflation d'un discours dont les réalisations modestes s'accommodent des contraintes idéologiques et économiques.* » (Lézé, 2003).

Ici après, je présente une brève rétrospective chronologique afin d'identifier les moments-clés de l'évolution du concept de santé et de situer notre sujet sur le développement des compétences psychosociales dans cette perspective historique et culturelle.

Pour Dubas, le concept de santé basé sur le modèle biomédical forgé au cours du XIXe siècle, est paradoxal puisque la biomédecine, ayant pour paradigme la biologie, se donne pour objet les maladies et non la santé (Dubas, 2004). Au XIXe siècle, la santé est une conception centrée sur la maladie. La santé se trouve alors définie par son caractère négatif - l'absence de maladie et d'infirmité comme la paix pourrait se définir par l'absence de guerre. En 1936, le chirurgien René Leriche (1879-1955), disait que «  *la santé c'est la vie dans le silence des organes*  ». Cette formule continue à être largement reprise et critiquée dans de nombreux articles encore aujourd'hui. On la retrouve parfois amputée «  *la santé c'est le silence des organes*  », elle est souvent commentée et critiquée comme obsolète, restrictive à la seule dimension biomédicale. Cette santé apparaît comme l'état biologique souhaitable qui se mesure par des indicateurs biophysiques.

Georges Canguilhem (1904-1995) dénonce déjà le dogme positiviste établi par Auguste Comte (1798-1857) selon lequel le pathologique est le miroir grossissant du normal, et la santé est vidée de son contenu original pour être définie comme une norme biologique absolue (Canguilhem, 1966). Ce sont en effet les travaux du philosophe Canguilhem, réalisés de 1943 à 1963, qui justifient actuellement un second modèle de la santé dit psychosocial. Un modèle où la santé est envisagée pour elle-même, ou elle n'est plus l'absence de maladie, ni «  *la vie dans le silence des organes*  » de Leriche, un modèle où le rapport de l'individu à sa santé et, dans le cadre du système de santé, le point de vue du malade, sont au cœur de la tentative de rationalisation (Klein, 2008). Pour Canguilhem, la maladie est un désordre qui

survient dans le corps et crée la rupture de l'harmonie, de l'équilibre. La maladie est un effort de la nature en l'homme pour obtenir un nouvel équilibre. Elle est une autre allure de la vie ; l'état de maladie impose une autre vie, une modification des allures habituelles. La fonction du soin est de rétablir cet équilibre, cet ordre (Dahmane, 2003). Les travaux dans le domaine de l'éducation du patient, notamment sur le maintien ou l'amélioration de la qualité de vie s'inspirent largement de cette vision nouvelle.

Il apparaît que les divers textes contemporains qui s'attachent à définir le concept de santé se construisent autour d'une rupture située dans un contexte occidental. La littérature place, en effet, les conditions d'une première modalité de définir la santé située avant 1945 et d'une nouvelle définition située après 1945. La Seconde Guerre mondiale semble donc marquer fortement l'opposition entre deux conceptions de la santé : une conception dite « négative » et une conception dite « positive ».

Le texte de l'OMS en 1946, consacrant sa propre constitution, nous livre la définition de la santé, élaborée à l'immédiat après-guerre et qui a l'ambition de s'imposer à tous les peuples. Cette définition va évoluer dans son acception au fil des travaux de l'Organisation alimentés par les apports des sciences humaines et sociales. En effet, l'OMS inscrivait à l'origine dans le préambule de sa constitution (OMS, 1946) que :

« La santé est un état de complet bien être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »<sup>28</sup>.

La dimension biopsychosociale y est ici déjà clairement énoncée et comporte trois éléments liés et interdépendants. Nous remarquons que les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont sur un pied d'égalité, dans un système de causalités complexes, multiples et circulaires.

---

<sup>28</sup> Infirmité est utilisée dans le sens de déficience : altération d'une structure ou fonction anatomique (déficience physique), physiologique (déficience sensorielle ou viscérale) ou psychologique (déficience mentale). Il s'agit d'un état temporaire ou permanent en référence à une norme biomédicale.

Dans l'immédiat après-guerre, époque encore dominée par l'approche biomédicale de la santé, cette définition va marquer un changement majeur dans la manière d'appréhender le champ de la santé. A partir de la publication de ce texte, toutes les recherches vont prendre en compte ce passage historique et culturel d'une conception négative à une conception positive de la santé : la santé n'est plus seulement l'absence de maladie<sup>29</sup> ou de handicap<sup>30</sup>, d'autres indicateurs alors, basés non seulement sur les critères de présence ou d'absence de la maladie et du risque, vont permettre de la mesurer. Ces nouveaux indicateurs sont construits sur les critères de bien être physique, mental et social d'une société.

Pourtant, la représentation d'une conception négative de la santé à une conception positive n'est pas inscrite dans un continuum historique lié uniquement à notre période contemporaine. En effet, dans l'Antiquité, on peut déjà trouver une conception positive de la santé.

Rappelons que l'étymologie latine de « santé » est « sanitas » qui désigne la santé du corps et de l'esprit qui dérive elle-même de « sanus » (sain) dont l'origine est inconnue. Du côté du grec, on retrouve deux mots: « hygiès » qui correspond au mot « sain », et « hygieia » qui correspond à « santé » et que l'on traduit littéralement par : « l'état de celui qui est bien en vie » (Gourevitch, 1984).

La mythologie dit qu'Asclépios (ou Esculape chez les Romains), le Dieu de la médecine était entouré de sa femme Epioné (celle qui guérit), de ses filles Panacée (déesse des soins ou du remède universel) et Hygie (ou Salus chez les Romains) déesse de la santé, et de ses fils Podalire, Machaon (tous deux médecins dans l'armée des Grecs, à Troie) et de Télésphore (génie de la convalescence). La légende dit qu'Hygie était la fille la plus vénérée d'Asclépios. Certains se sont étonnés qu'Hygie soit née de la médecine, compte tenu de la conception positive qu'elle recouvre. La mythologie faisait d'Esculape, dieu de la médecine, le fils du Soleil. « Cette généalogie, sans doute, n'est pas moins symbolique que la personne même du

---

<sup>29</sup> Altération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution ou comme une entité définissable. (Petit Robert).

<sup>30</sup> Désavantage social conféré par l'incapacité et la déficience mais aussi par un environnement défaillant : pour un individu, le handicap est fonction des altérations de l'état de santé, des ressources personnelles, de l'environnement personnel et collectif.

dieu, et Pausanias raconte qu'un Sidonien, qu'il rencontra dans le temple d'Esculape à Aegium, lui dit que ce dieu est la personnification de l'air nécessaire à l'entretien de la santé de tous les êtres, et qu'Apollon, qui représente de son côté le soleil, est dit, avec raison, le père d'Esculape, puisque son cours détermine les différentes saisons et communique à l'atmosphère sa salubrité. » (Littré, 1842). Dans son introduction aux livres hippocratiques, l'auteur nous informe qu'on trouve à cette époque pré-hippocratique, les sources du développement médical autour des notions de maladie/santé :

« Les sources qui alimentèrent la médecine dans le courant du 8<sup>e</sup> siècle avant J.-C., âge qui a été immédiatement antérieur au célèbre médecin Hippocrate, sont au nombre de trois. La première est dans les collèges des prêtres-médecins qui desservaient les temples d'Esculape, et que l'on désignait sous le nom d'Asclépiades; la seconde, dans les philosophes ou physiologistes qui s'occupaient de l'étude de la nature, et qui avaient fait entrer dans le cadre de leurs recherches l'organisation des corps et l'origine des maladies ; la troisième est dans les gymnases ou les chefs de ces établissements avaient donné une grande attention aux effets, sur la santé, des exercices et des aliments ». (Littré, 1842).

La notion de santé articulée à celle de maladie peut trouver aussi une première source dans la République de Platon [IX, 583-584]. Ici, je rapporte un extrait du texte qui illustre comment Platon développe l'idée que la douleur (état de souffrance) s'oppose au plaisir pur (état de santé) en grande partie par les états intermédiaires de présence ou d'absence de souffrance :

« Dis-moi, demandai-je, n'affirmons-nous pas que la douleur est le contraire du plaisir? Si fait. Et n'y a-t-il pas un état où l'on ne ressent ni joie ni peine ? Si. État intermédiaire également éloigné de ces deux sentiments, qui consiste dans un repos où l'âme se trouve à l'égard de l'un et de l'autre. N'est-ce pas ainsi que tu l'entends ? Si, dit-il. Or, te rappelles-tu les discours que tiennent les malades quand ils souffrent ? Quels discours ? Qu'il n'y a rien de plus agréable que de se bien porter, mais qu'avant d'être malades ils n'avaient point remarqué que c'était la chose la plus agréable. Je m'en souviens. Et n'entends-tu pas dire à ceux qui éprouvent quelque violente douleur qu'il n'est rien de plus doux que de cesser de souffrir ? Je l'entends dire. Et dans beaucoup d'autres circonstances semblables tu as remarqué, je pense, que les hommes qui souffrent vantent comme la chose la plus agréable, non pas la jouissance, mais la cessation de la douleur et le sentiment du repos. C'est qu'alors, peut-être, le repos devient doux et aimable. Et

lorsqu'un homme cesse d'éprouver une jouissance, le repos à l'égard du plaisir lui est pénible. Peut-être, dit-il. Ainsi cet état, dont nous disions tout à l'heure qu'il était intermédiaire entre les deux autres, le repos, sera parfois l'un ou l'autre, plaisir ou douleur ? Il le semble. Mais est-il possible que ce qui n'est ni l'un ni l'autre devienne l'un et *l'autre* ? Il ne me le semble pas. Et le plaisir et la douleur, quand ils se produisent dans l'âme, sont une espèce de mouvement, n'est-ce pas ? Oui. Or, ne venons-nous pas de reconnaître que l'état où l'on ne ressent ni plaisir ni douleur est un état de repos, qui se situe entre ces deux sentiments ? Nous l'avons reconnu. Comment donc peut-on croire raisonnablement que l'absence de douleur soit un plaisir, et l'absence de plaisir une douleur ? On ne le peut d'aucune façon. Donc, cet état de repos n'est pas, mais apparaît, soit un plaisir par opposition à la douleur, soit une douleur par opposition au plaisir ; et il n'y a rien de sain dans ces visions quant à la réalité du plaisir : c'est une sorte de prestige. Oui, dit-il, le raisonnement le démontre. Considère maintenant les plaisirs qui ne viennent point à la suite de douleurs, afin de ne pas être induit à croire, dans le cas présent, que, par nature, le plaisir n'est que la cessation de la douleur, et la douleur la cessation du plaisir. De quel cas et de quels plaisirs veux-tu parler ? Il y en a beaucoup, répondis-je ; mais veuille bien considérer surtout les plaisirs de l'odorat. Ils se produisent en effet soudainement, avec une intensité extraordinaire, sans avoir été précédés d'aucune peine, et quand ils cessent, ils ne laissent après eux aucune douleur<sup>31</sup>. C'est très vrai, dit-il. Ne nous laissons donc point persuader que le plaisir pur soit la cessation de la douleur, ou la douleur la cessation du plaisir. Non. Et pourtant, les prétendus plaisirs qui passent dans l'âme par le corps - et qui sont peut-être les plus nombreux et les plus vifs - appartiennent à cette classe : ce sont des cessations de douleurs. » (Platon).

Aussi loin que l'on remonte, on sait donc que la santé est issue de la médecine, elle n'est pas première. Cette articulation maladie / santé sera à l'œuvre dans de nombreuses définitions tout au long des époques historiques et s'accroîtra au XIXe et dans la première moitié du XXe siècle. Ceci est lié selon Foucault au fait que la physiologie et la biologie amènent les

---

<sup>31</sup> Dans le *Philèbe*, 51 b sqq., Platon cite d'autres exemples de plaisirs purs, notamment ceux que procurent les couleurs, les formes, les sons, et en général tous ceux dont la privation n'est point sensible et dont la jouissance s'accompagne d'une sensation agréable, exempte de toute peine.

médecins du XIXe à concevoir le monde de façon bipolaire : d'un côté le normal et de l'autre, le pathologique (Foucault, 1963).

Ce modèle biomédical reste encore appliqué aujourd'hui, il demeure dominant dans l'enseignement des facultés de médecine. Ce modèle s'appuie sur le modèle analytique des sciences classiques importé aux sciences médicales. Cette importation se manifeste schématiquement par être malade (avoir mal, se sentir mal, être perturbé...) se réduit à avoir une maladie, une entité morbide à l'intérieur de l'organisme. L'approche médicale doit dès lors suivre le chemin menant de l'homme qui « est mal » et qui vient demander l'aide du médecin, aux faits et processus morbides que celui-ci peut identifier dans son corps physique. L'ancien projet pathologique institué par la médecine grecque hippocratique (le projet d'un savoir relatif aux souffrances ou aux passions du vivant) se transforme en l'étude des manifestations somatiques. Les psychothérapeutes nous apprennent que cette réduction des maux à des faits morbides objectifs dans l'organisme implique en outre une modification profonde de l'appréhension du corps lui-même, celui-ci « étant réduit à un objet, à un agrégat d'organes et de fonctions, et se trouvant amputé par-là de son rapport constitutif au monde et aux modalités concrètes de la vie. » (Onnis, 2009).

« L'erreur qui fait de ce modèle un modèle estropié, réside dans le fait qu'il n'inclut pas le patient et ses attributs en tant que personne, en tant qu'être humain. »  
(Engel 1980).

Comme pour appuyer le discours des psychothérapeutes, la sociologie du corps s'oppose au discours hygiéniste porté sur les corps lequel écarte la dimension sociale et culturelle. Par son approche sociologique du corps, David le Breton dénonce l'optimisation du corps par la médecine qui s'en est progressivement approprié le contrôle. Pour l'auteur, le corps est conçu comme une construction sociale et culturelle, une « matière de symbole, objet de représentations et d'imaginaires ». Dépassant la représentation normative de la médecine, du corps physiologique, Le Breton montre comment la modernité a élaboré, dans la pensée occidentale, le corps comme « une borne frontière pour distinguer chaque individu ». Le résultat de cette individuation par les corps conduit à la responsabilité croissante de l'individu vis-à-vis de son corps, à une exigence d'attention à soi tout en maîtrisant « ses choix et ses valeurs » (Le Breton, 1992). L'anthropologie du corps nous dit également que « bien que le corps soit un lieu de pouvoir pour le savoir médical, il est également un lieu où se



cristallisent des normes et des valeurs. Nos comportements corporels résultent ainsi d'un apprentissage et d'une intériorisation de logiques sociales et culturelles.» (Blum, 2008).

Nous avons compris que la définition de la santé de l'OMS en 1946 ouvre un nouveau champ conceptuel de la santé en critique à l'approche dite biomédicale classique et héritée de la médecine. Il me semble donc intéressant d'appréhender maintenant les différentes étapes culturelles qui contribuent à conceptualiser une définition positive de la santé jusqu'à la définition réécrite, quarante ans plus tard, par l'OMS dans la charte d'Ottawa en 1986 et qui est progressivement devenue la référence pour toute la communauté scientifique mondiale. J'ai choisi quelques définitions de la santé que je présente ci-après par les apports théoriques nouveaux qu'elles transmettent (adaptation au milieu, rapport à l'environnement, autonomie, ressources sociales et individuelles...).

En 1946, l'OMS a cherché donc à définir la santé d'une façon absolue et universelle, comme un état idéal. C'est une définition positive qui élargit le concept de santé à une conception globale. Certains déterminants de l'état de santé sont formulés : composantes biologiques associées aux composantes psychologiques et sociales. Mais cette définition est considérée par les experts de la promotion de la santé (Nutbeam, 1998) comme trop statique (état), irréaliste ou idéaliste (complet), réduite à la notion de bien-être qui par définition est une perception individuelle donc variable selon les individus. Cette définition a rencontré de nombreuses critiques ou des ajustements, elle sera reprise par exemple en lui atténuant son caractère statique et idéaliste :

*« La santé est l'équilibre et l'harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine biologiques, psychologiques et sociales » (Berthet, 1983).*

Le concept de santé apparaît donc, en premier lieu, comme le paradigme de l'utopie d'un bien-être complet assuré aux individus qui constituent une communauté humaine. Ensuite, ce bien-être est proposé sous la forme d'une situation d'équilibre et d'harmonie. Il se fonde en quelque sorte, d'une part, sur le modèle de la physique qui précise les lois de l'équilibre des forces dans un champ de force et, d'autre part, sur le modèle de l'esthétique dont un des éléments principaux est l'harmonie, issue des bonnes relations entre un tout et ses parties et principe des sentiments de l'ordre, de l'unité et du beau. Un tel paradigme doit s'appliquer dans tous les champs de l'existence humaine. La santé se définit ici non plus en tant que réalité mesurable, physique, mais comme une réalité qui tend à fuir lorsque l'on s'en approche.

En effet, elle est tranquillité, bon moral, bonheur, harmonie... bref ce serait une qualité à conquérir tous les jours.

Dans les années 1970, se développe une approche centrée sur le milieu, l'environnement et le processus d'adaptation qui doit s'opérer de manière continue et constante pour les individus afin de maintenir et faire progresser leur niveau de santé. La santé résulte d'une capacité comportementale, comprenant des composantes biologiques aussi bien que sociales, à accomplir des fonctions fondamentales qui ne peuvent l'être que par un processus d'adaptation (Bonnevie, 1973). Dubos considère la santé comme l'expression du succès ou de l'échec de réponses adaptatives faites par la personne aux défis de l'environnement dans sa dimension globale (Dubos, 1979).

Dans les années 1980, l'utopie est laissée de côté, pour considérer davantage l'aspect dynamique de la santé. Il s'agit, pour Cotton, de considérer l'individu dans son rapport dynamique à l'environnement :

*« La vie peut être considérée comme un rythme continu d'interactions, un état d'équilibre instable et le bien-être qui en est l'interprétation n'est jamais qu'un état passager à reconquérir sans cesse. Le potentiel d'énergie qui maintient et qui est capable de rétablir à tout moment l'équilibre de bien-être sans cesse menacé d'un organisme soumis à chaque instant aux agressions de son environnement et à ses besoins d'adaptation interne ou externe est un phénomène essentiellement dynamique : la santé. » (Cotton, 1982).*

Rosette Poletti considère que :

*« L'être humain est un tout dynamique et complexe avec des aspects biologiques, psychologiques, psychosociologiques et spirituels. Il est inséré dans un environnement sur lequel il agit et qui agit sur lui. Il recherche un état d'équilibre dynamique entre son corps et son esprit, entre les différentes instances de sa personnalité et entre lui-même et son environnement.. » (Poletti, 1989).*

Ivan Illich définit aussi la santé comme la nécessaire adaptation au changement; cependant, il introduit la notion d'autonomie comme élément de la démarche vers la santé (Illich, 1974). C'est une vision existentielle, car au-delà du processus d'adaptation du sujet au milieu, le sujet a la capacité de s'affirmer dans un milieu donné. L'autonomie devient une condition

essentielle à la santé individuelle. Dans ce modèle, le sujet est autonome, il devient partenaire des soins, il revendique la liberté questionnant le sens de la vie, de son contenu, les évènements qui la jalonnent. Il se manifeste, se positionne.

Ces quelques propositions de définition de la santé nous amènent à mieux appréhender le changement de paradigme qui a conduit à la santé définie en 1986, dans la charte d'Ottawa. L'OMS propose la nouvelle définition de la santé intégrée elle-même dans la définition donnée pour le concept de promotion de la santé.

« Cette démarche (la promotion de la santé) *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 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.* »  
(OMS, 1986).

Cette nouvelle définition porte un caractère plus dynamique : la santé n'est pas un état stable, elle permet l'adaptation aux conditions de vie. De plus, l'OMS complète le propos en citant les conditions préalables à la santé : « Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base. »

Aujourd'hui, cette définition est reconnue, mondialement, citée dans la majorité des documents intégrant l'objet « santé ». Elle est la référence dans les milieux scientifiques et professionnels de la nouvelle santé publique. Mais aujourd'hui encore, les travaux sur la santé n'ont pas terminé de faire le tour des questions posées par ce concept multidimensionnel et multifactoriel : Est-ce une définition satisfaisante, intègre-t-elle toutes les composantes, les domaines qui touchent à la santé ? « La santé comme la mesure... », Il existe donc un seuil mais comment est-il fixé par les individus eux-mêmes, par la politique de santé, par les professionnels ? Est-ce le même seuil pour tous ces acteurs ?

La difficulté d'appréhender ce concept pourrait être illustrée par les propos d'un fervent défenseur de la promotion de la santé, acteur de terrain engagé auprès des plus pauvres (ATD quart-monde), qui concluait souvent nos conversations par « *la santé, c'est la vie* ».

Aujourd'hui, nombre de travaux montrent que les politiques de santé affichent avoir intégré la nouvelle définition de la santé et même une démarche de promotion de la santé, mais s'inscrivent néanmoins dans le courant renouvelé mais normatif de la santé publique. Par exemple, l'enquête de Comby et Grossetête, veut montrer que l'approche de la santé est étroitement liée à ce qu'ils désignent sous les termes « dispositions à se montrer prévoyant ». Se montrer prévoyant, c'est suivre un ensemble de prescriptions pour prétendre à un comportement citoyen valorisé par des politiques publiques dans un pacte social qui redéfinit les manières légitimes de se déplacer, de consommer, de se loger ou de s'alimenter. Au travers d'une communication aux slogans évocateurs l'État fixe « la (nouvelle) norme de prévoyance » : « Il n'y a jamais de bonnes raisons de rouler vite », « Faisons vite, ça chauffe », « Chaque geste compte », « *Si chacun fait un peu c'est la vie qui y gagne* », « Manger cinq fruits et légumes par jour ». Toujours selon Comby et Grossetête,

« les dispositions à se montrer prévoyant se distribuent différenciellement dans l'espace social. Loin d'être accessibles à tous comme le laisse penser le discours officiel, elles se rencontrent en premier lieu au sein des catégories sociales élevées pour lesquelles elles constituent notamment un *prolongement des « bonnes manières » qui se transmettent par l'éducation*. Leurs membres font prioritairement valoir le caractère prévoyant de leurs comportements *et s'assurent ainsi des profits symboliques dans la mesure où ces pratiques sont qualifiées de « citoyennes »* ». (Comby, 2012).

A la lecture de cette brève rétrospective de l'évolution historique et culturelle du concept de santé, il apparaît donc que la santé n'est pas un concept universel, intemporel, mais un concept qui se crée à partir des normes sociales et des courants de pensée. Nous pourrions calquer l'étude de ce phénomène sur les travaux de Norbert Elias dans *La civilisation des mœurs* (1979) à propos de l'évolution de l'économie affective au cours du processus de civilisation qui caractérise les pays occidentaux depuis la Renaissance. En effet, l'évolution du concept de santé semble suivre celle du concept de citoyenneté qui caractérise nos pays occidentaux depuis la Grèce ancienne à nos jours. Devoirs et droits citoyens, devoirs que le statut de citoyen impose et qu'il est censé accomplir et droits acquis d'une citoyenneté politique vers une citoyenneté sociale, sont aujourd'hui au cœur du système politique, social et éducatif français et façonnent les normes sociales dans le domaine de la santé.

## 2. Les sources de l'approche globale de la santé

Nous avons vu que la définition de la santé a connu des évolutions dont la plus remarquable est celle proposée par l'OMS en 1986 dans la charte d'Ottawa : la santé est dite holistique<sup>32</sup> et écologique<sup>33</sup>. La considération de la santé comme « un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques » est une vision plus complète et plus complexe de la santé que l'approche biomédicale présentée plus haut. Cependant, nous avons montré que malgré l'élargissement de sa définition, la santé est souvent encore considérée comme une dichotomie entre la santé et la maladie.

Le passage du paradigme biomédical vers une perspective sociale et psychologique de la santé apparaît comme une étape importante dans l'Histoire de la santé humaine et le nouveau concept de santé positive produit un impact sur la santé publique mondiale. Les praticiens, les scientifiques et les philosophes ont ainsi généré des théories et des stratégies provenant d'autres domaines de la science que la médecine. Des théories dynamiques de la santé ont été introduites en mettant l'accent sur la santé comme une ressource pour la vie quotidienne et la promotion de la santé a tenté progressivement de s'imposer comme la nouvelle santé publique.

Pour aller plus loin, nous avons identifié deux sources majeures de cette nouvelle approche de la santé dite « approche globale » dans le cadre de la promotion de la santé. La première source est celle qui nous vient du sociologue de la santé américano-israélien Aaron Antonovsky (1923-1994), qui porte sur ce qui fait la santé (salutogenèse) et non les raisons de la maladie (pathogenèse). La seconde source est celle de l'approche écologique du développement humain initiée par le psychologue chercheur américain Uri Bronfenbrenner (1917-2005).

---

<sup>32</sup> Dans le champ de la santé, est dit holistique ce qui appréhende l'individu comme un tout et traite le corps comme une entité unique et non par organes distincts, en privilégiant les interactions qui unissent le physique et le spirituel.

<sup>33</sup> En sciences de la terre, qui concerne les relations entre les êtres vivants et leur milieu.

L'approche par la salutogenèse de Antonovsky opère un revirement épistémologique dans le domaine de la santé. La salutogenèse est considérée pour les théoriciens de la promotion de la santé comme un cadre théorique qui « rejoint des valeurs, des principes et des éléments essentiels de la promotion de la santé *comme l'autonomisation, la recherche permanente du bien-être et de la qualité de vie de même que l'identification et la reconnaissance des déterminants de la santé propres à construire un projet positif de société* » (Lindström, 2012). En effet, la promotion de la santé se rapproche de la salutogenèse en ce qu'elle vise à mobiliser des ressources et de mettre en place des processus non seulement pour améliorer la santé, mais aussi pour augmenter le bien-être et la qualité de vie. C'est, dans cette perspective de nouvelle approche de la santé que s'inscrivent les compétences psychosociales et la dynamique de leur développement.

Dans l'approche salutogénique, la santé est conceptualisée comme un continuum entre la santé et la maladie, entre la présence et l'absence de santé. Chacun de nous peut être à tout moment positionné sur ce continuum et manifester simultanément des composantes saines et malsaines. La santé devient donc un état plus complexe que celui proposé par la définition de l'OMS. L'état de santé d'un individu est pour Antonovsky « un état, ou une condition de *l'organisme humain avec plusieurs dimensions coexistantes* » (Antonovsky, 1987).

Dans une perspective de prise en charge par des professionnels de la santé, ces dimensions sont explorées afin de permettre la mesure de la santé d'une personne. Antonovsky propose donc de mesurer la santé d'une personne sur un continuum santé-maladie, schématisé par la Figure 5 : Les caractéristiques du continuum santé-maladie (Antonovsky, 1987).

Dans cet outil, quatre critères de mesure sont recommandés : deux premiers critères (douleur, limitations fonctionnelles) qui comportent le ressenti de la personne, et qui doivent orienter les deux critères suivants (pronostic et action) qui font l'objet de l'intervention du professionnel.

Mesurer la santé sur un continuum : une phrase pour positionner une personne sur le continuum santé-maladie		
A. Douleur		
un problème de santé correspond à n'importe quel état ou condition de l'organisme humain ressentis par un individu comme étant	pas du tout légèrement modérément extrêmement	douloureux ;
B. Limitations fonctionnelles		
qu'il perçoit comme limitant	pas du tout légèrement modérément extrêmement	les activités de sa vie quotidiennes ;
C. Implications en termes de pronostic		
qui serait reconnu par des professionnels de la santé comme une condition de nature	non aiguë/chronique ; légère, aiguë et limitante ; légère, chronique et stable ; sérieuse, chronique et stable sérieuse, chronique et dégénérative ; sérieuse, aiguë et menaçant la survie.	
D. Implications en termes d'action		
selon ces professionnels	ne requérant aucune action particulière ; requérant des efforts dirigés vers la réduction des facteurs de risques connus ; requérant observation, supervision, ou investigation par le système de soins ; requérant une intervention thérapeutique précise.	

**Figure 5 : Les caractéristiques du continuum santé-maladie (Antonovsky, 1987).**

La perspective salutogénique se concentre sur trois aspects : la résolution de problèmes / trouver des solutions, l'identification des ressources de résistance générale, et le sens de la vie mesuré par le sentiment de cohérence (SOC). Depuis plus de vingt ans, la salutogénèse fait l'objet de nombreuses recherches à l'échelle internationale et pour de nombreuses disciplines scientifiques (Lindström, 2012).

L'approche écologique du développement humain (Bronfenbrenner, 1979) a été reprise dans le domaine de la santé (Forget, 2003) et se développe encore aujourd'hui dans les travaux canadiens (Caron-Bouchard, 2010) et francophones sur la promotion de la santé (Renaud, 2011). Cette approche, dite également écosystémique, repose sur le postulat que la santé est déterminée par des conditions variées et des acteurs multiples qui interagissent les uns avec les autres. Le modèle écologique du développement humain figure parmi les modèles généralement reconnus pour analyser un ensemble d'influences pouvant agir sur le développement de l'individu.

Il propose d'analyser les situations à l'aide d'un cadre où cinq niveaux de systèmes interagissent. Cela pour permettre de mieux comprendre comment se construisent, par exemple, les expériences d'un enfant dans un contexte donné. Ces systèmes interagissent à travers des liens bidirectionnels, influençant nécessairement l'organisation des situations dans lesquelles œuvrent les individus. L'écologie du développement humain accorde donc une attention particulière aux interactions entre les individus et leur environnement, principalement l'environnement perçu par eux.

Les cinq principaux systèmes identifiés par Uri Bronfenbrenner sont :

- Le microsystème : Il se réfère au milieu immédiat de l'individu (famille, école, groupe de pairs, quartier, etc.). Il se définit à travers les rôles occupés, les activités réalisées et les interrelations entre les acteurs qui y sont impliqués.
- Le mésosystème : Ce système est composé des différents microsystèmes qui le composent. Il constitue donc le réseau de connexions entre les environnements immédiats que représentent ces microsystèmes (par exemple, les relations qui se tissent entre la famille de l'enfant et l'école).
- L'exosystème : Il s'agit des paramètres de l'environnement externe qui influencent le développement de manière indirecte (par exemple, le contexte de travail des parents exerce parfois une pression sur la famille ce qui pourra éventuellement influencer les relations entre celles-ci et l'école).
- Le macrosystème : Représente quant à lui le contexte culturel plus large qui influence l'ensemble des autres systèmes, notamment à travers les

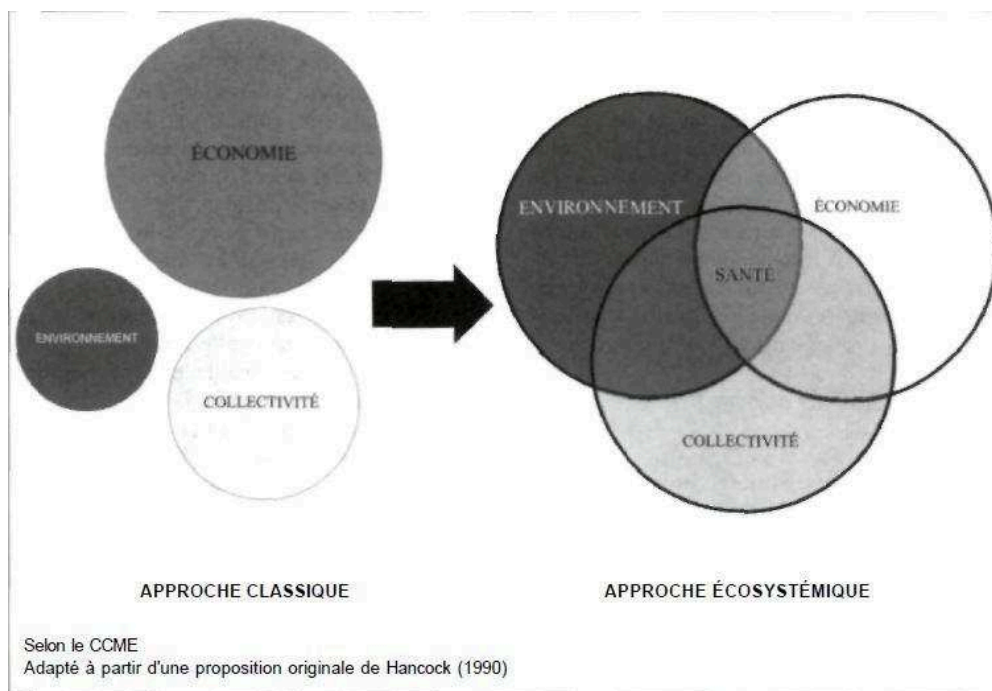


particularités idéologiques propres à la société dans laquelle s'inscrit le phénomène à l'étude.

- Le chronosystème : Il s'agit du plus récent élément ajouté au modèle et qui réfère aux transitions écologiques qui se vivent tant sur le plan de l'environnement que des rôles occupés par un individu.

Chaque système énoncé ci-dessus contient des rôles, des normes et des règles qui peuvent orienter de manière importante la santé et le développement des individus. Cette approche a été illustrée en 2003 par les travaux de Forget et Lebel qui considèrent que :

*« L'approche dite écosystémique à la santé humaine, place l'être humain au centre de la problématique du développement tout en considérant la pérennité de l'écosystème dont il est une partie intégrale. Il n'y a pas de développement durable qui ne considère à la fois le bien-être des humains et la pérennité de son écosystème. » (Forget, 2003).*



**Figure 6 : L'approche écosystémique ou la santé des écosystèmes selon (Forget, 2003)**

En ce début de XXI<sup>e</sup> siècle, nous voyons donc que la réflexion sur la santé humaine est intégrée dans des courants de pensée plus larges que ceux de la médecine et de la santé publique. Ces courants sont qualifiés d'approche positive, globale de la santé, d'approche salutogénique, d'approche écologique selon les théories qui les sous-tendent. Toutes ces approches visent à décentrer la santé de l'approche exclusive par la maladie afin de rendre compte de l'interrelation entre l'humain et son environnement social, politique et physique dans les questions de santé et aussi des ressources en santé dont dispose l'individu dans cet environnement. Ainsi la santé accède à un nouveau statut, elle est envisagée dans sa dimension globale en référence à l'individu et en référence au système. Cette dimension est rappelée par l'OMS en 2005 dans la charte de Bangkok laquelle présente les nouvelles responsabilités de la promotion de la santé et considère la santé « comme un bien public mondial ». (OMS, 2005).

## ***B. La notion de santé établie et expliquée par ses déterminants***

### **1. Définition des déterminants de la santé**

D'après la définition publiée en 1999 par l'OMS dans le Glossaire de la promotion de la santé (Nutbeam, 1999), les déterminants de la santé sont les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations. Les facteurs qui influent sur la santé sont multiples et agissent les uns sur les autres. La promotion de la santé porte fondamentalement sur l'action et la sensibilisation nécessaires pour prendre des mesures à l'égard de l'ensemble des déterminants de la santé potentiellement modifiables. Sont pris en compte non seulement les facteurs liés aux actions des individus, tels les comportements en matière de santé et les modes de vie, mais également les facteurs sociaux comme le revenu et le statut social, l'instruction, l'emploi et les conditions de travail, l'accès à des services sanitaires appropriés et les environnements physiques. Combinés, ces éléments créent différentes conditions de vie qui ont des effets sur la santé. Le tableau 6 ci-dessous proposé par la sociologue Lise Renaud présente des

exemples de déterminants (facteurs individuels, environnementaux et sociaux) potentiellement modifiables et qui sont communs à un ensemble de problèmes évitables (maladies, traumatismes, troubles).

Problèmes évitables	Exemples de déterminants potentiellement modifiables, communs à un ensemble de problèmes évitables			
	Facteurs socioéconomiques	Environnements physiques	Environnements sociaux	Facteurs personnels/comportements individuels
Maladies infectieuses	Revenu et sa distribution	Salubrité, qualité de l'air et de l'eau	Structures économiques	Aptitudes et capacités personnelles
Maladies chroniques	Emploi et conditions de travail	Bruit	Capital social	Habitudes de vie (alimentation, activité physique, tabagisme et autres dépendances)
Traumatismes	Scolarité	Infrastructure favorable à de saines habitudes de vie et à des comportements sécuritaires	Soutien social-accès aux services/ressources	Comportements à risques
Problèmes de développement et d'adaptation	Statut social	Qualité du logement, aménagement du territoire (espaces verts, etc.)	Cohésion sociale-équité de genre, non discrimination	Hygiène
Troubles mentaux, etc.	Conditions de vie durant la petite enfance		Participation sociale	Valeurs, croyances
			Sécurité	Connaissances
			Liens intergénérationnels	
			Normes sociales	

**Tableau 6 : Exemples de déterminants potentiellement modifiables, communs à un ensemble de problèmes évitables (adapté de Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2010 (Renaud, 2011))**

Tous ces facteurs sont, bien sûr, interdépendants. Par exemple, des conditions de travail difficiles peuvent, par exemple, accélérer le vieillissement. Ou encore, l'environnement social peut conditionner les modes de consommation, qu'il s'agisse de nourriture, de tabac ou d'alcool. La pollution de l'air et de l'eau peut avoir des conséquences sur les facteurs physiologiques. Autre exemple, l'organisation des services de santé dépendra des décisions politiques et de conditions économiques, etc. La réalisation d'un changement de ces modes de vie et conditions de vie, qui déterminent l'état de santé, est considérée comme un résultat intermédiaire en matière de santé.

De nombreuses études soulignent que « plus on est élevé dans la hiérarchie des revenus, moins grande est la mortalité, plus longue est l'espérance de vie et plus longue est l'espérance de vie en bonne santé. » Ce gradient a été observé dans tous les pays du monde, mais avec une amplitude qui varie.

Les différents travaux sur les déterminants de la santé tendent à montrer que c'est dans l'environnement social, économique et culturel que se trouveraient les secrets de la longévité et de la bonne santé. Selon les chercheurs, ces environnements ont un impact notamment sur les moyens utilisés pour faire face au stress. Les travaux indiquent que ces moyens vont varier selon le sentiment ressenti par l'individu de pouvoir contrôler sa vie (lors d'un événement, ou dans son travail...) et que ce sentiment est lui-même dépendant non seulement de la position hiérarchique et du support social, mais aussi du modèle de société dominant. Cette approche de la santé par ses déterminants, largement développée dans les travaux canadiens (Renaud, 1996) sur la promotion de la santé, vise à porter un regard critique sur une société qui ne devrait plus prétendre bien s'occuper de la santé de sa population simplement en lui fournissant des soins de santé, fussent-ils de la meilleure qualité technique possible. Cette approche permet aux théoriciens et experts de la promotion de la santé de corroborer leurs messages d'une société qui ne peut plus uniquement renvoyer la balle à ses membres, en leur disant qu'ils sont responsables de leurs habitudes de vie et dès lors de leur santé, mais d'une société qui doit se préoccuper de la qualité de l'environnement social qu'elle crée.

## **2. Origine et approches des déterminants de la santé**

S'intéresser à la santé c'est donc selon les experts prendre en compte les facteurs qui déterminent l'état de santé des individus et des populations, la santé étant elle-même un déterminant du développement humain au sens du Programme National des Nations Unies (PNUD). La mesure du développement humain s'est faite par l'établissement d'un indicateur de développement humain (IDH), retenant comme dimensions l'éducation, la santé et la capacité de disposer d'un revenu suffisant pour mener une vie décente. Le tout premier rapport mondial sur le développement humain date de 1990, fondé par l'économiste Mahbub ul Haq (1934-1998).

Selon le rapport, « le processus de développement devrait au moins créer un environnement favorable qui donne aux individus et aux collectivités une chance de réaliser leurs potentialités et de mener une vie créative, productive, conformément à leurs besoins et à leurs intérêts ». Ce premier document signale, en effet, que les éléments les plus importants du processus de développement humain consistent en « mener une vie longue et saine, être

éduqué et avoir accès aux ressources nécessaires pour un niveau de vie décent ». Les choix essentiels dans l'approche du développement humain sont illimités et vont donc de l'accès aux soins de santé, à l'éducation et aux revenus tout en préconisant également la participation à la vie communautaire, ainsi que la dignité et le respect. L'approche du développement humain par les nations Unies comprend également tous les aspects des libertés économiques, politiques, sociales et culturelles qui sont tous des droits humains<sup>34</sup>.

Les grands modèles explicatifs du développement humain sont de trois ordres et mettent l'accent sur l'un ou l'autre groupe de déterminants :

- Les modèles psychiatriques/psychologiques centrés sur les déterminants personnels (histoire personnelle, personnalité, santé mentale, connaissances parentales, étapes de développement). Ex : Freud, Piaget, Erikson, Bandura.
- Les modèles sociologiques centrés sur les déterminants de l'environnement (taux de monoparentalité, de pauvreté, de chômage, isolement social). Ex : Léonard, Straus, Gelles.
- Les modèles écologiques centrés sur les interrelations complexes de facteurs personnels et environnementaux.

Cette dernière, l'approche écologique a eu des précurseurs dans différents domaines<sup>35</sup> :

- L'écologie en biologie a été définie par le biologiste allemand Ernst Haeckel en 1866 comme « la science des relations des organismes avec le monde environnant, c'est-à-dire, dans un sens large, la science des conditions d'existence ».
- L'écologie humaine en sociologie est née vers 1920 à l'école de Chicago, suite aux premiers travaux sur les effets de l'urbanisation conduits par Georg

---

34 <http://www.undp.org/content/undp/fr/home/>

35 Données tirées des travaux datant de 2000 de Claire MALO, chercheure à l'Institut de recherche pour le développement social des jeunes & École de service social, Université de Montréal.

Simmel (Simmel, 1903) ; mais aussi par l'intérêt pour les caractéristiques physiques, sociales, économiques, et démographiques des aires naturelles d'activité humaine étudiées par Robert Park (Breslau, 1988; Park, 1925); et plus récemment, elle s'est développée avec les travaux sur la répartition spatiale des populations urbaines et des phénomènes sociaux (Rhein, 2003).

- L'écologie sociale en psychologie est née vers 1950 dans le courant de développement de la psychologie communautaire et suite aux travaux de Roger Barker sur les comportements en fonction des contextes (Barker, 1963). Ce modèle prend vraiment son essor avec le modèle écosystémique de développement humain proposé par Bronfenbrenner (1979) que nous avons présenté comme une source majeure de l'approche globale de la santé.

Les réflexions et les approches concernant les déterminants de la santé trouvent leurs racines dans ces modèles et sont particulièrement actives au Canada. De manière générale, quatre champs de déterminants composent la santé : le contexte global, les systèmes, les milieux de vie et les caractéristiques individuelles. Les études sur les déterminants de la santé s'attachent à décrire et analyser une ou plusieurs catégories appartenant à ces quatre champs. Le rapport Lalonde, paru en 1974 au Canada (Lalonde, 1974), est présenté comme l'un des documents fondateurs de la promotion de la santé<sup>36</sup>. Depuis sa publication, le document a permis de contester la conception traditionnelle de la santé. Ce document est la pierre angulaire de la réputation internationale du Canada en matière de promotion de la santé et constitue une réalisation historique dans le domaine de la santé.

Ce rapport a, en effet, mis en évidence que l'organisation du système de soins n'était qu'un des quatre grands ensembles de déterminants à côté de la biologie humaine, de l'environnement et des habitudes de vie. Dans l'introduction (p. 6) du livre vert qu'il publie en 1974, Nouvelle perspective de la santé des Canadiens, le ministre de la Santé, Marc Lalonde, déclare :

---

<sup>36</sup> <http://www.promosante.org/publication/nouvelle-perspective-de-la-sante-des-canadiens-rapport-lalonde>

*« Le gouvernement du Canada se propose dorénavant d'accorder à la biologie humaine, à l'environnement et aux habitudes de vie autant d'importance qu'au financement du système de soins afin que les Canadiens puissent bénéficier des nombreux avantages découlant de ces quatre grands moyens d'action. [...] Le gouvernement [...] partage, avec les gouvernements provinciaux et municipaux, l'intérêt envers le mieux-être des citoyens, et il a tenu compte de ce fait dans la préparation du présent document de travail. Le gouvernement canadien est également conscient que la distribution des soins à l'ensemble de la population est nettement de compétence provinciale. Il n'en demeure pas moins qu'il existe des problèmes de santé à l'échelle nationale qui transcendent les frontières provinciales et qui sont partie intégrante du tissu social de l'ensemble du pays. On ne peut résoudre ces problèmes en dispensant uniquement des soins médicaux, mais en fournissant plutôt aux Canadiens la protection, l'information et les moyens qui leur permettront de s'associer aux spécialistes de la santé dans la lutte pour la conservation de la santé et pour l'accès à une vie plus saine. »*

Cette approche est en phase avec la santé publique des années 1970 mettant l'accent sur l'épidémiologie des comportements (Kickbusch, 1986). C'est d'ailleurs une critique que quelques auteurs (Hancock, 1994; Labonté, 1994) ont avancée sur les perspectives de ce rapport car il serait possible de les interpréter comme une volonté de transférer les coûts de santé de l'État vers les individus, de se concentrer sur les modes de vie de ces derniers et de réduire la définition de l'environnement à des aspects physiques et non sociaux.

William McBeath présente une autre interprétation de la New Public Health (McBeath, 1991). Non seulement elle ne serait pas née avec le rapport Lalonde, mais c'est précisément en opposition à l'excès d'intérêt porté par lui aux life-styles, qui avait conduit les politiques sanitaires à se focaliser sur la responsabilité individuelle, que s'est développée la nouvelle santé publique, comme alternative accordant la priorité à la participation active des populations.

D'autres modèles plus écologiques ont ensuite été élaborés au Canada, comme l'approche écologique à la santé du Comité d'étude sur la promotion de la santé qui a mené au rapport de

la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux en 1988, dit rapport Rochon<sup>37</sup>. Ce rapport fait le diagnostic d'un « système socio sanitaire pris en otage » (Bozzini, 1990), pour lequel il a préconisé deux grands remèdes : l'intersectorialité et une politique de la santé et du bien-être.<sup>38</sup>

Plus tard dans les années 1990, le cadre conceptuel et holistique des déterminants de la santé est proposé par Evans et ses collègues (Evans, 1996) au sein de l'Institut Canadien pour la Recherche Avancée<sup>39</sup>. Selon ces auteurs, les déterminants de la santé sont de plusieurs ordres et interagissent entre eux. Le modèle propose que l'environnement social et l'environnement physique vont influencer l'apparition de la maladie à côté du patrimoine génétique et ce pour toutes les strates de la population. Ce cadre d'analyse pose également une distinction intéressante entre, d'un côté, la maladie diagnostiquée (pathologie), et de l'autre, l'état de santé perçu par les individus (le bien-être). En outre, il est mentionné que les individus vont réagir à leur environnement, tant en ce qui a trait à leurs habitudes de vie ou comportements, que d'un point de vue biologique, ces réactions biologiques ne se limitant pas au système immunitaire. Le modèle ajoute à tout cela que l'économie et notamment la prospérité sont des déterminants essentiels de la santé. La prospérité aura également des incidences sur les environnements physiques et sociaux. Pour les auteurs de ce cadre, il existe donc une rétroaction entre la prospérité et la santé et le bien-être (Ridde, 2004).

Ceci nous amène à considérer les déterminants sociaux de l'état de santé. Les travaux sur le sujet se sont inspirés directement des modèles épidémiologiques (Dever, 1976; Stronks, 1996). Bien que le développement et l'usage de l'épidémiologie soit un élément de

---

<sup>37</sup> Jean Rochon, Diplômé de l'Université de Montréal, de l'Université Laval et de l'Université Harvard en droit, médecine et santé publique, le Dr Jean Rochon est reconnu par plusieurs comme étant « le père de la santé communautaire au Québec. » Au début des années 70, il a exercé les fonctions de conseiller à la Commission Castonguay et de membre du Comité MacDonald, qui mena à la création de 32 services de santé communautaire au Québec en 1973. Il a exercé les fonctions de président de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux du gouvernement du Québec, qui a jeté les bases pour des initiatives de réformes reconnues internationalement. Le Dr Rochon a exercé les fonctions de directeur, Gestion du programme, de l'Organisation mondiale de la Santé et par la suite de directeur de la Division de la protection et la promotion de la santé au siège social de l'OMS à Genève. (Sélection santé de l'ACSP, 1994).

<sup>38</sup> Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, 1988, p.428.

<sup>39</sup> <http://www.icra.ca/icra>.



légitimation de la santé publique (Berlevert, 2003), néanmoins, les modes de vie et les comportements restent l'objet central des politiques publiques dans de nombreux pays européens alors que, les inégalités de santé subsistent, voire pour certains, augmentent (Doumont, 2010). Plusieurs d'entre eux toutefois, comme les Pays-Bas, l'Angleterre et la Suède se sont déjà dotés « d'une politique de réduction des inégalités de santé » (Doumont, 2010). En Angleterre, les programmes d'actions visant à réduire ces inégalités sont basés sur l'universalisme proportionné, il s'agit d'actions qui doivent être universelles, bien que proportionnelles aux besoins (Marmot, 2014).

En France, il faut attendre 2009 pour que le Haut Conseil de la Santé Publique, publie un rapport totalement consacré aux inégalités de santé (HCSP, 2009). Dans les rapports précédents (1998, 2002), sont pris en compte des déterminants comme l'environnement physique et ceux liés au travail mais les comportements individuels et l'environnement social sont traités dans un même chapitre. Ridde nous explique que la mise à l'écart en France du modèle des déterminants de la santé est une résultante des choix politiques de l'époque :

*« Cela ne paraît pas étonnant lorsque l'on examine de plus près le récent discours du ministre de la Santé de ce pays et l'ouvrage récent de son ex-directeur général de la santé (DGS). Effectivement, dans une allocution auprès de l'Académie Nationale de Médecine, le ministre Mattei, un médecin s'exprimant devant des médecins, fournit un élément de réponse à cette mise à l'écart du modèle des déterminants de la santé. Il affirme, en effet, qu'il est convaincu que [le] devoir de santé publique, [...] n'est autre, en définitive, que celui d'organiser de façon moderne le fonctionnement des services de santé. » (Ridde, 2004)*

Aujourd'hui, les travaux sur les inégalités sociales de santé, définies comme « les écarts d'état de santé socialement stratifiés. Elles reproduisent, dans le domaine sanitaire, les inégalités existants entre les groupes sociaux » (Potvin, 2010), sont nombreux et relancent le débat sur les politiques et l'environnement social.

### 3. Les déterminants sociaux de la santé

La différenciation des états de santé selon l'appartenance sociale de l'individu ou du groupe étudié est une réalité ancienne. Plusieurs études de suivi d'enfants depuis la naissance, que les chercheurs appellent cohortes de naissance, existent à l'étranger. La Grande-Bretagne a été précurseur en la matière, avec la mise en place d'une première cohorte représentative au niveau national en 1946 (National Birth Cohort), puis d'autres cohortes en 1958 (National Child Development Study), en 1970 (British Cohort Study) et en 2000 (Millennium Cohort).

Les résultats de ces études permettent de mieux comprendre l'impact de l'environnement précoce sur la santé et les causes des inégalités dans le domaine social et de la santé. Les chercheurs ont ainsi montré que les enfants dont les parents sont dans une situation économique et sociale fragile ont moins de chance d'atteindre le même niveau de compétences et de connaissances que les enfants issus de milieux socio-économiques favorisés, l'écart se creusant au fil des ans. En outre, les enfants dont les scores aux tests de développement sont faibles à 2 ans, mais qui appartiennent à des milieux favorisés, parviennent à rattraper leur retard, tandis que les enfants issus de milieux défavorisés ayant obtenu des scores élevés au même âge perdent cet avantage au fil des années. Côté santé, ces études ont pu montrer que les adultes dont la mère avait fumé pendant toute la grossesse avaient une fréquence accrue de surpoids et de risques cardiovasculaires, et ce de façon proportionnelle avec le nombre de cigarettes fumées.

Des cohortes ont aussi été constituées aux États-Unis (National Longitudinal Surveys), dans les pays nordiques (Norwegian Mother and Child Cohort Study) ou bien encore en Irlande (Growing up in Ireland), en Écosse, aux Pays-Bas (The Generation R Study), au Canada (National Longitudinal Survey of Children and Youth) et en Australie (Growing up in Australia).

Le contexte socio-économique, le degré d'exposition aux risques environnementaux, l'organisation du système de soins varient beaucoup d'un pays à l'autre. C'est pourquoi il était important que la France lance elle aussi une grande cohorte d'enfants afin d'éclairer ses décideurs dans le domaine des politiques sociales et de santé et d'offrir des pistes pour une prévention précoce : l'Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance (Elfe). Elfe est la première étude longitudinale française consacrée au suivi des enfants, de la naissance à l'âge

adulte, qui aborde les multiples aspects de la vie de l'enfant sous l'angle des sciences sociales, de la santé et de la santé-environnement. Lancée auprès de 500 familles pilotes en 2007, elle est généralisée en France métropolitaine depuis avril 2011. Soutenue par les ministères en charge de la Recherche, de la Santé, et du Développement durable, ainsi que par un ensemble d'organismes de recherche et d'autres institutions, l'étude Elfe mobilise plus de 60 équipes de recherche, soit 400 chercheurs, avec plus de 90 sujets spécifiques<sup>40</sup>.

Ces études sont l'objet de l'épidémiologie sociale. Marcel Goldberg nous dit que :

« *L'élargissement systématique à l'environnement social de la recherche de l'origine de facteurs de risque pour la santé et l'analyse des inégalités de santé au niveau sociétal, par le jeu des agencements des catégories sociales et de leur évolution, des interactions entre groupes sociaux, du rôle du système économique à des niveaux micro et macroscopiques ont caractérisé ce que, depuis les années cinquante, il est convenu d'appeler « l'épidémiologie sociale » (c'est-à-dire l'étude épidémiologique des déterminants sociaux de la santé), marquant ainsi qu'il ne s'agit pas seulement de prendre en compte des « facteurs de risque sociaux » mais que l'épidémiologie est aussi une discipline qui, par de nombreux aspects, se situe au même niveau d'analyse des phénomènes populationnels que les sciences sociale. » (Goldberg, 2002).*

Les premières études concernant les déterminants sociaux de la santé ont été effectuées en France dans les années 1820, lorsque Lachaise et Villermé ont, chacun leur tour, quantifié l'excès de mortalité dans les quartiers défavorisés de Paris (Bourdelaïs, 2000). Tout au long du vingtième siècle, l'existence d'une relation étroite entre la position dans la hiérarchie sociale et la santé a été montrée (Marmot, 1984). Cette relation est constamment retrouvée : il existe une très abondante littérature décrivant les inégalités de santé dans de nombreux pays, qu'il s'agisse des pathologies (incluant leur prévention, leur dépistage, leur prise en charge et leur évolution), des états de santé ou des facteurs de risque pour la santé, ou de leur distribution par groupes sociaux et professionnels, par origine nationale ou ethnique, selon le sexe, par

---

<sup>40</sup> <http://www.elfe-france.fr>, accès au site 20 décembre 2012

zones géographiques, etc. Les déterminants sociaux de la santé sont donc l'ensemble des conditions socialement produites qui influencent la santé des populations. Une liste non exhaustive inclurait : les politiques en matière d'emploi, le type d'emploi, l'éducation, les infrastructures de transport, le revenu, l'environnement bâti dont l'habitation et autres (Potvin, 2010).

En 2005, l'Organisation Mondiale de la Santé forme une commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) afin d'étudier les données disponibles et d'en tirer des recommandations relatives aux interventions et aux politiques de santé efficaces : améliorer la santé des populations et réduire les inégalités sociales en matière de santé. La CDSS définit les déterminants sociaux de la santé comme « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie, ces circonstances étant déterminées par plusieurs forces : *l'économie, les politiques sociales et la politique.*» (Potvin, 2010). La CDSS a mis l'accent sur les causes fondamentales sociales et structurelles des inégalités de santé aux niveaux mondial, national et local. Il en résulte un cadre conceptuel intégrant les principaux modèles des déterminants sociaux qui font autorité dans le domaine :

- modèle de l'approche éco sociale de Dahlgren et Withehead le plus connu et utilisé en épidémiologie sociale (Dahlgren, 1992), qui articule les trois niveaux d'expression des déterminants sociaux : individuel, environnemental et sociétal.
- modèle de la stratification sociale et genèse de la maladie de Diderichsen et Hallqvist, qui met l'accent sur la façon dont les contextes sociaux génèrent une stratification sociale et affectent les individus en fonction de leur position sociale (Diderichsen, 2001).
- modèle de l'effet de sélection et relations de causalité de Mackenbach et Stronks, qui montre les mécanismes qui génèrent des inégalités par effet de sélection ou par relation de cause à effet (Mackenbach, 2004).

Le modèle ci-dessous (Figure 7) est aujourd'hui un des plus abouti pour expliquer la genèse des inégalités sociales de santé.

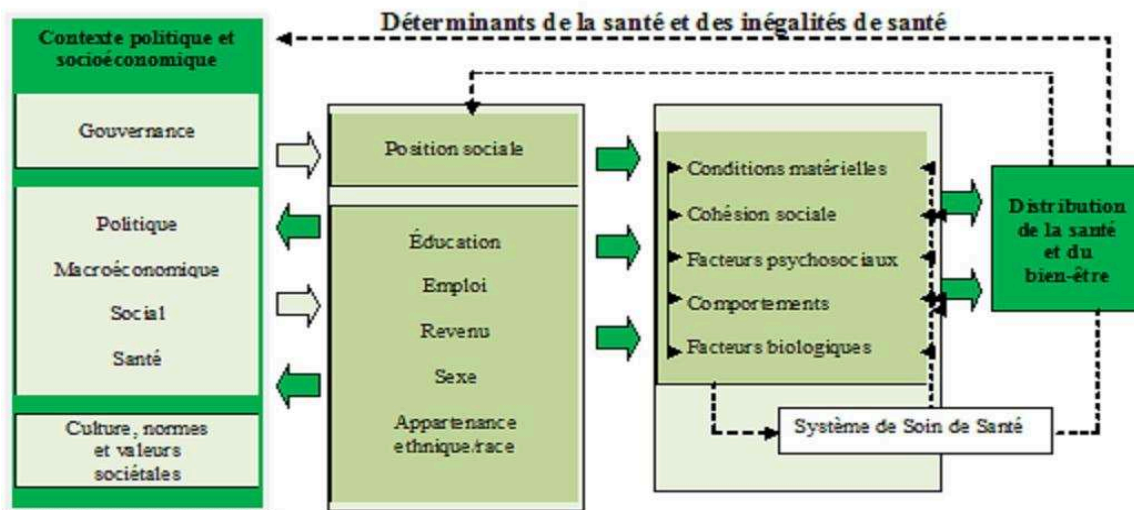


Figure 7 : Le modèle Pathway de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Modifié d'après Solar et Irwin, 2007 (OMS, 2008).

#### 4. Les déterminants psychosociaux de la santé : Les principales théories du comportement

Gaston Godin<sup>41</sup> explique dans ses travaux que les déterminants psychosociaux de la santé sont basés sur un certain nombre de théories issues du domaine de la psychologie sociale.

« *A l'origine, elles n'ont pas été développées spécialement pour expliciter les comportements liés à la santé, à l'exception du modèle des croyances relatives à la santé (health belief model). Elles ont été élaborées pour identifier les facteurs psychosociaux qui influencent les comportements des individus et pour expliquer ces mêmes comportements dans une perspective sociale, c'est-à-dire en considérant l'interaction de l'individu avec son environnement social. Dans cette perspective, le comportement lié à la santé est vu comme un comportement social au même titre que tout autre comportement et, selon ces théories, il n'y a pas de différences dans les processus qui expliquent pourquoi les individus vont ou ne vont pas au cinéma, pourquoi ils votent pour tel parti politique plutôt que pour tel autre, ou encore pourquoi ils font de l'activité physique régulièrement ou demeurent sédentaires.* » (Godin, 1991).

La psychologie de la santé, discipline récente, se réfère également, en autres, à ces modèles théoriques qui tentent d'expliquer les chemins qui mènent à la maladie et à la santé. « La psychologie de la santé essaie de décrire, de comprendre *et d'expliquer les différences inter-individuelles* en matière de santé, de bien-être, de qualité de vie, mais aussi de maladie (initiation et évolution). » (Bruchon-Schweitzer, 2002)

Je m'appuie sur le travail de Gaston Godin, entre autres, pour présenter les principales théories sociocognitives du comportement qui ont contribué à alimenter le champ de la santé. Les comportements de santé (styles de vie) sains (pratique d'une activité physique, consommation de fruits et légumes, port du préservatif, dépistage, observance...) ou à risque

---

<sup>41</sup>Professeur, Groupe de recherche sur les comportements et la santé, Faculté des sciences infirmières Ferdinand-Vandry bâtiment, Université Laval, Québec.

(consommation de tabac, d'alcool, non port de la ceinture de sécurité, risques sexuels, manque d'hygiène de vie...) sont considérés comme les déterminants individuels majeurs de l'état de santé des individus. C'est pourquoi, connaître les facteurs qui influencent les décisions des individus concernant leur santé se pose comme un préalable au choix de la méthode d'intervention et à la définition du contenu des messages éducatifs, lorsqu'une intervention est jugée opportune (Godin, 1991). Dans le domaine de la santé, ces théories sont interrogées et utilisées pour permettre une approche différente des facteurs ayant un effet sur la santé physique ou mentale et ainsi guider le choix de la méthode d'intervention et du contenu du message éducatif, et entraîner ainsi les modifications de comportements souhaitées.

Dans les approches sociocognitives de la santé, les normes, croyances ou représentations, attitudes sont des déterminants essentiels pour la compréhension et l'explication des comportements de santé. Les croyances impactent indirectement l'état de santé des individus car elles jouent un rôle dans l'adoption des styles de vie sains ou à risque. Je propose de passer en revue les modèles psychosociaux explicatifs du comportement les plus connus dans le domaine de la santé car les différents concepts liés au développement des compétences psychosociales y trouvent une place importante (intention, perception, croyance, motivation, auto-efficacité).

### **Le modèle des croyances relatives à la santé (health belief model - HBM)**

Cette théorie il a été formulée à l'origine pour expliquer pourquoi les gens acceptaient ou n'acceptaient pas de passer un test de dépistage des maladies asymptomatiques (par exemple : cancer du poumon) (Rosenstock, 1974). Par la suite, le modèle a été utilisé pour comprendre les comportements associés à la prévention des maladies comme la réticence à certaines mesures préventives, telle la vaccination (Rosenstock, 1974; Rosenstock, 1966), et à l'observance des prescriptions médicales (Becker, 1975). Les applications concernant l'étude des comportements liés à la santé, comme les habitudes de vie, sont plus récentes (Becker, 1977).

Le HBM pose comme prémisse qu'un individu est susceptible de poser des actes pour prévenir une maladie ou une condition désagréable s'il possède des connaissances minimales

en matière de santé et s'il considère la santé comme une dimension d'importance dans sa vie. Les déterminants de la décision d'agir sont :

1/ la perception d'une menace pour la santé. La perception d'une menace pour la santé est définie par deux croyances spécifiques : 1/ la vulnérabilité perçue, un individu peut d'une part se considérer comme potentiellement vulnérable à une maladie ou à une condition défavorable ; 2/ la gravité perçue, il peut d'autre part percevoir l'apparition éventuelle d'un état désagréable comme dangereux et pouvant avoir des conséquences sévères sur certains aspects de sa vie.

2) la croyance en l'efficacité de l'action à entreprendre pour réduire cette menace. La croyance en l'efficacité de l'action devant la menace provient de l'évaluation des avantages et des désavantages ou obstacles perçus, ce sont les coûts/bénéfices associés à l'adoption des actions préventives recommandées. De plus, certaines variables (démographiques, socio-psychologiques) influencent les perceptions de l'individu et certains événements incitant à l'action peuvent éveiller chez lui la perception d'une menace pour sa santé. Voir ci-dessous la Figure 8 : Adaptation du modèle des croyances relatives à la santé de Becker (1977) d'après Godin (1991).

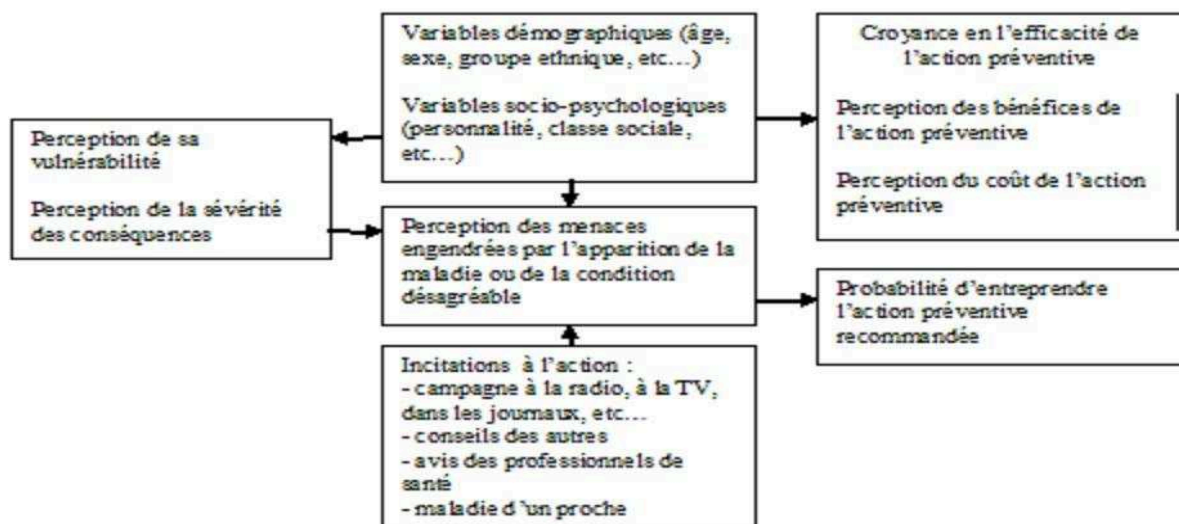


Figure 8 : Adaptation du modèle des croyances relatives à la santé de Becker (1977) d'après Godin (1991).

D'après Godin, la limitation majeure du modèle est qu'il conçoit les actions préventives des individus sous l'angle exclusif des croyances liées à la santé ou à la maladie, sans considérer les autres motifs associés aux comportements. Ainsi, même si des personnes pratiquent une



activité physique régulière à des fins de santé, d'autres individus ont adopté le même comportement pour d'autres motifs : améliorer leur apparence physique ou encore pour rencontrer d'autres personnes.

Plus approprié pour expliquer la prise de décision concernant les actions préventives, ce schéma permet d'identifier et de clarifier les perceptions des individus ciblés face aux risques possibles et aux solutions envisagées. Selon le modèle, il est pertinent de donner de l'information qui permettra à l'individu de savoir si son cas présente des risques, de réaliser que le problème est sérieux et de savoir qu'il peut agir efficacement pour contrer le problème.

Le modèle HBM a été critiqué (Bruchon-Schweitzer, 2014)<sup>42</sup> et révisé à plusieurs reprises avec l'ajout entre autres de caractéristiques individuelles comme l'auto-efficacité perçue (Rosenstock, 1988).

### **La théorie sociale cognitive**

Reconnaissant l'influence de l'environnement social et des apprentissages réalisés par les individus sur les comportements sociaux, Albert Bandura (Bandura, 1977b; Bandura, 1977a) a proposé une théorie qu'il a ensuite nommée la théorie sociale cognitive (Bandura, 1986).

Selon cette théorie, les différences individuelles, dans la façon d'accomplir une action ou d'emprunter un comportement significatif s'expliquent, en grande partie, par deux croyances : 1/ la croyance en l'efficacité du comportement pour obtenir le résultat désiré ; et 2/ la croyance en l'efficacité personnelle dans l'adoption du comportement. La première croyance correspond à la conviction d'une personne face à l'adoption d'un comportement donné (celui-ci provoquera-t-il les résultats escomptés ?) alors que la seconde correspond à sa conviction de réussir à adopter le comportement requis pour obtenir les résultats escomptés. Voir ci-dessous Figure 9 : Illustration des éléments associés au comportement selon la théorie sociale cognitive de Bandura d'après Godin (1991).

---

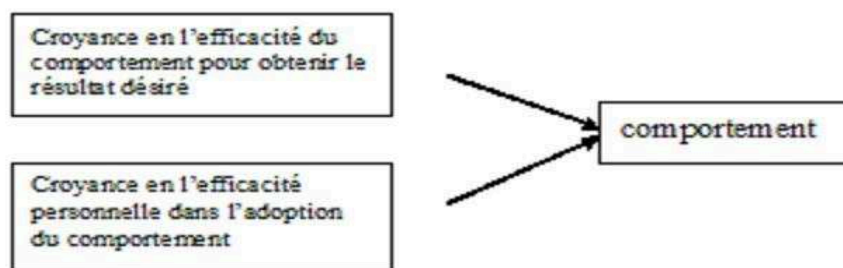
<sup>42</sup> Pour une revue des études et programmes consacrés au modèle HBM.

Le sentiment d'efficacité ne consiste pas seulement à savoir ce qu'il faut faire et à être motivé pour cela. Il s'agit plutôt d'une capacité productrice au sein de laquelle les sous-compétences cognitives, sociales, émotionnelles et comportementales doivent être organisées et orchestrées efficacement pour servir de nombreux buts. (Lecomte, 2004)

Dans la littérature scientifique, il semble de plus en plus évident que ces croyances sont associées à l'adoption d'une variété de comportements significatifs, dont certains liés à la santé. C'est toutefois la croyance en l'efficacité personnelle face aux tâches à réaliser qui a retenu l'attention et qui a été reprise dans de nombreux travaux, par exemple sur la prévention des conduites addictives (Diclemente, 1986) ; cette croyance détermine la somme des efforts que la personne est décidée à fournir pour maintenir un comportement, malgré les difficultés qu'elle rencontrera inévitablement. A cet effet, plusieurs études montrent que, confrontés à une tâche difficile, les gens très confiants en leur efficacité personnelle persévèrent davantage que ceux qui le sont moins (Weinberg, 1984) Une revue de littérature en psychologie de l'éducation et du développement montre la richesse des travaux contemporains dans le domaine de la motivation en situation d'apprentissage (Galand, 2006) .

L'accumulation des résultats positifs obtenus dans la prédiction des comportements à partir de la mesure de la croyance en l'efficacité personnelle, a conduit les auteurs d'autres théories à incorporer ce concept dans leur modèle. Il en est ainsi du modèle des croyances relatives à la santé (Strecher, 1986), de la théorie de la motivation à l'autoprotection (Maddux, 1983; Stanley, 1986) et de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985).

La théorie sociale cognitive suggère, dans le domaine de l'intervention, d'obtenir au préalable le maximum d'informations concernant les perceptions des individus visés par rapport à leur compétence personnelle devant l'adoption d'un comportement préventif, et d'ajuster l'intervention en conséquence. Par exemple, un individu qui doute de son aptitude à adopter un programme d'exercice physique ou à pratiquer une activité physique en particulier, sera peu enclin à faire de l'exercice régulièrement. Il deviendra alors important d'aider cet individu à acquérir graduellement ce comportement, c'est-à-dire en respectant certaines étapes, et à accumuler ainsi des réussites (selon un degré de difficulté croissant) qui le mèneront à l'adoption définitive du nouveau comportement.



**Figure 9 : Illustration des éléments associés au comportement selon la théorie sociale cognitive de Bandura d'après Godin (1991).**

Cette théorie est mise en application dans le dispositif lorrain appelé SAPHYR (Santé par l'Activité PHYsique Régulière), dispositif régional de promotion de l'activité physique à des fins de santé. D'après les derniers résultats, le sentiment d'auto-efficacité, mesuré chez les bénéficiaires de l'accompagnement à la reprise d'une activité physique encadrée, augmente significativement (Laure, 2013). Cependant, il n'est pas certain que la croyance en l'efficacité personnelle permette à elle seule l'adoption du comportement visé. D'une part, parce que certains freins identifiés relativisent ce sentiment (ressources financières et humaines d'accompagnement, accessibilité sociale et géographique, autonomie culturelle, mobilité...), et d'autre part, il semble que même si le sentiment d'auto-efficacité par rapport au comportement attendu est maximal, le comportement recherché peut ne pas être adopté pour autant.

Ce qui revient à dire que l'application de la théorie sociale cognitive ou de l'auto-efficacité doit être combinée à d'autres stratégies d'intervention qui relèvent de la promotion de la santé : renforcement du potentiel individuel (connaissances, croyances, pratiques) aménagement de l'environnement social (accompagnement professionnel, famille...), convergence globale (plaidoyer, politique).

### **La théorie de l'action raisonnée**

Le but de la théorie de l'action raisonnée (Ajzen, 1980; Fishbein, 1975) est de prédire, ce qui implique de comprendre les comportements sociaux. La prédiction a trois exigences, elle doit se faire par rapport à un comportement spécifique, ce comportement doit être lié à la volonté et il se manifeste dans une situation bien définie. Le déterminant immédiat d'un acte

comportemental est donc l'intention de la personne de réaliser ou de ne pas réaliser l'action donnée. Ainsi, selon la théorie de l'action raisonnée, l'intention d'une personne d'adopter ou non un comportement est, d'une part, déterminée par son attitude à l'égard du comportement, et d'autre part, par l'importance qu'elle accorde à l'opinion des gens qui lui sont proches et aux personnes influentes (norme subjective). En présence de certains comportements, c'est la composante attitude qui détermine les intentions (croire que fumer est risqué pour sa santé), tandis que pour d'autres comportements, la composante normative est celle qui possède la plus forte influence, (croire que ses proches pensent qu'il ne devrait pas fumer). Voir ci-dessous Figure 10 : Illustration schématique du modèle de Fishbein et Ajzen qui découle de la théorie de l'action raisonnée d'après Godin (1991).

L'attitude d'une personne à l'égard du comportement est déterminée par ses croyances (jugement subjectif) concernant les conséquences d'un comportement donné et par l'évaluation qu'elle fait de ces conséquences. L'attitude d'une personne est formée de la somme des produits « croyance X évaluation ». La norme subjective est déterminée par les croyances normatives de la personne (importance accordée à l'opinion des personnes ou groupes influents) et par sa motivation à se conformer à l'opinion des personnes ou groupes influents. Dans la formation de la norme subjective chaque croyance normative (conjoint, ami-e-s, autorités publiques...) est pondérée par la motivation à se conformer correspondante. La somme des produits « croyance normative X motivation à se conformer » représente la norme subjective de l'individu.

Finalement, nous dit Godin, pour les auteurs de cette théorie, les variables externes n'affectent pas la valeur prédictive de la théorie qui suppose que la connaissance de l'intention d'un individu face à un comportement permet de prédire ce comportement. De plus, même si la théorie de l'action raisonnée prédit l'intention plutôt que le comportement, les résultats de diverses études prospectives auprès d'adultes ont montré que la mesure des intentions était un prédicteur significatif de divers comportements de santé.

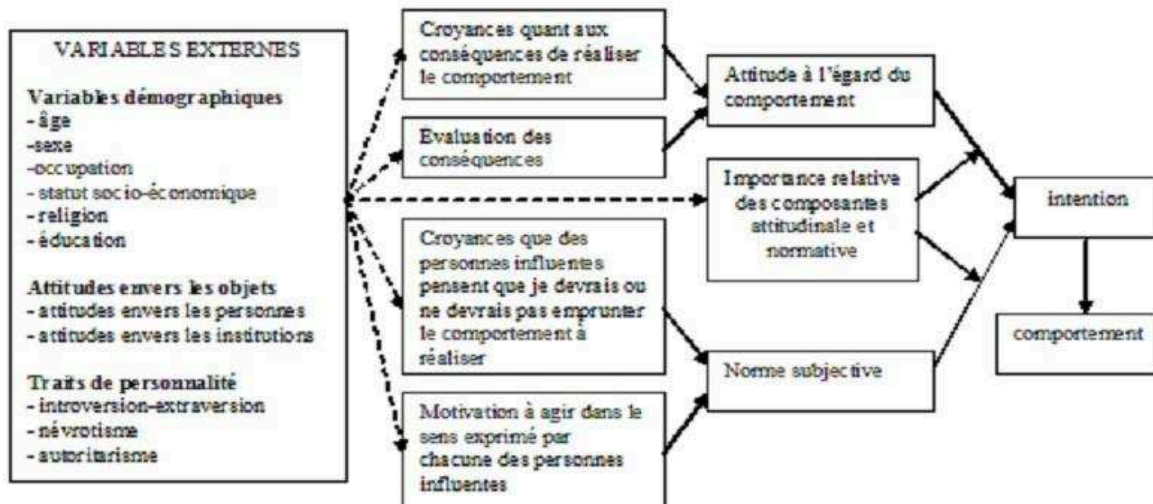


Figure 10 : Illustration schématique du modèle de Fishbein et Ajzen qui découle de la théorie de l'action raisonnée d'après Godin (1991).

Outre les modèles présentés ci-dessus, Gaston Godin aborde dans son article, auquel nous renvoyons, d'autres théories du comportement, rapidement mentionnées ici :

### La théorie des comportements interpersonnels

Cette théorie est proposée par Triandis semblable à la théorie de l'action raisonnée mais accordant une moindre importance au contrôle de la volonté pour expliquer et prédire le comportement (Triandis, 1977). En effet, pour Harry Triandis, certains comportements devenus par la pratique plus ou moins automatisés peuvent en effet se manifester sans pour autant découler d'une volonté consciente. La force de l'habitude constitue au même titre que l'intention un facteur appréciable de prédiction. Les premières expériences sont fortement sous le contrôle de l'intention, alors que l'habitude du geste remplace le rôle de l'intention au bout d'un certain temps (l'habitude de boucler sa ceinture de sécurité en est un exemple). L'habitude est donc le résultat d'un apprentissage mais elle se manifeste aussi en fonction du niveau d'habileté de la personne par rapport à la difficulté de la tâche à réaliser. La composante que représente l'habitude est extrêmement importante car, comme l'a mentionné Ellen Langer, la plupart des comportements sociaux réalisés quotidiennement sont sous le contrôle des habitudes (Langer, 1978). Pour Triandis la prédiction d'un comportement est

également déterminée par les conditions facilitant ou nuisant à la manifestation d'un comportement.

### **La théorie du comportement planifié**

C'est un ajout opéré en 1985 par Ajzen au modèle original de Fishbein et Ajzen de la théorie de l'action raisonnée. Pour assurer une prédiction juste du comportement sur lequel l'individu a seulement un contrôle limité dû aux contraintes telles que opportunités, ressources, habiletés, il faut évaluer son intention mais aussi le degré de contrôle qu'il croit exercer sur le comportement en question (Ajzen, 1985).

L'importance de cette notion de perception du contrôle a été abordée dans les théories précédentes : Triandis (variable relative aux conditions qui facilitent ou nuisent à l'adoption du comportement) et Bandura (croyance en l'efficacité personnelle qui englobe cette notion de perception du contrôle).

Godin recommande aux décideurs et intervenants engagés dans une démarche de promotion de la santé, en conclusion de cette revue des théories du comportement (Tableau 7 : Caractéristique principale de chaque modèle (Godin, 1991), qu'il est essentiel de considérer l'importance de la dynamique psychosociale associée à la modification d'une habitude de vie.

Modèle	Caractéristique
Le modèle des croyances relatives à la santé	Perception d'une menace
La théorie sociale cognitive	Croyance en l'efficacité personnelle
La théorie de l'action raisonnée	L'intention seule permet de comprendre le comportement
La théorie des comportements interpersonnels	Complémentarité de l'intention et de l'habitude
La théorie du comportement planifié	Perception du contrôle

**Tableau 7 : Caractéristique principale de chaque modèle (Godin, 1991)**

D'autres modèles sociocognitifs existent, comme la « théorie de la motivation à se protéger » ou le « modèle étendu des réponses parallèles » (Extended Parallel Process Model, EPPM) qui visent à faire évaluer par l'individu d'une part la menace (gravité et vulnérabilité perçues) et d'autre part l'efficacité de sa réponse (coping). Le modèle EPPM considère le sentiment de

peur comme central et déterminant de la motivation et donc de l'action (stratégies de coping) vers un changement de comportement.

D'autres théories explicatives du processus de changement vis-à-vis du comportement sont basées sur le principe de phases ou stades de changement. Le modèle transthéorique du changement (Prochaska, 1984) étant le plus connu est largement utilisé dans les programmes de sevrage tabagique.

Tous ces modèles et d'autres non mentionnés ici<sup>43</sup> s'appuient sur des déterminants spécifiques du comportement comme l'intention ou la motivation à s'engager mais les résultats des recherches montrent des différences significatives entre l'intention d'adopter un comportement sain et l'adoption effective de ce comportement. Il a été reproché également à ces modèles de ne pas inclure de déterminants sociaux objectifs (âge, genre, profession, statut social et économique) qui peuvent avoir une influence sur les croyances, et de ne pas donner grande importance aux autres facteurs de protection (à part la croyance en l'efficacité personnelle qui a été largement intégrée aux différents modèles). Aujourd'hui, la plupart des théories sociocognitives ont inclus des facteurs de personnalité, des caractéristiques sociales ainsi que des processus transactionnels (stratégies de coping) et des mécanismes d'autorégulation. Dans le champ de la psychologie de la santé, un modèle transactionnel-intégratif-multifactoriel (modèle TIM) est même proposé par Marilou Bruchon-Schweitzer et Émilie Boujut, il se veut applicable à la recherche et à l'intervention, mais reste néanmoins très complexe (Bruchon-Schweitzer, 2014).

---

<sup>43</sup> Pour une revue complète des modèles explicatifs des comportements de santé par les approches socio-cognitives, voir chapitre 5 in Bruchon-Schweitzer, M., Boujut, E. 2014. Psychologie de la santé. Concepts, méthodes et modèles. Dunod, (2ème édition) Paris.

