

3

Résumé

Cet article explore les relations entre l'éducation pour la santé et la promotion de la santé, en examinant leurs convergences et divergences à travers leurs contextes d'émergence, fondements conceptuels, approches et principes d'action. Une réflexion critique est ensuite menée autour de deux enjeux. Le premier, épistémologique, interroge la légitimité des savoirs devenant des contenus éducatifs, illustré par un exemple lié à la promotion du vieillissement en santé. Le second, éthique, examine la notion d'équité en santé. Cette réflexion montre que la santé communautaire offre des repères épistémologiques et éthiques pertinents pour réhabiliter les approches éducatives en promotion de la santé. En adoptant une vision centrée sur les déterminants sociaux, la participation active et l'équité, elle répond aux critiques souvent adressées à l'éducation pour la santé : son manque d'efficacité, sa tendance à culpabiliser les populations et sa faible prise en compte des enjeux d'équité. Enfin, la santé communautaire propose des pistes pour opérationnaliser l'universalisme proportionné en mobilisant le concept de littératie dans les interventions éducatives, afin de mieux cibler les inégalités sociales de santé.

Mots clés Éducation pour la santé; santé communautaire; promotion de la santé; équité

L'éducation pour la santé au prisme de la santé communautaire

ÉLODIE MONTAIGNE

Introduction

Plusieurs institutions, nationales ou internationales, associent fréquemment, dans leurs missions et parfois même dans leurs dénominations, les concepts de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (IUHPE, 2023; Santé publique France, 2023). Cette association semble témoigner d'un lien étroit et complémentaire entre ces deux domaines.

Cet article souhaite, dans une première partie, clarifier cette relation, en explorant les convergences et divergences de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé. Le contexte d'émergence de ces deux champs d'intervention en santé publique sera examiné, ainsi que leurs fondements, leurs influences mutuelles, et leurs principes d'action. La seconde partie proposera une réflexion critique autour de

deux enjeux, l'un épistémologique, l'autre éthique, liés à la mise en œuvre d'interventions d'éducation pour la santé dans une perspective de santé communautaire. L'enjeu épistémologique examiné portera sur la détermination des contenus éducatifs à transmettre et cherchera à identifier les conditions nécessaires au développement d'interventions éducatives dans cette perspective, illustré par l'exemple de l'éducation pour la santé des personnes âgées. L'enjeu éthique étudié traitera de la question de l'équité dans ces interventions.

Éducation et promotion de la santé : Définitions, évolution, relations

Origines et développement de l'éducation à la santé

Dans les pays occidentaux, l'éducation à la santé émerge vers la fin du XIXe siècle, au sein du courant de santé publique de l'hygiène individuelle (Fournier, 2003; Green, 1999; Pederson et al., 2017). À cette époque, bien que la révolution pasteurienne marque un tournant historique dans la lutte contre les maladies infectieuses, ces dernières demeurent

des problématiques exacerbées par l'industrialisation et l'urbanisation des populations (Green, 1999; Raimondeau & Carmona, 2020). La microbiologie permet de mettre en évidence la transmission hydrique, alimentaire ou vectorielle de certains agents infectieux, légitimant les mesures d'hygiène publique et d'assainissement des villes, que le sanitary movement défendait déjà (Fournier, 2003; Gaumer, 1995; Raimondeau & Carmona, 2020). Parallèlement, sous l'influence croissante de la sociologie, des enquêtes sociales établissent des liens explicatifs entre certains problèmes de santé prévalents dans la population et les habitudes de vie ou comportements des individus (Gaumer, 1995). Dans ce contexte, l'éducation sanitaire émerge en santé publique, comme une approche parallèle et distincte de l'approche environnementale (Green, 1999). Elle postule qu'il est possible de prévenir l'émergence et de freiner la propagation des maladies en informant les individus pour qu'ils appliquent les comportements sains en matière d'hygiène personnelle (Fournier, 2003 ; Green, 1999 ; Pederson et al., 2017).

