

Textes sur la Charte de Bangkok Regard critique



Tables des matières

- Atelier RÉFIPS - Journées annuelles de santé publique, 2006
Réflexion critique sur la Charte de Bangkok au regard des pratiques en santé publique
- Mon utopie, ma charte
Kadija Perreault
- Réflexions sur la Charte de Bangkok
Goudet Bernard
- La Charte de Bangkok à l'heure de la globalisation : une charte de trop ?
Saliha Ziam
- Charte de Bangkok. L'économie mondiale comme partenaire de la promotion de la santé ?
Guillaumie Laurence
- Utilité de la charte de Bangkok comme contre attaque aux forces du marché.
Alamo-Hernández, Urinda
- De la convergence théorique à la convergence des actions
Dumont Claire
- Lectures conseillées
Espaces de discussion pour poursuivre la discussion
Événement à venir

Publication du RÉFIPS - section « des Amériques »
4126, rue St Denis – bureau 200 - Montréal (Qc) H2W 2M5 - Canada
Téléphone : (514) 937-1227 - Courriel : ameriques@refips.org

Présentation des auteurs

Alamo-Hernández, Urinda

Nationalité mexicaine, pharmacienne. Maîtrise en santé publique à l'Institut National de Santé Publique (INSP) à Cuernavaca, Mexique. Chercheur associé dans le domaine de santé environnementale à l'INSP. Candidate Ph.D en Santé Communautaire, Promotion de la santé à l'Université Laval (Québec).

Dumont Claire, Ph.D.

Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
Professeur associé, Département de réadaptation, Faculté de médecine

Goudet Bernard

Sociologue, membre du Conseil scientifique du CRAES

Guillaumie Laurence

Candidate au doctorat, elle est assistante de recherche à la chaire de recherche du Canada sur les comportements et la santé, à l'Université Laval (Québec). Elle est intéressée par l'étude des processus d'adoption et de changement des comportements dans le domaine de la santé. Titulaire d'un master en Éducation pour la Santé obtenu en France, elle y a travaillé pendant deux ans comme chargée de projet en promotion de la santé.

Perreault Kadija

Étudiante au programme de doctorat en santé communautaire à l'Université Laval (Québec). Physiothérapeute de formation, elle pratique en milieu hospitalier dans la région de Québec. Elle a également complété un diplôme de 2^e cycle sur la gestion de la douleur et une maîtrise en médecine expérimentale.

Ziam Saliha

Détient deux maîtrises. La première, en sciences sanitaires et sociales obtenue à l'Université Paris-Nord (France). La seconde, en santé communautaire complétée à l'Université Laval. Elle est candidate au doctorat en santé communautaire. Son principal champ d'intérêt est celui du transfert de connaissances dans le domaine de la santé.

Comité de rédaction

Denis St-Amand
Étienne van Steenberghe,

Soutien technique et collaboration

Marie-Dominique Charier

Merci à Michel O'Neill, pour avoir incité ses étudiants à soumettre des textes en tant que professeur au doctorat en santé communautaire de l'Université Laval (Québec) et ainsi à collaborer à la réalisation de ce numéro spécial de la lettre en ligne du RÉFIPS.

Atelier RÉFIPS - Journées annuelles de santé publique, 2006
**Réflexion critique sur la Charte de Bangkok
au regard des pratiques en santé publique**



Mercredi 25 octobre 2006, dans le cadre des Journées annuelles de santé publique et plus particulièrement de la journée consacrée à la promotion de la santé, le Réseau francophone internationale pour la promotion de la santé - RÉFIPS a tenu un atelier sur le thème de la Charte de Bangkok. Son objectif principal ? Développer une connaissance approfondie de la Charte de Bangkok et poser un regard critique sur certains enjeux soulevés par cette nouvelle Charte.

Un certain nombre de questionnements pouvaient être formulés à la lecture de la Charte de Bangkok :

- Quelles sont les raisons qui ont conduit à la mise en place d'une deuxième charte en promotion de la santé ?
- La Charte d'Ottawa serait-elle devenue non opérationnelle ?
- Pourquoi cette multiplication de déclarations internationales ?
- Quelle utilité pour la Charte de Bangkok au regard de celle d'Ottawa ?
- Quelles sont les différences d'orientation entre la Charte d'Ottawa et la Charte de Bangkok ?

Dans le but de tenter de répondre à certains questionnements, le RÉFIPS a lancé en 2005 un appel à contribution dans le but de publier un ouvrage collectif de réflexion sur la nouvelle charte. Cet effort s'est concrétisé par une publication en octobre dernier intitulée : *La Charte de Bangkok : ancrage pour de nouvelles pratiques en promotion de la santé ?* Ce petit livre rassemble une dizaine de textes qui ont le mérite d'explorer la thématique sous divers angles et perspectives.

L'atelier offert dans le cadre des Journées annuelles de santé publique a permis d'ouvrir un espace supplémentaire d'échange et de réflexion en invitant certains des auteurs à présenter leur point de vue analytique et à susciter un débat parmi les participants présents. Quatre auteurs, quatre visions, des points de vue venant d'horizons tant professionnels que géographiques et culturels différents.

Nous vous reprenons ci-dessous quelques fragments des présentations.

Martine Bantuelle, présidente du Conseil supérieur de Promotion de la Santé de la Communauté française de Belgique et présidente du Réseau francophone international en promotion de la santé pour qui :

Une charte est un texte fondateur. Dans la mesure où celui de la Charte de Bangkok s'inscrit explicitement dans la continuité de la Charte d'Ottawa, il eût peut-être mieux valu lui trouver une autre appellation. Un « moyen terme » entre « charte » et par exemple « déclaration » aurait pu être proposé. La dénomination retenue pourrait faire croire, à tort, que la présente charte annule et remplace celle de 1986, dont les lignes de force

restent aujourd'hui encore d'une grande pertinence. Il est important de réaffirmer vingt ans plus tard l'avancée majeure qu'a été pour la santé publique la Charte d'Ottawa.

Danielle Boucher, infirmière et professeure en sciences infirmières à l'Université du Québec à Rimouski au Campus de Lévis nous rappelle que :

La Charte d'Ottawa de 1986 est un document à portée internationale qui visait à officialiser l'orientation que doivent prendre les interventions en faveur de la promotion de la santé au niveau international. Près de 20 ans plus tard, une nouvelle charte, celle de Bangkok réitère l'orientation de la première. Dans ce laps de temps, le contexte mondial a changé, ces changements ayant une forte incidence sur la santé et par conséquent sur les politiques liées à la santé. On peut donc se poser la question : y a-t-il une différence dans le contenu de ces deux chartes ?

Sylvie Boulet, consultante en promotion de la santé, nous rappelle que :

La Charte de 1986 préconisait « la santé pour tous d'ici l'an 2000 ». Cette charte a amené de belles initiatives et a eu beaucoup d'impact dans le milieu de l'intervention communautaire. Ces documents officiels sont toujours un peu utopiques mais font tout de même réfléchir [...] Je vois dans la Charte de Bangkok, une énorme complémentarité avec celle d'Ottawa. L'une me parle directement, comme intervenante, dans un langage concret, dans une structure bien définie et me permet d'utiliser les déterminants de la santé autant comme objectifs que comme indicateurs de succès. L'autre pousse ma réflexion, questionne mon engagement global, évalue mes actions de justice sociale. Cette pensée m'amène à revoir mon implication professionnelle mais aussi à me motiver, à considérer l'éventail d'actions locales ayant une portée internationale [...] La richesse des expériences ouvre des portes, bâtit des ponts, permet d'aller plus loin. D'ailleurs, on doit aussi admettre que la globalisation nous a ouvert une porte sur le monde.