## II. Approche de la santé par le modèle politique et social

Mes travaux posent l'hypothèse qu'une action politique et politisante caractérise le fait d'intervenir pour développer les compétences psychosociales des personnes et des groupes, et il s'agit là de vérifier si cette action nous livre des visions du monde contenues dans le projet de la promotion de la santé. Il est donc important, après avoir approché les définitions de la santé et de ses déterminants, de rendre compte du modèle de société sur lequel repose aujourd'hui le concept de santé, et de questionner les enjeux politiques, sociétaux par un regard sur les politiques sociales. Cette démarche nous permet de fixer le cadre large où vient s'inscrire le développement des compétences psychosociales avant de s'attaquer dans la troisième partie aux travaux approfondis sur la notion-même de compétences psychosociales et sur les caractéristiques de l'intervention sociale nécessaire à leur développement.

Près de 100 résultats pertinents ressortent pour une recherche par le mot-clé « développement des compétences psychosociales » sur le site du Ministère de la santé<sup>44</sup> et concernent diverses politiques soutenues par des rapports d'études, de recherches et traduites en plans nationaux, en programmes : santé au travail, santé mentale, réduction du tabagisme, soutien parental, santé des populations : adolescents, des femmes, des personnes âgées, des migrants...

Aujourd'hui, les politiques consacrées à la santé, santé des populations considérée comme un facteur essentiel de développement humain, intègrent de plus en plus le développement des compétences psychosociales dans les missions des institutions qui les supportent et par voie de conséquence dans de nombreux programmes éducatifs, de prévention et de soin. Le développement des compétences psychosociales s'inscrirait dans un projet politique résolument progressiste. Le projet politique sous-tendu est porté par les défenseurs de la « nouvelle santé publique » dans un contexte de société moderne. Selon Raymond Massé,

---

<sup>44</sup> Dernière recherche effectuée en janvier 2016 sur le site : <http://social-sante.gouv.fr/>



trois facteurs « prédisposants » ont favorisé l'essor de cette nouvelle santé publique et servent de cadres sociopolitiques aux discours de légitimation de ses interventions: 1/ l'implication sociale des États-providence 2/ des politiques guidées par la rationalité néolibérale et 3/ un individualisme postmoderne et l'intériorisation de l'impératif d'autocontrôle (Massé, 2003).

## **A. *Le bien-être institutionnalisé***

### **1. Naissance et déclin des États-providence**

Afin de désigner un objet d'étude portant sur l'action directe et indirecte de l'État pour assurer le bien être social, les différents spécialistes utilisent, selon les contextes historiques et nationaux, les termes de État social (origine paternaliste allemande)<sup>45</sup>, État-providence (origine libérale française)<sup>46</sup>, ou encore le terme anglais Welfare-state (origine moderne anglo-saxonne)<sup>47</sup> ou plus généralement politiques sociales.

J'utiliserais l'expression État-providence<sup>48</sup> pour désigner les modèles sociaux en m'appuyant particulièrement sur les travaux du chercheur danois Gosta Esping-Andersen.

---

<sup>45</sup> Après l'apparition de « Wolfaarstaat » (État bureaucratique et social), l'expression Sozialstaat, inventé en 1850 par Lorenz Von Stein, marque la naissance de l'expression d'État social en Allemagne.

<sup>46</sup> Émile Ollivier, grand opposant libéral à l'Empire, considère l'État-providence comme un enfant monstrueux de la Révolution française. Il semble avoir été l'inventeur de l'expression dans son discours à l'Assemblée nationale du 27 avril 1864 : « Nous saisissons dans cette théorie exposée par Le Chapelier l'erreur fondamentale de la Révolution Française (...) De là sont sortis les excès de la centralisation, l'extension démesurée des droits sociaux, les exagérations des réformateurs socialistes ; de là le procès de Babeuf, la conception de l'État-providence, le despotisme révolutionnaire sous toutes ses formes ».

<sup>47</sup> Cette notion de Welfare state a été inventée en 1943 par l'archevêque de Canterbury (William Temple) par analogie avec le Warfare State qui avait mobilisé toute la Grande Bretagne dans la guerre contre le nazisme.

<sup>48</sup> « L'expression a une origine très datée, et quelque peu désuète, exprimant le mépris des libéraux d'il y a un siècle pour la tentative de l'État de se prendre pour la providence divine. L'expression évoque une force supra humaine, arbitraire, bref tout le contraire des solidarités collectives mise en place par la Protection sociale contemporaine. L'expression commençait donc à décliner pendant les années soixante et soixante-dix avant qu'il ne retrouve une nouvelle vigueur d'une part grâce à la sortie du livre de Pierre Rosanvallon en 1981 (La crise de

Les points communs de tous les États-providence développés sont les fonctions de soutien à la demande et d'indemnisation des risques sociaux. Cependant, les différents modèles n'ont pas mis en place les mêmes dispositifs de protection sociale ; dans son ouvrage *Les trois mondes de l'État-providence*. Essai sur le capitalisme moderne, Esping-Andersen élabore une typologie des États-providence en la fondant sur les relations que nouent trois sphères de la vie sociale : la sphère publique de l'État, la sphère marchande des relations professionnelles et de l'entreprise et la sphère domestique, privée et familiale (Esping-Andersen, 1999).

Plus tard, il publiera *Trois leçons sur l'État-providence* (Esping-Andersen, 2008), véritable révolution dans l'approche de la question de la redéfinition des missions de l'État-providence au XXI<sup>e</sup> siècle.

Je m'appuierais également sur les travaux menés par Sandro Cattacin et Barbara Lucas sur les transformations de l'État social en Europe dans une perspective historique avec une approche comparative de l'évolution des politiques publiques dans les domaines de l'alcool, des drogues illégales et plus tardivement du VIH/sida.

#### a) **Institutionnalisation de la solidarité**

Selon Cattacin et Lucas, il est possible de repérer les prémises de l'organisation contemporaine de la solidarité dans les pays européens dès le XIX<sup>e</sup> siècle. Les transformations qui se sont opérées dans le cadre de l'agir étatique au cours de ces deux siècles permettent de délimiter la naissance et le déclin de ce qui deviendra après la seconde guerre mondiale l'État-social comme la principale institution d'organisation des solidarités des pays européens. (Cattacin, 1999).

Jusqu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, l'assistance n'est pas encore dans la sphère de l'intervention étatique, elle est aux mains d'organisations privées, de mouvements religieux ou d'actions individuelles. Selon les auteurs, c'est le développement des sociétés du bien-être et de la

---

l'État-providence) dont le succès fut considérable et d'autre part sous l'effet du renouveau libéral des années quatre-vingt et quatre vingt dix prompt à dénoncer la puissance de l'État social. » *Les\_Etats-providence\_reneRevol.pdf* - 14/10/2012.

solidarité institutionnalisée étroitement lié à l'industrialisation et à ses conséquences qui va permettre l'avènement des premiers droits sociaux dans le cadre du travail comme la limitation du temps de travail, la définition d'un âge légal ou la fixation des conditions minimales d'hygiène. Pour les auteurs, cela représente les premiers signes de la mise en place d'une citoyenneté sociale : « A la fin du XIXe siècle, cette configuration qui détermine le rôle de l'État-social dans une société libérale se complexifie, avec la persistance, voire l'accroissement des problèmes sociaux, la formulation politique de la « question sociale » et son appropriation par les mouvements ouvriers ».

Si au début du XXe siècle, les domaines inhérents à l'État sont l'ordre public, la fiscalité, le cadre de production économique et la protection du marché, après la première guerre mondiale, les mesures incisives et interventionnistes relevant d'une logique économique, agricole ou fiscale persisteront au titre de mesures sociales. L'exemple des politiques de lutte contre l'abus d'alcool en Europe est pris par les auteurs comme une illustration de ce processus. Le maintien de l'ordre public est une dimension importante pour tous les pays européens et domine l'intervention de l'État, qui ne s'investit que de manière relativement marginale dans les domaines du soin et de la prévention. Le maintien de l'ordre public se caractérise, selon les pays, par deux mesures : recours aux asiles et aux prisons pour les comportements déviants et/ou mise en place d'un cadre légal limitant l'accessibilité de l'alcool.

Les questions du soin et de la prévention de l'alcoolisme sont majoritairement traitées par les acteurs sociaux (mouvements bourgeois de tempérance, œuvres d'entraide, organisations religieuses, organisations et mouvements ouvriers).

Cattacin et Lucas concluent que :

« De manière générale, il faut souligner enfin que les premiers signes de ce qui deviendra l'État-social durant les « Trente Glorieuses » commencent à apparaître dès le tournant du siècle. L'adoption successive des assurances obligatoires contre des risques sociaux tels que la vieillesse, le chômage, les accidents, la maladie, mais aussi la mise en place d'infrastructures médicales, notamment hospitalières sont les éléments les plus visibles de cet État social naissant, qui va ajouter progressivement à la logique de régulation du cadre, des conditions de vie et de production, une logique d'intervention réparatrice. De plus, l'influence des organisations de prise en

charge privée à connotation religieuse tend déjà à décliner, ou à se laïciser, au profit de groupes professionnels toujours mieux structurés, revendiquant leur part du secteur social en construction. Toutefois, si le début du XXe siècle est souvent riche en prémices, c'est bien à partir des années cinquante que ce nouveau mode d'organisation des solidarités va s'imposer dans toute l'Europe ».

Le passage d'une solidarité subjective (charité privée) ou solidarité primaire à une solidarité objective fondée sur des droits ou solidarité nationale apparaît clairement dans de nombreuses analyses traitant du développement des États sociaux. Les citoyens sont des ayant-droits et peuvent compter sur l'intervention de l'État. Les États-providence institués auront pour fonction d'assurer le bien-être des individus. Ils assumeront le devoir de protection contre les facteurs pathogènes et le devoir de gestion des comportements à risque. Selon Massé, « les écarts aux normes, déterminant l'état de santé attendu, servent d'assises à la définition des « comportements à risque » et des « groupes à risque » qui deviendront les groupes cibles des interventions visant à éradiquer ces déviances » (Massé, 2003).

La contrepartie sera néanmoins et de plus en plus pour les individus leur responsabilisation face aux choix qu'ils prendront pour leur santé. C'est dans ce contexte de socialisation à la responsabilité individuelle que la santé est traitée comme un projet social et politique.

« Dans le cadre des États-providence mandatés pour réduire les inégalités sociales face à la maladie, la santé devient une arène politique dans laquelle seront déployés (et légitimés) les mécanismes de contrôle de *l'exposition aux facteurs de risque* » (Massé, 2003).

En parallèle et à cette époque de la fin des Trente Glorieuses, période de forte croissance économique entre 1945 et 1973 pour la grande majorité des pays développés, se construit la notion de compétence dans le monde du travail et de la formation professionnelle pour traverser et s'étendre à d'autres champs sociaux : éducation, santé.

Afin de délimiter le champ concerné par la notion d'État-providence, nous retenons la classification des activités de Welfare proposée par François-Xavier Merrien (Merrien, 2007) :

- Une intervention réglementaire de l'État afin d'assurer aux citoyens une certaine sécurité économique et sociale par le biais de systèmes de sécurité sociale.
- Une volonté de redistribution par des transferts monétaires verticaux et horizontaux.
- La volonté de l'État de fournir à la population une série de services et d'équipements collectifs à un coût très inférieur au marché.

### **b) Avènement et crise de l'État-providence**

La déclaration des Nations Unies de 1948, inspirée de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, est l'un des premiers textes juridiques internationaux reconnaissant des droits sociaux, et donc impliquant que les états garantissent ces droits à ses citoyens. Elle met en avant des droits sociaux (articles 23 à 27), droit au travail justement rémunéré, droit aux congés, droit à la santé, à la protection chômage, à l'éducation des enfants, droit à la protection des plus démunis, des enfants, des vieillards...<sup>49</sup>.

A propos des droits sociaux, Jonathan M. Mann (1947-1998), professeur à Harvard, militant des droits de l'homme au service de la santé publique, fait le lien entre les droits des personnes et la santé publique et écrit que :

« Les droits modernes de la personne constituent un événement historique – un événement de civilisation –, un effort unique pour identifier – et, partant, pour promouvoir et protéger – les pré-requis de niveau sociétal pour le

---

<sup>49</sup> <http://www.textes.justice.gouv.fr/textes-fondamentaux-10086/droits-de-lhomme-et-libertes-fondamentales-10087/declaration-universelle-des-droits-de-lhomme-de-1948-11038.html>

bien-être des personnes. Les droits décrits dans les textes-clés, à commencer par la *Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948*, constituent un ensemble de convictions non démontrables sur le fondement sociétal du bien-être individuel et collectif. Les droits de la personne posent la question des conditions sociétales essentielles au bien-être en termes de ce que les gouvernements (ou les États) ne devraient pas faire (comme discriminer, dénier *l'égalité devant la loi, interférer avec la liberté de circulation ou d'association pacifique, violer la vie privée, ou dénier l'activité politique, etc.*), et ce que les États devraient assurer à tous (comme *l'éducation de base, la sécurité sociale, l'accès aux soins médicaux, à un logement et à une alimentation adéquats*). Bien que dérivés de valeurs fondamentales souvent tacites, les droits modernes de la personne ont atteint leur statut unique et leur légitimité – non pas par inspiration divine – mais par *le fait qu'ils ont été développés, votés, et adoptés par les nations du monde et qu'ils ont été incorporés dans le domaine du droit international.* » (Mann, 1998)

La constitution française de 1946, est la première à élargir la notion de droits de l'homme à la question sociale, indiquant dans l'article 10 de son préambule : « La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement » et dans son article 11 : « Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. »<sup>50</sup>.

Depuis les années soixante, la croissance des États-providence est un sujet d'étude et un champ théorique en pleine expansion, notamment du fait de la crise de légitimité traversée depuis la fin du XXe siècle par les différents États sociaux. La formation et les fondements

---

<sup>50</sup> <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/les-constitutions-de-la-france/constitution-de-1946-ive-republique.5109.html>.

des différents États-providence sont restitués ici brièvement en trois grandes logiques explicatives :

- une logique fonctionnelle (années 60-70) marquée par l'influence du fonctionnalisme : l'analyse consiste dans le rendre-compte des logiques macrosociales qui expliqueraient la croissance de l'État-providence.
- une logique de l'action collective et de la mobilisation des ressources (années 80 - 90) : basée sur l'analyse du jeu des acteurs sociaux et des configurations sociales qui ont permis la mise en place des différents États-providence.
- une logique néo-institutionnaliste, basée sur l'étude des institutions comme facteur explicatif de la vie politique et sociale. Les institutions constituent le cadre d'action des acteurs sociaux et en même temps le cadre institutionnel détermine en partie les acteurs sociaux. Les théories néo-institutionnalistes semblent intégrer les autres courants de pensée et faire la synthèse des divers modèles explicatifs de la croissance des États-providence.

Dans sa préface, François-Xavier Merrien présente la thèse de Esping-Andersen (Esping-Andersen, 1999)<sup>51</sup>, selon laquelle il conviendrait de :

"distinguer trois modèles d'État-Providence ou, autrement dit, « trois mondes des États-providence »: un État-providence libéral limitant pour l'essentiel sa protection aux plus faibles qui sont protégés, mais aussi stigmatisés; un État-providence social-démocrate caractérisé non seulement par un niveau élevé de protection sociale contre les risques et par une offre importante des services sociaux, mais aussi et sans doute surtout par une volonté clairement affichée de redistribution des revenus par l'impôt. Enfin il souligne la permanence d'un modèle conservateur, corporatiste, un modèle de protection sociale adossé au travail salarié, visant non une

---

<sup>51</sup>Les trois mondes de l'État- providence. Essai sur le capitalisme moderne a été édité en anglais en 1990. Dans son épilogue pour l'édition française de 1999, l'auteur apporte des compléments où il reprend certaines critiques qui lui on été faites.

transformation de la société dans un objectif d'équité sociale, mais le maintien des statuts sociaux et professionnels; État-providence dans lequel le lecteur français ou belge reconnaîtra certains des traits institutionnels qui lui sont familiers".

L'idéal-type d'État-providence élaboré par Gosta Esping-Andersen est issu d'une analyse basée sur trois critères de différenciation : 1/ son rapport au marché, 2/ son rapport à la stratification sociale, 3/ son rapport au système familial dominant et au statut de la femme dans la société. Cette typologie permet à l'auteur de mettre en évidence la logique de fonctionnement de chaque État social, à travers le concept de « régime d'État-providence ».

- le régime libéral ou résiduel dans lequel l'essentiel de la couverture sociale est acquise sur le marché où l'acteur social obtient le revenu nécessaire pour l'achat de ses biens sociaux. L'État n'intervient que pour la production de biens sociaux indivisibles. L'essentiel de la protection collective sera donc affectée à ceux qui ne trouvent pas de ressources suffisantes sur le marché du travail ou qui en ont été exclus pour une raison ou une autre. C'est pour cela qu'on qualifie cet État-providence de résiduel. C'est donc un régime de démarchandisation faible. Les aides sont donc individuelles et monétaires et se font sous condition de ressources. Les aides sont en conséquence accompagnées d'un contrôle de la situation réelle de ceux qui les demandent. Ce régime d'aides ciblées vers les plus pauvres contribue à un effet de stigmatisation. On rejoint là une inspiration de G. Simmel dans *Les Pauvres* (1908) où il soulignait qu'on ne pouvait parler de pauvres qu'à partir du moment où la société définissait des personnes comme pouvant être assistées parce que reconnues par une institution sociale comme pauvres. Les pays représentatifs de ce régime libéral sont les États-Unis mais également, le Canada, l'Australie, la Suisse ou le Japon.
- Le régime corporatiste-conservateur (dénomination propre à Esping-Andersen) - qu'on pourrait également qualifier d'assurantiel- constitue une protection sociale essentiellement adossée au travail salarié et visant le maintien au moins partiel des revenus du salarié si des circonstances particulières lui interdisent le maintien dans une activité rémunérée. La



couverture des grands risques sociaux (maladie, accident, vieillesse, chômage, maternité) se fait donc par un système d'assurances sociales obligatoires. Comme l'ont souligné plusieurs auteurs, la généralisation de l'obligation des assurances sociales à la fin du XIXe siècle et dans la première moitié du XXe siècle a constitué le socle essentiel de la formation de ce régime dans des pays comme l'Allemagne ou la France, mais aussi l'Autriche, la Belgique, l'Italie. Les droits sont donc liés à la participation préalable au marché du travail et au fait qu'on ne peut plus y participer. Ce sont des droits collectifs qui sont partie intégrante d'un statut salarial. En accédant à l'emploi salarié, le travailleur accède en même temps à une protection collective qui est liée à ce statut de salarié. Les conquêtes ouvrières vont jouer un rôle moteur dans la construction de ce statut dont vont finalement profiter tous les salariés, lorsque l'État-providence se généralise dans les trente glorieuses. Dans ce régime d'État-providence, la « démarchandisation » est donc partielle puisque la protection sociale est liée à la participation préalable à une activité salariée.

- Le régime social-démocrate ou universel se caractérise par la coexistence de trois caractéristiques principales : 1/ Un niveau élevé de protection sociale qui couvre la totalité de la population, indépendamment de la situation des individus sur le marché du travail ; 2/ Une offre importante de services collectifs publics et sociaux ; 3/ Un financement qui ne se fait pas sur la base de la rémunération obtenue sur le marché (la cotisation fonction du salaire) mais qui est réalisé par l'imposition de toute la population.
- Il en découle une « démarchandisation » forte de la protection sociale : elle implique la possibilité de percevoir un revenu de remplacement proche du salaire d'activité lorsqu'on se retrouve hors du marché du travail. La tendance universaliste de ce régime se vérifie tant par la couverture que par le financement qui semble être guidé plus par un critère de citoyenneté que par un critère lié au travail. Tout citoyen quel que soit son sexe, son âge, sa condition sociale est éligible à la protection sociale. L'impôt universel est le moyen unique de financement. Le régime social-démocrate est surtout représenté dans les pays nordiques : Suède, Danemark, Pays-Bas, Norvège.

De manière empirique, la typologie d'Esping-Andersen peut être affinée par des classements plus précis comme le proposent certains auteurs pour rendre compte de la réalité spécifique de chaque État-providence. D'autant que l'analyse empirique de chaque État social est particulièrement utile pour apprécier la crise qui secoue les États providence depuis plus d'une vingtaine d'années.

Depuis la fin des années 1970, on parle de *crise de l'État-providence*. Le ralentissement de la croissance, la montée du chômage et les difficultés de financement de la protection sociale remettent en cause son efficacité et son adaptation aux nouveaux besoins sociaux (exclusion, vieillissement démographique). La crise financière des États-sociaux a été générale. La réponse à cette crise a été plus ou moins violente mais elle s'est exercée dans la même direction : diminuer les ponctions fiscales et sociales sur les actifs et donc diminuer en conséquence les transferts sociaux. Le régime résiduel et le régime universel ont certes vivement subi cette crise mais ils ont pu y répondre plus facilement parce qu'ils pouvaient modifier les ressources et les dépenses de manière discrétionnaire, alors que le régime assurantiel ne peut évoluer que sur la base d'un accord de tous les partenaires sociaux avec l'État, ce qui naturellement est plus difficile et plus lent à obtenir.

Si la question de l'État-providence fait débat aujourd'hui du fait des changements économiques et idéologiques importants survenus dans le monde, si la question de la protection sociale semble rester une exigence pour la France, il est à noter que la prise en compte du vieillissement des populations, la prise en compte des inégalités sociales comme déterminant fort de la santé, l'individualisation des réponses et la problématique du care sont autant de questions qui bousculent également l'assise de l'État-providence.

## **2. Légitimité et réciprocité en promotion de la santé**

Bruno Palier introduit sa lecture (Esping-Andersen, 2008) des Trois leçons sur l'État-providence par ce passage :

*« Alors que l'avènement de l'économie post-industrielle a remis en cause les compromis qui ont porté la croissance des États-providence européens, les grandes évolutions sociales récentes (entrée des femmes sur le marché*

*du travail, vieillissement de la population, inégalités croissantes...)* appellent de nouvelles interventions. Est-il aujourd'hui possible de trouver les nouveaux compromis qui permettraient de redéfinir les missions de l'État-providence au XXI<sup>e</sup> siècle ? *Les trois leçons que l'on va lire proposent une véritable révolution dans l'approche de cette question. Elles proposent de substituer à une conception traditionnelle et statique des politiques sociales, visant à réparer les situations les plus difficiles ou bien à remplacer les revenus perdus, une perspective dynamique prenant en compte les trajectoires des individus, leurs aléas dans l'économie de la connaissance, et l'émergence de nouvelles inégalités entre les genres, les générations et les groupes sociaux propres aux sociétés post-industrielles. Cette approche montre que les politiques sociales ne peuvent plus se contenter d'être des dispositifs d'indemnisation, mais qu'elles doivent porter une stratégie collective d'investissement social. Bref, il s'agit de passer d'un État-providence essentiellement « infirmier », à un État-providence « investisseur ».*

Investir dans des politiques préventives en favorisant l'emploi des femmes, en garantissant l'égalité des chances des enfants et en maintenant l'équité entre les générations sont les trois leçons de l'État-Providence investisseur du XXI<sup>e</sup> siècle. Le projet politique de la promotion de la santé qui réclame la mobilisation de tous les acteurs sociaux et économiques (États, structures privées, mouvements collectifs et citoyens, individus) semble s'inscrire dans ces perspectives nouvelles d'investissement social pour la santé comme bien commun.

*L'État d'investissement social* est une notion récente issue de l'idéologie de la troisième voie avancée dans les années 1990 par Giddens (Giddens, 2002), il est proposé comme successeur de l'État providence « soumis, depuis près de trente ans, à une logique de crise : crise de son financement, de sa légitimité et peut-être même *de sa congruence avec l'ensemble des mécanismes de régulation socio-économiques* » (Cassiers, 2005). Ce modèle anglo-saxon s'organise autour d'un principe de participation citoyenne et de gestion préventive et individualisée des risques sociaux. L'État d'investissement social ou État social actif relève d'un régime de justice où la notion d'égalité d'accès à des droits sociaux, dont la santé, se voit désormais associée à une exigence de responsabilité non plus seulement collective (la volonté

générale pour le bien de chacun) mais également individuelle (la volonté individuelle pour le bien de tous).

Cette nouvelle vision du monde révisé les fondements du contrat social selon Rousseau (1712-1778) qui avait comme projet de « *trouver une forme d'association qui défende et protège de toute la force commune la personne et les biens de chaque associé, et par laquelle chacun, s'unissant à tous, n'obéisse pourtant qu'à lui-même, et reste aussi libre qu'auparavant. Tel est le problème fondamental dont le Contrat social donne la solution* ». [...] « *Chacun de nous met en commun sa personne et toute sa puissance sous la suprême direction de la volonté générale ; et nous recevons en corps chaque membre comme partie indivisible du tout* ».

Si le contrat social veut montrer qu'il est de l'intérêt commun que chacun souscrive à des principes qui garantissent l'égalité et les libertés de base, il semble que le projet social fondé sur la participation/ mobilisation citoyenne, comme mise en œuvre de l'idéal démocratique, implique la responsabilité individuelle c'est-à-dire que chacun doit assumer la responsabilité de ses propres choix :

« *Que l'individu reprenne du pouvoir sur lui-même, ou (re) devienne acteur de sa propre vie* » (Bresson, 2014).

L'investissement citoyen à l'œuvre réintroduirait « le sujet désirant dans sa responsabilité éthique, dans la construction collective des règles du vivre ensemble, en citoyen responsable » (Lecorps, 1999) c'est-à-dire qu'il produirait plus de démocratie par le biais de la consultation et d'une implication de l'individu et de sa communauté d'appartenance dans les grands débats liés à la santé de la population. Avec la co-responsabilité envers la santé, comme principe de réciprocité de la responsabilité, mais aussi de la solidarité entre l'État et le citoyen, s'engage « une prise de conscience grandissante du fait que nos droits fondamentaux ne sont pas gratuits, mais sont parties prenantes *d'un contrat social qui requiert la responsabilité individuelle* » (Massé, 2003). Cette nouvelle forme de contrat social basée sur la co-responsabilité, exige de la part des institutions, la mise en œuvre des moyens adéquats de protection et de promotion de la santé, et de la part des individus, une citoyenneté responsable que l'on retrouve dans l'expression acteur de sa santé.

L'État-providence investisseur apparaît comme un berceau idéologique donnant une légitimité au projet politique et éthique de la promotion de la santé.

## **B. Le bien-être : objet politique, éthique et citoyen**

### **1. L'intervention utilitariste en promotion de la santé**

C'est dans ce contexte de rénovation des États sociaux et dans cette approche renouvelée d'une quête du bien-être pour le plus grand nombre, que l'action en promotion de la santé trouve sa justification. La philosophie de Jeremy Bentham et de John Stuart Mill, reposant sur la théorie de l'utilitarisme, développe le concept d'utilité comme principe à produire le bonheur, le bien-être, la santé du plus grand nombre et minimiser la douleur et la souffrance. « La quête de la certitude scientifique dans la mesure des facteurs de risque, la désignation des populations à *risque ou l'évaluation des interventions s'explique, en bonne partie, par l'impératif de respect de ce principe utilitariste* » (Massé, 2003). Le bien-fondé de l'action institutionnelle réside dans cette conception qui vise à maximiser le bien-être de tous aux dépens du bien-être individuel. En d'autres termes, l'action est utile si elle apporte des bénéfices à la collectivité. La responsabilité institutionnelle est ainsi de livrer des résultats tangibles en termes de progrès par l'action préventive et par la lutte contre les fléaux qui touchent la population (maladies chroniques (cancers, obésité), problèmes liés au vieillissement, addictions...). Cet investissement passe par des politiques qui donnent une légitimité à ce qui est attendu de la part des individus et des groupes et donc à une certaine pression en faveur des prescriptions et des proscriptions proposées par la santé publique, voire une justification d'éventuelles sanctions. Ce qui est attendu est un engagement citoyen qui se manifeste par la contribution à des causes communes et une solidarité envers les normes et règles proposées.

Il me semble que le projet politique et éthique de la promotion de la santé est de faire l'équation entre l'investissement des politiques de santé publique, toutefois appelées à se réorienter vers une plus large prise en compte des déterminants sociaux et environnementaux dans la lutte contre les fléaux, et l'investissement citoyen qui, tout en exigeant le « souci des conséquences », apporte en contrepartie l'autodétermination et redonne le pouvoir à l'individu

et au groupe sur son action. Au cœur de ce projet politique et éthique se trouve le développement des compétences des individus et des groupes à s'investir pour produire collectivement le bonheur, le bien-être et la santé pour soi et autrui. Ce processus s'appuie essentiellement sur les concepts d'empowerment (autonomisation) et de praxis (mise en action en vue d'une transformation). Comme le suggère Raymond Massé « le mandat est donc de *travailler à améliorer le potentiel d' « autonomie pratique » de l'individu »* (Massé, 2003).

## **2. La visée égalitaire par l'empowerment**

La tension éthique qui émane d'une offre de promotion de la santé, toute consacrée à l'amélioration du bien-être dont la santé est une des composante, et de la persistance des comportements à risque adoptés plus ou moins consciemment par les individus et les groupes (plus généralement socio-économiquement défavorisés ou marginaux et déviants), trouve une stratégie éthiquement acceptable dans l'approche par l'empowerment. Cette approche relativise la fonction utilitariste de la promotion de la santé héritée de la santé publique classique et valorise la position plus égalitariste revendiquée par les défenseurs de la nouvelle santé publique. Il me semble que la promotion de la santé compose avec la notion de responsabilité citoyenne de plus prégnante dans les politiques publiques en proposant une intervention qui mette au travail, plutôt que l'injonction et la prescription, le processus d'acquisition et de développement des compétences nécessaires pour accéder à cette responsabilité citoyenne. La responsabilisation et l'autonomisation des individus et des groupes, défaillants par leurs conditions sociales et culturelles, est ainsi justifiée par le rééquilibrage face à ces inégalités produites par les systèmes économiques et assumée comme contribution aux valeurs humanistes d'égalité et de justice.

La notion d'empowerment s'est progressivement imposée dans les rangs des organisations internationales du développement (Unesco, Banque mondiale) et dans les politiques de santé

publique des États développés. Inspiré en partie de la pédagogie pour la conscientisation des opprimés (Freire, 1974), mais également du mouvement féministe à l'œuvre dans les pays du Sud<sup>52</sup> (Calvès, 2009) le concept d'empowerment s'est largement répandu après les années 1980 dans les travaux internationaux sur la pauvreté.

« Dans son ouvrage « Empowerment : the politics of alternative development » paru en 1992, John Friedman, par exemple, décrit la *pauvreté dans les pays du Sud non pas comme l'absence de ressources financières et matérielles des individus et des ménages mais essentiellement comme un processus historique d'exclusion des pouvoirs économiques et sociaux (« disempowerment »)*. Pour combattre la pauvreté, l'auteur propose de s'éloigner du modèle économique classique dominant et d'adopter un modèle alternatif centré sur les personnes et l'environnement plutôt que la production et les profits (Friedman, 1992, p. 31). Il prône un modèle basé sur l'empowerment social et politique mais aussi psychologique des individus et des ménages. Selon Friedman, il faut rééquilibrer les structures de pouvoir inégalitaires dans la société de manière à ce que l'État devienne davantage responsable de ses actions, que le pouvoir de la société civile soit accru et que les grandes corporations soient plus responsables socialement (Friedman, 1992, p. 31). Tout comme les féministes, l'auteur situe le point de départ du processus d'empowerment dans la mobilisation de la société civile sur des enjeux locaux avant que le processus gagne le terrain de la lutte politique afin de combattre l'oppression au niveau national et international. » (Calvès, 2009)

Comme pour remettre en question les modèles de prédiction des comportements basés sur une rationalité instrumentale, l'empowerment engage une pensée éthique de reconsidération de l'être humain et de sa culture.

---

<sup>52</sup> « La publication en 1987 du livre *Development, crises and alternatives visions : Third World women's perspectives* marque en effet un tournant dans la généalogie du concept (Sen, Grown, 1987). »

Aujourd'hui, ce terme en usage dans tous les domaines de la vie sociale, se trouve comme indissociable de tout discours centré sur la prise en compte des individus et des communautés. La mobilisation grandissante de la notion dans les discours des organismes internationaux (ONU, Banque mondiale), a fait glisser l'approche radicale « empowerment » comme processus d'action sur les dimensions individuelle et collective du pouvoir, développé par les ONG féministes, vers une approche plus diluée d'autonomisation, de participation, de démocratisation. Pourtant il semble que les démarches engagées par les programmes communautaires et programmes de développement des compétences des individus et des communautés ne remettent pas en question véritablement les approches descendantes (top down) par lesquelles les besoins et les bénéfices attendus sont prédéfinis.

*« En puisant dans la terminologie radicale et en s'appropriant et refaçonnant un concept qui reflète les préoccupations, les espoirs et les valeurs des personnes travaillant sur le terrain, sans pour autant paraître menaçant aux gouvernements en place dans les pays pauvres (Moore, 2001), les institutions internationales créent un concept accrocheur aux contours flous qui devient « hégémonique » et incontestable (Cornwal, Brock, 2005). » (Calvès, 2009)*

Cette dépolitisation de l'empowerment risque de réduire l'action à des stratégies visant l'efficacité et la productivité et de laisser peu de place au processus de transformation sociale (qui serait associé à des approches ascendantes (bottom up)).

*« Ainsi, le rapport de 2000-2001 stipule clairement que l'objectif de l'empowerment est « de renforcer les actifs des pauvres pour qu'ils puissent devenir des acteurs efficaces sur le marché » (Banque mondiale, 2001, p. 46). » (Calvès, 2009)*

Ce concept, associé généralement à la notion de participation, est très répandu dans le champ de la promotion de la santé et notamment dans le cadre des objectifs de développement des compétences psychosociales. Il s'inscrit dans l'approche écologique en promotion de la santé en ce sens que la santé est considérée comme le résultat dynamique des interactions entre les individus et leurs environnements (Green, 2000). La participation et l'empowerment sont des



leitmotiv des différentes chartes et déclarations de l’OMS (Alam-Ata 1978, Ottawa 1986, Sundsvall 1991, Jakarta 1997). Il s’agit pour la participation d’impliquer de manière active les individus dans les processus de décision.

L’empowerment appliqué au développement humain est repris, dans les années 1980, dans le cadre de l’éducation pour la santé et est défini comme « *un processus d’action sociale par lequel les individus et les groupes agissent pour acquérir le contrôle sur leur vie dans un contexte de changement de leur environnement social et politique* » (Wallerstein, Bernstein, 1988). Une autre définition de l’empowerment est utilisée dans le champ de la promotion de la santé comme « *la capacité des individus à acquérir du pouvoir socialement, politiquement, économiquement et psychologiquement, à travers 1/ l’accès à l’information, à la connaissance et aux compétences, 2/ la prise de décision, 3/ l’efficacité personnelle, la participation communautaire et le contrôle perçu* » (Zimmerman, 1988).

Les stratégies mises en œuvre dans une visée d’empowerment sont de l’ordre de la valorisation et l’accroissement des compétences des personnes (individus et groupes communautaires), et l’augmentation de leur participation aux organisations qui les concernent directement dans leur milieu proche (famille, quartier, associations de proximité, entreprises...) et de manière plus distante (organisations nationales, internationales, politiques sociales, éducatives, culturelles, économie...).

L’empowerment peut être considéré comme une politique d’aide aux personnes concernées. Sur le terrain des violences conjugales et intrafamiliales, Jean-Yves Trépos analyse la notion comme un « *outil d’accès à la Cité* » :

« [...] l’empowerment fait partie de ces outils politiques (au sens de *l’anglais politics*) capables de donner un sens aux errances, aux déviances et aux déficiences sociales pour baliser une voie d’accès à la Cité (ce qu’en anglais on appelle *polity*) parce qu’ils puisent de nombreuses ressources, à un niveau métaphysique, dans des stocks de visions du monde ». (Trépos, 2015)

# Conclusion CHAPITRE I

En explorant le concept de santé dans toutes ses dimensions, il est permis de conclure ici que la santé apparaît comme une notion bien insaisissable, comme une réalité complexe tirillée entre dimensions temporelle/spatiale, pathogène/salutogène, individuelle/sociale, biologique/environnementale, politique/ontologique, pratique/théorique. Les tensions mises au jour sont caractérisées par :

- l'évolution historique de ses définitions et de ses ancrages théoriques : absence de maladie versus santé ;
- l'aboutissement actuel de cette évolution qui semble dominant : la santé est globale, holistique, écologique ;
- l'universalité qui émane des discours et qui englobent l'humanité tout entière ;
- l'héritage reçu par chaque personne, l'immédiateté des situations vécues, les habitudes qui perdurent et les perturbations qui surviennent à chaque âge de la vie ;
- les corps et les consciences éprouvés au quotidien ;
- les politiques au long cours et l'enchevêtrement des systèmes ;
- les nombreux facteurs qui la déterminent, la perturbent et la dégradent ;
- les nombreux facteurs qui la déterminent, la protègent et l'améliorent.

Ces premières conclusions montrent que la santé est un concept qui se construit et qui évolue dans le cadre d'un processus de normalisation qui fixe les qualités dont un individu doit disposer et les comportements sociaux qu'il doit adopter pour que sa santé soit considérée comme bonne.

En tant que déterminant essentiel du développement humain, la santé a tous les attraits d'un principe supérieur commun (Boltanski, 1991). Ce principe soutient ce que je propose de considérer comme la cité promotion de la santé, laquelle se veut porteuse d'un idéal de

monde renouvelé d'équité et de responsabilité. Il est mis en évidence que pendant ces trente dernières années, une grande part de la réflexion sur la santé et sur la promotion de la santé a alimenté le processus de transformation d'une conception négative vers une conception positive qui a bouleversé l'approche des problèmes et des publics. Entendre une approche globale de la santé de l'homme porté par la promotion de la santé, c'est donc s'attacher au travail sur les déterminants psychosociaux et environnementaux de la santé afin de bannir la stigmatisation des comportements risqués, tout en soutenant la motivation et en valorisant les capacités de l'individu à prendre soin de lui-même pour le maintien du meilleur état de santé possible.

En s'affichant comme une dynamique qui favorise les facteurs de protection plutôt que les facteurs de risques et en mettant l'accent sur la santé comme une ressource pour la vie quotidienne, la promotion de la santé s'est imposée comme la santé publique postmoderne en termes de salutogenèse et de qualité de vie. La question importante aujourd'hui, qui fait écho à ce qui engendre la maladie (pathogenèse), est ce qui fait la santé (salutogenèse).

Le projet politique et éthique de la promotion de la santé est l'investissement vers une plus large prise en compte des déterminants sociaux et environnementaux dans la lutte contre les dommages à la santé des populations mais également l'investissement citoyen qui, tout en exigeant la responsabilité individuelle et collective face aux comportements de santé, veut assurer l'autodétermination, l'autonomie et redonner le pouvoir à l'individu et au groupe sur son action.

# **CHAPITRE II : La promotion de la santé est-elle une cité ?**

« Pour faire une cité, il ne suffit donc pas de se donner un ensemble de personnes. Il faut aussi définir un bien commun qui leur soit supérieur et qui puisse faire entre elles équivalence »(Boltanski, 1990).

Le projet politique et éthique de la promotion de la santé ainsi approché, comme prise en compte des déterminants sociaux et environnementaux de la santé et comme mobilisation d'une démarche citoyenne individuelle et collective, me permet maintenant d'étudier plus précisément d'une part, les équipements théoriques et structurels de la promotion de la santé et d'autre part, ses équipements pédagogiques et pratiques. Cette étude s'appuie plus directement sur les matériaux issus du corpus bibliographique, sur l'analyse d'outils méthodologiques et pédagogiques et sur les entretiens d'un ensemble d'intervenants de terrain œuvrant dans les domaines de l'éducation, de la santé, du social et du sport.

# I. Équipements théoriques et structurels

## A. La mesure de la grandeur

### 1. Visibilité et définitions de la promotion de la santé

#### a) Travaux relatifs à la promotion de la santé

D'un point de vue bibliographique, les résultats sur les moteurs de recherche sont importants car plus de 30 000 références bibliographiques ressortent lorsqu'on interroge tous les champs (titre, résumé, mots clés, bibliographie) dans les bases de données avec le mot-clé « promotion de la santé » et plus de 10 000 références bibliographiques avec le mot-clé anglais « health promotion » :

Résultats dans tous les champs	PubMedHealth	Cairn.info	Persée	BDSP	Revue.org
Promotion de la santé	11	10001 (max)	6471	6000	5391
Health promotion	262	2477	860	4000	1308

**Tableau 8 : Nombre de références bibliographiques sur les mots clés « promotion de la santé » et « health promotion ».**

Un affinage de ces résultats est opéré en ne conservant que :

- les deux bases de données qui affichent le plus de résultats soient Cairn.info et BDSP
- et les trois champs significatifs dans lesquels apparaissent les mots-clés : titre, résumé et bibliographie.

Le tableau suivant montre le nombre de références bibliographiques issues de cette opération d'affinage et que je retiens pour mener les investigations sur les aspects théoriques et structurels de la promotion de la santé :

Mots clés	Par champ	Cairn.info	BDSP
Promotion de la santé	Titre	/	200
Promotion de la santé	Résumé	58	/
Promotion de la santé	Bibliographie	140	/
Health promotion	Titre	/	200
Health promotion	Résumé	49	/
Health promotion	Bibliographie	131	/

**Tableau 9 : Nombre de références bibliographiques retenues pour la recherche sur les mots clés « promotion de la santé » et « health promotion » par champ (titre, résumé, bibliographie).**

Ce résultat correspond donc au nombre de références bibliographiques retenues pour la recherche. Elles seront associées avec les mots clés des compétences psychosociales pour tenter d'approcher l'état des documents relatifs au sujet plus spécifique du **développement des compétences psychosociales en promotion de la santé**.

L'exploitation de ces références bibliographiques et l'analyse des entretiens me permettent de dégager les fonctions attribuées à la promotion de la santé selon la typologie des acteurs retenue pour ces travaux : 1/ les acteurs théoriciens et experts, 2/ les acteurs intermédiaires ou médiologues et 3/ les acteurs intervenants de terrain.

Les matériaux de la recherche bibliographique à disposition et l'analyse des entretiens m'ont permis de construire le tableau ci-dessous. Il décrit les éléments formels qui précisent l'intention affichée de la promotion de la santé (fonction manifeste) mais également ceux, moins évidents (fonction latente), qui ressortent de l'analyse.

	Fonction manifeste de la promotion de la santé	Fonction latente de la promotion de la santé
Au regard des experts, théoriciens	Contribue au PNUD dans le domaine de la santé des populations ; Porte les valeurs énoncées par la charte d'Ottawa ; Renouvèle la conception de la santé publique ; Participe à réduire les « contraintes pesant sur la capacité de la plupart des personnes et des groupes les plus vulnérables à faire face aux problèmes» ; Participe à la construction de « la résilience face aux chocs à venir.» <sup>53</sup>	Avisé toutes les responsabilités pour une meilleure gestion de l'incertitude ; A la volonté d'établir les équilibres de l'accès à l'éducation et à la santé ; Atténue la violence des systèmes de marché par un engagement humaniste ; Pare les déficits des États Providence ; Participe à l'impérieux appel de réveil des consciences écologiques.
Au regard des intermédiaires, méthodologues	Aide au transfert des connaissances récentes en matière de santé publique ; Transpose dans le domaine de la santé les nouvelles pédagogies et méthodes éducatives issues des théories psychosociales du comportement.	Donne des moyens renouvelés de convaincre et faire respecter les « principes » et « la grandeur » aux acteurs de terrain : méthodes qui se fondent dans les pédagogies nouvelles.
Au regard des intervenants, éducateurs	S'occupe du bien-être des personnes ; Relève de la qualité de vie ;	Est une expression généraliste qui permet d'absorber de nombreux concepts et donc de nombreux champs d'actions ;

**Tableau 10 : Fonctions de la promotion de la santé attribuées selon la typologie des acteurs**

De cette analyse globale des fonctions, il ressort quelques éléments notoires de la colonne fonction latente. Tout d'abord, je remarque un paradoxe essentiel qui est l'engagement affirmé de la promotion de la santé dans la lutte et la réduction des inégalités sociales de santé dans le monde mais sans une remise en question formelle du système libéral qui est à la source de la distribution inégalitaire des biens de santé et d'éducation. Alors que, pour les experts-théoriciens, dans la colonne fonction manifeste la promotion de la santé s'inscrit incontestablement dans le PNUD et participe à l'effort mondial de développement humain.

« Le développement humain est un processus qui conduit à l'élargissement de la gamme des choix qui s'offrent à chacun. Les plus essentiels sont : vivre longtemps

---

<sup>53</sup> Rapport sur le développement humain (2014). Pérenniser le progrès humain : réduire les vulnérabilités et renforcer la résilience. p.6.

et en bonne santé, acquérir un savoir et avoir accès aux ressources nécessaires pour jouir d'un niveau de vie convenable. »<sup>54</sup>

Sur le terrain, ce n'est pas si clair. La promotion de la santé n'est pas suffisamment explicite car elle intègre des notions complexes qui se situent à différents niveaux : politique, systémique, comportemental, environnemental, social, mental, ...c'est pourquoi elle est définie souvent au travers d'une autre notion, à l'image de ce que nous livre DO quand il veut simplifier son discours :

*« [...] promotion de la santé ce n'est pas trop explicite à l'extérieur, [...] j'associe souvent promotion de santé et qualité de vie. »*  
EA 26-DO

Ou bien encore, VF qui donne sa définition au travers de la notion de bien-être mais également des activités mises en œuvre :

*« Ce que j'associe alors ça va être bien-être de la personne. Ça va être euh ça va être euh information, connaissance en fait enfin lutte contre les ignorances, voilà, enfin promotion de la santé oui, un aspect prévention dans dans ma tête. Peut-être parce que promotion on le voit que sur les affiches, enfin promotion de la santé ça va être que dans des trucs euh oui, dans des projets, des choses comme ça »*  
EA 20-VF

Au regard des intermédiaires, méthodologues, il est intéressant de relever que la fonction latente de la promotion de la santé est le moyen pour les acteurs de terrain de convaincre les bénéficiaires du bien-fondé de leur intervention.

Cette première approche des fonctions de la promotion de la santé vue par les acteurs suggère grossièrement, selon leur niveau d'action, les différences et les croisements en termes de

---

<sup>54</sup> Rapport sur le développement humain. (1990).



représentations qu'elles soient affichées ou moins visibles. L'analyse se poursuit sur l'étude plus systématique des définitions attribuées à la notion de promotion de la santé.

### **b) Définir la promotion de la santé : un sujet d'étude**

Communément basée sur des principes établis par une charte internationale appelée Charte d'Ottawa (OMS, 1986), la promotion de la santé est une notion définie soit de manière conceptuelle, soit de manière plus opérationnelle.

Cependant, les diverses définitions formulent le même objectif fondamental : il s'agit d'accompagner les personnes, les groupes, les populations, les peuples à exercer un plus grand contrôle sur leur santé et sur les déterminants de celle-ci.

Ce qui peut rapprocher également les multiples définitions, c'est l'idée de la complémentarité des interventions axée sur les personnes et sur l'environnement. La difficulté reconnue est le manque d'opérationnalité dans les termes des différentes définitions. Ce sont le plus souvent un assemblage de principes combinés entre eux et présentés comme un processus qui améliorerait la santé des populations.

Les quelques définitions proposées ci-dessous sont les plus connues, elles émanent des travaux conduits par des équipes de chercheurs de l'OMS ou d'organisations internationales proches. Ces définitions sont reprises depuis plus de trente ans et citées dans les ouvrages, articles et guides méthodologiques qui traitent de promotion de la santé.

Définition 1/ « Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. »<sup>55</sup>

---

<sup>55</sup><http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

C'est la définition proposée par l'OMS dans la Charte d'Ottawa comme « un processus qui confère aux populations le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. » (OMS, 1986). La charte livre les conditions et les axes de développement pour établir les bases de l'action visant la santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà. Ce texte propose la stratégie globale de la promotion de la santé intervenant quelques années après celle des « Soins de santé primaires » définie à Alma-Ata (Kazakhstan, URSS) en 1978 (OMS, 1978), et celle de la « Santé pour tous en l'an 2000 » proclamée en 1980 (OMS, 1981). L'éducation pour la santé y est une des stratégies importantes et vise le renforcement des capacités individuelles à agir vis-à-vis de sa santé. Les autres stratégies sont : la réorientation des services d'action sanitaire et médicale (soins de santé primaires) vers la détection (examen de santé), le dépistage, la protection (vaccination) ; l'action environnementale (mesures de protection et de modification de l'environnement) ; l'apport communautaire (participation et ressources) ; les mesures légales (règlements et lois en faveur de la santé).

Définition 2/ « Health promotion is the science and art of helping people change their lifestyle to move toward a state of optimal health. Optimal health is defined as a balance of physical, emotion, social, spiritual and intellectual health. Lifestyle change can be facilitated through a combination of efforts to: enhance awareness, change behavior and create environments that support good health practices. Of the three, supportive environments will probably have the greatest impact in producing lasting changes. »

Ici, c'est en définissant la santé optimale et ses différentes composantes, physique, mentale et sociale, que l'auteur (O'Donnell, 1989) précise les méthodes pour agir sur les modes de vie afin de préserver la santé. « La promotion de la santé est la science et l'art d'aider les personnes à changer leur style de vie vers un état de santé optimale » en favorisant la prise de conscience (information, sensibilisation), le changement de comportement (éducation, *prévention*), *la création d'environnements qui soient supports pour des habitudes et des pratiques favorables à la santé.* ». Dans cette définition, l'action sur l'environnement est présentée comme primordiale pour produire un changement durable.

Définition 3/ «Health promotion is the combination of educational and environmental supports for actions and conditions of living conducive to health. »

Cette définition de Green et Kreuter (Green, 1990) n'est pas opérationnelle car elle ne dit rien sur les méthodes. « ... *une complémentarité d'interventions éducatives et agissantes sur l'environnement pour améliorer les conditions de vie favorables à la santé* ». Mais, elle interpelle le politique car axée sur l'éducation et sur l'environnement. Plus tard, ces auteurs (Green, 1999) ont proposé une définition plus opérationnelle de la promotion de la santé comme « toute combinaison d'actions planifiées de type éducatif, politique, législatif ou organisationnel appuyant des habitudes de vie et des conditions de vie favorables à la santé d'individus, de groupes ou de collectivités ».

Définition 4/ « Le principal critère servant à déterminer si une initiative devrait être considérée comme une action de promotion de la santé devrait être *l'ampleur avec laquelle elle s'engage dans un processus d'empowerment ou de développement des capacités d'une communauté* ».

Pour Rootman et ses collègues (Rootman, 2001) certains principes de base tendent à caractériser la promotion de santé, mais c'est bien le processus d'empowerment qui est essentiel car il doit permettre à des personnes et aux communautés d'assumer plus de maîtrise sur les facteurs personnels, socio-économiques et environnementaux qui affectent leur santé. Ensuite, le principe de participation est évoqué car il permet d'impliquer tous les intéressés à chaque étape du processus d'empowerment et de développement des capacités.

Pour les auteurs, la démarche de promotion de la santé doit être holistique, c'est à dire qu'elle doit s'inscrire dans une conception globale de la santé qui inclut les dimensions physique, mentale, sociale et spirituelle. Elle doit être également intersectorielle par la collaboration de tous les secteurs concernés. Ils mettent en avant le principe d'une promotion de la santé « équitable » guidée par le souci de l'équité et de la justice sociale.

Elle doit être durable pour soutenir et maintenir les changements opérés avec les personnes et les communautés. Enfin, elle doit être multistratégique en combinant un grand choix

d'approches comprenant l'élaboration des politiques, le changement organisationnel, le développement communautaire, la législation, la recommandation, l'éducation et la communication.

Les définitions de la promotion de la santé et les principes théoriques véhiculés à travers le monde par les différents travaux menés sous l'égide de l'OMS ou bien portés par des équipes de chercheurs actifs dans le monde universitaire et dans des organisations internationales ne semblent pas rencontrer de critiques. Pourtant, certaines voix se font entendre pour déclarer que la promotion de la santé « *continue à être handicapée par l'absence d'une définition solide, claire et utilisable* » (Simos, 2003).

Sur ce point, nous pouvons illustrer les voix dissonantes au travers de deux points de vue critiques, celui de Didier Fassin et de Raymond Massé qui replace la promotion de la santé dans le giron de la santé publique duquel elle ne peut s'extraire que par le discours.

Selon Didier Fassin, la promotion de la santé apparaît comme le dernier d'une succession d'avatars de la santé publique (Fassin, 2000). Le sous-titre Vers une nouvelle santé publique, présent dans le document de la Charte d'Ottawa comme l'invocation d'une radicale nouveauté, comme discours de légitimation n'est en effet pour Fassin que le dernier avatar de cette entreprise d'imposition d'une nouvelle moralité. Ce que nous dit Fassin est que la promotion de la santé est présentée par ses défenseurs comme « la noblesse du métier » dans le domaine de la santé publique. C'est une intention abstraite rendue publique avant de devenir une intervention concrètement mise en œuvre.

*« Les zéloteurs de la promotion de la santé optent pour l'innovation radicale. Tout le discours s'exprime sur le mode de l'innovation, voire de la régénération et de la rupture avec le passé pour entrer dans l'avenir. Une fois institué ce récit, il ne reste plus, comme le dit Nancy Milio qu'à le mettre en pratique (Milio, 1987). Ainsi en a-t-il toujours été des manifestes et des déclarations de la santé publique ».*

Pour Raymond Massé, la promotion de la santé est mandatée comme soutien à la santé publique. Pour l'anthropologue, la santé publique est à la fois une entreprise publique de gestion de la santé de la population et le lieu de définition de normes et de règles qui participent à une nouvelle moralité séculière, une entreprise d'acculturation, de rationalisation et de normalisation dont l'action est légitimée par des valeurs phares de la bioéthique telles que le bien commun, la justice sociale, la bienfaisance, la non malfaisance et l'autonomie. Le contrat social, guidant les interactions entre tous les acteurs sociaux de cette entreprise, basé sur des fonctions de surveillance, prévention des maladies, protection, s'est ainsi élargi par l'introduction de la fonction « promotion de la santé » et s'est équilibré par un partage des responsabilités entre tous ces acteurs sociaux, ainsi :

*« Les interventions mises en œuvre pour remplir ce contrat social sont de divers ordres. Après avoir axé ses interventions sur l'individu, reconnu l'agent causal principal de la maladie (agent causality), la santé publique a pris vers la fin du siècle dernier, un virage « promotion » qui met tout autant en cause les facteurs hors du contrôle individuel. Le modèle de la causalité par exposition (exposure causality) complète le mandat d'éducation à la santé par un mandat d'advocacy et d'intervention politique pour limiter l'exposition à la pollution [...]. Aux fonctions traditionnelles de protection, de prévention et de surveillance de l'état de santé de la population s'ajoute désormais une fonction de la promotion de la santé. »*  
(Massé, 2003)

Selon Massé, les fonctions de soutien à la santé publique s'inscrivent de manière explicite dans le mandat donné à la promotion de la santé au travers de ses cinq axes d'intervention. Sur la base des travaux de l'Organisation mondiale de la santé, quatre fonctions de soutien viennent compléter la définition de la santé publique approchée ci-dessus. Ces quatre fonctions sont : 1/ le travail de soutien à l'élaboration et à l'application de lois et de règlements qui ont une incidence sur la santé et le bien-être des citoyens ; 2/ la recherche visant l'avancement des connaissances nécessaires au maintien et au développement de l'expertise pour soutenir la réalisation, mais aussi l'évaluation des programmes de santé publique ; 3/ le développement et le maintien des ressources, de l'expertise et des compétences professionnelles ; 4/ l'appréciation des effets du système de soin, de services

sociaux et de santé sur la santé et le bien-être de la population et l'évaluation des impacts des transformations du système de soins et de services préventifs.

Si les représentations ne semblent pas claires au niveau théorique et idéologique, le terrain dénote également les difficultés à définir les limites entre santé publique et promotion de la santé. Le chevauchement des objectifs et des contenus ne permet pas d'en établir des différences notoires bien qu'un médecin de santé publique interviewé tente de les différencier :

*Alors pour moi c'est deux champs tout à fait différents. Pour moi la santé publique ça va bien au-delà de la santé, c'est mettre en place une politique de santé. Par exemple dans un établissement c'est tout ce qui concerne la santé mais pas seulement effectivement la santé dans le sens maladie ou bonne santé, mais aussi, comment dirais-je... l'environnement. Sur un campus comme à l'université par exemple, les rythmes de vie. C'est la politique qu'on met en place aussi, c'est qu'est-ce qu'on propose aux étudiants effectivement pour développer leurs compétences, réagir dans le psychosocial. Donc pour moi la santé publique c'est que ça, soit au niveau d'un territoire, au niveau d'une université, enfin quel que soit le niveau, c'est vraiment une politique globale qui va bien au-delà de la santé « absence de maladie », c'est une politique qui permet de rester en bonne santé et qui prend en compte tous les champs de la santé. La promotion de la santé c'est vraiment effectivement pour moi, plus l'idée, c'est plus dans un sens effectivement promouvoir la santé, pour moi ça veut dire pour un individu donné, effectivement lui expliquer ce qu'est sa santé, effectivement comment il peut, avec son capital hérédité, son environnement personnel, effectivement accéder à une santé qui soit une santé correcte, mais c'est plus en terme, comment dirais-je... sur un plan individuel, expliquer aux gens comment effectivement acquérir... enfin garder une santé qui soit une santé au sens large, toujours la santé au sens large et pas la fameuse absence de maladie.*

EA 17 - SV

A partir de cette étude des définitions et des points d'achoppement, nous pouvons avancer que la difficulté pour élaborer une définition claire et compréhensible de la promotion de la santé à tous les niveaux d'intervention réside dans le fait que le concept de promotion de santé recouvre deux champs. D'un côté c'est un processus politique qui vise le changement des conditions économiques sociales et environnementales afin de diminuer leur impact sur la santé individuelle et collective, et de l'autre côté, c'est un processus de politisation des individus et des groupes qui vise la modification des comportements par le renforcement des

capacités afin qu'ils puissent agir sur les déterminants de leur santé et ainsi avoir un plus grand contrôle de leur santé. La participation est, dans ce processus de politisation, essentielle pour soutenir l'action de promotion de santé.

## 2. Étapes d'un processus social et politique global

### a) Le construit d'une nouvelle santé publique : la promotion de la santé

Avec l'étude des définitions de la santé et ses déterminants et de la promotion de la santé, nous avons pu pointer les ruptures opérées mais aussi les points de contact entretenus avec la santé publique. Il est question ici de retracer et d'illustrer en quoi et pourquoi la promotion de la santé est désignée comme une nouvelle santé publique.

Selon Jacqueline Low (Low, 2008), la notion de promotion de la santé émerge à l'après-guerre, en 1946 lorsque l'Organisation Mondiale de la Santé introduit sa nouvelle définition de la santé (OMS, 1946). Ceci a ouvert une ère nouvelle dans le domaine de la politique de santé et a influencé, notamment au Canada, ce qui sera soutenu par le rapport Lalonde (Lalonde, 1974) et deviendra la promotion de la santé. Au sortir de la seconde guerre mondiale, l'Organisation des Nations Unies est fondée et la Déclaration des Droits de l'Homme est proclamée. Dans ce contexte, l'Organisation Mondiale de la Santé voit le jour pour défendre les droits humains dans une perspective de santé.

Pour Milton Terris (Terris, 1992), la première utilisation du terme « promotion de santé » date de 1945, quand Henry E. Sigerist, le grand historien médical<sup>56</sup>, définit les quatre tâches

---

<sup>56</sup> Henry E. Sigerist est né en 1891 à Paris et mort en 1957 à Pura (Suisse). Il obtint son doctorat de médecine à Zurich (1917) et se spécialisa en histoire de la médecine et dans le domaine de l'organisation du système de santé. Il occupa la chaire d'histoire de la médecine à Leipzig (1925-1932) et à l'université Johns Hopkins à Baltimore (États-Unis, 1932-1947). Il travailla à Pura comme collaborateur externe de l'université de Yale (1947-1957). Remarquable historien de la médecine, Sigerist initie une approche culturelle, sociale et économique de la discipline.

importantes de la médecine comme : 1/ la promotion de santé, 2/ la prévention de la maladie, 3/ la restauration du malade et 4/ la réhabilitation. Les travaux de ce médecin allemand portent sur les conditions de la santé des populations. Selon Sigerist, « la santé est promue en fournissant une norme décente de la vie, les bonnes conditions de travail, l'éducation, la culture physique, les loisirs ». Il attend des efforts coordonnés des politiques, du monde du travail et de l'industrie, des éducateurs et des médecins à cette fin (Sigerist, 1946). Cet appel sera répété quarante ans plus tard par la Charte d'Ottawa. Il est intéressant de noter que pour Sigerist, un programme national de santé doit comporter en premier lieu une éducation gratuite pour tous en incluant l'éducation sanitaire, deuxièmement le travail et les conditions de vie les meilleurs possibles ; troisièmement, les meilleurs moyens possibles pour le temps libre et les loisirs. Les soins médicaux sont en quatrième position dans sa liste des points principaux d'un programme de santé, et la recherche et la formation en cinquième. Sigerist préconise « A system of health institutions and medical personnel, available to all, responsible for the people's health, ready and able to advise and help them in the maintenance of health and in its restoration when prevention has broken down. » (Sigerist, 1941).

Terris continue son exposé sur les fondements de la promotion de la santé en les situant d'une part en Grande Bretagne autour des concepts d'hygiène sociale et médecine sociale, et d'autre part aux États-Unis sous le concept de santé publique. Ces démarches développent une épidémiologie des maladies non infectieuses avec des enquêtes sur les relations entre l'état de santé des groupes de population et leurs conditions de vie déterminées par leur position sociale, ainsi que sur les relations entre les facteurs de risque dans l'environnement physique et social spécifiques à un groupe social et l'état de santé de ce groupe social ou classe (Rosen, 1947).

Parallèlement, entre les années 50 et 70, on assiste à un changement de cap de l'OMS dont la mission passe d'une approche axée sur les soins et les systèmes de santé à une approche des contextes de santé des populations. La naissance de la promotion de la santé prenait corps dans le mouvement en faveur des soins de santé primaires (OMS, 1978). La médecine sociale, devient une réalité également en France, avec des approches qui prennent en compte les conditions sociales et sanitaires dans lesquelles vivent les populations. La pédiatrie sociale a eu ses précurseurs et a permis d'instituer la promotion et la protection de la santé et du développement de l'enfant. De nos jours, des programmes de soins et de prévention portés par



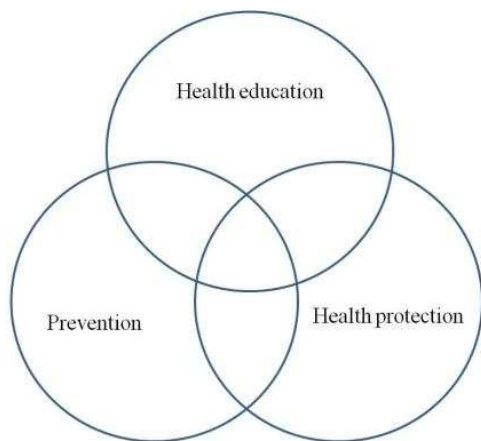
les institutions comme la protection maternelle et infantile sont essentiels dans des contextes de vie en précarité. MH a vécu de l'intérieur ce changement de paradigme et en parle :

*« dans les années 75... dans toute cette mouvance-là il y avait aussi toute une nouvelle façon d'aborder l'être humain dans le soin donc ça m'a percutée de façon vive, c'est à dire Françoise DOLTO, Frederick LEBOYER avec une autre naissance, naissance sans violence, massage de l'enfant, etc....et les médecines humaines donc j'ai tout de suite été intéressée [...] dans ma première vie mon mari était médecin et j'ai fait moi-même de la médecine générale et les enfants disaient : « mon papa est médecin, maman je ne sais pas »...et c'était ça en fait et la médecine préventive ».*

EA 27 - MH

En 1980, Draper et ses collègues décrivaient trois types d'éducation pour la santé en référence à son contenu : l'hygiène physique, l'utilisation optimale de services de santé, et la prise en compte du contexte dans lequel les choix de comportements ayant des conséquences sur la santé étaient faits (Draper, 1980). Ils insistaient sur ce dernier type, sur le peu d'intérêt qu'il suscitait à l'époque et en quoi il concerne en fait les politiques générales et leur impact sur la santé, de même que l'approche d'éducation des communautés et avec les communautés. Cette réflexion annonçait déjà le mouvement pour la promotion de la santé conduit par l'OMS.

Au milieu des années 80, Andrew Tannahill considère que la promotion de la santé est un terme extrêmement à la mode qui a acquis tant de sens pour devenir dénué de sens. A cette époque, l'auteur a créé un modèle qui présente la promotion de la santé comme trois sphères d'activités qui se chevauchent : éducation sanitaire, prévention et protection de la santé (Tannahill, 1985). Ce modèle présenté ci-dessous, décrit comment la promotion de santé est un espace d'activités avec des régions importantes de chevauchement entre les parties composantes. C'est un cadre utile pour concevoir des stratégies promotionnelles de santé et des activités.



**Figure 11 : The Tannahill model of health promotion.**

L'illustration type pour Tannahill est le taking tobacco control c'est-à-dire la prise de contrôle de la consommation de tabac :

- la sphère de protection de la santé est soutenue par la législation pour des lieux publics sans tabac.
- dans la sphère de prévention, il y a eu l'investissement sans précédent dans les services de prise en charge des fumeurs et d'aide à l'arrêt du tabac (consultation en tabacologie, addictologie, substitution).
- l'éducation sanitaire a permis la prise de conscience des dangers du tabagisme actif et passif, et a encouragé les fumeurs à utiliser les services d'arrêt du tabac. C'est également la sphère du soutien en faveur du contrôle du tabagisme par le public et les décideurs.

Ce modèle a été revisité par son auteur lui-même car il ne met pas suffisamment en avant les aspects de santé positive. Il nous livre, vingt ans plus tard, une nouvelle définition de la promotion de la santé comme :

« Le fait d'encourager de façon durable la santé positive et la prévention de la maladie par les politiques, les stratégies et les activités dans les régions d'action chevauchantes de :

- facteurs socio-économiques et physique de l'environnement
- équité et diversité
- éducation et apprentissage

- services, agréments et produits
  - activité menée par la communauté et basée sur la communauté. »
- (Tannahill, 2008).

Ce modèle est encore celui sur lequel s'appuie aujourd'hui l'Éducation Nationale pour produire sa politique de santé scolaire. Cela est explicite dans le texte de la loi qui rappelle le rôle de l'école en matière de santé des élèves :

*« L'école a pour responsabilité l'éducation à la santé et aux comportements responsables. Elle contribue au suivi de la santé des élèves. La politique de santé à l'école est définie selon trois axes : l'éducation, la prévention et la protection ».*

Mais on peut trouver un discours décentré qui maintient la prévention au même niveau que la promotion de la santé avec la Fondation Promotion Santé Suisse, que je considère comme un intermédiaire entre les experts et les acteurs de terrain. Cette structure observe que :

*La promotion de la santé qui vise l'amélioration générale de la santé et la prévention, qui a pour but d'éviter certaines maladies, sont étroitement liées et se complètent mutuellement. La promotion de la santé et la prévention font partie intégrante d'un système de santé efficace. La Fondation coordonne les activités au niveau national et dirige des programmes en vue d'atteindre ses objectifs stratégiques.<sup>57</sup>*

*Site internet Fondation Promotion Santé Suisse*

Tous ces différents modèles mettent en avant l'approche de santé sociale et globale contenue dans la démarche de promotion de la santé. On la retrouve déjà dans un texte rédigé par le bureau Europe de l'OMS (WHO, 1984), lors d'une commission de travail à Copenhague, en juillet 1984, qui planchait sur les concepts et les principes de la promotion de la santé (Kickbusch, 2003; WHO, 2009). Ces travaux initiés par les 32 États membres du bureau Europe au début des années 80, constituent « la base du développement des politiques et des programmes de promotion de la santé » (WHO, 1993a) jusqu'à ce qu'il soit formalisé en

---

<sup>57</sup> Stratégie à long terme de Promotion Santé Suisse, 2002. Lausanne et Berne.

1986 lors de la Première conférence internationale pour la promotion de la santé réunie à Ottawa (Ontario, Canada) du 17 au 21 novembre 1986. Le texte qui en ressort appelé Charte d'Ottawa pose les conditions fondamentales pour le développement de la promotion de la santé dans le monde : il faut **promouvoir l'idée, conférer les moyens et servir de médiateur**.

La promotion de la santé y est présentée comme un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La participation de la population est mise en avant comme essentielle. La Charte d'Ottawa fixe également les conditions fondamentales de santé : la paix, un toit, l'éducation, la nourriture, le revenu, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité. Dans le texte, est mise en avant la nécessité d'une action coordonnée entre de nombreux secteurs.

L'emblème de la promotion de la santé est représenté par ce logo. Il a été créé à l'occasion de la première conférence internationale sur la promotion de santé tenue à Ottawa, (Canada) en 1986. Depuis lors, l'OMS a gardé ce symbole comme logo de promotion de santé.

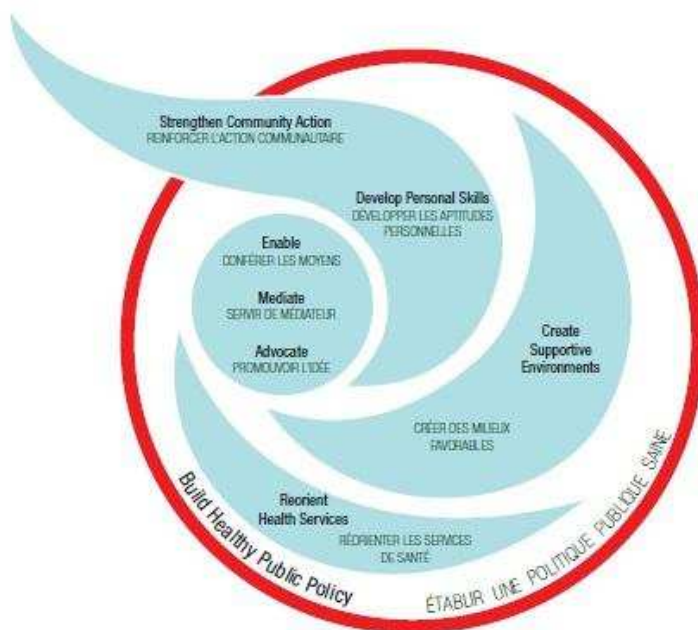


Figure 12 : Emblème de la promotion de la santé dans le monde

Pour Don Nutbeam (Nutbeam, 1997), c'est l'échec des approches simplistes pour changer les comportements individuels qui a été en partie à l'origine de l'intérêt pour les contextes, ainsi que la prise de conscience grandissante de l'écologie. La Charte d'Ottawa, où les « milieux de vie » sont un élément crucial, a cristallisé ce tournant. Nutbeam souligne également l'opportunité d'influer directement sur le cadre de l'environnement physique spécifique en plus des caractéristiques de l'environnement organisationnel et socioculturel (INSERM, 2001).

En 1986, tous les continents n'étaient pas représentés à la conférence internationale à Ottawa, et le concept n'a pas fait le même chemin et n'a pas la même prégnance partout dans le monde. Par exemple, en Afrique, il faut attendre 1997, pour voir la première participation africaine à la conférence mondiale de Jakarta. Et ce n'est qu'en 2000 que le bureau AFRO de l'OMS s'engage à produire une stratégie régionale de promotion de la santé et d'action sur les principaux déterminants de la santé qui sera adoptée en 2010. Le Docteur Houeto, Vice-président du REFIPS<sup>58</sup>, Délégué de la section Afrique Subsaharienne, est engagé dans la promotion du concept de promotion de la santé en Afrique.

En 2011, s'est tenu à Ottawa, le 4ème Colloque international des programmes locaux et régionaux de santé, et ce fut l'occasion de fêter lors d'une soirée de gala, les 25 ans de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, en présence de ses rédacteurs. Sur le programme, on pouvait lire « cette soirée se veut un évènement rassembleur et dynamique où les acteurs de la promotion de la santé pourront célébrer et être célébrés à leur tour, tout en permettant à la *relève de poser un regard optimiste sur l'avenir* ».

## **b) Des controverses**

Bien que la Charte d'Ottawa constitue le texte fondateur de la promotion de la santé, son contenu et son application ont fait l'objet de nombreuses critiques. Les cinq stratégies de promotion de la santé ont aussi fortement été critiquées, que ce soit sur le plan de leur interprétation conceptuelle ou sur celui de leur mise en œuvre (Deschamps, 2008).

---

<sup>58</sup> Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé.

D'un point de vue conceptuel, la Charte n'a pas été élaborée dans un cadre théorique spécifique, ce qui a été à l'origine de nombreuses critiques auxquelles le mouvement de promotion de la santé a dû faire face.

Didier Fassin rappelait que :

*« La santé publique est, pour beaucoup, dans ses états d'âme et, quelles que soient les intentions généreuses et novatrices de ses défenseurs, la promotion de la santé en est encore un signe. La Charte d'Ottawa, par laquelle elle se présente au monde en 1986, est un discours, tout comme l'était avant elle la Déclaration d'Alma-Ata. Se voulant refondation des principes régissant l'ordre sanitaire, elle se paie littéralement de mots, au sens où elle vise moins un accomplissement de faits qu'une énonciation de principes dont la généralité et l'ambition rendent toute mise en œuvre secondaire par rapport à la grandeur des idéaux défendus » (Fassin, 2000).*

L'absence de bases théoriques solides a été identifiée comme un problème majeur pour les fondateurs-mêmes de la Charte de promotion de la santé. Ilona Kickbusch écrit :

*« Je pense que nous n'avons pas exploré les racines théoriques de la promotion de la santé de manière suffisamment systématique et critique. Par conséquent, nos débats manquent fréquemment de perspective historique de même que de fondements théoriques, et sont constamment entravés par le fait que nous utilisons le même langage mais en voulant dire des choses très différentes. Prenons par exemple la notion de risque ; elle a une signification complètement différente lorsqu'elle est perçue à travers la vision d'un épidémiologiste, d'une anthropologue comme Mary Douglas, ou de sociologues tels Ulrich Beck et Anthony Giddens. » (Kickbusch, 2002)*

D'un point de vue historique, il semble que la Charte ne résiste pas aux changements produits par les effets de la mondialisation en termes de dégradations des conditions de vie et

ralentissement du développement humain. Michel O'Neill<sup>59</sup>, précurseur des principes de la promotion de la santé, confie en 2011 :

*« La Charte me semble le produit d'une époque historique bien particulière, celle de la période des « Trente glorieuses » où partout à travers la planète, entre le milieu des années 1940 et le milieu des années 1970, dans la foulée de la prospérité économique de l'après Deuxième Guerre mondiale, les populations ont voté pour des gouvernements solidaires qui ont mis en place des États-providence fortement interventionnistes. Or, dès les chocs pétroliers des années 1970 et les profonds bouleversements économiques qu'ils ont suscités à l'échelle planétaire, ces États-providence et les valeurs qui les fondaient ont sérieusement commencé à être mis à mal. Des gouvernements de moins en moins solidaires, comme ceux de Thatcher au Royaume-Uni en 1979 et de Reagan aux États-Unis en 1981, ont été élus à partir de la fin des années 1970. Des politiques économiques de plus en plus à droite ont commencé à être mises de l'avant presque partout durant les années 1980 et surtout 1990 (et ce, même par des gouvernements de partis socio-démocrates ou de gauche), après l'effondrement du communisme et l'avènement du « Nouvel ordre mondial » avec son capitalisme planétaire de plus en plus financiarisé et triomphaliste. La proclamation de la Charte, avec sa base de valeurs humanistes et solidaires, arrivait donc en 1986 à la fin d'une époque dont elle reflétait bien la nature mais au début d'une autre qui s'en est significativement éloignée ».*

L'adoption de la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation en 2005 met en évidence les limites de son contenu par rapport à la situation mondiale actuelle et à la réalité contemporaine (Raeburn 2007). Plus particulièrement, les « conditions préalables à la santé » relèvent de l'utopie pour de nombreux pays. Si la promotion de la santé est reconnue par ses fondateurs comme une nécessité au bien-être de

---

<sup>59</sup> Consultant et formateur en promotion de la santé. Professeur associé, Faculté des Sciences infirmières, Université Laval, Québec.

l'Homme, son implantation dans le monde diffère d'un pays à l'autre, dépendant de la situation géographique, politique, économique, culturelle et religieuse.

Les conditions fondamentales de la santé sont loin d'être acquises dans toutes les régions du monde et sont remises en question dans le monde du XXIème siècle où les situations d'instabilités géopolitiques, de violences envers les peuples et de crises des ressources s'amplifient.

La promotion de la santé a des ambitions énormes et essaie de couvrir *presque tout*. Cette particularité fait en sorte qu'il devient difficile de saisir son essence centrale. De plus, le manque de théorie qui la caractérise fait de la promotion de la santé *une sorte de colosse aux pieds d'argile* (Lindström, 2012).

Comme nous l'avons illustré, les critiques sont nombreuses et proviennent souvent des rangs même des théoriciens et des défenseurs de la promotion de la santé qui reconnaissent aussi cette fragilité propre et ce rapport complexe avec la santé publique. Ainsi on peut lire sur le site du REFIPS :

*« le plafonnement de la performance des interventions de promotion de la santé s'explique en partie par le fait que la santé publique est encore malheureusement axée sur une moralisation des modes de vie au détriment d'approches fondamentales écologiques et systémiques...La promotion de la santé souffre encore d'une grande fragilité qui tient en partie au doute persistant que ressentent nombre d'acteurs du domaine de la santé quant à son efficacité. Les exemples ont beau se multiplier, les démonstrations rigoureuses s'accumuler, le doute continue de persister, en dehors du groupe restreint de ceux qui la pratiquent. »*  
*site internet REFIPS (REFIPS, 2011).*

La critique porte aussi sur l'opérationnalité de la promotion de la santé laquelle montre ses limites et ses difficultés d'une part, à intégrer et englober les autres démarches mises en œuvre par les politiques de santé, et d'autre part à se distancer de l'approche biomédicale (ou pathogénique) selon laquelle la santé est produite par l'élimination des risques de maladie. De plus, la recherche en promotion de la santé est rendue complexe car principalement basée sur les théories d'autres disciplines (sociologie, anthropologie, psychologie sociale, sciences



de l'éducation, économie, sciences politiques ...). « Cette pluridisciplinarité montre toutefois que la pratique de la promotion de la santé ne consistait pas uniquement à se préoccuper des *comportements individuels, mais qu'elle consistait aussi à tenir compte de la manière dont la société est organisée, ainsi que de l'effet des politiques qui sous-tendent l'organisation sociale* » (Nutbeam, 2010).

### 3. Ancrage dans le paradigme de la salutogenèse

Pour sortir de l'ambiguïté avec la santé publique, et donner corps aux principes de la promotion de la santé, certains théoriciens envisagent et explorent l'ancrage, c'est-à-dire un attachement symbolique, théorique et pratique, de la promotion de la santé dans le paradigme de la salutogenèse.

Afin de situer cet ancrage, je propose de rappeler les principes qui fondent le modèle de la promotion de la santé. Ils sont présentés dans tous les ouvrages et guides comme :

- **Une approche holistique**<sup>60</sup> face à la santé envisagée comme un concept positif qui va au-delà de la capacité physique et incorpore les ressources sociales et personnelles en opposition au modèle biomédical qui définit la santé par l'absence de maladies ou désordres physiques.
- **Une approche participative** ou faire avec et non à la place. L'utilisation des approches participatives permet un plus grand contrôle sur les conditions de vie affectant la santé. C'est le facteur le plus important dans la pratique professionnelle en promotion de la santé car elle s'appuie sur des valeurs de prise de pouvoir (empowerment), justice sociale, équité, inclusion et respect. Cette approche va plus loin que le modèle socio- environnemental qui

---

<sup>60</sup>Holisme : en philosophie, doctrine qui ramène la connaissance du particulier, de l'individuel à celle de l'ensemble, du tout dans lequel il s'inscrit.

détermine les avantages et obstacles à la santé des individus et de la communauté sans leur concéder le pouvoir individuel et collectif d'agir.

- **Une concentration sur tous les déterminants de la santé** : sociaux, comportementaux, économiques et environnementaux et non pas comme le modèle de comportements sains qui définit la santé comme étant le produit des choix sains face à sa santé.
- **Une concentration sur les ressources** et non pas sur les problèmes et déficits.
- **L'utilisation de stratégies complémentaires** : actions concomitantes sur les politiques, sur les systèmes et organisations, auprès des publics.

Au fil des années, le modèle devenu dominant et qui sert de référentiel pour l'établissement de nombreux programmes de promotion de la santé, est celui représenté par les cinq axes d'intervention de la Charte d'Ottawa :

- élaborer une politique publique saine,
- créer des milieux favorables,
- renforcer l'action communautaire,
- acquérir des aptitudes individuelles,
- réorienter les services de santé.