À partir de la seconde moitié du XXe siècle, dans les pays occidentaux, la transition épidémiologique marque le déclin des maladies infectieuses au profit des pathologies non transmissibles (Pederson et al., 2017 ; Raimondeau et Carmona, 2020). La recherche fournit des preuves substantielles du rôle des comportements individuels et des habitudes de vie dans l'apparition de ces maladies de civilisation, renforçant ainsi la crédibilité et la légitimité de l'éducation à la santé. À cette période, les découvertes et progrès considérables apportés par la médecine confèrent au savoir médical une suprématie sur toutes les questions relatives à la santé publique (Raimondeau & Carmona, 2020). Dans cette approche biomédicale, les facteurs de risque individuels et les choix personnels d'habitudes de vie sont pointés comme des déterminants majeurs de la santé. Les interventions d'éducation à la santé, essentiellement communicationnelles, reposent alors sur la transmission d'informations médicales. L'objectif est d'encourager la conformité ou la compliance des individus aux normes comportementales attendues, selon un schéma prescriptif, calqué sur la pratique clinique (Bellamy, 2004; Green, 1999; Koelen & Van den Ban, 2023; Nutbeam, 2019; Pederson et al., 2017).

Émergence de la promotion de la santé

Cette approche traditionnelle de l'éducation à la santé est remise en cause durant les années 1970 et 1980. Le rapport Lalonde (1974) lui jette un premier discrédit, en montrant que la santé ne se limite pas aux facteurs biologiques et individuels, mais est également largement influencée par

les contextes sociaux et environnementaux dans lesquels vivent les individus. La santé est ainsi le produit de multiples déterminants sur lesquels les individus n'ont que peu d'emprise (Fournier, 2003 ; Lalonde, 1974). La nécessité d'une approche holistique de la santé est mise en évidence, invitant des solutions dépassant le seul cadre des services de santé (Koelen et Van den Ban, 2023 ; Pederson et al., 2017). Ainsi, en 1986, la charte d'Ottawa définit cinq stratégies pour intervenir en promotion de la santé : l'élaboration d'une politique publique saine ; la création de milieux favorables ; le renforcement de l'action communautaire ; l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé (Organisation mondiale de la Santé (OMS), 1986).

Retour à une conception environnementale de la santé publique pour certains, émergence d'un nouveau courant pour d'autres (Fournier, 2003 ; Green, 1999), il est unanimement admis que le rapport Lalonde, puis le courant de la promotion de la santé, ont généré un « changement de paradigme » (Nutbeam, 2019, p. 706), invitant la santé publique à s'émanciper de la tutelle médicale et à réhabiliter des approches écologiques et politiques dépassant le niveau individuel (Koelen et Van den Ban, 2023 ; Nutbeam, 2019). De plus, en affirmant la santé comme « une ressource », la charte d'Ottawa prend explicitement ses distances avec le modèle biomédical et sa conception pathogénique de la santé, en convoquant des approches salutogéniques qui chercheront à favoriser ce qui crée la santé, plutôt qu'à combattre ce qui la menace (Antonovsky, 1996; Morgan et al., 2010; Potvin & Jones, 2011; Woodall & Freeman, 2020).

Méthodologie

Éducation à la santé et promotion de la santé : Des liens ambivalents

Des divergences sont facilement identifiables entre l'éducation à la santé précédemment décrite et la promotion de la santé telle qu'elle émerge à cette époque.

Elles s'expriment d'abord à travers des relations très différentes à la discipline médicale, l'éducation à la santé s'étant développée à l'intérieur du cadre de la biomédecine, autour d'une conception pathogénique de la santé, tandis que la promotion de la santé naissante veut s'affranchir d'emblée de cette tutelle (Koelen et Van den Ban, 2023 ; Nutbeam, 2019).

De plus, la nature diversifiée et intersectorielle des principes d'action en promotion de la santé diffère de l'éducation à la santé qui mise principalement sur la communication et la transmission unidirectionnelle d'informations vers les individus, dans l'intention d'influencer leurs comportements.

Les moyens et le champ d'action en promotion de la santé semblent donc bien plus vastes et innovants qu'en éducation à la santé (Koelen et Van den Ban, 2023 ; Potvin et Jones, 2011). Nutbeam (2019, p. 706) évoque d'ailleurs une éducation à la santé ringardisée par une promotion de la santé « cool, nouvelle et excitante ».