David Houéto, médecin-chercheur à l'Université Catholique de Louvain en Belgique (RESO-EDUS) et responsable de la section sub-saharienne du Réseau francophone international pour la promotion de la santé nous dit que :

Il serait hasardeux et trop tôt de tenter un pronostic quant à la portée de la Charte de Bangkok. C'est peut-être dans vingt ans qu'on le saura réellement. La Charte de Bangkok jouera certainement un rôle dans l'enracinement de la promotion de la santé dans des pays comme ceux d'Afrique qui, du fait d'une participation plus active, ont pris la mesure des choses et ne manqueront pas de corriger le tir. Mais parlant de la promotion de la santé, la Charte d'Ottawa en est le socle et a posé les fondements. Elle restera la référence en la matière. Par contre, l'impact de la Charte de Bangkok se fera sans doute beaucoup plus sentir au niveau des pays qui jusque là, surtout ceux d'Afrique, n'avaient pas encore réellement intégré celle d'Ottawa dans les principes de gestion de la santé. Nombre de pays, surtout en zone francophone d'Afrique, ne disposent pas encore d'une politique nationale de promotion de la santé, et cette charte qui met l'accent sur un aspect très important qui touche aux réalités de ces pays, pourrait trouver une oreille attentive.

Cet atelier était organisé sous la responsabilité des deux personnes suivantes, membres de la section des Amériques du Réseau francophone international pour la promotion de la santé : Etienne van Steenberghe (étudiant chercheur, Université du Québec à Montréal et Université catholique de Louvain en Belgique (RESO, Unité d'éducation pour la santé) et Denis St Amand (conseiller, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux).



Mon utopie, ma charte

Kadija Perreault

Étant physiothérapeute de profession, j'ai appris à concevoir la santé à travers le corps. Sans s'y limiter, mon travail de physiothérapeute m'amène à identifier des dysfonctions du corps, qui se traduisent en termes de déficiences physiques, de limitations fonctionnelles, de douleur..., dans le but de les réduire ou de diminuer leur impact sur la vie des individus. Mon entrée récente dans le programme de doctorat en santé communautaire à l'Université Laval m'a amenée à élargir ma conceptualisation de la santé et de ce qui la détermine. J'ai découvert tout un monde de pratiques, d'idées, de valeurs. Le champ de la promotion de la santé se trouve au cœur de mes apprentissages, auxquels ma lecture de la Charte d'Ottawa a grandement contribué (Organisation mondiale de la santé [OMS], 1986). Dans les prochaines lignes, je m'efforcerai d'expliquer, en soulevant deux éléments principaux, pourquoi je considère que la nouvelle Charte pour la promotion de la santé, la Charte de Bangkok (OMS, 2005), me rejoint peu en tant que professionnelle de la santé et étudiante intéressée au champ de la promotion de la santé. Étant donné que seules les conférences d'Ottawa et de Bangkok ont donné lieu à la production d'une charte, et en raison de l'impact majeur qu'a eu la Charte d'Ottawa sur l'émergence de la promotion de la santé, l'établissement de comparaisons entre les Chartes de Bangkok et d'Ottawa s'est imposé tout naturellement.

Deux chartes : une même utopie ?

J'ai l'ambition d'œuvrer dans le domaine de la santé dans le but de changer le monde, à ma façon. Certains pourraient dénoncer ma naïveté, certes! À mes yeux, la Charte d'Ottawa constitue un symbole unificateur important pour tous ceux qui espèrent contribuer à l'amélioration de la santé des populations à travers la promotion de la santé. La valeur symbolique de la Charte d'Ottawa a d'ailleurs été soulignée antérieurement (Aubin, 2005). Comment ne pas avoir espoir en la vie et en l'être humain et en sa capacité d'entraide après la lecture de ce document ? La Charte d'Ottawa incarne une certaine utopie, une utopie devenue nécessaire pour croire en la possibilité d'un monde meilleur, en santé, où les valeurs dominantes sont l'équité, la justice sociale, la quête de la paix... Cette Charte me donne raison de rêver ! Toutefois, lorsque je parcours le texte de la Charte de Bangkok, je ne sens pas le souffle d'espoir qui se dégage lorsque je lis la Charte d'Ottawa. J'y trouve plutôt la crainte, les risques et un discours technocratique qui place la « santé au centre du développement ». J'ai consulté de nombreux commentaires portant sur l'adoption de la Charte de Bangkok. J'y ai senti de la frustration et de la colère, m'invitant à croire que de nombreuses personnes ont un attachement émotif profond envers la Charte d'Ottawa. Personnellement, j'ai l'impression que la Charte de Bangkok parle davantage à l'entrepreneur, au membre de la société civile, au gouvernant, au promoteur de la santé... qu'à l'être humain. Elle nous interpelle en fonction de nos rôles sociaux, au lieu de nous unir sur les bases de nos valeurs communes. Et si la Charte de Bangkok menaçait cet ensemble de croyances, cette conceptualisation idéologique, cette vision utopique, auquel les gens sont si attachés? La Charte de Bangkok invite-t-elle à adhérer à de nouvelles valeurs, cherchant à la fois à rejoindre le secteur privé, les professionnels de la santé et la société civile ? Par exemple, est-il considéré que la promotion de la santé n'ait sa place que si elle est envisagée comme étant essentielle au développement ? Peut-être n'était-il pas suffisant de mentionner dans la Charte de Bangkok que celle-ci « reprend et complète les valeurs, principes et stratégies d'action établis par la Charte d'Ottawa », comme suggéré par Marshall (2005) et Phipps (2005) ?

Mondialisation et professionnels de la santé

Bien que la Charte d'Ottawa demeure pertinente et essentielle, je crois que l'adoption d'une nouvelle charte servira à générer une réflexion sur la promotion de la santé en regard des nouveaux enjeux auxquels font face les individus et les populations en ce début de millénaire, notamment le thème de la mondialisation. Cependant, l'espace

accordé à ce thème dans la Charte de Bangkok m'apparaît trop important et je me questionne sur la façon dont il a été abordé. D'abord, il m'apparaît que les rédacteurs de la Charte présentent la mondialisation comme arrière-plan à l'intérieur duquel s'inscrit la promotion de la santé. La promotion de la santé devrait-elle être actualisée à la lumière de ce méta-contexte qui s'accompagne de conséquences positives et négatives, ce que la Charte insinue (OMS, 2005)? Pour ma part, je crois que, tout en tenant compte des phénomènes liés à la mondialisation (cela est inévitable), il aurait peut-être été plus utile de recadrer la promotion de la santé autrement. Peut-être en fonction d'un portrait de santé global plus détaillé, reflétant effectivement des changements liés à la mondialisation? Ou bien, dans la foulée des autres documents produits lors des conférences internationales de promotion de la santé précédentes, en mettant en valeur une stratégie d'intervention liée à la promotion de la santé, telle que les politiques publiques favorables à la santé (OMS, 1998) ?