Cette grille de lecture des programmes de promotion de la santé est mise en avant dans les manuels en méthodologie de promotion de la santé. Pour exemple, on peut citer celui du Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé (REFIPS), qui précise que :

*« La Charte d'Ottawa offre un nouveau cadre de référence pour la mise en œuvre de la promotion de la santé, à travers cinq stratégies d'intervention axées sur la nécessité de se doter de mesures de santé visant à modifier l'environnement social et politique, le besoin de renforcer les capacités d'action individuelle et collective pour agir sur les déterminants de la santé »*

ainsi que la nécessité de réorienter les systèmes de santé en faveur de la promotion de la santé » (REFIPS, 2011)

D'après cette grille de lecture, les compétences psychosociales relèvent de l'approche participative, du renforcement de l'action communautaire et de l'acquisition d'aptitudes individuelles. Elles sont les composantes des démarches éducatives nouvelles attendues mais sur le terrain, la directrice d'une structure d'accueil de jour pour des SDF livre son ressenti :

*Le développement des compétences psychosociales déjà on en parle très peu. Ça reste quand même je pense le parent pauvre des programmes de santé publique en général, puisque de toute façon c'est rentré dans cette catégorie-là. Pour moi la santé publique en général, c'est normé en fait ce que devrait être la santé des personnes ... donc on est sur quelque chose de très sanitaire, et donc les réponses doivent être sanitaires : un comportement sanitaire, développer un comportement sanitaire, avoir l'information sanitaire.*

EA 18 - DD

Depuis quelques années, le modèle de la promotion de la santé est considéré par certains théoriciens sous l'angle de la salutogenèse. Avec celui des déterminants sociaux de la santé, le concept de salutogenèse<sup>61</sup> développé par le sociologue de la santé américano-israélien Aaron Antonovsky (1923-1994) peut constituer un modèle-cadre pour le développement de la promotion de la santé (Antonovsky, 1996).

*« Il s'agissait d'ailleurs d'un enjeu devenu vital pour ce mouvement, étant donné ses difficultés à s'orienter concrètement vers l'étude de la santé. Effectivement, à cette époque, la majorité des recherches effectuées en santé publique et en promotion de la santé continuaient, en dépit des valeurs et des principes énoncés dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, à être axées sur les risques à la santé et sur la maladie ». (Lindström, 2012)*

---

<sup>61</sup> Le terme tient son origine du latin *salus*, la santé, et du grec *genesis*, l'origine.

Ce concept a été élaboré à partir d'une réflexion critique sur le système de santé en place, orienté vers la maladie. La salutogenèse répond donc à la pathogenèse (ce qui crée des maladies), sur laquelle est fondée la médecine depuis plus de 300 ans. Selon Antonovsky, plutôt que de considérer la santé comme l'absence de pathologies, la salutogenèse se concentre sur les fondements d'une bonne santé. Il s'agit donc d'étudier comment est générée la santé, comment on la renforce et on la développe (Antonovsky, 1979). « Cette pensée rejoint des valeurs, des principes et des éléments essentiels de la promotion de la santé *comme l'autonomisation, la recherche permanente du bien-être et de la qualité de vie de même que l'identification et la reconnaissance des déterminants de la santé propres à construire un projet positif de société* » précise Marie-Claude Lamarre dans sa préface de La salutogenèse. Petit guide pour promouvoir la santé (Lindström, 2012).

La promotion de la santé s'est donc fortement inspirée de ce modèle qui vise une concentration sur les ressources et non pas sur les problèmes et déficits. Ce modèle cherche à répondre à la question du pourquoi les personnes restent-ils en bonne santé malgré certaines conditions défavorables et événements critiques de leur vie ? Antonovsky considère la santé comme un processus et non comme un équilibre, elle se crée à partir d'une interaction dynamique entre facteurs de stress et facteurs de protection. Pour le sociologue, santé et maladie ne s'excluent pas mutuellement. Elles sont les extrémités du continuum santé-maladie. D'après ce modèle, la notion de tout à fait en bonne santé ou celle de tout à fait malade ne peut pas exister. En effet, tout au long de la vie, l'état de santé de chaque personne est mouvant entre ces deux extrémités. Ce qui va influencer la position de l'état de santé de la personne sur ce continuum santé-maladie c'est le rapport entre les facteurs de stress auxquels est confrontée la personne et les ressources de résistance dont elle dispose. Les facteurs pris en compte sont les facteurs sociaux, personnels et environnementaux susceptibles de promouvoir la santé ou d'y nuire ainsi que les événements dans la vie de la personne, les stratégies et les capacités qu'elle déploie pour gérer les tensions et les contraintes au quotidien. La recherche et la description de ces facteurs de protection comme les ressources par lesquelles se crée la santé constituent les travaux de la salutogenèse.

L'auteur nomme ces ressources, les ressources généralisées de résistance, ou ressources de résistance générales. Une ressource de résistance générale est 1/ physique, 2/ biochimique, 3/ artéfactuelle/matérielle, 4/ cognitive, 5/ émotionnelle, 6/ évaluative/attitudinale 7/ interpersonnelle/relationnelle, 8/ macrosocioculturelle. Ces ressources sont une caractéristique

d'un individu, d'un groupe, d'une sous-culture ou d'une société et sont efficaces pour éviter, combattre un large éventail de facteurs de stress, empêchant ainsi ces facteurs d'être transformés en stress (Antonovsky, 1979). Elles sont le potentiel des êtres humains, une forme de compétence de maîtrise pour gérer de manière constructive les tensions et le stress. Ces travaux ont abouti au modèle du sentiment de cohérence (SOC). Antonovsky définit le sentiment de cohérence comme :

« Une orientation générale exprimant le degré selon lequel un individu a un sentiment de confiance durable et dynamique, 1/ que tout au long de sa vie les stimuli de son environnement interne et externe seront structurés, prévisibles et explicables, 2/ que des ressources seront disponibles pour satisfaire aux exigences posées par ces stimuli, 3/ que ces exigences seront *des défis dignes d'investissement et d'engagement*. » (Antonovsky, 1987)

Le sentiment de cohérence est composé de trois éléments (intelligibilité, capacité à gérer et signification) qui interagissent les uns avec les autres :

- la compréhension des événements de la vie (Intelligibility) : les informations et les situations de la vie quotidienne - y compris les expériences internes et externes - peuvent être ordonnées ou perçues de manière compréhensible et regroupées en un tout consistant.
- le pouvoir de gérer les événements de la vie (Manageability) : conviction qu'a un être humain de pouvoir résoudre les difficultés. Ceci inclut la confiance et la capacité d'une estimation réaliste de la disponibilité d'instruments et de ressources appropriés pour faire face aux exigences de la vie.
- Le sentiment que les événements de la vie ont un sens (Meaningfulness) : mesure avec laquelle la personne perçoit sa vie comme étant dotée de sens. Il peut être considéré comme la motivation ou l'incitation à s'attaquer aux difficultés, à y voir un sens et à tirer des enseignements de cette expérience.

L'hypothèse d'Antonovsky est que plus le sentiment de cohérence est fort, plus la probabilité de se diriger en continu vers le pôle santé est grande. Un fort sentiment de cohérence permet

aux êtres humains de réagir avec souplesse face aux exigences et aux contraintes et de mobiliser des ressources correspondantes.

*Aujourd'hui, c'est essentiellement dans la promotion de la santé que la perspective de salutogenèse, avec une focalisation sur les ressources, s'est établie comme paradigme. Dans le monde scientifique, l'opérationnalisation par le sens de la cohérence reste toujours controversée, mais les recherches consacrées aux facteurs de protection ou aux ressources ont gagné en importance.*  
Site internet Promotion Santé Suisse

Dans la pratique, il s'agit d'améliorer les capacités des personnes à identifier les risques en vue d'augmenter la sécurité. Adopter de manière conséquente la perspective de la salutogenèse dans la pratique de la promotion de la santé signifie : investir dans des conditions cadres favorables à la santé pour l'ensemble des êtres humains ; et d'intégrer les êtres humains dans les processus de changements pour qu'ils disposent de plus d'espaces d'aménagement, de décision et de ressources de résistance. Pour y parvenir, il est important de connaître et de respecter les milieux de vie des groupes concernés, d'intégrer ces personnes dans le processus de changement (participation) et de promouvoir et développer ainsi leurs ressources (empowerment). Ainsi une comparaison descriptive des éléments clés de la charte d'Ottawa et de la salutogenèse est proposée :

LA CHARTE D'OTTAWA	LA SALUTOGENÈSE
Une approche processuelle complète vers la Charte d'Ottawa et ses secteurs d'actions	En termes salutogéniques, une approche systémique cohérente
Au centre des droits humains	Développer un sentiment de cohérence basé sur les valeurs de la promotion de la santé
Axée sur les ressources de santé (Déterminants de la santé)	Intelligibilité : créer des conditions structurées et intelligibles
L'autonomisation comme mécanisme clé du processus de promotion de la santé	Capacité à gérer : avoir les habiletés pour utiliser les ressources de résistance générales dans le processus salutogénique permettant d'acquérir un fort sentiment de cohérence
Axée sur les contextes et non pas seulement les individus	Signification : créer des conditions qui permettent de créer du sens et qui rendent les tâches quotidiennes suffisamment valables pour y investir temps et énergie
Des résultats formulés en termes de qualité de vie et non pas seulement de santé	Adopter une approche par système caractérisée par une pensée écologique et durable

**Figure 13 : Une comparaison descriptive des éléments clés de la charte d'Ottawa et de la salutogenèse.**  
**Source : Compilé par les auteurs (Lindström, 2012)**

Les compétences psychosociales peuvent être situées au cœur de ces processus de changement et elles gagnent à être mises en relation avec les ressources généralisées de résistance et le sentiment de cohérence. Intelligibilité, capacité à gérer et signification sont les éléments qui composent le sentiment de cohérence. Celui-ci est renforcé par les habilités à utiliser les ressources de résistance générales qui correspond dans une démarche de promotion de la santé au processus d'autonomisation par le contrôle du plus de déterminants de santé possibles. La salutogenèse se concentre sur les ressources (ou atouts), les compétences, les capacités des individus et des groupes. Les théories et concepts ayant une orientation positive relative à la santé en mettant l'accent sur les ressources pour la santé et sur la qualité de vie se retrouvent sous le « parapluie salutogénique ».

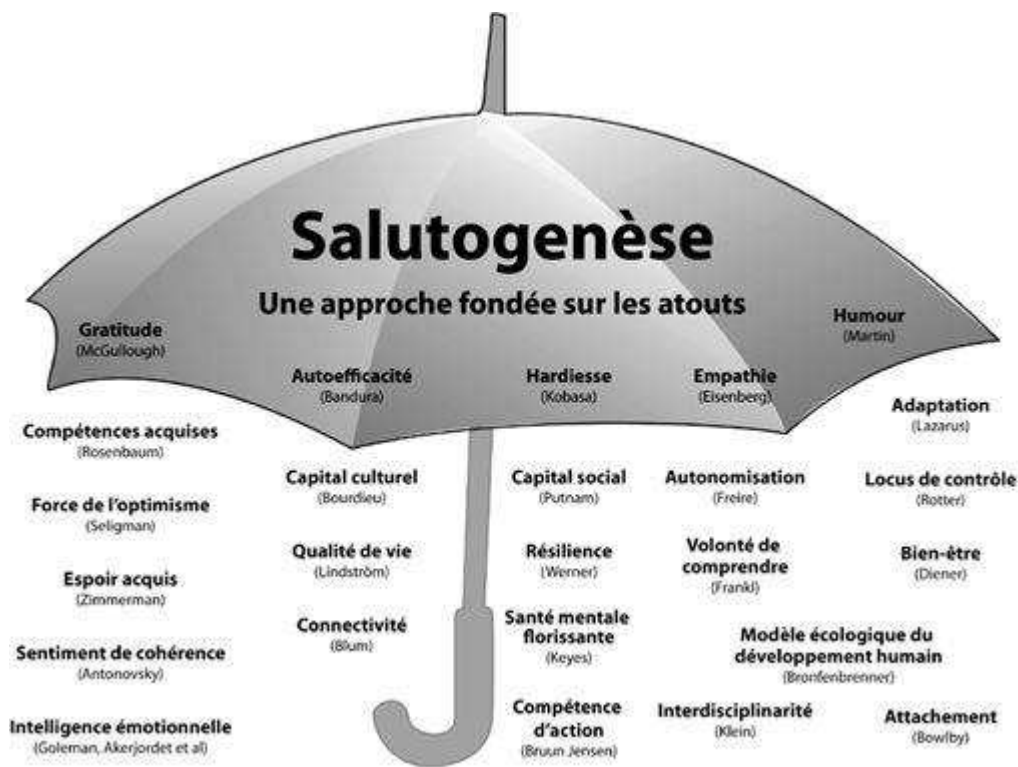


Figure 14 : Le parapluie salutogénique, d'après Eriksson et Lindström (2010) (Lindström, 2012).

On voit donc que, dans le domaine de la santé, le choix des modèles influence les interventions et met en jeu la perception de ce qui favorise la santé ou de ce qui cause la maladie. La Charte d'Ottawa a établi que la santé est créée dans le contexte de la vie de tous les jours : là où l'on vit, où l'on aime, où l'on travaille et où l'on joue (the settings approach).

C'est pourquoi, la promotion de la santé diffère des autres approches telles la prévention et la santé publique par ses caractéristiques basées sur les déterminants sociaux avec un engagement envers l'empowerment individuel et collectif (Kickbusch, 2003). Sur ce point, en promotion de la santé, le rôle du professionnel est d'être un facilitateur à l'autonomisation individuelle et collective, il est selon la conception salutogénique, une des ressources de résistance générales.

## **B. Recherche et formation en promotion de la santé**

Dans notre exploration du monde de la promotion de la santé, il est important d'en situer les activités de recherche et de formation que je considère comme des équipements théoriques et structurels permettant la légitimation et le développement de la promotion de la santé et donc la construction de la grandeur dans la cité.

Le soutien au développement de la promotion de la santé passe, selon Éric Breton titulaire de la chaire de promotion de la santé à l'EHESP, par le croisement entre recherche et formation, c'est-à-dire pratiques de terrain, enquêtes et connaissances (INPES, 2011). Le terrain de la recherche en promotion de la santé est complexe en raison de la complexité des actions et de leur contexte et de la multiplicité des acteurs. Montrer scientifiquement l'efficacité d'une stratégie de promotion de la santé semble être l'enjeu majeur pour les experts. Quant à la formation, elle constituerait un levier majeur pour le déploiement de cette approche et pour l'acquisition des compétences professionnelles nécessaires à sa mise en œuvre.

### **1. La recherche en promotion de la santé**

L'exploration de la littérature sur l'évaluation des résultats des programmes de promotion de la santé montre qu'elle porte habituellement sur des critères comme leur pertinence (les objectifs correspondent à des besoins identifiés), leur cohérence (les interventions ou activités, moyens, ressources permettent d'atteindre les objectifs), ou le respect du cahier des charges.



Toutefois, les indicateurs et les méthodes qui pourraient servir à déterminer l'efficacité de ces programmes font l'objet de nombreux débats (Wimbush, 2000) sans qu'un consensus fort se dégage pour les actions « de terrain » à l'inverse des actions « de recherche ». Pourtant, depuis le début des années 1990, l'évaluation de l'efficacité de ces programmes, c'est à dire le degré d'atteinte des objectifs fixés, est de plus en plus demandée par les commanditaires et/ou les financeurs.

En France, c'est la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) promulguée le 1<sup>er</sup> août 2001 et appliquée en 2006, visant à moderniser la gestion de l'État, qui doit permettre de pallier l'un des écueils majeurs de l'ordonnance de 1959, à savoir une culture budgétaire orientée vers les moyens plutôt que vers une logique de résultats. Ainsi, les gestionnaires sont désormais tenus de rendre des comptes sur l'efficacité de l'utilisation des crédits qui leur ont été attribués. Cette loi met l'action de l'État à l'épreuve de la performance : les objectifs de la politique publique sont-ils atteints ? Et le sont-ils au meilleur coût ?

Cette nouvelle culture du résultat s'est depuis répandue dans toutes les actions sociales et humaines et selon Jean-Marie Gogue « *la « culture du résultat » érige l'individualisme et la compétition en principes directeurs de la nouvelle société que des idéologues soi-disant libéraux voudraient nous imposer. C'est une négation de l'humanisme et de la solidarité* » (Gogue, 2008).

C'est un débat qui met en jeu les objectifs de l'évaluation : à quoi répond l'évaluation des programmes de promotion de la santé : aux besoins en information des planificateurs stratégiques et des décideurs ? À d'autres acteurs impliqués dans la gestion, la production de santé ? Ou aux utilisateurs, bénéficiaires des services ? La recherche en promotion de la santé pose donc le problème de l'évaluation des programmes de promotion de la santé (Gorman, 2003). Gorman s'interroge en effet sur le refus de la critique des preuves scientifiques sur lesquelles sont basés les programmes dans le domaine de la promotion de santé ces dernières années. Il avance que la promotion de la santé est un champ où se développent deux mouvements : l'antiscience et la pseudoscience. Gorman explique que le mouvement d'antiscience dans la promotion de santé est survenu dans le cadre de la perspective humaniste de la discipline se posant en opposition directe à une approche basée sur la science qu'il appelle le positivisme. Selon ce point de vue, l'application de la méthode scientifique, c'est-à-dire une approche des phénomènes sociaux fondés sur l'expérimentation et l'essai d'hypothèse,

est tant épistémologiquement qu'éthiquement mauvaise et donc la promotion de la santé n'aurait pas à se soumettre aux preuves.

Selon Gorman, le trait principal du mouvement pseudo-scientifique dans la promotion de santé est qu'il affiche superficiellement tous les ornements de la science réelle. Il est particulièrement présent dans l'approche de prévention à l'école. Il est intéressant de noter que pour Gorman, tant les partisans de l'évaluation postmoderniste que les partisans d'une promotion de santé basée sur la recherche, invoquent l'idée d'un changement de paradigme dans la description de leurs activités. Celui-là présente explicitement son approche à la théorie, la recherche et la pratique comme une rupture radicale d'avec le positivisme. Alors que les avocats de l'approche basée sur la recherche la présentent comme une rupture fondamentale d'avec les approches précédentes telles que la diffusion d'information et ils exigent l'engagement dépourvu de sens critique de disciples : la fidélité à la communauté et la solidarité de conviction, et quelle affaire, par la pensée rationnelle et libre. Ainsi, en censurant les critiques et en excluant ceux qui ne sont pas convertis, ils rejettent précisément les fonctions qu'ils sont censés servir.

La promotion de la santé est un domaine récent et en construction. Les méthodes et les buts des scientifiques en promotion de la santé ont emprunté de nombreuses voies. Pourtant, la réflexion engagée depuis les années 1990 par les agences mondiales de promotion de la santé (OMS, UIPES) sur la notion d'efficacité en promotion de santé (O'Neill, 2004) montre que la recherche évaluative est problématique. En effet, la base épistémologique qui sous-tend la promotion de la santé n'est pas la science expérimentale. Ses fondements se retrouvent plutôt dans les sciences sociales et comportementales. Bien que de nombreuses personnes dans le domaine considèrent la promotion de la santé comme une science, c'est aussi et surtout un champ de pratiques. La recherche scientifique en ce domaine est diluée dans diverses disciplines dont la santé publique en premier lieu.

En France, aucune unité de recherche du CNRS ne contient explicitement un intitulé « promotion de la santé », le terme « santé » restant associé aux sciences de l'environnement et aux sciences sociales. On pourrait s'attendre à trouver une grande part de la recherche en

santé publique consacrée spécifiquement à la promotion de la santé dans le cadre de la recherche en santé publique pilotée par l'Institut pour la Recherche en Santé Publique (IReSP)<sup>62</sup>, fort de 313 équipes, correspondant à 238 laboratoires<sup>63</sup>. En consultant la base de données, créée et alimentée par l'IReSP, qui recense depuis 2003 tous les appels à projets lancés dans le domaine de la recherche en Santé Publique, toutes institutions confondues, les résultats sont modestes concernant les appels à projets dont les termes « promotion de la santé » sont dans le titre ou dans les axes de l'appel à projets. Seuls trois appels à projets « de recherche » apparaissent :

- Prévention - Promotion de la santé – Éducation pour la santé lancé en 2007 par l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) qui a permis d'explorer les déterminants sociaux, sociétaux, historiques et économiques à l'œuvre dans la genèse des problèmes de santé, telles que les normes sociales et culturelles ainsi que les environnements psychologiques et physiques vécus en prénatal, au cours de l'enfance, dans les lieux de vie et de travail. Cet appel à projet a mis l'accent sur les situations de vulnérabilité aux risques au cours des différentes périodes de la vie comme des moments critiques particulièrement importants à étudier.
- Développement de l'éducation pour la santé (EPS) et de la promotion de la santé (PS) lancé en 2008 par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé qui n'avait pour objectif que de soutenir l'action d'ingénierie

---

<sup>62</sup> Parmi les très nombreuses définitions qui existent de la recherche en Santé Publique, l'IReSP utilise celle-ci, qui est une définition opérationnelle :

Recherche qui contribue à connaître et surveiller l'état de santé de la population, à identifier les groupes à risque,

Recherche qui contribue à la compréhension de la façon dont la santé des populations est influencée par des déterminants (génétiques, environnementaux, sociaux, systèmes de santé ...),

Recherche qui contribue à l'identification d'interventions (et à leur évaluation) pour améliorer la santé des populations et réduire les inégalités face à la santé.

Souvent, l'approche est populationnelle, son but est d'obtenir des connaissances généralisables, et la recherche inclut une perspective d'action. Toutes les disciplines peuvent être mobilisées.

<sup>63</sup> <http://www.iresp.net/recensements/base-des-equipes-de-recherche/>

de formation et de formation aux outils d'évaluation menée par les Pôles régionaux de compétences en Éducation Pour la Santé.

- Prévention du VIH et des IST lancé en 2008 par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé.

Dès 2008, les activités de l'IRESP sont intégrées comme contributives à l'institut thématique multi-organismes (ITMO) pour le domaine de la santé publique de l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (Aviesan) . A partir de 2016, l'appel à projets de l'IRESP porte globalement sur deux thématiques : 1/ la Prévention, les déterminants de santé et le soutien à la recherche interventionnelle en santé publique<sup>64</sup>, 2/ les Services de santé. Cet appel à projets sera pérennisé afin de contribuer à la structuration durable en France d'un champ de recherche compétitif au plan international sur la prévention.

Malgré de nombreuses tentatives définitionnelles depuis le milieu des années 1980 (WHO, 1994), contrairement à la physique par exemple, la promotion de la santé n'est probablement pas encore une discipline. Elle ne possède pas de paradigme distinctif. Elle se retrouve plutôt à la jonction d'un univers de disciplines plus vaste et une grande partie des pratiques de la promotion de la santé consiste à regarder ailleurs afin de trouver des modèles, des informations sur ce qui fonctionne ainsi que des méthodes. Cette manière de procéder est, en fait, multidisciplinaire. Elle est non seulement un atout, mais aussi une nécessité à ce stade-ci du développement du champ. En termes de données probantes, ceci implique une connaissance élargie de la façon dont les preuves sont recueillies et étudiées dans un grand nombre de disciplines.

Il en résulte une difficulté d'application des méthodes classiques du champ médical comme la comparaison randomisée « C'est vouloir mettre des ronds dans des carrés ». Un autre débat vient apporter une strate de complexité, celui qui distingue la recherche sur les interventions (soit l'étude des processus par lesquels les changements opèrent et les conditions qui

---

<sup>64</sup> Définie comme l'utilisation des méthodes de la recherche pour produire des connaissances concernant des interventions ayant un potentiel impact sur la santé de la population, qu'elles soient menées dans le champ du système de santé ou en dehors, et ceci quel que soit le niveau de l'intervention (action, programme ou politique). <http://www.iresp.net/appel-a-projet/>

favorisent les effets) et la recherche évaluative (Hawe, 2009). Selon ces auteurs, la recherche sur les interventions populationnelles de santé a tout à gagner d'un rapprochement avec la recherche évaluative et d'une intégration des méthodes de recherche appliquée provenant d'une diversité de disciplines.

Le domaine de la promotion de la santé doit être pris sous l'angle d'un champ de recherche et d'action en construction comme le suggère la toute nouvelle chaire de promotion de la santé en France<sup>65</sup>. Rattachée au Département de Sciences humaines et sociales et comportements de santé, elle s'inscrit ainsi au sein des missions de recherche et d'enseignement de l'École des Hautes Études en Santé Publique. Elle œuvre à l'amélioration des stratégies et programmes de promotion de la santé des populations et de réduction des inégalités de santé :

- en favorisant, par la recherche, le développement des connaissances et des programmes et politiques de promotion de la santé innovants,
- en contribuant à améliorer l'offre de formation de haut niveau et en accompagnant l'acquisition de compétences en promotion de la santé par les professionnels de santé publique.

---

<sup>65</sup> <http://www.ehesp.fr/recherche/les-chaieres/chaire-inpes-promotion-de-la-sante-a-ehesp/>

La Chaire INPES « Promotion de la santé » à l'EHESP est le fruit d'une collaboration entre l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) et l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) dont la collaboration a débuté le 1er septembre 2010.

Pour se doter d'une vision claire du territoire thématique que pourront investir le titulaire de la Chaire ainsi que ses partenaires, la sélection et la formulation des projets de recherche sont encadrées par une série de principes et préférences dont on trouve une description détaillée ailleurs. Ainsi, il apparaît :

1. Que ce sont les questions liées à la qualité et aux caractéristiques des milieux de vie qui doivent primer ;
2. Qu'aucun gain sanitaire significatif n'est possible sans une mobilisation des pouvoirs ;
3. Qu'au-delà des diagnostics... il est maintenant temps d'apporter des solutions et de s'intéresser à leur déploiement ;
4. Que ce sont les milieux de pratiques qui sont les principaux incubateurs d'innovations ;
5. Que la promotion de la santé passe par une épistémologie qui doit s'affranchir du post-positivisme et se tourner résolument vers un pluralisme méthodologique ;
6. Qu'une pratique de la promotion de la santé qui a pour effet d'accroître substantiellement les inégalités sociales de santé ne peut être qualifiée de succès et ceci quelque soient les gains sanitaires générés.

Le programme mondial sur l'efficacité de la promotion de la santé initié en 2000 « participe de la nécessité de donner une solide base scientifique aux pratiques en promotion de la santé pour différentes raisons : on a de plus en plus besoin de fournir aux gouvernements et aux *financeurs de projets les preuves de l'efficacité de la promotion de la santé et des approches* mises en place pour justifier les investissements réalisés. Il existe par ailleurs un besoin de *renforcer les fondements théoriques sur lesquels appuyer l'élaboration et la réalisation d'interventions et de recherches en promotion de la santé* » (Lamarre, 2008).

En 2007, sous l'égide de l'UIPES, un groupe de travail mondial sur la salutogenèse (GTM-SA) anime un forum de discussion international, explore l'efficacité de l'approche salutogénique en santé, coordonne les efforts internationaux de recherche et de pratique et met à disposition une base de données pour permettre aux chercheurs et aux praticiens du monde entier de transférer dans la pratique les évidences scientifiques disponibles.

Cette réflexion sur l'efficacité des programmes de promotion de la santé, pose une question essentielle pour nos travaux sur le développement des compétences psychosociales. Les méthodes utilisées sont-elles validées ? Sont-elles universelles ? Sont-elles clarifiées ? Leur efficacité est-elle réellement démontrée ?

Dans tous les cas, il est judicieux de poser la question du sens, pour les différents acteurs, d'utiliser le développement des compétences psychosociales comme méthode éducative mais aussi et surtout comme la finalité de leur action. Afin de pouvoir se pencher plus précisément sur cette problématique, il convient de poursuivre la mise en place du cadre de compréhension de la cité promotion de la santé.

## **2. La formation en promotion de la santé**

Un dossier complet dans le numéro 416 de La Santé de l'homme, revue éditée par l'INPES, a été consacré en 2011 à cette question « se former et former en promotion de la santé » (INPES, 2011). Le sous-titre de ce dossier défend explicitement la reconnaissance de la discipline :

« La formation, un enjeu pour permettre une implantation plus large et plus durable de la promotion de la santé ».

Cette volonté d'inverser la tendance, eu égard aux autres approches de santé publique, est animée par le constat que l'amélioration de l'état de santé des populations, notamment en Europe, profite essentiellement aux groupes sociaux les plus favorisés. L'enjeu est d'instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé (OMS, 2008).

En France, la formation doit contribuer au déploiement de la promotion de la santé dans les pratiques, elle « concerne potentiellement 2,5 millions de professionnels en activité dans environ cinquante métiers du secteur médical ou paramédical, de *l'action ou de l'intervention sociales, de l'éducation* : enseignants, infirmiers, médecins, éducateurs, assistants de service social, responsables administratifs, etc. Ils exercent dans les établissements scolaires, sanitaires, sociaux ou médico-sociaux, les administrations, les collectivités territoriales, le secteur associatif, etc. Chaque année, près de deux cent cinquante mille étudiants sont inscrits dans les universités, instituts et écoles pour accéder à ces métiers...»<sup>66/67</sup>. Au fil des années, l'offre de formation s'est développée et de nouveaux cursus universitaires ont vu le jour mais, semble-t-il, ils restent toutefois en deçà des attentes en ce domaine.

Une base de données en ligne sur le site de l'INPES<sup>68</sup> recense aujourd'hui plus de quarante formations universitaires généralistes délivrant un diplôme en France (24 DU et 17 masters) dans les domaines de l'éducation pour la santé, de la promotion de la santé ou de l'éducation thérapeutique du patient. L'offre s'est accrue spécifiquement dans ce dernier champ au travers de Diplômes Universitaires et s'adresse particulièrement aux professionnels de santé (médecins, pharmaciens, paramédicaux). Les masters majoritairement de santé publique sont ouverts à un public plus large en formation initiale ou continue et n'abordent la promotion de la santé, l'éducation pour la santé ou l'éducation thérapeutique qu'en deuxième année. Bien que, comme le suggère l'acronyme de cette agence, il soit juridiquement et institutionnellement dévolu à la « prévention » et à « l'éducation pour la santé », l'INPES participe et contribue aux travaux de diffusion et de développement de la promotion de la

---

<sup>66</sup> Idem : p.8.

<sup>67</sup> Ces professions correspondent majoritairement aux professions définies et réglementées dans le Code de la santé publique, le Code de l'action sociale et des familles et le Code de l'éducation.

<sup>68</sup> <http://www.inpes.sante.fr/FormationsEpS/liste.asp>

santé aux niveaux national et international. Les travaux engagés depuis 2010 sur les programmes de formation et l'identification des compétences ont abouti à l'élaboration d'un référentiel de compétences essentielles, commun à tous les professionnels intervenant en éducation pour la santé, quel que soit le secteur (santé, social, éducation) ou le milieu d'intervention<sup>69</sup>, et à des référentiels de compétences en éducation thérapeutique du patient<sup>70</sup>.

Au niveau international, se pose le problème de la qualité des programmes de promotion de la santé et d'éducation pour la santé et par voie de conséquence de la qualification des intervenants.

*« La promotion de la santé en tant que domaine à part entière s'est débattue avec sa propre définition. Il faut simplement reconnaître qu'en dépit de nombreux efforts pour apporter une définition de cohésion universellement acceptable, celle-ci reste encore parfois un peu difficile à appréhender. Peut-être est-ce là la force du concept de la promotion de la santé. C'est un domaine varié qui englobe de multiples disciplines, de multiples méthodes et de multiples approches. Et bien qu'elle soit difficile à définir, tout le monde semble savoir ce qu'elle est. L'éducation pour la santé a connu une gestation plus traditionnelle, en particulier en Occident. Elle se fonde solidement sur la psychologie sociale et éducative. Il y avait autrefois des ouvrages largement utilisés et des programmes de formation bien définis dans ce domaine. Ces dernières années, les acteurs de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé semblent s'être fondus dans un domaine de pratique singulier. Mais cela n'est pas totalement vrai et les discussions qui ont eu lieu à Galway, ainsi que les articles qui se trouvent dans ce numéro, reflètent des similitudes et des différences. Une chose apparaît certaine et c'est qu'il est utile pour la promotion de la santé et l'éducation pour la santé de développer un consensus sur les compétences*

---

<sup>69</sup> <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1453.pdf>

<sup>70</sup> <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1459.pdf>

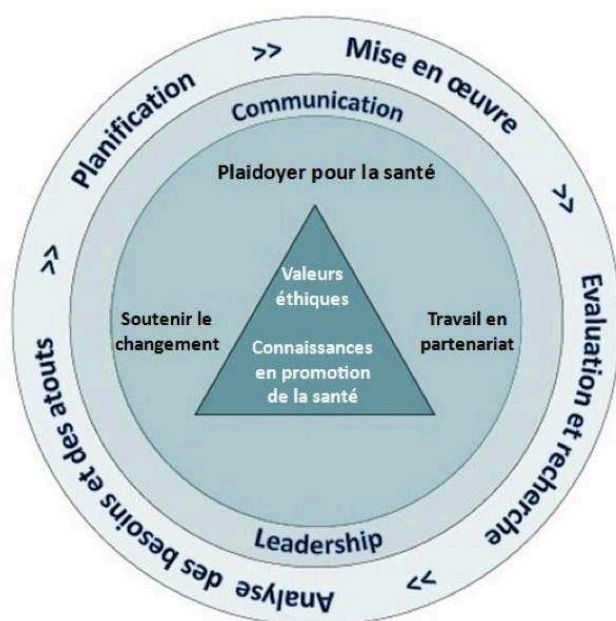
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1461.pdf>



essentielles que doivent avoir ou acquérir ceux et celles qui les pratiquent. » Le Consensus de Galway<sup>71</sup> par David V. McQueen, Président de l'UIPES

A la suite du Consensus de Galway, l'UIPES propose en 2011 un cadre de référence sur les compétences clés pour la promotion de la santé (Dempsey, 2011) et un manuel des Normes professionnelles CompHP pour la pratique de la promotion de la santé (Speller, 2012). Ces travaux issus du « projet CompHP : Développement des compétences et normes professionnelles pour le renforcement des capacités en promotion de la santé en Europe » ont bénéficié d'un soutien financier de l'Union Européenne dans le cadre du programme de santé.

Les compétences clés ou essentielles pour les praticiens en promotion de la santé sont tout d'abord les valeurs éthiques et les connaissances en promotion de la santé. Ces deux domaines sont décrits comme étant à la base de toutes les actions détaillées dans les neuf autres domaines (Figure 15 : Cadre de référence des compétences clés pour la promotion de la santé, UIPES 2011).



<sup>71</sup>Global Health Promotion 1757-9759; Vol 16(2): 57–58.

**Figure 15 : Cadre de référence des compétences clés pour la promotion de la santé, UIPES 2011**

Les valeurs éthiques font partie intégrante de la pratique de la promotion de la santé et forment le cadre dans lequel toutes les autres compétences viennent s'inscrire. Le domaine des connaissances en promotion de la santé décrit les concepts et les principes fondamentaux qui font la spécificité de la pratique de la promotion de la santé. Les neuf domaines restants comprennent : le fait de soutenir le changement ; le plaidoyer pour la santé ; le travail en partenariat ; la communication ; le leadership ; l'analyse des besoins et des atouts la planification ; la mise en œuvre ; l'évaluation et la recherche. Chacun traite un domaine spécifique de la pratique de la promotion de la santé, et les énoncés qui leur sont associés en matière de compétences forment les savoir-agir qui sont nécessaires pour une pratique de qualité. C'est l'utilisation combinée de l'ensemble de ces domaines, du socle de connaissances et des valeurs éthiques qui constitue le Cadre de référence CompHP sur les compétences clés pour la promotion de la santé.

## **C. Les « grandes » structures de la promotion de la santé dans le monde**

Au même titre que les activités de recherche et de formation, les structures et organismes de promotion de la santé sont des équipements théoriques et structurels permettant la légitimation et le développement de la promotion de la santé et donc la construction de la grandeur dans la cité.

### **1. Organismes représentant la promotion de la santé dans le monde**

Une recherche sur internet fait apparaître que plus de cent organisations ayant une activité de promotion de la santé sont référencées<sup>72</sup>.

Au-delà des organismes internationaux comme l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) – World Health Organisation (WHO), on compte de nombreux pays et régions continentales à s'être dotés d'une structure ayant pour but direct ou indirect la promotion de la santé.

Certaines structures ont évolué avec la construction progressive du champ de la promotion de la santé et se sont approprié les concepts et les stratégies d'action. Elles sont passées ainsi d'une démarche d'éducation pour la santé à une démarche de promotion de la santé comme l'Union internationale de Promotion et d'Éducation pour la Santé en 1993 (de UIES à UIPES) – The International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) (Lamarre, 2008) ou le Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé (REFIPS).

---

<sup>72</sup> <http://www.iuhpe.org/index.php/en/links/health-promoting-organisations>

Sont présentées à la suite deux organisations internationales majeures et les organisations dans les grandes régions du monde. Les principales institutions françaises sont évoquées.

a) **L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) – World Health Organisation (WHO)**

L'OMS est l'autorité directrice et coordonatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international au sein du système des Nations Unies.

Elle est chargée de diriger l'action sanitaire mondiale, de définir les programmes de recherche en santé, de fixer des normes et des critères, de présenter des options politiques fondées sur des données probantes, de fournir un soutien technique aux pays et de suivre et d'apprécier les tendances en matière de santé publique<sup>73</sup>.

Les diplomates réunis pour créer l'Organisation des Nations Unies en 1945 ont notamment abordé la création d'une organisation mondiale de la Santé. La Constitution de l'OMS est entrée en vigueur le 7 avril 1948 – date à laquelle est célébrée chaque année la Journée mondiale de la Santé. A ce jour, 194 États sont membres de l'OMS.

Elle est composée de bureaux de liaison auprès de l'Organisation des Nations Unies, de l'Union Européenne et de six bureaux régionaux : de l'Afrique, des Amériques, de l'Asie du Sud-est, de l'Europe, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental.

Le but de l'OMS, inscrit dans le premier article du texte de la Constitution de l'OMS, est « *d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible* »(OMS, 1946).

Dotée d'un instrument juridique international, le Règlement sanitaire international (RSI) entré en vigueur en 2007, qui a force obligatoire pour l'ensemble de ses États Membres, l'OMS aide la communauté internationale à éviter les risques aigus pour la santé publique susceptibles de

---

<sup>73</sup> <http://www.who.int/about/fr/>

se propager au-delà des frontières et de constituer une menace dans le monde entier, en prenant les mesures qui s'imposent.

L'OMS établit annuellement dans son Rapport sur la santé dans le monde une évaluation de santé publique sur un sujet spécifique et fournit des statistiques s'y rapportant pour tous les pays. Elle est conçue pour fournir aux pays, aux donateurs, aux organisations internationales et autres, les informations dont ils ont besoin pour prendre des décisions de politique générale et de financement.

L'OMS a défini depuis les années 80 la promotion de la santé comme une stratégie mondiale pour atteindre la santé pour tous en l'an 2000. De nombreux textes, déclarations, chartes et plaidoyers s'y rapportent, elle est considérée comme « la nouvelle santé publique » ou « 3ème révolution de la santé publique » après la 1ère révolution contre les maladies infectieuses et la 2ème révolution contre les maladies chroniques (Breslow, 1999).

« La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le novembre 1986 la présente Charte en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà. Inspirée avant tout, par l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde, cette Conférence s'est concentrée sur les besoins des pays industrialisés, sans négliger pour autant ceux des autres régions. Elle a pris comme point de départ les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les buts fixés par l'OMS dans le cadre de la stratégie de la Santé pour tous et le débat sur l'action intersectorielle pour la santé, à l'Assemblée mondiale de la Santé » (OMS, 1986).

En Europe, l'OMS collabore avec les trois organes décisionnels de l'Union européenne, à savoir le Conseil européen, le Parlement européen et la Commission européenne, afin de faire progresser et d'enrichir le partenariat stratégique établi entre l'OMS et l'UE.

Si l'OMS/Europe encadre cette représentation, son mandat à cet égard est bien mondial. En 2011, la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe a été chargée de diriger les relations entre, d'une part, l'Organisation dans son ensemble et, d'autre part, l'UE et ses institutions. En outre, elle préside un comité directeur de l'OMS, composé des cinq autres directeurs

régionaux de l'Organisation et de hauts responsables du Siège, qui supervise le partenariat entre l'OMS et l'UE.

La représentation de l'OMS auprès de l'UE est investie de la mission suivante :

- procéder au suivi et à la diffusion, au niveau de l'OMS, des informations relatives aux politiques, stratégies, initiatives, programmes et interventions de l'UE ;
- faciliter une bonne collaboration entre le personnel de l'OMS et les institutions de l'UE afin de contribuer à orienter le débat de l'UE sur la santé ;
- recenser les occasions d'améliorer la coopération aux niveaux mondial, régional et national ;
- défendre, maintenir et promouvoir l'image, les activités et la réputation de l'OMS, et assurer la visibilité de ses activités et de ses produits dans l'UE ;
- collaborer avec l'équipe des Nations Unies à Bruxelles afin d'assurer l'engagement actif de l'OMS au sein des activités menées par les Nations Unies avec l'UE, notamment en ce qui concerne l'accord-cadre financier et administratif (ACFA) entre l'UE et les Nations Unies<sup>74</sup>.

#### **b) L'Union internationale de Promotion et d'Éducation pour la Santé (UIPES)**

L'UIPES a été fondée à Paris en 1951, c'est un réseau professionnel mondial, multidisciplinaire et multiculturel de personnes (intérêt professionnel ou personnel pour la promotion de la santé) et d'institutions membres (organismes, autorités publiques, conseils et

---

<sup>74</sup><http://www.euro.who.int/fr/about-us/partners/other-partners/european-union-eu-and-its-institutions2/who-representation-to-the-european-union,-brussels,-belgium>

instituts à l'échelle nationale) qui contribue au développement de la santé et à la réduction des inégalités de santé dans le monde et à l'intérieur des pays. Cet organisme a construit et anime un réseau mondial d'expertise et offre un espace de réflexion, de recherche, de partage et de diffusion d'expériences de même que d'apprentissage de savoirs et de savoir-faire. L'UIPES se présente comme « la voix indépendante de tous ceux qui travaillent à promouvoir la santé et qui veulent influencer le développement de politiques publiques de santé, de systèmes et *d'infrastructures de santé accessibles à tous et des capacités pour y parvenir* » (Lamarre, 2008).

L'UIPES a une instance mondiale, composée de huit régions : Afrique, Amérique du Nord, Amérique latine, Asie du Sud-est, Europe, Méditerranée orientale, Pacifique occidental nord et Pacifique occidental sud. Les pôles principaux de son action sont d'influencer l'agenda politique, de développer la science de la promotion de la santé et d'accroître les capacités des individus, des organisations et des pays pour agir en promotion de la santé. L'UIPES est la seule organisation mondiale et non gouvernementale dans son domaine, mais qui travaille en collaboration avec les agences des Nations Unies comme l'OMS, l'UNICEF, l'UNESCO et avec les d'autres institutions intergouvernementales comme la Commission Européenne.

L'activité scientifique phare de cette organisation est le Programme mondial sur l'Efficacité de la Promotion de la Santé. Depuis 2011, un groupe de travail sur la salutogenèse (GTM-SAL) participe au développement de la théorie et de la pratique de la promotion de la santé au moyen de la recherche et du développement relatifs à l'approche salutogénique de la santé. Cette approche contribue aux différents domaines d'action de l'UIPES :

- *recherche sur les déterminants sociaux de la santé, par la systématisation d'indicateurs de bien-être ;*
  - *prévention et contrôle des maladies non transmissibles, en apportant des preuves de l'effet positif du sentiment de cohérence ;*
  - *systèmes de promotion de la santé, en revisitant la Charte d'Ottawa et en montrant la synergie et la cohérence avec cette dernière du cadre de travail salutogénique ;*
  - *promotion de la santé et développement durable, en montrant comment la salutogenèse permet d'approfondir ce lien.*
- [Site internet UIPES](#)

### c) **En Europe : EuroHealthNet**

EuroHealthNet<sup>75</sup> est un organisme sans but lucratif qui met en réseau les organismes publics dans l'Union européenne pour développer la promotion de la santé, la santé publique et les mesures de prévention des maladies. EuroHealthNet vise à stimuler et à soutenir les actions portant sur les déterminants sociaux des inégalités de santé et de la santé. Il peut intervenir à tous les niveaux (européen, national, local) pour influencer et faire appliquer des politiques pertinentes qui contribuent à une meilleure santé pour les citoyens européens.

La collaboration avec la communauté des chercheurs, les institutions universitaires et les organisations actives dans les domaines qui influent sur les déterminants sociaux de la santé permet d'offrir des services autour de trois piliers : le Centre européen pour l'innovation, de recherche et de mise en œuvre pour la santé et le bien-être (CIRI) ; la promotion de la santé en Europe (HPE) et la Plate-forme d'action européenne sur la santé et l'équité sociale (PHASE).

Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (The European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC), opérationnel depuis 2005, est une agence de l'Union Européenne en charge des questions de santé. Il a pour mission de contribuer à renforcer la protection de l'Europe contre les maladies infectieuses telles que la grippe, le SARS et le HIV/AIDS. Il dispose d'un personnel de base restreint mais d'un réseau étendu de partenaires dans toute l'Union Européenne. L'ECDC travaille en association avec les organismes nationaux de protection de la santé afin de mettre en place et de renforcer des systèmes de surveillance sanitaire et d'alerte précoce à l'échelle du continent. Grâce à cette collaboration, l'ECDC centralise les connaissances au niveau européen dans le domaine de la santé de manière à élaborer des avis scientifiques autorisés sur les risques présentés par les maladies infectieuses nouvelles et émergentes.

---

<sup>75</sup> <http://eurohealthnet.eu/organisation/organisation-network>



Le centre est notamment chargé :

- de renforcer la capacité de la Communauté et des différents États membres de protéger la santé humaine grâce à la prévention et au contrôle des maladies humaines ;
- d'agir de sa propre initiative lorsque des foyers de maladies d'origine inconnue menacent la Communauté ;
- de garantir la complémentarité et la cohérence des mesures dans le domaine de la santé publique en assurant la liaison entre les tâches et les responsabilités des États membres, des institutions de l'UE et des organisations internationales compétentes.

#### **d) Les organisations d'Amérique du Nord : Canada et États-Unis**

Au Canada, l'acteur principal en matière de promotion de la santé a été dans les années 70-80, la Direction de la promotion de la santé de « Santé Canada ». Créée en 1978 par le gouvernement fédéral, c'est la première Direction à un niveau national dans le monde et l'organisateur de la première conférence internationale sur la promotion de la santé à Ottawa en 1986 qui a abouti à la ratification de la Charte et au niveau canadien à la publication par Jake Epp, alors ministre de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada, de *La santé pour tous* en 1986<sup>76</sup>.

Les impératifs liés à la restructuration du gouvernement fédéral dans les années 1990 ont regroupé le concept, les programmes et les acteurs sous une nouvelle appellation « la santé des populations ». Cette tendance a été suivie par les ministères provinciaux et l'expression

---

<sup>76</sup> Epp, J. (1986). *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Ottawa, ON : Santé et Bien-être social Canada. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/1986-frame-plan-promotion/index-fra.php>

« promotion de la santé » est tombée en disgrâce au profit de celle de « santé de la population » dans l'ensemble du pays.

La diminution des subventions gouvernementales et la difficulté de faire la preuve de son efficacité ont donc eu raison, dans le pays dont la renommée internationale de précurseur de la promotion de la santé (rapport Lalonde de 1974) est toujours citée, de l'approche plus sociale (promotion de la santé) pour laisser place à l'approche plus économique (santé de la population) portée par l'Institut Canadien de Recherche Avancée (ICRA).

Le Consortium canadien pour la recherche en promotion de la santé est actuellement la principale ressource pour le développement des capacités, la formation, la recherche et l'évaluation dans ce champ. Ce réseau regroupe 15 centres (ex : Atlantic Health Promotion Research Center), il a stimulé de nombreux projets pancanadiens, la création d'infrastructures dans de nombreuses provinces et est devenu un fervent défenseur de la promotion de la santé aux niveaux national et international (O'Neill, 2001).

Aux États-Unis, le Département de la santé et des services sociaux des États-Unis (United States Department of Health and Human Services, HHS) est un département de l'administration américaine chargé de la politique en matière de santé. Les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (Centers for Disease Control and Prevention, CDC)<sup>77</sup> forment ensemble la principale agence gouvernementale américaine en matière de protection de la santé publique et de sécurité publique. Ils collaborent avec les départements de la santé des différents États et d'autres organisations afin de créer l'expertise, l'information et les outils dont les individus et les communautés ont besoin pour protéger leur santé.

Ils élaborent et font appliquer les politiques de prévention des maladies, de santé environnementale et les activités de promotion et d'éducation pour la santé visant à améliorer la santé de la population des États-Unis.

---

<sup>77</sup> <http://www.cdc.gov/>

L'un des centres dédiés à la promotion de la santé, le Centre national pour la prévention des maladies chroniques et promotion de la santé (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, NCCDPHP) dépendant du Bureau des maladies non transmissibles, des blessures et de la santé environnementale (Office of Non communicable Diseases, Injury and Environmental Health) a été créé en 1988. Les objectifs de ce centre<sup>78</sup> sont :

- Surveiller, prévenir, retarder, détecter et lutter contre les maladies chroniques,
- Mener des recherches sur les maladies chroniques et définir les stratégies de prévention pratiques et efficaces,
- Promouvoir des approches sociales, environnementales, et les politiques et systèmes qui favorisent la santé,
- Atteindre l'équité en santé en éliminant les disparités raciales et ethniques et atteindre une santé optimale pour tous les Américains,
- Travailler avec des partenaires de tous les secteurs de la société pour accroître la portée et l'efficacité des programmes de santé publique,
- Développer la formation des professionnels de la santé publique aux niveaux national, étatique et local.

#### e) **En Afrique**

Sur le continent africain, la promotion de la santé dans les pays francophones se développe ces dernières années au travers d'un programme innovant de formation internationale en promotion de la santé en Afrique. Dans le cadre de sa stratégie régionale en Afrique, l'Agence

---

<sup>78</sup> <http://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>

de Médecine Préventive<sup>79</sup> organise depuis 2009 ce programme baptisé FOPROSA. Entre autres partenaires, l'Organisation Ouest Africaine de Santé (OOAS) qui regroupent 15 pays africains s'est associée à cette entreprise aux côtés du REFIPS et de l'UIPES.

Cette formation vise à contribuer au renforcement des capacités des pays africains en promotion de la santé, dans un souci d'optimisation des politiques et actions de Santé Publique. De fait, FOPROSA s'inscrit dans un contexte déterminant : l'engagement des pays membres de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la région africaine (OMS/AFRO) à favoriser la promotion de la santé afin d'améliorer les performances des systèmes de santé.

## **2. Représentativité en France : entre militantisme et institutionnalisation**

### **a) Militantisme associatif de l'éducation et promotion de la santé : la contribution française à la cité**

Au début des années 1980, le ministre de la santé, Jack Ralite, institue les comités consultatifs de promotion de la santé aux niveaux régional et local pour lesquels est créée une ligne budgétaire appelée « crédits régionalisés de promotion de la santé ». Ce lancement fait appel à tous les acteurs pouvant promouvoir la santé (élus, syndicats, professions de santé, chercheurs ...). L'accent est mis sur les inégalités de santé, géographiques, sociales. La nécessité de développer des actions spécifiques auprès de publics en difficulté est manifeste.

A l'échelon régional, ces comités vont donner un avis sur l'utilisation des crédits accordés aux régions pour les actions de prévention et promotion de la santé.

---

<sup>79</sup> Fondée en 1972, l'Agence de Médecine Préventive (AMP) est un organisme sans but lucratif dédié à la promotion de la médecine préventive et de la santé publique dans le monde. L'AMP collabore avec différents partenaires des secteurs public et privé pour soutenir les pays dans le développement de politiques de vaccination efficaces et durables et le renforcement de leurs infrastructures de santé publique.

Au niveau local, les porteurs de cette démarche, se retrouvent dans les principes qui viennent d'être énoncés par l'OMS à Alma-Ata en 1978 sur Les soins de santé primaires.

Le mouvement ATD Quart Monde, Médecins du Monde, des syndicats et bien d'autres acteurs médicaux, sociaux, de l'éducation partagent cette nouvelle approche de santé globale par :

- la prise en compte du contexte, de la culture de la population et ses besoins réels,
- l'accessibilité des soins, de la prévention au plus près des intéressés,
- l'accent sur le niveau local,
- l'intégration d'autres secteurs qui rendent compte de la santé,
- la participation active de la population à la conception et à la conduite des activités.

Les comités locaux mobilisent sur des problèmes locaux ressentis par la population et la démarche de santé communautaire se développe en France.

Cette initiative aura permis d'articuler les travaux des comités d'éducation pour la santé (beaucoup plus anciens) avec les nouveaux comités consultatifs de promotion de la santé. Et assez naturellement, les deux instances fusionnent, comme ce fut le cas dans bien des départements comme celui des Vosges dans les années 1990, pour créer les Comités Départementaux d'Éducation et de Promotion de la Santé.

Malgré les nombreuses références des acteurs et des programmes se réclamant de l'esprit de la charte d'Ottawa, la promotion de la santé n'a pas acquis à ce jour en France une pleine reconnaissance dans le paysage de santé publique. Officiellement, le concept de promotion de la santé va être repris dans les textes au début des années 2000. Dans la loi de 2002<sup>80</sup>, le

---

<sup>80</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

concept y est évoqué et défini à propos des missions de l'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé. Il s'agit toutefois d'une sous-catégorie de la prévention. Les débats ont fait rage à cette époque chez les militants qui souhaitaient voir la marque d'une véritable reconnaissance dans le sigle-même de l'INPES. Cette reconnaissance symbolique aurait dû passer par le « P » de l'INPES « Promotion » au lieu de « Prévention ».

Ce ne fut pas le cas, et deux ans plus tard, la loi relative à la santé publique de 2004<sup>81</sup> ne rend pas plus explicite l'identification de la promotion de la santé dans le texte de loi ni accessoirement dans le sigle de l'INPES. Il faudra attendre 2009, avec la loi Hôpital Patients, Santé, Territoires<sup>82</sup> pour que des financements dédiés à la promotion de la santé soient à nouveau inscrits dans le budget de la nation et qu'ils soient déployés sur tout le territoire avec une gestion confiée aux toutes nouvelles Agences Régionales de Santé.

Cependant, en France, encore aujourd'hui, les notions de « promotion de la santé », « prévention » et « éducation pour la santé » sont confondues, les mots sont utilisés les uns pour les autres. Nombre d'acteurs n'ont pas une vision très précise de ce que recouvre chaque entité et comment elles s'articulent entre elles.

## **b) Quelques repères historiques de l'organisation de l'éducation pour la santé en France**

Au début du XXe siècle existait l'Office National d'Hygiène Sociale et ses centres régionaux travaillant sur la prévention des fléaux et des maladies (ex : alcoolisme, tuberculose) et édictant les principes d'hygiène publique.

C'est à Lyon qu'a été créée la première association départementale d'éducation pour la santé (ADES du Rhône). Puis en 1945, le Centre National d'Éducation Sanitaire Démographique et Sociale remplacé en août 1972 par le Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES), organisme officiel, sous statut associatif, chargé de mettre en œuvre la politique du ministère

---

<sup>81</sup> Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

<sup>82</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

de la santé (Simone Veil est alors ministre de la santé) en matière d'éducation pour la santé. Cette époque est l'avènement en France de l'ère de l'éducation sanitaire moderne. La campagne anti-tabac de 1976 sera la première grande action de ce nouveau type, lancée par le CFES, sous l'égide de ce ministère (Bouchayer, 1984).

Le CFES a été pendant plus de trente ans la tête d'un réseau de quatre-vingt-deux comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé, tous sous statut d'association 1901. Ces comités ont permis de relayer au niveau des territoires les campagnes nationales de prévention et d'expérimenter au niveau local des actions d'éducation pour la santé répondant aux besoins spécifiques des populations, des lieux de vie.

Avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le CFES a laissé la place à une agence d'État, l'Institut national de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Cette transformation a été mal vécue à tous les niveaux national et local. Quelques années plus tard, avec la loi Hôpital Patients Santé et Territoires, le réseau des comités d'éducation pour la santé a subi à nouveau des transformations organisationnelles afin de répondre aux attentes de l'État par l'amélioration de la qualité et de la compétence et par une meilleure réponse à la demande publique. Ces exigences ont définitivement balayé la raison d'être d'un réseau « militant » pour endosser le rôle d'un réseau assurant une mission de « service public ».

### **c) L'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) ou l'État**

Placé sous la tutelle du ministère de la Santé<sup>83</sup>, l'INPES, établissement public français créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, concourt à la politique de santé publique et a pour missions de mettre en œuvre, pour le compte de l'État et de ses établissements publics, les programmes de santé publique. L'INPES a remplacé le Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES) entre 2000 et

---

<sup>83</sup> Code de la Santé Publique article L1417-1.

2002. Il exerce une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé et assure le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire français. A la demande du ministre chargé de la santé, l'INPES participe à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives, notamment en participant à la diffusion de messages sanitaires en situation d'urgence. Il établit également les programmes de formation à l'éducation à la santé, selon des modalités définies par décret.

*« En vue de l'accomplissement de ses missions, l'institut :*  
1/ *Constitue un réseau national documentaire spécialisé sur les théories et pratiques relatives aux domaines de la prévention et de la promotion de la santé, ouvert au grand public, aux associations et aux professionnels, et met à leur disposition des supports d'information, des outils pédagogiques et méthodologiques d'éducation pour la santé ;*  
2/ *Établit, en lien avec les professionnels concernés, les critères de qualité pour les actions, les outils pédagogiques et les formations d'éducation thérapeutique et d'éducation pour la santé, développe, valide et diffuse les référentiels de bonnes pratiques dans ces domaines ;*  
3/ *Émet un avis à la demande du ministre chargé de la santé, ou des ministres concernés sur tout outil et programme de prévention et de promotion de la santé ;*  
4/ *Conçoit et produit les différents supports des programmes nationaux de prévention, d'éducation thérapeutique et d'éducation pour la santé, notamment les documents d'information, outils pédagogiques et campagnes de communication ;*  
5/ *Identifie, soutient, effectue ou participe à des formations, études, recherches et évaluations en rapport avec ses missions ;*  
6/ *Participe à l'action européenne et internationale de la France, notamment au sein des organismes et réseaux internationaux chargés de développer l'éducation thérapeutique, l'éducation pour la santé, la prévention et la promotion de la santé »<sup>84</sup>.*  
Site internet INPES

Dans un avenir proche, l'Institut va se transformer et fusionner avec deux autres établissements publics afin de constituer une nouvelle structure de santé publique, sur demande de la ministre actuelle chargée de la santé. La création d'une Agence nationale de santé publique reprendra en 2016 les missions, personnels et obligations de trois agences sanitaires : l'Institut de veille sanitaire (INVS), l'Institut national de prévention et d'éducation

---

<sup>84</sup> <http://www.inpes.sante.fr/INPES/missions.asp>



pour la santé (INPES) et de l'Établissement pour la préparation et la réponse aux urgences sanitaires (ÉPRUS).

#### **d) Organisation associative de l'éducation et de la promotion de la santé : naissance de la FNES et des IREPS**

Privés de leur tête de réseau lors de la transformation du CFES en INPES, les comités d'éducation pour la santé ont reconstruit une instance nationale capable de les représenter.

Aujourd'hui, la Fédération Nationale de l'Éducation pour la Santé a pour objectifs de :

*« - représenter les Instances Régionales d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS) auprès des pouvoirs publics et des instances nationales ou internationales  
- être garant du respect des principes de la charte du réseau des IREPS et de la Charte d'Ottawa  
- favoriser par tout moyen adapté le développement et la reconnaissance de l'Éducation pour la Santé et la promotion de la santé.  
- animer le réseau des IREPS et les aider dans leur développement »*  
Site internet FNES

Les IREPS ont été créées dans les régions à partir de 2008, elles existent aujourd'hui dans toutes les régions. Réunies au sein de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé, elles constituent le principal réseau généraliste en éducation et promotion de la santé. Elles assurent une mission de service public par convention avec les Agences Régionales de Santé qui leur confient le rôle de soutien et d'expertise auprès des professionnels pour le développement de programmes de prévention et de promotion de la santé. Partenaires de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, les IREPS animent la plupart des pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé et promotion de la santé.

Les pôles régionaux de compétence (PRC) en éducation et promotion de la santé sont portés et animés par les IREPS. Ces pôles constituent des plateformes ressources proposant des services aux acteurs institutionnels ou associatifs. Ils regroupent quatre activités : conseil méthodologique, formation, documentation et communication. Les pôles régionaux de compétence sont des carrefours d'échanges et des lieux de mutualisation initiés et soutenus financièrement par l'INPES et les Agences Régionales de Santé.

## e) La promotion de la santé et l'Éducation nationale

La circulaire de l'Éducation nationale du 15 décembre 2011<sup>85</sup> précise que « la définition, l'impulsion et la conduite d'une politique éducative [de santé] structurée constituent une des missions confiées au système scolaire, qui doit impliquer l'ensemble des personnels aux différents niveaux de responsabilité et en premier lieu dans l'établissement scolaire ». Il s'agit d'instaurer « une politique éducative de santé intégrée au projet académique et aux projets d'école et d'établissement », « en cohérence avec la politique nationale de santé ». Les notions de « continuité », « d'approche globale », de « collaboration entre tous les personnels » vont dans le sens d'une action collective jugée propice à une intervention plus efficace au sein des établissements scolaires.

Par la loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école, la politique éducative, sociale et de santé en faveur des élèves vise l'objectif ambitieux de la réussite de tous les élèves. La loi le rappelle :

*«L'école a pour responsabilité l'éducation à la santé et aux comportements responsables. Elle contribue au suivi de la santé des élèves. La politique de santé à l'école est définie selon trois axes : l'éducation, la prévention et la protection ».*

Cette politique veut favoriser le bien-être et contribuer à réduire les inégalités de santé, par le développement de la promotion de la santé et des démarches de prévention. Une définition précise le champ de la promotion de la santé à l'école :

« - un environnement scolaire favorable à la santé ;  
- l'élaboration et la mise en œuvre de programmes d'éducation à la santé fondés sur le développement des connaissances et des compétences des élèves ;

---

<sup>85</sup> Ministère de l'Éducation nationale, direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO B3-1). Politique éducative de santé dans les territoires académiques. Circulaire n° 2011-216 du 2-12-2011.

En ligne : [http://www.education.gouv.fr/pid25535/bulletin\\_officiel.html?cid\\_bo=58640](http://www.education.gouv.fr/pid25535/bulletin_officiel.html?cid_bo=58640)

- la réalisation des examens médicaux et des bilans de santé définis dans le cadre du partenariat éducation nationale-santé ;
- la détection précoce des problèmes de santé ;
- *l'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le suivi individualisés des élèves* ».

L'ensemble des personnels de la communauté éducative y est associé. Les personnels médicaux, infirmiers et sociaux y ont une place particulière. Au niveau local, c'est le fonctionnement en réseaux qui est privilégié et les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) en sont un des outils essentiels. Le ministère de l'Éducation nationale travaille sur ces objectifs en lien avec ses partenaires : ministère de la Santé, INPES, MILDT (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies), partenaires associatifs et collectivités territoriales.

La circulaire n° 2016-008 du 28 janvier 2016<sup>86</sup> réaffirme que la santé est un enjeu primordial au sein du système éducatif et est un élément essentiel de l'éducation de tous les enfants et adolescents. Elle constitue un facteur important de leur réussite éducative. Elle présente les modalités de mise en place du parcours éducatif de santé aux différents échelons de l'organisation du système scolaire.

« Le parcours éducatif de santé est l'un des constituants du projet d'école et à ce titre, il est inscrit dans le projet d'école qui est adopté par le conseil d'école. Il est organisé autour de trois axes : éducation à la santé, prévention et protection de la santé.

*L'axe éducation pour la santé est basé sur le socle commun de connaissances, de compétences et de culture et les programmes scolaires, cet axe d'éducation à la santé décrit les compétences à acquérir à chacune des étapes de la scolarité afin de permettre à chaque futur citoyen de faire des choix éclairés en matière de santé. Dès la maternelle et pour chaque cycle sont décrites les acquisitions visées et les activités de classe effectuées par les enseignants.*

---

<sup>86</sup> Mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves. NOR : MENE1601852C, circulaire n° 2016-008 du 28-1-2016 MENESR - DGESCO B3-1.

*L'axe de prévention présente les actions centrées sur une ou plusieurs problématiques de santé prioritaires ayant des dimensions éducatives et sociales (conduites addictives, alimentation et activité physique, vaccination, contraception, protection de l'enfance par exemple). Les démarches de prévention mobilisent les familles et les acteurs locaux. Elles peuvent donner lieu à des temps forts qui s'inscrivent dans la vie des écoles et des établissements.*

*L'axe de protection de la santé, que la loi de modernisation du système de santé nomme « parcours de santé » en lien avec le médecin traitant, intègre des démarches liées à la protection de la santé des élèves mises en œuvre dans l'école et l'établissement dans le but d'offrir aux élèves l'environnement le plus favorable possible à leur santé et à leur bien-être. »*

Hier comme aujourd'hui, les spécificités de l'éducation pour la santé à l'école réclament une réflexion sur sa légitimité et ses modalités de mise en œuvre, « elle doit être passée au crible *d'un jugement éthique sans concession.* » Didier Jourdan rappelle que l'école accueille tous les enfants dans leur sociale, culturelle et humaine, elle vise à l'émancipation de l'individu et à sa construction comme citoyen. Un travail sur le corps, la santé, la sexualité destiné à tous les élèves ne peut qu'assumer les conséquences éthiques de cette diversité. L'examen de la cohérence de l'intervention éducative en santé avec le projet et la mission de l'école est aussi un enjeu éthique fort. (Jourdan, 2012).

La rétrospective des principales structures et organismes représentatifs de la promotion de la santé dans le monde montre qu'il s'agit d'équipements importants qui me permettent dans le cadre de mes travaux de rendre compte des attaches théoriques et structurelles à l'œuvre aujourd'hui pour légitimer l'action de la promotion de la santé. C'est bien par et dans ces équipements que l'on trouve le plaidoyer de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales.

## II. Équipements pédagogiques et pratiques : accompagner l'épreuve

Après avoir balayé les équipements théoriques et structurels de la promotion de la santé au travers de sa représentativité en termes de recherche, de formation et de structures et organismes, je continue à explorer les équipements permettant la légitimation et la mise en œuvre des démarches de promotion de la santé par les aspects pédagogiques et pratiques.

### A. *L'éducation pour la santé*

De nombreux débats et écrits se rapportent à cette locution, exprimée encore sous les termes « éducation sanitaire », « éducation à la santé », « éducation appliquée à la santé », « éducation en santé » et « éducation pour la santé », essayant d'en saisir les nuances, les divergences et les rapprochements.

Les travaux de recherche qui portent sur l'éducation pour la santé peuvent se situer dans des champs divers : médecine, santé publique, psychologie sociale, sciences de l'éducation, sciences de l'information et de la communication. D'après Manderscheid,

« Si pour certains sujets il est facile de leur attribuer une place bien définie, de façon presque exclusive, certains autres thèmes de réflexion et de recherche sont à mi-chemin de plusieurs disciplines, dans une sorte de no man's land en quête d'identité. La santé fait partie de ces thèmes, peut-être parce qu'elle concerne tout à la fois l'individu (dans son corps et dans sa tête) et la société. L'éducation à la santé, dans son intitulé même, agrège le champ de la santé à celui des sciences de l'éducation ». (Manderscheid, 1996a).

En France, comme dans nombre de pays européens, l'éducation pour la santé est une mission de service public intégrée au système de santé et au système d'éducation. Elle est souvent portée au niveau national par l'État, et au niveau régional ou local par des organismes

indépendants de type associatif<sup>87</sup>. Il n'existe pas de contenus unifiés des politiques d'éducation pour la santé en Europe. Toutefois, nombre d'objectifs ont été fixés par l'OMS dans le cadre du programme « Santé pour tous ».

Dans cette étude sur l'éducation pour la santé comme équipement de la promotion de la santé, je m'inspire et m'appuie largement des travaux de J. Billon. Les principaux modèles et théories contemporains sur lesquels l'éducation pour la santé s'est ancrée et qui ont marqué la pratique sociale, au cours des dernières décennies, sont les théories béhavioristes, les théories constructivistes, les théories sociales de l'éducation et les théories psychocognitives et sociocognitives en interaction réciproque avec le modèle biomédical et le modèle biopsychosocial de la santé (Billon, 2000).

Le modèle biopsychosocial est le modèle médical le plus abouti. Sur le plan théorique, c'est un ensemble d'hypothèses explicatives de la santé et de la maladie qui considère facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sur un pied d'égalité, dans un système de causalités complexes, multiples et circulaires. Le modèle biopsychosocial a été proposé par Engel (Engel 1980; Engel 1977) comme un élargissement du modèle biomédical qui demande à considérer les déterminants psychologiques (cognitifs, émotionnels et comportementaux) et les déterminants sociaux au même niveau a priori que les facteurs biologiques.

En se référant à l'étude, développée dans le chapitre I, sur l'évolution de la définition de la santé, laquelle est passée d'une conception négative (absence de maladie) à une conception positive (bien-être physique, mental et social), il semble qu'un parallèle direct s'applique aux modèles de l'éducation pour la santé. D'où l'élaboration des modèles éducatifs suivants : un modèle éducatif biomédical relatif à la définition centrée sur la maladie (éducation sanitaire) et un modèle biopsychosocial relatif à la définition de santé globale centrée sur l'individu et son environnement (éducation à, pour, en, appliquée à la santé).

La définition de l'éducation pour la santé qui selon moi résume le mieux l'ancrage dans le modèle biopsychosocial est celle de Lawrence Green et ses co-auteurs « any combination for

---

<sup>87</sup> Voir tableau <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/01/dp010228.pdf>

learning experiences designed to facilitate voluntary actions conducive to health » (Green, 1980; Green, 1999), soit « *toute combinaison de méthodes d'apprentissage destinée à (conçue pour) faciliter l'adoption volontaire de (ou l'adaptation volontaire du) comportement conduisant à la santé* » (Manderscheid, 1996b).

Manderscheid, reprenant à son compte les commentaires produits par Rochon, décrit chaque terme de la définition en y apportant ses propres réflexions (Manderscheid, 1994).

**Combinaison** : dénote l'importance de la complémentarité des méthodes éducatives. Chaque méthode correspond à certains objectifs d'apprentissage. Une combinaison de ces méthodes permet d'atteindre l'ensemble des objectifs du projet d'éducation pour la santé.

**Expériences d'apprentissage** : on met l'accent sur le fait d'appriivoiser un comportement et d'expérimenter des situations d'apprentissage.

**Destinée à ou conçue pour**<sup>88</sup> : la nécessité d'une réflexion préalable, si possible fondée sur une méthode, des principes, des modèles théoriques déjà éprouvés.

**Faciliter l'adoption volontaire de ou l'adaptation volontaire du comportement** : spécifie d'abord que tout individu possède un mode de vie qui est façonné par son hérédité, son développement, sa culture, et son environnement. Cette personne a donc ses propres comportements, ses attitudes, ses valeurs, ses connaissances. Le rôle de l'éducation pour la santé est de faciliter l'adaptation de ce mode de vie de façon volontaire.

**Comportement conduisant à la santé** : les comportements visés, dans un projet d'éducation pour la santé, sont tous les comportements qui permettent d'améliorer la santé.

Cette définition est axée sur les comportements favorables à la santé, même s'il est question de choix volontaires. D'autres définitions, comme celle proposée par Keith Tones en 1986 (Tones, 1986), traduite par Manderscheid, vont mettre l'accent sur la liberté de choix exercée par la personne, ainsi :

---

<sup>88</sup> Les deux expressions sont utilisées dans les traductions produites par Manderscheid.

« L'éducation à la santé est toute activité librement choisie qui participe à un apprentissage de la santé ou de la maladie, c'est-à-dire à un changement relativement permanent des dispositions ou des capacités du sujet. Une éducation à la santé efficace peut ainsi produire des changements au niveau des connaissances, de la compréhension ou des façons de penser ; elle peut influencer ou clarifier les valeurs ; elle peut déterminer des changements d'attitudes et de croyances ; elle peut faciliter l'acquisition de compétences ; elle peut même produire des changements de comportement ou de mode de vie. » (Manderscheid, 1996b)

Globalement, l'éducation pour la santé est un ensemble de méthodes et de démarches pédagogiques qui vise à accroître l'autonomie et la capacité de faire des choix favorables à la santé. En ce sens elle organise et met en œuvre les apprentissages à l'autonomie. Elle a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité<sup>89</sup>.

Selon les périodes, les pratiques, les milieux, l'intervention en éducation pour la santé sera centrée tantôt sur la maladie, le problème de santé (modèle biomédical) et tantôt sur la personne avec ses motivations et ses ressources en santé (modèle biopsychosocial).

## **1. L'éducation pour la santé dans le modèle biomédical de la santé**

Dans le modèle biomédical de la santé, la santé est considérée comme l'absence de maladie. Jacqueline Billon précise que dans ce modèle :

« la réponse est essentiellement curative parce que centrée sur la maladie, diagnostiquée par des médecins dans un système de soins autonome qui *n'aborde* l'aspect éducatif que de manière ponctuelle. Le sujet est le malade, le patient. Sa

---

<sup>89</sup> Plan national d'éducation pour la santé (présenté par Bernard Kouchner en conseil des ministres, 28 février 2001).



*prise en charge est construite à partir d'une étiologie principalement organique où la causalité linéaire se vérifie (ou cherche à se vérifier), issue d'une conception selon laquelle la médecine est une science basée sur le modèle positiviste [...] Le diagnostic n'est légitime que s'il décrit un fait en vertu du concept d'objectivité. Au nom de cette objectivité, la médecine a conçu l'éducation appliquée à la santé comme l'évitement de toute forme de risque évalué selon des modèles probabilistes. » (Billon, 2000).*

L'approche est dite prescriptive c'est-à-dire que les demandes faites aux individus en termes de changements attendus par la modification des habitudes de vie et des comportements sont confortées par l'idée d'une compliance raisonnée.

En termes de prévention, le modèle biomédical a induit deux modèles éducatifs basés sur les risques et les maladies : le modèle behavioriste et le modèle constructiviste. Selon Billon :

*« L'éducation est peu prioritaire et tout se passe comme si il suffit d'informer - souvent sous forme d'injonctions ou d'interdits - qu'un comportement nuit à la santé pour modifier tant les comportements que les modes de vie. Les modèles éducatifs utilisés considèrent un lien de causalité entre l'information et le changement d'attitude. Ainsi, les stratégies éducatives se fondent sur l'hypothèse suivante : les personnes qui reçoivent une information réagissent de façon rationnelle en adaptant les comportements et les modes de vie connus pour préserver de la maladie ».*

Dans sa présentation sur les modèles explicatifs de l'éducation appliquée à la santé, Jacqueline Billon développe les deux approches :

Selon les théories behavioristes (John Broadus Watson 1878-1958)<sup>90</sup>, l'environnement a une influence très importante sur le comportement et le comportement peut être prédit et donc

---

<sup>90</sup> Fondateur du behaviorisme. Convaincu qu'un conditionnement adéquat pouvait permettre d'obtenir des comportements que l'on souhaitait voir se manifester chez un enfant. Il affirmait pouvoir transformer tout enfant en « médecin, avocat, patron et même mendiant ou voleur, indépendamment de ses talents, de ses penchants, tendances, aptitudes, vocation ou origine raciale ». Cette théorie préconise l'utilisation de procédures expérimentales pour étudier les mécanismes psychiques à travers le comportement, considéré comme une réponse à l'environnement ou aux stimuli.

contrôlé par une méthode pédagogique de renforcements de plusieurs types (immédiats, positifs, négatifs ou relationnels). La pratique éducative va se focaliser sur la connaissance de la maladie et des risques encourus, elle propose une réponse en termes de comportement sain. Les informations sont transmises, construites à partir de discours basés sur des injonctions comportementales et la vulgarisation des connaissances biomédicales qui imposent au sujet de modifier (souvent par la peur) ses comportements pour bénéficier d'une meilleure santé (Richelle, 1978; Watson, 1966).

Dans la perspective constructiviste, selon Piaget (1896-1980), il existe un équilibre dynamique entre l'assimilation et l'accommodation des connaissances dans l'activité cognitive, en ce sens que l'assimilation assure la cohérence de la pensée et l'accommodation assure l'adéquation au réel (Piaget, 1979). La pratique éducative qui découle des théories constructivistes va s'appuyer sur la notion de conception préalable c'est à dire le bon sens en matière de santé afin de permettre que s'opère une restructuration cognitive qui intègre les nouvelles connaissances (Desautels, 1992). En effet, dans une relation d'apprentissage, l'apprenant n'est jamais vierge de toute connaissance, c'est pourquoi il faut prendre en compte ses perceptions subjectives, ses représentations sociales, ses motivations et ses attitudes. Ainsi, il pourra confronter des informations nouvelles au savoir antérieur, les assimiler, les accommoder et les appliquer dans sa vie quotidienne. Jacqueline Billon conclut que l'éducation appliquée à la santé mise en œuvre à partir du modèle biomédical :

*« a rapidement rencontré des problèmes insurmontables car il s'avéra presque impossible de traduire les acquis de la médecine dans les acquis de l'éducation parce que l'éducation n'est pas la science des objets mais la science du sujet. »*

## **2. L'éducation pour la santé dans le modèle biopsychosocial de la santé**

Dans le modèle biopsychosocial, la santé - ressource de la vie quotidienne et non but de la vie - est considérée comme « 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. » (OMS, 1986). Dans ce cadre, l'éducation pour la santé doit accompagner les personnes à développer leur capacité à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne, ce que l'OMS explicite dans son document référence, Lifeskills education schools (WHO, 1993b). Cette capacité est ce que les auteurs nomment psychosocial competence soit :

« la *capacité d'une personne* à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement. La compétence psychosociale joue un rôle important dans la promotion de la santé dans son acception large renvoyant au bien-être physique, psychique et social ».

En incluant plus largement les problématiques globales, environnementales, l'éducation pour la santé s'inscrirait aujourd'hui dans une approche dite appropriative<sup>91</sup>, c'est à dire :

« un processus par lequel une personne, un groupe ou une collectivité prend conscience de sa diversité de ses représentations, de ses enjeux, de ses ressources et contraintes pour les traduire en prise de décisions pour son devenir ». *L'objectif de l'éducation appliquée à la santé est alors de développer de « nouvelles » stratégies plus appropriées à la résolution globale des problèmes de notre planète. Elle doit comprendre des contenus sur les relations multiculturelles, les impacts positifs ou négatifs du développement économique, sur l'écologie et sur les principes de démocratie. Elle doit comprendre également des stratégies éducatives coopératives qui misent sur le travail d'équipe et sur la coopération avec les milieux touchés par les problèmes de santé à résoudre. Elle participe à l'éducation à la citoyenneté.* »

Dans le modèle biopsychosocial de la santé, l'éducation pour la santé est fondée sur les théories sociales de l'éducation ainsi que sur les théories sociocognitives et psychocognitives

---

<sup>91</sup> Comme le précise Jacqueline Billon, en citant les travaux menés dans le cadre d'un colloque (Rimouski, 1998).

de l'éducation. Il convient de préciser que les théories sociales et celles issues de la psychosociologie n'ont pas été développées spécialement pour expliquer les comportements de santé. Elles ont abordé le comportement des individus dans une perspective sociale, c'est à dire en considérant l'interaction de l'individu avec son environnement social.

Dans les années 1950-1960, époque où le behaviorisme était le courant dominant, avec pour chef de file le psychologue américain Burrhus Frederic Skinner (1904-1990), la recherche en psychologie a opposé ses chercheurs sur les théories pour expliquer le comportement humain. En opposition aux théories du comportement qui attribuent les principaux déterminants du comportement à des forces motivationnelles internes plus ou moins conscientes à l'individu: les besoins, les tendances et les impulsions (à l'exemple de la théorie dynamique des impulsions), d'autres théories du comportement sont intervenues, dans le champ de l'analyse des comportements. Ces dernières étaient basées sur l'idée que les seules influences externes (stimuli environnementaux) en termes de conditions de renforcement maintiennent un comportement (béhaviorisme radical). Les théories du comportement humain ont ainsi cherché à éclairer les conditions (internes ou externes) qui déterminent à la fois la généralité et la spécificité des conduites plutôt que la seule variabilité du comportement. La controverse sur les déterminants de la variation comportementale s'est apaisée avec l'idée que le comportement est la résultante de l'interaction des personnes (interne) et des situations (externes) plutôt que dépendant de l'influence d'un des deux facteurs considérés séparément.

Face au courant béhavioriste, le constructivisme pédagogique<sup>92</sup> élabore d'une part, les théories psychocognitives, initiées par Jean Piaget (1896-1934), et d'autre part, les théories sociocognitives, dont le représentant principal serait aujourd'hui Alberto Bandura, précédé par Lev Vygotski (1896-1934). Ce courant va bouleverser la recherche sur les comportements en démontrant que les déterminants personnels et les déterminants environnementaux du comportement ne sont pas indépendants, ils s'influencent mutuellement (interaction) et que le comportement est lui-même un déterminant interactif.

---

<sup>92</sup> C'est le courant constructiviste en psychologie du développement cognitif, selon lequel le sujet cognitif construit des connaissances afin de décrire et prédire ses expériences personnelles lors de ses interactions avec son environnement à la fois physique et social.