Ajoutant à la remise en cause de l'éducation à la santé, au début des années 1980, des études montrent son efficacité limitée sur les comportements relevant des habitudes de vie (Ajzen & Fishbein, 1980; Green et al., 1980). Si les campagnes d'éducation des années 1960-1970 ont réussi à favoriser l'adoption de comportements simples, par exemple le recours à la vaccination, on prend conscience que des comportements « plus complexes », sont difficiles à modifier (Green & Kreuter, 2005, p. 13; Koelen & Van den Ban, 2023). Des études apportent toutefois des preuves de l'efficacité des interventions d'éducation du patient, chez des personnes atteintes de pathologies chroniques (Green et Kreuter, 2005). Mais en amont de la maladie, donner de l'information se révèle insuffisant pour modifier les habitudes de vie (Green & Kreuter, 2005; Rootman & O'Neill, 2017). La promotion de la santé s'impose alors comme une voie prometteuse : puisque les individus, même informés sur les risques, n'adoptent pas les comportements favorables à leur santé, des interventions différentes vont être expérimentées, ciblant l'environnement physique et social, déployées en combinaison avec des mesures de politique publique. Il s'agit de faire en sorte que « le choix le plus sain soit le choix le plus facile » (Milio, 1981).

Ces divergences pourraient laisser penser que, dans une certaine mesure, la promotion de la santé s'est façonnée en réaction aux insuffisances de l'éducation à la santé, en proposant des approches sinon contraires, tout du moins différentes. D'ailleurs, Nutbeam (2019) relève l'absence de « l'éducation à la santé » comme principe d'action dans la charte d'Ottawa. Selon lui, sans qu'on puisse affirmer qu'il s'agisse d'une omission intentionnelle, ce constat semble attester d'une prise de distance de la promotion de la santé vis-à-vis de l'éducation à la santé. Il souligne toutefois l'emploi de certaines expressions indiquant que des approches éducationnelles et informationnelles sont légitimes en promotion de la santé. En effet, la stratégie d'intervention consistant à favoriser l'acquisition d' « aptitudes individuelles » affirme la nécessité d'informer les individus, de leur donner l'opportunité « d'apprendre pendant toute leur vie », et ainsi de développer ou maintenir des compétences pour « exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé », dans une approche d' « éducation pour la santé » (OMS, 1986). On

remarque qu'il ne s'agit plus ici d'éduquer à la santé, mais pour la santé, ce qui semble traduire une mise à distance des méthodes éducatives traditionnelles envisageant la santé comme une science, soit un corpus de connaissances, au profit de méthodes plus variées, se fixant la santé comme finalité.

Ainsi, dès son émergence en 1986, la promotion de la santé semble entretenir une certaine tension vis-à-vis de l'éducation à la santé, oscillant entre son rejet et l'intégration de certains éléments éducationnels dans une stratégie d'action plus large. Cette « relation ambivalente » semble avoir perduré, et tient, selon Van den Broucke (2014, p. 597), à la place controversée, au sein de la promotion de la santé, des approches ciblant les changements de comportements, dans un contexte plus large de débats opposant, encore aujourd'hui, approches individualistes et structurelles (Woodall & Freeman, 2020).

Néanmoins, plusieurs auteurs proposent des définitions de la promotion de la santé intégrant explicitement l'éducation à la santé comme une approche essentielle (Green et al., 1980; Rootman & O'Neill, 2017).

Vers l'éducation pour la santé contemporaine

Malgré les critiques qu'elle suscite, l'éducation pour la santé va continuer à exister, mais sous une forme nouvelle, et en étant davantage considérée comme l'une des approches possibles en promotion de la santé. Contrairement à la période pré-Ottawa, il est désormais impossible d'ignorer que les comportements liés à la santé ne sont pas réductibles à une simple question de choix individuels, et donc que leur étude convoque une pluralité disciplinaire (Lecordier & Pegon, 2012; Rootman & O'Neill, 2017).

Une recherche prolifique va alors tenter de comprendre et de prédire les comportements liés à la santé, afin d'identifier des stratégies pour les modifier (Gauvin & Bélanger-Gravel, 2017; Godin, 2012; Koelen & Van den Ban, 2023). De nombreuses théories et modèles vont ainsi émerger, sous l'influence des sciences humaines et sociales et des sciences de la santé qui, elles aussi, investissent le terrain de l'éducation pour la santé (Lecordier et Pegon, 2012).