Je conçois, du moins partiellement, la mondialisation comme un véritable épiphénomène qui se manifeste à des niveaux supérieurs, dans une réalité éloignée de celle des professionnels de la santé (bien qu'il puisse être débattu que cela est de moins en moins vrai). Mon observation n'est d'ailleurs probablement pas étrangère au fait que les professionnels de la santé manifestent généralement peu d'intérêt envers des sujets plus « politiques » (O'Neill et coll., 2006). Néanmoins, l'omniprésence du thème de la mondialisation dans la Charte de Bangkok crée à mes yeux une certaine distance entre le professionnel et la promotion de la santé. En tant que professionnelle, la mondialisation m'obligerait-elle à intervenir en promotion de la santé à un niveau supérieur ? De plus, la faible place accordée à la participation et à l'implication des communautés, comme mentionné par d'autres auteurs (Arwidson, 2005 ; Ridde, 2005), combiné au fait que la nouvelle charte ne rappelle pas clairement le besoin d'adapter les interventions de promotion de la santé aux contextes locaux, contribue à susciter chez moi une vision « macro » de l'intervention en promotion de la santé décrite dans la Charte de Bangkok. Cet élément explique en partie le fait que je me sente peu interpellée par cette Charte. Or, tous les groupes d'acteurs impliqués dans le champ d'intervention et de recherche qu'est la promotion de la santé, incluant les professionnels de la santé, devraient-ils pouvoir se sentir « parties prenantes » du contenu de la Charte de Bangkok ?



Réflexions sur la Charte de Bangkok

Goudet Bernard

La Charte de Bangkok se donne comme un effort d'actualisation et de complément de la Charte d'Ottawa - dont elle dit reprendre les valeurs, principes et stratégies d'action - et des recommandations des conférences ultérieures sur la promotion de la santé. Mais en fait, il semble qu'elle reprenne surtout les préoccupations des conférences de Djakarta et de Porto Rico, soucieuses de moyens d'actions sur les « déterminants » politiques et économiques de la santé. Ceci vise évidemment à permettre à la philosophie générale de la promotion de la santé de passer dans les actes dans la conjoncture de mondialisation ultra libérale actuelle. Les mesures ainsi préconisées concernent essentiellement les gouvernants, les accords intergouvernementaux (engagement 1), les administrations et collectivités publiques (engagement 2), d'une part, le secteur des entreprises (engagement 4) de l'autre ; ce qui correspond aux axes 1 et 2 de la Charte d'Ottawa. Le troisième engagement concerne l'action communautaire et la société civile ; ce qui prolonge l'axe 3 de la Charte d'Ottawa. Rien ne prolonge les deux derniers axes de la charte d'Ottawa : axe 4 (développement des aptitudes personnelles à exercer un plus grand contrôle sur sa santé), axe 5 (remaniement du fonctionnement du système de

santé dans une logique de promotion de la santé). Ces insistances et ces oublis entraînent un déséquilibre dans l'architecture générale du texte et l'empêchent, à mon sens, d'offrir une reformulation actualisée, complétée et rendue plus pragmatique de la Charte d'Ottawa.

Par ailleurs, il est dommage que l'éducation pour/à la santé soit passée sous silence, car elle devrait être un facteur central de l'action communautaire des initiatives de la société civile dans le domaine de la promotion de la santé. Toutes les perspectives ouvertes par le développement de « l'empowerment » communautaire, des « compétences psychosociales » ou de la structuration de l'autonomie du sujet devraient être ici reprises, ou tout au moins évoquées et encouragées.

Face à des systèmes de santé publique dont le fonctionnement reste trop souvent guidé par une logique de lutte contre la maladie et non de promotion de la santé, il est dommage qu'aucun jalon spécifique dans ce domaine ne soit posé.



La Charte de Bangkok à l'heure de la globalisation : une charte de trop?

Saliha Ziam

Il est unanimement admis que la Charte d'Ottawa (O.M.S., 1986) a propulsé la promotion de la santé au-devant de la scène internationale (Kickbusch et coll., 1990 ; Hancock, 1994).

Cette charte a recommandé explicitement aux instances politiques mondiales de mettre la santé et le bien-être des populations au cœur de leurs préoccupations (O'Neill et Cardinal, 1998 ; Pederson et coll., 2005). Par la même occasion, cette charte soulevait pour la première fois les enjeux relatifs aux politiques publiques et leur impact sur la santé des populations que ce soit à l'échelle locale, nationale ou internationale (Kickbusch, Draper et coll., 1990) Ces enjeux deviennent critiques dans le contexte actuel de la mondialisation et les répercussions inéluctables que celle-ci a et aura sur la santé des populations. Face à la standardisation des styles de vie, la circulation incessante des biens et des personnes, et les risques accrus de propagation des maladies, les gouvernements n'ont d'autre choix que d'unir leurs efforts pour sauvegarder l'état de santé de leurs populations. Les récentes crises sanitaires (SRAS, grippe aviaire) sont venues nous rappeler qu'il ne suffit plus désormais de balayer devant sa porte. Un virus qui éclot à Shanghai peut contaminer quelques jours plus tard plusieurs centaines voire des milliers de personnes à Toronto. La Charte de Bangkok (Organisation mondiale de la santé, 2005) exprime parfaitement ces nouvelles préoccupations et réclame notamment plus de cohérence des politiques publiques à l'échelle internationale.

Pourtant certains se questionnent sur l'utilité d'une nouvelle charte alors que, disent-ils, bon nombre des recommandations énoncées dans la Charte d'Ottawa, ne sont toujours pas appliquées dans beaucoup de pays. La proclamation de la Charte de Bangkok serait-elle de trop ? Que lui reprochent au juste ses antagonistes ? Voilà des questions qui ont attiré mon attention et sur lesquelles je voudrais vous faire partager ma réflexion.

Bien évidemment, la Charte d'Ottawa a connu une grande notoriété en raison des circonstances historiques et politiques de sa proclamation, comme le rappelle (O'Neill, 2005). Il est vrai que les déclarations qui ont suivi (Organisation mondiale de la santé, 1988, 1991, 1997, 2000) n'ont pas bénéficié du même contexte, et c'est aussi vrai pour la Charte de Bangkok. Néanmoins, les circonstances dans lesquelles se déroulent les chartes et le cérémonial politique qui les entourent ne sont pas garants d'une mise en

œuvre plus significative des recommandations. Les critiques que soulève la mise en pratique effective des recommandations exprimées au sujet des chartes ne sont pas nouvelles et ne concernent pas uniquement les chartes d'Ottawa et de Bangkok. En fait, les chartes internationales n'ont aucun pouvoir de coercition pour imposer leurs recommandations sur le terrain. Faudrait-il abolir les chartes pour autant? Certes non, car leur rôle est malgré tout très important à plusieurs égards.

Les chartes offrent d'excellentes opportunités de concertation puisque leur mise en chantier exige des rencontres de centaines d'experts et d'expertes de toutes les disciplines venant de tous les coins de la planète. D'ailleurs, les chartes d'Ottawa et de Bangkok ont donné l'occasion aux professionnels et aux professionnelles de la promotion de la santé d'interpeller les instances publiques internationales sur les enjeux qui entourent la santé et ses déterminants tout en optimisant ainsi une conscientisation toujours plus grande des acteurs sur le terrain. Elles ont permis, par la même occasion, une grande visibilité de la promotion de la santé. Mittelmark (2005) souligne à ce sujet la nécessité de travailler sur cette visibilité si l'on souhaite que la promotion de la santé gagne du terrain auprès des gouvernements et des politiques publiques. Quant à la Charte de Bangkok, sa pertinence est tout à fait justifiée. S'inspirant des principes innovateurs de la Charte d'Ottawa, la Charte de Bangkok vient à point pour en renforcer les recommandations tout en intégrant les préoccupations actuelles soulevées par la globalisation et son impact sur la santé.



Charte de Bangkok

L'économie mondiale comme partenaire de la promotion de la santé ?