*« Les théories psychocognitives et sociocognitives de l'éducation ont en commun de s'intéresser aux origines sociales de la pensée, aux processus d'apprentissage, aux traitements cognitifs de l'information et aux caractéristiques de l'apprenant. Le mot social est utilisé alors pour définir la pensée et l'action fondamentalement sociales et le mot cognitif est utilisé parce que les processus de la pensée influencent la motivation, les émotions et l'action. Les théories psychocognitives se préoccupent du développement des processus cognitifs de l'apprenant tels le raisonnement, l'analyse, la résolution de problèmes, les représentations, les conceptions préalables, les images mentales. Les théories sociocognitives s'intéressent à la construction des connaissances à partir d'une interaction entre les facteurs culturels et sociaux. » (Billon, 2000)*

Dans cette nouvelle conception d'une interaction des déterminants, représentée aujourd'hui notamment par la théorie de l'apprentissage social ou théorie sociale cognitive (Bandura, 1977c), le comportement, les autres facteurs personnels, et les facteurs environnementaux opèrent tous comme des déterminants interdépendants les uns des autres. Au sein de cette approche, les processus d'apprentissage qui ont un rôle important sont liés aux modèles symboliques et culturels, à l'observation des modèles compétents (vicariants) et à l'autorégulation.

Cette théorie compréhensive du comportement explique comment les modèles comportementaux sont acquis et comment leur expression est réglée en continuité par le jeu des influences internes et externes. Dans la perspective de l'apprentissage social, la nature humaine est conceptualisée comme un vaste potentiel pouvant être façonné par des expériences directes et vicariantes de façon à donner une variété de formes à l'intérieur des limites biologiques. Le niveau de développement psychologique et physiologique limite, évidemment, ce qui peut être acquis à un moment donné.

D'un autre côté, les théories sociales de l'éducation définissent l'objectif de l'éducation comme la transformation importante de la société et de la culture, dans une perspective d'une plus grande justice sociale.

Ici, Paulo Freire (1921-1997), éducateur brésilien et père de la Pédagogie des opprimés (Freire, 1974), est le représentant de la pensée humaniste et libératrice de l'éducation, issue

d'une longue tradition travailliste, militante, syndicaliste de part le monde<sup>93</sup>. Selon Freire, « *personne n'éduque autrui, personne ne s'éduque seul, les hommes s'éduquent ensemble, par l'intermédiaire du monde* ». En opposition avec une conception pédagogique traditionnelle qu'il qualifie de « conception bancaire » de l'éducation, Freire explique que la finalité de l'éducation, appuyée par les stratégies pédagogiques de la conscientisation et de la libération, « *n'est plus seulement d'apprendre quelque chose à son interlocuteur, mais de rechercher avec lui, les moyens de transformer le monde dans lequel ils vivent* » (De Loye, 1975). La méthode de la conscientisation et de la libération prend en considération le savoir des populations. Elle souligne le lien entre le savoir et le pouvoir, et l'importance du dialogue et de la participation dans l'apprentissage. Freire a utilisé le concept d'autonomisation comme un moyen d'apprentissage. Il s'agit de réduire les inégalités sociales en mobilisant les personnes en difficulté sur leur autonomisation, c'est-à-dire sur leur apprentissage à prendre le contrôle et la maîtrise de leur vie. C'est par ce processus d'autonomisation qui permet le développement de capacités d'adaptation que se manifeste la conscience critique active. C'est un concept démocratique qui interroge la structure du pouvoir et un processus de réflexivité qui interroge la puissance des professionnels.

En se basant sur ce modèle éducatif, les théories sociales de l'éducation pour la santé intègrent donc les conditions sociales et environnementales comme des déterminants prioritaires sur lesquels il faut agir. Pour favoriser la santé des individus et faire en sorte que les bons choix en termes de santé soient l'option la plus facile pour le sujet, il convient qu'un changement social et politique soit à l'œuvre. Ce modèle d'éducation pour la santé est qualifié de « radical » (Manderscheid, 1996b).

Dans cette perspective, le modèle éducatif appelé *empowering education* (Shor, 1992) considère l'éducation à travers une pédagogie critique et démocratique pour l'individu et pour le changement social. Ce modèle est décrit par Ira Shor, pionnier dans le domaine de l'éducation critique, qui pendant plus de vingt années, a expérimenté des méthodes d'apprentissage, adaptées des idées de son mentor Paulo Freire, pour les salles de classe nord-

---

<sup>93</sup> UNESCO. A propos de Paolo Freire. Brève note d'introduction aux différents « Paolo Freire » (1921-1997). Non daté.

américaines. Il met en avant une pédagogie critique basée sur le dialogue, centrée sur les motivations de l'apprenant qui vise son développement personnel en l'ouvrant à tout sujet de la vie sociale. C'est une éducation qui ouvre à la pensée critique, à la créativité, à la qualification, à la citoyenneté. Elle produit des compétences fortes, des savoirs scolaires solides, des questionnements, et l'esprit critique vis à vis de la société, du pouvoir, des inégalités, et du changement.

Dans le champ de la promotion de la santé, la finalité de changement social est attribuée plutôt à une politique de promotion de la santé, au sens de la charte d'Ottawa, et sur l'ensemble de ses cinq stratégies d'intervention, plutôt qu'à un programme isolé d'éducation pour la santé. C'est pourquoi, il convient de considérer le modèle d'« empowering education » dans la perspective de la promotion de la santé et non uniquement de l'éducation pour la santé.

Le but de l'« empowering education » est l'accession à l'autonomie dans tous les domaines dont celui de la santé, il s'agit donc d'un processus alimenté par des démarches éducatives qui amène le sujet vers plus d'autonomie personnelle et sociale, et ceci au fur et à mesure du développement de ses compétences. Les compétences en question sont celles mises en avant et préconisées dans les discours de la promotion de la santé, appelées psychosociales, pour la mise en œuvre d'un programme d'éducation pour la santé et ce pour tout public (enfant, jeune, adulte, personne âgée...) et pour tout milieu (école, communauté, institution, quartier...). Ces compétences psychosociales sont des compétences utiles à la vie (lifeskills), et s'inscrivent dans les programmes d'éducation pour la santé basés sur le modèle biopsychosocial de la santé. Elles concernent les aspects psychologiques et sociaux qui sont à l'œuvre dans le processus d'autonomisation : il s'agit de l'estime de soi (self-esteem), du sentiment d'être responsable (being in charge of) et du sentiment d'un contrôle personnel (internal locus of control) ainsi que de la croyance en sa propre efficacité (self-efficacy believe).<sup>94</sup>

---

<sup>94</sup> A ce stade, je ne développerai pas tous ces concepts, puisque la notion de compétence doit être étudiée dans une perspective historique et dans les différents contextes de son utilisation. La compétence et ses composantes et spécifiquement les compétences psychosociales seront alors discutées dans la troisième partie de la thèse.

Dans le cadre de la promotion de la santé, les travaux de ces grands pédagogues, chercheurs et experts-théoriciens de l'éducation attirent l'attention sur la relation établie entre l'intervenant et la personne ou le groupe, sur l'intervention elle-même, et sur l'environnement d'apprentissage. Brigitte Sandrin-Berthon rappelle aux intervenants de l'éducation pour la santé se réclamant d'une démarche de promotion de la santé visant le développement de compétences psychosociales que :

*« Chacun de ces trois niveaux d'intervention requiert, de notre part, une grande vigilance pour que les activités que nous développons soient en cohérence avec les valeurs que nous affichons. Respect inconditionnel des personnes, ancrage des activités dans leur réalité de vie, réciprocité de l'éducation, analyse et prise en compte du contexte institutionnel, social et politique dans lequel se déploient nos initiatives sont autant de principes que ces auteurs nous invitent à suivre, par-delà leurs différences d'origine, de parcours et de pensée. » (Sandrin, 2013).*

## **B. Globalisation des interventions en éducation pour la santé**

### **1. L'éducation pour la santé : une discipline, un champ d'action**

Pour les promoteurs des interventions en éducation pour la santé, celle-ci est une discipline, voire une science. Afin de définir et élargir les bases théoriques sur lesquelles les programmes d'éducation pour la santé pourront s'appuyer, le Bureau européen de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES) organise le développement de la recherche en éducation pour la santé. Dans les années 1970-80, cela lui semble une nécessité afin de rationaliser les interventions et légitimer une discipline sur des fondements théoriques. Sur le terrain, en effet, les expérimentations foisonnent, utilisent les techniques modernes de la communication sociale. Une publication biannuelle de monographie européenne de recherche en éducation pour la santé permettra d'accélérer la diffusion des résultats et des méthodologies de recherche qui sont nécessaires aux fondements scientifiques des



interventions dans le domaine de l'éducation pour la santé et ce sur les trois grandes étapes du processus des interventions éducatives : la préparation, la réalisation et l'évaluation.

Aujourd'hui, on constate que l'éducation pour la santé concerne tous ceux qui, par leur profession ou leur mandat, exercent une influence sur la santé de la population, au travers des décisions qu'ils prennent ou des conduites qu'ils adoptent. Ce peut être un parent, un enseignant, un professionnel de santé, un éducateur sportif...). Ces acteurs du terrain sont outillés par les intermédiaires et méthodologues afin d'optimiser leurs actions d'éducation pour la santé.

Les manuels et guides méthodologiques sur l'éducation pour la santé privilégient l'approche globale de la santé dans ses dimensions biologique, psychologique, sociale et culturelle. Elle s'appuie sur :

- des thématiques de santé (la nutrition, le tabac, la contraception, les accidents, les vaccinations, l'accès aux soins, le sida, le cancer, les allergies...),
- des catégories de population (les jeunes, les femmes enceintes, les personnes âgées dépendantes, les personnes en situation de précarité...)
- des lieux de vie (la famille, l'école, le quartier, l'entreprise, l'hôpital, la prison...).

Ces équipements pédagogiques et pratiques présentent un programme d'éducation pour la santé comme comportant des actions de communication, des actions d'information et des actions de proximité. Ces trois composantes sont articulées entre elles de façon cohérente et complémentaire :

- Les actions de communication sensibilisent la population en général à de grandes causes de santé et contribuent à modifier progressivement les représentations et les normes sociales. La communication en santé utilise des techniques de communication afin d'influencer, de manière positive, les individus, la population et les organismes ayant comme but la promotion des conditions favorisant la santé humaine et environnementale (Nutbeam, 1998).

- Les actions d'information ont pour but de délivrer des messages scientifiquement validés sur les maladies et sur les moyens de prévention et les services ou ressources en santé. Les messages sont adaptés à chaque groupe de population et passent par des supports et des formulations variés.
- Les actions dites de proximité se caractérisent par un accompagnement individuel ou communautaire. Cette intervention sur site doit permettre aux personnes et aux groupes de s'approprier les informations et d'acquérir les aptitudes pour agir dans un sens favorable à leur santé et à celle de la collectivité. C'est dans ce contexte qu'est spécifiquement visé le développement des compétences psychosociales. Divers outils et méthodes pédagogiques sont le support de ce développement.

Les équipements au titre évocateur comme « de la théorie à la pratique » ou « guide d'action pour une démarche d'éducation pour la santé », proposent des outils, des exemples d'actions, des référentiels qui permettent de suivre la démarche éducative point par point : construite à partir de l'identification et de la prise en compte des représentations, des croyances, des compétences préalables et des attentes de la population. La finalité affichée de cette démarche est d'encourager et d'organiser le débat entre les usagers et les professionnels du système de santé ou du système socio-éducatif. Elle doit laisser la liberté à chacun de s'y impliquer et de faire les choix qui lui paraissent judicieux. Elle doit ainsi favoriser l'autonomie et la participation des citoyens et donc le développement de la démocratie sanitaire.

Des principes éthiques encadrent l'éducation pour la santé et l'interroge sur les ressorts qu'elle utilise, les sentiments ou les réactions qu'elle provoque et vérifie leur adéquation avec les objectifs éducatifs du programme. Dans ce cadre, les messages qui ressortent de tous les outils d'aide à l'action insistent sur la nécessité d'éviter de recourir à des procédés tels que la stigmatisation, l'injonction, la culpabilisation ou l'infantilisation qui vont à l'encontre des buts qu'elle poursuit, ou de délivrer à la population des messages de bonne conduite sanitaire définis par les seuls experts.

Les missions de l'éducation pour la santé présentées dans les différents référentiels de méthodes sont d'apporter une aide chaque personne, en fonction de ses besoins, de ses

attentes et de ses compétences, à comprendre l'information et à se l'approprier pour être en mesure de l'utiliser dans sa vie. En ce sens, la vulgarisation et la diffusion des connaissances scientifiques ne suffisent pas. En matière d'actions de proximité, l'éducation pour la santé utilise des méthodes et des outils validés favorisant l'expression des personnes et leur permettant d'être associées à toutes les étapes des programmes, du choix des priorités à l'évaluation. Elle est accessible à tous les citoyens et a le souci permanent de contribuer à réduire les inégalités sociales de santé.

L'approche par les pairs est une stratégie d'intervention utilisée en éducation pour la santé afin de s'appuyer sur les compétences-mêmes de quelques personnes constituant la communauté d'appartenance. Pour pouvoir agir, le pair doit être reconnu comme semblable pour intervenir mais aussi avoir une capacité d'action dans le cadre où il s'engage comme pair. La formation de ces relais est une étape essentielle pour qu'ils puissent intégrer la démarche et éviter les écueils tels la moralisation ou la stigmatisation. Pour illustrer cette approche, un acteur de terrain nous livre son ressenti vis-à-vis du suivi des étudiants-relais qu'il forme à l'éducation par les pairs dans son service médico-social :

*« On essaie toujours de faire un travail plus global autour du thème. Et puis bien-sûr on fait des actions sur les campus via des stands, on a un gros groupe d'étudiants relais, ce sont des étudiants qui sont formés et qui portent la bonne parole entre guillemet. [...] Alors ces étudiants relais ce sont vraiment des aides mais c'est un travail colossal. Parce qu'en fait il faut les suivre très régulièrement, il faut les former, parce qu'en France quand on parle de santé on parle beaucoup de, comment dirais-je... on dit ce qu'il faut faire en fait... Et les étudiants c'est marrant parce que quand ils arrivent, c'est la première chose... ils veulent savoir ce qu'il faut dire. Alors tu ne dois pas fumer, tu ne dois pas... enfin dans la stigmatisation... il y a tout un travail à faire avec eux pour leur expliquer un peu comment approcher l'étudiant et une fois qu'ils l'ont compris ça se passe super bien mais ça demande du temps, et puis après il y a tout le travail de suivi donc c'est très très intéressant, ça marche beaucoup mieux que quand nous faisons les actions, mais c'est lourd. »*

*EA 17-SV*

## **2. Du groupe d'entraide au « patient éduqué »**

L'entraide est un processus par lequel les gens qui partagent des expériences, des situations ou des problèmes communs peuvent s'offrir une perspective unique qui n'est pas disponible pour ceux qui n'ont pas partagé ces expériences. Un groupe d'entraide, où les membres se

réunissent afin de partager leurs sentiments et réflexions au sujet de leurs expériences partagées (telles que faire face à une problématique de santé, la perte d'un être cher, ou le besoin de trouver un emploi), est le milieu propice pour faciliter le processus d'entraide. Il s'opère un changement organisationnel qualifié de :

« processus par lequel on travaille dans ces milieux afin de créer des environnements de support qui facilitent les choix sains. » (Nutbeam, 1998).

Le groupe d'entraide permet une action dirigée envers ses propres membres. Dans le champ de la santé, dans les années 1980, avec l'épidémie de sida, l'Organisation Mondiale de la Santé va reprendre à son compte les démarches de counseling<sup>95</sup>, qui se sont développées aux États-Unis au début du XXe siècle<sup>96</sup>. L'OMS recommande donc le counseling comme la méthodologie d'aide, de soutien et de prévention la plus appropriée au niveau mondial pour faire face aux innombrables menaces individuelles, communautaires et collectives engendrées par l'épidémie de l'infection par le VIH.

---

<sup>95</sup>Dans la culture anglo-saxonne, le terme de "counseling" est utilisé pour désigner un ensemble de pratiques aussi diverses que celles qui consistent à orienter, aider, informer, soutenir, traiter. H.B. et A.C. English définissent le counseling comme « une relation dans laquelle une personne tente d'aider une autre à comprendre et à résoudre des problèmes auxquels elle doit faire face. ». H.B. et A.C. English, 1958, A comprehensive dictionary of psychological and psychoanalytical terms, New York, Ed. David Ma Kay & Co., Inc., p.127.

<sup>96</sup> Le counseling s'est développé d'abord aux États-Unis au début du XXe siècle. Il a été porté par les leaders du mouvement de réforme sociale qui voulaient réduire les inégalités et les injustices liées à l'industrialisation massive. Cette prise en compte de la personne et l'analyse critique du fonctionnement de la société américaine vont donner lieu à la création d'organisations caritatives et d'associations philanthropiques. En 1908, Frank Parsons va ouvrir à Boston un des premiers centres de counseling dans des locaux municipaux (Centre de Guidance Juvénile). Au même moment, le Mouvement de Santé Mentale lancé par Clifford Beers va établir en 1909 des programmes de counseling dans des services psychiatriques. Dans les années 30, Carl Rogers va bouleverser aux États-Unis la psychologie clinique jusque là centrée exclusivement sur les tests d'intelligence en remettant la personne au centre du dispositif thérapeutique. Il initialisera un des grands courants de counseling : l'approche centrée sur la personne développée dans son ouvrage "Counseling and Psychotherapy" paru en 1942. En France, le counseling a été introduit en 1928 sous la forme du Conseil d'orientation professionnelle. Dans les années 1950, on voit apparaître dans le travail social une nouvelle méthode : le case work. Cette aide psychosociale individualisée s'appuie sur les principaux concepts de Carl Rogers, c'est à dire le droit pour le client d'être considéré et traité comme une personne, son besoin d'être respecté, de ne pas être jugé et d'établir lui-même ses propres choix. En 1961, l'Association Française des Centres de Consultation Conjugale (AFCCC) va développer autour du psychiatre et psychanalyste Jean Lemaire le counseling auprès des couples (conseil conjugal). Ce courant de counseling va intégrer des concepts issus de la psychanalyse, de la psychosociologie des groupes et d'auteurs comme Moreno, Rogers et Lewin. L'histoire mondiale du counseling sera traversée par de multiples approches : cognitivo-comportementale, existentielle, psychanalytique, émotionnelle, systémique, à tel point que le counseling donnera lieu à l'émergence de plusieurs courants théoriques, cliniques et pratiques.

En France, le concept de groupe d'entraide mutuelle a été repris au bénéfice des personnes handicapées. « Les groupes d'entraide mutuelle (GEM) sont des structures de prévention et de compensation de la restriction de participation à la vie en société »<sup>97</sup>. Les personnes concernées sont des adultes que des troubles de santé mettent en situation de fragilité ; l'entraide mutuelle entre personnes ayant vécu ou vivant une expérience de santé similaire est visée. Ce sont des personnes désireuses de rompre leur isolement et de participer aux différents temps d'échanges, d'activités et de rencontres du groupe d'entraide. Leur état de santé leur permet d'envisager un parcours visant une meilleure insertion dans la vie sociale avec l'aide des pairs et des animateurs. Selon Catherine Tourette-Turgis :

« le principe de cohérence du counseling réside fondamentalement en ceci : beaucoup de situations de la vie sont causes à elles seules de souffrances psychologiques et sociales et nécessitent la conceptualisation et la mise à disposition de dispositifs de soutien auprès des publics concernés. » (Tourette-Turgis, 1996)

Il existe des points communs au développement du counseling qui peuvent être résumés par l'importance accordée :

- aux méthodes actives dans la relation d'aide ;
- à la croyance dans le potentiel d'un individu ou d'un groupe ;
- à la croyance au changement dans un délai bref ;
- à l'établissement d'une relation où l'empathie l'emporte sur l'autorité, où la réalité l'emporte sur le passé lointain ;
- à l'environnement comme facilitateur du changement et de l'évolution personnelle (groupe, travail dans les communautés).

---

<sup>97</sup>Arrêté du 13 juillet 2011 pris pour l'application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles et fixant le cahier des charges des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 du même code.

Un autre processus de relation d'aide s'est développé pour pallier les problématiques posées par les maladies chroniques, il s'agit de la mise en œuvre de méthodes éducatives qui s'adressent directement au patient et qui l'engagent dans un processus de prise de conscience, d'acceptation et de gestion de sa maladie. Le résultat visé par cette démarche, appelée éducation thérapeutique du patient, est l'avènement d'un « patient éduqué », autonome et capable d'exercer un contrôle sur sa maladie nécessaire au maintien d'une vie qu'il jugera de qualité. L'éducation du patient est une méthode spécifique de l'éducation pour la santé, réglementée et contrôlée par les pouvoirs publics.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) représente un champ de pratiques au carrefour de la médecine, du soin et de l'éducation. Elle s'inscrit, avec l'éducation pour la santé, dans le mouvement de la promotion de la santé. Son objet est la gestion de la maladie chronique avec son porteur (le malade) voire son entourage. A travers des soins continus, elle a pour objectif de contrôler et de ralentir l'évolution de la maladie et d'en éviter les complications.

*« L'éducation thérapeutique du patient est composée des activités éducatives essentielles à la gestion des pathologies, gérées par des soignants formés de façon appropriée dans le domaine de l'éducation, conçues pour aider un patient (ou un groupe de patients et leurs familles) à gérer leur traitement et prévenir les complications évitables, tout en maintenant ou en améliorant leur qualité de vie. Sa spécificité est de produire un effet thérapeutique complémentaire aux autres interventions (pharmacologiques, kinésithérapie, etc.). » (OMS, 1998).*

Elle s'adresse donc aux personnes engagées dans une relation de soins et à leur entourage. Elle est intégrée au parcours de soins et mise en œuvre par les différents professionnels de santé exerçant en ville ou à l'hôpital. Elle aide notamment les personnes atteintes d'une pathologie chronique telle que le diabète, l'épilepsie, l'asthme ou le cancer à assumer au quotidien leur maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, professionnelle et sociale, à gérer leur traitement, à prévenir les complications et les rechutes. Elle peut concerner également les personnes qui présentent certains facteurs de risque comme l'hypertension artérielle, le surpoids, les comportements addictifs. Elle est aussi mise en œuvre dans des situations telles que la maternité ou la préparation à l'accouchement.

L'éducation thérapeutique du patient implique pour les personnes le développement de nouvelles compétences, comme la définit le rapport Saout :

*un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'événements majeurs de la prise en charge (initiation du traitement, modification du traitement, événements intercurrents...), mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable. » (Saout, 2008)*

Trois universités, sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé sont spécialisées dans la recherche en éducation du patient, à Bruxelles, à Genève et à Bobigny.

Brièvement, la pédagogie développée notamment par l'équipe française de J.-F. D'Hivernois et R. Gagnayre (D'Hivernois, 1998) et l'équipe belge de A. Deccache et E. Lavendhomme (Deccache, 1989), peut être présentée selon l'approche systémique, qui se compose de plusieurs phases liées entre elles : 1/ Élaboration du diagnostic éducatif (connaissances, besoins, potentialités, caractéristiques des patients) ; 2/ Définition des objectifs du contrat d'éducation (objectifs de sécurité/objectifs spécifiques, objectifs cognitifs/affectifs/psychomoteurs) ; 3/ Choix des méthodes d'apprentissage et des contenus pédagogiques (méthodes individuelles et collectives, méthodes pour enfants, ados, adultes) ; 4/ Évaluation.

L'approche psychologique en éducation du patient est quant à elle développée notamment par l'équipe suisse d'A. Lacroix (Lacroix, 1998). Cette dernière s'est fondée sur les travaux d'E. Kübler Ross sur les phases d'acceptation du deuil pour penser des phases similaires, opératoires pour les patients atteints de maladies chroniques. Selon Anne Lacroix, le patient adopte des attitudes et/ou comportements qui sont liés à différents stades d'acceptation de la maladie (choc, déni, révolte, marchandage, dépression, acceptation, résignation, pseudo-acceptation). Le soignant peut adopter différentes attitudes et mettre en œuvre différentes compétences en fonction de ces dernières.

L'éducation du patient combine les activités à intention de soin avec des activités à intention éducative et s'inscrit dans une logique de réparation sur les corps et les consciences versus une logique de développement humain.

OB milite pour la reconnaissance des « patients experts », à la question posée « dans toutes démarches d'éducation thérapeutique par une équipe de soignants, y a t-il un patient expert qui intervient ou c'est à la bonne volonté ? ». Il répond :

*C'est à la bonne volonté des soignants. Ça dépend de l'équipe soignante et ça dépend souvent, surtout des infirmières qui ont été sensibilisées à l'éducation thérapeutique, à la vraie éducation thérapeutique. Je dis la vraie... pas l'éducation thérapeutique biomédicale, l'éducation thérapeutique profane, profane c'est-à-dire dans le sens éducation pour la santé avec une démarche communautaire, avec une démarche de prise en compte des parties prenantes, avec une véritable démarche d'éducation et pas une démarche de l'offre pensée par le biomédical.*

EA 14-OB

Ces pratiques engendrent comme on le voit des tensions éthiques dont le débat reste d'actualité :

*« elles concernent plus particulièrement l'autonomie et la justice ; d'autres sont générées par la confrontation du modèle biomédical avec des approches intégratives. Quelles qu'elles soient, il est essentiel d'exercer une veille sur les pratiques interdisciplinaires d'éducation thérapeutique, tissées selon des modalités complexes et dans un contexte de contraintes réglementaires et financières croissantes ; il s'agit de préserver, d'une part, la dignité de la personne malade et sa responsabilité à gérer son équilibre de santé et, d'autre part, la justice et la solidarité qui lui permettent de les mettre en œuvre. » (Certain, 2015) .*

Les tensions sont inhérentes à ce champ de pratiques car il engage ensemble différents acteurs de la médecine, du soin et de l'éducation. La majeure part de l'intervention est dédiée aux professionnels de la santé. D'autres acteurs, comme les malades experts, revendiquent une place sinon égale au moins plus grande qui ne leur est accordée aujourd'hui afin de garantir le respect de l'autonomie, de la dignité et de la justice dans cette démarche éducative.



### 3. La promotion de pratiques de santé communautaire

Les documents conceptuels principaux pour la promotion de santé, y compris la Charte d'Ottawa, ont, à plusieurs reprises souligné l'importance de la participation directe de la communauté<sup>98</sup> dans le développement des initiatives de promotion de santé. L'action communautaire apparaît alors comme une des stratégies pertinentes de promotion de la santé principalement pour des interventions qui visent à agir sur l'environnement sociopolitique. Parmi les axes d'intervention en promotion de la santé, on retrouve le renforcement de l'action communautaire.

« La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise de décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé. La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière.» (Bury, 1988).

Selon Massé, « considérer la communauté comme lieu d'engagement, de mobilisation populaire, de conscience communautaire suppose une priorisation des valeurs d'engagement social et de justice. » (Massé, 2003).

L'action communautaire n'est évidemment pas spécifique de la promotion de la santé. Elle s'est développée de longue date dans le champ de l'éducation permanente et de l'action sociale ainsi que dans des actions humanitaires de développement de manière plus générale. Quelque soit le champ d'intervention, la participation des communautés concernées par l'action caractérise la démarche.

---

<sup>98</sup>Au sens général, une communauté désigne un groupe humain dont les membres sont unis par un lien social, partageant les mêmes caractéristiques, le même mode de vie, la même culture, la même langue, les mêmes intérêts... Ils interagissent entre eux et ont en outre un sentiment commun d'appartenance à ce groupe.

Dans le domaine de la santé, en 1978, la Déclaration d'Alma-Ata concrétise d'ailleurs une nouvelle orientation en reconnaissant officiellement l'importance de la participation communautaire. Cette orientation va déterminer une nouvelle manière de penser la santé où la communauté va devenir un levier capital. Ainsi, l'OMS définit la communauté comme :

« Un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociales. Ces membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles communes ainsi que par des intérêts et des aspirations communs, y compris en matière de santé. Les communautés sont de tailles et de profils socioéconomiques extrêmement variés, allant de grappes d'exploitations rurales isolées à des villages, des villes et des districts urbains plus structurés.» (OMS, 1978).

Dans cette perspective, les individus constitués en communauté manifestent la volonté de résoudre leurs problèmes communs et ainsi deviennent des agents de leur propre développement.

L'Institut Renaudot, association fondée en 1981, est en France un acteur majeur de cette approche, il préconise de définir la communauté par l'action qui la concerne :

« Une action de santé sera dite communautaire lorsqu'elle concerne une communauté qui reprend à son compte la problématique engagée, que celle-ci émane d'experts ou non internes ou non à la communauté (l'ensemble d'une population d'un quartier, d'une ville, d'un village, des groupes réunis pour un intérêt commun, une situation problématique commune..)<sup>99</sup>»

Les débats portant sur cette conception de l'intervention « faire avec les gens » et non « faire à la place des gens », sont multiples et relèvent du débat éthique. En effet, l'engagement dans une pratique de santé communautaire a des implications sur lesquelles les théoriciens et les acteurs de la promotion de la santé se questionnent : Comment susciter l'intérêt ? Comment répondre aux attentes ? Comment faire évoluer les pratiques des institutions et des

---

<sup>99</sup>Institut Théophraste Renaudot (1998). Charte de promotion des pratiques de Santé Communautaire, Paris.

professionnels ? Qui a le pouvoir de décider ? Ces questions semblent d'autant plus brûlantes qu'elles touchent aux fondamentaux de l'intervention communautaire, ainsi :

« Des valeurs centrales sous-tendent l'intervention communautaire : la justice, sociale, la solidarité, la démocratie, l'autonomie et le respect. » (Lamoureux, 1996).

Sur le terrain, les principes d'une démarche en santé communautaire se confondent avec d'autres pratiques. Les grands principes sont connus par les acteurs de terrain, mais leur application n'est pas une réalité. Même « travailler avec les gens » semble se ranger au niveau du discours et constitue une difficulté liée à la culture et à la formation. Le pouvoir est loin d'être partagé, comme nous l'explique un interviewé :

*Faut pas... le patient expert ne doit pas être instrumentalisé par les soignants. Aujourd'hui l'éducation thérapeutique est instrumentalisée par les soignants «sachant ». Tout ce qui est la dimension éducative, j'ai eu la chance d'avoir fait deux formations dans l'éducation thérapeutique, une en DU de stratégies éducatives, un DU science de l'éducation, avec des gens qui ont fait un parcours science de l'éduc, et un autre en quarante heures à EDULOR à Nancy, donc biomédical, j'ai vu la grosse différence. Ce n'est pas du tout pareil. [...] Mais les soignants ont peur de cette reconnaissance-là par les diplômés, par les DU, par des MASTER, peu importe, parce qu'ils ont l'impression qu'on leur mange du pouvoir alors que ce n'est pas du tout ça. L'enjeu du patient expert c'est de ne surtout pas être un RU (représentant d'utilisateur), de ne pas être dans la revendication de pouvoir mais vraiment dans une logique d'innovation.*

EA 14-OB

Pour mettre en œuvre la démarche communautaire en santé, l'observatoire du Secrétariat Européen des Pratiques en Santé Communautaire (SEPSAC), rappelle quels sont les points de repères qui la caractérisent. C'est un faisceau de repères interdépendants et complémentaires :

- des repères relatifs à une approche en promotion de la santé : Avoir une approche globale et positive de la santé/ Agir sur les déterminants de la santé/ Travailler en intersectorialité pour la promotion de la santé ;

- Des repères spécifiques à la stratégie communautaire : Concerner une communauté/ Favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction/ Favoriser un contexte de partage, de pouvoir et de savoir/ Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté ;
- Un repère méthodologique : Avoir une démarche de planification par une évaluation partagée, évolutive et permanente.

L'intervention communautaire paraît complexe également car elle exige de la part des acteurs de la concertation et travail en réseau, de l'intersectorialité et de la participation. Ces trois modalités qui constituent l'intervention communautaire sont rapidement développées ci-dessous :

1/ La concertation sert de moyen pour entreprendre des interventions qui portent sur les déterminants multiples de la santé, ainsi :

« Une plus grande quantité de ressources devient disponible, une plus grande capacité à accomplir les nombreuses tâches requises est produite, la légitimité de la démarche est augmentée, un plus grand impact politique devient possible, les chances d'atteindre l'objectif augmentent. » (O'Neill, 1997).

Et le réseau, en tant que dispositif de partage des ressources et de recherche de solutions, se caractérise par l'organisation des connaissances, la mise en commun de concepts et de langages, la reconnaissance de la compétence et de la valeur de chaque membre.

2/ L'intersectorialité, prônée par la promotion de la santé part de l'idée qu'il n'est pas possible de régler des problèmes de plus en plus complexes en faisant appel à un seul champ d'activités, il convient que des partenaires de secteurs différents, médecine, éducation, politique...) s'associent pour agir. Tout l'enjeu en est la cohérence des actions et des messages.

3/ La participation visent à donner aux communautés la possibilité d'exercer un plus grand contrôle sur les événements qui les touchent. Dans cette démarche, la communauté bénéficiaire doit définir elle-même les buts des programmes qui lui sont destinés et les activités de prévention peuvent être réalisées par des non-professionnels issus des communautés bénéficiaires.

Nous percevons ici l'importance que revêtent le développement et le renforcement des démarches communautaires dans la perspective de la promotion de la santé. Ces démarches contribuent fortement au processus de « conférer aux populations les moyens *d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* ».

## Conclusion CHAPITRE II

*« Il n'existe pas une conception unique et universelle de la promotion de la santé mais une conception plurielle qui s'inscrit dans une histoire de la santé publique, des conditions politiques, culturelles sociales et économiques locales. Ce qui crée le lien entre ces visions c'est que l'on s'accorde à aborder la santé comme une entreprise sociale au travers d'un ensemble de stratégies menées conjointement pour atteindre un même objectif incluant le plaidoyer, l'éducation, la formation, la recherche, la législation, la coordination des politiques et le développement communautaire, quels que soient les problèmes à résoudre, les populations concernées et les contextes et lieux de vie. » (Lamarre, 2008).*

Comme je l'ai retracé, il apparaît que le concept nouveau de promotion de la santé selon la Charte d'Ottawa va impliquer, à partir des années 1980, surtout pour les pays développés, un changement de paradigme dans le champ de la santé publique.

C'est par ce glissement appelé « 3ème révolution de la santé publique » (Breslow, 1999), ou « révolution pour la santé », après celles advenues contre les maladies infectieuses et contre les maladies chroniques, que la promotion de la santé va progressivement amener de nombreux acteurs non médicaux à s'engager sur le terrain pour :

- une éducation pour la santé abandonnant les méthodes d'injonction et de culpabilisation, pour travailler sur les choix et accompagner à la décision vers des changements sur les habitudes de vie en mettant l'accent sur la qualité de vie,
- une action sur la collectivité en permettant aux communautés d'aménager leur environnement et aux décideurs de promouvoir des politiques favorables à la santé avec une exigence d'évaluation de l'impact sur la santé de toute politique engagée,
- un partage des responsabilités entre les professionnels de la santé et les citoyens avec une plus large parole donnée au patient / à l'utilisateur / au citoyen pour co-construire et réorienter les services,

- une politique de promotion de la santé volontariste dont l'efficacité se conçoit sur le long terme et basée sur « conférer les moyens » (empowerment), « servir de médiateur » (mediation), « *promouvoir l'idée*, plaider en faveur » (advocacy).

En puisant dans les avancées de la psychologie sociale dans le domaine du comportement et dans les théories sociales de l'éducation, dont elle s'est approprié les théories et les modèles, la promotion de la santé a trouvé les équipements théoriques et les équipements pratiques et pédagogiques pour justifier d'une démarche d'une part, présentée comme globale et spécifique et d'autre part, qui rompt avec les pratiques d'une vieille école dépassée.

Le chef de file de la promotion de la santé est incontestablement l'OMS qui rappelle que « la force des États *Membres de l'OMS réside dans cette aptitude à élaborer ensemble des thèmes mondiaux et à les appliquer ensuite dans leur pays après les avoir adapter comme il convient.* » (OMS, 1981).

Les grandes organisations internationales, garantes des principes de la promotion de la santé dans le monde, mais également les multiples maillages qui se structurent sur les territoires pour assurer les mises en application de ces principes, fonctionnent comme des « grands êtres » c'est-à-dire des repères, au sens des économies de la grandeur, chargés de veiller à la « justesse » de l'action.<sup>100</sup>

---

<sup>100</sup> Selon la théorie de la justification de Boltanski et Thévenot, dans le régime de « paix en justesse », l'accord est implicite. « *Les équivalences sont tacitement à l'œuvre dans l'usage que les personnes font des choses (...) dans ce régime, le discours accompagne et accomplit l'équivalence mais sans la remettre en cause ni la prendre explicitement pour objet* ».

# Conclusion DEUXIÈME PARTIE

La promotion de la santé s'inscrit résolument dans un mouvement pour la reconnaissance d'un nouveau cadre international d'action. Il s'agit là de « promouvoir » la promotion de la santé. La santé, redéfinie comme globale, positive et contextualisée, est à la fois l'objet du discours et la finalité de l'action : elle est le bien commun supérieur.

J'ai suivi deux axes pour circonscrire le champ de la promotion de la santé. Ainsi elle se présente comme d'une part, un espace où on discute (dispute) des épreuves et des modèles touchant à la santé des individus et des groupes (déterminants individuels et sociaux du comportement et de la santé) et d'autre part, un dispositif conventionnel entre différents niveaux d'acteurs visant à organiser et coordonner la mesure de la grandeur (référentiel d'action, professionnalisation, participation des publics).

Cette deuxième partie m'a aussi permis de situer l'intervention pour le développement des compétences psychosociales dans les différents domaines couverts par la promotion de la santé.

La troisième partie va m'amener à approfondir la notion de compétence afin d'en explorer les espaces et les contours et leur mise en pratique. Dans cette étude, l'intervention pour le développement des compétences psychosociales répond aux deux axes suivis pour approfondir la notion de promotion de la santé, je propose ainsi d'en discuter les fondements (héritages, concepts) et de traiter de ses modalités (pédagogie, éthique de l'intervention et de l'intervenant).



# **TROISIÈME PARTIE : Des compétences et des « êtres »**

# Introduction à la TROISIÈME PARTIE

*« En effet, pour qu'une compétence soit telle, pour que sa mise en œuvre puisse être efficace et se distinguer par là d'une activité phantasmagorique ou utopique, elle doit être ajustée à l'ordre des mondes auxquels elle s'applique. »* (Boltanski, 1990).

Cette troisième partie de la thèse place le concept de « compétence » dans la perspective de son émergence et de son évolution. Je propose ainsi d'explorer comment la compétence est traversée par les influences historiques, conceptuels, politiques.

Le premier chapitre est consacré donc à situer le concept de compétence dans les différents champs sociaux (travail, formation, éducation) afin d'en percevoir l'origine, et les fonctions. Puis dans le second chapitre, la notion de compétence est étudiée dans le champ de la promotion de la santé afin d'approcher ce qui est commun ou différent d'un champ à l'autre.

Progressivement, la notion de « compétences psychosociales » devient visible et livre ses caractéristiques et ses fonctions en situation.

# **CHAPITRE I : Espaces, contours et déploiement social des compétences**

# I. Le concept de compétence à la croisée des champs sociaux

## A. *Émergence de la compétence dans les champs travail, formation et éducation*

### 1. Être compétent : savoirs, savoir-faire et savoir-être en vue d'une action

Couramment, les lexiques définissent le terme « compétence », entre autres définitions, comme la connaissance approfondie, reconnue, qui confère le droit de juger ou de décider en certaines matières. Par exemple, on peut lire dans le Petit Larousse (2008) :

COMPÉTENCE n.f. (lat. *competentia*, juste rapport). 1. Capacité reconnue en telle ou telle matière, et qui donne le droit d'en juger. 2. DR. Aptitude d'une autorité à effectuer certains actes, d'une juridiction à connaître d'une affaire, à la juger. Compétence d'un tribunal. Compétence liée, celle qui, pour l'Administration, s'exerce dans les limites de la loi, qui en fixe le contenu et la nécessité (par oppos. à compétence discrétionnaire). 3. LING. Système de règles intériorisé par les sujets parlant une langue. 4. HYDROL. Aptitude d'un cours d'eau à déplacer des éléments d'une taille donnée.

Selon Valérie Téboul-Weber, chercheuse en sciences politiques, cette notion recouvre deux univers de sens. Le premier, administratif et juridique, envisage la compétence sous l'angle d'un « pouvoir faire » instauré du dehors, que le lexique définit comme « aptitude reconnue légalement à une autorité publique de faire tel ou tel acte dans des conditions déterminées », par exemple en droit l'aptitude pour un tribunal de juger une affaire ou bien les compétences obligatoires et facultatives des collectivités. Le second univers de sens place la compétence

sous l'angle d'un « savoir faire », résultat acquis et reconnu au cours d'un processus d'apprentissage et d'expérience ; acquérir par exemple la compétence d'une langue, c'est être capable de construire et de comprendre n'importe quelle phrase sur la base des systèmes grammatical et lexical de la langue intégrés par celui qui en use. (Teboul-Weber, 2007).

C'est ce second sens qui intéresse nos travaux sur les compétences psychosociales. L'observation des différents aspects conceptuels et historiques, qui part de la compétence générique pour arriver aux compétences psychosociales en particulier, est sous-tendue par l'approche constructiviste. En faisant la sociologie de la compétence professionnelle (Trépos, 1992), l'auteur rappelle que « la compétence se forge dans le temps » et que ses composantes peuvent être étudiées « du dehors » et que cette objectivation, elle-même construite par le chercheur, « *participe au débat sociétal permanent sur ce que c'est qu' « être compétent »* ».

Le débat s'attache à définir la compétence dans sa dynamique, dans sa composition, dans ses relations avec les contextes.

Philippe Zarifian, sociologue, nous la présente comme « prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté » (Zarifian, 1999). Cette définition est intéressante en ce qu'elle met en lumière un processus qui engage l'individu. Selon l'auteur, la compétence comprend trois dimensions. La première, une attitude de prise d'initiative et de responsabilité face aux situations dont l'individu ou le groupe a la charge et auxquels ils se confrontent, en visant la réussite de leur action. La seconde, des savoirs d'action qui expriment l'intelligence pratique de ces situations et s'appuient sur la mobilisation de l'expérience et de connaissances acquises en formation. La troisième et dernière, l'existence, le développement, la consolidation et la mobilisation de réseaux d'acteurs qui contribuent directement à la prise en charge des situations ou apportent un soutien.

Pour la psychosociologue Nicole Mandon, la compétence c'est « savoir mobiliser ses connaissances et qualités pour faire face à un problème donné. Autrement dit, les compétences désignent les connaissances et les qualités mises en situation » (Mandon, 1990). Cette définition rend explicite la relation entre la compétence et l'action. Une personne n'est compétente que pour quelque chose, une tâche, une fonction. La notion de compétence correspondrait à une hypothèse sur ce que les individus investissent dans les situations à gérer pour obtenir une performance. Ainsi conçue, chevauchant savoir, savoir-faire et savoir-être, la

compétence condense savoirs et connaissances, apprentissages et qualifications, aptitudes et qualités personnelles.

Avec ces deux premières approches, nous pouvons déjà faire le lien avec les compétences psychosociales. Quelque soit la compétence, elle serait la capacité de l'individu à mobiliser des savoirs d'action : connaissances, apprentissages, attitudes, qualités en vue d'un résultat. Dans le cadre de la promotion de la santé, les compétences psychosociales visent à répondre efficacement aux épreuves de la vie. La compétence est donc un processus et un résultat de mobilisation de savoirs.

Dans son modèle de l'ingénierie des compétences, Le Boterf définit la compétence comme un « savoir agir validé, dans un contexte particulier, en vue d'une finalité » (Le Boterf, 1998).

- La dimension savoir agir signifie que la compétence s'exprime dans une action ou un enchaînement d'actions. Elle n'est donc pas seulement de l'ordre du savoir-faire qui se limite à un geste professionnel. Une opération, une action peut inclure plusieurs savoir-faire. Le savoir agir signifie que face aux aléas et aux événements, face à la complexité des situations, le professionnel devra savoir non seulement exécuter en fonction du prescrit, mais il devra aussi savoir au-delà du prescrit. Ici, c'est plus le savoir innover que le savoir routinier qui caractérise le professionnel. Dans des situations inédites, il sait quoi faire, c'est-à-dire mettre en œuvre des conduites et des actes pertinents.
- La dimension contexte particulier signifie que la compétence est toujours contextualisée. C'est un savoir agir dans un champ de contraintes et de ressources techniques, humaines, financières, logistiques, temporelles,... déterminées.
- Dans la partie savoir agir validé, la compétence n'existe que si elle a fait ses preuves devant autrui. Si une personne s'auto-déclare compétente, elle devra en principe le prouver.
- Enfin, la dimension en vue d'une finalité signifie que la compétence en action est finalisée vers un but. L'action dans laquelle elle s'investit, a un

sens pour le sujet qui la met en œuvre : la compétence est guidée par une intentionnalité.

- La compétence se décrit avec des verbes d'action qui décrivent le langage commun propre à une organisation ou à un milieu donné (bassin d'emploi, secteur,...). Il existe des ensembles de verbes d'action pour caractériser des types d'activités, donc des types de compétences requises pour des métiers ou des champs professionnels.

Toujours selon Le Boterf, la dimension liée à l'image de soi joue un rôle important dans la construction des compétences. Car, c'est en fonction d'elle qu'une personne estime si la capacité à construire une compétence est à sa portée et donc va mobiliser ou non l'énergie nécessaire à cette élaboration. L'image de soi comprend alors la connaissance de soi mais aussi l'appréciation de son potentiel. Elle implique d'une part, les méta-connaissances, c'est-à-dire, les connaissances que l'individu a de ses propres ressources et compétences (connaissance de soi), d'autre part, la métacognition, c'est-à-dire, l'appréciation que l'individu a de son propre fonctionnement cognitif et l'appréciation qu'il a de sa capacité d'apprendre (apprendre à apprendre).

Cette notion d'image de soi se retrouve dans la problématique des compétences psychosociales en promotion de la santé. D'une manière générale, l'image de soi se définit comme étant la représentation mentale de la désignation de l'individu dans son unicité. En d'autres termes, cette image de soi peut être conçue comme « la représentation mentale que chacun a de sa propre personnalité », c'est-à-dire la façon dont on se voit (Honest, 1990). Selon la psychologie sociale, représentée par Georg Herbert Mead, la notion de « soi » inclut l'image externe que l'on se donne ou représente et l'évaluation que l'on s'en fait (Mead, 1934). La notion de soi, comme miroir, intègre trois éléments dans le concept de « Soi social » : 1/ image de notre présentation aux autres, 2/ conscience du jugement des autres sur soi, 3/ sentiments positifs ou négatifs qui en résultent.

Globalement, de nombreuses écoles et définitions coexistent sur la question de la compétence. Et la notion peut être abordée par ses composantes, en l'ouvrant à d'autres dimensions, en la situant dans un contexte pour la préciser, mais elle reste complexe.

## 2. « Ce dont les gens doivent être capables »

En sociologie, mais également en philosophie ou psychologie, la compétence est une notion très polémique, je ne rentre pas dans les débats académiques que ce terme suscite et vais donc regarder le point de vue de la sociologie pragmatique qui sert à mes travaux.

La sociologie pragmatique tient compte de ce que savent les personnes, de leurs conduites et de ce qu'elles peuvent faire valoir pour justifier leurs actes. Dans le « style » pragmatique pour reprendre un énoncé de Mohamed Nachi (Nachi, 2009), la compétence est l'un des cinq grands principes formant l'arrière-plan théorique de la sociologie pragmatique.

L'hypothèse de Boltanski et ses collaborateurs est que les personnes sont dotées de compétences pragmatiques qui leur permettent d'agir dans un monde commun. Le modèle des « économies de la grandeur » est présenté par Boltanski et Thévenot comme un modèle de compétence qui postule l'existence de capacités communes dont disposent les acteurs sociaux pour agir dans un « monde commun », coordonner leurs actions, les justifier, œuvrer à la formation d'accords.

Cette vision de la compétence est empruntée à la théorie de la « grammaire générative » de Noam Chomsky<sup>101</sup>, linguiste et philosophe américain, selon laquelle la compétence s'oppose à la performance.

« Nous établissons donc une distinction fondamentale entre la compétence (la connaissance que le locuteur-auditeur a de sa langue) et la performance (l'emploi effectif de la langue dans des situations concrètes). »

Cette distinction n'est pas très éloignée de celle que l'on trouve chez Ferdinand de Saussure entre la langue et la parole.

« Langue et compétence sont considérées comme dotées d'une existence virtuelle et elles s'opposent (et sont logiquement antérieures) l'une à la parole, l'autre à la

---

<sup>101</sup> Chomsky, N. (1971). Aspects de la théorie syntaxique, Seuil.



performance, conçues comme des actualisations de potentialités préalables. »  
(Nachi, 2009).

Nachi formule la théorie de Chomsky et en explicite le concept de compétence. Dans le domaine de la linguistique, la compétence sert à produire et à interpréter des énoncés. La performance recouvre donc la mise en œuvre et la réalisation de cette compétence. Mais la compétence est un « savoir-faire » quel que soit le domaine où elle s'exerce, elle fait partie de la problématique de l'action humaine et constitue le sujet comme actant. En ce sens, elle est également un « savoir » c'est à dire une connaissance implicite du contenu même de la compétence. Ce contenu de la compétence, est un « devoir-être », considéré comme un système de contraintes (ensemble de prescriptions et d'interdictions).

Chez Boltanski, la compétence n'est pas seulement grammaticale « langagière », elle doit permettre de former des arguments acceptables en justice mais également de construire des assemblages d'objets, de dispositifs dont on peut relever la justesse. La compétence est donc aussi et surtout morale (Boltanski, 1990). La conception d'une compétence morale est pour l'auteur :

*« au cœur de la construction d'un ordre d'échanges marchands entre des personnes qui doivent se montrer capables de s'abstraire de leurs particularités pour s'entendre sur des biens extérieurs dont la liste et la définition sont générales ».*

En m'appuyant sur le modèle de la compétence utile à l'économie des grandeurs développé par la sociologie pragmatique, il est intéressant d'inscrire les compétences psychosociales à deux niveaux :

1/ comme un équipement mobilisable pour traverser les situations relevant d'une cité ou d'une autre ;

2/ comme l'équipement complet que je qualifierai équipement « du parfait citoyen » pour être grand dans la cité promotion de la santé.

C'est en ce sens que je reprends le titre de la première partie de *L'amour et la justice comme compétences*, « Ce dont les gens sont capables » pour y apporter une dimension impérieuse

portée par le monde de la promotion de la santé et que je traduis par « ce dont les gens doivent être capables ».

### **3. Processus de glissement d'un champ à l'autre : travail, formation, éducation**

Dans les sociétés industrialisées, la notion de compétences émerge dès les années 1960 dans les discours portant sur la formation professionnelle continue et dans les organisations des entreprises. L'introduction de la notion de compétence dans le champ du travail porte un enjeu majeur qui va bouleverser le rapport au travail. Il s'agit de passer d'une logique « poste de travail » à une logique « compétence », ici considérée sous l'angle de la compétence professionnelle. Cette évolution est liée pour l'essentiel aux effets de la mondialisation des économies et à l'émergence de nouvelles technologies.

#### **a) Les compétences attendues dans le champ du travail**

Selon la perspective de la sociologie du travail, la compétence est le résultat des exigences toujours croissantes en termes de savoirs et savoir-faire du métier ou de la profession. Concomitamment à l'introduction des techniques et technologies nouvelles dans la sphère professionnelle, l'entreprise va travailler à sa réorganisation en termes de gestion et de production. Ces changements majeurs affectent alors les choix stratégiques des entreprises, les configurations organisationnelles et interrogent la nature du travail humain.

La compétence professionnelle va être mise en relation avec chaque activité, chaque tâche, elle est contextualisée pour se traduire par une performance exprimée en objectifs. L'entreprise définit alors ses besoins humains en termes de compétence et non plus en termes de qualification professionnelle.

Une caractéristique importante relevée dans le champ du travail est que la compétence évolue avec le temps, elle peut s'accroître, mais également se détériorer en fonction du temps. Les savoir-faire peuvent se perdre. La compétence peut être reconnue à un moment donné, mais ne plus être d'actualité, par exemple, la dactylographie supplantée par la bureautique. La

compétence est donc soumise à validation continuelle. Bien que puisse lui être accordée une dimension d'acquis et de reconnaissance stabilisés et durables, rien n'est garanti et assuré. Remettant en question diplômes et expérience, la compétence ne donne plus pour horizon au sujet qu'une instabilité permanente, qu'elle soit d'ordre technologique, économique ou sociale, nécessitant d'opérer constamment « diagnostic », « évaluation », « validation » et « bilan de compétences ». Toujours à reconquérir, la compétence requiert de l'individu adaptation, flexibilité et réactivité aux changements économiques et technologiques. Alors se développe l'image du salarié responsable, acteur de son propre destin, de sa propre employabilité. Si ce salarié est dans une position de force sur le marché du travail, sa sécurité est assurée. Mais s'il est dans la position inverse, le salarié concerné peut être précarisé, puis marginalisé.

L'introduction de la notion de responsabilité engage le salarié comme sujet social inscrit dans une relation qui exige la cohérence avec toutes les composantes de l'entreprise. Il convient donc de saisir le glissement progressif des besoins humains de l'entreprise pour répondre à l'exigence des changements économiques et technologiques : les compétences professionnelles, certes, mais encore des compétences sociales demandant au salarié de s'adapter à des formes nouvelles de relations en interne et à l'externe de l'entreprise.

Ces nouvelles compétences à acquérir, des compétences sociales comme des qualités personnelles sous-entendent une certaine autonomie, une faculté à communiquer, et un ensemble de conduites relevant du domaine de civilité ou du savoir-vivre en société.

Donc un cadre favorisant la plasticité et la fluidité des compétences, le modèle de la compétence serait un organisateur et un facteur de stabilisation sociale de la réflexivité que les individus peuvent développer, de leur travail et de leur propre compétence. Les systèmes de formation n'ont plus qu'à s'organiser autour du développement des « compétences « d'arrière-plan » qui valorisent les connaissances acquises par l'apprenant et en facilitent l'acquisition.

Il apparaît que l'interaction existant entre compétence professionnelle du salarié et responsabilité de l'individu, est une question essentielle pour appréhender les passages de la notion de compétence depuis le champ de l'entreprise vers tous les autres champs sociaux et particulièrement celui qui nous intéresse dans le champ de la promotion de la santé. La logique compétence a ainsi traversé le monde professionnel pour s'implanter dans tous les domaines du corps social : éducation, santé, citoyenneté.

A partir des années 1980, ce bouleversement va logiquement inscrire la notion de compétence au cœur des discours et des pratiques de l'éducation et de la formation initiale. À l'école comme dans l'entreprise, la compétence se saisit en situation comme la combinaison de capacités et d'aptitudes mobilisées par l'individu pour résoudre un problème donné et s'inscrit dans les registres de la maîtrise, de la performance et de l'efficacité.

La compétence est l'objet et le sujet de l'éducation, dans son acception générale, qui « conditionne le devenir-homme de *l'homme* »...*elle englobe* « la socialisation dans son sens *le plus élémentaire d'apprentissage de l'existence en société jusqu'à l'éducation dans son aspect humaniste le plus élevé, en passant par l'acquisition des savoirs et la formation à des compétences professionnelles ou à des rôles* » (Biais, 2002). Pour les auteurs, « la source dernière des problèmes auxquels nous avons affaire tient à la conversion du projet démocratique en pratiques éducatives. »

Dans une critique de la compétence à l'école, Valérie Téboul-Weber avance que, pour l'élève, de la maternelle à l'enseignement supérieur, l'Éducation nationale définit ses programmes en fonction des compétences et situations à maîtriser, et devient fournisseur d'individus réactifs, opérationnels, rodés à la gestion de l'incertain.

« Idéologiquement, on voit bien que la compétence ainsi refondée en pratique inscrit le projet politique de l'éducation dans le double registre de l'efficacité et la performance, et tend, mine de rien, à ranger au rayon des grandes illusions du passé le projet éducatif qui jadis visait à réaliser dans l'élève l'idéal des Lumières. » (Téboul-Weber, 2007).

La critique permet de retracer le fait que depuis l'Antiquité et à travers l'histoire, l'acte d'éduquer sous-tend l'idée que l'on se fait de l'homme, être individuel et être social, et sa place dans l'univers. C'est avec l'Émile que Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) définit son projet social par l'éducation. Le mouvement de « dénaturation » de l'enfant s'opère par l'éducation qui va permettre l'épanouissement de la liberté et la marche vers l'autonomie. Cette pensée reste encore aujourd'hui une référence pour la pédagogie moderne.

L'efficacité et la performance en vue d'une adaptation future dans un contexte professionnel s'affichent également dans les objectifs d'intervenants de l'éducation pour la santé, dans les points de vue relevés chez les professionnels de santé interviewés :

*« accompagner le jeune avec un problème de surpoids ou obèse pour qu'il ne soit pas en difficulté plus tard, qu'il puisse trouver du travail »*

EA 9-GR

*« [...] on ne peut pas se contenter seulement de proposer aux étudiants effectivement un accès aux soins, parce que d'abord l'accès aux soins à cet âge-là dieu merci, ils sont quand-même plutôt en bonne santé, bon il y a toujours la tranche 10/20% qui ne va pas trop trop bien mais le reste va plutôt bien, et donc c'est vraiment plus au niveau effectivement des comportements qu'il faut travailler, au niveau de préparer sa vie de citoyen, de jeune adulte, de professionnel, et je crois qu'on ne peut pas le faire si on ne met pas en place sur l'université, une vraie politique autour de l'étudiant, autour de la vie étudiante et donc la santé dans son terme large. »*

EA 17-SV

*« C'est dans un but en effet moi je trouve d'être performant. Ce qu'on essaye, enfin je pense, d'apprendre à nos enfants, de façon à ce qu'ils puissent s'adapter à la société on sait qu'aujourd'hui, au niveau du travail c'est pas facile, donc leur apprendre à travailler, à s'organiser, de façon à ce qu'ils... on va dire... on enlève une partie de stress, mais on en enlève une toute petite partie, parce que on leur met aussi... c'est dans l'éducation... de toute façon la première... pour moi en tout cas la première chose, c'est pour beaucoup c'est dans l'éducation, il faut que les parents travaillent plus sur ce phénomène de stress où en effet on doit faire prendre conscience aux enfants de ce qui les attend. »*

EA 16-CL

Dans les études sur la compétence comme relation entre l'éducation et le travail, divers groupes d'habiletés sont présentés comme recherchés par les employeurs :

- 1- Apprendre à apprendre ;
- 2- Compétence en lecture, écriture et informatique ;
- 3- Habiletés de communication : écoute et communication orale ;
- 4- Adaptabilité : pensée créative et résolution de problèmes ;
- 5- Gestion personnelle : estime de soi, motivation et détermination des objectifs, employabilité et développement de carrière ;
- 6- Efficacité du groupe : habiletés interpersonnelles, négociation, et travail d'équipe ;

## 7- Influence : efficacité organisationnelle et leadership.

Les caractéristiques essentielles communes entre les compétences professionnelles développées dans les entreprises et celles développées dans l'enseignement seraient d'après Stéphane Martineau : l'originalité, l'efficacité et l'intégration.

« *L'originalité de la compétence* signifie la capacité à sortir de la routine et d'apporter des réponses inédites ou spécifiques à des situations problématiques habituelles ou inédites. *L'efficacité de la compétence* est sa capacité à apporter des réponses permettant de mieux réaliser les objectifs poursuivis, autrement dit, les réponses qui sont utiles, pertinentes, significatives et transférables. *L'intégration* de la compétence renvoie à la capacité à trouver des solutions globalisantes aux situations problématiques ; solutions qui intègrent ou mettent en interaction tout un ensemble de savoirs, savoir-faire et savoir-être. »

Le monde économique, le management, le processus de travail semblent à la base du mouvement actuel de l'approche par compétence, cependant, même si la notion de compétence occupe une place primordiale dans le champ économique, dans les entreprises et sur le marché du travail, la compétence doit son origine au travail humain en général et à l'éducation, et le management n'a fait que la développer (Perrenoud, 2000).

Selon la psychologie du travail, le terme compétence aurait eu plusieurs points de départ dont celui de l'inefficacité des résultats scolaires et des tests d'aptitudes et d'intelligence. Ainsi, le terme compétence serait apparu il y a plus de vingt ans pour donner corps à l'idée que ni les résultats scolaires, ni les scores aux tests d'aptitude et d'intelligence ne prédisent la réussite professionnelle, voire, l'adaptation efficace aux problèmes de la vie quotidienne (McClelland, 1973). Toujours dans le champ de la psychologie du travail, les compétences sont définies comme étant des répertoires de comportements que certaines personnes maîtrisent mieux que d'autres, ce qui les rend efficaces dans une situation donnée. Ces comportements sont observables dans la réalité quotidienne du travail, et, également, dans des situations-test. Ils mettent en œuvre, de manière intégrée, des aptitudes, des traits de personnalité, des connaissances acquises. Les compétences représentent donc un trait d'union entre les caractéristiques individuelles et les qualités requises pour mener à bien des missions professionnelles précises. Diverses notions sont reliées au développement des compétences.

Les définitions suivantes permettent de distinguer la compétence des capacités, de la pratique, de la conduite et de la performance.

- **Les capacités** sont un large ensemble comprenant les connaissances, les savoirs, les savoir-faire, les ressources physiques ou mentales disponibles.
- **La compétence** est l'organisation de la réponse que la personne construit face à une situation professionnelle réelle. Le programme est dans la personne, et n'est pas accessible en tant que tel de l'extérieur. Les assemblages qui ont lieu pour construire la réponse sont individuels, ils sollicitent un nombre plus ou moins important de capacités.
- **La pratique** correspond à la structure de base de l'action. Elle a un caractère opérationnel, technique, commun, partagé avec les autres, reproductible, et qui reste identique. La pratique est dans la conduite.
- **La conduite** est individuelle, différente, adaptée à chaque situation particulière. La conduite implique la gestion événementielle de la situation, la notion de pilotage, et de choix. La conduite est structurée à partir des pratiques et de la gestion récurrente et particulière des événements.
- **La performance** est le résultat, la conséquence de l'action développée. La performance n'est lisible qu'au travers de critères : « bon », « mauvais », « meilleur » se réfèrent toujours à un ou plusieurs critères, souvent « cachés », non identifiés, bien qu'étant automatiquement utilisés. S'ils sont explicites, la lecture du résultat est facilitée. Dans le cas contraire, l'appréciation du résultat est aléatoire, soumise à autant de jugements de valeur qu'il y a d'observateurs, chacun faisant usage de ses propres critères.

Au regard de ces définitions, et particulièrement de celle de la compétence, on peut déduire que cette dernière est une réponse à une situation professionnelle donnée, sous-tendue par une conduite ou un ensemble de conduites c'est-à-dire, un ensemble de comportements. Cette réponse peut varier chez certaines personnes en fonction de la difficulté qu'elles rencontrent, ou peut être stable chez d'autres, quelle que soit la difficulté rencontrée (Martineau, 2006).

En reconsidérant la place prise aujourd'hui par la compétence en psychologie du travail et des organisations, l'analyse s'inscrit dans une perspective plus large que la simple question de l'adéquation de la personne aux activités productives. Ainsi « dans la perspective de *l'intervention, la compétence est un objet d'analyse et d'intervention qui s'inscrit dans une visée de développement. On va donc s'appuyer sur des cadres théoriques qui vont permettre de penser cette visée et de la traduire en pratiques transformatrices. Cette perspective peut emprunter à des cadres théoriques divers, par exemple, aux conceptions de l'apprentissage organisationnel ou à celles de la théorie sociale cognitive de Bandura* ». (Gilbert, 2006).

La théorie sociale cognitive de Bandura a déjà été abordée dans la première partie de nos travaux, et est un cadre théorique important et reconnu par la promotion de la santé dans le champ du développement des compétences psychosociales. Je propose de nous arrêter sur un autre cadre théorique, le coping, qui permet de montrer le passage du concept de compétence du champ travail au champ éducatif.

### **b) Les stratégies d'adaptation ou « coping »**

Dans le cadre de la gestion du stress, seront recherchées des stratégies d'adaptation que la personne pourra déployer dans les situations à affronter. Ces stratégies d'adaptation ou « coping » sont définies comme :

*« l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux constamment changeants que déploie l'individu pour gérer les exigences spécifiques internes/ou externes, évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources. »*  
(Lazarus, 1984)

Le coping est un concept qui a été étudié par rapport au monde du travail. D'ailleurs, le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman, proposé en 1984, est conçu à partir des situations de travail (Lazarus, 1984). Il permet de décrire les processus cognitifs que sont les perceptions et le vécu des situations dans la survenue de l'état de stress. Ce modèle met en avant les déterminants de l'état de stress. Selon les auteurs, ce ne sont pas les événements eux-mêmes qui déterminent l'apparition d'un état de stress (avec ses conséquences négatives sur la santé physique et mentale des individus), mais ce sont les perceptions et le vécu de ces événements. Dans le cadre d'une situation de travail, le travailleur va dans un premier temps



évaluer la situation, puis développer des stratégies d'adaptation (Figure 16 : Modèle transactionnel du stress, d'après Lazarus et Folkman, 1984.).

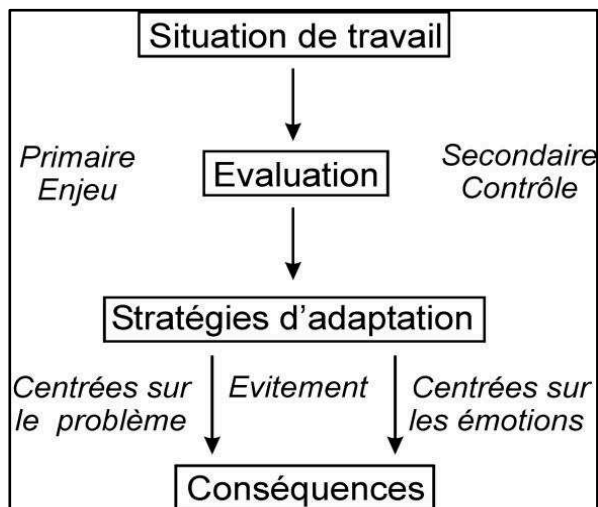


Figure 16 : Modèle transactionnel du stress, d'après Lazarus et Folkman, 1984.

Avant d'élaborer des stratégies d'adaptation, une personne évalue l'enjeu d'une situation et le contrôle qu'il peut avoir sur cette situation. L'évaluation d'une situation potentiellement stressante est ce qui représente la transaction entre la personne et la situation :

- L'évaluation de l'enjeu de la situation ne s'opère que si la personne perçoit effectivement un enjeu (une perte, une menace, un défi). Cette évaluation mesure le « stress perçu ».
- L'évaluation qui mesure le « contrôle perçu » répond à la question des ressources disponibles pour la personne face aux exigences de la situation (ressources propres, relationnelles, organisationnelles).

Deux grands types de coping sont identifiés :

- Les stratégies « actives » centrées sur la résolution du problème (problem focused coping). Les efforts produits consistent à modifier la situation pour éliminer ou réduire les sources de stress (par exemple dans le cadre du travail : mieux gérer son temps, définir des priorités, négocier des délais, solliciter de l'aide auprès de collègues...).

- Les stratégies « passives » centrées sur les émotions (emotion focused coping). Les efforts sont consentis pour éliminer ou diminuer les tensions émotionnelles engendrées par la situation (par exemple : se mettre en colère, se faire des reproches...).
- L'évitement est considéré comme faisant partie des stratégies passives de gestion du stress à disposition de l'individu.

Le coping est considéré, dans le cadre du développement des compétences psychosociales en promotion de la santé, comme « *un mécanisme explicatif des liens entre l'expérience d'événements stressants et leurs conséquences sur le bien-être psychologique et la santé physique.* » (Bruchon-Schweitzer, 2002). Le champ sportif est également interrogé sur les liens complexes entre le stress et l'adaptation psychologique aux situations de performance (Doron, 2013).

## **B. Le développement des compétences dans les systèmes éducatifs**

### **1. Naissance et évolution de la notion de compétence dans les systèmes éducatifs**

Selon Jean-Marie De Ketele, la naissance et l'évolution de la notion de compétence ont suivi un parcours en quatre étapes illustrant les différents mouvements caractéristiques des systèmes éducatifs (De Ketele, 2000). Pour cet auteur, c'est le statut de la connaissance qui a évolué jusqu'au stade des compétences et de l'approche par compétences sous la pression de différents facteurs, et qui a abouti sur la façon d'organiser les systèmes de formation. Ces mouvements sont au nombre de quatre et sont formulés comme suit :

1/ Connaître, c'est prendre connaissance des textes fondateurs et les commenter (acte relatif aux périodes de l'Antiquité, du Moyen Âge et de la Renaissance).

Cette conception du statut de la connaissance a sous-tendu la conception des programmes de l'enseignement quand les écoles se sont développées. Ce modèle s'est répandu dans le monde entier sous les régimes divers et subsiste encore sous des formes plus ou moins visibles ou latentes. De Ketele affirme que :

« Au niveau universitaire, la faculté de philosophie et lettres était la faculté de référence par excellence, car ses activités étaient centrées sur l'étude des grandes *œuvres* des philosophes et hommes de lettres, considérés à l'époque comme des « savants », c'est-à-dire des personnes possédant à un haut degré la connaissance des êtres animés et inanimés, et plus largement le sens et la finalité de la création. Les universités, et notamment les universités du monde arabe, étaient considérées comme les lieux les plus importants de la conservation et de la transmission de la culture. »

À cette phase, connaître c'est posséder la culture relative à la création.

2/ Connaître, c'est assimiler les résultats des découvertes scientifiques et technologiques. C'est considérer la connaissance en la liant aux connaissances des lois de la nature (physique, biologique et sociale) qui se sont multipliées sous l'accumulation des observations et par le développement de dispositifs d'observation: c'est la naissance de l'esprit scientifique, fait de vérification et d'expérimentation (médecine expérimentale, développement de modèles mathématiques, développement des statistiques), de formalisation d'observations et de prédiction de nouveaux phénomènes, et la découverte et le développement de l'informatique qui ont accéléré les découvertes. Dans cette deuxième phase, connaître c'est maîtriser les disciplines scientifiques.

3/ Connaître c'est démontrer sa maîtrise d'objectifs traduits en comportements observables : ce troisième mouvement est issu de la création de nouvelles technologies au service du développement économique d'un monde de plus en plus industrialisé. Le taylorisme a, pour sa part, introduit la rationalité et la rationalisation dans la gestion des processus de fabrication. De plus, une démarche plus rationnelle, basée sur de l'observable, sur ce qui est de l'ordre du comportement et non de l'intention a été introduite par le béhaviorisme. Ces deux approches, pour étudier rigoureusement les modes de fabrication ou les phénomènes humains, essaient de réduire la complexité en découpant les objectifs d'études en éléments plus simples et en séquences plus courtes observables. C'est à travers la « pédagogie par objectifs » que ces deux

mouvements ont inspiré le monde de l'éducation. Les nouveaux programmes issus de la philosophie de la pédagogie par objectifs sont construits non seulement en termes de contenu, mais aussi et surtout en termes d'objectifs visés à travers ce contenu, de performances attendues en comportements nettement observables. Des objectifs généraux sont élaborés pour chaque discipline, ensuite chaque objectif général est précisé en objectifs intermédiaires qui sont à leur tour décomposés en objectifs spécifiques et opérationnels : c'est l'arbre des objectifs à partir duquel peut se concevoir un ensemble de questions d'évaluation.

4/ Connaître c'est démontrer sa compétence. Ce mouvement est né, d'une part, de l'évolution de la machine économique, de la mise en place des mécanismes de protection sociale (syndicalisme, sécurité sociale, sûreté de l'emploi), de l'augmentation de la demande en biens et services, d'autre part, de la perte du pouvoir des États, de la prise du pouvoir par les entreprises multinationales et les firmes financières, des phénomènes de mondialisation, de globalisation, d'économie de marché, de compétitivité croissante. D'où la nécessité de former des personnes capables de fonctionner dans un climat de changement et d'adaptation perpétuels et de s'appuyer sur un nouveau concept, celui du « référentiel de compétences ».

De Ketele affirme que :

« 1/ plus le diplôme est élevé, plus le candidat au poste a des chances de s'adapter et de donner à terme satisfaction; 2/ mais par ailleurs au sortir de l'école, les diplômés sont jugés incapables d'accomplir les tâches complexes qui leur sont données, même si toutes les connaissances et techniques requises leur ont été enseignées; 3/ dans certains domaines surtout, le nombre de diplômés devenant supérieur aux besoins, la sphère de recrutement devient plus large, il est donc possible de recruter des personnes susceptibles de devenir le plus rapidement compétentes, ce que l'on trouve facilement parmi les plus diplômés (les sur-diplômés seront cependant payés à un salaire inférieur à leur diplôme).»

L'école doit alors transformer ses programmes en termes de compétences à acquérir et introduire l'apprentissage de compétences transversales dans l'enseignement général.

## **2. La compétence en éducation et en formation**

L'approche par les compétences s'est généralisée au monde de l'éducation en liaison étroite avec l'évolution du monde économique et aujourd'hui elle semble renforcée par une nouvelle notion « l'approche par le développement des savoir-être ». (De Ketele, 2000).

De Ketele dit qu'il s'agit d'une :

« approche holistique où serait première la préoccupation de développer des savoir-être pour vivre en mutation de plus en plus rapide. [...]. Le savoir-être a trait à la façon de se poser en tant que personne et désigne donc les activités par lesquelles elle manifeste non seulement sa façon d'appréhender sa propre personne (*“le concept de soi”*), *les autres, les situations en général, mais aussi* sa façon de réagir et d'agir. Le savoir-être est donc intimement lié à un système de valeurs et de représentations intériorisées qui s'est forgé au fil du temps à travers les expériences vécues dans la famille, à l'école et en contact avec l'entourage. Le savoir-être se manifeste à trois niveaux :

1/ le niveau de sélection des stimuli lui arrivant à la conscience (le même arbre est vu différemment par le poète et le bûcheron) ;

2/ le niveau des représentations, des opinions et des jugements (un habitant de Rome et celui d'un village au fin fond des Ardennes ne raisonnent pas de la même façon sur le problème des transports publics) ;

3/ le niveau de la conduite, à savoir les comportements habituels adoptés dans différentes catégories de situations (la manière dont j'entre en contact la première fois avec une personne inconnue diffère selon que je suis introverti ou extraverti, latin ou nordique...). »

L'approche par le développement de savoir-être vient compléter l'acquisition de savoirs et de savoir-faire et il passe, le plus souvent, par l'apprentissage de ces savoirs et savoir-faire. Pour De Ketele, cette approche serait incontournable parce qu'on peut déjà déceler les signes avant-coureurs de plus en plus nombreux de situations nécessitant le développement de cette approche.

Sans entrer dans les débats d'experts qu'il a suscités dès son utilisation, le terme de compétence fait aujourd'hui l'objet d'un consensus minimum sur certains points chez les pédagogues. Il est admis que les compétences se définissent avant tout dans leur rapport à l'action. Elles sont ce que les individus sont capables de mettre en œuvre (savoirs, savoir-faire, savoir être) dans une situation donnée (de travail, d'apprentissage, du quotidien...) :

c'est à dire la capacité à combiner et à intégrer ces différents savoirs. Elles ont donc pour caractéristique générale de devoir exister dans l'action.

Si l'objectif de toute éducation est de favoriser le développement de l'autonomie, le système scolaire se propose de le garantir pour tous dans une visée citoyenne. En effet, les textes de lois rappellent que :

« Tout enfant a droit à une formation scolaire qui, complétant l'action de sa famille, concourt à son éducation.

La formation scolaire favorise l'épanouissement de l'enfant, lui permet d'acquérir une culture, le prépare à la vie professionnelle et à l'exercice de ses responsabilités d'homme et de citoyen. Elle prépare à l'éducation et à la formation tout au long de la vie. Elle développe les connaissances, les compétences et la culture nécessaires à l'exercice de la citoyenneté dans la société contemporaine de l'information et de la communication. Elle favorise l'esprit d'initiative. Les familles sont associées à l'accomplissement de ces missions.

Pour favoriser l'égalité des chances, des dispositions appropriées rendent possible l'accès de chacun, en fonction de ses aptitudes et de ses besoins particuliers, aux différents types ou niveaux de la formation scolaire.

L'État garantit le respect de la personnalité de l'enfant et de l'action éducative des familles. »<sup>102</sup>

Dans le cadre des politiques nationales d'éducation, l'organisation et les résultats des enseignements sont évalués. Ces nouvelles procédures s'inscrivent dans la généralisation de la culture de l'évaluation de toute politique publique. Dans le système éducatif, l'évaluation sert à mesurer la progression de l'acquisition des compétences et des connaissances de chaque apprenant. Elle est réalisée en fonction d'objectifs de formation. Les programmes scolaires et les programmes de formation continue définissent les connaissances et les compétences qui doivent être acquises et les méthodes qui doivent être assimilées. Ces programmes constituent le cadre national au sein duquel tout enseignement d'éducation et de formation est organisé.

---

<sup>102</sup> Loi n°2013-595 du 8 juillet 2013 - art. 4.

Certaines recherches évaluent les retombées des pédagogies dites « nouvelles »<sup>103</sup> sur l'adaptation des jeunes à l'enseignement supérieur. Ainsi Shankland propose une pluralité pédagogique en réponse à l'adaptation future au monde du travail (évolutions rapides des technologies, conversions professionnelles successives). Selon l'auteur, trois catégories d'objectifs éducatifs dévolus à l'école, répondent à ces priorités pédagogiques :

- « • consolider les fondements de la personne : connaissance de soi et des autres, confiance en soi ;
- développer les potentialités de l'individu : créativité, autonomie, capacités d'adaptation, méthodes d'apprentissage, capacité d'analyse, sens critique... ;
- favoriser l'ouverture d'esprit : ouverture à la nouveauté, ouverture à l'autre, tolérance.

Ces différentes caractéristiques sont des facteurs favorisant une meilleure santé mentale personnelle et une adaptation réussie aux différentes situations rencontrées. » (Shankland, 2009).

### **3. Du concept d'éducation de base au projet d'éducation basée sur les compétences**

#### **a) L'éducation de base (*basic education*)**

Il est clair que la notion de compétence fait partie aujourd'hui de l'éducation au sens général de ce terme. L'approche par compétence a franchi les murs de l'entreprise pour pénétrer des champs sociaux plus larges. La notion de compétence et sa démocratisation ne se sont donc pas arrêtées au niveau de l'entreprise et de l'école. Les grands organismes internationaux (Banque mondiale, OCDE, UNESCO, UNICEF, PNUD...), en ont fait leur affaire aussi, puisqu'ils mentionnent dans leurs travaux, l'insuffisance, non seulement du rendement

---

<sup>103</sup> Pédagogies issues des mouvements de psychologues, médecins et pédagogues critiques face aux méthodes du système éducatif traditionnel. Par exemple : Freinet et Cousinet en France, Montessori en Italie, Steiner en Allemagne...

quantitatif, mais aussi du rendement qualitatif des systèmes éducatifs. Il convient donc de développer un curriculum basé sur l'apprentissage d'un ensemble de compétences de base (general curriculum) nécessaires à toute personne. Selon les régions, de nouvelles appellations ont vu le jour comme pour mieux s'approprier cette perspective: « basic skills », « basic competencies » pour les pays anglo-saxons; « compétences socles » (enseignement secondaire) et « objectifs d'intégration » (enseignement primaire) en Belgique; « objectifs noyaux » en Suisse; ou encore en Europe « compétences minimales », « compétences par cycles » (enseignement primaire), « compétences plancher », « socles de compétences », « compétences exigibles », « compétences nécessaires », « compétences de base ».

L'objet de l'éducation de base est précisé dans le document de l'UNESCO dès 1950<sup>104</sup> qui est rappelé dans le rapport mondial sur l'éducation 2000 « Le droit à l'éducation : Vers l'éducation pour tous, tout au long de la vie » édité par l'UNESCO :

*L'éducation de base a pour objet l'ensemble des activités humaines, mais chaque programme particulier doit porter en premier lieu sur les besoins et les problèmes les plus pressants de la collectivité intéressée. Son contenu varie donc largement selon les circonstances. On peut dire toutefois qu'elle doit comprendre en définitive :*

- *l'art de penser et de communiquer sa pensée (lire, écrire, parler, écouter, calculer) ;*
- *les techniques professionnelles (par exemple : agriculture et élevage, construction d'habitations, tissage et autres métiers utiles, ainsi que les éléments des techniques professionnelles et commerciales nécessaires au progrès économique) ;*
- *l'enseignement ménager (art culinaire, puériculture, soins aux malades) ;*
- *les techniques qui permettent l'expression personnelle dans les différents arts et métiers ;*
- *l'éducation pour la santé, grâce à l'hygiène personnelle et collective ;*
- *la connaissance et l'intelligence du milieu physique et des phénomènes naturels (science élémentaire ou pratique) ;*

---

<sup>104</sup>L'éducation de base : description et programme, p. 11-12, Paris : UNESCO, 1950.