Plusieurs définitions contemporaines de l'éducation pour la santé sont proposées. L'OMS (1998, p. 4) la décrit comme « la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie, qui favorisent la santé des individus et des communautés

». Green et Kreuter (2005, p. 506) la définissent comme « toute combinaison planifiée d'expériences d'apprentissage conçues pour prédisposer, permettre et renforcer un comportement volontaire favorable à la santé chez les individus, les groupes ou les communautés ». Plus récemment, Nutbeam et Muscat (2021, p. 1589) proposent cette définition : « L'éducation à la santé est une combinaison d'expériences d'apprentissage conçues pour aider les individus et les communautés à améliorer leur santé en augmentant les connaissances, en influençant la motivation et en améliorant la littératie en santé ».

La convergence de ces différentes propositions est remarquable sur plusieurs éléments essentiels, qui constituent des points d'ancrage de l'éducation pour la santé aux fondements et principes d'action de la promotion de la santé. D'abord, le nécessaire recours à un ensemble d'actions planifiées et combinées est mis en avant, à l'instar des définitions de la promotion de la santé présentées précédemment (Green et Kreuter, 2005 ; Rootman et O'Neill, 2017). L'éducation pour la santé implique donc désormais des interventions programmées, plus complexes que la seule transmission d'informations. Ensuite, comme la promotion de la santé, elle se déploie à divers niveaux : individuel, communautaire, organisationnel, sociétal (Green et Kreuter, 2005 ; Rootman et O'Neill, 2017), bien que certains estiment que l'éducation pour la santé cible le niveau individuel tandis que les niveaux collectifs ou communautaires relèvent de la promotion de la santé (Koelen & Van den Ban, 2023; Sharma, 2021; Whitehead, 2004). Enfin, ces définitions témoignent d'un souci de rejeter toute forme de coercition envers la population. Il s'agit en effet d'agir pour rendre les individus et les communautés compétents pour qu'ils choisissent volontairement de saines habitudes, et non plus de les persuader. Cette approche semble converger vers celle de la promotion de la santé, qui veut donner « aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (OMS, 1986). Cependant, certains chercheurs en santé publique, fortement ancrés dans les approches socio-comportementales opposent éducation et promotion sur ce point, arguant que cette dernière utilise des approches environnementales et légales parfois contraignantes ou impopulaires chez les individus, afin de les contraindre à adopter certains comportements (Sharma, 2021).

Ainsi, les fondements et principes d'action de l'éducation pour la santé ont beaucoup évolué au cours des dernières décennies, façonnés, d'une part, par plusieurs disciplines concourant à la compréhension des changements de comportements liés à la santé, et d'autre part, par la promotion de la santé qui, selon certains, a permis sa « résurrection et [sa] réinvention » (Tones et Green in Rootman et O'Neill, 2017, p. 29).

Selon Nutbeam (2019), c'est surtout l'émergence du concept de littératie en santé qui a réhabilité l'éducation pour la santé. En effet, en 2016, la déclaration de Shanghai (OMS, 2016) reconnaît la littératie en santé comme un important déterminant de la santé, et convoque des interventions éducatives visant à l'augmenter, afin de promouvoir la santé en tenant compte des enjeux mondiaux de globalisation et de communication de masse.

Par conséquent, aujourd'hui, il est communément admis que l'éducation pour la santé constitue « une stratégie d'action à l'intérieur du champ plus vaste de la promotion de la santé » (Nutbeam, 2019 ; Rootman et O'Neill, 2017). C'est cette posture qui sera retenue dans les sections suivantes, qui discuteront de deux enjeux, l'un épistémologique, et l'autre éthique, soulevés par la mise en œuvre d'interventions éducatives en promotion de la santé, dans une perspective de santé communautaire.

Éduquer pour la santé : que transmettre dans une perspective de santé communautaire ?