Guillaumie Laurence

La Charte de Bangkok, signée le 11 août 2005 en Thaïlande, s'est inscrite dans la continuité du processus de constitution du champ de la promotion de la santé. La Charte de Bangkok spécifie qu'elle « 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 » (Organisation mondiale de la santé, 2005). Ainsi, cette nouvelle charte n'a pas pour objectif de remplacer ou de réformer la Charte d'Ottawa - cette dernière restant le socle fondamental de la promotion de la santé - mais de traiter d'une autre dimension de la promotion de la santé. La Charte de Bangkok vise à donner les moyens à tous les acteurs de la promotion de la santé (acteurs politiques aux niveaux des États ou des régions, professionnels de santé, promoteurs en santé, agences des Nations-Unis, secteur privé, ONG, etc.) d'implanter la promotion de la santé dans le contexte actuel de globalisation (Catford, 2005). Je conviens que la dynamique politique à l'origine du choix du format de « charte » pour ce document est tout à fait discutable (Mittelmark, 2005). Cependant, je choisis de m'interroger dans cet article sur le contenu même de la Charte de Bangkok et des changements dans la conception de la promotion de la santé qu'elle entérine, à savoir la réaffirmation de la dimension politique de la promotion de la santé et l'encouragement des liens avec le milieu des affaires.

Une réaffirmation de la dimension politique de la promotion de la santé

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 » (Organisation mondiale de la santé, 2005). Cette charte propose d'intégrer à la pratique de la promotion de la santé les nouveaux défis en lien avec le contexte politique et

économique actuel. Nous savons que la promotion de la santé intervient au niveau politique depuis ses débuts et que certains la considèrent politique par essence (Bambra, Fox, Scott-Samuel, 2005). Par conséquent, la recherche et la pratique en promotion de la santé doivent s'engager dans les actions politiques et en utiliser les moyens (comme le lobbying, la communication, la négociation, la rédaction d'accords et de chartes, l'organisation d'interventions etc.) en impliquant la société civile, les professionnels de la santé, les acteurs politiques, les ONG, les entreprises etc. Cette dimension politique avait déjà été abordée dans des déclarations précédentes notamment celles de Jakarta et de Mexico. La Charte de Bangkok réaffirme la dimension politique de la promotion de la santé et redonne ainsi de la légitimité aux différents acteurs pour s'en approprier cet aspect.

La Charte de Bangkok insiste aussi sur l'importance de la participation de la société civile dans les processus politiques sous-tendant les actions de promotion de la santé. Cette charte invite les acteurs communautaires et la société civile à exercer des pressions pour faire de la promotion de la santé un axe essentiel de leur action. Cela est d'autant plus important qu'une pression peut s'exercer plus facilement au niveau local car les effets de la politique sont mieux visibles (Kickbusch, Draper, O'Neill, 1990). Cela rappelle que c'est grâce à l'adhésion de la population à des orientations politiques qu'une décision peut être rendue acceptable. Cela suggère aussi qu'une décision politique ne peut s'avérer efficace qu'avec un relais et une implantation par les acteurs de terrain.

Une attention renforcée donnée aux milieux d'affaires

L'innovation de la Charte de Bangkok porte cependant principalement sur l'attention donnée au milieu des affaires et à sa responsabilité vis-à-vis de la santé des groupes les plus pauvres et marginalisés. Cela rejoint une tendance initiée depuis plusieurs années par l'ancien secrétaire général de l'ONU, Kofi Annan. En 1999, Kofi Annan a proposé aux entreprises le « Pacte Global » (Global Compact en anglais) destiné à rassembler les entreprises autour de dix principes relatifs aux droits de l'homme, aux normes du travail, à l'environnement et à la lutte contre la corruption. Depuis, il n'a cessé d'encourager la collaboration de l'ONU avec le monde des affaires et la signature de pactes avec les entreprises (United Nations News Centre, 2005).

La conception sous-jacente à la Charte de Bangkok est que les entreprises et les acteurs de la promotion de la santé ont intérêt à collaborer et que les entreprises peuvent tirer des avantages en termes d'images et de communication en s'impliquant pour l'application des principes de la promotion de la santé. La Charte de Bangkok en reste à des principes et les différentes voies d'actions dans ce domaine doivent être soumises à l'étude. Parmi ces voies d'action, on peut distinguer les suivantes. Les promoteurs en santé pourraient par exemple fournir aux entreprises qui s'engagent l'accès à des informations et des exemples de bonnes pratiques. Ils pourraient aussi s'inspirer d'expériences menées dans des domaines parallèles, comme avec la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement ou la signature de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (Organisation mondiale de la santé, 2005).

La Charte de Bangkok vient soutenir l'idée que les interventions de promotion de la santé réalisées en partenariat avec le milieu des affaires ne se limitent pas aux entreprises transnationales mais se réalisent jusqu'aux niveaux locaux. La constitution de réseaux au niveau des petites et moyennes entreprises peut encourager l'adoption de politiques et de pratiques favorables aux principes de la promotion de la santé. Ces réseaux peuvent permettre aux employeurs de se réunir et d'échanger leurs expériences. Concrètement, cela peut donner lieu à des campagnes d'information sur la promotion de la santé, l'organisation de séminaires de formation sur les principes de la promotion de la santé et la mise à disposition d'une assistance aux entreprises pour l'application de ces principes (Organisation internationale du travail, 2005).

Si les relations entre les entreprises et le secteur de la promotion de la santé sont encouragées, il n'empêche qu'elles doivent faire l'objet d'une attention minutieuse. Cela

est d'autant plus vrai que certaines grandes entreprises s'impliquent avec des budgets colossaux dans des activités sociales et humanitaires comme la Fondation Bill et Melinda Gates ou encore la Fondation Chagnon.

Les implications d'un tel repositionnement de la promotion de la santé

Dans le contexte actuel, cette charte invite à revoir les liens entre la promotion de la santé et l'économie, et donne aux promoteurs en santé de grands principes cadres pour guider leur action. Cette charte est la bienvenue dans le sens où la promotion de la santé ne pouvait faire l'économie d'un repositionnement dans le contexte de mondialisation. Cependant, on peut émettre quelques réserves quant à ses implications.

Tout d'abord, il est à craindre que la Charte de Bangkok mette l'accent sur des partenariats avec les entreprises qui existent déjà et non sur une expertise basée sur des données probantes qui restent encore à développer. De plus, le dialogue et les relations de partenariats avec le milieu des affaires risquent de passer pour une solution miracle alors qu'ils permettent surtout aux entreprises d'identifier les bonnes pratiques pour plus d'efficacité.

Ensuite, si on propose de développer les mécanismes d'engagement volontaire des entreprises pour la promotion de la santé, il faut veiller à poser la question du respect et de la crédibilité de ces engagements et donc de soulever la question des avancées juridiques en ce qui concerne les responsabilités, en particulier des entreprises transnationales, en matière de santé.

Enfin, il ne faudrait pas que les partenariats avec les entreprises incitent les États à une nouvelle façon de fuir leurs obligations en les renvoyant aux entreprises dont le but initial est le profit. Les engagements des entreprises ne sauraient se substituer à la responsabilité des pays à prendre des mesures de protections sociales. On sait déjà qu'il est souvent plus confortable et commode pour les États de fuir leurs responsabilités envers les plus démunis et les politiques sérieuses d'éradication de la misère (Galbraith, 1985).