- *la connaissance et l'intelligence du milieu humain (organisation économique et sociale, législation et institutions politiques) ;*
- *la connaissance des autres parties du monde et des peuples qui les habitent ;*
- *le développement de qualités propres à permettre aux hommes de vivre dans le monde moderne (jugement personnel, initiative, affranchissement de la crainte et de la superstition, sympathie et compréhension à l'égard des points de vue différents) ;*
- *le développement spirituel et moral ; la croyance à des valeurs morales et l'habitude d'y conformer sa conduite, ce qui inclut la critique des normes traditionnelles de conduite et leur modification pour les adapter à de nouvelles circonstances.*

Les enjeux contemporains de l'éducation générale exigent une mobilisation par-delà l'école, le but étant de donner aux individus la possibilité de développer leurs potentialités, leur personnalité et leurs aptitudes particulières. La déclaration des droits de l'Homme universalise cette finalité :

*1/ Toute personne a droit à l'éducation. L'éducation doit être gratuite, au moins en ce qui concerne l'enseignement élémentaire et fondamental. L'enseignement élémentaire est obligatoire. L'enseignement technique et professionnel doit être généralisé ; l'accès aux études supérieures doit être ouvert en pleine égalité à tous en fonction de leur mérite.*

*2/ L'éducation doit viser au plein épanouissement de la personnalité humaine et au renforcement du respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Elle doit favoriser la compréhension, la tolérance et l'amitié entre toutes les nations et tous les groupes raciaux ou religieux, ainsi que le développement des activités des Nations Unies pour le maintien de la paix.*

*3/ Les parents ont, par priorité, le droit de choisir le genre d'éducation à donner à leurs enfants.<sup>105</sup>*

---

<sup>105</sup> Le droit à l'éducation : article 26 - Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée et proclamée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 10 décembre 1948.

Le concept d'éducation de base (basic education) ne traduit pas seulement une vision élargie de l'enseignement élémentaire et fondamental : il va désormais au-delà de la simple réponse aux besoins éducatifs fondamentaux, puisque la Déclaration adoptée par la Conférence mondiale sur l'éducation pour tous en 1990 proclame que l'éducation fondamentale ou éducation de base est l'assise d'une formation permanente :

1/ Toute personne- enfant, adolescent ou adulte- *doit pouvoir bénéficier d'une formation conçue pour répondre à ses besoins éducatifs fondamentaux. Ces besoins concernent aussi bien les outils d'apprentissage essentiels (lecture, écriture, expression orale, calcul, résolution de problèmes) que les contenus éducatifs fondamentaux (connaissances, aptitudes, valeurs, attitudes) dont l'être humain a besoin pour survivre, pour développer toutes ses facultés, pour vivre et travailler dans la dignité, pour participer pleinement au développement, pour améliorer la qualité de son existence, pour prendre des décisions éclairées et pour continuer à apprendre. Le champ des besoins éducatifs fondamentaux et la manière dont il convient d'y répondre varient selon les pays et les cultures et évoluent inévitablement au fil du temps.*

2/ En pourvoyant à ces besoins, on confère aux membres de toute société la capacité- ainsi que la responsabilité correspondante- de respecter et faire fructifier leur patrimoine culturel, linguistique et spirituel commun, de promouvoir *l'éducation d'autrui*, de défendre la cause de la justice sociale, de protéger *l'environnement*, de se montrer tolérants envers les systèmes sociaux, politiques ou religieux différents du leur, en veillant à ce que les valeurs humanistes *communément admises et les droits de l'homme soient sauvegardés, et d'œuvrer pour la paix et la solidarité internationales dans un monde caractérisé par l'interdépendance.*

3/ *Un autre but, non moins fondamental, du développement de l'éducation est la transmission et l'enrichissement des valeurs culturelles et morales communes. C'est en elles que l'individu et la société trouvent leur identité et leur valeur.*

4/ *L'éducation fondamentale n'est pas seulement une fin en soi. Elle est l'assise d'une formation permanente et d'un développement de l'être humain, sur laquelle*

*les pays peuvent édifier de façon systématique d'autres niveaux et d'autres types d'éducation et de formation. »<sup>106</sup>*

Le projet humaniste ici déclaré par les grandes organisations internationales repose sur le développement de compétences (objectif) au travers d'une formation et d'une éducation permanente (méthode) en cohérence avec les cultures (contexte). Le développement de compétences ou l'éducation basée sur les compétences (*competency-based education*) serait donc une des stratégies qui permettrait de répondre aux besoins éducatifs fondamentaux de l'individu et de la société (identité et valeur) en vue d'assurer un développement humain optimal. Dans le champ de la promotion de la santé, les compétences psychosociales intégrées à l'éducation pour la santé pourraient donc être une des ressources contribuant à l'atteinte du but supérieur de développement de l'être humain.

#### **b) L'éducation basée sur les compétences (*competency-based education*)**

L'éducation basée sur les compétences a été discutée dans un ouvrage collectif coordonné par Ruth Nickse (Nickse, 1981) qui met l'accent sur les résultats de l'apprentissage plutôt que sur le processus même d'apprentissage. Dans le premier chapitre de cet ouvrage, les auteurs, exposent quatre principes de base déterminant l'expression et le développement des compétences. Ces principes sont résumés ici :

**La compétence est interne et externe, situationnelle et personnelle :** cela signifie que les niveaux et les qualités de la compétence dépendent des situations et des contextes. Autrement dit, des contextes particuliers et des situations particulières interagissent avec les prédispositions et les capacités particulières de la personne concernée. Autrement dit, c'est la situation ou le contexte qui influence beaucoup plus la manière de penser que les processus cognitifs appliqués.

---

<sup>106</sup> Déclaration mondiale sur l'éducation pour tous (Jomtien, 1990), Déclaration universelle des droits de l'homme, Convention relative aux droits de l'enfant (ONU, 1989).

**Développer une compétence requiert des styles d'apprentissage différents :** Développer une habileté de haut niveau nécessite plusieurs stratégies d'apprentissage. Il en est de même pour le maintien et l'enrichissement des habiletés. Le processus par lequel une personne apprend constitue l'élément fondamental, la force de son apprentissage, de son développement personnel et de sa croissance.

**La compétence elle-même est une source de motivation :** Ce principe concerne la force de motivation de la compétence elle-même. Il signifie que la compétence est un macro concept plus large que n'importe quelle collection d'unités de savoir-faire, de savoirs et de savoir-être. Il implique des interactions complexes entre les trois types de savoirs, fortement influencées par les styles d'apprentissage et les facteurs de motivation. Par conséquent, la compétence et l'éducation basée sur la compétence sont destinées aux carrières, pour le travail et non pour le job.

Les auteurs poursuivent leur analyse de la compétence en présentant huit niveaux d'habiletés. Ces notions nous intéressent car elles rejoignent les compétences psychosociales qui sont travaillées dans le cadre de la promotion de la santé.

1/ Les habiletés de survie ou de vie sont celles qui permettent à un individu de résoudre les problèmes qu'il rencontre quotidiennement dans la vie, de répondre à ses besoins physiologiques, nécessaires pour la sauvegarde de l'intégrité physique, essentiels à sa survie (s'alimenter, respirer...).

2/ Les habiletés de base sont de savoir lire, écrire et compter, et en tant que telles ne sont pas essentielles à la survie de l'être humain. Néanmoins ce sont celles qui permettent à l'individu de devenir un citoyen fonctionnel et bien préparé à jouer des rôles variés dans la société.

3/ Les habiletés psychomoteurs sont nécessaires pour acquérir les habiletés de base, et sont aussi, dans certains contextes, indispensables à la survie : coordination, force, résistance, réactions rapides pour se dégager devant un danger ou précision et dextérité pour manipuler des outils dangereux.

4/ Les habiletés professionnelles permettent d'accéder à une profession, d'exercer un métier. Le succès professionnel est possible dans certains domaines sans la présence d'habiletés de base. Mais, les habiletés professionnelles de l'individu requièrent une croissance continue de ses habiletés de base dès lors qu'est envisagée une montée en responsabilités.

5/ La compétence intellectuelle et la compétence interpersonnelle sont deux compétences interdépendantes au plan fonctionnel et constituent les deux parties d'un même niveau ou d'une même base de compétences. Le succès professionnel, une citoyenneté efficace, de bonnes relations familiales sont des situations dont la réussite dépend fortement à la fois de la compétence intellectuelle et de la compétence interpersonnelle. Donc, le développement d'une de ces compétences dépend du développement de l'autre.

La compétence intellectuelle est une large base qui permet une large construction de charpentes conceptuelles. La taxonomie de Bloom (1956) sur les objectifs d'apprentissage (connaissance, compréhension, application, analyse, synthèse et évaluation) et d'autres taxonomies explique les étapes de développement de ce type de compétence.

Pour les auteurs, toute interaction avec une autre personne peut être considérée comme étant un aspect de la compétence interpersonnelle. Les actes dirigés vers une personne quelconque sont intentés, consciemment ou inconsciemment, dans le but de produire un certain effet, et l'étendue de cet effet peut être prise comme mesure de la compétence interpersonnelle. La compétence sociale est définie comme la satisfaction mutuelle et productrice des interactions entre individus. Ce genre d'interactions développe et accentue l'habileté de la compétence interpersonnelle qui est de comprendre le rôle de l'autre et d'avoir des stratégies variées et disponibles pour apporter des réponses appropriées aux questions que l'on se pose ou aux problèmes qu'on rencontre. Cependant, la capacité à utiliser ces habiletés peut être inhibée par plusieurs facteurs tels qu'une estime de soi faible. L'interdépendance entre la compétence intellectuelle et la compétence interpersonnelle mène directement à l'auto objectivation et l'auto évaluation.

6/ L'auto-objectivation, l'auto-évaluation et tendance à apprendre. Le développement continu des habiletés de survie, habiletés de base, habiletés professionnelles, compétence intellectuelle et compétence interpersonnelle, dépend de la capacité d'objectiver et de décrire ses propres intentions, d'analyser et d'évaluer ses forces et ses faiblesses et d'apprendre en réaction au diagnostic obtenu.

7/ L'auto objectivation, l'auto évaluation et la tendance à apprendre dépendent fortement de la confiance en soi, ou de ce que les auteurs appellent le sens de la compétence. Autrement dit, la compétence d'un organisme vivant est sa forme physique ou sa capacité à résister aux difficultés relatives à l'environnement, capacité résultant de son maintien, de sa croissance et

de sa prospérité personnelles. La confiance en soi signifie selon les auteurs l'assurance qu'une personne peut travailler efficacement avec d'autres; l'assurance que les habiletés de jugement et de prise de décision d'une personne sont bonnes; l'assurance que l'on peut résoudre des problèmes non prévus et prendre des actions correctives efficaces quand c'est nécessaire; l'assurance que l'on peut trouver ou inventer l'information dont on a besoin; l'assurance que l'on peut changer le modèle de sa connaissance, de ses habiletés et de ses attitudes selon le besoin; et l'assurance que l'on peut amener d'autres personnes à libérer leurs énergies pour poursuivre efficacement des objectifs importants, que l'on peut les amener à mieux faire leur travail et à y mettre du leur. Cependant, le sens des compétences est en partie fonction des compétences réelles de chacun.

Par conséquent, le développement d'une part, des habiletés psychomoteurs, de base et de survie, d'autre part, des compétences intellectuelles, interpersonnelles, professionnelles, est important car le niveau de productivité et d'efficacité réalisées variera grandement en fonction du sens de compétence qui se cache derrière cette productivité et cette efficacité.

8/ Le développement de l'Ego et l'auto-détermination constituent les compétences les plus complexes et les plus difficiles à acquérir. C'est le développement des compétences inférieures qui conduit au développement de l'Ego et à l'auto détermination. Ce dernier niveau de développement de compétences est en rapport avec le manque de détermination, la gestion des émotions et un grand sens des valeurs et de l'identité, et est fondé sur le biologique.

Alors que le développement de l'Ego est relatif au développement de l'intuition profonde, l'autodétermination est le développement de l'esprit d'analyse et de l'esprit critique, qui permettent d'évaluer les différents angles d'une controverse et de se positionner de manière prudente. L'autodétermination permet l'élargissement de la maîtrise de soi et des négociations qu'en tant qu'individu, l'on devrait avoir à faire avec la collectivité. Le développement de la maîtrise de soi signifie l'acquisition d'une source de pouvoir dans une société complexe et rapidement changeante.

Certaines notions qui caractérisent l'expression et le développement des compétences dans le cadre d'une éducation basée sur les compétences rejoignent celles qui composent l'éventail des compétences psychosociales attachées à la promotion de la santé. L'éducation basée sur la compétence est une stratégie d'apprentissage qui assume différentes formes selon les programmes dans différents contextes. Une des formes possibles est l'éducation pour la santé

qui travaille prioritairement au développement de compétences cognitives, psychologiques et sociales autour des savoirs, savoir-faire et savoir-être.

#### **4. Des compétences psychologiques associées aux compétences sociales ?**

- Compétences psychologiques

Comme nous l'avons vu, en référence aux théories psychocognitives, la notion de compétence relevant du développement psychologique recouvre la mobilisation par l'individu d'un ensemble de savoirs et d'habiletés cognitives qui permettent de comprendre, traiter, juger des informations pour faire des choix, prendre des décisions et, agir soit adopter un comportement en conséquence et en cohérence. Le niveau de savoirs et les habiletés cognitives acquises sont dépendants des fonctions cognitives propres à l'individu et développées par l'apprentissage et l'expérience.

Diverses fonctions cognitives (fonction intellectuelle, fonction exécutive, motricité, langage, mémoire, attention, perception), vont permettre notamment la compréhension, la connaissance, le raisonnement et la conceptualisation, la perception de l'environnement, la communication, l'exécution de tâches mais également la gestion des émotions ou la maîtrise de son affectivité.

En complément, les travaux actuels en psychologie sociale s'intéressent à la notion de « motivation » non plus seulement comme déterminant des compétences et par là-même du comportement mais également comme norme sociale dans une perspective de management par la motivation (François 2004). La motivation a été étudiée par les psychologues américains Edward L. Deci et Richard M. Ryan dans le cadre d'une théorie de l'autodétermination (Deci, 2000). Cette théorie distingue plusieurs types de motivation (intrinsèque, extrinsèque et amotivation).

1/ La motivation intrinsèque (MI) se manifeste lorsqu'une activité est réalisée pour le plaisir et la satisfaction qu'elle procure. Trois formes de MI sont actuellement distinguées :

- Une MI aux stimulations dans laquelle l'individu est motivé grâce aux sensations fortes qu'il éprouve dans la réalisation de son activité (ex : le sportif)
- Une MI à la connaissance, dans laquelle l'individu effectue ses activités pour le plaisir d'apprendre de nouvelles choses (ex : le chercheur)
- Enfin, une MI à l'accomplissement, dans laquelle l'individu a le sentiment de relever des défis (ex : le sportif).

La motivation intrinsèque correspond donc à un degré élevé d'autodétermination, car elle fait appel à des comportements émis librement et par plaisir.

2/ La motivation extrinsèque (ME) intervient dans les situations où le comportement répond à des objectifs instrumentaux (obtenir une récompense ou éviter une sanction, par exemple). Il existe différentes formes de ME :

- La régulation externe. Le comportement dépend de récompenses matérielles ou de sanctions placées sous le contrôle d'autrui. (un étudiant va en travaux dirigés, car l'enseignant fait systématiquement l'appel. L'étudiant ne se perçoit pas comme le déterminant de son propre comportement). Ici l'autodétermination est tout à fait réduite puisque des pressions extérieures sont directement à la base des comportements.
- La régulation introjectée. L'individu intériorise les contraintes qui étaient, à l'origine, externes. On a donc un début d'internalisation des pressions externes, sans que l'on puisse parler d'autodétermination (l'étudiant se sent coupable de ne pas assister à ses travaux dirigés).
- La régulation par identification. Dans cette situation, le comportement devient valorisé par l'individu et il le perçoit comme choisi.

3/ L'amotivation se manifeste dans les situations où l'individu n'établit aucune relation entre ses comportements et les résultats qu'il obtient. Il suppose, alors, que ses comportements résultent de facteurs indépendants de sa volonté. L'individu n'est pas motivé et se trouve dans un état de résignation. Elle correspond à une absence de motivation.



Le repérage des facteurs susceptibles de susciter la motivation intrinsèque est donc essentiel. Dans cette perspective, Deci et Ryan élabore la théorie de l'évaluation cognitive selon laquelle trois besoins psychologiques, présumés innés (plutôt qu'appris) et universels, sont à la base de la motivation et de l'intégration de la personnalité.

Ces besoins psychologiques fondamentaux dont la satisfaction est nécessaire au bien-être, au développement et au fonctionnement sain et optimal sont :

- 1/ L'autonomie comme besoin de se sentir à l'origine ou à la source de ses actions ;
- 2/ La compétence comme besoin de se sentir efficace et capable d'effectuer des tâches de différents niveaux de difficulté ;
- 3/ L'appartenance sociale comme besoin de se sentir connecté et supporté par d'autres personnes.

Les conditions qui soutiennent l'expérience d'autonomie, de compétence et d'appartenance favorisent les meilleures formes de motivation et d'engagement dans des activités, ce qui conduit à de meilleures performances, une plus grande persévérance et plus de créativité. À l'inverse, si un de ces trois besoins n'est pas comblé dans un contexte donné, la santé psychologique en souffre et la croissance personnelle est entravée.

Le sentiment d'être contrôlé de l'extérieur ou d'être inefficace compromet la motivation intrinsèque et amène à être contrôlé par des critères externes tels que la récompense ou l'approbation d'un proche.

Par ailleurs, un développement personnel est favorisé par l'intégration et l'internalisation d'idées et de comportements qui étaient à l'origine motivés par des forces extérieures, ou par l'acceptation et la valorisation de comportements initialement accomplis pour des raisons externes. Mais, selon la théorie de l'autodétermination, cela ne peut se produire que si les trois besoins de base sont rencontrés.

- Compétences sociales

Dans la perspective des théories sociocognitives, la notion de compétence sociale sert à désigner les effets produits par la mise en acte de la capacité à l'interaction sociale de l'individu.

Dans une revue de la littérature sur trente années de recherches, les travaux semblent s'accorder sur une définition générale de la compétence sociale (Rose-Krasnor, 1997) :

« Social competence is defined as effectiveness in social interaction.»

Dans tous ces travaux sur la compétence sociale, quatre types d'approches ressortent : une première approche par les aptitudes sociales (social skills), une seconde par le degré de statut social (sociometric status), une troisième par les relations effectives (relationships), et enfin une quatrième par les résultats produits dans l'interaction sociale (functional outcomes).

Parmi ces nombreuses définitions, je retiens la définition générique et opérationnelle proposée par Rubin et Rose-Krasnor selon laquelle la compétence sociale est considérée comme la capacité à poursuivre des buts personnels dans l'interaction sociale tout en maintenant des relations positives avec les autres à travers le temps et à travers les situations vécues (Rubin, 1992). La personne est ici envisagée d'une part pour elle-même par la satisfaction de ce qu'elle souhaite et d'autre part pour ce qu'elle développe comme relations positives avec autrui, et ceci dans un continuum de temps et de contexte. D'un point de vue opérationnel, la compétence sociale se manifeste par trois niveaux principaux. Le premier correspond au traitement de l'information sociale qui repose sur des fonctions cognitives et représentationnelles. Le deuxième niveau correspond aux comportements émis lors d'interactions sociales. Le troisième niveau concerne les relations sociales qui se tissent au fil du temps et qui induisent une perception du soi social par soi-même et une perception de la part d'autrui.

Plus récemment, la notion de compétence sociale, au sens de l'affirmation d'une efficacité dans l'interaction sociale, est reconsidérée à l'aulne des normes sociales actualisées, ainsi elle ne recouvre pas seulement les effets des relations entre soi et l'autre comme pair, mais elle intègre la notion de responsabilité dans un contexte plus large et plus politique, celui de la citoyenneté. Aussi, la compétence sociale reste décrite par ses deux dimensions génériques

d'interaction sociale reposant sur le soi (l'individu) et l'autre (le groupe, le pair) mais recouvre une troisième dimension le citoyen (le soi et l'autre en responsabilité). Il s'agit donc de la capacité 1/ à établir des relations interpersonnelles positives et saines et de résoudre des conflits interpersonnels, 2/ à développer une identité individuelle ainsi qu'une identité collective, et 3/ à orienter son action pour être un citoyen responsable dans sa société et un citoyen attentif dans le monde.

«The ability to build positive and healthy interpersonal relationships and to resolve interpersonal conflicts, (b) the development of a clear self-identity in general, and a group or collective identity (e.g., national identity) in particular, and (c) the *orientation to be a responsible citizen in one's society and a caring citizen in the world..* »(Ma, 2012).

## **II. Les compétences psychosociales : dispositif de progression dans la cité**

### **A. *Visibilité et notoriété des expressions combinées***

#### **1. Résultats des bases de données**

A partir des regroupements de mots-clés effectués pour cibler les travaux les plus pertinents utiles à ma recherche, la recherche interroge six bases de données dans les domaines de la santé, la santé publique, les sciences humaines et sociales.

Les résultats présentés montrent le nombre de fois où le mot-clé est visible et peut-être désigné dans l'un ou l'autre des champs : dans le titre, le résumé, la bibliographie, le texte, les mots-clés du document :

Résultats dans tous les champs	PubMedHealth	Cairn.info	Persée	BDSP	Reves.org
Compétences psychosociales	38	642	418	55	663
Life skills	562	1150	1116	100	1955

**Tableau 11 : Nombre de références bibliographiques sur les mots-clés « compétences psychosociales » et « life skills »**

Un affinage de ces résultats est opéré sur les bases de données, par les trois champs significatifs dans lesquels apparaissent les mots-clés : titre, résumé et bibliographie :

Mots clés	Par champ	Cairn.info	Persée	BDSP	Reves.org
Compétences psychosociales	Titre	0	0	4	0
Compétences psychosociales	Résumé	3	/	/	2
Compétences psychosociales	Bibliographie	4	/	/	49
Life skills	Titre	0	0	21	0
Life skills	Résumé	2	/	/	41
Life skills	Bibliographie	12	/	/	97

**Tableau 12 : Nombre de références bibliographiques sur les mots clés « compétences psychosociales » et « life skills » par champ (titre, résumé, bibliographie).**

La base de données Pubmed Health ne permet pas d'affiner par les champs qui m'intéressent. La recherche avancée de Persée propose le champ du titre mais pas les champs du résumé et de la bibliographie. De plus, la recherche sur le titre ne donne aucun résultat.

Résultats dans tous les champs	PubMedHealth	Cairn.info	Persée	BDSP	Reves.org
« Promotion de la santé » et « compétences psychosociales »	4	162	65	17	321
« health promotion », et « life skills »	74	137	8	15	452

**Tableau 13 : Nombre de références bibliographiques sur le croisement des mots clés « promotion de la santé » avec « compétences psychosociales » et « health promotion » avec « life skills ».**

Mots clés	Par champ	Cairn.info	Persée	BDSP	Reves.org
-----------	-----------	------------	--------	------	-----------

Promotion de la santé et compétences psychosociales	Titre	0	0	0	0
Promotion de la santé et compétences psychosociales	Résumé	1	/	/	0
Promotion de la santé et compétences psychosociales	Bibliographie	1	/	/	2
Health promotion et life skills	Titre	0	0	0	0
Health promotion et life skills	Résumé	0	/	/	1
Health promotion et life skills	Bibliographie	1	/	/	0

**Tableau 14 : Nombre de références bibliographiques sur le croisement des mots clés « promotion de la santé » avec « compétences psychosociales » et « health promotion » avec « life skills » par champ (titre, résumé, bibliographie).**

La recherche ramène 569 documents pour les termes en français et 686 pour les termes en anglais. En affinant sur les trois champs, titre, résumé et bibliographie, la recherche ramène seulement 5 documents. La perte est importante.

A première vue, cet état de la littérature dans le domaine des compétences psychosociales en promotion de la santé semble laisser croire que peu de travaux sont menés.

Après exploitation des documents disponibles, il apparaît que le thème des compétences psychosociales en promotion de la santé n'est que très rarement étudié en soi. Hormis dans les travaux publiés dans le cadre des organisations internationales de promotion de la santé (OMS et satellites) ou autres institutions et portant sur des grandes généralités (principes, définitions, modèles), ce thème est traité de manière très spécifique sur un point de méthode et en se trouvant rattaché à un domaine précis de prévention.

La revue de la littérature est alors foisonnante d'exemples de programmes dits de promotion de la santé visant le développement des compétences psychosociales et portant sur :

- une stratégie (éducation pour la santé, action sur l'environnement, formation...),
- un point d'évaluation (processus, acquisition de connaissances...),

- une compétence particulière (estime de soi, résistance à la pression du groupe, gestion du stress...),

associés à :

- un thème (drogue, tabac, sexualité...),
- une population (adolescents, famille, femmes...),
- ou un milieu de vie (école, prison, quartier....).

## 2. C'est quoi les compétences psychosociales ?

Comme décrit dans les chapitres précédents, la promotion de la santé fondée sur le développement des compétences psychosociales s'appuie sur diverses stratégies déployées auprès des personnes ou des groupes de populations : l'éducation pour la santé, l'éducation thérapeutique du patient, la démarche de santé communautaire... Ces stratégies visent à créer ou à maintenir des styles de vie sains et des conditions favorables au développement de la connaissance, des attitudes, et particulièrement des compétences psychosociales.

L'OMS distingue « psychosocial competence » et « life skills » qui se traduit littéralement par « qualifications pour la vie ».

Dans l'introduction « to life skills for psychosocial competence » du document guide pour « Life skills education for children and adolescents in schools »(WHO, 1993b), les auteurs expliquent que parmi toutes les « qualifications pour la vie », innombrables et susceptibles de varier selon les cultures et les contextes, il existe un noyau essentiel à prendre en compte dans un cadre de promotion de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents.

Ces « aptitudes de vie essentielles » forment un ensemble de « psychosocial compétence » utiles quand les questions relatives à la santé sont liées au comportement.

Life skills are abilities for adaptive and positive behaviour that enable individuals to deal effectively with the demands and challenges of everyday life. Described in this way, skills that can be said to be life skills are innumerable, and the nature and definition of life skills are likely to differ across cultures and settings. However,

analysis of the life skills field suggests that there is a core set of skills that are at the heart of skills-based initiatives for the promotion of the health and well-being of children and adolescents. These are listed below:

- *Decision making*
- *Problem solving*
- *Creative thinking*
- *Critical thinking*
- *Effective communication*
- *Interpersonal relationship skills*
- *Self-awareness*
- *Empathy*
- *Coping with emotions*
- *Coping with stress*

A partir de ce postulat, l'OMS va définir les dix aptitudes essentielles composant la « psychosocial competence » pour la promotion de la santé. Afin de désigner ces dix aptitudes essentielles, la traduction en français admettra le pluriel pour « les compétences psychosociales » :

« Psychosocial competence is a person's ability to deal effectively with the demands and challenges of everyday life. It is a person's ability to maintain a state of mental well-being and to demonstrate this in adaptive and positive behaviour while interacting with others, his/her culture and environment. Psychosocial competence has an important role to play in the promotion of health in its broadest sense; in terms of physical, mental and social well-being. In particular, where health problems are related to behaviour, and where the behaviour is related to an inability to deal effectively with stresses and pressures in life, the enhancement of psychosocial competence could make an important contribution. This is especially important for health promotion at a time when behaviour is more and more implicated as the source of health problems. The most direct interventions for the promotion of psychosocial competence are those which enhance the person's coping resources, and personal and social competencies. In school-based programmes for children and adolescents, this can be done by the teaching of life skills in a supportive learning environment.»

La traduction qui se retrouve dans toutes les parutions d'ouvrages et d'articles est :

« Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adaptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large, en termes de bien-être physique, mental et social. Plus particulièrement quand les problèmes de santé sont liés à un comportement, et quand le comportement est lié à une incapacité à répondre efficacement au stress et aux pressions de la vie, l'amélioration de la compétence psychosociale pourrait être un élément important dans la promotion de la santé et du bien-être, puisque les comportements sont de plus en plus impliqués dans l'origine des problèmes de santé. »

La liste des dix « aptitudes de vie essentielles » établies et appelées désormais, dans le vocabulaire des initiés de la promotion de la santé, dans les pays francophones, compétences psychosociales, aurait « valeur transculturelle ».

### 3. Typologie et classement

Dans un premier temps, l'OMS développe son argumentaire autour des dix compétences identifiées comme nécessaires à la promotion de la santé.

Life skills		compétences psychosociales	
Decision making	Decision making helps us to deal constructively with decisions about our lives. This can have consequences for health if young people actively make decisions about their actions in relation to health by assessing the different options, and what effects different decisions may have.	Savoir prendre des décisions	Apprendre à prendre des décisions nous aide à les prendre de façon constructive. Cela peut avoir des conséquences favorables sur la santé, si les décisions sont prises de façon active, en évaluant les différentes options et les effets de chacune d'entre-elles.
Problem solving	Similarly, problem solving enables us to deal constructively with problems in our lives. Significant problems that are left unresolved can cause mental stress and give rise to accompanying physical strain.	Savoir résoudre les problèmes	Apprendre à résoudre les problèmes nous aide à faire face à ceux que nous rencontrerons inévitablement tout au long de notre vie. Des problèmes personnels importants, laissés sans solution, peuvent à la longue maintenir un stress mental et entraîner une fatigue physique.



Creative thinking	Creative thinking contributes to both decision making and problem solving by enabling us to explore the available alternatives and various consequences of our actions or on-action. It helps us to look beyond our direct experience, and even if no problem is identified, or no decision is to be made, creative thinking can help us to respond adaptively and with flexibility to the situations of our daily lives.	Avoir une pensée créatrice	La pensée créative contribue à la fois à la prise de décision et à la résolution de problèmes en nous permettant d'explorer les alternatives possibles et les diverses conséquences de nos actions ou de notre refus d'action. Cela nous aide à regarder au delà de nos propres expériences. La pensée créative peut nous aider à répondre de façon adaptative et avec souplesse aux situations de la vie quotidienne.
Critical thinking	Critical thinking is an ability to analyze information and experiences in an objective manner. Critical thinking can contribute to health by helping us to recognize and assess the factors that influence attitudes and behaviour, such as values, peer pressure, and the media.	Avoir une pensée critique	La pensée critique est la capacité à analyser les informations et les expériences de façon objective. Elle peut contribuer à la santé en nous aidant à reconnaître et à évaluer les facteurs qui influencent nos attitudes et nos comportements, comme les pressions de nos pairs et les médias.
Effective communication	Effective communication means that we are able to express ourselves, both verbally and non-verbally, in ways that are appropriate to our cultures and situations. This means being able to express opinions and desires, but also needs and fears. And it may mean being able to ask for advice and help in a time of need.	Savoir communiquer efficacement -	La communication efficace signifie que nous soyons capables de nous exprimer à la fois verbalement et non verbalement, de façon appropriée à notre culture et aux situations. Cela peut signifier être capable d'exprimer nos opinions et nos désirs, mais aussi nos besoins et nos craintes. Cela peut également signifier être capable de demander des conseils quand cela s'avère nécessaire.
Interpersonal relationship skills	Interpersonal relationship skills help us to relate in positive ways with the people we interact with. This may mean being able to make and keep friendly relationships, which can be of great importance to our mental and social well-being. It may mean keeping good relations with family members, which are an important source of social support. It may also mean being able to end relationships constructively.	Être habile dans les relations interpersonnelles	Les aptitudes relationnelles nous aident à établir des rapports de façon positive avec les gens que nous côtoyons. Cela signifie être capable de lier et de conserver des relations amicales, ce qui peut être d'une grande importance pour notre bien-être social et mental. Cela signifie également garder de bonnes relations avec les membres de notre famille, source importante de soutien social. Il s'agit aussi de savoir interrompre des relations d'une manière constructive.
Self-awareness	Self-awareness includes our recognition of ourselves, of our character, of our strengths and weaknesses, desires and dislikes. Developing self-awareness can help us to recognize when we are stressed or feel under pressure. It is also often a prerequisite for effective communication and interpersonal relations, as well as for developing empathy for others.	Avoir conscience de soi	Avoir conscience de soi-même c'est se connaître, connaître son propre caractère, ses forces et ses faiblesses, ses désirs et ses aversions. Cela nous aide à reconnaître les situations dans lesquelles nous sommes stressés ou sous pression. Se connaître participe également à une communication efficace, aux relations interpersonnelles constructives et à l'expression de l'empathie envers les autres.

Empathy	Empathy is the ability to imagine what life is like for another person, even in a situation that we may not be familiar with. Empathy can help us to understand and accept others who may be very different from ourselves, which can improve social interactions, for example, in situations of ethnic or cultural diversity. Empathy can also help to encourage nurturing behaviour towards people in need of care and assistance, or tolerance, as is the case with AIDS sufferers, or people with mental disorders, who may be stigmatized and ostracized by the very people they depend upon for support.	Avoir de l'empathie pour les autres	Avoir de l'empathie pour les autres signifie qu'il s'agit d'imaginer ce que la vie peut être pour une autre personne même, dans une situation familière. Cela peut nous aider à comprendre et à accepter les autres qui sont différents de nous et à améliorer nos relations sociales, par exemple dans le cas de diversité ethnique ou culturelle. L'empathie peut également aider à renforcer un comportement d'aide et de soin envers des personnes, ou de tolérance, par exemple pour les malades du SIDA, ou les personnes avec des troubles mentaux, qui peuvent être stigmatisés et exclus par ceux-là même qui doivent apporter un soutien.
Coping with emotions	Coping with emotions involves recognizing emotions in ourselves and others, being aware of how emotions influence behaviour, and being able to respond to emotions appropriately. Intense emotions, like anger or sorrow can have negative effects on our health if we do not react appropriately.	Savoir gérer son stress	Pour faire face aux émotions, il faut savoir reconnaître les siennes et celles des autres. Il faut être conscient de leur influence sur les comportements et savoir quelles réactions adopter. Les émotions intenses comme la colère ou la tristesse peuvent avoir des effets négatifs sur notre santé si nous ne réagissons pas de façon appropriée.
Coping with stress	Coping with stress is about recognising the sources of stress in our lives, recognizing how this affects us, and acting in ways that help to control our levels of stress. This may mean that we take action to reduce the sources of stress, for example, by making changes to our physical environment or lifestyle. Or it may mean learning how to relax, so that tensions created by unavoidable stress do not give rise to health problems.	Savoir gérer ses émotions	Faire face à son stress suppose d'en reconnaître les sources et les effets et de savoir en contrôler le niveau. Nous pouvons alors agir de façon à réduire les sources de stress, par exemple, en modifiant notre environnement physique ou notre style de vie. Nous pouvons également apprendre à nous relaxer pour que les tensions créées par un stress inévitable ne donnent pas naissance à des problèmes de santé.

Une modalité de présentation des compétences psychosociales par couples est également proposée par l'OMS. Cet agencement en cinq principaux groupes permet de conceptualiser le rôle des compétences psychosociales dans le cadre de la promotion de la santé.

Decision making/ Problem solving	Creative thinking/ Critical thinking	Communication/ Interpersonal relationships	self-awareness/ Empathy	Coping with emotions / stress
Savoir prendre des décisions/ savoir résoudre les problèmes	Avoir l'esprit créatif/ avoir l'esprit critique	Savoir communiquer efficacement/être habile dans les relations interpersonnelles	Avoir conscience de soi/avoir de l'empathie pour les autres	Savoir gérer son stress/savoir gérer ses émotions

Il est ici évident que le développement des compétences ne cible pas un problème en particulier mais qu'il pourrait être efficace sur différents comportements (violence, prise de risques...). De plus, dans la pratique, le contenu précis de l'éducation par les compétences psychosociales doit être adapté aux facteurs culturels et sociaux du contexte où elle s'applique. Ce contenu demande donc à être déterminé pour chaque région du monde ou pour chaque contexte plus local.

Cette nouvelle approche éducative est dévoilée dans le texte de la charte d'Ottawa (OMS, 1986) sur l'axe de l'acquisition des aptitudes individuelles :

« La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux. Il est crucial de permettre aux gens de faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire et une action doit être menée par l'intermédiaire des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes. »

Dans les documents plus récents consacrés à la prévention de la violence chez les enfants et les adolescents, on trouve une conceptualisation et une classification des compétences en trois dimensions psychosociales : 1/ émotionnelle, 2/ interpersonnelle et sociale, 3/ cognitive. « Life skills can be defined as abilities for adaptive and positive behaviour that enable individuals to deal effectively with the demands and challenges of everyday life. These include cognitive, emotional, interpersonal and social skills to foster: Self-awareness: self-esteem and confidence building, self-monitoring, self-evaluation, goal setting, etc; Self-management: anger and stress management, time management, coping skills, controlling impulses, relaxation, etc; Social awareness: empathy, active listening, recognizing and appreciating individual and group differences, etc; Relationships: negotiation, conflict management, resisting peer pressure, networking, motivation, etc; and Responsible decision-making: Information gathering, critical thinking, and evaluating consequences of actions. »

1/ Les compétences à dimension émotionnelle sont celles qui relèvent de :

- la conscience de soi : estime de soi, confiance en soi, autocontrôle, évaluation de soi, de ses propres objectifs ;
- la gestion de soi : gestion de la colère et de l'anxiété, gestion du temps, capacité d'adaptation, maîtrise de ses réactions, relaxation ;

2/ Les compétences plus axées sur la dimension sociale requièrent l'ouverture aux autres par :

- la reconnaissance des autres : empathie, écoute active, acceptation d'opinions différentes ;
- la relation avec les autres : négociation (communication efficace), gestion de conflit, résistance à la pression d'autrui (offre non sollicitée), affirmation de soi (assertivité, savoir convaincre), contacts et échanges (coopération et travail en équipe) ;

3/ La dimension cognitive des compétences psychosociales nécessite :

- la prise de décision en responsabilité : prise de connaissance et utilisation de l'information, pensée critique, évaluation des conséquences de ses choix.

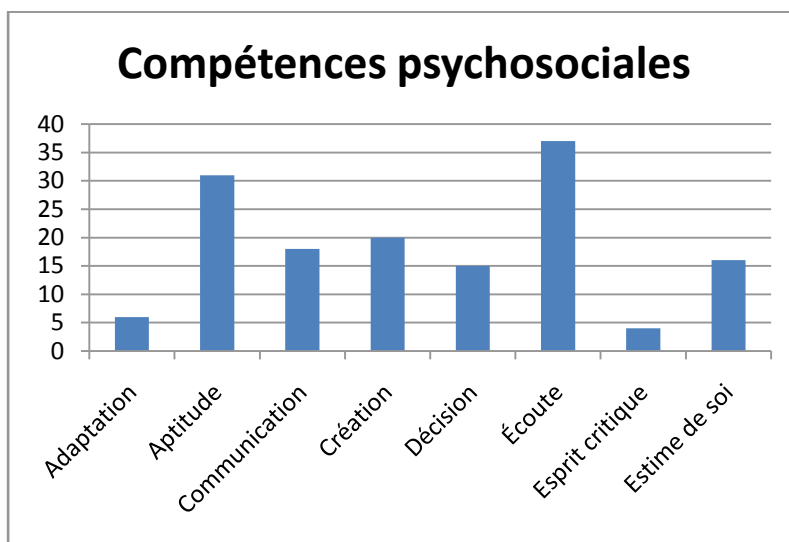
Les compétences psychosociales nécessaires pour promouvoir la santé sont donc celles qui sont mises en œuvre pour vivre en société et affronter les difficultés tout au long de la vie. L'acquisition de ces compétences, présentées comme particulières au champ de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé, concerne pourtant l'intervention sociale auprès des individus et des groupes dans tous les domaines (santé, éducation, formation, citoyenneté...).

En référence aux concepts du « souci de soi » et du « care », cette intervention sociale auprès des individus et des groupes pour le développement de leurs compétences psychosociales s'exercerait dans le but d'apprendre à prendre soin de soi et des autres.

« La pratique de soi selon les Grecs, rappelle Foucault, doit permettre à chacun de découvrir « qu'il est en état de besoin, qu'il lui est nécessaire médication et secours ». En ce point se rejoignent de manière lumineuse une conception antique du souci de soi et une éthique du care en devenir, à travers cette commune assomption de la fragilité humaine qui fait de chacun, chacune de nous un être dont il convient de se soucier » (Mozère, 2004).

Il faut néanmoins considérer l'intervention sociale comme un processus de politisation soit un des « *moyens de convertir les individus à des modes d'expression préférentiels de leurs passions.* » (Trépos, 2004) Ainsi il est possible de rapprocher cette intervention spécifique qu'est le développement des compétences psychosociales d'autres dispositifs dits de stabilisation. Apprendre, comprendre et appliquer le « souci de soi » dans les interrelations sociales est un dispositif de politisation des individus et des groupes. En ce sens, cette intervention contribue à construire la « cité » promotion de la santé comme nouvelle forme de politisation.

Lorsque j'interroge les intervenants, le terme générique d'aptitude, capacité est souvent utilisé (31) et ce sont plus précisément les compétences psychologiques et sociales comme l'écoute qui sont mises en avant (55), ce qui recouvre deux dimensions : l'écoute de soi (conscience, connaissance de soi) et à l'écoute des autres (empathie, communication).



**Figure 17 : principales compétences psychosociales évoquées dans les entretiens.**

Deux écoles se répondent néanmoins sur le terrain. Une école basée sur le modèle des croyances relatives à la santé (health belief model - HBM) dont la parole est portée par les médecins interviewés qui posent les compétences cognitives, connaissance sur la santé, les risques et la maladie, acquise et comprise par les individus, grâce à l'information délivrée par les experts, intermédiaires et acteurs de terrain, comme un préalable à tout changement de comportement :

*De toute façon moi je pense que déjà avant les compétences il faut déjà qu'on ait donné l'information. Et l'information ce n'est pas si évident que ça. Moi je suis persuadée que l'information, par exemple en termes de contraception c'est vrai que c'est caricatural. On a des étudiants et des jeunes qui sortent tous des lycées, qui ont tous un bac, et qui ont tous une information, des cours de science etc. et qui arrivent à l'université et qui n'ont pas les bases par exemple par rapport à la contraception, la grossesse, qui viennent encore en vous disant « ah on peut être enceinte au premier rapport ? » enfin... et donc je pense que déjà là, il faut déjà que l'information elle passe parce qu'en fait on a l'impression que l'information quand elle est donnée à un moment T, si c'est pas un moment où on est intéressé, où on en a besoin, finalement elle n'est pas intégrée. Donc il y a déjà tout ce travail-là qu'il faut qu'on arrive à faire. Après derrière il faudra effectivement les compétences derrière pour mettre en œuvre.*

EA 17-SV

Et une école qui considère les compétences psychologiques liées à l'écoute, à l'estime de soi, et les compétences d'adaptation sociale primordiales au regard des compétences cognitives :

*« ...on est vraiment sur des aptitudes individuelles et sur des compétences psychosociales. On n'est pas sur des connaissances biomédicales. Les soignants vont dire que c'est obligatoire de connaître... d'avoir des connaissances biomédicales mais c'est pas vrai c'est simplement pour éviter d'avoir d'autres personnes qui travaillent avec eux. Le plus important c'est d'avoir d'autres compétences [...] Le plus important c'est que ce sont les autres compétences qui sont le plus psychosociales, les compétences liées à l'écoute, à l'estime de soi, des compétences d'adaptation... »*

EA 14-OB

Dans la dimension sociale, l'ouverture aux autres, le respect, l'écoute sont des compétences recherchées par le travail de l'intervenant :

*« de mon expérience ici à Accueil Écoute, je vois bien que... que c'est la première des choses à développer, parce que de toute façon les personnes, elles ont l'information, mais par contre, elles n'ont pas suffisamment confiance en elles, elles ne s'aiment pas suffisamment, elles ne savent pas forcément comment bien vivre avec les autres, autour d'une table et être dans des relations respectueuses, d'écoute. Voilà, et elles ne savent pas peut-être aussi dire quelle est leur position. Elles ne savent pas peut-être exprimer, voilà, quels sont leurs besoins. Et puis voilà, l'estime de soi aussi, c'est des personnes ici qui ont quand même une très faible estime d'eux-mêmes, ou alors qui sont dans l'hyper... »*

EA 18-DD

Développer les compétences à dimension émotionnelle comme la conscience de soi, la connaissance de soi c'est le travail principal du psychologue intervenant en éducation thérapeutique :

*« C'est une technique de relaxation dynamique pour aider à se centrer sur soi-même et à mobiliser son pot... son potentiel quoi ! C'est pareil, c'est très large en définition, mais... l'idée c'est d'aider les gens à se prendre un petit peu de temps pour eux et à être à l'écoute de leur corps. »*

EA 25-MT

Mais également du psychologue qui accompagne le sportif dans sa quête de performance :

*« Quand on parle d'habileté mentale, ça peut être aussi la capacité à, comment dire ?... bloquer les idées négatives par exemple. Sur un sport... un sprinter par exemple, si au moment du départ il commence à penser que son père est malade, que ceci, que cela, qu'il n'a pas de sous etc. quand on est sur des temps, sur des dix secondes, voilà ! Ça a une influence sur la performance. Donc l'idée c'est de leur enseigner en fait des trucs, des méthodes pour qu'ils puissent vraiment se concentrer sur leurs performances, sur le moment présent, sur ce qu'ils sont en train de faire. »*

EA 19-PS

Dans la dimension cognitive, développer les compétences des personnes c'est les aider dans leurs choix, les rendre ou les conforter comme « acteur » principal de leur devenir, disent les intervenants :

*« Ce que j'ai envie de sortir un jour de là c'est pas que je ne veux pas qu'ils fassent telle ou telle chose ou ne fassent pas telle ou telle chose. Je veux qu'avant de faire telle ou telle chose ils sachent que ça vient d'eux, qu'ils ont la capacité de se dire j'ai fait un choix et un choix qui est mien parce que j'avais suffisamment d'informations. Je peux modifier mon comportement je peux savoir que je peux induire mon comportement. Le fait d'être acteur, c'est d'être acteur, c'est de penser, penser à soi penser aux autres. Pour moi c'est l'essentiel. Moi l'information j'ai noté elle est inépuisable, on peut toujours apprendre quelque chose sur tout c'est à dire qu'on est dans un monde qui bouge tellement que l'information elle est inépuisable on arrivera jamais en fait qu'ils soient totalement informés. En revanche être acteur, se dire je vais aller vérifier sur internet mais pas seulement je vais peut-être en discuter je vais aussi comprendre que rien n'est complètement universel... »*

EA 22-NL

Il est , dans la suite des travaux, important de dégager les logiques qui ont permis à la promotion de la santé de s'approprier ces concepts, méthodes et de les reconstruire, dans un processus de légitimation de ses propres stratégies d'intervention, et dans un processus de politisation spécifique des personnes et des groupes.

## **B. Conventions et arrangements**

### **1. L'avènement des programmes visant le développement des compétences psychosociales**

#### **a) Au secours de la prévention des toxicomanies**

Les programmes de promotion de santé visant le développement des compétences psychosociales sont basés sur des démarches éducatives combinées à des actions d'information sur la santé et des actions prenant en compte les facteurs qui influencent la santé liés à l'environnement social.

Quelques repères chronologiques permettent de situer les différentes évolutions des stratégies mises en place, dans les pays occidentaux, Amérique du Nord et Europe, pour lutter contre les fléaux et en particulier celui de la consommation de drogue.

Partant de l'hypothèse que les personnes ont des comportements à risque, par exemple consomment des substances, parce qu'elles en ignorent les dangers, les programmes de prévention mis en place avant 1970 reposent sur des stratégies d'influence comme la persuasion ou la peur. Les mesures de dissuasion et de contrôle portent essentiellement sur l'individu, le symptôme et le milieu.

Le constat d'échec de ce type de programmes de prévention et de réduction des risques orientent de nouvelles recherches entre 1970 et 1980 inspirées des études de la psychologie sociale sur le comportement humain et sur l'apprentissage. Les premières études (Goodstadt, 1975) montrent des liens entre attitudes, comportements et usage de substances psychoactives.



Dans cette mouvance, les premières actions visant à réduire l'influence des facteurs sociaux dans ces usages sont mises en œuvre et s'appuient sur des stratégies de l'aménagement du milieu (modification des lieux où évolue l'individu), du développement de la compétence (accroître les aptitudes des individus et des personnes influentes) (Evans, 1976).

De nombreuses programmes vont être implantés à partir des années 1980 -1990 et se situer notamment en milieu scolaire. Ils vont surtout traiter de la prévention des risques liés à la consommation de substances psychoactives. La démarche éducative déployée sera de renforcer les compétences des adolescents pour les aider à faire face à la pression sociale, à l'échec ou au stress sans avoir recours aux psychotropes. Les évaluations de ces programmes présentent une diminution de la consommation des psychotropes par les jeunes. Une revue de la littérature (Faggiano, 2014) , mise à jour récemment, portant sur 51 études (127146 sujets) compare les programmes axés sur les connaissances, sur les compétences sociales et sur l'influence sociale par rapport aux programmes habituels ou à l'absence d'intervention. Les résultats montrent que les programmes qui combinent les approches connaissances/ compétences/ influences sociales sont des résultats efficaces dans la prévention de la consommation de cannabis ainsi que dans la prévention de toute utilisation de drogues. Ces programmes basés sur le développement des compétences psychosociales ont montré une tendance à réduire l'utilisation de substances et l'intention d'y recourir. Les auteurs concluent que les programmes fondés sur le développement des compétences psychosociales apparaissent efficaces pour retarder les premiers usages de substances.

Dès lors, une généralisation de ce type de programmes s'est étendue à l'ensemble des thèmes de santé, à l'ensemble des âges allant de la petite enfance à l'âge adulte. Le développement des compétences psychosociales est travaillé à partir d'activités éducatives destinées à promouvoir la santé, en particulier mentale, des élèves et des étudiants.

Sur la base de nombreux résultats, le développement des compétences psychosociales prend la forme d'un équipement de politisation de plus en plus reconnu et valorisé par les théoriciens et experts de la promotion de la santé. Parce qu'il produit des effets en termes de résultats de comportements « positifs » (ex : autonomie, estime de soi élevée, réussite scolaire) et réduit la probabilité de survenue de comportements « négatifs » (ex : comportements sexuels à risque, échec scolaire, délinquance, usage de drogues), ce dispositif gagne en valeur et en grandeur dans la « cité » de la promotion de la santé.

## b) **Démonstration relative d'efficacité**

Si les programmes basés sur des stratégies de « dissuasion par la peur », sont plus dangereux qu'efficaces car ils augmentent la délinquance chez les jeunes par rapport à l'absence d'intervention, comme le montre l'analyse de ce type de programmes (Petrosino, 2013), les programmes basés sur le développement des compétences psychosociales, en revanche, ont des résultats plus positifs. Ils renforcent les comportements favorables à la santé dans le domaine des consommations de produits (alcool, tabac, drogue), ils sont également recommandés dans la prévention des risques sexuels et de la violence et des abus.

Pour exemple, un programme basé sur une intervention précoce s'adressant aux élèves d'école élémentaire au Mexique, a ciblé la communication autour des sujets sensibles (Pick, 2007). Diverses actions ont été menées pendant 15 à 20 semaines avec un groupe expérimental et un groupe témoin, outillés d'un questionnaire avant-après. Les résultats montrent que ce programme a eu un impact positif sur les attitudes, le sentiment d'auto-efficacité, les intentions et le comportement des élèves. La perception des normes socioculturelles a été transformée à la suite du programme. Il a permis de prévenir les comportements sexuels à risques et leurs conséquences et de modifier la perception des normes sociales liées au genre. Une revue de la littérature récente (Walsh, 2015) donne les programmes de prévention des abus sexuels en milieu scolaire efficaces pour améliorer chez les enfants les connaissances concernant la prévention des abus sexuels et les compétences à prendre des mesures de protection.

Les revues de littérature portant sur l'évaluation de l'efficacité des programmes visant le développement de compétences pour la santé montrent que ces programmes :

- ne sont pas évidents à évaluer et comparer car les méthodes d'évaluation sont hétérogènes,
- n'ont qu'une relative efficacité quand ils ne sont pas appliqués sur du long terme
- touchent de nombreux domaines, ils peuvent être mis en place, pour réduire les comportements délinquants, violents ou criminels chez les jeunes, limiter

le rejet par les pairs, diminuer les troubles émotifs, améliorer le contrôle de la colère, diminuer les comportements sexuels à risque (grossesse, sida) ...

Les intermédiaires ont intégré dans leur discours, l'idée d'une efficacité qui semble incontestable. Ainsi, sur le site internet de l'INPES, les compétences psychosociales sont qualifiées de « déterminants de déterminants » de la santé et un bref exposé annonce que :

*« Il est avéré par les études scientifiques que des comportements à risque pour la santé tels que la prise de substances psychoactives, les comportements violents ou les rapports sexuels à risque (non protégés) sont plus fréquents lorsque leurs auteurs ont des compétences psychosociales peu développées. De faibles compétences psychosociales sont un déterminant majeur de ces conduites, elles-mêmes à l'origine de maladies ou de situations délétères : addictions, infections sexuellement transmissibles, grossesses non désirées, troubles des conduites, etc. On parle alors des compétences psychosociales comme de « déterminants de déterminants » (causes of the causes, en anglais). Développer les compétences psychosociales apparaît donc comme un levier majeur pour prévenir des problèmes d'addiction ou de santé mentale. »*  
*Site internet de l'INPES.*

## **2. Des contenus pour apprendre sur soi, les autres et ce qui m'entoure**

### **a) Des notions-clé : l'estime de soi et ses composantes**

Dans le champ de l'éducation à l'école en général et notamment en éducation pour la santé, la notion d'estime de soi est entrée dans toutes les pratiques et montrent l'importance donnée à la connaissance de soi, la conscience de soi et à son propre accomplissement. L'estime de soi est « la conscience de la valeur personnelle qu'on se reconnaît dans différents domaines. Il s'agit, en quelque sorte, d'un ensemble d'attitudes et de croyances qui nous permettent de faire face à la réalité, au monde. » (Duclos, 2010). Germain Duclos, psychoéducateur canadien, auteur de nombreux ouvrages autour de cette notion avance que « avoir une bonne estime de soi ne signifie pas être gentil, mais bien avoir conscience de ses forces et de ses faiblesses et s'accepter soi-même dans ce qu'on a de plus personnel, de plus précieux. Cela signifie prendre ses responsabilités, s'affirmer, savoir répondre à ses besoins, avoir des buts

*et prendre les moyens pour les atteindre. Avoir une bonne estime de soi, c'est se respecter soi-même tout en ayant de la considération pour les autres. »*

Du point de vue des psychothérapeutes (André, 2008), une estime de soi harmonieuse dépend de l'équilibre entre trois piliers qui la soutiennent : la confiance en soi, la vision de soi et l'amour de soi. Ces trois piliers permettent d'évaluer la qualité de l'estime de soi chez une personne :

- L'amour de soi est inconditionnel et ne dépend pas des performances, il expliquerait la résistance à l'adversité et la reconstruction après un échec. S'aimer soi-même est le constituant le plus intime et le plus profond chez une personne de sa propre estime. Se respecter quoi qu'il advienne, écouter ses besoins et ses aspirations facilite le maintien d'une bonne estime de soi ;
- La vision de soi ou image de soi est le regard que l'on porte sur soi, une évaluation fondée ou non de ses qualités et ses défauts. Il s'agit de la connaissance de soi mais également de la conviction que l'on a d'être porteur de qualités ou de défauts, de potentialités ou de limitations. Ces éléments permettent de se projeter dans l'avenir ;
- La confiance en soi s'applique dans l'agir, elle est nourrie par le mode d'éducation : encouragement, persévérance, récompense, apprentissage de ses échecs... Être confiant c'est penser que l'on est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes. Elle est primordiale pour maintenir et développer l'estime de soi car elle permet d'agir sans crainte excessive de l'échec et du jugement d'autrui.

	Amour de soi	Image, vision de soi	Confiance en soi
<b>Origines</b>	Qualité et cohérence des « nourritures affectives » reçues par l'enfant	Attentes, projets et projections des parents sur l'enfant	Apprentissages des règles de l'action (oser, persévérer, accepter les échecs)
<b>Bénéfices</b>	Stabilité affective, relations épanouissantes avec les autres; résistance aux critiques ou rejets	Ambitions et projets que l'on tente de réaliser; résistance aux obstacles et aux contretemps	Action au quotidien facile et rapide; résistance aux échecs
<b>Conséquences en cas de manque</b>	Doutes sur ses capacités à être apprécié par autrui, conviction de ne pas être à la hauteur, image de soi médiocre, même en cas de réussite matérielle	Manque d'audace dans ses choix existentiels, conformisme, dépendance aux avis d'autrui, peu de persévérance dans ses choix personnels	Inhibitions, hésitations, abandons, manque de persévérance

**Tableau 15: Les piliers de l'estime de soi selon André C. et Lelord F.**

Dans cette mouvance de la psychologie sociale, l'estime de soi peut être étudiée en fonction de quatre composantes (Duclos, 2010) : le sentiment de confiance, la connaissance de soi, le sentiment d'appartenance et le sentiment de compétence.

Trois rapports de sens donnent une opérationnalité à cette notion : 1/ le rapport à soi-même, 2/ le rapport à l'action, 3/ le rapport aux autres.

- Sur le plan du rapport à soi-même, il s'agit de se connaître, s'accepter, être honnête envers soi.
- Concernant le rapport à l'action, il s'agit d'acquérir un sentiment de compétence qui permette de faire face au repli sur soi, l'inhibition et le stress.
- Le rapport aux autres donne l'occasion d'oser s'affirmer, exprimer ce que l'on pense. L'interrelation est entendue par un échange représenté par le soutien social dans un sens et l'empathie en retour. Cette interdépendance avec les autres crée et nourrit le sentiment d'appartenance

L'estime de soi se construit au fil du temps par des rétroactions positives et des expériences réussies et encouragées, mais elle n'est pas acquise une fois pour toutes, ce n'est pas

seulement un trait de la personnalité mais également un état. Elle est une dimension de la personnalité éminemment changeante : plus ou moins haute, plus ou moins stable, elle a besoin d'être régulièrement entretenue tout au long de la vie.

## **b) Les compétences psychosociales sont l'affaire de l'éducation pour la santé**

La charte d'Ottawa définit que l'intervention en promotion de la santé signifie, entre autres, de :

« Acquérir des aptitudes individuelles : La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant *l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et de faire des choix favorables à celle-ci. Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. Cette démarche doit être accomplie à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les organismes professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes. »*

C'est donc bien l'affaire de l'éducation pour la santé et des démarches associées que de mettre en œuvre les actions visant : cette approche éducative apporte à la prévention les deux dimensions psychologique et sociale qui manquaient à la démarche biomédicale centrée sur la maladie. Ce qui se joue à présent, c'est la réflexivité entre soi, les autres et son environnement.

Des séances collectives, le plus souvent conçues à partir de méthodes éducatives qui favorisent la prise de conscience des émotions positives ou négatives en situation, donnent les moyens de les anticiper de manière adaptée.

Par exemple, des séances d'éducation pour la santé vont encourager l'identification des situations stressantes pour les personnes, la prise de conscience de leurs réactions physiques et émotionnelles et la recherche de solutions. La recherche de solutions est découpée par des étapes de résolution de problème : 1/ se calmer, réfléchir avant d'agir, 2/ exprimer le problème et ce qui est ressenti, 3/ choisir un but positif, 4/ imaginer toutes les solutions possibles, 5/

évaluer les conséquences, 6/ essayer le meilleur plan. Les programmes mettent en scène l'affirmation de soi ou l'assertivité c'est-à-dire l'expression de sa personnalité, son point de vue, sans susciter l'hostilité de son interlocuteur ou de son environnement, c'est un apprentissage à la résistance aux pressions et à la persuasion.

Les activités proposées dans ces programmes peuvent aussi mettre en jeu les stratégies utilisées pour persuader quelqu'un et les actions possibles pour résister aux influences ou aux pressions. L'objectif est que la personne prenne conscience des influences auxquelles elle peut être soumise (par exemple un jeune non fumeur dans un groupe d'amis fumeurs). Les activités vont favoriser la gestion des relations interpersonnelles, la verbalisation par la recherche d'arguments pour s'affirmer. Ces mises en situations vont développer chez la personne son estime d'elle-même, sa confiance en elle, en ses capacités à faire et à s'affirmer mais également la confiance qui peut être accordée à un proche ou un professionnel, si besoin.

### **c) Interactions des compétences psychosociales entre elles**

Pour agir sur son environnement, pour avoir des relations satisfaisantes avec les autres, et pour avoir un plus grand contrôle sur sa santé, les compétences à dimension émotionnelle semblent être déterminantes des autres : avoir une bonne estime de soi permet des relations interpersonnelles équilibrées. Mais les compétences à dimension sociale semblent agir sur les compétences émotionnelles : résister à la pression d'autrui permet de maintenir une bonne estime de soi ; mais également elles semblent agir sur la compétence cognitive : confronter ses idées avec d'autres permet de développer son esprit critique.

A partir de la classification des compétences donnée par les équipes de l'OMS, en trois dimensions psychosociales : 1/ émotionnelle (CE) ,2/ interpersonnelle et sociale (CS), 3/ cognitive (CC), un modèle explicatif des relations entre compétence comme déterminant et compétence comme résultat est proposé. Si les trois dimensions qui caractérisent les compétences forment un équipement utile et indispensable à la personne pour faire face aux difficultés, pressions, fragilités que les situations de vie impliquent, alors elles interagissent entre elles et se complètent.

Selon le niveau de compétences acquises (faible ou forte) dans l'une ou l'autre dimension, il sera déterminant et aura une influence différente sur les autres compétences en terme de développement /renforcement de compétence ou de détérioration/vulnérabilité de la compétence.

DÉTERMINANT	Niveau de compétences acquises					
	CE faible	CE forte	CS faible	CS forte	CC faible	CC forte
<b>Influence sur les autres compétences</b>	CC /CS détérioration vulnérabilité	CC /CS développement renforcement	CC /CE détérioration vulnérabilité	CC / CE développement renforcement	CS / CE détérioration vulnérabilité	CS / CE développement renforcement

**Tableau 16 : Modèle explicatif des interactions entre compétences psychosociales**

A partir de ce modèle explicatif des interactions entre compétences psychosociales, il semble nécessaire pour avoir une action efficace de mettre en place des programmes qui vont intéresser les trois dimensions des compétences utiles à la vie.

Les programmes de promotion de la santé visant le développement des compétences psychosociales devraient contenir des objectifs plus marqués de développement de compétences émotionnelles, cognitives et sociales.



# Conclusion CHAPITRE I

La diversité des significations de la notion de compétence est relative aux différents contextes sociaux qui l'englobent. Cela implique de la définir en fonction de l'espace où elle s'exprime pour en délimiter les frontières et les passages.

Au même titre que les compétences dans le champ du travail marquent les relations entre l'individu et l'organisation, dans le champ de la promotion de la santé, les compétences psychosociales organisent les relations entre l'individu et la santé.

Dans ce cadre, les compétences psychosociales suivent deux logiques :

- une logique d'adaptation aux évolutions du champ de la santé ;
- elles sont construites conceptuellement pour répondre aux variations des contextes où elles sont convoquées.

La notion est complexe en raison des vastes domaines auxquels elle se rattache (cognition, émotion, relation), et en raison des chemins qu'elle parcourt.

La santé est un champ d'action partagé par différents milieux : santé à l'école, prévention des risques psychosociaux à l'entreprise, santé par l'activité physique. Les concepts et les pratiques voyagent et s'adaptent.

La récente classification des compétences psychosociales en trois dimensions laisse à penser que des échanges se produisent régulièrement. Par exemple, les critères de la dimension émotionnelle des compétences psychosociales rappellent ceux de la notion d'intelligence émotionnelle recherchée par les chasseurs de tête.

J'ai tenté de survoler les champs sociaux dans lesquels la notion de compétence a émergé et où elle est prégnante. Une description plus fine et une comparaison serait nécessaire pour analyser ce qui les distingue ou les rapproche, comment se font les passages et quels sont les points de porosité. Cependant l'apparition progressive et la mise en valeur de ces nouvelles techniques pédagogiques interventionnelles dans le champ de la promotion de la santé contribue d'une part à conduire un processus de politisation des individus et des groupes et d'autres part à légitimer la nouvelle approche globale et écologique de la santé.

**CHAPITRE II : Développer les  
compétences psychosociales, un engagement  
commun à tous les acteurs ?**

# I. Discours et mise en pratique du développement des compétences psychosociales

## A. *Un répertoire en construction*

### 1. Dispositif incorporé par la promotion de la santé

La recherche bibliographique concernant l'intervention pour le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé est réalisée par le regroupement des mots-clés sur les six bases de données déjà interrogées pour la recherche des concepts de promotion de la santé et de compétences psychosociales.

Par l'analyse de la bibliographie, il s'agit de dégager les écrits les plus pertinents sur le sens de l'intervention en promotion de la santé spécifiquement lorsque le développement des compétences psychosociales est visé.

Pour chaque base de données, la recherche inclut si c'est possible les filtres sur « revue », « article », « ouvrage », sinon le tri est fait manuellement.

Résultats dans tous les champs	Cairn.info	Persée	BDSP	Reves.org
« Intervention » «compétences psychosociales »	81	207	9	326
« Intervention » «compétences psychosociales » « promotion de la santé »	38	52	3	81

La recherche affinée sur le champ du titre, résumé et bibliographie ne donne aucun résultat.

Les documents traitant de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales sont assez marquants et relèvent principalement des sciences de l'éducation,

mais évidemment ils s'amenuisent lorsque l'on cherche à voir comment le sujet est traité dans le cadre spécifique de la promotion de la santé.

Pourtant, l'analyse des résultats montre que les auteurs placent leur sujet plus précisément dans des approches spécifiques telles la prévention, l'intervention précoce (Korfmacher, 2002).

Alors que d'autres auteurs (Lambooy, 2011) vont associer deux approches pour le même sujet. Il apparaît alors que le développement des compétences psychosociales n'est pas reconnu comme une démarche spécifique de la promotion de la santé, il est rattaché également au champ de la prévention et surtout c'est une composante de l'éducation pour la santé.

Cela correspond à une imbrication de niveaux de cadre d'action et de méthodes d'intervention :

- La promotion de la santé est un cadre large d'action avec cinq axes stratégiques fixés par la charte d'Ottawa pour une politique globale orientée vers le bien-être des individus et des populations intégrant tous les domaines (éducation, logement, travail, culture, transport...)
- La prévention est un cadre spécifique réglementaire et éducatif d'action avec des niveaux d'intervention (primaire, secondaire et tertiaire) ou des intensités d'intervention (généralisée ou universelle, sélective, indiquée)<sup>107</sup> pour une politique de réduction des risques de maladies et d'accidents auxquels sont confrontés les individus et les populations ;

---

<sup>107</sup> Ce modèle a été décrit en 1987 par l'américain R. Gordon, puis adapté en 1994 par le US Institute of Medicine Committee qui s'occupe de la prévention des maladies mentales aux États-Unis. Il a été appliqué à la consommation d'alcool et d'autres drogues par le National Institute on drug Abuse dans une publication de 1997 intitulée Preventing Drug Use Among Children and Adolescents.

« Les interventions dites généralisées sont destinées à la population générale ou tout du moins à des groupes qui *n'ont pas été sélectionnés sur la base d'un risque défini. La prévention sélective vise un sous-groupe d'individus ayant un risque significativement plus élevé que la moyenne de développer un trouble. La prévention indiquée s'adresse aux sujets qui ont des signes d'appel en restant en deçà des critères diagnostics.* » Institut national de la santé et de la recherche médicale, Santé des enfants et des adolescents, propositions pour la préserver. Expertise Inserm, 2003, p. XII.

- L'éducation pour la santé des individus et des groupes avec des cibles et des milieux d'intervention (école, quartier, personnes âgées, parents, patients...) sont des méthodes d'intervention où la pédagogie et la communication servent aussi bien la prévention que la promotion de la santé.
- La santé communautaire est un ensemble de méthodes d'intervention qui relève plus précisément de la promotion de la santé car elle entend avoir une action globale en répondant à l'ensemble des cinq axes stratégiques de la charte d'Ottawa.

Le développement des compétences psychosociales est un outil intégré aux démarches pédagogiques et de communication de l'éducation pour la santé et de la santé communautaire, il est donc positionné comme objectif de première ligne d'une démarche de promotion de la santé et d'une démarche de prévention dès lors que l'intervention s'adresse directement à la personne ou à un groupe.

Le développement des compétences psychosociales est un « construit » de plus en plus intégré également aux différentes structurations qui ont la santé comme objet.

Sur le site de l'INPES, pas moins de 1507 résultats sortent sur la recherche « compétences psychosociales ». Cette thématique est l'une des plus actuellement traitées. Un dossier complet est consacré dans l'un des derniers numéros de « La santé en action, revue trimestrielle d'information, de réflexion et d'aide à l'action sur la prévention, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé ».

Éditée par l'INPES, cette publication comporte 52 pages destinées aux professionnels de la santé, du social et de l'éducation.

*« De nombreux programmes d'éducation à la santé entendent développer les compétences psychosociales. Le concept, défini par l'OMS dès 1993, est à la pointe de la promotion de la santé. Mais de quoi s'agit-il précisément ? Et, les actions qui s'en réclament sont-elles efficaces ? Le numéro 431 de La Santé en action (mars 2015) consacre son dossier central au sujet et présente des programmes adoptés dans différentes régions, notamment ceux mis en place dans les établissements scolaires, dans les familles, dans les communes, etc. »*

[Site internet INPES](#)

L'intérêt croissant de ces dix dernières années pour la thématique des compétences psychosociales et de leur développement dans les démarches de promotion de la santé permet de faire passer le message idéologique, déjà transmis par l'OMS dans les années 1980, lequel sera repris vingt ans plus tard pour être aujourd'hui une notion globale intégrant de multiples concepts issus, comme il l'a été démontré, des sciences du comportement social et du concept réactualisé du marketing social (Donovan, 2003).

Ce message d'« encouragement à une auto-prise en charge sanitaire individuelle et familiale, *adoption d'un mode de vie sain et application des règles de bonne hygiène alimentaire et générale* » est diffusé déjà dans les années 1980 comme une mesure importante pour promouvoir la participation de la collectivité au regard de l'objectif de « santé pour tous d'ici l'an 2000 » (OMS, 1981). On retrouve le message qui exhorte à « accroître les capacités de la communauté et donner à l'individu les moyens d'agir » dans l'énoncé des priorités pour la promotion de la santé au XXI<sup>e</sup> siècle de la déclaration de Jakarta :

*La promotion de la santé est mise en œuvre par et avec les personnes et ne leur est pas imposée. Elle améliore à la fois la capacité d'agir des individus et celle des groupes, organisations ou communautés, d'influer sur les déterminants de la santé. Pour cela, il est nécessaire d'éduquer, de former à l'animation et au "leadership" et de bénéficier de ressources et de moyens. La responsabilisation des individus exige de participer systématiquement à la prise de décisions ainsi que des compétences et des connaissances essentielles pour pouvoir mettre en œuvre des changements. Les moyens de communication traditionnels et les nouvelles technologies contribuent à ce processus. Il faut aussi trouver de nouvelles manières d'exploiter les ressources sociales, culturelles et spirituelles en faveur de la santé.*(OMS, 1997).

Par ce dispositif, c'est une théorisation de la vie quotidienne qui est à l'œuvre et une entreprise de persuasion au prix d'une limitation objective de l'autonomie réelle dans la prise de décision « *il s'agit de persuader les citoyens d'avoir une meilleure alimentation, une sexualité protégée, de recevoir les vaccins proposés ou de développer leurs compétences parentales.* » (Massé, 2003). En effet, l'intégration progressive de la notion de compétences psychosociales, depuis les premières démarches éducatives basées sur les compétences dans le cadre de la prévention jusqu'à leur avènement dans l'éducation pour la santé, outil phare de

la promotion de la santé, a permis d'élaborer le cadre théorique et pratique d'un regard nouveau sur « ce dont les gens doivent être capables ».

## 2. Délégation du dispositif aux intermédiaires

L'outillage de la promotion de la santé passe par les intermédiaires qui sont les « médiologues » de la cité. Ils constituent le réseau humain et technique dont la mission latente est de convaincre et de faire respecter les « principes » et « la grandeur » à l'endroit des acteurs de terrain afin qu'ils en soient à leur tour les porte-parole auprès des publics auxquels ils s'adressent. La gestion et la mise en œuvre des équipements pratiques et pédagogiques sont les obligations des intermédiaires.

### a) Formations et conseils distribués sur le terrain

La formation et le conseil en méthodologie, délivrés aux acteurs de terrain pour une application conforme de l'éducation pour la santé, de l'éducation thérapeutique du patient ou de la santé communautaire, sont les méthodes déléguées aux intermédiaires pour garantir des pratiques professionnelles de qualité. Outre des formations de formateurs organisées en lien avec les institutions sur les territoires, les types de formation proposée vont de la formation initiale à la formation continue. Sur la participation à la formation initiale, certaines IREPS peuvent collaborer avec des universités :

*« Un certain nombre d'Ireps participe en région à la formation initiale des futurs professionnels avec les universités afin de favoriser un processus de professionnalisation. À titre d'exemple, l'Ireps Basse-Normandie a mis en place avec l'université de Caen le diplôme universitaire (DU) « Chargé de projet en éducation pour la santé ». Cette formation s'adresse aux professionnels de la santé, enseignants, travailleurs sociaux ou responsables d'associations de niveau minimum bac +2. » [Site internet FNES](#)<sup>108</sup>*

---

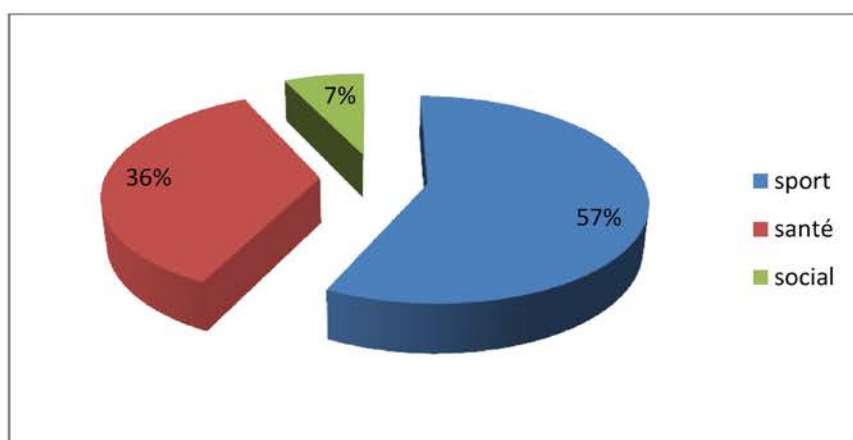
<sup>108</sup> Plaquette en ligne éditée par la FNES, Les Instances Régionales d'Éducation et de Promotion de la Santé et leur Fédération : Missions, Métiers, Activités et Perspectives, 2012.

Les IREPS sont en première ligne comme intermédiaires pour dispenser conseils et formations sur leurs territoires respectifs.

En termes de formation continue, les IREPS interviennent sur différents contenus comme la méthodologie de projets, les techniques d'animation, l'évaluation. Les formations comportent des apports théoriques et pratiques, et s'appuient sur les thématiques classiques de l'éducation pour la santé : nutrition, addictions, sexualité - sida et des thématiques plus larges : environnement, santé à l'école...

Les programmes de formation sont en général dans le but d'une consolidation de connaissances théoriques et pratiques pour la conception de projets de santé. Ils s'adressent à des professionnels du champ sanitaire, social ou éducatif ainsi qu'aux dirigeants et salariés d'entreprises.

Les professionnels interviewés sont les cibles privilégiées de ces formations dans la mesure où leur intervention est d'ordre éducatif et s'adresse directement à des groupes de populations.



**Figure 18 : Répartition des personnes interviewées par domaine d'intervention**

La mission de conseil en méthodologie de projets de santé de ces structures a été légitimée dans le cadre des pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé. Dans la plupart des régions, l'IREPS s'est vu attribuer la mission de « porteur du pôle ». Ainsi, ces structures sont financées par l'INPES, via les Agences Régionales de Santé (ARS), pour l'animation d'une plateforme ressources composée d'un centre de ressources documentaires, d'un lieu d'accueil et d'appui dédié au conseil pour les acteurs de terrain, d'espaces d'échanges de pratiques.



*« Les pôles ont notamment pour objectif le développement de l'EPS/PS en région et l'amélioration de la qualité des programmes et des actions mises en place localement. »*  
Site internet INPES

Lors des campagnes d'appels à projets sur la prévention et la promotion de la santé lancées par les institutions, la mission de conseil est proposée aux potentiels promoteurs d'actions. Par exemple sur le site internet de l'ARS Lorraine, il est précisé que « un appui méthodologique gratuit est proposé par l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS), aux promoteurs associatifs ».

Une autre démarche est menée du côté des intermédiaires ayant une mission de consultant formateur. Leur champ d'action peut aller des formations universitaires aux formations locales contextualisées. Une mission spécifique peut être confiée par des décideurs financeurs afin de couvrir tout un secteur d'activité.

Le site internet de l'Institut Théophraste Renaudot rapporte les nombreuses contributions sur lesquelles il se mobilise et peut être missionné. Son objectif principal est de contribuer à la promotion de la santé, notamment à travers les pratiques communautaires. Il va proposer des séminaires, des colloques et animer des groupes de réflexion sur les références théoriques et l'analyse d'expériences en démarche communautaire :

*« Dans le cadre de nos accompagnements, nous intervenons à la demande de différents commanditaires et/ou partenaires (associations, collectivités territoriales...), qui développent ou souhaitent mettre en place un projet de santé de territoire, développer des approches communautaires dans différentes étapes de la mise en œuvre de leur (s) projet (s) et/ou action (s).*  
*Nos principes d'action :*  
*Formaliser et valoriser les savoirs et savoir-faire des acteurs sur la méthodologie de projet et au travail en co-construction avec l'ensemble des acteurs ;*  
*Apporter des outils méthodologiques complémentaires pour renforcer les compétences des acteurs sur un aspect particulier du projet (participation des habitants, implication des élus, ...) Renforcer une culture commune ;*  
*Insuffler et donner les outils et méthodes pour la mise en œuvre des repères d'une démarche communautaire. »*  
Site internet Institut Renaudot

Si les thématiques privilégiées de la santé communautaire et de la santé dans la ville sont la « participation et implication des habitants » et le « pouvoir d’agir et empowerment », les acteurs avec lesquels le débat s’organise sont plus particulièrement les intervenants médicaux et sociaux du terrain, les militants et acteurs associatifs des villes et quartiers.

Un autre type d’intermédiaires est représenté par une structure telle que la Société française de santé publique (SFSP) dont l’action est à caractère scientifique et professionnelle. Bien qu’elle soit orientée vers l’expertise et la contribution au débat public, ainsi que vers la valorisation et diffusion des connaissances et d’expériences au travers de la revue de santé publique, la SFSP s’engage aussi d’une certaine manière comme soutien aux acteurs de terrain par des consultations et enquêtes qui visent à répertorier les actions, les partager et ainsi les rendre visibles. Fin 2014, l’enquête « accompagnement à la parentalité, petite enfance et santé : faites connaître vos actions ! » interrogeait en partie sur l’intervention pour le développement des compétences psychosociales des parents :

*« Accompagner les parents dans leur rôle en les confortant dans leurs compétences, en participant à développer chez eux une confiance en soi et en les aidant à répondre à leurs interrogations, en les soutenant dans leur vie de tous les jours, contribue à une parentalité favorable à la santé des enfants, et aussi à celle des parents. »*

*Site internet de la SFSP*

La SFSP comme l’INPES et autres intermédiaires ont bien un rôle d’interface qui se joue entre un monde d’experts et de théoriciens auquel ils participent et un monde d’acteurs de terrain vers lequel ils transposent de manière opératoire les discours de santé publique et de manière symbolique ceux relevant de la promotion de la santé.

## **b) Modèles dispensés pour l’action et son évaluation**

Les équipements sur lesquels insistent fortement les experts et intermédiaires de la promotion de la santé sont les modèles d’évaluation et modèles d’action conceptualisés dans une perspective de reconnaissance scientifique qui va de pair avec la recherche d’une plus grande qualité des actions sur le terrain.

De nombreux guides et référentiels d'évaluation et d'action sont disponibles pour les acteurs de terrain sur les sites internet des intermédiaires.

Une structure comme Promotion Santé suisse a conçu depuis quelques années un modèle pour l'évaluation de programmes de promotion de la santé transféré dans la sphère des structures intermédiaires pour une application sur le terrain.

*« Notre modèle de catégorisation des résultats vous aide à comprendre les problèmes de santé dans toute leur complexité. Il vous permet de développer des stratégies d'intervention efficaces et de planifier l'évaluation de projets et programmes.*

*Notre modèle de catégorisation des résultats est un instrument polyvalent de réflexion et d'amélioration de la qualité :*

*Il vous permet d'acquérir en peu de temps une vue d'ensemble d'un projet ou programme.*

*Il vous engage à formuler des objectifs clairs et vérifiables en termes d'impacts.*

*Il vous aide à concevoir des évaluations et à déterminer des questions d'évaluation. »*

*Site internet Promotion Santé Suisse*

Dans le travail spécifique avec les personnes, des critères et indicateurs de qualités<sup>109</sup> sont définis pour l'évaluation du « renforcement des ressources et empowerment » :

*« Critère : Le projet est orienté vers un renforcement des ressources personnelles et sociales.*

*Indicateurs : 1/ Le projet est conçu de sorte à rendre les personnes et groupes responsables de leur propre santé et de l'aménagement de conditions de vie en faveur de la santé. 2/ Le projet est orienté vers un renforcement du 'sens de cohérence' (le 'sens de cohérence' est présent lorsqu'on a le sentiment qu'une situation ou une action est compréhensible, gérable et sensée). 3/ Il est défini chez quelles personnes et groupes quelles ressources doivent être renforcées. »*

*Site internet Promotion Santé Suisse*

---

<sup>109</sup> [www.quint-essenz.ch](http://www.quint-essenz.ch), une offre de Promotion Santé Suisse Critères de qualité, Version 5.2, 01.07.2014.