Un défi épistémologique clé pour l'éducation pour la santé réside dans le choix des contenus à transmettre. Quelles compétences et connaissances sont nécessaires pour favoriser la santé d'une population ? Qui devrait évaluer leur pertinence ? Et quelles particularités doivent être prises en compte lorsqu'on adopte une approche de santé communautaire ?

Accueillir la subjectivité pour élaborer des messages pertinents

Comme mentionné précédemment, grâce à l'intégration de différentes disciplines et à l'influence de la promotion de la santé, l'éducation à la santé a évolué vers des approches moins prescriptives, mais demeurant « persuasives » (Koelen & Van den Ban, 2023, p. 31).

Cette transition a été favorisée par la reconnaissance de la complexité des facteurs qui influencent les comportements liés à la santé. Tout d'abord, il est apparu que la santé n'était pas toujours le principal moteur des choix de mode de vie des individus. En effet, pour Gaston Godin (2012, p. 7) si « un comportement lié à la santé est une action faite par un individu et ayant une influence positive ou négative sur la santé », les motivations sous-jacentes à l'adoption ou à l'abandon de ce comportement peuvent être totalement indépendantes de la santé elle-même. Ainsi, l'éducation pour la santé ne peut résider dans la présentation des bienfaits ou des méfaits d'un comportement sur la santé, selon une vision purement sanitaire, mais doit prendre en considération une multitude de déterminants comportementaux individuels et contextuels, tels que la motivation, le sentiment d'auto-efficacité, les conditions économiques, les influences sociales,

l'environnement de vie et de travail, etc. Une approche « sociale et culturelle des comportements liés à la santé » est alors requise (Godin, 2012, p. 8). En outre, pour Koelen et Van den Ban (2023, p. 32), « l'information ne tombe pas dans des esprits vides ». Il est essentiel de reconnaître que les individus ne sont pas de simples réceptacles d'informations, mais des êtres dotés d'expériences, de connaissances, de valeurs et de représentations propres qui influent sur la manière dont ils assimilent et interprètent les informations qui leur sont présentées.

Cette complexité des facteurs influençant l'adoption de comportements amène à considérer davantage les éléments expérientiels et subjectifs dans les interventions d'éducation pour la santé, et à privilégier l'utilisation de méthodes participatives, qui favoriseront l'intégration de la diversité des perspectives des populations et des communautés concernées. Elle remet également en question le modèle traditionnel d'éducation à la santé reposant sur la transmission unidirectionnelle du savoir par des experts aux profanes (Koelen et Van den Ban, 2023).

On rejoint ici la vision de la santé communautaire défendue par Vonarx et Desgroseilliers (2016), qui accorde une place primordiale à la subjectivité des personnes et des communautés ciblées. Cette proposition invite les interventions à s'affranchir d'une vision pathogénique de la santé, selon laquelle, dans une logique déterministe, les facteurs de risque, parmi lesquels les comportements et habitudes de vie, mènent inévitablement à la maladie (Canguilhem, 2013; Vonarx & Desgroseilliers, 2016). La santé communautaire porte à envisager les déterminants de la santé « sous l'angle de conditions d'existence qui participent (et non pas déterminent ou influencent) à une santé qui n'est pas déterminable parce que relative à une contingence » (Vonarx et Desgroseilliers, 2016, p. 17). Cette contingence est largement liée à la subjectivité des êtres humains, qui ne se conforment pas inexorablement aux trajectoires que leur prédit la science, et qui peuvent, mus par le désir de donner du sens à leur vie, décider de leurs modes de vie en s'affranchissant des normes imposées, même si les actes qui en découlent semblent dénués de rationalité aux yeux des experts / éducateurs pour la santé (Gauvin & Bélanger-Gravel, 2017; Kelly & Barker, 2016; Vonarx & Desgroseilliers, 2016).

La santé communautaire reconnaît également la légitimité du savoir expérientiel du « sujet-connaissant », pour définir et concevoir la santé, à travers une activité normative, dans laquelle il fixe lui-même ses objectifs et critères de santé (Canguilhem, 2013 ; Vonarx et Desgroseilliers, 2016). Par le partage et la mise en commun de leurs perceptions de la santé, des individus vont converger vers une « subjectivité

communautaire », pour faire exister « des « Je » dans un « Nous » », et ainsi, définir collectivement leur santé (Morin, 2008 cité dans Vonarx & Desgroseilliers, 2016, p. 20).