La Charte de Bangkok repositionne donc la pratique de la promotion de la santé, en rapport avec les acteurs politiques, les ONG et les milieux d'affaires dans le contexte de libéralisme et de mondialisation. Certains pourraient regretter que la Charte de Bangkok ne définisse pas plus la responsabilité des entreprises en matière de santé, ne détaille pas le rôle des États pour réguler l'activité des entreprises et ne clarifie pas les pratiques de dialogue et de négociation des acteurs de la promotion de la santé avec les entreprises. En fait, cette charte ne fait qu'encourager à travailler dans cette direction. Elle invite non seulement à interroger nos pratiques sur le terrain en lien avec milieu politique et économique mais aussi au développement et à l'évaluation de nouvelles formes de gouvernance et de solidarités dans un contexte de mondialisation. C'est à tous ceux et celles qui se sentent concernés par la promotion de la santé d'investir ce champ et de participer à l'essor d'une expertise. La Charte de Bangkok en reste à des principes mais offre l'avantage de pousser à la réflexion. Les stratégies d'action dans le cadre de la mondialisation reste encore à inventer et ce, chacun à un notre niveau et dans notre contexte de pratique.



Utilité de la charte de Bangkok comme contre attaque aux forces du marché.

Alamo-Hernández, Urinda

Si l'on considère la Charte d'Ottawa comme l'identité même de la promotion de la santé (Aubin, 2005), et ses cinq stratégies comme le cadre qui a orienté le développement des activités et programmes en promotion de la santé dans les dernières décennies (Nutbeam, 2005), un peu partout dans le monde, on peut difficilement nier son impact (au moins idéologique et symbolique) dans le champ de la promotion de la santé. Avant la charte d'Ottawa, la déclaration de Alma-Ata avait déjà eu un effet similaire et, dans d'autres domaines, on trouve également, des exemples des documents clés comme l'Agenda 21 pour le développement soutenable.

La Charte d'Ottawa a été ratifiée dans les documents qui accompagnent les subséquentes conférences internationales sur la Promotion de la Santé, quoique dans chacune d'elles des nouveaux enjeux et priorités aient été soulevés. Par exemple, la place du secteur privé est chaque fois plus présente, et la liste de conditions préalables s'est agrandie. On parle même de démocratie et de stabilité politique comme des pré-requis dans la 5ème conférence (OMS, 2000). Je ne sais pas si la Charte de Bangkok, par le fait d'être appelée « charte », a soulevé la polémique autour des raisons d'une nouvelle charte, ainsi qu'autour des omissions et de mise en œuvre de ces types des documents (INPES, 2005 ; RHPEO, 2005), ou si ces échanges sont le fruit de l'ère des communications dans laquelle on se trouve. Ce qui selon moi est important, et plusieurs auteurs du RHPEO (2005) l'ont soulevé également, c'est le dialogue critique sur la promotion de la santé auquel la Charte de Bangkok contribue.

Charte de Bangkok comme contre attaque aux forces du marché.

D'un autre côté, je ne pense pas que la Charte de Bangkok remplace ni questionne la Charte d'Ottawa. Je la conçois plutôt comme une fille de la Charte d'Ottawa, qui appartient à une nouvelle génération, avec de nouveaux défis à affronter, mais qui partage et respecte les mêmes valeurs et principes que sa mère. On vit dans un monde dynamique où de nouvelles forces et structures influencent la manière d'aborder les cinq stratégies de la Charte d'Ottawa. Dans le contexte actuel de mondialisation où presque tout est orienté par des intérêts majoritairement financiers, où les barrières du commerce sont de plus en plus supprimées, et où la souveraineté des États est en déclin (Spiegel et coll., 2004), je considère qu'un document comme celui de la Charte de Bangkok (avec toutes ses omissions et ses limites) peut contribuer à freiner les inégalités en santé liées à la mondialisation.

La Charte fait appel aux organismes gouvernementaux et internationaux à s'efforcer pour combler l'écart entre riches et pauvres en matière de santé, ainsi qu'à trouver des mécanismes efficaces de gouvernance mondiale pour contrer les effets préjudiciables du commerce, des produits, des services et des stratégies de commercialisation (WHO, 2005). Il est vrai que ce sont des suggestions nobles difficiles à mettre en œuvre par des pays dont les gouvernements ont de moins en moins de liberté d'action (O'Neill, 2005), mais selon mon point de vue, ce type de discours peut constituer une plate-forme qui complète les efforts de la société civile. Des efforts comme la charte populaire pour la santé (Peoples Health Assembly 2, 2000). L'impact historique de la Charte d'Ottawa peut aider à rendre plus visible la nouvelle Charte de Bangkok, et de cette façon, aider à compenser la libération du marché et les intérêts uniquement financiers de grandes corporatives internationales, facilitées par des organismes comme l'Organisation mondiale du commerce.



De la convergence théorique à la convergence des actions

Dumont Claire

Mes commentaires sur la Charte de promotion de la santé de Bangkok sont faits à partir d'une analyse de l'évolution de certains modèles théoriques dans le domaine de la santé. Ils amènent à identifier une convergence dans les courants de pensée qui aurait avantage à se traduire en convergence d'actions.

Les modèles de référence issus de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) illustrent en plusieurs points l'évolution de la pensée dans le domaine de la santé. Ainsi, en 1948, l'OMS a publié la classification internationale des maladies, troubles, lésions et traumatismes (CIM), encore utilisée aujourd'hui dans sa dixième version (CIM-10). Dans la plus pure tradition biomédicale, il s'agissait de classer toutes les maladies et affections par système (osseux, musculaire, digestif et autre). Son intérêt premier était la codification des diagnostics et était axé sur les aspects de morbidité et de symptomatologie. Ce modèle présentait plusieurs lacunes notamment par sa vision normative de l'humain et par le manque de prise en compte des conséquences des maladies chroniques sur la personne (Fougeyrollas, 2001). En effet, il est possible de diagnostiquer une « maladie » sans que la personne en soit incommodée, simplement en référence à une norme définie. Par contre, certaines maladies laissent des limitations ou des séquelles persistantes à la personne, même après une « guérison ». La classification ne permettait pas de saisir ces dimensions. Une nouvelle classification a donc été élaborée: la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH) (OMS, 1980). Cette classification avait l'avantage de distinguer l'atteinte biologique sur les systèmes organiques (déficiences), de leurs conséquences sur la personne (incapacités) et sur ses occupations (handicaps). Cette classification proposait une compréhension du handicap selon une relation linéaire de cause à effet entre divers niveaux : la maladie ou les blessures se manifestent par une déficience organique ou fonctionnelle générant une incapacité sur le plan des comportements et des activités de la personne, pouvant entraîner des désavantages sur le plan social. On élargissait ainsi quelque peu la vision strictement biomédicale du départ. Par contre, ce modèle ne prenait pas en compte l'environnement, il demeurait linéaire, réductionniste et sa terminologie était négative. Certains modèles, comme le modèle du Processus de production du handicap (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté, Côté & St-Michel, 1996; Fougeyrollas, 1997) et le modèle d'Evans et Stoddard (1996), amélioraient cette perspective en prenant en compte les facteurs environnementaux ainsi que les interactions entre les facteurs. De plus, ils proposaient une vision positive de la santé et du fonctionnement des individus.

Suite à de nombreuses critiques concernant la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps, l'OMS a récemment développé, avec l'aide de nombreux partenaires internationaux, un nouveau modèle de classification des maladies et des incapacités appelé Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF-2) (OMS, 2001a ; Stewart, 2002). Ce modèle adopte une approche écologique et identifie clairement les facteurs environnementaux comme ayant un impact sur la santé et la participation des individus, contrairement aux modèles précédents de l'OMS (voir la figure 1). De plus, la classification associée à ce modèle ne se base plus sur les taux de mortalité pour apprécier l'état de santé des populations mais adopte une perspective positive, en faisant passer le centre d'intérêt sur la vie, sur la façon dont les gens vivent avec une pathologie et améliorent leurs conditions de vie (OMS, 2001b). Ce modèle, systémique, dynamique et interactif, intègre à la fois le modèle biomédical et le modèle social de la maladie et du handicap (Fougeyrollas & Beauregard, 2001). Le handicap est considéré non seulement comme un problème lié à l'individu, découlant directement d'une pathologie, mais également comme un problème induit par la société de par son interaction avec un environnement défavorable. La CIF-2 constitue une véritable révolution philosophique qui nécessite de repenser la fonction et l'intérêt même

du modèle biomédical curatif, notamment dans le domaine de la réadaptation. Il rejoint ainsi en plusieurs points la Charte d'Ottawa (1986) et celle de Bangkok (OMS, 2005).