L'exigence d'un degré de qualité des actions le plus haut possible en référence à des normes évaluatives s'exerce comme une forme de « supériorité » pour ne pas dire « pouvoir » des structures qui proposent les modèles d'action et d'évaluation sur les acteurs de terrain qui sont fortement appelés à les suivre.

C'est le prix à payer pour être reconnu acteur de promotion de la santé et être invité à présenter des travaux par exemple lors de séminaires, ou avoir une mission d'intervenant expert lors d'une formation qui s'adresse à des acteurs de terrain lesquels n'auraient pas encore intégré une connaissance et une compétence suffisante des modèles de la promotion de la santé pour accéder au palier supérieur menant vers l'expertise.

*« Avec quint-essenz, nous entendons établir une culture de la qualité portée en commun dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévoyance. A cet effet, des spécialistes et des décideurs s'engagent en faveur du développement continu de la qualité au niveau des projets et des programmes ainsi qu'au niveau institutionnel. Si nous y parvenons, le développement de la qualité apportera une contribution importante à la professionnalisation de la promotion de la santé et de la prévention. »*

*Site internet Promotion Santé Suisse*

Ici les relations entre acteurs sociaux de la promotion de la santé permettent d'accéder à la grandeur dans la cité. Les acteurs peuvent avoir une position tantôt plus élevée et tantôt plus faible en fonction de la maîtrise qu'ils ont des conventions qui octroient le droit à diffuser un discours sur son action et nourrir ainsi le manifeste de la promotion de la santé.

## **B. Émiettement sur le terrain**

Le terrain n'est pas homogène. Lorsqu'on s'arrête sur le terrain, il est moins évident de retrouver un ensemble conforme et complet du concept de compétences psychosociales et de le reconnaître clairement. L'appropriation par le terrain des termes du dispositif de développement des compétences psychosociales est inégale en fonction des secteurs professionnels et on perçoit un émiettement de la notion de compétences psychosociales dans le cadre des interventions qui sont rapportées au travers des entretiens.

# 1. Diversité des acteurs et des terrains d'intervention

## a) Parcours initiaux des acteurs

La formation initiale dont sont issus les acteurs de terrain interviewés relève de différents domaines sportif, formation, éducation, social, médical,...comme le montre la figure ci-dessous :

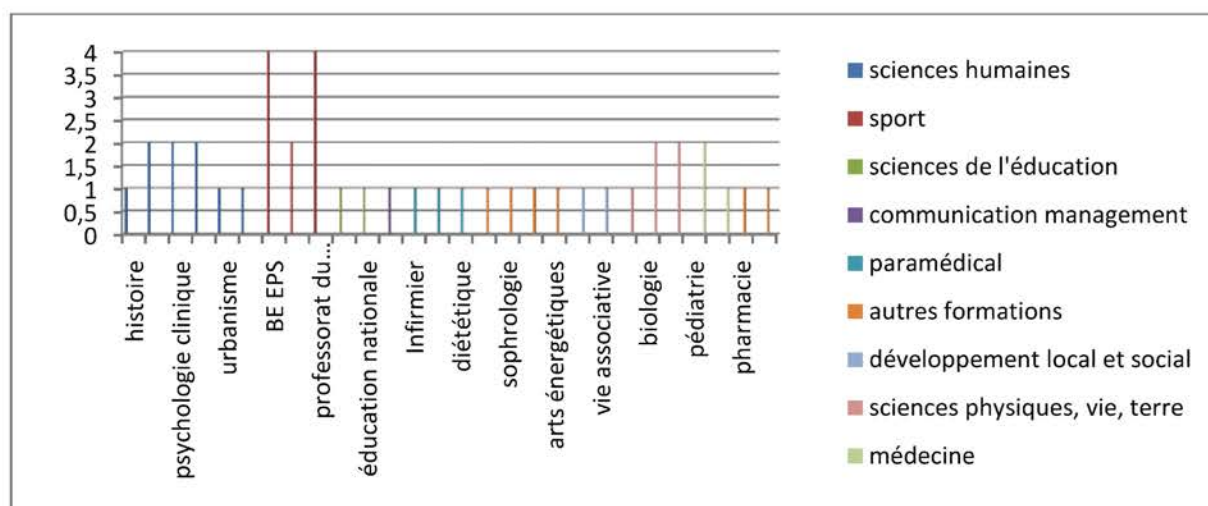


Figure 19 : Domaine de formation initiale et continue des interviewés

Les parcours sont différents et quelquefois atypiques pour arriver à une pratique professionnelle d'intervenant éducatif. Tous ces types d'intervenants sont susceptibles d'être touchés par la formation continue dispensée par des structures intermédiaires. MD nous livre son sentiment sur son parcours de formation avant d'arriver à exercer en tant que professionnel de l'activité physique des personnes obèses et diabétiques dans un centre hospitalier :

« Je peux pas tout te raconter parce que mon parcours est assez atypique. Euh donc ma formation je l'ai faite en Allemagne. Euh... j'ai donc passé un brevet d'état... oui ça correspond à un brevet... donc, métiers de la forme. [...] ma formation disons correspondait à un diplôme, qui n'était pas le... équivalent en France, enfin c'était assez compliqué. Donc j'ai dû repasser devant une commission euh... pour avoir euh... un diplôme reconnu par le ministère de la jeunesse et des sports. Donc euh... ce qui correspond aujourd'hui à un BPJEPS. [...] j'ai appris au fur et à mesure, disons que ma formation en Allemagne est

*différente aussi par rapport à celle en France, c'est ce que j'ai remarqué. Euh... beaucoup plus axée sur la santé, parce que quand j'ai fait des remplacements dans des complexes sportifs, j'ai vu la différence. J'étais pas du tout dans le même moule....on va dire que la formation elle est vraiment basée sur la santé et je m'en suis rendu compte également quand euh... j'ai fait la formation pilates donc j'étais vraiment... oui je rentrais dans le moule, c'est-à-dire que c'était euh... tout à fait ce que j'avais appris. Euh... bien sûr avec du euh... des cours euh... de cardio et quelle que soit l'activité en fait, c'était toujours par rapport à... aux problèmes de santé, à la santé de la personne. Ensuite j'ai donc aussi fait une formation euh... pendant deux ans en tant que relaxologue et on a revu toute l'anatomie, la physiologie et surtout beaucoup de psycho... morphologie psycho, ce qui m'a vraiment euh... complétée pour avoir un profil ici euh... dans le service diabéto-nutrition qui correspond, parce que ce genre de public avec lequel je suis... enfin devant lequel je suis, c'est vraiment des personnes qui souffrent de euh... de mal-être physique et mental. »*

EA 15 - MD

### b) Diversité des terrains : cadres d'intervention

Le terrain étudié est pluridisciplinaire et les cadres d'intervention s'avèrent être pluridimensionnels car l'ensemble des pratiques des acteurs est recouvert par quatre champs à la fois comme le montre la figure suivante. En ce sens, la pratique des intervenants de terrain, répond en partie aux exigences de l'intervention décloisonnée et intersectorielle que souhaitent la promotion de la santé.

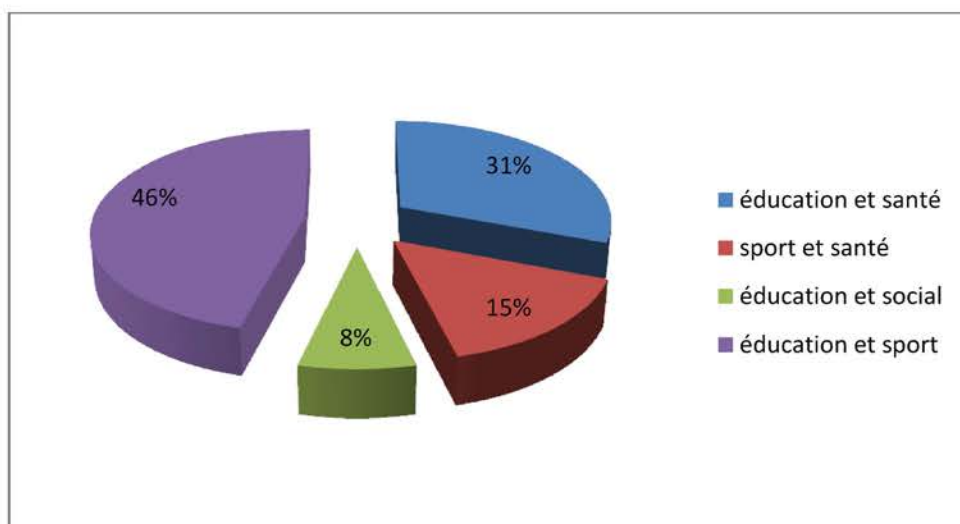


Figure 20 : Champs de pratique et d'intervention du terrain étudié

Néanmoins les deux univers de référence les plus représentatifs que sont la santé et l'éducation englobent l'ensemble des approches professionnelles de terrain. Ces deux univers sont directement reliés à la notion de « public ».

## **2. Évidences et non-évidences de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales auprès des publics**

Parce que les acteurs s'identifient par une commune humanité dans la visée d'un même bien commun (Boltanski, 1990), nous avons avancé sur la thèse que l'intervention pour le développement des compétences psychosociales prend la forme d'une convention au service de ce bien commun : la santé pour le développement humain.

L'étude des fonctions de la promotion de la santé nous a permis de déterminer si effectivement les acteurs désignés comme intervenants-éducateurs se reconnaissent, au même titre que les experts-théoriciens et intermédiaires-méthodologues, comme êtres incorporés dans le champ de la promotion de la santé. Ici, l'analyse des fonctions de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales auprès des publics est réalisée à partir des mêmes données issues des corpus étudiés et en scindant l'objet en deux catégories : fonctions déclarées de manière évidente et fonctions attribuées de manière non-évidente par les acteurs.

### **a) Du côté des experts-théoriciens**

Il se dégage plusieurs fonctions manifestes ou évidentes de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales des groupes et individus depuis le discours des experts-théoriciens :

- Elle assure « l'amélioration des capacités, dans les domaines de la santé, de l'éducation et de la maîtrise des ressources » et « permet de s'attaquer à la vulnérabilité en donnant aux personnes les moyens de surmonter les menaces au moment et à l'endroit où celles-ci se produisent »<sup>110</sup> ;
- Elle engage la promotion de la santé dans la reconnaissance des capacités des individus et groupes à faire face aux exigences de la vie ;
- Elle accompagne l'individu à s'épanouir dans un contexte hostile ;
- Elle donne les clés pour une vie réussie dans son environnement social ;

Cependant, des orientations non-évidentes ou latentes de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales émanent du discours des experts-théoriciens :

- Elle prépare si possible à amortir l'impact des situations traumatisantes sur la santé mentale, physique et sociale de l'humain ;
- Elle participe à la mise aux normes des comportements individuels et en ce sens elle modélise l'être social adaptatif ;
- Elle protège le corps social par une nouvelle forme de contrôle social : le contrôle de soi.

### **b) Chez les intermédiaires méthodologues**

Le discours manifeste des intermédiaires - méthodologues sur l'intervention pour le développement des compétences psychosociales est particulièrement axé sur la technique et la méthode qui servent les principes de la promotion de la santé et les rendent opérationnels :

---

<sup>110</sup> Rapport sur le développement humain 2014. Pérenniser le progrès humain : réduire les vulnérabilités et renforcer la résilience. 2014.

« Le Rapport sur le développement humain 2014 est l'ouvrage le plus récent de la série de rapports mondiaux sur le développement humain publiés par le PNUD depuis 1990, en tant qu'analyses indépendantes et fondées sur les faits des principales questions, tendances, avancées et politiques en matière de développement » PNUD p.2.



- Elle est une stratégie pour agir auprès des individus et des groupes dans une perspective de développement des savoirs, savoir-faire, savoir-être ;
- Elle utilise des méthodes pédagogiques qui impliquent l'individu ;
- Elle contextualise pour une meilleure efficacité l'accompagnement par la prise en compte des conditions sociales des individus et des groupes ;

Il est possible néanmoins de déceler également des fonctions moins lisibles au premier abord sur l'intervention pour le développement des compétences psychosociales :

- Elle représente un équipement considéré comme propre à la promotion de la santé et qui permet de se différencier d'autres domaines ;
- Elle est l'affaire d'initiés dans le sens où la formation spécifique des intervenants est encouragée.

### c) **Pour les éducateurs- intervenants de première ligne**

L'ensemble des professionnels interviewés reconnaît, de manière très manifeste, intervenir auprès des groupes et des individus afin d'enclencher une amélioration de la condition présente vers une condition plus conforme à ce qui est attendu par le cadre institutionnel. Leur intervention a donc plusieurs fonctions :

- Elle permet de travailler sur l'accessibilité à une autonomie et sur l'épanouissement de l'individu ;
- Elle ouvre vers une prise de conscience des responsabilités qui incombent à chacun ;

Toutefois, là encore il ressort du discours des professionnels interviewés, des fonctions relatives à l'intervention moins perceptibles de prime abord :

- Elle sert la performance dans un contexte de méritocratie et engage l'individu dans la course au bonheur ;

- Elle est totalement liée à la compétence de l'intervenant dont elle requiert une vigilance qui permet d'écarter les dérapages et les formes de manipulation.

Les fonctions dégagées des points de vue des différents acteurs sont synthétisées dans le tableau-ci-dessous :

	Évidences de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales	Non-évidences de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales
Experts-théoriciens	Diffuser les principes de la promotion de la santé pour une plus large adaptation sociale de la population	Rendre éthiquement acceptable la nécessité d'adapter les comportements à l'exigence d'une santé toutefois normative
Intermédiaires, méthodologues	Servir les principes de la promotion de la santé en les rendant opérationnels et accessibles aux divers intervenants	Maintenir les prérogatives comme spécialistes qualifiés de promotion de la santé
Intervenants, éducateurs	Faire prendre conscience de soi dans sa situation spécifique	Faire atteindre des formes de réussites individuelles et sociales reconnues par la règle sociale

**Tableau 17 : Fonctions de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales auprès des publics**

Les trois types d'acteurs se distinguent certes par le niveau d'intervention qui va du plus théorique au plus pratique, mais ce qui différencie de manière indéniable les intervenants-éducateurs interviewés du reste des acteurs c'est la représentation du cadre d'intervention. Ils n'expriment pas et ne reconnaissent pas une appartenance directe et exclusive au champ de la promotion de la santé. Ils se reconnaissent un rôle d'intervenant relevant soit d'un cadre d'intervention en lien avec la médecine et le soin, soit des sciences humaines et sociales ou encore de la santé publique.

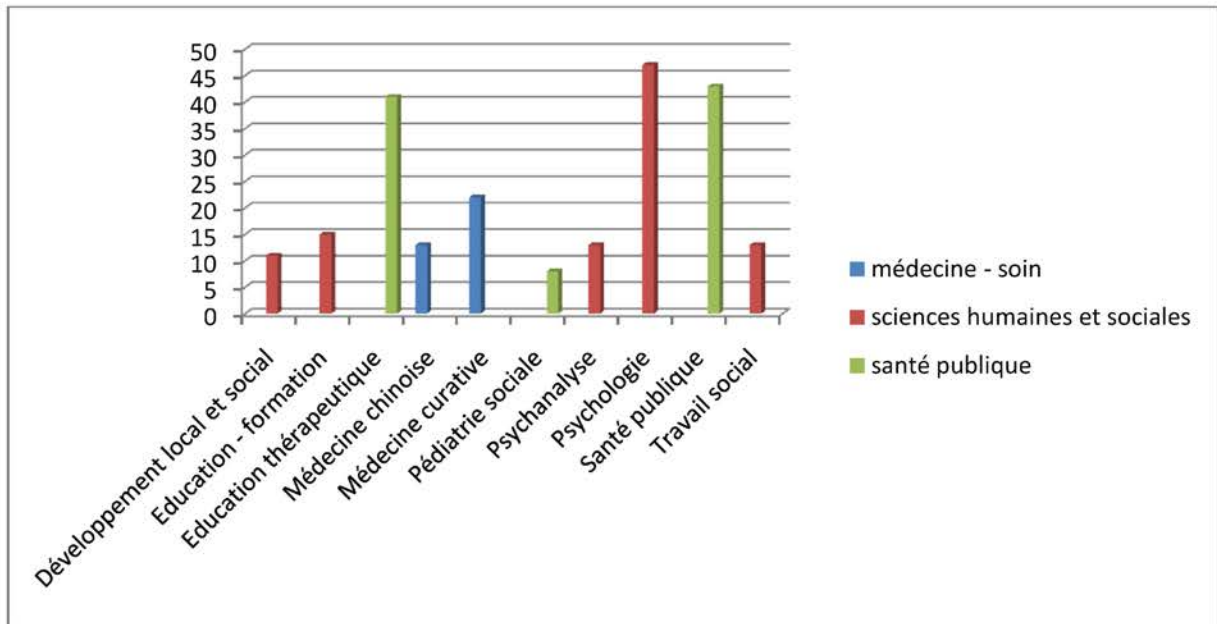


Figure 21 : Cadres d'intervention évoqués par les acteurs de terrain

Mais ce qui est notoire de la part des intervenants issus du domaine de la médecine curative mais exerçant en santé publique, c'est le regard critique porté sur les représentations de leur discipline.

*« Alors il y avait de la méconnaissance, du pas envie de savoir, des enjeux perso, des cloisonnements et puis une médecine curative qui prenait son essor ce qui fait que...d'ailleurs mes enfants disaient, parce que dans ma première vie mon mari était médecin et puis médecin généraliste, j'ai fait moi-même de la médecine générale et les enfants disaient : « mon papa est médecin, maman je ne sais pas»... »*  
EA 27 - MH

Le positionnement professionnel semble être problématique du fait d'un cloisonnement dans les interventions en médecine générale et médecine de prévention.

*« Donc voilà c'est très frustrant au même titre que c'est très frustrant pour moi des fois de ne pas pouvoir traiter quelqu'un, parce que, effectivement pour le coup en France on est très mal organisé je trouve parce qu'on a dichotomisé la médecine de prévention et la médecine de soin et je pense que on ne peut pas. Parce que franchement un étudiant ou une personne qui vient vous voir parce qu'elle a un problème de santé si vous lui dites « je sais ce que vous avez, je sais comment il faut faire mais allez voir mon confrère parce que moi je ne fais pas de soin » pour faire passer un message de prévention derrière c'est très difficile. Au même titre que l'inverse. Sauf que, en France, les médecins généralistes ça bouge un petit peu. On est tous formatés quand on fait de la médecine générale à répondre à une*

*maladie par un traitement et pas forcément aller au-delà. Je pense que la nouvelle génération ça va mieux mais à notre époque c'était comme ça. »*  
EA 17 - SV

## II. Les visions du monde au prisme de l'intervention éducative

### A. *Soi et les autres*

#### 1. Caractérisation des publics par les acteurs de terrain

##### a) Les mots pour parler des gens

Les publics sont nommés par les acteurs de terrain selon de nombreuses dénominations. Les termes génériques comme « gens », « personnes », « individus », « groupes » sont les plus utilisés, comme le montre la figure ci-dessous. Cela est relatif à la forme du discours oral qu'est l'entretien.

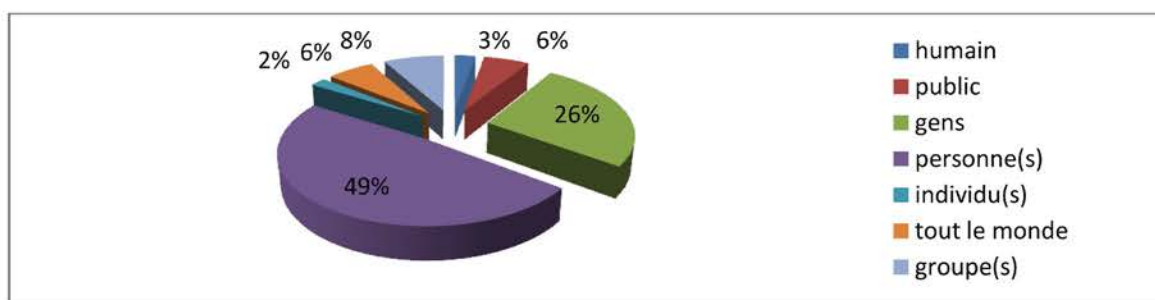


Figure 22 : Caractérisation générique des publics et groupes

Cette caractérisation est certes due au contexte professionnel où s'exercent les missions spécifiques de ces acteurs mais elle dépend également de facteurs plus intériorisés qui ont façonné une posture professionnelle particulière.

La motivation première est cet intérêt pour l'humain, cette conscience de travailler avec ce matériau particulier. Quelques extraits sont donnés en exemple :

*« J'ai commencé mes études par de la biologie et je me suis intéressé aux sciences-humaines, à l'humain, d'abord à l'humain... »*

EA 17- OB

*« ...dans toute cette mouvance-là il y avait aussi toute une nouvelle façon d'aborder l'être humain dans le soin donc ça m'a percutée de façon vive... »*

EA 27- MH

*« Je lui dis j'espère que je vais t'apprendre des choses mais j'espère que tu vas m'apprendre des choses aussi. Elle me dit ah bon je ne vais pas vous apprendre des trucs sur le métier, c'est votre métier. Ben je lui dis si parce que mon métier c'est de l'humain et donc comme tous les gens sont différents, je peux apprendre à tout moment de mon métier et un métier ça se termine jamais, ça s'apprend surtout quand on est dans l'humain. Je lui dis même le bois ça change, t'imagines les humains. Bon déjà l'avantage d'un principe... »*

EA 22- NL

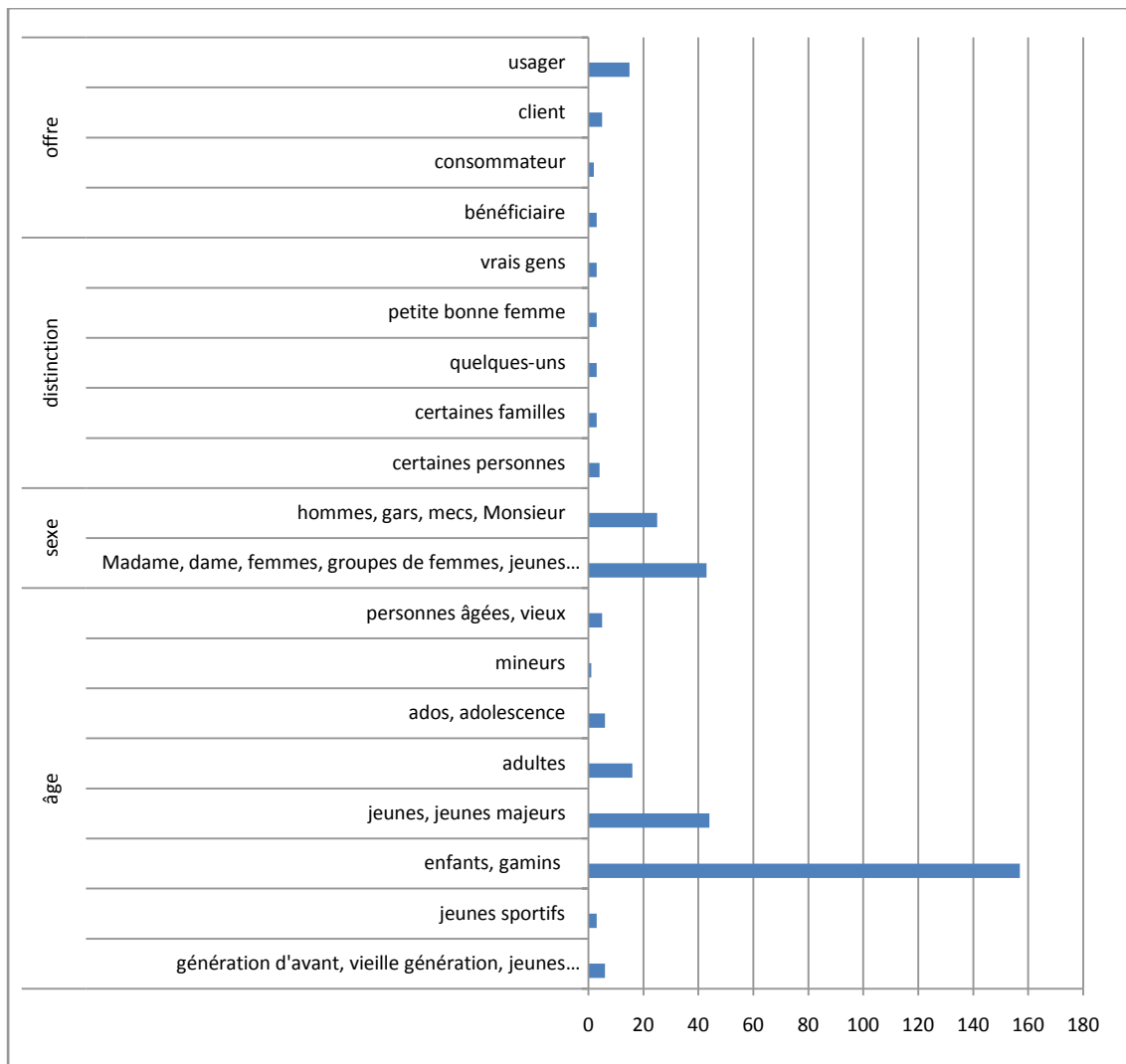
*« C'est vraiment à chaque éducateur d'être on va dire, consciencieux dans son travail et de se dire l'effet de stress enfin j'ai quelqu'un, j'ai un être humain entre guillemets en face de moi, je dois m'intéresser à lui, sans aller trop trop loin évidemment dans sa vie privée, il y a toujours des limites à ne pas franchir maintenant je dirais que des éducateurs qui raisonnent comme ça combien il y en a ? »*

EA 16- CL

*« Si tu veux c'est un peu replacer l'humain au centre de nos préoccupations. Avec notre société moderne et puis les années soixante/soixante-dix, peut être quatre-vingts, les choses sont allées de plus en plus vite que ce soit dans le domaine du travail ou de la santé, on est beaucoup plus dans une logique de rendement. L'humain se fait avaler. C'est ça qui m'a plu, c'est qu'on va à contre-courant de tout ça. On replace l'humain au centre des choses en tant que professionnel c'est plus satisfaisant parce que voilà, quand il y a un sourire ou un vrai mieux-être chez la personne, nous ça nous renvoie une satisfaction. »*

EA 21- LB

Ensuite, les publics ou les groupes sont désignés selon divers critères par leur individualité comme le sexe, l'âge, la distinction, l'offre comme le montre la figure suivante, ou encore leur univers social comme l'engagement, la situation sociale, la situation socioprofessionnelle et la situation sanitaire suivant la Figure 24 : Caractérisation des individus et groupes selon des critères sociaux et sanitaires.



**Figure 23 : Caractérisation individualisée des individus et groupes**

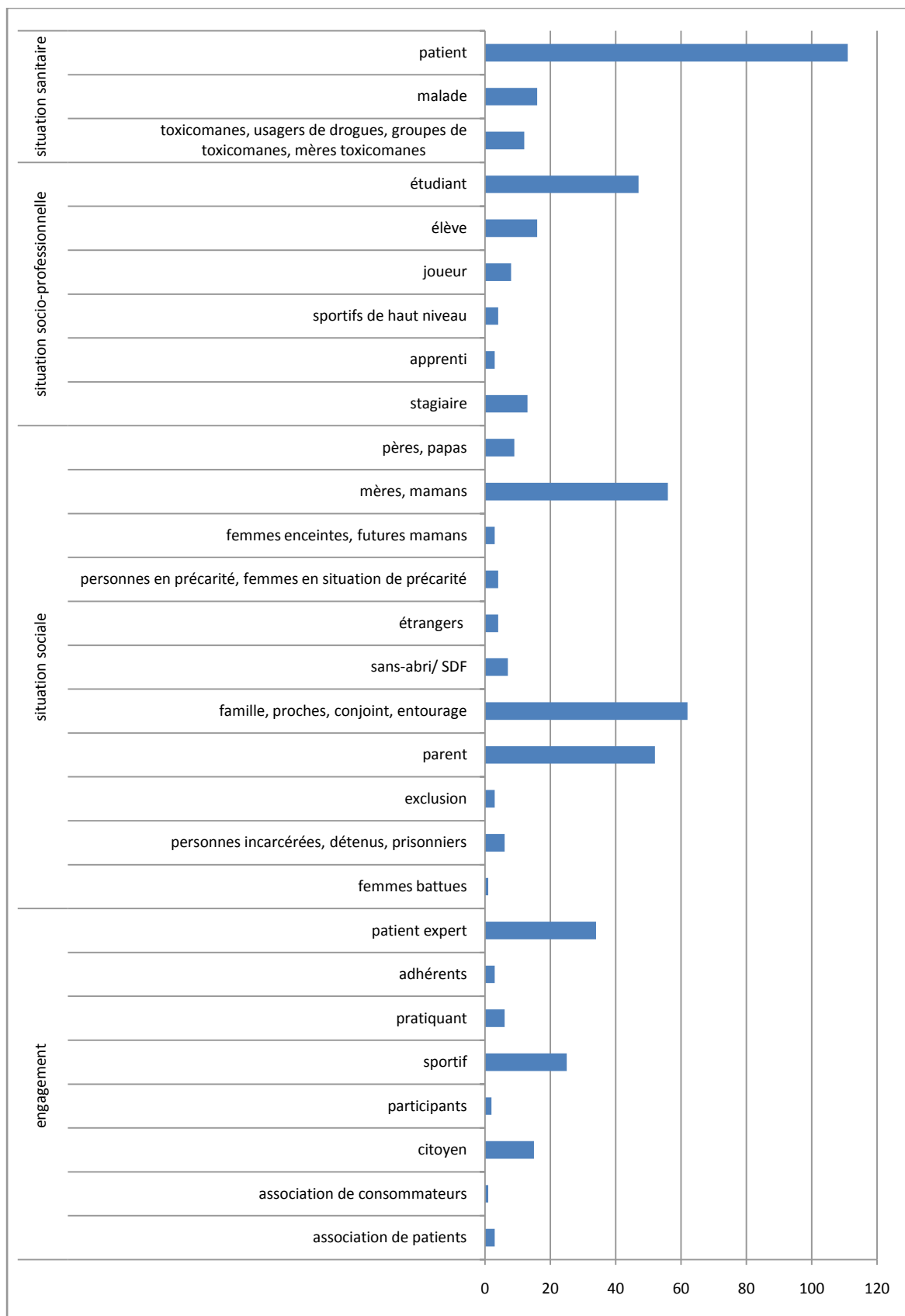
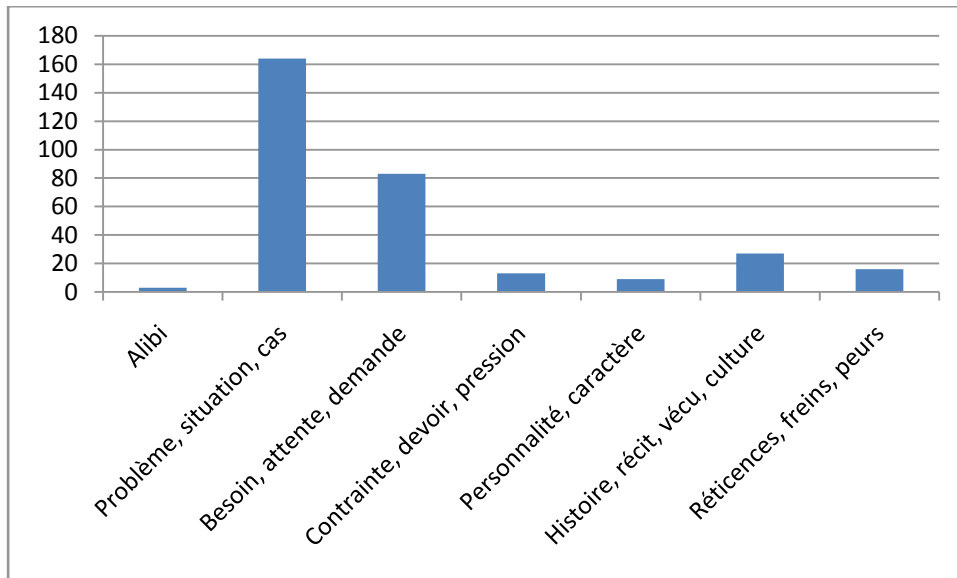


Figure 24 : Caractérisation des individus et groupes selon des critères sociaux et sanitaires

La caractérisation des publics et groupes est relatée également par des expressions qui renvoient à diverses problématiques rencontrées selon la figure ci-dessous. L'approche des publics par les acteurs de terrain est faite au travers de situation, problème, cas (164 occurrences) qui touchent les différentes populations et donc au travers de leur besoin, demande et attente (83 occurrences).



**Figure 25 : Les mots rattachés aux publics**

Dans les discours des acteurs de terrain, problèmes et besoins sont au cœur de l'intervention éducative.

« Des problématiques qui sont en lien avec des problèmes identitaires, d'orientation professionnelle, pas d'abandon de la famille mais de recombinaison familiale, des étrangers qui quittent la famille, qui quittent le pays, enfin je veux dire il y a souvent pour des étudiants qui ont des difficultés ou qui ne vont pas bien, c'est souvent des problèmes et médicaux et sociaux et psychologiques, pédagogiques, enfin c'est souvent des problèmes, un amalgame de problèmes qui font que... »

EA 17- SV

« D'apprendre... chaque être humain a beaucoup de besoins, besoin de partager, besoin de vivre en collectivité... et quand au lieu de parler beaucoup de motivation et de toutes les théories qu'on a vues, je pense qu'on est beaucoup sur la notion de besoin et de dire, ben voilà, vous allez vous rendre compte que on a pratiquement, mais à des degrés différents, tous les mêmes besoins, mais en effet à des degrés différents. La hiérarchie n'est pas la même. Et vous voyez c'est plus dans ce sens-là en effet. C'est plus en termes de besoin. Le besoin de reconnaissance par exemple, qui ne l'a pas ? »

EA 16- CL



Cette manière de caractériser les publics est une approche qui serait plutôt qualifiée d'approche de santé publique. Les publics sont les cibles des actions qui doivent permettre de mieux répondre à leurs besoins de santé. Mais, que les besoins de santé soient liés à des risques et à des maladies ou qu'ils intègrent des dimensions plus larges de santé globale, il semble que l'approche par les problèmes et les besoins soit récurrente dans tous les champs de pratiques qui ont en charge la santé humaine.

### **b) Les maux et les corps**

Concernant les problèmes et les besoins de santé, l'évocation des maladies et des risques par les acteurs de terrain est très prégnante. L'ensemble des maladies et risques qui nécessitent l'intervention de terrain se répartissent en plusieurs dimensions de santé. Quelques exemples sont rapportés ci-dessous :

- Santé physique : pathologie, maladie chronique, cancer, diabète, obésité, addictions (alcool, drogue)...
- Santé mentale : stress, tristesse, souffrance psychologique, mal-être...
- Santé sociale : phobie sociale, chômage, violence...
- Santé affective : manque, solitude, deuil, carence, maltraitance...

Les corps sont mis en avant au travers de composantes comme les organes (sexe, sein), les muscles, les membres (articulation, épaule, main, bras). Les corps sont évoqués dans leurs fonctions (mouvement, geste, respiration, sommeil, sensation) mais également dans leur perception (apparence, silhouette, sensibilité).

Les acteurs de terrain prennent en compte la personne comme un corps et un esprit possiblement en souffrance, à soigner ou à accompagner dans une réduction de risques. S'agissant de la protection maternelle et infantile, un médecin analyse cette prise en compte :

*« Donc au départ il s'agissait d'hygiène, office d'hygiène social, c'était la dimension de l'hygiène du corps, des corps même si aujourd'hui on peut penser qu'on a évolué vers quelque chose de plus global mais c'était vraiment une PMI du faire, on faisait des consultations, on allait à domicile, on pesait, on mesurait les*

*enfants, on s'occupait de ce qu'ils mangeaient, de l'allaitement maternel, petit à petit parce qu'il y a eu des cours d'allaitement maternel mais on s'occupait vraiment du corps de l'enfant et le relationnel est venu petit à petit, parce que avant... du corps de l'enfant dans sa dimension de la santé et puis petit à petit dans son évolution, on s'est préoccupé de...il n'y avait pas que les courbes poids, taille après il y a comment il évolue, petit à petit on a affiné notre approche, on est devenu extrêmement performant. »*

EA 27-MH

Un autre acteur interviewé, intervenant sur l'éducation à la sexualité, parle des corps comme des objets de connaissance et de souffrance :

*« Et de là j'ai pensé donc à des interventions, au début sur le corps, donc à donner des informations très concrètes, comment c'est fait un clitoris, d'où vient le sperme, des choses très très basiques, que j'ai découvert mais très tardivement mais, parce que c'était tabou parce c'était plus facile d'en rire et de ne pas aller en profondeur dans ces questions. Et puis cette chose, cette ouverture vers le corps je pense a obligé à une... a conduit à une possibilité d'aller plus loin, c'est-à-dire en parlant simplement du corps, j'ai eu en retour beaucoup de femmes et d'hommes surtout au cabinet, me parlant d'agressions sexuelles. Et du coup, je suis allée dans un autre versant, c'est-à-dire quand on peut parler facilement de la sexualité, tôt ou tard, on finit par permettre à des personnes qui ont vécu une sexualité extrêmement lourde, forcée ou violente ou trop tôt parce qu'elle était imposée, et bien ça conduisait à des révélations, à des confidences, à des demandes que je n'avais pas mesurées jusqu'alors. Donc là je me suis dit la nécessité du corps, la nécessité de parler de la violence qui m'a conduite du coup à aussi découvrir beaucoup de choses sur les lois. »*

EA 22-NL

Dans la présentation de son public, une éducatrice sportive intervenant dans un service hospitalier sur les troubles du métabolisme, explique son travail sur le corps avec les personnes obèses :

*« Alors, moi, en tant que... par rapport à mon métier, ma... ma fonction, que ce soit donc ... en tant qu'éducatrice sportive ou relaxologue, je veux dire plus axée sur le... enfin le... l'état de santé mentale, euh... ce qui est important c'est... c'est d'être à l'écoute de soi, que ce soit pour faire du sport, pour vivre... pour avoir une vie euh... enfin, retrouver une hygiène de vie correcte. C'est s'écouter, faire des choses que l'on aime, qui procurent du plaisir, parce que le plaisir on est sans cesse à la recherche, que ce soit dans l'assiette ou avec les cinq sens et justement je travaille beaucoup sur les sensations, pour pouvoir retrouver euh... les ... les sensations. C'est un travail d'équipe puisque euh... les diététiciennes remarquent que les sensations, de satiété par exemple euh... ces personnes souffrent de ce genre de problèmes, et bien euh... pour pouvoir euh... avancer, travailler sur ... sur la personne, il faut avant tout, justement, faire un travail sur les sensations. Donc*

*eah... toutes euh... les exercices de respiration, les exercices de détente des exercices comme le pilates aussi, vont permettre de faire des choses euh... où on est à l'écoute, on doit mettre euh... suivre les consignes, mettre en place certaines choses qui permettent de se rendre compte que euh... que le corps euh... vit, souffre euh... a des muscles euh... voilà, donc euh... et des sensations, des sensations agréables, désagréables, et ça c'est... c'est important parce que la personne obèse a tendance à... à ne pas vouloir sentir, voir, percevoir,... »*

EA 15 - MD

De même, une psychologue intervenant auprès de personnes diabétiques utilise le corps comme objet d'intervention :

*« ...se dire qu'elles existent, qu'elles habitent quelque chose, que ce quelque chose-là est rempli de plein... plein d'éléments que les personnes mobilisent ou pas et que, la prise de conscience de son corps fait qu'à un moment donné on peut mobiliser des choses, au niveau du corps, qui aident à surpasser les difficultés. »*

EA - 25 MT

Ou encore, un éducateur sportif pratiquant l'akitaiso avec des toxicomanes travaille le corps pour atteindre l'esprit :

*« Pour eux ce que j'essaie de développer c'est encore plus que pour les enfants, ils ont encore plus besoin de revenir à eux-mêmes, de revenir à une sensation d'eux-mêmes, de se relier à leurs propres corps déjà. Gestion des émotions, gestion des angoisses, du stress, ça c'est la première des choses. »*

EA 23-DR

Après l'étude des diverses dispositions utilisées pour caractériser les publics, critères d'individualité, fragilités et besoins, univers sociaux ou notions de corps, d'autres objets et arguments se rapportent avec une certaine force aux individus et aux groupes qui sont en lien avec les acteurs de terrain.

## **2. Des arguments communs pour l'intervention**

### **a) La santé positive comme constante**

La santé est une constante dans les arguments avancés par les acteurs de terrain pour désigner les publics auprès desquels ils exercent une intervention. La santé positive désignée par les

expressions comme «valorisation », « bien-être », « bientraitance », « équilibre » est au cœur-même de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales.

La valorisation et le bien-être des personnes en rupture de lien social :

*« Voilà, alors après dans le travail d'accompagnement, quand on voit les personnes au quotidien, voilà on peut effectivement trouver des... des leviers de valorisation, des leviers voilà, de bien-être pour elles, qui sont d'autres propositions par rapport à leur... à leurs béquilles et à ce qu'elles ont trouvé pour pouvoir encore tenir debout. »*

EA 18-DD

*« La santé c'est vaste. La dernière définition de l'OMS ce n'est pas l'absence de pathologie c'est le fait d'être bien au quotidien, c'est par rapport au logement, au travail, à la vie sociale. On a un monsieur, on lui a donné comme objectif, et je lui ai donné le même objectif, un monsieur qui est venu donc pleurer il n'y a pas longtemps dans le bureau parce qu'il est vraiment très mal, il vit tout seul, il se sent très seul, je lui ai dit allez au centre socioculturel, inscrivez-vous, il y a des activités et je lui ai dit de revenir me dire comment c'est. Parce que sinon il n'a pas de conversation le soir, il n'a personne à qui raconter. C'est ressortir de chez lui, c'est se refaire une vie sociale, ça touche vraiment tous les domaines. »*

EA 21 - LB

La bientraitance des enfants et l'accompagnement de la parentalité :

*« et on est arrivé dans les années 85 on a débuté tout ce qui était autour donc de la prévention de la maltraitance et puis après on s'est occupé de soutenir la bientraitance ce qui était quand-même une période beaucoup plus sympa et dans ce soutien à la bientraitance avec tous les apports de la neuro pédiatrie, de la notion de résilience, les compétences, et c'est là que les compétences psychosociales en promotion de la santé, alors ça se disait pas comme ça, on parlait d'empowerment, après d'accompagnement des parents et de soutien des compétences parentales enfin on avait ces mots-là, d'accompagnement à la parentalité ou à la fonction parentale, enfin après chacun y allait de son vocabulaire mais on était conscient qu'accompagner c'était déjà agir en s'appuyant sur les partages des savoirs. »*

EA 27-MH

L'équilibre dans une situation de fragilité :

*« Qu'est-ce que c'est que la santé? C'est l'équilibre. Mais l'équilibre de quoi ? Par rapport à quoi ? C'est très... C'est sur le fil du rasoir, tout ça. Quand est-ce qu'on est malade ? Quand est-ce qu'on ne l'est pas ? Il y a des choses chroniques, il y a des choses immunitaires qu'on trimballe, etc. Mais si on arrive quand même à faire circuler tout ça dans, dans un bien-être, je trouve ça déjà très bien.*

*Moi, j'avais fait une petite intervention grâce au GESAM, aux personnes très âgées des maisons de retraite. J'avais remplacé Béatrice. Et ils étaient tous en fauteuil roulant, parce que 85, 90 ans, c'est très âgé. Il y avait moins âgé, et il y avait plus âgé. Eh bien on a fait les automassages, la toilette énergétique, même quelques déblocages articulaires. Même en fauteuil, tu peux le faire. Et ça apporte vraiment le sourire. »*

EA 24-CP

Les acteurs de terrain se reconnaissent dans une même dynamique professionnelle de valorisation et de partage des différents savoirs avec les personnes qu'ils ont en face dans la relation individuelle ou collective.

### **b) Le lieu : symbole du développement des compétences psychosociales en santé**

Ce qui rapproche particulièrement certaines interventions est que les publics sont abordés au travers de la notion de lieu. Le lieu a une fonction symbolique de faire une place à l'individu afin de lui permettre de prendre sa place, trouver sa place ou de le mettre à l'abri et lui assurer une protection ou une écoute.

Il est question de faire une place au SDF dans une reconnaissance sociale :

*« ...il est certain que les personnes qui passent la porte d'Accueil Écoute, le minimum c'est qu'elles soient reconnues, respectées, entendues, qu'elles aient une place quoi ! Voilà, on leur donne une place. »*

EA 18-DD

Ou de faire une place à l'enfant d'une maman avec un problème d'alcool :

*« Allo, l'ASE est-ce que vous pouvez nous donner un petit peu de sous pour qu'on puisse mettre le petit enfant à la crèche truc, donc on va en discuter, donc on connaît la directrice de la crèche parce que sinon, on ne va pas l'envoyer à n'importe quelle crèche, on va passer un petit contact « il n'y aurait pas une petite place parce que machin » « on peut faire une petite réunion parce qu'il y a un petit souci, etc.... »*

EA 27-MH

De créer un lieu symbolique de réassurance pour laisser croître les aptitudes parentales :

« C'est là que la petite casita<sup>111</sup> de la résilience c'est hyper important parce que vous avez les compétences et la capacité à créer euh.... et c'est là-dedans hein... il y a les bases, le rez-de-chaussée, c'est à dire les besoins élémentaires, etc.... et dans cette base, ce socle de la résilience, il y a le lien mère-enfant, les attachements, donc nous on va utiliser nos outils, c'est trop difficile madame... on voit que c'est difficile entre vous et votre bébé, votre bébé il ne prend pas de poids, votre bébé il évolue difficilement, vous voyez, regardez il est tout raide là, qu'est-ce qu'on pourrait faire pour l'aider, vous voyez quand je le masse là, il commence à se détendre, vous avez vu il a souri quand il vous a regardée, il est sensible à votre voix, vous voyez il y a des outils pour essayer. »

EA 27-MH

Ou encore d'ouvrir un espace pour libérer la parole et solliciter l'aide :

« L'espace santé, l'intérêt c'est qu'on a cet espace de parole là, mais dans la durée et qui n'est pas étiqueté psy. Pour autant les infirmières, les diététiciennes et autres professionnels, même l'éducatrice sportive, elle en entend, elle entend des confessions. Le fait de travailler en équipe, ça fait que même si l'information qui doit être donnée à la psychologue est dite à la diététicienne et inversement, on arrive à faire le lien. On arrive à se mettre des petites alertes et se dire ah tiens, tu as vu madame untel ça va pas, elle m'a dit ça, en ce moment ça ne va pas, il faudrait peut-être qu'on la rappelle et la secrétaire décroche son téléphone pour la rappeler. »

EA 21- LB

Dans la symbolique du lieu d'accueil et d'écoute, les acteurs de terrain révèlent les interactions entre le professionnel, l'individu ou le groupe. Le lieu est déterminé comme un espace où se créent la confiance et le respect, où se partagent les compétences, où peuvent se combler les carences.

## **B. Les formes et les buts de l'intervention**

---

<sup>111</sup> Le modèle Casita de Lecomte et Vanistendael (2000) - Le modèle Casita, qui signifie en espagnol «petite maison» constitue un symbole puissant dans la représentation du lieu familial, lieu d'amour, et de sécurité nécessaire à la personne pour résister aux événements traumatisants et rebondir.

## 1. Un éventail biopsychosocial

L'intervention pour le développement des compétences psychosociales des individus et des groupes est une pratique qui prend différentes formes.

Selon les experts et théoriciens cette pratique doit s'inscrire dans tous les apprentissages depuis le tout jeune âge. En tant que « déterminants de déterminants », les compétences psychosociales sont un levier majeur pour prévenir tous les comportements à risque qui s'engagent et prennent source dès l'enfance et l'adolescence.

*« Il s'agit de s'inscrire dans un processus d'empowerment, indispensable pour ancrer les compétences psychosociales dans la quotidienneté de la vie. Si ce dernier objectif n'est pas privilégié, le concept en sera resté au niveau de la théorie, de l'intervention fugace, des mots. On se situe bien ici dans un apprentissage « tout au long de la vie ». Famille, école, tous les environnements interagissent pour sculpter les compétences psychosociales d'un individu. Et une synergie est non seulement possible mais souhaitable entre ces « milieux de vie ».*  
Site internet INPES

Des méthodes et des outils d'intervention sont donc mis à la disposition des acteurs de terrain pour les guider notamment dans la mise en œuvre des actions visant le développement des compétences psychosociales des enfants et des jeunes.

Dans le cadre des 9èmes Journées de la prévention en 2014, l'INPES a consacré une session à la thématique « Promouvoir les compétences psychosociales chez les enfants et chez les jeunes ». Un guide en direction des intervenants auprès des enfants et des parents est en cours d'élaboration depuis 2010 :

*« Nous avons mis en place en 2010 un groupe de travail resserré réunissant des professionnels utilisant des programmes de développement des compétences psychosociales validés. Ce groupe comprenait notamment des acteurs de terrain (psychologues, formateurs, chargés de mission) et des enseignants-chercheurs. Notre guide s'appuie sur le cadre conceptuel des compétences psychosociales porté par des organismes internationaux comme l'OMS et par l'abondante littérature scientifique en la matière. Il s'appuie également sur cinq programmes internationalement validés, reconnus et traduits en France : le programme SFP, le programme*

Incredibles Years Series de Carolyn Webster-Stratton, le programme Parent Effectiveness Training<sup>112</sup> de Thomas Gordon, le programme Brindami et le programme Life Skills training de Gilbert Botvin »<sup>113</sup>.

Les guides contiennent les activités à mettre en place dans un cadre d'éducation pour la santé à l'école ou autres milieux de vie. Pour exemple, une vue présentée lors de ces journées de la prévention par Béatrice Lamboy, Responsable du pôle «populations et cycles de vie » à l'INPES.



**Guide(s) CPS destiné(s) aux enfants- Plan**

- **Module 1 : être bien avec les autres – développer ses compétences relationnelles**
  - ✓ FC 1 : créer des relations satisfaisantes
  - ✓ FC 2 : communiquer efficacement
  - ✓ FC 3 : s'affirmer et résister à la pression des pairs
- **Module 2 : savoir analyser et résoudre des problèmes – développer ses compétences cognitives**
  - ✓ FC 4 : développer une pensée critique
  - ✓ FC 5 : résoudre des problèmes
  - ✓ FC 6 : demander de l'aide
  - ✓ FC 7 : prendre des décisions
- **Module 3 : être bien avec soi – développer ses compétences émotionnelles**
  - ✓ FC 8 : connaître ses émotions
  - ✓ FC 9 : gérer son stress
  - ✓ FC 10 : gérer sa colère

www.inpes.sante.fr  
inpes  
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Figure 26 : Plan du guide compétences psychosociales destiné aux enfants - INPES

Lorsque le terrain parle de développement des compétences psychosociales pour ses publics, c'est la confrontation avec la réalité des situations qui va déterminer les formes de l'intervention. Moins théorisée, l'action va répondre spécifiquement à des besoins primaires

---

<sup>112</sup> « Le programme Parent Effectiveness Training a été un programme fondateur du champ parental. Datant des années 1960 et inscrit dans un courant humaniste, il n'a pas fait l'objet d'un protocole de validation scientifique classique mais son contenu se retrouve dans l'ensemble des programmes parentaux validés scientifiquement. »  
[http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2014/Synthese\\_session\\_CPS\\_JP14.pdf](http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2014/Synthese_session_CPS_JP14.pdf)

<sup>113</sup>[http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2014/Synthese\\_session\\_CPS\\_JP14.pdf](http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2014/Synthese_session_CPS_JP14.pdf)



par un travail sur des comportements d'auto-soin comme l'hygiène ou l'alimentation qui vont agir sur l'image de soi :

*« Donc, ici nous nous objectifs et les...et la mission à laquelle on doit répondre, c'est simplement, voilà, donner un lieu d'abri, accéder à des aides matérielles, pouvoir manger, se laver, donc des choses très concrètes qu'on peut compter. Hein, on peut dire on a donné tant de douches, voilà. Mais par contre, derrière tout ça, l'impact un peu caché aussi, n'est pas tellement évalué, hein voilà, une personne qui peut prendre sa douche, avoir des vêtements propres, et ben, elle se sentira peut-être plus en dignité, elle se sentira mieux dans sa peau, voilà, avec une image d'elle-même plus positive et valorisée, mais c'est des choses que l'on ne sait pas non plus faire remonter. »*

EA 18-DD

Une autre forme d'intervention pour le développement des compétences psychosociales basée sur le support de l'activité physique et sportive permet un travail sur les compétences émotionnelles :

*« Sur un tatami il y a une communication non verbale qui est très importante en fait, alors je ne développe pas ça avec les enfants ou pas beaucoup mais on peut considérer l'aïkido comme une façon de gérer les conflits. Oui, c'est de la gestion de conflits. Il y a les principes d'aïkido qui sont irimi et taikan. Irimi c'est rentrer dedans et taikan c'est tourner autour et c'est les 2 principes sur lesquels sont basées toutes les techniques d'aïkido et c'est typiquement ce qu'on est amené à faire dans la vie quotidienne. Donc contrôle de soi, gestion du stress, gestion des émotions et entrer sans brutalité, en harmonie, faire un avec l'autre et prendre son centre parce qu'il faut prendre son centre. »*

EA 23-DR

D'autres considèrent que des compétences sont déjà présentes et se manifestent dans la relation avec l'intervenant. La forme que prend l'intervention est donc un accompagnement. Cet accompagnement va s'appuyer sur ces aptitudes existantes pour développer de la santé.

*« ...c'était des mères toxicomanes, mais comprendre leurs compétences au-delà de toutes leurs difficultés et de leurs galères ça pouvait permettre d'élaborer des*

*projets, nous les professionnels, mais en cercle autour d'elles, ce que Françoise Molénat<sup>114</sup> appelait le cercle de bienveillance et de travailler avec le père, s'il y avait un père c'était encore mieux quand une maman est toxicomane si on peut avoir un père dans le coin... et de pouvoir s'appuyer sur les compétences des uns et des autres pour justement apporter de la santé, enfin permettre à l'enfant de rester dans cette famille et puis de s'y développer.*

*Donc vraiment l'objectif c'est... au travers des compétences des parents, qu'il y a toujours en chacun... et de l'enfant acteur de sa santé lui-même, même dans le désir de ses parents, même dans le ventre de sa mère il a déjà une existence et il y a quelque chose de lui qui agit déjà et nous on n'est pas propriétaire de ça, c'est ça la compétence si vous voulez, enfin....dans l'idée. »*

EA 27-MH

L'intervention sociale, sanitaire, psychologique, sportive, éducationnelle telle que décrite par les acteurs de terrain, renferme en elle l'objectif du développement des compétences psychosociales. Cet objectif n'est pas identifié comme tel parce qu'il est inhérent à l'acte d'intervenir dans ces contextes et il est transversal à toute démarche éducative de transmission de connaissances, de pratiques et de travail sur les comportements dans une perspective de santé globale.

Un travailleur social explique :

*« ...on parle quand même plus d'éducation, voilà l'éducation, mais c'est de l'éducation spécialisée, c'est donner des conseils, les conseillères en économie sociale et familiale. Donc c'est ça, éduquer, conseiller, c'est donner quand même les moyens aux personnes d'avancer sur leur propre chemin, accompagner à un moment donné pour que les personnes soient plus autonomes et en capacité de gérer leur vie quotidienne. Si, on est là-dedans aussi, sauf que la grille de lecture est pas la même. »*

EA 18-DD

---

<sup>114</sup>« Françoise Molénat est pédopsychiatre au CHU de Montpellier, engagée dans le domaine de la périnatalité depuis trente ans. Elle a eu une part active dans l'élaboration des nouvelles mesures gouvernementales visant à améliorer la qualité des pratiques autour de la naissance et la prévention des troubles du développement chez l'enfant. ». <http://www.editions-eres.com/auteurs/633-francoise-molenat.htm>

## **2. Médiation pour une émancipation non-violente**

### **a) Le développement des compétences psychosociales dans l'esprit de la promotion de la santé**

L'étude de l'émergence et du déploiement de la promotion de la santé comme modèle politique et idéologique a permis de dégager l'idéal-type de la promotion de la santé : l'esprit de la promotion de la santé est fondé sur la mise en scène d'une santé globale, positive et mobilisatrice de toute force active dans tous les domaines constituant la société.

Sur l'axe de l'intervention en direction des individus et des groupes, la perspective est bien celle de l'éducation et l'éducateur tel que le définit Philippe Meirieu, est celui « qui se donne pour fin l'émancipation des personnes qui lui sont confiées, la formation progressive de leur capacité à décider d'elles-mêmes de leur propre histoire, et qui prétend y parvenir par la médiation d'apprentissages déterminés » (Meirieu, 2005).

Le développement des compétences psychosociales composent en grande partie ces apprentissages qui sont déployés dans toute entreprise d'éducation : l'école, le travail social, la formation, etc... Selon l'esprit de la promotion de la santé, il convient de considérer toute entreprise d'éducation comme partie prenante d'une démarche de promotion de la santé. Cette perspective n'est pas acquise, et encore moins intégrée par tous les éducateurs tant le domaine est méconnu ou ressenti trop complexe.

A la lumière de cette représentation de la promotion de la santé et de la recherche du sens donné à l'intervention pour le développement des compétences psychosociales fondée sur l'analyse des discours des différents acteurs en présence, le développement des compétences psychosociales peut être considéré comme une action sociale politisée qui dévoile diverses visions du monde chacune comme « division accusatoire du monde » (Trépos, 2012).

## b) L'éducabilité à une émancipation justifiée

L'intervention pour le développement des compétences psychosociales des individus et des groupes se base sur deux principes, celui de l'éducabilité intrinsèque de chaque être humain et celui de sa nécessaire émancipation contributive au projet mondial de développement humain.

Les visions du monde qui émanent de l'action éducative dévoilée autour du développement des compétences psychosociales se fondent sur des valeurs sociales et personnelles promues par les acteurs.

Si « la santé pour le développement humain » est la valeur universellement portée par les théoriciens de la promotion de la santé, elle est réinterprétée dans ses diverses dimensions par les acteurs de terrain au travers de valeurs sociales et personnelles justifiant le sens de leur intervention comme un processus de médiation non-violente : la justice, la paix, l'amour, la liberté en sont les socles.

Ces valeurs peuvent être illustrées par quelques extraits tirés des interviews.

La justice comme moteur du développement des compétences psychosociales :

*« Faudrait que je fasse une psychanalyse pour savoir exactement pourquoi je crois. Mais je crois que c'est le côté aussi hors normes, le côté..., ben voilà aider les plus démunis, ceux qui ont moins, ceux qui partent avec... voilà des cartes en moins. C'est parce que voilà on est dans une société qui fabrique aussi des inégalités, donc du coup je pense que c'est quelque chose qui m'est pas... pour moi c'est pas tolérable et c'est pas... Donc voilà je pense que c'est pour ça, par souci de justice, d'égalité. Alors c'est des grands mots mais... mais voilà. La différence aussi... enfin je pense que ça a un rapport aussi avec l'ethnologie, c'est aller vers des gens qui sont différents, autres, c'est la rencontre de l'autre, et pour le coup qui habite ce territoire de la rue. Voilà ça a à voir aussi avec de l'ethnologie je pense : rencontrer d'autres codes, d'autres modes de vie, d'autres façons d'être au monde et pourtant enfin voilà. Pour le coup être ethnologue c'est pas forcément partir à des milliers de kilomètres mais on peut faire de l'ethnologie dans le quartier d'à côté, dans la rue d'à côté quoi ! C'est un autre monde. Voilà, c'est la découverte d'un autre monde, c'est une approche. »*

EA 18-DD

Le développement des compétences psychosociales comme recherche d'un équilibre, d'une paix intérieure malgré l'épreuve :

*« Un équilibre, qu'elles y trouvent un équilibre dans le catastrophisme et le marginalisme. Essayer de trouver, de mettre le bon curseur dans la vie ; c'est pas ou totalement dramatique ou totalement fantaisie, souvent je dis c'est pas le monde de Oui Oui ou de Charlotte aux fraises mais c'est pas non plus le monde de Freddy. Il existe un monde que vous pouvez créer qui va être quelque chose entre les deux. Mais pour que ce soit entre les deux il faut connaître les deux aspects des extrêmes et que on ne peut pas vous enfermer dans une vie de... dans le catastrophisme en disant : de toute façon aujourd'hui les jeunes c'est des pervers, ils sont hyper désagréables, ils savent tout et en fait ils savent rien, ils sont des dégénérés avec le sida et la sodomie. Et de l'autre côté on ne peut pas dire non plus il faut les préserver parce que quand ils sont petits ils sont quand-même extrêmement naïfs il faudrait essayer de les préserver de tout ça il faudrait laisser ça aux adultes, [...]. Vous pouvez être quelque chose entre les deux de cet équilibre... qu'ils se sentent, ça c'est un terme que je n'utilise pas habituellement mais qui me vient comme ça à l'esprit c'est presque en paix, en paix avec eux-mêmes [...]Donc essayer de trouver un équilibre entre ce fatalisme et au contraire cet angélisme dire si on les préserve tout ne va pas aller bien c'est pas possible mais tout ne va pas être catastrophique non plus. C'est pas un terme que j'utilise habituellement mais il y a quelque chose de cet ordre parce que je pense que si je le dis c'est parce que je le vois. Je le vois dans les visages à un moment donné la connaissance au final, la connaissance en général peut conduire à la paix, en se disant c'est donc qu'on peut réfléchir sur ces questions c'est donc qu'on peut se poser, c'est donc qu'on peut militer c'est donc qu'on peut revendiquer, c'est donc que je peux aussi ne pas m'exprimer c'est donc que ça peut être du domaine de l'intime et ça peut aussi être partagé, ça veut dire que quoi qu'il arrive, si on le fait de la bonne manière c'est ni bien ni mal. C'est penser, je ne peux pas m'empêcher de dire ce terme penser, je pense, penser c'est à dire je suis acteur, penser... »*  
EA 22- NL

Comme le suggère NL cet équilibre est le résultat d'un apprentissage effectué par l'individu par la connaissance de soi et son positionnement critique vis-à-vis de cette connaissance. Ainsi on peut passer de la paix à la liberté.

La liberté comme la clé qui permet de s'affranchir pour choisir sa voie :

*« Ce serait plus d'être en paix avec eux-mêmes. Je sais pas si ça veut dire quelque chose mais euh... euh... c'est pas forcément de trouver un boulot, de machin, d'avoir deux chiens, une maison, un mari...Parce que moi-même je suis pas dans le cas-là du tout de la norme normalisée, normalisante. Mais, oui, plus d'être en paix*

*avec eux-mêmes et à la limite euh... s'ils veulent rester zonards... que ça leur convient... voilà, d'être euh... d'être eux-mêmes finalement, de pouvoir être soi-même et peut-être de pouvoir s'affranchir. Mais ça c'est vraiment un niveau que les gens atteignent après une analyse quoi !... de vraiment s'affranchir de ... de ce qu'on a fait d'eux. [...] mais c'est vraiment... haut là !!! c'est vraiment de... de... oui c'est vraiment ce que moi je mettrais dans le... dans les objectifs d'une psychanalyse finalement hein, c'est de s'affranchir de... de ne plus être ce qu'on a voulu que je sois, de ne plus être ce qu'on a voulu faire de moi, etc., et puis d'être ce que je veux être hein... si je veux être... si je veux être SDF je suis SDF, si je veux être PDG je suis PDG... enfin c'est euh... Mais voilà, ça je pense que les gens seraient beaucoup plus euh... heureux oui de pas subir toutes ces pressions, familiales, sociétales euh, etc.... ce serait top mais euh... c'est super dur... dans la société actuelle et... et en général »*

EA 20-VF

*« On contrôle moins, on contrôle moins, je pense que c'est une logique de domination. C'est une logique aussi de rapport à l'autre, quand on... quand on développe les compétences psychosociales, on prend le risque que l'autre sache nous dire non, sache se rebeller contre l'ordre qui est établi et euh... voilà, c'est... c'est une logique... voilà, je pense que c'est une logique de domination. »*

EA 18-DD

La liberté par rapport à soi, acquise, conquise par l'apprentissage psychosocial, donne du sens à ses propres actions et peut ouvrir vers l'amour inconditionnel de soi et de l'autre :

*« C'est un art martial, c'est défini comme tel, un art martial qui respecte... le seul art martial à ma connaissance qui respecte totalement l'autre. Et qui est censé complètement respecter l'intégrité physique et morale de l'autre. On l'accueille dans une sphère, c'est l'agresseur qu'on accueille hein, on l'accueille dans sa sphère et on le fait sortir de sa sphère sans brutalité mais en décourageant son attaque simplement. C'est le principe. Après ça prend parfois des années pour comprendre que c'est à faire sans brutalité et avec un amour absolu.»*

EA 23-DR

*« Voilà, c'est à la fois pour soi-même, mais pour les autres, parce qu'à moins de vivre sur une île déserte, il n'y a pas de solution autre que de vivre en harmonie. C'est l'harmonie, aussi. L'amour et l'harmonie. »*

EA 24-CP

*« Après peut-être oui, en-deçà, il y a peut-être des trucs un peu catho... catho/chrétien euh... qui animent tout ça hein mais euh... des valeurs effectivement éducatives ... dans la famille, des choses comme ça. »*

A côté de ces grandes valeurs, d'autres principes édictent le développement des compétences psychosociales parce qu'ils induisent l'agir c'est-à-dire la responsabilisation et l'engagement de l'individu dans l'action.

Mais certains de ces principes apparaissent relatifs et problématiques dans le contexte de l'intervention sociale. Par exemple, la recherche du bonheur est considérée comme un but très paradoxal et la « non intervention » pourrait être préférable :

*« Alors, ben voilà ! La thématique du bonheur quoi ! Vouloir le bonheur de l'autre à tout prix, ça rend les gens fous en fait. Donc euh ça je m'en suis bien rendu compte, voilà, et je pense que vouloir le bonheur de l'autre ou chercher à développer le maximum de qualité de vie pour des personnes qui ont..., qui partent, voilà, avec des cartes en moins, c'est d'abord passer forcément par une phase d'observation, d'être avec, vivre avec, participer. Voilà, apprendre à connaître ce qu'ils sont plutôt que d'être dans l'intervention directe, et pour le coup déjà savoir avant eux ce qui est bon pour eux en fait. Parce que c'est tout le contraire. C'est l'effet pervers, ça rend plutôt malade de vouloir le bonheur de l'autre que de... voilà, autant ne rien faire quoi pour le coup ! »*

EA 18-DD

La manifestation de la citoyenneté, l'acquisition de l'autonomie sont des buts visés par les acteurs de terrain parce qu'ils relèvent du comment être et comment participer dans le monde. En ce sens l'autonomie est considérée comme l'affirmation de la liberté individuelle et de l'autodétermination exprimée dans le sens du bien commun et du juste.

L'autonomie est la condition de l'épanouissement de l'individu, de son émancipation dans son propre environnement social :

*« En fait, c'est... l'idéal c'est que ces personnes donc soient autonomes et qu'elles puissent vivre ce qu'elles ont à vivre le mieux possible dans la société dans laquelle elles sont. Donc, avoir des amis, avoir des activités, avoir un boulot, avoir un compagnon. Voilà, faire leur choix. Être autonome mais aussi dans cette espèce d'autodétermination [...] mais ça peut être aussi souvent ce qu'on rencontre ici, autonomie vis-à-vis d'un compagnon, autonomie vis-à-vis des parents, puisque c'est souvent aussi des problématiques qu'on rencontre. Il y a des personnes qui*

*n'arrivent pas à se séparer. C'est de choisir leur vie finalement et de faire des choix pour eux, dans tous les domaines. »*  
EA 19-PS

L'autonomie est reconnue au travers du processus de responsabilisation qui engage les personnes à agir dans le sens du bien commun. L'autonomie est, en ce sens, subordonnée par la responsabilité aux impératifs de solidarité dans la défense du bien commun (Massé, 2003):

*Le sens de l'intervention c'est vraiment qu'ils deviennent acteur de leur parcours. Il y a plusieurs raisons, au niveau de l'État il y a des raisons économiques au départ. Un patient qui se prend vraiment bien en charge, qui anticipe, qui dès qu'il a un souci consulte un médecin et choisit la bonne intervention au bon moment, c'est quelqu'un qu'on ne va retrouver hospitalisé parce que le problème durera depuis trois semaines et sera complètement aggravé. Et après au niveau des professionnels tu sais bien qu'il y a des médecins qui prennent de l'âge, il n'y a pas forcément de remplaçants en milieu rural non plus. Donc ça permet aussi de rendre les patients un petit peu plus autonomes sur certaines petites choses.*  
EA 21-LB

Ici, se pose de façon prégnante la question éthique entre le devoir de responsabilité et le droit des personnes à choisir leurs habitudes de vie sans pression indues de l'extérieur c'est-à-dire « *la reconnaissance de la compétence des citoyens à l'autodétermination, soit la compétence à décider de ce qui est bien et souhaitable pour eux dans tous les domaines les concernant directement, de même que leur compétence à établir la hiérarchisation des valeurs.* » (Massé, 2003).

Les valeurs et les principes qui sous-tendent l'intervention pour le développement des compétences psychosociales des personnes et des groupes relèvent d'une vision humaniste du monde. Cette vision est ainsi partagée par l'ensemble des forces agissantes dans un contexte large de promotion de la santé.



## Conclusion CHAPITRE II

Les finalités de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales s'inscrivent dans une conception humaniste de l'action. Cet humanisme, peut être rattaché aux travaux de Tzvetan Todorov, en ce qu'il s'appuie sur les trois piliers que sont :

« la reconnaissance d'une dignité égale à tous les membres de l'espèce, l'élévation de l'être humain particulier autre que moi en but ultime de mon action, enfin la préférence pour l'acte librement choisi sur celui accompli sous la contrainte. »<sup>115</sup>

En effet, dans leur commune expression, les discours des différents acteurs (théoriciens, experts et acteurs de terrain) véhiculent les valeurs humanistes de liberté, de respect et bienveillance pour autrui et de dignité égale de tous les humains.

Cependant, dans la perspective de l'action, les discours des théoriciens et des intermédiaires portent une relative tension en ce qu'ils ambitionnent d'un côté une normalisation de l'intervention en incitant tout éducateur à intégrer le développement des compétences psychosociales dans une action globale de politisation, et de l'autre revendiquent une spécification émancipatrice de l'intervention. En d'autres termes, l'usage du développement des compétences psychosociales est voulu généraliste et l'outillage est rendu spécialiste. L'outillage du développement des compétences psychosociales se retrouve dans les logiques des intermédiaires - méthodologues particulièrement axées sur la technique et la méthode qui servent les principes de la promotion de la santé. Sur le terrain, des arrangements se réalisent dans une imbrication des champs d'action (éducation, social, santé publique, promotion de la santé). La notion de « compétences psychosociales » est, d'une part, incorporée comme telle quand la promotion de la santé est reconnue comme l'un des cadres d'appartenance, c'est le cas par exemple des professionnels de santé publique, et d'autre part, substituée par les notions d' « autonomie » et d' « engagement citoyen » quand le cadre prégnant est l'éducation spécialisée, le travail social.

---

<sup>115</sup> Le Jardin imparfait – La pensée humaniste en France, Tzvetan Todorov, éd. Grasset, coll. Le livre de poche - Biblio essais, 1998 (ISBN 2-253-94297-9), p. 329.

# Conclusion TROISIÈME PARTIE

J'ai tenté de montrer comment les modèles théoriques qui portent sur les compétences psychosociales évoluent et ont été, et sont encore, alimentés par les évolutions d'autres champs. Il est mis en évidence que l'investissement sur le secteur des compétences a gagné tous les milieux. Les relations humaines et les relations de l'individu avec son environnement sont aujourd'hui lues au prisme des compétences. Pour conclure cette troisième partie, je veux insister sur l'assimilation par la promotion de la santé des nouvelles approches sur le comportement humain. Ainsi, sur le constat que «les démarches de communication par messages à l'ancienne, axées sur la rédaction d'informations et l'envoi de messages, suffisent rarement, à elles seules, à influencer positivement le comportement et le choix des personnes en matière de santé », le « cadre politique et stratégie Santé 2020 » proposé en 2012 par le Comité régional de l'Europe de l'OMS, prévoit d'intégrer les dernières connaissances issues des sciences du comportement social et du marketing stratégique. La stratégie pour le changement de comportement humain repose sur des éléments assimilés dans une démarche intégrée. Ces éléments sont tirés des sciences du comportement social, dont le marketing social stratégique, la psychologie sociale, l'économie du comportement et la neuroscience.

L'incorporation de ces champs théoriques contribue à la légitimation de la promotion de la santé sur sa stratégie de démonstration de l'efficacité de ses programmes. Elle lui permet aussi de construire, à partir de ses valeurs et principes, son propre dispositif de politisation. L'incorporation actuelle des concepts et méthodes tirés des sciences du comportement social est un exemple manifeste :

« des solutions pratiques et souvent d'un bon rapport coût-efficacité pour gérer la diversité des défis comportementaux chez diverses populations. Le fait d'aller au-delà de la communication pour s'axer davantage sur les aspects comportementaux et pour mieux comprendre la santé et les programmes y afférents offre un potentiel croissant d'obtenir des effets mesurables et durables dans la vie des gens, en trouvant les moyens de les aider concrètement à atteindre leurs propres buts en matière de santé. Cette démarche, combinée à un axe stratégique sur les déterminants sociaux de la santé au sens plus large, aide à renforcer la robustesse et l'efficacité des interventions. » Cadre OMS 2012.

**QUATRIÈME PARTIE : Perspectives  
éthiques du sens de l'intervention pour le  
développement des compétences  
psychosociales**

# Introduction à la QUATRIÈME PARTIE

En référence aux travaux de Marcel Crahay (Crahay, 1999), Jacqueline Billon rappelle que tout engagement dans une action éducative nécessite de la part des intervenants des hypothèses à propos des mécanismes d'apprentissage et du développement des individus.

*« Autrement dit on ne peut s'engager dans une pratique d'éducation appliquée à la santé qu'en supposant que son propre comportement et ses propres processus de référenciation de l'éducation et de la santé affectent l'état psychologique d'autrui. Ainsi, le praticien de l'éducation appliquée à la santé qui tend à favoriser les capacités de décider, d'interpréter et d'intégrer des connaissances, postule l'existence chez chaque individu d'aptitudes qui ne demandent qu'à éclore dans un contexte positif. Celui qui demande aux praticiens de l'éducation de modifier des types de comportements connus pour conduire à de mauvais état de santé de populations-cible suppose que tous — au moins, la grande majorité — sont virtuellement capables de ces apprentissages. Quant à celui qui assigne à l'éducation appliquée à la santé de construire des enfants et ou des adultes responsables, autonomes en développant leur libre arbitre, des compétences, des savoir-être et des savoir-faire pour réaliser des choix pour une vie saine, adopte encore une vision plus positive de la nature humaine et de sa plasticité. » (Billon, 2000).*

Cette quatrième partie s'attache donc dans un premier chapitre à considérer l'éthique comme légitimation de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales. Cette perspective éthique permet d'ajuster le positionnement de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales dans la cité promotion de la santé. La dialectique du développement des compétences psychosociales est envisagée comme un cadre général formé de divers concepts imbriqués et placés au rang de valeurs. Le second chapitre met au jour « les mondes » du développement des compétences psychosociales depuis les représentations humanistes qui émanent des pratiques de promotion de la santé jusqu'à celles engagées par des pratiques répondant plus explicitement à l'individualisme postmoderne et à la rationalité néolibérale.

# **CHAPITRE I : Légitimation de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales**

# I. L'éthique et l'engagement des acteurs

L'engagement des intervenants dans le processus éducatif vis-à-vis des personnes et des groupes renferme une tension éthique révélée dans le cadre du questionnement sur l'intervention pour le développement des compétences psychosociales. Il ressort que l'intervenant, en tant que professionnel impliqué dans des interactions complexes qui touchent au comportement, ne peut consentir à une négligence intentionnelle (abandon), ni ne peut souscrire à une influence abusive (manipulation) sur les personnes. L'éthique exclut ces deux postures extrêmes et se situe entre une attention bienveillante et une négociation consciente pour que puisse se dérouler l'apprentissage de l'autonomie, de la liberté et de la responsabilité dans une perspective de justice sociale.

Dans ce cadre éthique, le terme « intervention » utilisé dans le processus de développement des compétences psychosociales semble comprendre une ambiguïté. « Intervenir » n'est pas s'immiscer dans la vie de l'autre sans y être autorisé, intervenir c'est agir en faveur de l'autre et avec son consentement. Il s'agit donc plutôt d'instaurer une coopération dans la relation éducative.

## A. *Un engagement politique et militant*

### 1. **La co-construction : gage d'une citoyenneté partagée**

La co-construction est une modalité avancée par les acteurs de terrain comme garante du partage des savoirs entre intervenant, personne, groupe. La co-construction est proposée en tant que combinaison, créatrice de citoyenneté, se situant entre la poursuite institutionnelle d'objectifs et la liberté d'action individuelle :

*« C'est un engagement militant en fait...C'est une valeur d'action en fait. C'est utiliser mes compétences pour euh...C'est un engagement en fait euh... par rapport à l'utilisateur. Montrer que l'utilisateur n'est pas simplement un bénéficiaire de services*

*et de soins, qu'il peut être aussi... qu'il peut avoir d'autres besoins et qu'il peut apporter une innovation au service public, par rapport à un sens profond en fait. Je crois beaucoup à... à l'éducation... à la valorisation du citoyen dans son savoir, dans ses capacités de faire, et je suis outré, ça m'insupporte les politiques, mais est-ce que c'est pas ça être politique, qui endorment le citoyen par un tas d'offres. Par des politiques, par des projets, le citoyen il est simplement considéré comme un consommateur. Je suis dans ce combat-là. Le citoyen est bien plus que ça, il est bien plus qu'un avaleur de services et de biens publics, il est... il fait partie... il est une personne qui pense et qui peut penser son avenir, qui pense son chemin. Je suis dans ces valeurs-là de construction, de co-construction. »*

EA 14-OB

Nous pouvons rattacher cette idée de co-construction dans le champ de l'éducation thérapeutique du patient à l'analyse de la coéducation dans le cadre de la parentalité comme « *posture et pratique professionnelle susceptibles de satisfaire l'exigence démocratique de reconnaissance des compétences (parentales). Son fondement en légitimité est l'acceptation, par un grand nombre de professionnels de l'éducation, de la critique qui leur est souvent faite : leur action serait porteuse d'une imposition normalisatrice.* » (Trépos, 2012).

Dans la relation éducative, la citoyenneté, comme qualité de devenir ou être citoyen, est mise au travail par le processus de développement de compétences au bénéfice des personnes. Toutefois, elle concerne aussi l'intervenant au travers des valeurs qui sous-tendent son action. Ainsi l'engagement est qualifié de citoyen et de militant.

*« ...même si on apprend des techniques euh... eh ben faut quand-même qu'on ait un projet quoi euh... politique au sens large du terme, donc on peut pas faire ce boulot-là sans... qu'en étant technicien quoi. Forcément on a un projet autour de la... ben du vivre ensemble par exemple... autour de l'écologie, autour de pfff... enfin tout un tas de choses euh... enfin c'est pas qu'un truc d'ailleurs, ça peut être plein de petits trucs qui en font un ensemble, mais qui sont aussi de l'ordre un peu de... l'engagement... de vie citoyenne et... on traite pas l'alimentation de la même façon en fonction de nos sensibilités... politiques euh... mais encore une fois dans le sens politique, au sens large du terme quoi. »*

EA 26-DO

## 2. L'autodétermination : garantie d'une dignité commune

Le respect de la liberté individuelle d'action dans la relation éducative et notamment quand elle vise le développement des compétences psychosociales est une exigence inconditionnelle. Inconditionnelle doit être également la bienveillance avec laquelle le professionnel accompagne les personnes et les groupes dans la démarche éducative. L'instauration d'un climat de confiance réciproque permet la prise de conscience, l'esprit critique et l'autodétermination nécessaire dans le processus de changement recherché et négocié.

*« En fait les valeurs sont les mêmes que ce soit compétences psychosociales ou éducation thérapeutique. Il y a des valeurs de déontologie, des valeurs d'éthique. La base de l'éducation thérapeutique c'est l'absence de jugement. On accueille tout le monde de la même manière. L'avantage c'est qu'ici il n'y a rien à avancer en matière d'argent donc on accueille la personne bénéficiaire du RSA comme le cadre en retraite. Il y a une liberté totale du patient d'adhérer ou non, liberté de venir suivre les séances ou de nous dire qu'il abandonne, il n'y a absolument pas de sanction parce que ça reste libre et basé sur la motivation. Et en fait... si tu veux... comment dire... le courant de pensée qui sous-tend l'éducation thérapeutique c'est beaucoup le courant de pensée de Carl ROGERS qui est un psychologue des années soixante, qui a en fait... qui s'est rendu compte que l'approche devait être centrée sur la personne. Encore une fois, c'est la personne qui fait son chemin et qui prend ses propres décisions. D'ailleurs comment développer un raisonnement et une capacité à faire une analyse critique et à prendre une décision chez un patient si on lui impose quelque chose parce que ce serait complètement paradoxal. Donc en fait c'est très éthique, c'est vraiment comment dire... une bienveillance inconditionnelle si tu veux. »*

EA 21-LB

Dans un cadre éthique, selon la théorie de Deci et Ryan (Deci, 2000), l'autodétermination relève du droit à disposer de soi-même et ce droit doit être affirmé pour la personne dans les interactions éducatives avec l'intervenant. L'autodétermination, exclut donc la contrainte, car elle engage la personne dans sa propre volonté à agir. L'intervention pour le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé ne peut s'affranchir de la promotion



de l'autodétermination comme garantie du respect de la dignité des personnes (éducateur/éduqué).<sup>116</sup>

Le questionnement éthique sur l'intervention en éducation pour la santé aboutit au principe que « *la santé ne peut être un objet d'éducation qu'à la condition que celle-ci applique les principes universels des droits du citoyen, et en particulier ceux qui concernent le respect de la personne dans sa capacité à rester l'auteur de ses actes et à choisir ses propres attitudes et comportements.* »<sup>117</sup>. La possibilité d'un engagement laissé à la personne, sans autre forme de jugement, consacre l'engagement professionnel comme attestation, en retour, de la dignité de l'intervenant.

## **B. Un engagement professionnel et personnel**

### **1. La conscience de sa responsabilité**

Le professionnel qui accueille, encadre, transmet... prend part à la dynamique de changement engagée avec les personnes et les groupes. Cela lui confère une responsabilité dont la conscience est exhortée par les théoriciens-experts dans le contexte de la promotion de la santé.

*« Dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention, le principe de pratique exemplaire s'articule autour des trois dimensions, à savoir les valeurs, les connaissances et le contexte. Lorsque vous planifiez, mettez en œuvre et évaluez des activités, il est recommandé d'examiner systématiquement vos décisions et actions en fonction de ces dimensions. »*  
*Site internet Promotion santé suisse*

---

<sup>116</sup> Lapostolle-Dangréaux, C. (2008). L'éducation pour la santé, au nom de quoi ? Colloque régional, Questions éthiques et éducation pour la santé. CRES-PACA, Actes. 21-5.

<sup>117</sup> Comité français d'éducation pour la santé, dossiers techniques. Avis du Conseil scientifique : des éléments pour un questionnement éthique dans la mise en œuvre de l'éducation pour la santé. 1999-2000.

Sur le terrain, l'impact supposé de l'intervention sur les personnes induit une conscience de sa propre responsabilité chez l'intervenant qui se manifeste dans un positionnement « juste » entre proximité et distance avec l'autre :

*« ...ça nous amène une responsabilité évidemment. Tant qu'on est inconscient bah on est inconscient on s'en fout. Quand on est conscient de soi et de ce qu'on est capable d'apporter on a la responsabilité de se positionner soi-même intérieurement et extérieurement de façon juste. »*

EA 23-DR

Cette posture n'est pas éloignée des principes de la pédagogie de Paulo Freire. La responsabilité de ceux qui éduquent est engagée et ils ont le devoir de penser leur propre façon d'être au monde, leur propre épanouissement et leur regard porté sur les autres. Avoir la conscience de soi en tant qu'éducateur, de sa propre culture, de ses aspirations et comprendre comment cela interagit dans la relation éducative est le positionnement éthique nécessaire selon Paulo Freire (Freire, 1974).

Raymond Massé introduit une valeur phare, celle de la non malveillance comme un souci corollaire à la quête du bien-être d'une population qui vient « baliser les limites et identifier *les conditions de l'intervention*. » (Massé, 2003).

Dans cette relation, les méthodes utilisées pour la transmission des contenus sont de la responsabilité de l'intervenant et révèlent le sens donné aux contenus. Si les contenus sont les compétences psychosociales alors il ne peut s'agir de consommation d'idées et de messages, cela ne peut être qu'une médiation qui vise la transformation de la conscience, une démarche de compréhension du monde qui réside dans un partage d'idées et de savoir-faire entre les personnes.

## **2. Réflexivité, supervision et éthique de l'intervenant**

Dans l'introduction à la session consacrée aux compétences psychosociales lors des 9èmes journées de la prévention de l'INPES, le modérateur, Pierre Arwidson, Directeur des affaires

scientifiques explique son engagement et ses convictions sur l'intérêt du développement des compétences psychosociales :

*« Cette session sera l'occasion d'aborder la promotion des Compétences psychosociales (compétences psychosociales) chez les enfants et chez les jeunes avec un panel international composé de Brian Mishara (Québec), Daniel Pellaux (Suisse) et de représentants français. J'ai découvert les programmes fondés sur les compétences psychosociales grâce à Daniel Pellaux et j'ai immédiatement eu l'intuition que les compétences psychosociales constituaient un fondement de l'éducation à la santé. Il y a 18 ans, Daniel Pellaux m'avait demandé de le remplacer pour présenter le programme « Objectif grandir » qu'il avait conçu avec le soutien de l'Office fédéral de santé publique (OFSP). J'étais donc intervenu au Club de pédiatrie sociale et à la fin de ma présentation, un professeur très respectable m'a expliqué que ce type de programme était l'exact opposé de ce qu'il convenait de faire en promotion et en éducation à la santé. Notre session thématique prouve qu'il n'avait pas nécessairement raison. Nous avons également créé un groupe de travail européen relatif aux compétences psychosociales parrainé par John Orley de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). A l'origine, je m'interrogeais sur les fondements scientifiques de ces programmes. Depuis, j'ai découvert que le champ des compétences psychosociales faisait l'objet de nombreuses recherches scientifiques. Les approches en faveur du développement des compétences psychosociales ont émergé de l'intuition de praticiens et ont ensuite été complétées par une abondante littérature scientifique. Elles font désormais partie des travaux de la société européenne de recherche en prévention. »*

[Site internet INPES](#)

La posture éthique de l'intervenant nécessite une analyse critique de l'acte professionnel notamment dans le cadre du travail sur les compétences psychosociales. L'amélioration recherchée sur la qualité de son action contraint l'individu à la réflexivité (Giddens, 1994). *« Cette opération réflexive et les ressources qu'elle mobilise participent de la construction et de la cohérence de l'identité personnelle »* (Paugam, 2010). En considérant la situation éducative, nous pouvons dire que la réflexivité conduit à l'expression éthique d'une pratique professionnelle acceptable.

*« ...on est nourri de la peur depuis longtemps et la peur de blesser la peur que les gens ne viennent plus, la peur qu'il y ait un clash. La peur que... et bien ça si on n'est pas convaincu qu'on est dans le vrai, si on n'est pas convaincu que ce qu'on apporte a du sens on ne sera pas un bon intervenant. Et pour être convaincu que ça a du sens et bien il faut échanger dans des formations avec d'autres professionnels. Il faut tester des choses par soi, être bien avec un outil bien... pouvoir parler de thèmes même si on se sent très très éloigné c'est à dire on est pas là pour parler de nous. Moi je peux parler de tas de choses qui ne me*

*concernent absolument en rien. Il ne faut pas aussi avoir l'impression qu'il faut avoir vécu les choses. C'est quelque chose que je peux reprocher parfois par exemple aux interventions sur l'alcoolisme. Trop souvent on entend : c'est bien quand ils sont des alcooliques, des anciens alcooliques. »*

EA 22-NL

Dans le cadre de la promotion de la santé, des équipements éthiques sont mis à la disposition des acteurs pour accompagner la relation éducateur/individu et groupe. Tout d'abord la charte d'Ottawa de 1986 est considérée par ses initiés (théoriciens, intermédiaires) comme un référentiel de valeurs qui permet au professionnel d'interroger ses pratiques du moins sur les axes qui concernent l'éducation pour la santé et le développement communautaire. D'autres outils sont conçus à partir de ce référentiel de valeurs pour guider les acteurs dans l'amélioration et la réactualisation permanente de l'action pour le développement des compétences psychosociales. Les conférences, les débats, les publications sont les vecteurs des apports en termes de réflexion, de synthèse, de questionnements proposés au professionnel.

La réflexion éthique sur les pratiques va pourtant bien au-delà du positionnement de l'intervenant et sur ce qu'il considère comme « vrai » de son intervention. Cette réflexion doit porter sur ce qui est « juste ». En couplant certaines valeurs qu'ils considèrent comme « phares » et qui balisent la justification éthique de l'intervention en santé publique, soit la responsabilité et la solidarité citoyenne (qui incombent aux personnes et aux groupes) et le respect de l'autonomie et la non malfeasance (imputées aux intervenants), Raymond Massé prévient :

*« Ce qui est en cause ici [...] (est) la déqualification au nom d'un souci de bienfaisance d'autres valeurs jugées importantes par la population. Les principales valeurs fondamentales qui risquent de faire l'objet d'une déqualification ou d'empiètements sont celles de l'autodétermination et de la liberté de choix de son mode de vie, de respect de la vie privée et de la confidentialité des informations, et des risques d'injustice liés à la distribution inéquitable des retombées négatives des interventions. »(Massé, 2003).*

## II. La dialectique du développement des compétences psychosociales

La promotion de la santé est fondée sur des valeurs et l'intervention pour le développement des compétences psychosociales interroge ces valeurs de façon très prégnante. Depuis trente ans, à la suite de la charte d'Ottawa, les pratiques de l'éducation au sens du renforcement des capacités des individus et des groupes se sont ajustées, sur fonds de théories psychosociales. Dotés d'équipements fondés sur la médiation et la « coéducation », l'intervention « juste » s'oppose à l'intervention « iatrogène »<sup>118</sup> dont les équipements relèvent de l'injonction voire de la culpabilisation, sous la pression législative, médiatique ou culturelle, encore en vigueur aujourd'hui par l'approche biomédicale de la santé publique.

Néanmoins, ces avancées se sont produites dans un contexte d'effritement des institutions et sur fond de crise de la raison et des valeurs à l'œuvre depuis le début du XXe siècle (Freitag, 2002). Le déclin des institutions et la multiplicité des logiques du social, obligent les acteurs à créer du sens à partir de leur propre expérience. Le monde étant en perpétuelle négociation, la construction du sens se produit sur un mode herméneutique, c'est-à-dire dans une démarche qui vise à comprendre les visions du monde portés par les acteurs.

Dans ce contexte, le sens du développement des compétences psychosociales émane d'un processus de multiplication de compétences et de maîtrise de savoirs sur soi, les autres et son environnement. La dynamique de l'éducation pour la santé prend appui, essentiellement, sur des critères comme l'efficacité, l'efficacité et sur les compétences adaptatives de la personne et des groupes. Ceci se fait au détriment de la pensée critique (Halhal, 2015) qui en grande partie peut répondre à l'exigence stratégique d'une politique de promotion de la santé qui appelle à l'interpellation des politiques publiques, à la réorganisation des services et à l'action sur l'environnement.

---

<sup>118</sup> Intervention qui produit un effet négatif sur les participants.

## A. **Autonomisation (empowerment) et contrôle**

La visée du développement des compétences psychosociales est d'arriver à ce que les personnes agissent de façon autonome essentiellement sur les aspects de la vie qui concernent leur santé. L'autonomie recherchée passe par un processus dit d' « empowerment » par lequel un pouvoir est exercé sur l'appropriation et la gestion des conditions nécessaires pour atteindre cette autonomie. C'est à ce prix que le pouvoir d'être acteur de sa santé peut véritablement s'exercer.

Dans un contexte francophone, la notion d' « empowerment » qui ne trouve pas de traduction satisfaisante fait l'objet de diverses traductions : appropriation ou réappropriation de son pouvoir, pouvoir d'agir, capacitation, etc.... Le terme français recommandé par l'Office Québécois de la langue française dans une démarche de science sociale et politique est l'autonomisation<sup>119</sup>. L'autonomisation représente l'ensemble des actions orientées vers plus de compétences, c'est une stratégie globale et dynamique (individuelle, organisationnelle, communautaire) visant à exercer un pouvoir sur soi et son environnement. Avec l'empowerment, l'accent est mis sur les visées et non sur les capacités.

« On vise un processus (préfixe « em »), mais qui doit pouvoir être visible (suffixe « ment »). Serait-ce un processus qui a avoir avec le pouvoir (le « power » que *quelqu'un ou quelque chose avait sur moi et dont je me défais pour m'en approprier un autre ?*) *S'agit-il de remplacer une maîtrise par une autre ?* Il existe une autre option : entendre dans « power » non pas la notion de pouvoir comme *contrôle d'autrui mais la notion de puissance, comme processus de développement de soi. Faire de l'empowerment serait donc développer la puissance d'être soi .*» (Trépos, 2015) .

---

<sup>119</sup>[http://www.oqlf.gouv.qc.ca/ressources/bibliotheque/dictionnaires/terminologie\\_pds/fiches/autonomisation1.html](http://www.oqlf.gouv.qc.ca/ressources/bibliotheque/dictionnaires/terminologie_pds/fiches/autonomisation1.html)

Dans le champ de l'éducation, huit compétences qui permettent de construire et de défendre son autonomie dans divers champs sociaux ou diverses organisations sont proposées par Philippe Perrenoud. Ce travail a été élaboré dans le cadre d'un programme international, conduit par l'Office fédéral suisse de la statistique et l'OCDE, et vise à identifier les compétences-clés utiles dans divers secteurs de l'existence (famille, travail, vie politique, loisirs, etc.) et à examiner sous cet angle les différences et convergences entre les pays membres. Les compétences identifiées sont : 1/ Savoir identifier, évaluer et faire valoir ses ressources, ses droits, ses limites et ses besoins, 2/ Savoir, individuellement ou en groupe, former et conduire des projets, développer des stratégies, 3/ Savoir analyser des situations, des relations, des champs de force de façon systémique, 4/ Savoir coopérer, agir en synergie, participer à un collectif, partager un leadership, 5/ Savoir construire et animer des organisations et des systèmes d'action collective de type démocratique, 6/ Savoir gérer et dépasser les conflits, 7/ Savoir jouer avec les règles, s'en servir, en élaborer, 8/ Savoir construire des ordres négociés par-delà les différences culturelles (Perrenoud, 1999).

En promotion de la santé, l'intervention des acteurs est considérée comme facilitatrice du processus d'autonomisation. L'intervenant devrait prendre le rôle de l'accompagnateur, du facilitateur dans l'analyse que fait la personne de ses besoins, dans l'innovation produite pour créer et faire des choix, dans le degré d'investissement consenti par la personne à l'action. Les termes de l'autonomisation sont donc négociés, partagés car nul plus que la personne ne sait quels sont ses besoins, ses aspirations, ses désirs et ce qui fait équilibre dans sa vie.

Cependant, cette mission accompagnatrice de l'autonomisation relève d'une certaine utopie par le fait même qu'elle est circonscrite dans des cadres institutionnels et qu'elle se base sur des prescriptions (le besoin étant déjà défini).

« Alors que la plupart des professionnels de promotion de la santé seraient d'accord que l'esprit de la Charte d'Ottawa est toujours aussi pertinent aujourd'hui, ils seraient aussi d'accord que la profession n'a pas réussi à atteindre l'émancipation systématique des individus, des groupes et des communautés. »  
(Houéto, 2014).

L'autonomie est bel et bien « accordée » aux personnes et aux communautés. La marge de pouvoir est partielle même si le rôle assigné à l'intervenant est justement de veiller à « créer

*les conditions de l'autonomie en intervenant d'abord sur les facteurs environnementaux et les inégalités » (Roussille, 2013).*

L'autonomie est un droit politisé et politisant puisque soumise à l'agencement de messages collectifs (5 fruits, 5 légumes...), à des normes de comportements dits « favorables à la santé ».

*« L'autonomie des personnes n'est pas prise en compte quand on décide pour elles ce qu'il est bien ou mal de faire, ou si elle devient un instrument de contrôle social. [...] Il n'est pas légitime d'imposer (de façon plus ou moins subtile) des comportements prédéterminés, au nom du "devoir d'être en bonne santé" ; il y a là un véritable danger d'aboutir à une aliénation des personnes et des groupes sous le prétexte de prévenir certains risques.»<sup>120</sup>*

## **B. Processus de changement vers l'engagement citoyen**

Le développement des compétences psychosociales vise l'engagement citoyen des personnes et des groupes en ce sens qu'il constitue l'équipement mobilisable dans le cadre d'une action. Cette action est politique quand elle s'affirme comme la possibilité pour les individus et les groupes de prendre une part active à la résolution des problèmes individuels et communs à la société.

De manière implicite, le développement et le renforcement des compétences psychosociales s'intéressent à ceux dont les compétences sont faibles ou potentiellement jugées instables. Dans le cadre du processus éducatif de socialisation des personnes, cela semble légitime.

Cette démarche apparaît problématique sur le plan de la lutte contre les inégalités sociales, c'est à dire quand les programmes de développement des compétences psychosociales s'adressent aux personnes et aux groupes en déficit de pouvoir. Dans cette perspective, si la

---

<sup>120</sup> Comité français d'éducation pour la santé, dossiers techniques. Avis du Conseil scientifique : des éléments pour un questionnement éthique dans la mise en œuvre de l'éducation pour la santé. 1999-2000.



finalité du développement des compétences psychosociales est de rééquilibrer les pouvoirs par le processus d'autonomisation, pour y parvenir d'autres moyens doivent être mobilisés. L'accès aux ressources, aux services mais également les formes d'expression propres des personnes doivent être organisées et valorisées.

Le processus de changement inclut en grande partie les conditions de ce changement représentées par une orientation des services pensée et négociée avec les premiers concernés. Cette prise en compte des besoins des personnes et des groupes concernés est une exigence éthique pour que le développement des compétences psychosociales puisse incarner l'exercice de la citoyenneté.

*« L'éducation pour la santé considère l'être humain comme un sujet singulier dans sa capacité éthique de développer à son rythme, en lien avec les autres qui l'entourent, sa puissance d'être. » (Lecorps, 2008).*

Ici, ce n'est donc pas la vertu de l'acteur social, comme bienveillance et sollicitude envers les individus et les groupes, qui est en question mais l'action et ses conséquences. Ainsi, il s'agit d'examiner la non malfaisance de l'intervention laquelle est *« subordonnée à l'impératif ultime qui veut que l'humain ne doit pas être considéré et traité comme un simple moyen pour atteindre des fins, l'une de ces dernières soit-elle sa propre santé. »* (Massé, 2003).

Pour que l'intervention puisse acquérir une complète légitimité éthique, il convient alors de repenser les critères et les conditions réelles de la responsabilité partagée entre l'intervenant et le citoyen.

### **C. Régime égalitaire et justice sociale**

L'objectif ultime et englobant du développement des compétences psychosociales est la justice sociale. Comme il a été explicité, l'accès aux ressources et les espaces d'expression sont les conditions pour le progrès vers plus d'autonomie et de citoyenneté. Ce n'est pas

l'égalité d'accès qui produit la justice mais l'accès proportionné selon les besoins et à la condition que ces besoins soient exprimés par les individus et les groupes<sup>121</sup>. Cette conception renvoie au principe d'utilité de Bentham dans sa théorie de l'utilitarisme.

S'agissant des inégalités sociales, elles peuvent en effet être accentuées par des actions adressées à toute la population. L'exemple du programme national nutrition santé est éloquent et largement documenté. L'application de programmes qui visent à apprendre aux plus pauvres à bien manger (c'est-à-dire en respectant l'équilibre alimentaire normatif) avec peu de moyens financiers a interrogé bon nombre d'éducateurs à la santé.

Ce sont surtout les individus et les milieux les plus soutenus et privilégiés qui profitent des progrès obtenus par l'évolution de la connaissance en matière de santé.

S'attacher à défendre les droits des personnes c'est d'abord agir sur les déterminants majeurs de la santé. Les conditions socio-économiques (niveau de vie, niveau culturel, conditions de travail et de logement, répartition des richesses, degré d'intégration sociale) sont la part la plus importante de ce qui fait santé pour l'individu.

Si les compétences psychosociales sont des déterminants de la santé alors il est primordial d'éloigner le risque intrinsèque aux stratégies de développement des compétences psychosociales (autonomisation, citoyenneté) de conférer, progressivement et en grande partie, aux personnes un plus grand niveau de responsabilité quant aux problèmes de santé qui les touchent. La suppression de services ou la victimisation des groupes et des milieux sont tangibles et constituent également l'expression d'une injustice sociale.

---

<sup>121</sup> Le concept d' « universalisme proportionné » est développé par la commission des déterminants sociaux de l'OMS dans le cadre de ses travaux sur la réduction des inégalités sociales de santé.

# Conclusion CHAPITRE I

Nous avons cherché à voir si et comment, dans la relation éducative, chaque partie investit une part de soi. En effet, ce qui est en jeu est l'attention mutuelle (empathie, écoute), le message (de prévention par exemple), et le discours ou la mise en scène du message (pédagogie).

Cette relation éducative est composée par les corps, les espaces et les objets et n'accepte aucun abandon ni abus. L'éthique de la relation est la dignité commune. L'intervention est le support qu'il convient de remettre continuellement au travail pour qu'elle acquière et maintienne une complète légitimité éthique, en repensant les conventions et les accords de l'action dans une responsabilité partagée entre l'intervenant et le citoyen.

Ce cadre posé, vont pouvoir entrer en scène les visions, comme représentations du monde, qui réunissent les personnes.

# **CHAPITRE II : « Les mondes » du développement des compétences psychosociales**

« Sur le tableau noir du malheur il dessine le visage du bonheur. »

Jacques Prévert, Le cancre

# I. Le monde de la promotion de la santé

## A. *Argumentaire de ce qui est « juste »*

### 1. La grandeur de la cité

En suivant l'hypothèse que les précurseurs de la nouvelle santé publique bâtissent une nouvelle « cité » en référence à Boltanski, il apparaît au fil de cette étude que la promotion de la santé symbolise en effet la cité qui porte le principe supérieur commun de la santé pour le développement humain.

Le discours de la promotion de la santé est construit sur des principes, des valeurs et des critiques empruntés aux modèles onusiens du développement humain (Rapports sur le développement humain du Programme des Nations Unies pour le Développement de 1990 à 2014) dont la conceptualisation est à rapporter, comme nous l'avons montré, aux travaux de Bronfenbrenner sur l'approche écologique du développement humain.

Tout un répertoire d' « êtres » va se déployer pour incarner le monde « promotion de la santé ». La figure ci-dessous illustre la logique de justification du développement des compétences psychosociales en promotion de la santé basée sur le principe de santé pour le développement humain. Cette logique de justification a été mise en évidence à partir de l'analyse des corpus théoriques, pédagogiques et de leur confrontation avec une matière recueillie sur le terrain auprès d'intervenants situés à la marge du noyau historique professionnel d'éducation et de promotion de la santé.

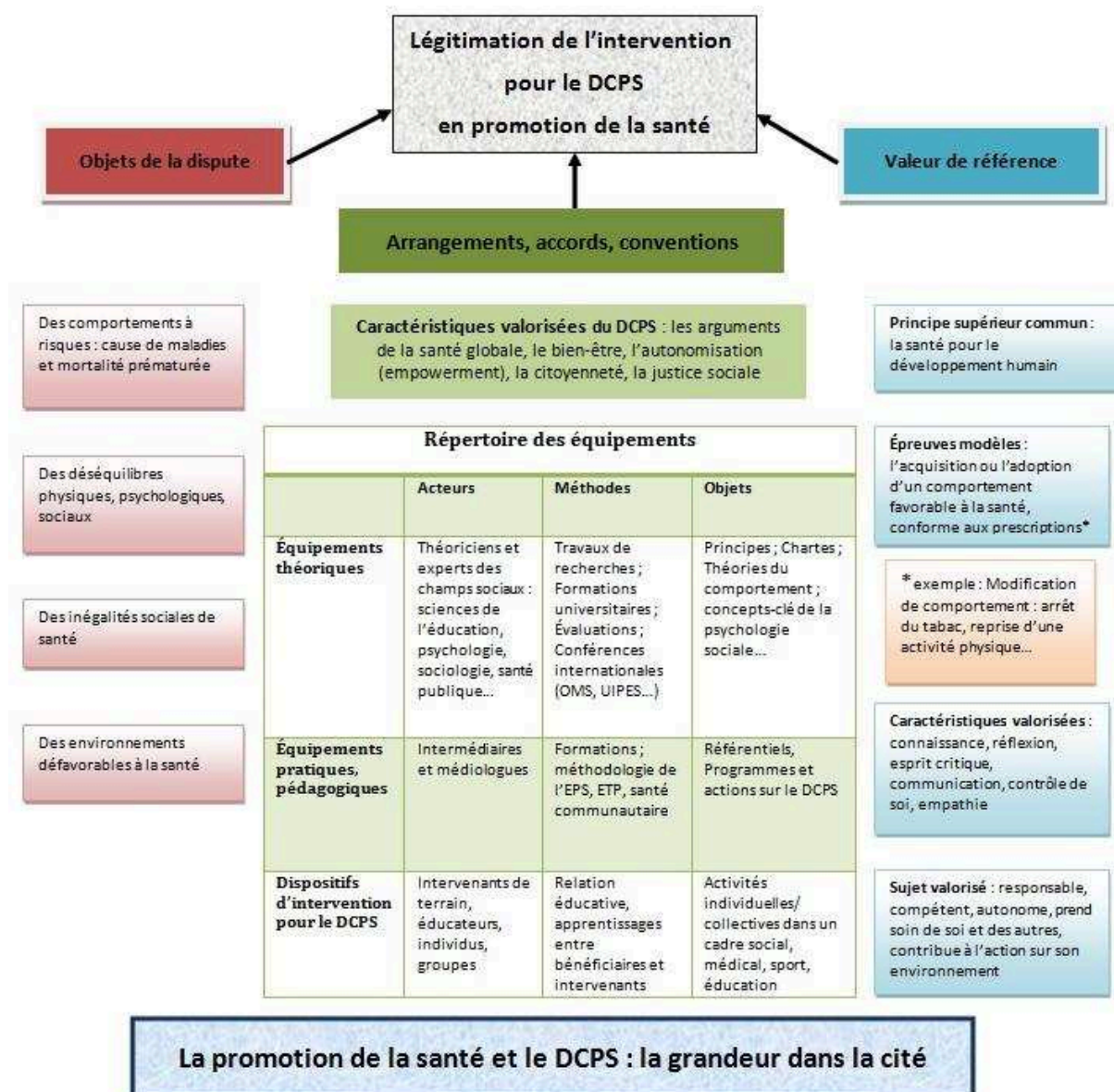


Figure 27 : Logique de justification du développement des compétences psychosociales en promotion de la santé basée sur le principe de santé pour le développement humain.

## 2. Les accords de l'action

Au travers de cet agencement du développement des compétences psychosociales dans la cité promotion de la santé, l'intervention auprès des individus et des groupes est légitimée comme une action politique réunissant plusieurs visions du monde à travers le bien commun de la santé pour le développement humain. Les visions du monde relatives à la santé pour le développement humain sont régies par les valeurs d'une citoyenneté partagée, d'une dignité

commune et de la justice sociale. Les compétences psychosociales constituent la praxis la plus élaborée de la promotion de la santé pour s'opposer, par l'acte éducatif, au modèle biomédical qu'elle fustige. La santé est positive et globale et les compétences psychosociales illustrent le changement de paradigme.

La notion de compétences psychosociales représente « le kit abouti » qui s'est constitué au fil de l'histoire de l'éducation pour la santé, elle regroupe les éléments spécifiques de l'action d'éducation pour la santé. La conception de l'éducation pour la santé peut être ainsi pensée selon trois modalités comme une action additive, compensatoire et autonomiste (Trépos, 2012).

Dans le modèle biomédical, l'éducation appliquée à la santé se trouvait entre les mains du monde médical. Le passage au modèle psychosocial s'est produit en partie grâce aux avancées de la psychologie sociale sur le comportement humain. Sur le terrain, ce sont surtout des bénévoles qui ont été les artisans de cette évolution, appliquée comme une « action additive ». Un professionnel expérimenté parlant de l'éducation pour la santé :

*« Ben y a eu plusieurs étapes, y a eu euh... ben à la faire vivre dans un premier temps puisque euh... ça existait pas forcément, enfin... ça existait de manière très marginale, bénévole et puis certes assez artisanale, même si quand on était professionnel on a... on a fait quand-même beaucoup d'artisanat. Euh... au bon sens du terme. »*

EA 26-DO

La professionnalisation progressive de l'éducation pour la santé a permis de constituer les forces intermédiaires porte-paroles et garantes des principes de la promotion de la santé applicables auprès des individus et des groupes. Cette action est compensatoire dans la mesure où elle permet d' « installer un dispositif durable et non spectaculaire de diffusion ou d'induction progressive des ferments d'une modification de la situation ». Dans ce contexte plus stable, la notion de compétences psychosociales a pu être ancrée dans des pratiques et faire l'objet de nombreux référentiels méthodologiques et pédagogiques.

Les compétences psychosociales ont acquis une certaine maturité et tendent à se démocratiser avec la généralisation des démarches de promotion de la santé dans divers registres d'éducation : éducation nationale (comités d'éducation à la citoyenneté), travail social et

médico-social (PMI, structures d'accueil des plus démunis), éducation thérapeutique du patient (paradoxalement, les professionnels de santé se sont emparés de cette notion). L'action d'éducation pour la santé est alors autonomiste car complètement orientée vers la visée d'une autonomie des individus et des groupes.

Le processus d'autonomisation (empowerment) qui mène, au rythme de la personne ou du groupe, à l'autonomie de décision face à une situation difficile est accompagné par les intervenants de terrain. La contrepartie de cette autonomisation est l'exigence qui implique et engage l'individu dans un processus à la fois de développement de soi et de contrôle de soi. C'est par une intériorisation des normes, facilitée par un contexte d'individualisme postmoderne, que la nouvelle santé publique arrive à transformer la conscience des individus vers plus d'autodiscipline et de contrôle sur eux-mêmes et sur leurs propres comportements à risque.

« Dans un tel contexte, la promotion de la santé peut être vue comme une entreprise pédagogique utilisée pour légitimer les pratiques de contrôle des *habitudes de vie*. Cette intégration de l'idéologie dominante par la population se solde par une forme d'acculturation du citoyen aux valeurs et aux modes de vie promues par la santé publique. [...]. Ce dont il s'agit ici, rappelle Ducan et Cribb (1996), se référant à la théorie foucauldienne du pouvoir, *c'est un pouvoir diffus, insidieux, s'exerçant à travers les savoirs experts et l'intériorisation des normes* promues par les interventions préventives, en particulier celles visant *l'empowerment*. [...]. La *promotion de la santé peut être considérée comme la forme paradigmatique de cette gouvernementalité insidieuse qui vise à la fois à promouvoir la santé et à modifier les habitudes de vie.*» (Massé, 2003)

Cependant, cette acculturation est rendue évidente surtout pour les publics socialement stables et stabilisés dans une démarche de prévention primaire ou généralisée. Elle est moins évidente dès qu'il s'agit de travailler sur les inégalités sociales de santé et que l'action s'adresse aux plus fragiles c'est-à-dire les personnes et les groupes en déficit de pouvoir. Les institutions de promotion de la santé semblent en effet protéger et porter une attention plus grande à ces publics, par une recherche constante de la manière « juste » d'intervenir. L'approche récente *d'universalisme proportionné* en est l'exemple marquant. Ce concept renvoie à l'idée que « pour réduire la pente du gradient social, *les actions doivent être universelles, c'est-à-dire s'appliquer à l'ensemble de la population, mais avec une échelle et une intensité*



proportionnelles au degré de désavantage. »<sup>122</sup> (Marmot, 2010). Ainsi, les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies destinés aux zones défavorisées, aux familles vulnérables et aux groupes socio-économiques les moins favorisés doivent être basés sur des interventions universelles s'adressant à tous en y ajoutant des interventions ciblées aux modalités adaptées et à l'intensité augmentée selon le désavantage mesuré.

#### REPRÉSENTATION THÉORIQUE DE L'EFFET DES DIVERSES STRATÉGIES D'ATTÉNUATION DES INIQUITÉS EN SANTÉ

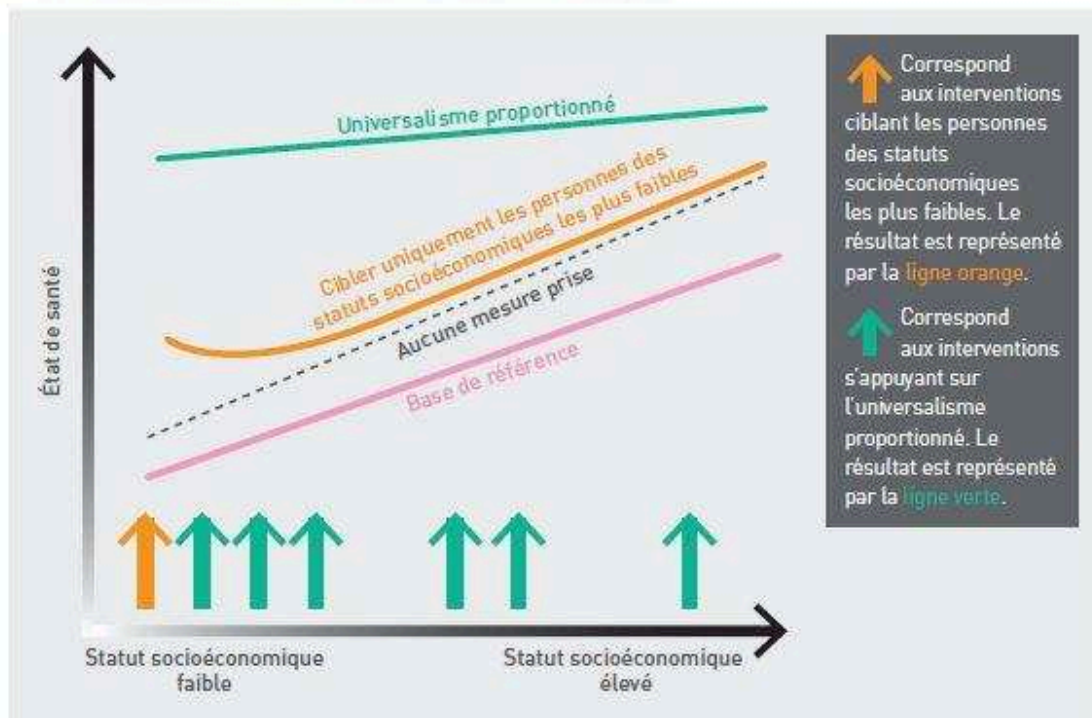


Figure 28 : Adaptation du Health Inequalities Commissioning Framework, NHS Kensington and Chelsea<sup>123</sup>

<sup>122</sup> "Focusing solely on the most disadvantaged will not reduce health inequalities sufficiently. To reduce the steepness of the social gradient in health, actions must be universal, but with a scale and intensity that is proportionate to the level of disadvantage. *We call this proportionate universalism.*" Marmot M., 2010. Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review. London: University College London.

<http://www.instituteofhealthequity.org/>

<sup>123</sup> Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (2013). Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé : Parlons-en. Antigonish (N. É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier. <http://nccdh.ca/fr/>

Sur le terrain, le sens de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales est déterminé, pour une grande part et au-delà de la mission professionnelle qui leur incombe, par la projection de leur propre conception de la bienfaisance c'est-à-dire du bien pour les autres, du devenir des autres.

Les diverses conceptions des acteurs de terrain constituent des régimes d'action qui permettent d'ancrer la finalité du développement des compétences psychosociales dans la cité. Les formes de conception du bien pour les autres et du devenir des autres peuvent être reliées aux principes de bien commun régissant plusieurs cités.

Les accords établis par les professionnels de terrain avec les individus et les groupes sont portés par les principes de justice, paix, amour et liberté. La laïcité et l'égalité ont été citées également comme contrat moral dans la relation éducative :

*« Donc son atout à elle c'est la foi. Comme tout le monde ne l'a pas, on doit pouvoir parler à tout le monde mais mon intervention ne changera pas. Je n'arrondirai pas les angles je ne me freinerai pas dans l'outil en disant peut-être celui là je voudrais pas le choquer etc. Parce qu'en plus il faut savoir que j'ai... pour moi c'est un principe de base ce sont des interventions laïques, non sexistes donc il n'y a pas de sexe. »*  
EA 22-NL

Dans ce contexte pragmatique de promotion de la santé, l'intervention pour le développement des compétences psychosociales est rapportée à des principes. Les compétences psychosociales sont donc des objets pouvant répondre à la grandeur dans diverses cités, ainsi elles sont solubles dans les autres mondes.

Les compétences psychosociales couvrent tous les régimes d'actions internes (soi) et externes (les autres, l'environnement). Elles sont des espaces permettant la manifestation de la grandeur dans l'une ou l'autre cité. Les compétences psychosociales assurent ainsi à l'individu l'accès et le maintien d'une certaine grandeur dans les différents mondes. Néanmoins l'ancrage semble plus fort dans la cité industrielle et la cité par projet, ceci n'est pas surprenant puisque les compétences psychosociales visent à rendre l'individu plus efficace et plus autonome dans l'action. On peut s'interroger sur le faible investissement des compétences psychosociales dans le monde inspiré.

## B. *Éprouver les corps et les conduites*

### 1. La responsabilisation individuelle dans la sphère privée

L'intervention pour le développement des compétences psychosociales apparaît comme un projet de gouvernement de soi et de gouvernement des autres au sens où l'entend Foucault. Les intervenants exercent en effet un pouvoir par la connaissance acquise au travers des formations et par la fonction qu'ils occupent dans le champ sanitaire, social, éducatif pour mieux accompagner les personnes à avoir le souci d'eux-mêmes. Ce projet est politique comme l'écrit Foucault dans le troisième tome de son Histoire de la sexualité intitulée Le Souci de soi (1984) :

« La place qui est faite à la connaissance de soi-même devient plus importante : la tâche de s'éprouver, de s'examiner, de se contrôler dans une série d'exercices bien définis place la question de la vérité – de la vérité de ce que l'on est et de ce qu'on est capable de faire – au cœur de la constitution du sujet moral. ».

Dans cette perspective, l'intervention pour le développement des compétences psychosociales des groupes et des individus équivaut à un « souci de l'autre » afin qu'il mette en œuvre un « souci de soi ».

Cependant, l'individualisation de la santé pose le problème de la responsabilisation individuelle véhiculée au travers des objectifs du développement des compétences psychosociales. L'action individuelle devient la valeur de référence avec « une valorisation de l'individu, souple, mobile, autonome, indépendant, qui trouve par lui-même ses repères dans l'existence et se réalise par son action personnelle. » (Ehrenberg, 1991). Sous cet angle, la culpabilisation n'est jamais bien loin quand la réussite sociale ou la maîtrise de sa propre santé devient la norme.

L'évolution du concept de compétences psychosociales a contribué à « psychologiser » la santé (théories psychologiques relatives au comportement humain). Ce processus induit la manière dont est abordée la santé. L'approche par les déterminants individuels occulte les questions des déterminants sociaux de santé, et les normes d'une bonne santé inscrites par les

injonctions du « bien manger », « bien bouger », « prendre soin de soi », etc....s'immiscent de plus en plus et prennent une place dans la sphère intime.

L'intervention pour le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé participe ainsi d'une nouvelle forme de régulation des conduites.

*Plutôt qu'à une véritable «autonomisation des subjectivités », on assisterait à une nouvelle forme d'assujettissement des individus (Castoriadis, 1991), à la mise en place d'un mode de régulation des conduites qui « psychologise » en effet les rapports sociaux ou les modes de socialisation pour mieux traduire les clivages et les conflits sociaux en termes de « crise de la subjectivité », de « maladies de l'âme » ou de «manque d'habiletés et de compétences individuelles.» (Otero, 2000).*

## **2. La responsabilisation individuelle dans le monde du travail**

La mesure de la réussite sociale s'élabore à l'aulne des compétences psychosociales des individus. La réussite sociale peut se concevoir comme la manifestation de compétences psychosociales suffisamment développées et maintenues.

Dans le champ des organisations, la formule prend les traits du développement personnel. Le développement dit personnel n'est pas orienté seulement sur les compétences « pour soi » de l'individu, comme mieux se connaître, mais il est également dirigé à des fins utiles dans l'interaction avec les autres (collègues, clients, managers...) et avec l'environnement spécifique de travail.

« Dans nos organisations, où les logiques hiérarchiques laissent place à des modes de coordination plus souples et plus transversaux, et où la logique de service progresse, les salariés doivent aujourd'hui apprendre à coopérer, à gérer leurs interactions et à être « autonomes », c'est-à-dire à construire en partie le cadre de leur action. En réponse à cet accroissement des compétences subjectives requises, les pratiques de « développement personnel » investissent la littérature managériale et font leur entrée dans les organisations. Ces pratiques visent à permettre à l'individu de mieux comprendre son mode de fonctionnement émotionnel, cognitif et intellectuel, cela pour acquérir un rapport à soi-même, à autrui et à son travail tout à la fois plus harmonieux et plus performant. Ainsi, elles

s'inscrivent dans un projet managérial car elles relient des objectifs individuels (augmenter son bien-être) et des objectifs organisationnels (être plus efficace). » (Brunel, 2004)

Le développement des compétences (professionnelles et personnelles) appartient à l'évolution et au renouvellement des formes d'organisations du travail qui se sont produits à partir des années soixante. Le développement personnel qui investit les entreprises apparaît alors comme une étape supplémentaire de cette évolution.

La porosité des champs a permis à la notion de compétence de s'installer, se conceptualiser et également d'évoluer spécifiquement au regard des valeurs de chaque monde : efficacité et performance sont les valeurs du monde industriel et le développement personnel en est en partie le modèle.

Les compétences psychosociales répondent également à ce monde dans les trois dimensions qui les composent : émotionnelle, cognitive, sociale.

Appliquées à l'entreprise, les techniques pour le développement personnel favorisent le contrôle de soi. Selon Brunel, « si les effets concrets de ces techniques restent à questionner, leur apprentissage a tout au moins pour effet de pousser chacun à considérer qu'il peut et doit contrôler ses interactions. Ainsi se crée progressivement un mythe de la maîtrise possible de soi, d'autrui et des situations professionnelles. Les techniques de soi nourrissent le sentiment de toute-puissance du consultant et renforcent sa conviction d'être un être supérieur, tout en agrandissant le champ de sa responsabilité individuelle. » (Brunel, 2004).

Si l'on glisse dans le champ de la promotion de la santé, la responsabilisation individuelle exigée par le monde du travail s'équilibre avec l'exhortation faite aux entreprises de créer plus de santé et plus de développement humain. La responsabilité sociale de l'entreprise est convoquée par la promotion de la santé. Ici le principe de réciprocité dans la responsabilité demande à être appliqué et la charte de Bangkok de 2005 en est le point focal :

« Les entreprises peuvent faire le constat que la santé est au *cœur* de toute bonne gestion des ressources humaines et au *cœur* de leurs préoccupations en termes de responsabilité sociale. Ceci doit les conduire à investir dans la santé sur les lieux du travail, dans le cadre de leurs échanges commerciaux, dans la population et dans les politiques publiques. Les entreprises transnationales doivent être tenues

*pour responsables de l'effet éventuellement néfaste de leur marketing ou de l'insécurité sanitaire de leurs produits. Ceci a la plus grande importance pour les pays les plus pauvres, dont les marchés sont peu régulés et dont les dispositifs réglementaires sont les moins développés. Une politique d'incitations financières aux actions favorables à la santé par les entreprises peut également aider à augmenter les pratiques commerciales favorables à la santé. » (OMS, 2005).*

Ces encouragements alimentent et légitiment en partie la « responsabilité sociale d'entreprise ». La grande entreprise se dote d'un équipement éthique afin de guider son action :

*« Un ensemble de valeurs éthiques et de pratiques dites socialement responsables sont diffusées en interne comme en externe. La grande entreprise se hisse ainsi au rang d'acteur économique porteur du bien commun. » (Salmon, 2011)*

Les démarches prétendent « éthiques » des acteurs économiques culminent, dans le champ de la promotion de la santé, par exemple avec l'engagement de l'industrie du tabac dans le développement des compétences psychosociales des adolescents (Mandel, 2006).

Ici, il faut rappeler ce qu'est la valeur du bien commun dans une démarche de promotion de la santé : « *La valeur de promotion du bien commun précise que ce bien est d'abord celui des groupes, des communautés ou toutes formes de collectivités avant d'être prioritairement celui de l'individu* » (Massé, 2003), et pourrait-on ajouter des intérêts privés.

## II. Bien-être et bonheur sans modération

### A. *Le marché du bonheur*

#### 1. Développement de soi ou développement personnel

L'épanouissement personnel est une quête déjà à l'œuvre dans l'Antiquité. Pour les philosophes antiques, le travail sur soi relevait d'un enseignement à penser et d'un engagement à réfléchir. Entre autres, les dialogues « socratiques » de Platon débattent sur « sôphosunè » littéralement « être bien dans sa tête », avec aussi la maîtrise de soi et la conscience de ses propres limites (Gondicas, 2002).

Si la pratique d'exercices philosophiques pour accomplir un travail sur soi était dans la logique des Anciens et était intégrée à l'éducation des plus jeunes, aujourd'hui diverses modalités de l'accompagnement d'un soi qui veut se réaliser au nom du « souci de soi » sont à l'œuvre, depuis le développement de soi visé par les politiques publiques (éducation, travail social, politiques culturelles...) avec la médiation d'une intervention éducative, jusqu'au développement personnel, contractualisé dans l'espace professionnel ou privé avec de nouvelles formes de médiation comme le coaching.

Le coaching est une modalité récente, héritée du monde du sport et repris par le monde de l'entreprise, et qui investit également la sphère privée (relooking, préparation aux examens...). L'objectif d'optimisation du potentiel des individus est commun que ce soit pour améliorer la performance personnelle ou collective, sportive, professionnelle, sociale.

« Les thématiques couvertes par le coaching sont variées : améliorer ses relations, ses capacités communicationnelles, réfléchir sur ses choix de carrière ou changer de métier, optimiser son style de vie, gérer le stress devant un examen, aider dans la formulation *et l'action sur des objectifs, trouver un équilibre travail/vie privée, améliorer l'estime de soi, optimiser la performance individuelle, le management de*

son temps, la prise de décision, aider lors de transitions de vie, etc.... » (Angel, 2005).

A la lumière de ces objectifs, on pourrait croire que la mission du coach n'est pas si éloignée de celle de l'éducateur en charge du développement des compétences psychosociales dans le contexte de promotion de la santé. Le coach a cette particularité de se situer dans un marché concurrentiel d'offres d'aide à autrui. « Le coaching centré sur la personne répond à une *demande d'aide dans une société de plus en plus compétitive et individualiste où l'individu est souvent démuni alors qu'il doit faire face à une injonction de mieux faire ou de mieux être.* » (Angel, 2005).

*« Dans la mesure où l'impératif d'adaptation aux fluctuations imprévisibles de la conjoncture économique consomme une quantité d'énergie psychique et sociale susceptible de nuire à la compétitivité des individus, le coaching est appelé en renfort pour faire croire à chacun que son désir intime d'accomplissement propre recoupe les exigences d'augmentation de sa rentabilité comportementale. Pour adapter son rythme à la course effrénée pour l'accumulation des richesses, le coach vend à son client de la motivation, du conditionnement, de la mentalisation, des techniques de persuasion et des moyens psychologiques de gestion de son stress. Il fait de son client un « handicapé » du bien-être que l'on va habilement appareiller. »* (Gori, 2007).

Ce positionnement est important pour éclairer la distance qui sépare le coach investit sur le « marché de la souffrance », d'avec l'éducateur pour la santé, investi du « *souci de l'autre* (cura )» (Trépos, 2012). La différenciation fondamentale de ces deux formes de pratiques autour de la relation d'accompagnement est que l'une vise le développement personnel et l'autre vise le développement humain. Cette réflexion illustre l'enjeu éthique de l'intervention aux limites de l'éducation et de l'influence ou persuasion, et oscillant entre bien-être individuel et bien commun. Dans ce contexte, nous pouvons nous demander avec Jacqueline Descarpentries, si « *la fonction sociale de l'éthique dans l'éducation pour la santé ne serait-elle pas d'apprendre avant tout à nous défaire de nos propres préjugés et de comprendre la construction sociale de nos représentations ? Comment alors éduquer des esprits critiques et ouverts à la diversité des cultures en prenant garde de ne pas juger selon notre propre système de valeurs ? Il ne s'agit pas de renier les valeurs, les principes et les théories, il*



*s'agit au contraire de trouver en elles ce qui permet l'épanouissement de l'être humain en acceptant le sens de l'existence de chacun.* » (Descarpentries, 2008a).

## **2. Les économies du bonheur**

Le bonheur s'inscrit dans l'histoire humaine et a toujours été un objet des préoccupations humaines (Aristote, Épicure, Spinoza...). Les diverses définitions philosophiques du bonheur en expriment l'état de satisfaction caractérisé par une plénitude et une stabilité. Le siècle des Lumières a repris ce thème de réflexion. Dans les années soixante, Jean Cazeneuve reprend la typologie du bonheur fondée sur le modèle « dionysiaque » ou bonheur de l'existence (idéal d'exaltation et de compétition), et sur le modèle « apollinien » ou bonheur de l'être (bonheur stable et tranquille). (Cazeneuve, 1966).

Dans la sphère marchande, un grand nombre d'équipements du bonheur ont vu le jour ces dernières décennies. On peut constater que cela s'est produit en contemporanéité avec la progressive pénétration des équipements de la promotion de la santé, sur les axes de développement des compétences communautaires et individuelles, dans les politiques et pratiques éducatives.

Ici, la finalité est l'exercice d'un plus grand pouvoir sur soi et son environnement en relation avec les autres, et là la finalité est le bien-être pour un soi individualiste, dans un élan consumériste où le bonheur est invité mais s'en trouve dévoyé. Les recettes ne manquent pas et occupent un rayonnage dans chaque librairie et rayon livres en grande surface. « L'estime de soi » est visible au supermarché et elle peut s'acheter. Les ingrédients du bonheur sont listés dans le magazine de cuisine...

La pensée de Gilles Lipovetsky sur le « bonheur paradoxal » est éclairante en ce qu'elle fait des liens entre cette « nouvelle religion » qu'est la recherche de l'amélioration continue des conditions de vie, de la qualité de vie, de la santé et du mieux-vivre et la société d'hyperconsommation. Le risque est la « dérégulation ». Au sentiment d'appartenance s'oppose le sentiment d'abandon et d'isolement. Et on peut reconnaître les groupes à l'écart de cette course au bonheur, ceux que nous avons identifiés « en déficit de pouvoir ». (Lipovetsky, 2009).

Amartya Sen, prix Nobel d'économie, remet en question l'idée de la mesure du bonheur étudiée par les économistes (Senik, 2014). L'autonomie et les capacités des personnes (possibilités qui leur sont ouvertes) déterminent leur qualité de vie. Pour ceux dont l'autonomie est déficitaire, qui n'ont pas les moyens d'augmenter leurs capacités, ne peuvent-ils se déclarer relativement heureux ? Le contexte de référence est déterminant et la finalité ne serait donc pas « plus de bonheur » mais « plus de progrès de la vie et des libertés ».

*Considérer les qualités humaines sous l'angle du rôle qu'elles jouent dans la promotion et le maintien de la croissance économique, si important que cela puisse être, ne nous dit rien des raisons qui conduisent pour commencer à rechercher la croissance économique et ne nous renseigne guère non plus sur la mesure dans laquelle le développement de ces qualités humaines contribue directement à nous permettre de mener des vies plus libres et plus gratifiantes. [...] Cette notion tant utilisée de «capital humain» méconnaît donc quelque chose d'important. Il en va de même, j'en ai peur, de celle de «mise en valeur des ressources humaines» interprétée au sens étroit de l'amélioration des êtres humains considérés comme une ressource pour poursuivre le développement. Être instruit, en meilleure santé, etc. ajoute de la valeur à notre vie directement, aussi bien qu'indirectement en faisant de nous de meilleures ressources aux fins de la production et en augmentant de ce fait notre productivité et nos revenus. Pour rectifier la notion incomplète de «capital humain» ou de «mise en valeur des ressources humaines», il nous faut avoir une conception plus large du développement qui soit axée sur le progrès de la vie et des libertés, que ce progrès passe ou non par une augmentation de la production marchande. »*

Source: Amartya Sen, «Human Development and Financial Conservatism», World Development, vol. 26, n° 4, 1998, p. 734<sup>124</sup>.

D'aucuns s'affichent comme « économiste du bonheur », spécialiste des « politiques du bonheur » à l'instar de Renaud Gaucher qui dédie un site internet à la thématique du bonheur :

---

<sup>124</sup> Rapport mondial sur l'éducation 2000 « Le droit à l'éducation : Vers l'éducation pour tous, tout au long de la vie » p. 89. Edition UNESCO.

*« ce site est entièrement consacré à l'économie du bonheur, une branche émergente de l'économie qui fonde ses analyses sur le bonheur. Mon objectif est de donner un panorama d'ensemble de ce nouveau regard porté sur l'économie qu'est l'économie du bonheur, afin de le faire découvrir à un maximum de personnes. »*  
*Site internet Renaud Gaucher<sup>125</sup>*

En référence à la définition de Seligman<sup>126</sup> du « bonheur authentique qui se réalise à travers une vie plaisante, une vie bonne et une vie qui a du sens. La bonne vie est une vie dans laquelle les forces de caractère sont utilisées dans les domaines importants de la vie. », Gaucher estime que la distinction entre le bien-être objectif, mesuré à partir d'analyses sur l'environnement, les conditions de vie, le niveau de vie (économie du bien-être), et l'étude du bien-être subjectif, celui ressenti (économie du bonheur), resitue l'étude sur le bonheur principalement dans le champ de la psychologie et bouscule les conceptions traditionnelles de l'économie.

Le récent prix Nobel d'économie décerné à l'économiste Angus Deaton, « pour son analyse de la consommation, de la pauvreté et du bien-être »<sup>127</sup> démontre les intérêts scientifiques, géopolitiques, socioculturels...portés sur ces questions.

L'économie du bonheur puise ses sources de l'utilitarisme qui comprend le bonheur comme la présence de plaisir (émotions et cognitions positives) bien-être et l'absence de souffrance. Une vie heureuse implique que celle-ci soit source de plaisir, qu'elle ait du sens (réalisation d'objectifs individuels et collectifs) et que l'individu se sente engagé (état de concentration optimale pour réaliser une action). (Bruchon-Schweitzer, 2014).

Le bien-être peut être considéré comme une issue (on vise son amélioration) ou comme un antécédent (effet du bien-être sur la santé, la longévité).

---

<sup>125</sup> <http://www.economiedubonheur.com/>

<sup>126</sup> Martin Seligman est considéré comme le père du courant de la psychologie positive. Ce courant est récent et se cristallise avec l'ouvrage *Authentic Happiness*. Publié en 2002, il a été traduit en 19 langues, dont le français en 2004.

<sup>127</sup> En savoir plus sur [http://www.lemonde.fr/prix-nobel/article/2015/10/12/le-prix-nobel-d-economie-decerne-au-britannique-angus-deaton\\_4787769\\_1772031.html#wmyPUltYjVcsYvYo.99](http://www.lemonde.fr/prix-nobel/article/2015/10/12/le-prix-nobel-d-economie-decerne-au-britannique-angus-deaton_4787769_1772031.html#wmyPUltYjVcsYvYo.99)

Le bien-être et le bonheur apparaissent comme les témoignages les plus aboutis d'une bonne vie. Ils sont soutenus notamment par le développement des compétences individuelles et communautaires. Le bien-être s'exprime principalement par le prisme des conditions de vie (niveau scolaire, de salaire, territoire de vie, appartenance sociale,...) . Il contient une durabilité et est remis en question par des ruptures (perte d'emploi, divorce...). Le bonheur, quant à lui est plus momentané, s'exprimant essentiellement par des ressentis sur le niveau de réalisation de soi dans son environnement. Le bonheur serait une disposition stable à éprouver des émotions positives et une condition nécessaire à la qualité de vie et au bien-être.

Les notions de bien-être et de bonheur sont subjectives, mesurables par de nombreuses échelles d'évaluation qui explorent diverses dimensions en diverses combinaisons. Mais les différents travaux et publications n'ont pas encore abouti à un lexique commun.

Ces réflexions interrogent inlassablement l'éthique des démarches éducatives. Les questions philosophiques autour du « vouloir le bien (être) de *l'autre* », « contraindre pour le bien de *l'autre* » réinterrogent les modèles et les épreuves de la cité promotion de la santé. La pratique en éducation pour la santé exige donc une posture critique de la part de tous ses intervenants éducateurs afin de tendre vers « *une pratique éthique renouvelée de l'éducation pour la santé* » (Descarpentries, 2008a).

## **B. Nouvelles approches : soutenir le mieux-être**

### **1. Épanouissement personnel et bien-être institutionnel**

La psychologie positive considère que le bien-être n'est pas l'absence de trouble. Le parallèle avec la conception de la santé, qui n'est pas l'absence de maladie est évident. La conception de la santé mentale longtemps héritière du modèle médical est remise en question. La psychologie positive fait, dans le champ des sciences psychologiques, ce que la promotion de la santé fait dans le champ de la santé publique.

Par l'exigence de développer les compétences psychosociales, la promotion de la santé s'attarde essentiellement aux aspects de santé mentale afin d'atteindre une meilleure santé

physique et sociale. Pour Keyes, la santé mentale comporte deux grandes composantes : le bien-être (présence d'émotions positives et absence ou faible présence d'émotions négatives) et le fonctionnement psychosocial positif (acceptation de soi, relations positives avec autrui, croissance personnelle, sens à la vie, sentiment de compétence personnelle, autonomie). Ceci amène cet auteur à considérer la vie de certaines personnes comme étant « florissante » ou bien « languissante » ; d'autres enfin se situent entre les deux. (Keyes, 2005).

La psychologie positive est « l'étude des conditions et processus qui contribuent à l'épanouissement ou au fonctionnement optimal des individus, des groupes et des institutions » (Gable, 2005). Elle est la science psychologique du bien-être individuel et institutionnel. Si la psychologie positive s'intéresse à l'épanouissement personnel, elle prend en compte également les relations interpersonnelles et les questions sociales et politiques. Trois niveaux thématiques sont donc proposés par la psychologie positive : personnel, interpersonnel et social et politique. (Lecomte, 2014). Concernant le développement personnel, Shankland précise que « Bien que les thématiques entretiennent une proximité avec celles qui concernent habituellement « le développement personnel », la psychologie positive *s'en démarque clairement, car elle fonde ses données sur des méthodes scientifiquement valides* ». (Shankland, 2014).

La promotion de la santé avait puisé nombre de concepts aux sciences du comportement (psychologie cognitive, psychologie sociale, psychologie comportementale) et aujourd'hui, la psychologie positive semble réagir aux avancées de la promotion de la santé. Ce continuum montre la porosité des deux approches et notamment sur les concepts communs : qualité de vie, bien-être, développement psychosocial, ressources individuelles, épanouissement personnel...

Seligman et ses collaborateurs expliquent que l'objectif de la psychologie positive est de catalyser un changement d'orientation afin que la psychologie ne se limite pas à la guérison des troubles, mais se préoccupe de construire des qualités positives (Seligman, 2005). En s'intéressant aux potentialités des individus et des groupes, elle rééquilibre les approches centrées sur les problèmes et dysfonctionnements individuels et collectifs. Elle serait donc un complément au corpus de recherche sur la clinique et la psychopathologie.

Se reconnaissant dans la tradition philosophique grecque et la tradition humaniste, la psychologie positive veut être, dans le champ de la psychologie, une science qui vise à :

« *rééquilibrer les recherches en termes d'objets d'études, en s'intéressant au fonctionnement humain dit « optimal » c'est-à-dire qui mobilise des ressources psychologiques au service du développement de la personne. Les recherches ont donc pour objet de répondre à des questions telles que : quels sont les facteurs qui favorisent la créativité individuelle et sociale ? Comment développer des ressources pour mieux faire face aux difficultés ? Quels facteurs permettent aux employés d'une entreprise ou d'une administration de se sentir au mieux dans leur travail ? Quelles formes d'interactions sont à privilégier pour favoriser l'harmonie dans les couples désireux de perdurer ?* » (Shankland, 2014).

En psychologie positive, l'ensemble des compétences psychosociales telles que définies par l'OMS ne font pas directement l'objet des recherches, mais les dispositions qui favoriseraient un mieux-être dont l'optimisme, la gratitude, l'altruisme, étudiées en psychologie positive, peuvent être considérées comme des dispositions personnelles à renforcer. L'optimisme est considéré comme un vecteur de bien-être, notamment parce qu'il représente un facteur adaptatif dans certaines situations. Le sentiment de gratitude (ou orientation reconnaissante) est étroitement lié au sentiment de bien-être, et peut être défini comme une émotion interpersonnelle éprouvée dans les situations où la personne se perçoit comme étant bénéficiaire d'un bienfait procuré intentionnellement par autrui (une aide, un don...) ou d'un bienfait généré par l'existence (une rencontre, une découverte, un paysage). Les liens entre comportements altruistes (conduites prosociales) et bien-être sont mis en évidence. (Shankland, 2014).

En psychologie positive, il est question également de bien-être institutionnel. Il s'agit en fait d'institutions positives (école, entreprises) qui vont avoir un intérêt majeur pour le bien-être des individus et des groupes.

Les caractéristiques « positives » étudiées par cette démarche sont relativisées selon les individus et selon les contextes. En ce sens, « elle ne cherche pas à alimenter la quête de *l'euphorie perpétuelle, mais vise le développement d'attitudes, de comportements, de relations qui favorisent un mieux-être dans des conditions possibles pour chacun.* » (Shankland, 2014).

Les pratiques de développement des potentialités individuelles et collectives suggérées par la psychologie positive gagneraient à être considérées par les acteurs (théoriciens, intermédiaires

et intervenants de terrain) dans leurs démarches éducatives. Un questionnement sur les frontières et les passages entre la promotion de la santé et la psychologie positive pourrait être élaboré et participer du nouvel élan de recherche et de pratiques sur le développement humain dans une perspective salutogénique.

## **2. Le ré-empowerment**

Le processus d'autonomisation vers un mieux-être engagé au travers du développement de compétences qui facilitent la gestion de situations délicates à surmonter, ne peut être pensé sans donner priorité aux personnes et aux groupes en déficit de pouvoir. La visibilité des inégalités économiques, sociales et culturelles dans l'accès aux savoirs et aux apprentissages de santé est renforcée si les efforts éducatifs en santé ne sont pas centrés sur les problématiques de vulnérabilité économique, culturelle, psychologique et sociale. Cette vulnérabilité place les personnes et les groupes dans des états de disempowerment.

Dans cette perspective, le rééquilibrage des pouvoirs passe par un processus de ré-autonomisation ou de ré-empowerment. Cette notion est développée dans le cadre de travaux sur les consommateurs pauvres (Gorge, 2014) et nous intéresse pour les perspectives qu'elle offre dans le cadre de l'intervention éducative pour le développement de compétences psychosociales menée auprès des personnes et groupes fragilisés.

Les diverses expressions développées par les individus et les groupes « vulnérables » pour surmonter les difficultés, doivent être prises en compte et valorisées. Ces formes d'expression individuelles et collectives peuvent être considérées comme des stratégies de coping, des capacités de résistance qui induisent une forme d'émancipation. Elles sont le point d'appui sur lequel l'éducateur peut co-construire une intervention éducative ayant pour principe la non malfaisance. La mise en lumière des stratégies mises en place pour faire face aux difficultés : formes de compensation, formes d'entraides, de soutien est intéressante en ce qu'elle permet l'exercice d'un contrôle sur les aspects de la vie qui semblent importants pour les personnes.

L'accompagnement à une réappropriation de contrôle sur les aspects concernant la santé globale nécessite des mesures de perception. Les outils existent, ils doivent être négociés et explicités avec les personnes. Dans le cadre d'un processus de « reconquête de pouvoir » sur

sa vie, par la compréhension de ses propres comportements et des leurs déterminants psychosociaux et environnementaux, plusieurs dimensions sont évaluables. Les dimensions explorées tout au long de mes travaux permettent de mesurer le sentiment perçu de son propre pouvoir d'agir, et d'engager les actions éducatives appropriées au développement de compétences psychosociales : la motivation à agir, le sens du contrôle perçu, le sentiment d'efficacité personnelle, la perception de ses compétences à la participation, la conscience critique, le sentiment d'influence personnelle, le sentiment d'influence collective, l'évaluation des bénéfices de l'action personnelle, l'évaluation des bénéfices de l'action collective. (Le Bossé, 2004).

La perspective d'un travail éducatif plus volontariste, plus critique et véritablement engagé auprès et avec des personnes nécessite de favoriser la participation, pour mettre au jour les dimensions spécifiques qui influencent l'agir des personnes et renforcer les capacités à s'organiser collectivement pour remettre en question les formes de domination et agir en conséquence.



## Conclusion CHAPITRE II

Les individualités s'expriment tous azimuts, dans un brouhaha décuplé par les technologies de l'individualisation. Il convient de se demander si la promotion de la santé est victime de ces nouvelles formes de gouvernement de soi qui dénaturent son discours et ses objectifs d'émancipation, ou si elle participe de cet ordre nouveau qui appelle à toujours plus de responsabilisation individuelle et collective face au bien-être obtenu grâce à des comportements sanitarisés. Le souci de soi se confond alors avec l'autodiagnostic de ses propres comportements réclamé en conformité aux normes de la santé publique.

Paradoxalement, l'individu a besoin d'être soutenu pour se réaliser. « Cette nouvelle *modernité, c'est le soutien* » (Brugère, 2013).

Il y a donc besoin du politique. L'État « juste » se préoccupe de rendre les individus capables. Il a pour mission de penser le développement humain et la réalisation de soi en fonction de droits réels, nous dit la philosophe, Fabienne Brugère :

« Soutenir les *individus, c'est, à travers la puissance publique, construire leur épanouissement, leur activité - et pas seulement leur insertion dans la société ou dans le monde du travail. L'avenir de l'État social est, de ce point de vue, moins la décroissance ou l'écologie que le bien-être collectif* (qui comprend la préservation des ressources et le bonheur des générations futures. Quel est le modèle qui marie le bien-être et l'individu ? »

Les démarches de soutien pour favoriser, sinon l'état permanent de bien-être, au moins un mieux-être conscient et choisi en fonction de ses capacités et ses inclinations, sont l'affaire de l'éducateur en santé qui accompagne les personnes et les groupes vers le développement d'une conscience critique propice à l'action.

# Conclusion QUATRIÈME PARTIE

La démarche du développement des compétences psychosociales qui, dans les démarches de prévention et de santé publique, sert à la diminution des risques et à retarder la survenue de problèmes liés aux comportements inadéquats, doit en promotion de la santé surtout et prioritairement soutenir les initiatives positives au quotidien. En cela, la recherche et la pratique rejoignent le courant de la psychologie positive. La promotion de la santé, cadre dans lequel ces chantiers peuvent être menés, doit répondre en pratiques, et non seulement en préceptes, d'une vision du monde garante de la dignité humaine et de la justice sociale.

La bienveillance et l'attention sont nécessaires auprès des éducateurs. La conscience de leur propre responsabilité est présente et le soutien n'est pas uniquement l'outillage conceptuel et méthodologique. Il est question d'échanges sur les pratiques, les doutes, les positions éthiques face aux individus et aux groupes « outsiders ». « La non intervention » a aussi besoin d'être dite et discutée :

*« Et du coup ça arrive à... enfin moi j'en arrive personnellement à être dans un point où voilà, c'est plutôt être dans la non intervention, savoir faire le silence, juste écouter, ne pas trop dire, laisser simplement l'autre s'exprimer et, de temps en temps, voilà, dire, faire remarquer, mais avec beaucoup de... voilà avec beaucoup... enfin beaucoup de précautions quoi. Faut... enfin moi je trouve qu'il faut faire attention. Alors après je dis ça mais il y a des fois où je suis plutôt intrusive et violente dans mes manières de dire les choses quoi. Mais, oui... »*

EA 18-DD

Il s'agit de tendre vers une pratique éthique renouvelée de l'éducation pour la santé afin de limiter son inscription :

- dans la racine ancienne des ambiguïtés de la subordination de la santé à la maladie qui réside dans l'épistémologie de la construction des liens entre la santé et la maladie ;
- dans la complexité des enjeux éthiques de la santé qui sont ceux de la bioéthique (rappelant le pouvoir du bios à penser la santé) ;
- dans la permanence des tensions entre les intérêts collectifs de la médecine et de la pharmacologie (primauté à accorder à la santé) et les intérêts concurrents (économiques, sociaux, culturels) ;

- *dans le souci de soi de l'individu en tension entre obligation, protection, préservation (voire contrainte) et liberté et autonomie des personnes ;*
- *dans le déni de la multiplication cultures et des subcultures sociales en marge à la normalité contemporaine ;*
- *dans la construction des normations de la domination et de l'hétéronormalité ;*
- *dans la marchandisation des corps... » (Descarpentries, 2008a)*

La posture réflexive des intervenants pour le développement des compétences psychosociales des individus et des groupes doit être soutenue par les défenseurs d'une véritable démarche de promotion de la santé pour le développement humain affranchie des équipements de la santé publique pour s'attacher à un cadre salutogénique en basant son action sur les ressources des individus et des groupes et sur des indicateurs de santé positive.



# CONCLUSION GÉNÉRALE

La thèse se conclut mais ouvre une réflexion que je proposerai comme perspective à ces travaux.

La question originelle de mes travaux est celle posée par le sens (finalités de la praxis) de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales des individus et des groupes dans le cadre de la promotion de la santé.

Afin d'éclairer cette question, l'hypothèse directrice est que le fait d'intervenir pour développer les compétences psychosociales des personnes et des groupes, dans un contexte de promotion de la santé, est une action politique et politisante. En ce sens, les compétences psychosociales sont l'équipement d'un projet de politisation où se confrontent plusieurs visions du monde autour d'un bien commun : la santé pour le développement humain.

La démonstration s'inspire de la sociologie de l'action en prenant appui sur le modèle pragmatique des économies de la grandeur. Ainsi, j'ai appliqué une méthode d'analyse centrée sur les différentes argumentations des acteurs de la promotion de la santé pour en tester les résistances et les compromis. L'observation a conduit à mettre en évidence la légitimation des recommandations d'intervention pour le développement des compétences psychosociales (les experts ou théoriciens), la justification d'une mise en pratique raisonnée des principes et contenus conceptuels (les intermédiaires ou méthodologues), et la discussion sur les effets (déclinaison pédagogique et éducative) de cette légitimation/justification sur les terrains (les intervenants éducateurs).

L'objectivation recherchée du rapport subjectif que j'ai avec mon objet de recherche a consisté tout au long de ces travaux à lui retirer « cette part de nécessité et de naturalité ». Ma distanciation s'est avérée quelques fois difficile et se montre certainement relative dans les activités de recherche qui touchent au terrain. En effet, la proximité et ma large connaissance du champ aura pu influencer ma recherche sur les choix des matériaux et les points d'analyse des entretiens. Cependant, le rapport étroit, en termes de savoirs et de pratiques, que j'ai avec les démarches éducatives en promotion de la santé, a sans doute facilité et enrichi l'exploration des représentations des mondes portées par les différents acteurs.

Plusieurs résultats sont tangibles.

La promotion de la santé, « nouvelle santé publique », met en œuvre des mécanismes de théorisation qui servent à occuper de plus en plus d'espace dans le paysage de la santé publique et qui à la fois soutiennent le détachement ontologique. En effet, si la santé publique couvre le champ des causes et des évolutions du risque et de la maladie, la promotion de la santé fait le choix d'une approche globale de la santé humaine incluant les aspects systémiques, politiques et sociaux dans une perspective salutogénique, pour viser le bien-être. Ainsi, la reformulation et l'appropriation du concept de santé par ses déterminants sociaux et environnementaux en est une illustration importante. En conséquence, la santé entendue comme déterminant du développement humain prend la forme d'un principe supérieur commun de justice. On peut citer aussi l'incorporation de concepts clés, empruntés aux sciences humaines et sociales, avec une orientation positive car ils mettent l'accent sur les ressources pour la santé. Ces processus montrent une forte porosité du champ de la promotion de la santé qui appelle à l'intersectorialité des politiques et des acteurs. Ce sont ces processus de mise à distance par rapport à la santé publique qui nous font voir la promotion de la santé comme un champ en construction dont la conséquence majeure est un mouvement d'oscillation entre deux paradigmes, la pathogénèse et la salutogénèse. Ces hésitations se sont quelques peu dévoilées par ailleurs dans ma propre réflexion.

Dans ce paysage en recomposition, il apparaît que le projet politique et éthique de la promotion de la santé vise l'investissement citoyen dans une co-responsabilité au bénéfice de l'autodétermination, l'autonomie et le pouvoir redonné à l'individu et au groupe sur son action. L'incorporation théorique des compétences psychosociales (émotionnelles, cognitives et sociales) et leur mise en application représentent l'équipement politique et éducatif de la promotion de la santé dans le processus de politisation qui fixe les savoirs et les qualités de ce dont « les gens doivent être capables ». A partir des discours traités sur les différents niveaux d'action, j'ai pu mettre en évidence l'assise éthique commune et partagée de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales sur laquelle tous les acteurs de la promotion de la santé s'entendent. Dans une perspective d'autonomisation des personnes, l'intervention éducative exige de s'attacher prioritairement au renforcement des capacités d'adaptation et à la mise en œuvre d'une conscience critique active. Les visions du monde basées sur les valeurs de dignité égale de tous les humains, d'autonomie et bienveillance pour autrui sont celles qui soutiennent cette exigence.

Les principes font consensus entre les acteurs, en revanche mon travail met au jour certains points d'achoppement. En effet, par la mise en perspective de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales dans une continuité socio-historique et en référence à la pensée éthique contemporaine, j'ai fait ressortir comment les influences d'un individualisme postmoderne ainsi que l'intériorisation de l'impératif d'autocontrôle mettent en tension les acteurs entre eux. Ainsi, ma recherche identifie une cristallisation des discours sur la question de la normalisation biopolitique du système de promotion de la santé, lorsqu'il est perçu et considéré comme partie intégrée dans la santé publique. Les compétences psychosociales sont perçues alors comme dispositif de gouvernement de soi et mettent à l'épreuve le schéma de politisation dans le cadre d'un système capitaliste mondialisé. L'intervention éducative vise la modification des habitudes de vie par une intériorisation des normes et par une acculturation au comportement efficient et efficace. Aussi, la frontière ne semble pas nettement marquée entre des pratiques de soutien au développement de compétences dans une perspective de promotion de la santé et des stratégies d'adaptation qui contribuent, en arrière-plan et malgré des résistances, à répondre aux exigences d'un contexte libéral compétitif de rentabilité. Les différents acteurs ont montré que le débat est ouvert, il est politique et éthique en ce qu'il réinterroge notamment la prise en compte des personnes « en déficit de pouvoir » dans les processus d'autonomisation.

Le sens de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé nous apparaît, au terme de cette recherche, comme la combinaison complexe de deux démarches éthiques imbriquées à tous les niveaux d'action, entre une démarche « juste » envers les individus et les groupes et une démarche « réflexive » envers sa propre action. Ces travaux donnent à voir comment la promotion de la santé élabore et partage, avec d'autres disciplines, les modèles de l'intervention éducative en santé. La coopération, la co-construction dans la relation éducative sont pour les intervenants de terrain les gages d'une citoyenneté partagée. La pratique professionnelle ainsi discutée avec le terrain a permis de comprendre que les compétences psychosociales se déploient comme processus de « développement de soi » aussi bien pour l'une et l'autre des parties de la relation éducative. Il est question de responsabilisation qui permet à l'interaction ou la relation entre soi et autrui de se produire en justesse et en justice.

Ces travaux se veulent contributifs à une sociologie de l'intervention portant sur le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé. Leurs résultats

peuvent contribuer à rendre le positionnement du champ d'action de la promotion de la santé plus lisible et visible pour de nombreux acteurs sociaux. Ils sont aussi, me semble-t-il, importants sur d'autres terrains de l'intervention sociale (éducation permanente, éducation à la citoyenneté, éducation familiale, développement local...) en ce qu'ils insistent sur l'exigence d'une prise de position forte en faveur d'une réflexivité.

Afin de répondre aux limites soulevées par une éthique de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales, je propose, comme perspective, de travailler sur une conceptualisation du « mieux-être » pour une pratique éducative médiatrice dans la démarche de promotion du bien-être individuel et institutionnel. Ce projet s'ouvre sur une recherche, dans une posture réflexive, de la notion de non-malfaisance selon les contextes et sur les processus de ré-empowerment au bénéfice des personnes et des groupes vulnérables.





# Bibliographie par ordre alphabétique des noms d'auteurs

- Ajzen, I. 1985. From intentions to actions: a therapy of planned behavior. In Kuhl, J. Beckmann, J. (Eds.). *Action-control : from cognition to behavior*, Springer. Heidelberg, pp. 11-39.
- Ajzen, L., Fishbein, M. 1980. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.
- André, C., Lelord, F. 2008. *L'estime de soi. S'aimer pour mieux vivre avec les autres*. Poches Odile Jacob.
- Andrieu, B. 2004. La fin de la biopolitique chez Michel Foucault : le troisième déplacement. in: *Le Portique [En ligne]*, Vol. 13-14.
- Angel, P., Amar, P. . 2005. *Le coaching. Que sais-je ?*, PUF, Paris.
- Antonovsky, A. 1979. *Health, stress and coping*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Antonovsky, A. 1996. "The salutogenic model as a theory to guide health promotion". *Health Promotion International*, **11**, 11-18.
- Antonovsky, A. 1987. *Unraveling the Mystery of Health : How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Arendt, H. 1970. *Considérations morales*, trad. Ducassou, M. et Maes, D. 1996. Payot et Rivages (coll. « Rivages poche/Petite bibliothèque »,181), (édition originale anglaise : *Thinking and moral Considerations : A Lecture*, 1971), Paris.
- Bandura, A. 1977c. L'apprentissage social. in: *Psychologie et sciences humaines*, (Ed.) P. Mardaga. Bruxelles, pp. 11-21.
- Bandura, A. 1977b. "Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavior Change". *Psychological Review*, **84**, 191-215.
- Bandura, A. 1986. *Social foundations of thought and action : a social cognitive theory*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Bandura, A. 1977a. *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs ed. NJ: Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Barker, R.G. 1963. "On the nature of the environment. ". *Journal of Social Issues*, **19**(4), 17-38.
- Becker, H.S. 2006. *Le travail sociologique: méthode et substance*. Academic Press Fribourg.
- Becker, H.S. 2002. *Les ficelles du métier: comment conduire sa recherche en sciences sociales*. La Découverte, Paris.
- Becker, M.H. 1975. "Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations". *Médical care*, **13**, 10-23.

- Becker, M.H., Haefner, D.P., Kasl, S.V., Kirscht, J.P., Maiman, L.A., Rosenstock, I.M. 1977. "Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors". *Médical care*, **15**(suppl: 5), 27-46
- Berlevert, L. 2003. "Critique de la santé publique. Une approche anthropologique". *L'Homme*, **165**.
- Berthet, E. 1983. *Information et éducation sanitaires*. PUF, Paris
- Biais, M.C.G., M.; Ottavi, D. 2002. *Pour une philosophie politique de l'éducation*. Bayard, Paris.
- Bihl, A. 2011. "L'idéologie néolibérale". *Semen* [En ligne], mis en ligne le 01 janvier 2011, consulté le 03 février 2016., **30**
- Billon, J. 2000. "Essai de théorisation des modèles explicatifs de l'éducation appliquée à la santé". *SPIRALE Revue de Recherche en Education*, **25**, 17-30.
- Blum, V. 2008. "David Le Breton, Anthropologie du corps et modernité ". *Lectures* [En ligne] Les comptes rendus, mis en ligne le 05 octobre 2008, consulté le 08 septembre 2015. URL : <http://lectures.revues.org/666>.
- Boltanski, L. 2009. *De la critique Précis de sociologie de l'émancipation*. nrf essais, Gallimard, Paris.
- Boltanski, L. 1990. *L'amour et la justice comme compétences : Trois essais de sociologie de l'action*. Gallimard, Paris.
- Boltanski, L., Chiappello, E. 1999. *Le nouvel esprit du capitalisme*. Gallimard, Paris.
- Boltanski, L., Thévenot, L. 1991. *De la justification, les économies de la grandeur*. Gallimard, Paris.
- Boltanski, L., Thévenot, L. 1987. *Les économies de la grandeur*. PUF, Paris.
- Bonnevie, P. 1973. "The concept of health. A sociomedical approach ". *Scandinavian Journal of Social Medicine*, **1**(1), 41.
- Bouchayer, F. 1984. "Les logiques sociales des actions en Éducation pour la Santé". *Sciences sociales et santé*, 77-103.
- Bourdelaïs, P. 2000. *L'inégalité sociale face à la mort : l'invention récente d'une réalité ancienne*. in: *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte, pp. 25-39.
- Bourdieu, P. 1980. *Questions de sociologie*. Les éditions de minuit, Paris.
- Bourdillon, F. 2009. *Traité de prévention (sous la direction de)*, Médecine-Sciences, Flammarion, Paris.
- Bozzini, L. 1990. "Rapport Rochon et Orientations Lavoie-Roux : une lecture plus optimiste". *Nouvelles pratiques sociales*, **3**(1), 107.
- Breslau, D. 1988. "Robert Park et l'écologie humaine". *Actes de la recherche en sciences sociales*, **74**, 55-63.
- Breslow, L. 1999. "From disease prevention to health promotion". *Journal of the American Medical Association*, **281**(11), 1030-33.