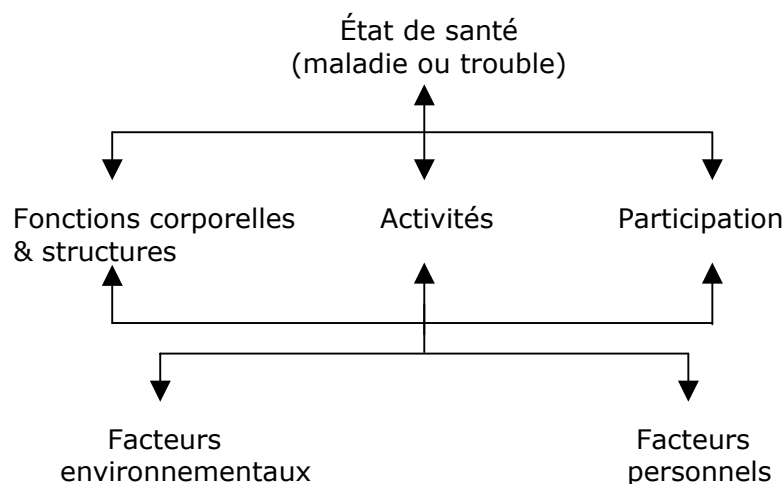


Figure 1

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (OMS, 2001a)

Dans la CIF-2, par facteurs personnels, il faut entendre tous les éléments intrinsèques à la personne tels que : âge, sexe, stature, éducation, origine culturelle et sociale, condition physique, psychique, mentale et autre. L'environnement est compris comme l'environnement physique, matériel et humain, soit le contexte de vie de la personne. Il englobe tant le contexte géographique, social et familial de la personne que l'ensemble des services communautaires, systèmes sociaux et de santé qui ont un impact sur la vie quotidienne. La notion d'obstacle environnemental couvre ce que l'on appelle les « barrières architecturales », mais également les barrières d'attitudes, telles les comportements, la discrimination ou la terminologie utilisée. Selon l'OMS, « L'état de fonctionnement [...] de la personne est le résultat de l'interaction dynamique entre son problème de santé et les facteurs contextuels » (OMS, 2001a, p. 8). La santé est en lien avec la possibilité d'activités dans un environnement de vie favorisant l'intégration et l'autonomie. On reconnaît ici presque textuellement certains passages de la Charte d'Ottawa, ce qui démontre la convergence des réflexions.

Les travaux qui ont mené à la Charte d'Ottawa, puis à celle de Bangkok, et ceux qui ont mené à la CIF-2 sont distincts. Ainsi, malgré des convergences entre ces référents théoriques, quelques divergences persistent et seront maintenant soulignées.

Une première divergence peut se lire dans le premier énoncé de la Charte de promotion de la santé de Bangkok sur les droits de l'homme, le respect de la diversité et la dignité. Il est écrit à cette section: « [...] sans distinction de race, de religion, de conviction politique, ou de condition socio-économique. ». À la lumière de la CIF-2, il semble important d'ajouter à cette liste les caractéristiques de sexe, de genre, de stature, d'éducation, de condition physique, psychique ou mentale, soit notamment la présence de déficience ou d'incapacité.

Une deuxième difficulté se situe sur le plan du troisième principe relatif à la justice sociale et à l'équité de la Charte de Bangkok. Plusieurs études ont en effet démontré que la majorité des personnes ayant des incapacités vivent dans un état de pauvreté, particulièrement les femmes, et cela est dramatiquement vrai dans les pays en voie de développement (Alliance féministe pour l'action internationale, 2003; Conseil canadien du développement social, 2002). Ces personnes ont plus difficilement accès à l'éducation et au marché du travail, élément essentiel pour améliorer leurs conditions de vie. La promotion de la santé, en fonction des principes d'équité et de justice sociale, ainsi que des actions visant la lutte à la pauvreté, devrait inclure dans ses préoccupations et

appuyer les démarches visant l'égalité des chances pour tous et l'absence de discrimination de toutes natures, incluant celle envers les personnes « différentes ».

Toujours dans la Charte de Bangkok, un troisième élément préoccupant se situe dans la section sur le nouveau contexte de santé, où il est fait mention, entre autre, des changements démographiques, de l'augmentation des maladies chroniques et des traumatismes ainsi que des progrès de la médecine et des technologies. Une des principales conséquences de ces différentes situations est que de plus en plus de personnes vivent avec des incapacités persistantes. En effet, on estime, selon les projections démographiques tirées de *l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités*, que 15% de la population du Canada vivra avec des incapacités persistantes en 2008 et que ce nombre ira en s'accroissant dans les années subséquentes (Statistique Canada, 2001). Ce pourcentage élevé est expliqué principalement par le vieillissement de la population ainsi que par les taux de survie améliorés dans de nombreuses affections et traumatismes, incluant les naissances prématurées, qui causent des incapacités persistantes et significatives avec lesquelles les personnes et leurs proches doivent ensuite composer toute leur vie (Boult, Altmann, Gilbertson, Yu & Kane, 1996). Toutefois, la Charte de Bangkok n'en fait aucunement mention. Cette importante partie de la population devrait donc être davantage une préoccupation pour la promotion de la santé.

Enfin, le dernier volet qui sera discuté ici porte sur le principe général de développement durable, auquel la Charte de Bangkok adhère, appliqué aux différentes pratiques professionnelles dans le domaine de la santé ainsi que dans la recherche en santé. Le système de santé et l'ensemble des professionnels doivent en effet intégrer des principes de développement durable et ne pas considérer qu'ils s'appliquent uniquement à l'industrie ou aux autres secteurs économiques. Le développement durable en santé pourrait signifier de ne pas développer et utiliser des technologies qui offrent des bénéfices à court terme mais qui offrent par contre des désavantages à plus long terme. C'est le cas notamment de l'utilisation des antibiotiques qui augmentent la résistance bactérienne et des interventions visant la survie à tout prix, sans prise en compte des conséquences, comme dans le cas de certains enfants prématurés. Il est certain qu'un tel discours soulève des enjeux éthiques et qu'une réflexion approfondie sera nécessaire pour baliser éventuellement l'application du principe de développement durable à la santé.

Globalement, la Charte de promotion de la santé de Bangkok ressort plutôt comme une application des principes et des valeurs de la Charte d'Ottawa dans le contexte du début de 21^{ème} siècle. Elle ne la remplace en aucune façon et tente d'ouvrir sur l'action. La CIF-2 pourrait-elle servir de cadre de référence pour l'intervention en association avec les Chartes d'Ottawa et de Bangkok qui fournissent les principes et les valeurs? La CIF-2 distingue en effet clairement les cibles d'intervention qui peuvent améliorer la santé des populations dans sa classification. Toutefois, il reste plusieurs étapes à franchir pour harmoniser ces référents théoriques et éventuellement bénéficier de leur synergie. Une des synergies possibles provient du fait que la CIF-2 est abondamment citée et utilisée dans le monde, de même que la Charte d'Ottawa et bientôt celle de Bangkok, mais pas nécessairement auprès des mêmes intervenants et des mêmes organisations. En associant les deux modèles de référence, en faisant valoir leur complémentarité, plus d'intervenants, d'organisations et de réseaux seront ainsi sensibilisés à l'importance des éléments qu'ils véhiculent de part et d'autre (Thibeault & Hébert, 1997). De plus, la promotion de la santé n'est pas un champ de pratique spécifique, mais devrait s'intégrer dans toutes les pratiques professionnelles qui touchent de près ou de loin la santé. Les Chartes d'Ottawa et de Bangkok ne s'adressent donc pas uniquement aux intervenants qui oeuvrent strictement en promotion de la santé, pas plus que la CIF-2 ne s'adresse uniquement aux intervenants du monde de la réadaptation. Ces modèles fondamentaux devraient être intégrés dans la formation de base de l'ensemble des disciplines oeuvrant en santé.

En conclusion, certaines lacunes dans la Charte de promotion de la santé de Bangkok mériteraient d'être corrigées notamment par la prise en compte des populations ayant des déficiences et des incapacités. Il semble également urgent d'associer les discours de la promotion de la santé et ceux des modèles sur le fonctionnement et le handicap. En effet, ils ciblent en grande partie les mêmes populations et s'appuient sur les mêmes principes fondamentaux, tels la vision positive de la santé et l'action sur les déterminants environnementaux. Chacun gagnerait à explorer la perspective de l'autre. Les discours ont peut-être évolué en parallèle, mais actuellement tous font face aux mêmes réalités et aux mêmes enjeux pour la santé des populations. Des réflexions sur l'arrimage possible des référents théoriques pourraient favoriser la synergie d'intervention dans ces champs de pratique actuellement plutôt distincts, pour le bénéfice des populations.



Références bibliographiques

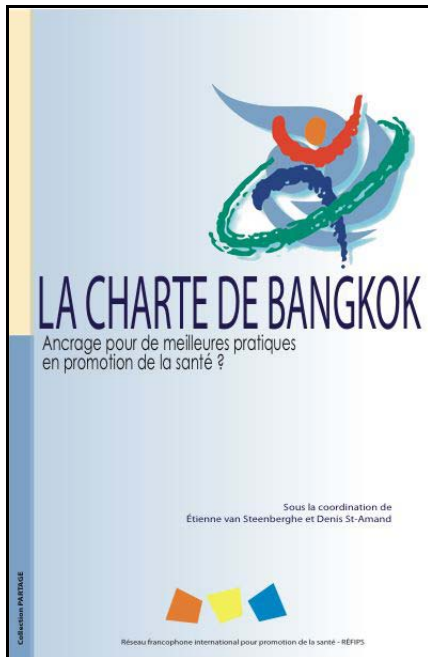
- Alliance féministe pour l'action internationale (2003). *L'inaction au Canada : l'inégalité s'approfondit pour les femmes*.
Accès : www.fafia-afai.org/UN/inaction_p24.htm
- Arwidson, P. (2005). Synthèse du forum francophone sur la préparation de la Charte de Bangkok. *Reviews of Health Promotion and Education Online*.
Accès : www.rhpeo.org/reviews/2005/7/index.htm
- Aubin, K. (2005). Chartes, déclarations, recommandations: Quelle est la portée de ces documents en promotion de la santé ? *Reviews of Health Promotion and Education Online*. Accès : www.rhpeo.org/reviews/2005/15/index.htm
- Bambra, C., Fox, D. & Scott-Samuel, A. (2005). Towards a politics of health. *Health promotion international*, 20(2), 187-194.
- Boult, C., Altmann, M., Gilbertson, D., Yu, C. et Kane, R.L. (1996). Decreasing disability in the 21st Century : The future effects of controlling six fatal and nonfatal conditions. *American Journal of Public Health*, 86 (10) : 1388-1393.
- Catford, J. (2005). The Bangkok Conference: steering countries to build national capacity for health promotion. *Health promotion international*, 20(1), 1-6.
- Conseil canadien du développement social (2002). Fiches d'information du CCDS, *Personnes handicapées*. N° 5. Accès : www.ccsd.ca/drip/francais/recherche/dis5/
- Evans, R.G. et Stoddard, G.L. (1996). Produire la santé, consommer les soins. Dans Evans, R.G., Barer, M.L., et Marmor, T.R., *Etre ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la santé*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, p. 37-76.
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., Côté M., et St-Michel, G. (1996). *Révision de la proposition québécoise de classification: Processus de production du handicap*. Lac St-Charles, Québec : CQCIDIH/SCCIDIH.
- Fougeyrollas, P. (1997). Les déterminants environnementaux de la participation sociale des personnes ayant des incapacités: le défi socio-politique de la révision de la CIDIH. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 10(2): 147-160.
- Fougeyrollas, P. (2001). Le processus de production du handicap : l'expérience québécoise. Dans DeRiedmatten, R., *Une nouvelle approche de la différence*. Genève : Médecine et Hygiène.

- Fougeyrollas, P., et Beauregard, L. (2001). Disability : An interactive person-environment social creation. Dans Edited by Gary L. Albrecht, Katherine D. Seelman, Michael Burry (eds), *Handbook of Disability Studies*. Édition Sage.
- Galbraith, J.K. (1985). L'art d'ignorer les pauvres. *Harper's magazine*, nov. 1985.
- Hancock, T. (1994). Health Promotion in Canada : Did We Win the Battle but Lose the War ? Dans A. Pederson et coll., *Health promotion in Canada*. Toronto, W.B.Saunders : 350-372
- INPES. (2005). Forum de discussion.
Accès : www.inpes.sante.fr/Forum_eps/indexForum.asp?page=login.asp
- Kickbusch, I., Draper, R., O'Neill, M. (1990). Healthy public policy, a strategy to implement the Health for all philosophy at various governmental levels. Dans Evers, W. et coll. (Ed.), *Healthy Public Policy at the local level* (pp. 1-6). Campus Westview : Boulder Co
- Marshall, B. (2005) *Proposed Bangkok Charter for Health Promotion*. York University : Liste CLICK4HP, message diffusé le 22 juin 2005.
Accès : <https://listserv.yorku.ca/archives/click4hp.html>
- Mittelmark, M.B. (2005). Bangkok charter: criticizing but backing WHO. *Reviews of Health Promotion and Education Online*.
Accès : www.rhpeo.org/reviews/2005/22/index.htm
- Nutbeam, D. What would the Ottawa Charter look like if it were written today? *Reviews of Health Promotion and Education Online*. Accès : www.rhpeo.org
- O'Neill, M. et L. Cardinal (1998). Les ambiguïtés québécoises dans le domaine de la promotion de la santé. *Recherches sociographiques* : 9-37.
- O'Neill, M. (2005). La charte de Bangkok aura-t-elle autant d'impact que celle d'Ottawa ? *Reviews of Health Promotion and Education Online*.
Accès : www.rhpeo.org/reviews/2005/2/index.htm
- O'Neill, M., Gagnon, F., Dallaire, C. (2006). La politique, les politiques, le politique : trois manières d'aborder l'action politique en santé communautaire. Dans Caroll, G. (dir.), *Pratiques en santé communautaire*, pp. 111-126. Montreal : Éditions de la Chenelière.
- Organisation internationale du travail (2005). *Coopération Technique*. Site de l'Organisation internationale du travail.
Accès : www.ilo.org/public/french/employment/multi/project.htm
- Organisation mondiale de la santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Site de l'Organisation mondiale de la santé.
Accès : www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=French
- Organisation mondiale de la santé (1991). Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden. *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health*. Site de l'Organisation mondiale de la santé. Accès : www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/index.html
- Organisation mondiale de la santé (1997). *Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXIème Siècle*. Site de l'Organisation mondiale de la santé. Accès : www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/
- Organisation mondiale de la santé (1998). *Adelaide Recommendations on health public policy*. Site de l'Organisation mondiale de la santé. Accès : www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/print.html