- Bresson, M. 2014. "La participation : un concept constamment réinventé". Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie [En ligne], **9**, mis en ligne le 04 mars 2014, Consulté le 20 août 2015. URL : <http://socio-logos.revues.org/2817>.
- Bronfenbrenner, U. 1979. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design.*, Cambridge, MA.
- Bruchon-Schweitzer, M. 2002. *Manuel de psychologie de la santé.* Dunod, Paris.
- Bruchon-Schweitzer, M., Boujut, E. 2014. *Psychologie de la santé. Concepts, méthodes et modèles.* Dunod, (2ème édition) Paris.
- Brugère, F. 2013. *La politique de l'individu.* Editions du Seuil et la République des Idées, Paris.
- Brunel, V. 2004. *Les Managers de l'âme. Le développement personnel en entreprise, nouvelle forme de pouvoir ?* La Découverte, Paris.
- Bury, J.A. 1988. *Éducation pour la santé. Concepts, enjeux, planifications* De Boek Université, Bruxelles.
- Calvès, A.E. 2009. "Empowerment : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement". *Revue Tiers Monde*, **200**(4), 735-749.
- Canguilhem, G. 1966. *Le Normal et le pathologique.* PUF, Paris.
- Caron-Bouchard, M., Renaud, L. 2010. Un modèle dynamique interactif écosocial pour mieux comprendre l'apport des médias dans le façonnement des normes sociales en matière de santé. in: *In Les médias et la santé : de l'émergence à l'appropriation des normes sociales*, Coll. « Santé et société », Presses de l'Université du Québec. Québec, pp. 9-30.
- Cassiers, I. 2005. "De l'État providence à l'État social actif : quelles mutations sous-jacentes?". *Regards économiques, IRES-UCL*, **36**, 1-13.
- Cattacin, S., Lucas, B. 1999. "Autorégulation, intervention étatique, mise en réseau : les transformations de l'état social en Europe (les cas du VIH/sida, de l'abus d'alcool et des drogues illégales)". *Revue Française de Science Politique*, **49**(3), 379-398.
- Cazeneuve, J. 1966. *Bonheur et civilisation.* Gallimard, Paris.
- Certain, A. 2015. "L'éducation thérapeutique du patient dans le contexte de la promotion de la santé : son déploiement dans le parcours de soins et aspects éthiques". *Ethics, Medicine and Public Health*, **1**(3), 393-403.
- Cotton, E. 1982. *L'éducation pour la santé : méthodes.* éditions de l'université de Bruxelles, École de santé publique, Bruxelles.
- Crahay, M. 1999. *Psychologie de l'éducation.* PUF, Paris.
- D'Hivernois, J.F., Gagnayre, R. 1998. *Apprendre à éduquer le patient.* Edition Vigot, Paris.
- Dahlgren, G., Whitehead, M. 1992. *Policies and strategies to promote social equity in health.* Institute of Futures Studies, Stockholm.
- Dahmane, A. 2003. "La naissance de la santé: l'ordre médical source de la norme de santé". *Le Portique.*

- De Ketele, J.M. 2000. Approche socio-historique des compétences dans l'enseignement. in: In Bosman, C.Gerard et Roegiers. Quel avenir pour les compétences ?, De Boeck. Bruxelles.
- De Loye, P. 1975. "Freire (Paulo). — Pédagogie des opprimés suivi de Conscientisation et révolution, trad. du brésilien". Revue française de pédagogie, 62-64.
- Deccache, A., Lavendhomme, E. 1989. Information et éducation du patient. Edition De Boeck, Bruxelles.
- Deci, E.L., Ryan, R.M. 2000. "The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior". Psychological Inquiry, **11**.
- Delore, P. 1942. "Présentation". *La Santé de l'homme*, **1**, page 1.
- Dempsey, C., Battel-Kirk, B., Barry, MM., et les Partenaires du Projet CompHP. 2011. Cadre de Référence sur les Compétences pour la Promotion de la Santé, UIPES. Paris.
- Desautels, J., Larochelle, M. 1992. Autour de l'idée de science. Itinéraires cognitifs d'étudiants. De Boeck Université, Bruxelles.
- Descarpentries, J. 2008b. "Essai Conceptualisation de l'intervention éducative en santé publique". Promotion & Education, **15**(1 suppl), 14-16.
- Descarpentries, J. 2008a. "L'éducation pour la santé est-elle encore éthique ?". Education permanente, **175**(2), 47-56.
- Deschamps, J.P. 2008. "Une "relecture" de la charte d'Ottawa". Promotion & Education, **15**(1 suppl), 8-13.
- Dever, G.E.A. 1976. "An epidemiological model for health policy analysis". Social Indicators Research, **2**, 461-70.
- Diclemente, C.C. 1986. "Self-efficacy and the addictive behaviors". Journal of Social and Clinical Psychology, **4**(15), 302-3.
- Diderichsen, F., Evans, T., Whitehead, M. 2001. The social basis of disparities in health. in: In Evans T., Whitehead M., Diderichsen, F. Bhuiya, A. Wirth, M. dir. Challenging inequities in health: from ethics to action Oxford University Press. New York, pp. 13-23.
- Donovan, R., Henley, N. 2003. Social marketing principles and practice. IP Communications, Melbourne, Australia.
- Doron, J., Stephan, Y., Le Scannf, C. 2013. "Les stratégies de coping : une revue de la littérature dans les domaines du sport et de l'éducation". Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology, **63**(5), 303-313.
- Doumont, D. 2010. "En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction des inégalités de santé ? fondements des inégalités et stratégies d'intervention".
- Draper, P., Griffiths, J., Dennis, J., Popay, J. 1980. "Three types of health education". British medical journal, 493-495.
- Dubas, F. 2004. La médecine et la question du sujet: Enjeux éthiques et économiques. 1ère édition ed. Les Belles Lettres, Paris.
- Dubos, R. 1979. "Adapting Man Adapting Curing, Helping, consoling". The Yale Journal of Biology and Medicine(52), 211-218.

- Duclos, G. 2010. L'estime de soi, un passeport pour la vie. 3<sup>ème</sup> édition revue et augmentée, collection du CHU Sainte-Justine, Montréal.
- Ehrenberg, A. 1991. Le culte de la performance. Calmann-Lévy, Paris.
- Engel, G.L. 1980. "The clinical application of the biopsychosocial model". *Am J Psychiatry*, **137**(5), 535-544.
- Engel, G.L. 1977. "The need for a new medical model a challenge for biomedecine". *Science*, **196**(4286), 129-136.
- Esping-Andersen, G. 1999. Les trois mondes de l'État-Providence. Essai sur le capitalisme moderne. Le Lien social ed, Paris.
- Esping-Andersen, G., Palier, B. 2008. Trois leçons sur l'Etat-providence. Le Seuil, Paris.
- Evans, R.G., Barer, M.L., Marmor, T.R. 1996. Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie. Presses de l'Université de Montréal, Montréal
- Evans, R.I. 1976. "Smoking in children: Developing a social psychological strategy of deterrence". *Prevention Medicine*, **5**, 122-127.
- Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E., Buscemi, D. 2014. "Universal school-based prevention for illicit drug use". *Cochrane Database of Systematic Reviews*(12).
- Fassin, D. 2000. "Comment faire de la santé publique avec des mots Une rhétorique à l'oeuvre". *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, **7**(1), 58-78.
- Fassin, D. 1999. L'anthropologie entre engagement et distanciation : essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique. in: in Becker, C., Dozon, J.P., Obbo, C.H., Touré, M. *Vivre et penser le sida en Afrique*, Karthala. Paris.
- femmes, C.o.d.s.d.s.p.l. 2000. Etude documentaire - les mécanismes les plus efficaces pour modifier les comportements à risque pour la santé, Rapport final
- Fishbein, M., Ajzen, L. 1975. *Belief, attitude, intention and behavior : An introduction to theory and research*. Don Mills, Addison-Wesley, Ontario.
- Fisher, B., Tronto, J. . 1990. *Towards a Feminist Theory of Caring* in Abel E., NELSON M. (dir.), *Circles of Care*. SUNY Press, Albany.
- Forget, G., Lebel, J. 2003. Approche écosystémique à la santé humaine. in: in Gérin, M., Gosselin, P., Cordier, S., Viau, C., Quénel, P., Dewailly, E. (Dir.) *Environnements et santé publique. Fondements et pratiques.*, Tec & Doc. Paris, pp. 593-638.
- Foucault, M. 1976. Les mailles du pouvoir in: in *Dits et écrits II* Gallimard, cité par Alexandre Macmillan, « La biopolitique et le dressage des populations », *Cultures & Conflits* [En ligne], 78 | été 2010, mis en ligne le 06 mars 2012, consulté le 18 février 2016. URL : <http://conflits.revues.org/17959>. Paris Quarto 2001.
- Foucault, M. 1977. Les rapports de pouvoir passent à l'intérieur des corps. in: in *Dits et écrits*, (Ed.) E.a.F. L., Vol. 3, *La Quinzaine littéraire* n° 247, 1er et 15 janvier.
- Foucault, M. 1963. *Naissance de la clinique*. PUF ed. Quadrige, PUF, Paris.
- Freire, P. 1974. *Pédagogie des opprimés suivi de Conscientisation et révolution*. François Maspero, Paris.
- Freitag, M. 2002. *L'oubli de la société. Pour une théorie critique de la postmodernité*. Québec, PUL et Rennes, PUR.

- Gable, S.L.H., J. 2005. "What (and why) is positive psychology ?". *Review of General Psychology*, **9**(2), 103-110.
- Galand, B. 2006. "La motivation en situation d'apprentissage : les apports de la psychologie de l'éducation". *Revue française de pédagogie*, **155**, 5-8.
- Giddens, A. 1994. *Les conséquences de la modernité*. L'Harmattan, Paris.
- Giddens, A., Blair, T. 2002. *La Troisième voie. Le renouveau de la social-démocratie*. Éditions du Seuil, Paris
- Gilbert, P. 2006. "La compétence : concept nomade, significations fixes". *Psychologie du Travail et des Organisations*, **12**(2), 67-77.
- Godin, G. 1991. "L'éducation pour la santé les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs". *Sciences sociales et santé.*, **9**(1), 67-94.
- Gogue, J.M. 2008. *La culture du résultat*, Association Française Edwards Deming. Paris.
- Goldberg, M., Melchior, M., Leclerc, A., Lert, F. 2002. "Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé". *Sciences sociales et santé*, 75-128.
- Gondicas, M. 2002. *Platon, Le souci du bien. Lysis et Charmide*. Traduit du grec et présenté par Myrto Gondicas. Arléa.
- Goodstadt, M. 1975. "Impact and Roles of Drug Information in Drug Education". *Journal of Drug Education*, **5**, 223-233.
- Gorge, H. 2014. *Appartenir à la société de consommation en étant travailleur pauvre : une approche socio-historique de la construction de la figure du consommateur pauvre*. in: *Droit et santé*, Vol. Thèse de Droit et santé, Université Lille 2.
- Gori, R., Le Coz, P. 2007. "Le coaching : main basse sur le marché de la souffrance psychique". *Cliniques méditerranéennes*, **75**(1), 73-89.
- Gorman, D. 2003. "Prevention programs and scientific non sense". *Policy review*, 65-75.
- Gourevitch, D. 1984. *Le triangle hippocratique dans le monde gréco-romain. Le malade, sa maladie et son médecin*. Ecole française de Rome, BEFAR 251, Rome.
- Green, L., Kreuter, M. 1990. "Health Promotion as a Public Health Strategy for 1990s". *Annual Review of Public Health*, **11**, 313-334.
- Green, L.W., et al. 1980. *Health Education Planning: A diagnostic approach*. From Mayfield Publishing Co, Palto Alto.
- Green, L.W., Kreuter, M.W. 1999. *Health promotion planning : an educational and environmental approach*. Mayfield Publishing Company.
- Green, L.W., Poland, B. D., Rootman, I. 2000. The settings approach to health promotion. in: In B. D. Poland, L. W. Green, & I. Rootman (Eds.), *Settings for health promotion: Linking theory and practice*, Sage. London, pp. 1-43.
- Halhal, S. 2015. "La pensée critique en éducation : le point de vue herméneutique". *Canadian Journal for New Scholars in Education (Revue canadienne des jeunes chercheuses et chercheurs en éducation)*, **6**(1).
- Hancock, T. 1994. *Health promotion in Canada: did we win the battle but lose the war*. in: *Health promotion in Canada : provincial, national and international perspectives*,

- (Eds.) A.P. Pederson, M. O'Neill, I. Rootman, W.B. Saunders Co. Canada. Toronto, pp. 350-373.
- Hawe, P., Potvin, L. 2009. "What Is Population Health Intervention Research?". *Canadian Journal of Public Health*, **100**(1), I8-I14.
- HCSP. 2009. Rapport. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité, Haut Conseil de la Santé Publique. Paris, pp. 99 p.
- Honess, T.M. 1990. "Soi et identité: analyse notionnelle et examen des courants de recherches actuels". *Psychologie Française*, **35**, 17-23.
- Houéto, D., Laverack, G. 2014. Promotion de la santé et autonomisation dans le contexte africain. Lulu Enterprises Inc.
- Illich, I. 1974. "Medical Nemesis". *Lancet*, **1**(7863), 918-21.
- INPES. 2011. "Se former et former en promotion de la santé". *La Santé de l'homme*, **416**(18).
- INSERM. 2001. Éducation pour la santé des jeunes Concepts, modèles, évolution. in: *Education pour la santé des jeunes: concepts et méthodes*, pp. 15-39.
- Jourdan, D. 2012. La santé publique au service du bien commun ? Editions de santé, Paris.
- Keyes, C.L.M. 2005. "Une conception élargie de la santé mentale". *Revue québécoise de psychologie*, **26**(1), 145-163.
- Kickbusch, I. 2003. "The contribution of WHO to a new public health and health promotion". *American Journal of Public Health*, **93**(3), 383-388.
- Kickbusch, I. 2006. Health promotion - not a tree but a rhizome. perspectives. in: In O'Neill, M., Pederson, A., Dupere, S., & I. Rootman. (Eds.). *Health promotion in Canada: critical Canadian Scholars Press*. Toronto.
- Kickbusch, I. 1986. "Health promotion: a global perspective". *Can J Public Health*, **77**(5), 321-6.
- Kickbusch, I. 2002. "La carte n'est pas le territoire : cinq perspectives sur la manière d'interpréter le monde de la santé". *Reviews of Health Promotion and Education Online*.
- Klein, A. 2008. "La santé comme norme de soin". *Philosophia Scientiae*, **12**(2).
- Klein, A. 2010. "Quel sujet pour l'éducation en santé ? Les apports de Michel Foucault pour les interventions éducatives en santé publique". *Recherches & éducations [En ligne]*, 3 | septembre 2010, mis en ligne le 01 janvier 2012, consulté le 14 février 2016. URL : <http://rechercheseducations.revues.org/556>, **3**, 47-75.
- Korfmacher, J., Le Houezec-Jacquemain, F. 2002. "Le sens caché des programmes d'interventions précoces ". *Devenir*, **14**(4), 363-375.
- Labonté, R. 1994. Death of program, birth of metaphor: the development of health promotion in Canada. in: In Pederson, A.P., O'Neill, M., Rootman, I. *Health promotion in Canada : provincial, national and international perspectives*, W.B. Saunders Co. Canada. Toronto, pp. 72-90.
- Lacroix, A., Assal, J.P. 1998. *L'éducation thérapeutique des patients*. Edition Vigot, Paris.
- Lalonde, M. 1974. Nouvelle perspective de la santé des Canadiens, un document de travail, Ministère des approvisionnements et services. Gouvernement du Canada. Ottawa.



- Lamarre, M.C. 2008. "L'Union internationale de promotion de la sante et d'education pour la sante : un reseau professionnel mondial". *Promotion & Education*, **15**(1 suppl), 76-79.
- Lamboy, B., Clément, J., Saïas, T., Guillemont, J. 2011. "Interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes". *Sante Publique*, **23**(HS), 113-125.
- Lamoureux, H., Lavoie, J., Mayer, R., Panet-Raymond, J. 1996. *La pratique de l'action communautaire*. Presse de l'Université du Québec, Québec.
- Langer, E.J. 1978. Rethinking the role of thought in social interaction. in: In Harvey, J.H. Ickes, W. Kidd, R.F. (Eds.), *New directions in attribution research Vol. 2*, Laurence Erlbaum Associates. Hillsdale, N.J., pp. 35-58.
- Laure, P., Mangin, G. 2009. *Formation des formateurs d'animateurs en prévention*. Ministère de la santé, de la Jeunesse et des Sports.
- Laure, P., Parant, J.M., Mangin, G. 2013. "Efficacité à court terme de SAPHYR Lorraine, dispositif régional de promotion de l'activité physique à des fins de santé.". *Science et sports*, **28**(4), 107-110.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. 1984. *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing, New York.
- Le Bossé, Y., Dufort, F., Vandette, L. 2004. "L'évaluation de l'empowerment des personnes: développement d'une mesure d'indices psychosociologiques du pouvoir d'agir (MIPPA)". *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, **23**(1).
- Le Boterf, G. 1998. *Ingénierie et évaluation des compétences*. Eyrolles. Les éditions d'Organisation, (5ème édition), Paris.
- Le Breton, D. 1992. *La sociologie du corps*. collection "Que-Sais-Je ?", PUF, (7e édition 2010), Paris.
- Lecomte, J. 2014. *Introduction à la psychologie positive*. Dunod.
- Lecomte, J. 2004. "Les applications du sentiment d'efficacité personnelle". *Savoirs*, **Hors série**(5), 59-90.
- Lecorps, P. 2008. L'éducation pour la santé, élément d'une biopolitique. in: Colloque régional, Questions éthiques et éducation pour la santé, CRES-PACA, Actes.
- Lecorps, P., Paturet, J.B. 1999. *Santé publique: du biopouvoir à la démocratie*. Editions de l'Ecole nationale de santé publique, Rennes.
- Legrand, M., Vrancken, D. 2004. *L'expertise du sociologue*. L'Harmattan, Belgique-France.
- Lemieux, R. 2000. "L'art d'apprêter les restes. Lieux et enjeux éthiques des interventions auprès des humains". *Laval Théologique et Philosophique*, **56**(3), 509-529.
- Lézé, S. 2003. "Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin, eds, Critique de la santé publique. Une approche anthropologique". *L'Homme*, **165**, 339-340.
- Lindström, B., Eriksson, M., Roy, M., O'Neill, M., Groupe de travail mondial de l'UIPES sur la salutogenèse. 2012. *La Salutogenèse. Petit guide pour promouvoir la santé*. Presses de l'Université Laval, Adaptation française par Mathieu Roy et Michel O'Neill. Québec.
- Lipovetsky, G. 2009. *Le bonheur paradoxal. Essai sur la société d'hyperconsommation*. Collection Folio essais (n° 512), Gallimard, Paris.

- Littré, E. 1842. Introduction et commentaires médicaux sur tous les livres hippocratiques. Société encyclopédique de sciences médicales ed, Bruxelles.
- Low, J., Theriault, L. 2008. "Health promotion policy in Canada: lessons forgotten, lessons still to learn". *Health Promotion International*, **23**(2), 200-206.
- Ma, H.K. 2012. "Social Competence as a Positive Youth Development Construct: A Conceptual Review". *The Scientific World Journal*, **2012**, 7 p.
- Mackenbach, J.P., Stronks, K. 2004. "The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands". *International Journal for Equity in Health*, **3**(11), 7 p.
- Maddux, J.E., Rogers, R.W. 1983. "Protection motivation and self-efficacy : a revised theory of fear appeals and attitude change". *Journal of Experimental Social Psychology*, **19**, 469-479.
- Maigne, E., Lavielle, C., Lemonnier, F., Weinmann, E.M., Gareau, A., Vergniory, S. 2005. *Thesaurus en éducation pour la santé. Liste alphabétique structurée*, Éditions INPES. Saint-Denis, pp. 76 p.
- Mandel, L.L., Bialous, S.A., Glantz, S.A. 2006. "Avoiding "truth": tobacco industry promotion of life skills training". *J Adolesc Health*, **39**(6), 868-79.
- Manderscheid, J.C. 1994. "Modèles et principes en éducation pour la santé". *Revue française de pédagogie*, 81-96.
- Manderscheid, J.C. 1996a. "Quelles recherches pour l'éducation à la santé?". *Revue française de pédagogie*, **114**(1), 53-65.
- Manderscheid, J.C., Tones, K., Green, J. 1996b. "Efficacité et utilité de l'éducation à la santé à l'école". *Revue française de pédagogie*, 103-120.
- Mandon, N. 1990. "Analyse des emplois et gestion anticipée des compétences". *CEREQ, Bref*, **57**(3).
- Mangin, G., Laure, P., Magaloff, P., Lecerf T. 2009. *Acceptabilité par les dirigeants et entraîneurs d'une intervention brève en prévention des conduites dopantes auprès d'adolescents sportifs*. Ministère de la Santé et des Sports.
- Mann, J. 1998. "Santé publique : éthique et droits de la personne". *Sante Publique*, **10**(3), 239-250.
- Marmot, M. 2010. *Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review*. University College London, London.
- Marmot, M.G. 2014. "Inégalités en matière de santé en Angleterre : politique récente et éléments de preuve.". *Les Tribunes de la santé*, **2**(43).
- Marmot, M.G., Shipley, M.J., Rose, G. 1984. "Inequalities in death-specific explanations of a general pattern ?". *Lancet*, **i**(1003-1006).
- Marquis, N. 2014. *Du bien-être au marché du malaise. La société du développement personnel*. Presses universitaires de France, Paris.
- Martineau, S. 2006. *La question des compétences: tour d'horizon socio-historique de la notion et analyse conceptuelle*, Université du Québec à Trois-Rivières Québec.
- Massé, R. 2003. *Ethique et santé publique*. Presses universitaires de Laval, Québec.

- McBeath, W.H. 1991. "Health for all: a public health vision". *Am J Public Health*, **81**(12), 1560-5.
- McClelland, D.C. 1973. "Testing for competence rather than for 'intelligence.'" *American Psychologist*, **28**(1), 1-14.
- Mead, G.H. 1934. *Mind, Self, and Society*. University Press, Chicago.
- Meirieu, P. 2005. *Le choix d'éduquer. Éthique et pédagogie*. ESF, 9e édition, Paris.
- Merrien, F.X. 2007. *L'État-providence. PUF Que sais-je ?*, Paris.
- Milio, N. 1987. "Making healthy public policy - developing the science by learning the art: an ecological framework for policy studies". *Health Promotion International*, **2**(3), 263-274.
- Mozère, L. 2004. "Le « souci de soi » chez Foucault et le souci dans une éthique politique du care". *Le Portique [En ligne]* mis en ligne le 15 juin 2007, consulté le 23 septembre 2015, **13-14**.
- Nachi, M. 2009. *Introduction à la sociologie pragmatique*. Armand Colin, Paris.
- Nickse, R.S. 1981. *Competency-based education : beyond minimum competency testing*. McClure, Larry ED., New York.
- Nutbeam, D. 1997. "Creating health-promoting environments: overcoming barriers to action". *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, **21**(4), 355-359.
- Nutbeam, D. 1999. *Glossaire de la promotion de la santé*, World Health Organization. Genève, pp. 25 p.
- Nutbeam, D. 1998. "Health promotion glossary". *Health Promotion International*, **13**(4), 349-364.
- Nutbeam, D., Harris, E., Wise, M. 2010. *Theory in a nutshell : A practical guide to health promotion theories*. McGraw-Hill, Sydney.
- O'Donnell, M. 1989. "Definition of Health Promotion: Part III: Expanding the Definition". *American Journal of Health Promotion*, **3**(3), 5.
- O'Neill, M., Pederson, A.P., Rootman, I. 2001. "La promotion de la santé au Canada déclin ou mutation". *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, **7**(2), 50-59.
- O'Neill, M., Gosselin, P., Boyer, M. 1997. *La santé politique. Petit manuel d'analyse et d'intervention politique dans le domaine de la santé*. in: *Les monographies du Centre québécois collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour le développement des Villes et Villages en santé*, Organisation Mondiale de la Santé. Organisation Panaméricaine de la Santé.
- OMS. 1986. *Charte d'Ottawa*, Bureau régional de l'Europe, Organisation Mondiale de la Santé.
- OMS. 2008. *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, Organisation Mondiale de la Santé. Genève, pp. 232 p.
- OMS. 1946. *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*. New York, pp. 24 p.

- O.M.S. 1997. Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXIème siècle, Organisation Mondiale de la Santé.
- O.M.S. 1998. Education Thérapeutique du Patient: Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques, Bureau régional pour l'Europe, Organisation Mondiale de la Santé. Copenhague, pp. 56 p.
- O.M.S. 2005. La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, Organisation Mondiale de la Santé.
- O.M.S. 1978. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Alma-Ata (URSS) 6-12 septembre 1978, Organisation mondiale de la Santé. Genève, pp. 88 p.
- O.M.S. 1981. Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000, Organisation Mondiale de la Santé. Genève, pp. 90 p.
- Onnis, L. 2009. Corps et contexte. Thérapie familiale des troubles psychosomatiques. Trad. franç. de L. Cabanel. Editions Fabert Paris.
- Otero, M. 2000. "Les stratégies d'intervention psychothérapeutique et psychosociale au Québec La régulation des conduites". Sociologie et sociétés, **32**(1), 213-228.
- Park, R.E. 1925. La Ville. Propositions de recherche sur le comportement humain en milieu urbain. in: In Grafmeyer, Y., Joseph, I. (dir) *L'École de Chicago. Naissance de l'écologie urbaine*, Éditions Aubier, « Champ urbain », 1984. Paris.
- Paugam, S. 2012. *L'Enquête sociologique*. . 2 ed. collection Quadrige, Puf, 2ème édition, Paris.
- Paugam, S.d. 2010. Les 100 mots de la sociologie. coll. « Que Sais-Je ? », PUF Paris.
- Perrenoud, P. 1999. *La clé des champs : essai sur les compétences d'un acteur autonome*. OCDE, Paris.
- Perrenoud, P. 2000. Quel avenir pour les compétences ? . in: in « L'école saisie par les compétences » dans Bosman, Gerard et Roegiers, De Boeck. Bruxelles, pp. 21-22.
- Petrosino, A., Turpin-Petrosino, C., Hollis-Peel, M.E., Lavenberg, J.G. . 2013. ""Scared Straight"" and other juvenile awareness programs for preventing juvenile delinquency". Cochrane Database of Systematic Reviews(4).
- Piaget, J. 1979. *Théorie du langage, théorie de l'apprentissage*. Le Seuil, Paris.
- Pick, S., Givaudan, M., Sirkin, J., Ortega, I. 2007. "Communication as a protective factor: evaluation of a life skills HIV/AIDS prevention program for Mexican elementary-school students". AIDS Educ Prev, **19**(5), 408-21.
- Platon. La République. Flammarion, Introduction, traduction et notes par Robert Baccou (1988). Paris.
- Poletti, R. 1989. Les soins infirmiers. Théories et concepts. Le Centurion, Paris.
- Potvin, L., Moquet, M.J., Jones, C.M. 2010. Réduire les inégalités sociales en santé. Editions INPES, Saint-Denis.
- Prochaska, J.O., Di Clemente, C.C. 1984. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Dow Jones-Irwin, Homewood, IL.

- Quivy, R., Van Camenhoudt, L. 2006. Manuel de recherche en sciences sociales. Dunod, 3ème édition, Paris.
- REFIPS. 2011. 25 ans d'histoire, Les retombées de la Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé dans divers pays francophones, Collection Partage, Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé. Québec, pp. 97 p.
- Renaud, L. 2011. Guide pratique : Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique. Edition Partage, Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé, Montréal, Canada.
- Renaud, M. 1996. L'avenir : Hygiène ou Panacée ? . in: in Evans, R.G., Barer, M.L., Marmor, T.R. Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie, Presses de l'Université de Montréal. Montréal, pp. 317-332.
- Rhein, C. 2003. "Pour une revue de l'écologie humaine, L'écologie humaine, Discipline-chimère.". Sociétés Contemporaines, **49-50**, 167-190.
- Richelle, M. 1978. Skinner ou le péril béhavioriste. Mardaga., Bruxelles
- Ridde, V. 2004. "Une analyse comparative entre le Canada, le Québec et la France : l'importance des rapports sociaux et politiques eu égard aux déterminants et aux inégalités de la santé". Recherches sociographiques, **45**(2), 343-364.
- Riutort, P. 1996. Premières leçons de sociologie [première, terminale ES]. Presses universitaires de France, Paris.
- Rootman, I. 2001. Introduction. in: in Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D.V., Potvin, L., et al. Evaluation in health promotion: principles and perspectives, Vol. 92, WHO regional publications, Europeanseries. Copenhagen, Denmark, pp. 4-5.
- Rose-Krasnor, L. 1997. "The Nature of Social Competence: A Theoretical Review". Social Development, **6**(1), 111-135.
- Rosen, G. 1947. "What is Social Medicine? A Genetic Analysis of the Concept". Bulletin of History Medicine, **21**, 674-733.
- Rosenstock, I.M. 1974. "Historical origins of the health belief model". Health Education Monographs, **2**(4), 328-335.
- Rosenstock, I.M. 1966. "Why people use health services". Milbank Mem Fund Q, **44**(3), Suppl: 94-127.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J., Becker, M. H. 1988. "Social learning theory and the health belief model". Health Education Quarterly, **15**(2), 175-183.
- Roussille, B., Deschamps, JP. 2013. "Aspects éthiques de l'éducation pour la santé... ou les limites de la bienfaisance". Sante Publique, **25**(3), 85-91.
- Rubin, K.H., Rose-Krasnor, L. 1992. Interpersonal problem-solving and social competence in children. in: In Van Hasselt, V.B., Hersen, M., (Eds.) Handbook of social development: A lifespan perspective, Plenum Press. New-York.
- Salmon, A. 2011. "L'entreprise providence. Espoir ou consternation ? Débat sur la responsabilité sociale de l'entreprise (II) ". Revue du MAUSS permanente([en ligne]. <http://www.journaldumauss.net/?L-entreprise-providence-Espoir-ou> ).
- Sandrin, B. 2013. "Éducation thérapeutique et promotion de la santé : quelle démarche éducative ?". Sante Publique, **25**(3), 125-135.

- Saout, C., Charbonnel, B., Bertrand, D. . 2008. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative.
- Seligman, M., Steen, T.A., Park, N., Peterson, C. 2005. "Positive psychology progress. Empirical validation of interventions". *American Psychologist*, **60**(5), 410-421.
- Senik, C. 2014. *L'économie du bonheur*. La république des idées Seuil, Paris.
- Shankland, R. 2014. *La psychologie positive*. Dunod, 2de édition, Paris.
- Shankland, R. 2009. *Pédagogies nouvelles et compétences psychosociales. De l'apprentissage à l'école à l'entrée dans l'enseignement supérieur*. L'Harmattan, Paris.
- Shor, I. 1992. *Empowering Education: Critical Teaching for Social Change*. University of Chicago Press, London and Chicago.
- Sigerist, H.E. 1941. *Medicine and Human Welfare*. Yale University Press, New Haven.
- Sigerist, H.E. 1946. *The University at the Crossroads*. Henry Schuman, New York.
- Simmel, G. 1903. *Métropoles et mentalité*. in: *In Grafmeyer, Y., Joseph, I. (dir.) L'École de Chicago. Naissance de l'écologie urbaine*, Éditions Aubier, « Champ urbain » 1984. traduit de l'allemand par Philippe Fristch, Paris, pp. 61-77.
- Simos, J., Bury, J. . 2003. *Vers une politique cantonale de prévention et de promotion de la santé*. Département de l'économie et de la santé, Genève.
- Speller, V., Parish, R., Davison, H., Zilnyk, A., et les partenaires du Projet CompHP. 2012. *Le Manuel CompHP des références professionnelles pour la promotion de la santé (version abrégée)*, UIPES. Paris.
- Stanley, M.A., Maddux, J.E. 1986. "Cognitive processes in health enhancement : investigation of a combined protection motivation and self-efficacy model". *Basic and Applied Social Psychology*, **7**, 101-113.
- Strecher, V.J., McEroy De Vellis, B., Becker, M.H., Rosenstock, I.M. 1986. "The role of self-efficacy in achieving health behavior change". *Health Education Quarterly*, **13**, 73-91.
- Stronks, K. 1996. "Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: an empirical analysis". *Sociology of Health & Illness*, **18**(5).
- Tannahill, A. 2008. "Health promotion: The Tannahill model revisited". *Public Health*, **122**(12), 1387-1391.
- Tannahill, A. 1985. "What is health promotion?". *Health Educ J*, **44**(4), 167-8.
- Teboul-Weber, V. 2007. "Compétence". *Quaderni*, **63**(Nouveaux mots du pouvoir: fragments d'un abécédaire), 21-22.
- Terris, M. 1992. "Concepts of health promotion dualities in public health theory". *Journal of Public Health Policy*(13), 267-276.
- Thévenot, L. 2006. *L'action au pluriel. Sociologie des régimes d'engagement*. La Découverte, Paris.
- Tones, B.K. 1986. "Health education and the ideology of health promotion: a review of alternative approaches". *Health Education Research*, **1**(1), 3-12.
- Touraine, A. 1965. *Sociologie de l'action*. Les Éditions du Seuil, Paris.

- Tourette-Turgis, C. 1996. *Le counseling*. Coll. Que Sais-je ?, PUF, Paris.
- Trépos, J.Y. 2015. "L'empowerment, entre puissance et impuissances - Le cas des violences conjugales et intrafamiliales". *Sciences et actions sociales* [En ligne], 2(mis en ligne octobre 2015, URL : <http://sas-revue.org/index.php/21-n-2/dossiers-n2/32-1-empowerment-entre-puissance-et-impuissances-le-cas-des-violences-conjugales-et-intrafamiliales>), 26 p.
- Trépos, J.Y. 2004. "L'équipement politique des passions". *Le Portique* [En ligne], mis en ligne le 05 octobre 2007, consulté le 23 septembre 2015, **13-14**.
- Trépos, J.Y. 2012. *Les dispositifs modestes du souci. Expérimentation, réflexivité et modélisation dans l'intervention sociale*. PUN-Editions Universitaires de Lorraine, Nancy.
- Trépos, J.Y. 1992. *Sociologie de la compétence professionnelle*. PUN, Nancy.
- Triandis, H.C. 1977. *Interpersonal behavior*. Brooks/Cole Pub. Co.
- Wallerstein, N., Bernstein, E. 1988. "Empowerment Education : Freire's Ideas Adapted to Health Education.". *Health Education Quarterly*, **15**(4), 379-394.
- Walsh, K., Zwi, K., Woolfenden, S., Shlonsky, S. 2015. "A School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse". *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4).
- Watson, J., Richelle, M. 1966. *Le conditionnement opérant*. Delachiaux et Nestlié, Neufchâtel.
- Weber, M. 1905. *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme* Introduction et traduction française par Isabelle Kalinowski, 2008, Flammarion, Collection Champs classiques, Paris.
- Weinberg, R.S.H., H.H. Critelli, J.W. England, R. Jackson, A. 1984. "Effects of preexisting and manipulated self-efficacy or weight loss in a self-control program". *Journal of Research in Personality*, **18**, 352-358.
- WHO. 1981. *Global strategy for health for all by the year 2000*, World Health Organization. Geneva, pp. 90 p.
- WHO. 1994. *Health for All : a glossary of terms*, World Health Organization.
- WHO. 1993a. *Health for All Targets. The health policy for Europe*, Regional Office for Europe of World Health Organization. Geneva, pp. 98 p.
- WHO. 1984. *Health promotion : concepts and principles*, Regional Office for Europe, World Health Organization. Copenhagen, pp. 27 p.
- WHO. 2009. *Milestones in Health Promotion : Statements from Global Conferences*, World Health Organization. Geneva, pp. 39 p.
- WHO. 1993b. *Programme of Mental Health : Life skills education in schools*, Division of mental health and prevention of substance abuse. World Health Organization. Geneva, pp. 49 p.
- Wimbush, E., Watson, J. 2000. "An Evaluation Framework for Health Promotion: Theory, Quality and Effectiveness Health Education Board for Scotland". *Evaluation Review*, **6**(3), 301-321.

Zarifian, P. 1999. *Objectif compétence pour une nouvelle logique*. Editions Liaisons, Paris.

Zimmerman, M.A., Rappaport, J. . 1988. "Citizen Participation, Perceived Control and Psychological Empowerment". *American Journal of Community Psychology*, **16**(5), 725-743.





# Annexes

## 1. Corpus des entretiens

Suite à une irréversible erreur de manipulation de fichiers, il est à noter que les 7 entretiens de la phase exploratoire et les 6 premiers entretiens approfondis enregistrés et retranscrits ont été perdus, seuls 14 entretiens enregistrés et retranscrits sont disponibles.

Exploratoire	Date de l'entretien	Année de naissance	Domaine de formation initiale	Activité professionnelle	Lien de connaissance	Lieu de travail	Niveau géographique d'exercice professionnel	Champ de compétences	Compétences prioritaires
1		1985	École d'infirmier	Conseiller technique ligue sportive	CROSL	Lorraine	Régional	Sport de haut niveau	Enseignement professionnel, Entraînement physique et technique de haute performance, motivation et soutien psychologique
2	28/07/2010	1975	Professeur de sport	Directeur technique Fédération nationale	CODES88	Luxembourg, France	National	Sport de haut niveau	Enseignement professionnel, Entraînement physique et technique de haute performance, motivation et soutien psychologique
3	15/11/2010	1965	Professeur d'histoire	Président de club sportif	CROSL SAPHYR	Metz	Local	Sport de haut niveau	Enseignement professionnel, Entraînement physique et technique de haute performance, motivation et soutien psychologique
4	10/06/2010	1988	centre de formation sportif	Éducateur en club sportif	CROSL	Nancy	Local	Sport de haut niveau	Enseignement professionnel, Entraînement physique et technique de haute performance, motivation et soutien psychologique

	5	22/07/2010	1980	centre de formation sportif	Éducateur en club sportif	CROSL	Nancy	Local	Sport de haut niveau	Enseignement professionnel, Entraînement physique et technique de haute performance, motivation et soutien psychologique
	6	15/06/2010	1958	Professeur de sport	Conseiller technique ligue sportive	CROSL SAPHYR	Lorraine	Régional	Sport de haut niveau	Enseignement professionnel, Entraînement physique et technique de haute performance, motivation et soutien psychologique
	7	31/05/2010	1976	Professeur de sport	Conseiller technique ligue sportive	CODES88 CROSL SAPHYR	Lorraine	Régional	Sport de haut niveau	Enseignement professionnel, Entraînement physique et technique de haute performance, motivation et soutien psychologique
Approfondis	Date de l'entretien	Année de naissance	Domaine de formation initiale	Activité professionnelle	Lien de connaissance	Lieu de travail	Niveau géographique d'exercice professionnel	Champ de compétences	Compétences prioritaires	
	8	14/11/2012	1977	Sciences et techniques des APS	Éducatrice sportive en MJC	CROSL SAPHYR	Épinal	Local	Éducation populaire Éducation physique et sportive	Animation
	9	19/11/2012	1946	Médecine pédiatrie	Directeur médical d'Education thérapeutique du patient	CODES88 / CROSL SAPHYR	Vosges	Départemental	Santé publique et pédiatrie sociale	Stratégies d'actions et management de projets
	10	21/11/2012	1975	Aide soignante et éducation physique et sportive	Aide soignante, Éducateur sportif	CROSL SAPHYR	Épinal	Local	Éducation thérapeutique	Accompagnement
	11	28/11/2012	1980	Diététique	Diététicienne	CROSL	Vosges	Départemental	Éducation	Accompagnement

						SAPHYR			thérapeutique	
	12	04/12/2012	1984	Management communication	Chargé de mission ligue sportive	CROSL SAPHYR	Lorraine	Régional	Éducation physique et sportive	Stratégies d'actions et management de projets
	13	17/12/2012	1985	Sciences et techniques des APS	Chargé de mission ligue sportive	CROSL SAPHYR	Lorraine	Régional	Éducation physique et sportive	Stratégies d'actions et management de projets
EA 14 OB	14	08/01/2013	1979	Urbanisme et géographie	Chargé de mission santé	CROSL SAPHYR	Lorraine	Régional	Éducation thérapeutique	Stratégies d'actions et management de projets
EA 15 MD	15	26/02/2013	1967	Éducation physique et sportive	Éducateur en club sportif	CROSL SAPHYR	Vittel	Local	Éducation physique et sportive Éducation thérapeutique	Accompagnement
EA 16 CL	16	03/06/2013	1971	Éducation physique et sportive et Ancien basketteur haut niveau	Chargé de formation centre de formation sportive	CROSL SAPHYR	Lorraine	Régional	Éducation physique et sportive	Enseignement professionnel,
EA 17 SV	17	07/06/2013	1960	Médecine et DU Santé publique	Médecin coordonnateur	CODES88	Metz	Local	Santé publique et promotion de la santé	Formation en santé publique et promotion de la santé
EA 18 DD	18	19/06/2013	1978	Sociologie	Directeur de structure sociale d'accueil et d'écoute	CODES88	Épinal	Local	Travail social	Stratégies d'actions et management de projets
EA 19 PS	19	28/06/2013	1958	Psychologie clinique	Psychologue du sport	CROSL SAPHYR	Nancy	Local	Accompagnement thérapeutique	Motivation et soutien psychologique
EA 20 VF	20	02/07/2013	1976	Psychologie Éducation spécialisée	Éducatrice spécialisée, Psychologue	CROSL SAPHYR	Nancy	Local	Travail social	Accompagnement

EA 21 LB	21	16/10/2013	1978	Pharmacie DU ETP	Coordonnateur d'Education thérapeutique du patient	CROSL SAPHYR	Remiremont	Local	Éducation thérapeutique	Stratégies d'actions et management de projets
EA 22 NL	22	16/10/2013	1968	Sociologie	Consultante en santé citoyenne	CODES88	Vosges	Départemental	Accompagnement thérapeutique	Motivation et soutien psychologique
EA 23 DR	23	22/10/2013	1965	Professeur sciences et sport	Professeur universitaire, Éducateur en club sportif	CROSL SAPHYR	Nancy	Local	Éducation et recherche Éducation physique et sportive	Formation Animation
EA 24 CP	24	12/10/2013	1958	Biologie, médecine chinoise	Éducatrice en club sportif	CROSL SAPHYR	Bar le Duc	Local	Éducation populaire Éducation physique et sportive	Animation
EA 25 MT	25	20/11/2013	1975	Psychologie	Psychologue, Sophrologue	CROSL SAPHYR	Remiremont	Local	Éducation thérapeutique	Accompagnement
EA 26 DO	26	04/12/2013	1956	DHEPS, Collège coopératif	Consultant en santé publique, Directeur d'IREPS	CODES88	Auvergne	Régional	Santé publique et promotion de la santé	Formation en santé publique et promotion de la santé Stratégies d'actions et management de projets
EA 27 MH	27	04/02/2015	1950	Médecine pédiatrie	Médecin de PMI en retraite	CODES88	Meurthe et Moselle	Départemental	Santé publique et pédiatrie sociale	Soins primaires et préventifs Stratégies d'actions et management de projets

**Tableau 18 : Corpus des entretiens de l'enquête exploratoire et approfondie**

## 2. Conditions des entretiens

Lieu de l'entretien : Bureau de l'intervieweur (Blr), lieu public (LP), domicile de l'interviewé (DIé), bureau de l'interviewé (BIé) / Modalités de l'entretien : Face à face (FF), Téléphone (T)

<b>Exploratoire</b>	<b>Enregistrement</b>	<b>Lieu de l'entretien</b>	<b>Modalités de l'entretien</b>
1	Non	Blr	FF
2	Non	/	T
3	Oui perdu	Blr	FF
4	Oui perdu	Blr	FF
5	Oui perdu	Blr	FF
6	Oui perdu	Blr	FF
7	Oui perdu	Blr	FF
<b>Enquête</b>	<b>Enregistrement</b>	<b>Lieu de l'entretien</b>	<b>Modalités de l'entretien</b>
8	Oui perdu	LP	FF
9	Oui perdu	BIé	FF
10	Oui perdu	DIé	FF
11	Oui perdu	BIé	FF
12	Oui perdu	Blr	FF
13	Oui perdu	BIé	FF
14	Oui	Blr	FF
15	Oui	LP	FF
16	Oui	BIé	FF
17	Oui	BIé	FF
18	Oui	BIé	FF
19	Oui	BIé	FF
20	Oui	BIé	FF
21	Oui	BIé	FF
22	Oui	LP	FF
23	Oui	BIé	FF
24	Oui	DIé	FF
25	Oui	BIé	FF
26	Oui	/	T
27	Oui	DIé	FF

**Tableau 19 : Conditions des entretiens**

### 3. Guide de l'entretien de l'enquête exploratoire

Thèmes	Relances, questions possibles
Représentation des liens entre santé et sport	Parlez-moi des liens entre la pratique sportive et la santé
Représentation de la prévention en milieu sportif	Qu'évoque pour vous le mot « prévention » ? (Routière, au travail, sécurité publique, etc.). Quelle définition, quels objectifs, quels moyens ?
Utilité de la prévention en milieu sportif Intérêt Efficacité Obstacles	Comment définiriez-vous la place de la prévention en milieu sportif ? Voyez-vous une évolution ? Est-ce que ça marche ? Dans quels domaines (surentraînement, blessures, dopage, ...) Qu'est-ce qui l'explique selon vous, quels facteurs sont à prendre en compte (influence de la structure sportive, valeurs, ressources et contraintes) ?
Implication de la structure sportive dans le champ de la prévention	Avez-vous participé à ou organisé des actions de prévention ? Quels thèmes ? Quels partenaires ? Quels publics ? Quelles formes ?
Perception du concept de compétences psychosociales (compétences psychosociales)	Qu'évoque pour vous « compétences psychosociales » ? Quelles en sont les composantes ? Comment en avez-vous eu connaissance ? Qu'est-ce que c'est ?
Utilité du concept de compétences psychosociales en milieu sportif	Selon vous, quel rôle est donné aux compétences psychosociales en prévention ? A quoi ça sert ?
Perception du sens du développement des compétences psychosociales Signification Intention	Quelles sont les raisons qui peuvent expliquer l'utilisation des compétences psychosociales en prévention ? Pour quel type d'action le développement des compétences psychosociales est-il envisageable ? (consommation de substances, surentraînement, accident, maltraitance...)
Intention d'y recourir	Comment peuvent évoluer les pratiques de prévention en milieu sportif ? Décrivez une action qui aurait pour objectif le développement des compétences psychosociales et que pourriez mettre en place dans votre structure ?

**Tableau 20 : Guide de l'entretien de l'enquête exploratoire**



#### 4. Guide de l'entretien de l'enquête approfondie

Tenue d'un journal de l'enquête	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Notes sur la prise de contact, le contexte et le cadre de l'entretien (lieu, horaires), notes sur la dynamique de l'entretien : (impression générale, différents moments de l'entretien, ponctuation par des expressions).</li> <li>- Données recueillies sur la caractérisation sociale et culturelle de l'enquêté : indications corporelles, langagières, scéniques qui signalent certains traits de leur identité sociale.</li> <li>- Données objectives : caractéristiques sociodémographiques (nom, prénom, âge, sexe, profession, diplôme ou niveau d'études).</li> <li>- Données de trajectoire : trajectoire scolaire et professionnelle, structures employeur.</li> </ul>
Pacte de l'entretien	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respect de l'anonymat, confidentialité, liberté de répondre.</li> <li>- Intérêt de recherche et non d'évaluation de pratiques.</li> <li>- Durée : environ une heure.</li> <li>- Demande d'autorisation d'enregistrement : aide mémoire, pour éviter de prendre des notes et être à l'écoute.</li> </ul>
Consigne et thèmes abordés	Pour débiter l'entretien, je souhaiterais que vous me présentiez votre parcours et cadre professionnel et me décriviez votre rôle dans ce cadre.
Thème 1 : Vous parlez de santé	<p>Sous thème 1.1 : quelle définition en donnez-vous</p> <p>Sous thème 1.2 : votre conception</p>
Thème 2 : Vous parlez de promotion de la santé, éducation pour la santé, prévention, éducation thérapeutique...	<p>Sous thème 2.1 : Définition, objectifs, méthodes, ressources, contraintes</p> <p>Sous thème 2.2 : avez-vous participé à ou organisé des actions de promotion de la santé, ... ? Quels thèmes ? Quels partenaires ? Quels publics ? Quelles formes ?</p> <p>Sous thème 2.3 : Efficacité, obstacles dans votre cadre professionnel</p>
Thème 3 : Quel sens cela a pour vous de travailler dans ce domaine	<p>Sous thème 3.1 : Influence des valeurs de la structure</p> <p>Sous thème 3.2 : Valeurs propres, finalité, intention</p>
Thème 4 : de quelles compétences (capacités, habiletés) doit disposer une personne pour faire face aux problèmes de la vie quotidienne	<p>Vous évoquez les compétences psychosociales</p> <p>Sous thème 4.1 : Perception du concept, quelles en sont les composantes ? Comment en avez-vous eu connaissance ?</p> <p>Sous thème 4.2 : Perception du sens du développement des compétences psychosociales, du rôle donné en promotion de la santé, quelles raisons expliquent l'utilisation des compétences psychosociales en PS</p> <p>Sous thème 4.3 : Utilité du concept de compétences psychosociales, à quoi ça sert ? Efficacité ? Et la réception par vos publics (appropriation, détournement, résistance, compliance, observance), dans votre milieu professionnel, intention d'y recourir, comment peuvent évoluer les pratiques sur le développement des compétences psychosociales dans votre milieu professionnel ?</p>
Conclusion	Décrivez une action qui aurait pour objectif le développement des compétences psychosociales et que pourriez mettre en place dans votre structure ?

**Tableau 21 : Guide de l'entretien de l'enquête approfondie**

## **5. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986**

### **Promotion de la santé**

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle 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.

### **Conditions préalables à la santé**

Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.

### **Promouvoir l'idée**

Une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie. Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé. La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la promotion des idées.

### **Conférer les moyens**

La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'offrir tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé. Cela comprend une solide fondation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des choix sains. Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé. En outre, cela doit s'appliquer également aux hommes et aux femmes.

### **Servir de médiateur**

Seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé. Fait encore plus important, la promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias.

Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont

particulièrement responsable de la médiation entre les intérêts divergents, en faveur de la santé.

Les programmes et stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux besoins et possibilités locaux des pays et régions, et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

**L'intervention en promotion de la santé signifie que l'on doit :**

### **Élaborer une politique publique saine**

La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard. Une politique de promotion de la santé combine des méthodes différentes mais complémentaires, et notamment : la législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels. Il s'agit d'une action coordonnée qui conduit à la santé, et de politiques fiscales et sociales favorisant une plus forte égalité. L'action commune permet d'offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé, et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants. La politique de promotion de la santé suppose l'identification des obstacles gênant l'adoption des politiques publiques saines dans les secteurs non sanitaires, ainsi que la détermination des solutions. Le but doit être de rendre les choix sains les plus faciles pour les auteurs des politiques également.

### **Créer des milieux favorables**

Nos sociétés sont complexes et inter reliées, et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs. Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une approche socio-écologique de la santé. Le grand principe directeur menant le monde, les régions, les nations et les communautés est le besoin d'encourager les soins mutuels, de veiller les uns sur les autres, de nos communautés et de notre milieu naturel. Il faut attirer l'attention sur la conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité mondiale.

L'évolution des schèmes de la vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de la rendre plus saine.

La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets du milieu sur la santé, et plus particulièrement dans les domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation, qui évoluent rapidement - est indispensable ; de plus, elle doit être suivie d'une intervention garantissant le caractère positif de ces effets. La protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention majeure dans toute stratégie de promotion de la santé.

## **Renforcer l'action communautaire**

La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé.

La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière.

## **Acquérir des aptitudes individuelles**

La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et de faire des choix favorables à celle-ci.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. Cette démarche doit être accomplie à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les organismes professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes.

## **Réorienter les services de santé**

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les institutions offrant les services, et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant les intérêts de la santé.

Le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation des soins médicaux. Ce secteur doit se doter d'un nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique sanitaire multisectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains.

La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche sanitaire, ainsi que des changements au niveau de l'éducation et de la formation professionnelle. Ceci doit mener à un changement d'attitude et d'organisation au sein des services de santé, recentrés sur l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement.

## **Entrer dans l'avenir**

La santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne : là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime. Elle résulte des soins que l'on s'accorde et que l'on dispense aux autres, de l'aptitude à prendre des décisions et à contrôler ses conditions de vie, et de l'assurance que la société dans laquelle on vit offre à tous ses membres la possibilité de jouir d'un bon état de santé.

L'intérêt pour autrui, l'approche holistique et l'écologie sont des éléments indispensables à la conceptualisation et à l'élaboration des stratégies de promotion de la santé. Ainsi donc, les auteurs de ces stratégies doivent adopter comme principe directeur le fait que, à tous les niveaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, hommes et femmes sont des associés égaux.

### **L'engagement face à la promotion de la santé**

Les participants de cette conférence s'engagent :

- à intervenir dans le domaine des politiques publiques saines et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en ce qui concerne la santé et l'égalité dans tous les secteurs ;
- à contrer les pressions exercées en faveur des produits dangereux, des milieux et conditions de vie malsains ou d'une nutrition inadéquate ; ils s'engagent également à attirer l'attention sur les questions de santé publique telles que la pollution, les risques professionnels, le logement et les peuplements ;
- à combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités produites dans ce domaine par les règles et pratiques des sociétés ;
- à reconnaître que les individus constituent la principale ressource sanitaire, à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, eux, leurs familles et leurs amis ; ils s'engagent également à accepter la communauté comme le principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être ;
- à réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé, et à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, ce qui est encore plus important, avec la population elle-même ;
- à reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social majeur, et à traiter la question écologique globale que représentent nos modes de vie.

Les participants de la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé publique.

### **Appel pour une action internationale**

La Conférence demande à l'Organisation mondiale de la santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des programmes et stratégies de promotion de la santé.

Les participants de la Conférence sont fermement convaincus que si les gens de tous milieux, les organismes non gouvernementaux, les associations bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la Santé et toutes les autres instances concernées s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales inhérentes à cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra une réalité.

## 6. Présentation succincte du dispositif SAPHYR Lorraine

En novembre 2009, le Groupement régional de santé publique de Lorraine passe une commande publique à laquelle répond le Comité Régional Olympique et Sportif de Lorraine (CROSL) en proposant le dispositif SAPHYR Lorraine (Laure, 2013).

Dès 2010, les aides à l'emploi de l'État et de la Région contribuent au financement et permettent mon recrutement sur un poste de coordination. L'objectif de ce dispositif régional de promotion de l'activité physique à des fins de santé est de contribuer à l'engagement des personnes dans une Activité Physique et Sportive (APS) régulière. L'activité physique est ici considérée comme un déterminant de santé et SAPHYR Lorraine s'inscrit donc parmi les programmes de promotion de la santé. D'un point de vue éducatif, il s'agit de rendre/donner confiance aux bénéficiaires en leurs propres compétences à faire une APS. Les bénéficiaires sont les personnes volontaires, saines ou atteintes de pathologies chroniques de gravité modérée qui, sur les conseils de leur médecin, gagneraient à s'engager dans une pratique physique libre ou encadrée (clubs et associations sportives), mais ne le font pas pour différentes raisons : pas le temps, pas assez d'énergie, absence de savoir-faire, ne pas se sentir sportif, ne pas savoir où s'adresser, etc.

Le dispositif conventionnel SAPHYR Lorraine a pour missions de proposer aux structures sanitaires et médico-sociales lorraines trois niveaux de services. 1/ L'élaboration, l'animation et l'évaluation de programmes d'activités physiques collectifs ou individuels adaptés à leurs patients, en lien avec les professionnels de santé ou personnels médico-sociaux. 2/ L'organisation, en lien avec les professionnels de santé concernés, de formations spécifiques destinées au perfectionnement des professionnels de l'activité physique et sportive dans un champ considéré (par exemple, sur la particularité des personnes atteintes de diabète type 2). 3/ L'organisation de séances d'information destinée à optimiser la prescription d'activité physique par les professionnels de la santé des structures concernées.

La coordinatrice est chargée, notamment :

- De la prospective auprès des réseaux de santé lorrains, des associations de patients, des maisons médicales, des établissements médico-sociaux, etc. Il y présente le dispositif SAPHYR, ses compétences, ses objectifs. Le cas échéant, il fait émerger et analyse la demande en matière d'activité physique, établit les besoins potentiels en activité physique et, avec la structure considérée, élabore une réponse adaptée.
- D'organiser, si nécessaire, avec la structure considérée, des séances d'information sur l'activité physique à des fins de santé, à destination du personnel.
- De mobiliser les professionnels de l'activité physique et sportive habilités à enseigner, animer ou encadrer une ou des activités physiques, ou entraîner ses pratiquants contre rémunération.
- D'organiser, si nécessaire en lien avec les autres partenaires le perfectionnement général des professionnels de l'activité physique et sportive pour une action dans le dispositif SAPHYR (liens entre santé et activité physique, motivation à la pratique d'une activité physique aux fins de santé, sécurité des pratiques, etc.), et avec la structure considérée, si elle le souhaite, le perfectionnement spécifique des professionnels de l'activité physique et

sportive dans son domaine d'intervention. Il s'agira de les doter en connaissances opérationnelles et actualisées leur permettant de prendre en charge en toute sécurité les patients.

- D'accompagner les structures et les professionnels en activités physiques et sportives tout au long du projet.
- D'articuler l'action de SAPHYR avec les dispositifs existants proposant une activité physique. Il s'agit notamment d'établir les clubs et associations sportives de proximité qui pourront accueillir les patients afin qu'ils puissent bénéficier à terme dans la pratique régulière d'une activité physique à des fins de santé.
- D'évaluer le projet d'activité physique développé dans chaque structure (efficacité, effets sur les patients, etc.) et le fonctionnement du dispositif.

Le dispositif se fonde principalement sur la théorie sociale cognitive (Bandura, 1977a) qui vise à développer les compétences et les habiletés de la personne en agissant, en particulier, sur la croyance de celle-ci en sa propre efficacité ou auto-efficacité dans l'adoption d'un comportement utile. Cette représentation résulte des expériences vécues antérieurement, de l'observation d'autrui et de la persuasion verbale. Ainsi, des personnes qui ont confiance dans leurs capacités à faire une activité physique percevront moins d'obstacles à en débiter la pratique, où y seront moins sensibles. Cette théorie a déjà été utilisée avec efficacité en promotion de la santé par les APS. D'autres indicateurs comme la quantité d'activité physique, l'estime de soi et sa propre perception de l'effort pendant la pratique d'une activité physique permettent de mesurer le ressenti et les bénéfices des bénéficiaires en termes de mieux-être.

Ce qui est visé est une prise de conscience des personnes qui puisse les amener à une certaine autonomie vis-à-vis d'une pratique d'activité physique modérée et par là-même une régularité et une progression dans une pratique à des fins de santé.

## **7. Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, 2005**

### **INTRODUCTION**

#### Champ

La Charte de Bangkok définit les mesures et les engagements nécessaires pour agir sur les déterminants de la santé par la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation.

#### Objet

La Charte de Bangkok stipule que les politiques et les partenariats destinés à donner aux communautés les moyens d'agir et à améliorer la santé et l'égalité en matière de santé devraient être au centre du développement national et mondial.

La Charte de Bangkok reprend et complète les valeurs, principes et stratégies d'action établis par la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et les recommandations des conférences ultérieures sur la promotion de la santé dans le monde confirmées par les États Membres à travers l'Assemblée mondiale de la Santé.

#### Public visé

La Charte de Bangkok s'adresse à toutes les personnes, associations et organisations essentielles à l'instauration de la santé, y compris :

- les gouvernements et les politiciens à tous les niveaux
- la société civile
- le secteur privé
- les organisations internationales, et
- la communauté de la santé publique.

#### Promotion de la santé

L'Organisation des Nations Unies reconnaît que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain sans discrimination.

La promotion de la santé repose sur ce droit de l'homme essentiel et offre un concept positif et complet de santé comme déterminant de la qualité de la vie, qui recouvre également le bien-être mental et spirituel.



Promouvoir la santé consiste à permettre aux gens de mieux maîtriser leur santé et les facteurs qui la déterminent et par-là même d'améliorer leur santé. Il s'agit d'une fonction essentielle de la santé publique qui contribue à la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles et contre d'autres menaces pour la santé.

## **AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTE**

### Évolution de la situation

Le contexte mondial de la promotion de la santé a sensiblement évolué depuis l'élaboration de la Charte d'Ottawa.

### Facteurs décisifs

Voici certains des facteurs décisifs qui ont désormais une incidence sur la santé :

- les inégalités croissantes à l'intérieur des pays et entre eux
- les nouveaux modes de consommation et de communication
- la commercialisation
- les changements environnementaux mondiaux, et
- l'urbanisation.

### Autres défis

Les autres facteurs qui agissent sur la santé sont les bouleversements sociaux économiques et démographiques rapides, souvent préjudiciables qui se répercutent sur les conditions de travail, les conditions d'apprentissage, les structures familiales et la culture et le tissu social des communautés.

Les femmes et les hommes sont touchés différemment. La vulnérabilité des enfants et l'exclusion des populations marginalisées, des personnes handicapées et des populations autochtones sont plus prononcées.

### Nouvelles possibilités

La mondialisation offre de nouvelles possibilités de coopération en vue d'améliorer la santé et de réduire les risques sanitaires transnationaux pour la santé ; ces possibilités sont les suivantes :

- amélioration des technologies de l'information et de la communication, et
- amélioration des mécanismes de gouvernance mondiale et de mise en commun des expériences.

## Cohérence des politiques

Pour gérer les problèmes de la mondialisation, les politiques doivent être cohérentes à tous les niveaux :

- gouvernements
- organismes des Nations Unies, et
- autres organisations, dont le secteur privé.

Cette cohérence renforcera l'observance, la transparence et la responsabilité eu égard aux accords et traités internationaux qui ont des incidences sur la santé.

## Progrès accomplis

Des progrès ont eu lieu même s'il reste beaucoup à faire pour placer la santé au centre du développement, par exemple à travers les objectifs du Millénaire pour le développement ; la participation active de la société civile est essentielle au processus.

## LES STRATÉGIES DE PROMOTION DE LA SANTE A L'HEURE DE LA MONDIALISATION

### Interventions efficaces

Les progrès en vue de l'amélioration de la santé dans le monde exigent une fermeté de l'action politique, une large participation et une action soutenue de sensibilisation.

La promotion de la santé repose sur un éventail de stratégies éprouvées dont il convient de tirer pleinement parti.

### Mesures requises

Pour progresser dans la mise en œuvre de ces stratégies, tous les secteurs et milieux doivent s'efforcer :

- de **défendre** la cause de la santé sur la base des droits de l'homme et de la solidarité
- d'**investir** dans des politiques, des mesures et des infrastructures durables pour agir sur les déterminants de la santé
- de **développer les capacités** d'élaboration de politiques, de direction, de promotion de la santé, de transfert de connaissances et de recherche et d'information en matière de santé
- de **réglementer et de légiférer** afin d'assurer un niveau élevé de protection et d'assurer l'égalité des chances en matière de santé et de bien-être pour tous les individus
- d'**établir des partenariats et des alliances** avec le secteur public, le secteur privé, les organisations non gouvernementales et internationales et la société civile afin de mettre en place des actions durables.

## **ENGAGEMENT EN FAVEUR DE LA SANTE POUR TOUS**

### Justification

Le secteur de la santé a un rôle directeur clé à jouer dans la mise en place de politiques et de partenariats en faveur de la promotion de la santé.

Une approche intégrée au niveau des politiques générales au sein des organisations gouvernementales et internationales, ainsi que la volonté de collaborer avec la société civile et le secteur privé et avec tous les milieux, sont indispensables si l'on veut progresser et agir sur les déterminants de la santé.

### Principaux engagements

Les quatre principaux engagements consistent à :

1. placer la promotion de la santé au centre de l'action mondiale en faveur du développement
2. faire de la promotion de la santé une responsabilité centrale de l'ensemble du secteur public
3. faire de la promotion de la santé un axe essentiel de l'action communautaire et de la société civile
4. faire de la promotion de la santé une exigence de bonne pratique au niveau des entreprises.

### **1. Placer la promotion de la santé au centre de l'action mondiale en faveur du développement :**

Des accords intergouvernementaux solides susceptibles d'améliorer la santé et la sécurité sanitaire collective sont nécessaires. Les organismes gouvernementaux et internationaux doivent s'efforcer de combler l'écart entre riches et pauvres en matière de santé. Des mécanismes efficaces de gouvernance mondiale s'imposent pour contrer tous les effets préjudiciables :

- du commerce
- des produits
- des services, et
- des stratégies de commercialisation

La promotion de la santé doit faire partie intégrante de la politique intérieure et étrangère et des relations internationales, y compris dans les situations de guerre et de conflit.

Pour cela, il faudra promouvoir le dialogue et la coopération entre les États, la société civile et le secteur privé. Ces efforts peuvent s'inspirer de l'exemple des traités existants tels que la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac.

## **2. Faire de la promotion de la santé une responsabilité centrale de l'ensemble du secteur public :**

Tous les gouvernements à tous les niveaux doivent s'attaquer d'urgence aux problèmes de santé et aux inégalités en matière de santé car la santé est un des déterminants majeurs du développement politique et socio-économique. Les autorités locales, régionales et nationales doivent :

- donner la priorité aux investissements dans le domaine de la santé, à l'intérieur comme à l'extérieur du secteur de la santé
- garantir un financement durable à la promotion de la santé.

A cette fin, tous les échelons gouvernementaux doivent expliciter les conséquences pour la santé des politiques et de la législation, en utilisant pour cela des outils tels que les études d'impact sanitaire axées sur l'équité.

## **3. Faire de la promotion de la santé un axe essentiel de l'action communautaire et de la société civile :**

Ce sont souvent les communautés et la société civile qui prennent l'initiative de l'action de promotion de la santé, qui l'infléchissent et l'exécutent. Elles doivent pour cela disposer des droits, des ressources et des possibilités qui leur permettent d'apporter une contribution élargie et durable. Dans les communautés moins développées, le soutien au renforcement des capacités est particulièrement important.

Des communautés bien organisées et plus autonomes jouent un rôle très efficace dans les décisions relatives à leur propre santé et sont en mesure de rendre les pouvoirs publics et le secteur privé responsables des conséquences sanitaires de leurs politiques et pratiques.

La société civile doit exercer son pouvoir sur le marché en donnant la préférence aux biens, aux services et aux actions des entreprises qui font preuve de responsabilité sociale.

Les projets communautaires de terrain, les associations de la société civiles et les organisations de femmes ont fait la preuve de leur efficacité en matière de promotion de la santé et offrent des modèles de pratiques dont d'autres pourraient s'inspirer.

Les associations professionnelles dans le domaine de la santé ont une contribution spéciale à apporter.

## **4. Faire de la promotion de la santé une exigence de bonne pratique au niveau des entreprises :**

Les entreprises ont un impact direct sur la santé des gens et sur les déterminants de la santé par leur influence sur :

- la situation locale
- les cultures nationales
- l'environnement, et

- la répartition des richesses.

Le secteur privé comme les autres employeurs et le secteur informel ont la responsabilité de garantir la santé et la sécurité sur le lieu de travail et de promouvoir la santé et le bien-être de leurs employés et ceux de leurs familles et de leurs communautés.

Le secteur privé peut également contribuer à atténuer les impacts plus larges sur la santé au niveau mondial, notamment les conséquences des changements environnementaux mondiaux, en respectant les réglementations et accords nationaux et internationaux de défense et de protection de la santé. Des pratiques commerciales éthiques et responsables et le commerce équitable sont des exemples du type de pratiques commerciales qui devraient être soutenues par les consommateurs et la société civile et par les gouvernements au moyen d'incitations et de réglementations.

## **UN ENGAGEMENT MONDIAL EN FAVEUR DU CHANGEMENT**

Tous pour la santé

Pour tenir ces engagements, il faudra mieux appliquer les stratégies éprouvées et utiliser de nouveaux points d'entrée en ayant recours à des mesures novatrices.

Les partenariats, les alliances, les réseaux et autres collaborations offrent des moyens intéressants et utiles de rassembler des personnes et des organisations autour de buts communs et d'actions conjointes pour améliorer la santé des populations.

Chaque secteur – organisations intergouvernementales, gouvernements, société civile et secteur privé – a un rôle et des responsabilités propres.

*Comblent l'écart entre théorie et pratique*

Depuis l'adoption de la Charte d'Ottawa, un certain nombre de résolutions ont été adoptées aux niveaux national et mondial à l'appui de la promotion de la santé mais elles n'ont pas toujours été suivies d'effet. Les participants à la Conférence de Bangkok demandent fermement aux États Membres de l'Organisation mondiale de la Santé de s'efforcer de combler cet écart entre les textes et leur mise en œuvre et de mettre en place des politiques et des partenariats pour l'action.

*Appel à l'action*

Les participants à la Conférence invitent instamment l'Organisation mondiale de la Santé et ses États Membres, en collaboration avec des tiers, à allouer des ressources à la promotion de la santé, à établir des plans d'action et à en suivre l'exécution au moyen d'indicateurs et de cibles appropriés, et à rendre compte des progrès accomplis à intervalles réguliers. Les organisations des Nations Unies sont invitées à étudier les avantages que pourrait apporter un traité mondial pour la santé.

## Partenariat mondial

La Charte de Bangkok invite toutes les parties prenantes à rejoindre les rangs d'un partenariat mondial destiné à promouvoir la santé et fondé sur l'engagement et l'action aux niveaux local et mondial.

### *Engagement en faveur de l'amélioration de la santé*

Nous, participants à la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé à Bangkok (Thaïlande), nous engageons à promouvoir ces mesures et ces engagements en vue d'améliorer la santé. 11 août 2005

### **Note :**

La présente charte exprime l'avis collectif d'un groupe international d'experts participant à la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, Bangkok (Thaïlande), août 2005 et ne correspond pas nécessairement aux décisions ou à la politique officielle de l'Organisation mondiale de la Santé.

# Table des figures

Figure 1: Année de naissance et sexe des personnes interviewés .....	76
Figure 2 : Niveau géographique d'exercice professionnel des interviewés .....	76
Figure 3 : Territoire d'exercice professionnel des interviewés .....	77
Figure 4 : Les champs de compétences des interviewés .....	77
Figure 5 : Les caractéristiques du continuum santé-maladie (Antonovsky, 1987).....	102
Figure 6 : L'approche écosystémique ou la santé des écosystèmes selon (Forget, 2003) .....	104
Figure 7 : Le modèle Pathway de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Modifié d'après Solar et Irwin, 2007 (OMS, 2008).....	116
Figure 8 : Adaptation du modèle des croyances relatives à la santé de Becker (1977) d'après Godin (1991). .....	119
Figure 9 : Illustration des éléments associés au comportement selon la théorie sociale cognitive de Bandura d'après Godin (1991). .....	122
Figure 10 : Illustration schématique du modèle de Fishbein et Ajzen qui découle de la théorie de l'action raisonnée d'après Godin (1991). .....	124
Figure 11 : The Tannahill model of health promotion. ....	161
Figure 12 : Emblème de la promotion de la santé dans le monde.....	163
Figure 13 : Une comparaison descriptive des éléments clés de la charte d'Ottawa et de la salutogenèse. Source : Compilé par les auteurs (Lindström, 2012).....	173
Figure 14 : Le parapluie salutogénique, d'après Eriksson et Lindström (2010) (Lindström, 2012).....	174
Figure 15 : Cadre de référence des compétences clés pour la promotion de la santé, UIPES 2011 .....	185
Figure 16 : Modèle transactionnel du stress, d'après Lazarus et Folkman, 1984. ....	248
Figure 17 : principales compétences psychosociales évoquées dans les entretiens. ....	276
Figure 18 : Répartition des personnes interviewées par domaine d'intervention .....	295

Figure 19 : Domaine de formation initiale et continue des interviewés.....	300
Figure 20 : Champs de pratique et d'intervention du terrain étudié.....	301
Figure 21 : Cadres d'intervention évoqués par les acteurs de terrain .....	306
Figure 22 : Caractérisation générique des publics et groupes .....	307
Figure 23 : Caractérisation individualisée des individus et groupes .....	309
Figure 24 : Caractérisation des individus et groupes selon des critères sociaux et sanitaires	310
Figure 25 : Les mots rattachés aux publics .....	311
Figure 26 : Plan du guide compétences psychosociales destiné aux enfants - INPES.....	319
Figure 27 : Logique de justification du développement des compétences psychosociales en promotion de la santé basée sur le principe de santé pour le développement humain.....	349
Figure 28 : Adaptation du Health Inequalities Commissioning Framework, NHS Kensington and Chelsea .....	352



# Table des illustrations

Tableau 1 : Outil pour l'étude des fonctions manifestes et latentes de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales dans le contexte de promotion de la santé. 43	43
Tableau 2 : Outil pour la caractérisation de la sémiotique du sens donné à l'intervention pour le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé. .... 48	48
Tableau 3 : Recherche de l'arborescence de mots-clés sur le thésaurus MeSH ..... 58	58
Tableau 4 : Grille de lecture des indicateurs de l'intervention ..... 78	78
Tableau 5 : Indicateurs du développement des compétences psychosociales..... 79	79
Tableau 6 : Exemples de déterminants potentiellement modifiables, communs à un ensemble de problèmes évitables (adapté de Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2010 (Renaud, 2011) ..... 106	106
Tableau 7 : Caractéristique principale de chaque modèle (Godin, 1991) ..... 125	125
Tableau 8 : Nombre de références bibliographiques sur les mots clés « promotion de la santé » et « health promotion » ..... 148	148
Tableau 9 : Nombre de références bibliographiques retenues pour la recherche sur les mots clés « promotion de la santé » et « health promotion » par champ (titre, résumé, bibliographie). ..... 149	149
Tableau 10 : Fonctions de la promotion de la santé attribuées selon la typologie des acteurs ..... 150	150
Tableau 11 : Nombre de références bibliographiques sur les mots-clés « compétences psychosociales » et « life skills » ..... 267	267
Tableau 12 : Nombre de références bibliographiques sur les mots clés « compétences psychosociales » et « life skills » par champ (titre, résumé, bibliographie). ..... 267	267
Tableau 13 : Nombre de références bibliographiques sur le croisement des mots clés « promotion de la santé » avec « compétences psychosociales » et « health promotion » avec « life skills » ..... 267	267

Tableau 14 : Nombre de références bibliographiques sur le croisement des mots clés « promotion de la santé » avec « compétences psychosociales » et « health promotion » avec « life skills » par champ (titre, résumé, bibliographie).....	268
Tableau 15: Les piliers de l'estime de soi selon André C. et Lelord F.....	284
Tableau 16 : Modèle explicatif des interactions entre compétences psychosociales.....	287
Tableau 17 : Fonctions de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales auprès des publics.....	305
Tableau 18 : Corpus des entretiens de l'enquête exploratoire et approfondie .....	397
Tableau 19 : Conditions des entretiens .....	398
Tableau 20 : Guide de l'entretien de l'enquête exploratoire .....	399
Tableau 21 : Guide de l'entretien de l'enquête approfondie .....	400

# Abréviations et sigles

APS : Activité Physique et Sportive

ASPQ : Association pour la santé publique du Québec

CODES : Comité départemental d'éducation pour la santé

CPS : compétences psychosociales / DCPS : développement des compétences psychosociales

ECDC: The European centre for disease prevention and control

FNES : Fédération nationale d'éducation pour la santé

HHS: United States department of health and human services

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

IREPS : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé

IReSP : Institut de Recherche en Santé Publique

NCCDPHP: National center for chronic disease prevention and health promotion

OMS : Organisation mondiale pour la santé

OOAS : Organisation ouest africaine de santé

REFIPS : Réseau francophone international pour la promotion de la santé

SAPHYR : Santé par l'Activité PHYsique Régulière

SEPSAC : Secrétariat européen des pratiques en santé communautaire

SFSP : Société française de santé publique

UIPES : Union internationale de promotion et d'éducation pour la santé

WHO : World health organization

Since the work of World Health Organization (1946) on health promotion, summarized into the Ottawa International Charter (1986), the concept of life skills, defined as “person’s abilities to respond effectively to the requirements and tests of everyday life” appears essential part in any educational practice related to health.

In over 30 years, the field of health promotion has provided any educational approach with strategies, methods and intervention tools designed, in particular, to help people develop or improve life skills.

Nowadays, in France, in numerous calls of proposals, the development of life skills is a usual aim for funders of prevention and health education programs. But although often considered essential by health education professionals in their actions, the development of life skills is not yet a real object of scientific research, and its effectiveness remains rather unconfirmed.

The main objective of this thesis work is to explore through a comprehensive sociological and pragmatic approach, the meaning of the intervention aimed for the development of life skills. This research is based on a discourse analysis, especially on two axes: 1) individual skills acquisition, carried by health promotion practitioners, and 2) daily use of the development of life skills, by field workers within education area in its broader sense. This analysis is supposed to help to understand worldviews transmitted by different actors through their action.

The research first focuses on the study of health promotion field as ideal type to delineate its area and to identify people interested in this topic. Its theoretical basis and its ethical and socio-historical dimensions are questioned to find out the development of life skills object and to understand its goals. According to Boltansky, health promotion is a "city", considered both as a new concept and as an under construction space of social practices.

Then, these works aim to determine whether the development of life skills is a component of the new approach of the so-called "global health" as an issue for population health management. Based on other area findings (i.e. occupation, business, education and training), all of which directly and widely concerned by development of life skills, the questions they asked can be divided in two categories: 1) how was built the life skill concept– and its development-, and 2) the politicization movement which undergoes the use of development of life skills in health promotion actions.

The intervention for development of life skills is a political action that engages our study at the heart of educational issues and social policies. The construction of life skills concept in the own theoretical discourse on health promotion, fed by contributions coming from other social area, induces actors’ politicization process (accountability and adaptability). The purpose of the intervention for the development of life skills in health promotion is certainly human development in its psychological (autonomy) and social (citizenship) dimensions, but the requirements involve and engage the individual in a recognized and accepted self-monitoring mechanism (individual empowerment). The meaning of development of life skills can be found in an interval where an ethic paradigm shift – to the benefit of a better individual and societies’ well being - is raising, and in an area where, to some extent, personal self-realization turns to a mercantile happiness in the liberal economic sphere.

Keywords: Health promotion, Life skills, Human development, Educational intervention, Sociology of intervention

Depuis les travaux de l'Organisation Mondiale de la Santé (1946) sur la promotion de la santé, en référence à la Charte d'Ottawa (1986), la notion de compétences psychosociales, définies comme « les capacités d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne », apparaît comme essentielle dans toute démarche éducative liée à la santé. En plus de 30 ans, le champ de la promotion de la santé s'est doté de stratégies, de référentiels, d'outils et de ressources d'intervention visant, notamment, le développement des compétences psychosociales des individus et des groupes.

Aujourd'hui, en France, les décideurs de la politique de prévention et d'éducation pour la santé inscrivent l'objectif du développement des compétences psychosociales dans nombre de leurs appels à projets. Mais alors que les réseaux de professionnels en santé se sont emparés de cet objectif pour l'ériger en fer de lance de leurs programmes d'action, la recherche en la matière est peu développée et l'efficacité n'apparaît pas plus confirmée.

L'objectif principal de la thèse est d'explorer, par une approche sociologique compréhensive et pragmatique, le sens de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé. Cette recherche se fonde sur l'analyse des discours portés par les acteurs de la promotion de la santé et sur l'analyse des usages avancés par les intervenants de terrain relevant du champ de l'éducation au sens plus large. Elle vise à mettre au jour les « visions du monde » des différents acteurs.

La recherche porte d'abord sur l'étude de l'idéal-type de la promotion de la santé pour en délimiter les périmètres et identifier ceux qui s'y intéressent plus particulièrement. Elle est interrogée dans ses fondements théoriques et ses dimensions éthiques et socio-politiques afin de situer le développement des compétences psychosociales et d'en rendre compréhensibles les finalités. La promotion de la santé est une « cité » (Boltanski) considérée à la fois comme un concept récent et comme un espace de pratiques sociales en construction.

Ensuite, ces travaux visent à établir en quoi le développement des compétences psychosociales est une composante de l'approche salutogénique de la « santé pour le développement humain ». En s'appuyant sur l'examen d'autres champs (travail, entreprise, éducation et formation) qui se sont intéressés largement à la problématique de développement des compétences personnelles, sont posées les questions 1/ de la construction conceptuelle de la notion de compétences psychosociales et de leur développement et 2/ du mouvement de politisation qui s'opère au travers de l'acte d'intervenir pour le développement des compétences psychosociales dans les actions de promotion de la santé.

L'intervention pour le développement des compétences psychosociales est une action politique (Boltanski) qui engage notre étude au cœur des questions éducatives et des politiques sociales. La construction du concept de compétences psychosociales dans les discours théoriques propres à la promotion de la santé, nourris par les apports des autres champs sociaux, induit des processus de politisation des acteurs (responsabilisation et adaptabilité). La finalité de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales en promotion de la santé est assurément le développement humain dans ses dimensions psychologiques (autonomie) et sociales (citoyenneté) mais les exigences impliquent et engagent l'individu dans une conformité admise et acceptée d'autocontrôle de soi (empowerment individuel). Le sens de l'intervention pour le développement des compétences psychosociales est situé dans un intervalle où s'affirme un changement éthique de paradigme au bénéfice d'un mieux-être individuel et social, et dans un espace où la réalisation de soi s'oriente, dans une certaine mesure, vers un bonheur marchandisé dans la sphère économique libérale.

Mots-clés : Promotion de la santé, Compétences psychosociales, Développement humain, Intervention éducative en santé, Sociologie de l'intervention.