- Organisation mondiale de la santé (2000). Fifth Global Conference on Health Promotion. *Health Promotion : Bridging the Equity Gap*. Mexico City, June 5th, 2000. Accès : www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/index.html
- Organisation mondiale de la santé (2001a). CIF, *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. Introduction to the ICIDH-2 (ICF) Accès : www.ncvhs.hhs.gov/010716ap3.htm
- Organisation mondiale de la santé (2001b). Publication par l'OMS de nouvelles directives pour mesurer la santé. Accès : www.who.int/inf-pr-2001/fr/cp2001-48.html
- Organisation mondiale de la santé (2005). The 6th Global conference on Health Promotion. *La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*. Site de l'Organisation mondiale de la santé. Accès : www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf
- Pederson, A., I. Rootman et M. O'Neill (2005). Health Promotion in Canada: Back of the past on towards a promising future. Dans A. Scriven and S. Garman (eds), *Promoting Health: Global Perspective*; London, Plagrove Macmillan: 255-265.
- Peoples Health Assembly 2 (2005). *Declaration de Cuenca*. Accès : www.phmovement.org/pha2/es/papers/cuenca_fr.php
- Phipps, R. (2005). *More on HP Bangkok Charter*. York University : Liste CLICK4HP, message diffusé le 18 juin 2005. Accès : <https://listserv.yorku.ca/archives/click4hp.html>
- RHPEO. (2005). D'Ottawa 1986 à Vancouver 2007. Accès : www.rhpeo.org
- Ridde, V. (2005) Une triple interrogation à propose de la Charte de Bangkok. *Reviews of Health Promotion and Education Online*. Accès : www.rhpeo.org/reviews/2005/9/index.htm
- Spiegel, J.M., Labonte, R. et Aleck S.O. (2004). Understanding « Globalization » as a Determinant of Health Determinants. *International Journal of Occupational and Environmental Health*. 10: 360-367
- Statistique Canada (2001). *Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001*.
- Stewart, D. (2002). La nouvelle Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIH-2): Concepts et conséquences de sa mise en œuvre pour les ergothérapeutes. *Actualités ergothérapeutiques*. Ottawa, Ontario : CAOT Publications ACE, p. 17-21.
- Thibeault, R. et Hébert, M. (1997). A congruent model for health promotion in occupational therapy. *Occupational Therapy International*, 4(4) : 271-293.
- United Nations News Centre (2005). *Annan welcomes work of Global Compact in South Asia to reach development goals*. Site web de l'Organisation des Nations Unis. Accès : www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=13574&Cr=global&Cr1=compact



LECTURES CONSEILLÉES



Vingt ans après la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé qui a été considérée jusqu'à ce jour comme une référence pour le développement des actions en promotion de la santé ici et ailleurs, voilà qu'une nouvelle Charte a vu le jour en août 2005, soit celle de Bangkok. Dans ce contexte, le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS) vient de publier un ouvrage regroupant une dizaine de textes originaux autour du contenu de la Charte de Bangkok. Chaque auteur présente son analyse en lien avec sa pratique ou ses champs d'intérêt. La diversité des points de vue réunis dans un même document favorise ainsi la poursuite des échanges sur le sujet en vue de la consolidation de la promotion de la santé dans un monde qui en a tant besoin.

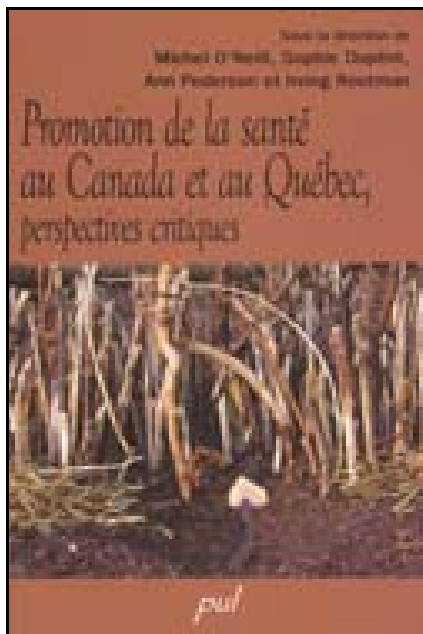
Ce petit livre s'avère indispensable pour mieux comprendre les enjeux actuels et futurs de la promotion de la santé en Francophonie.

Références

van Steenberghe, E. et St-Amand, D. (sous la coordination) (2006) *Charte de Bangkok : Ancrage pour de meilleures pratiques en promotion de la santé ?* Montréal : Collection « Partage », Réseau francophone international pour la promotion de la santé (94 pages).

Prix d'achat : 8 \$ (5 \$ tarif préférentiel pour les membres du RÉFIPS)

Pour information ou pour passer une commande : ameriques@refips.org



Depuis la Charte d'Ottawa de 1986, le champ de la promotion de la santé a profondément influencé l'évolution des systèmes de santé partout au monde. Au cœur de cette évolution, le Canada et le Québec. Plus de 80 auteurs, incluant les experts les plus reconnus sur les scènes internationale, canadienne et québécoise de même que des auteurs des générations montantes, analysent de manière critique l'état du champ au Canada et au Québec ainsi que son influence internationale depuis 1994. Cette première édition en français d'un ouvrage classique passionnera les intervenants professionnels et communautaires, décideurs, étudiants, enseignants, chercheurs, militants et personnes du grand public de toute la Francophonie intéressés à comprendre ce qu'est la promotion de la santé ici et ailleurs.

Références

O'Neill M., Dupéré S., Pederson A. et Rootman I. (Dir.) (2006). *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, Collection « Sociétés, cultures et santé » (540 pages).

Prix d'achat : 49 \$

Pour passer une commande : www.pulaval.com

ESPACES DE DISCUSSION POUR POURSUIVRE LA DISCUSSION

Le potentiel des forums de discussion est de plus en plus reconnu et mis à contribution. Cela peut sans doute s'expliquer en partie par la reconnaissance des savoirs tacites et informels qui se développent dans l'exercice d'une pratique professionnelle qui peut inciter les personnes à partager cette expertise. Le forum de discussion peut s'avérer un outil pertinent à utiliser. Les discussions et les échanges y prennent place sous la forme de fils de messages.

Pour poursuivre notre réflexion de la Charte d'Ottawa à Bangkok, nous vous donnons rendez-vous aux points suivants :



FORUM DU RÉFIPS

Réseau francophone international pour la promotion de la santé.

www.refips.org/forum/ (section des Amériques)

Lieu d'échanges et d'entraide pour les acteurs en promotion de la santé.



RHP&EO

Revue électronique (trilingue : français, anglais et espagnol) de l'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la santé

www.rhpeo.org/newfrontpagefr.html



Click4HP

Liste de discussion (bilingue : français et anglais – mais essentiellement anglophone) sur la promotion de santé qui est basé à l'Université de York (Canada)

<https://listserv.yorku.ca/archives/click4hp.html>

Courriel : click4h@yorku.ca



ÉVÉNEMENTS À VENIR

VANCOUVER, JUIN 10-15, 2007

19^e Conférence Mondiale de l'UIPES
sur la Promotion de la Santé et l'Éducation pour la Santé

CANADA 2007
www.iuhpeconference.org

Symposium du RÉFIPS sur la Charte de Bangkok

Pourquoi attendre demain ?
Devenez membre du Réseau francophone international pour la promotion de la santé
www.refips.org