On en déduit que l'éducation pour la santé peut s'inscrire dans une perspective de santé communautaire en adoptant, selon une approche constructiviste, des méthodes participatives, dans lesquelles les connaissances et compétences transmises doivent pouvoir soutenir l'atteinte d'une santé définie selon les « normes subjectives » des communautés ciblées (Vonarx et Desgroseilliers, 2016, p. 18).

Pour Jourdan et al. (2012, p. 169), l'utilisation de méthodes participatives dès « l'analyse des besoins » est essentielle dans toute démarche de santé communautaire. Cette approche rejette toute démarche unilatérale d'objectivation des besoins par l'expert, selon une logique positiviste. Elle privilégie une problématisation orientée par ce que valorisent les communautés concernées dans leur conception de la santé, en portant le regard sur les réalités locales de ces communautés (Jourdan et al., 2012).

Si la santé communautaire n'a pas le monopole des approches participatives, leur mise en œuvre dans ce cadre, pour permettre une définition de la santé et une problématisation subjectives, exige qu'elles poursuivent un objectif de justice épistémique. Elles requièrent donc une implication totale des communautés concernées, dépassant largement un rôle simplement consultatif (Cargo & Mercer, 2008). L'éducation pour la santé, dans cette perspective, visera à transmettre un « savoir démocratisé », à travers des messages aptes à promouvoir une santé qui a du sens pour celles et ceux qui la vivent (Hall & Tandon, 2017, p. 6). Ces questionnements épistémologiques, appliqués à la promotion du vieillissement en santé, permettent de dégager des pistes pertinentes pour la mise en œuvre d'intervention d'éducation pour la santé dans une perspective de santé communautaire.

Vieillesse et éducation pour la santé

Dans le domaine du vieillissement, c'est initialement la conception gériatrique de la santé, pathogénique et fonctionnelle, qui a majoritairement guidé les interventions d'éducation et de promotion de la santé (Barr et al., 2003; Min & Shekelle, 2012).

Une recherche prolifique a mis en évidence une multitude de déterminants comportementaux influençant la santé lors du vieillissement, jouant des rôles de facteurs de risque ou de protection contre les maladies chroniques, dont la prévalence augmente avec l'âge, et contre les syndromes gériatriques associés au déclin fonctionnel (Abud et al., 2022; Peel et al., 2005; Potkanowicz et al., 2009; Prince et al., 2015).

Ces découvertes ont engendré divers modèles du “bien vieillir” ou du “vieillissement réussi” qui ont inspiré les programmes d’éducation pour la santé (P. B. Baltes & Baltes, 1990; Gangbè & Ducharme, 2006; Rowe & Kahn, 1997). Bien que ces modèles présentent des nuances, tous mettent en avant les déterminants comportementaux individuels de la santé des personnes âgées, et sont proposés par des experts cherchant à définir des critères objectifs de mesure du vieillissement en santé, applicables à l’ensemble de la population âgée.

Parmi ces modèles, celui de la fragilité, proposé par la gériatre et épidémiologiste Linda Fried (2001), est devenu dominant. Il décrit un état de vulnérabilité accrue face à différents problèmes de santé, susceptibles de précipiter un déclin fonctionnel. La réversibilité de la fragilité légitime sa détection précoce chez les personnes âgées pour mettre en place des interventions préventives et éducatives ciblées (Fried et al., 2001; Gore et al., 2018; Mudge & Hubbard, 2018).

Dans ce contexte, l’éducation pour la santé vise à promouvoir des comportements protecteurs pour retarder l’apparition des maladies chroniques et des incapacités fonctionnelles (Estebarsari et al., 2014; McGuire et al., 2005; Shirani et al., 2019). On remarque qu’une grande partie des interventions reposent sur l’implication d’un ou plusieurs éducateurs professionnels, souvent des infirmiers, qui dispensent des enseignements aux personnes âgées (Bennett et al., 2005; Estebarsari et al., 2014; Shirani et al., 2019; Tavakkoli Oskuei et al., 2022).

Cependant, certains chercheurs ont remis en question l’approche ciblée de la fragilité, arguant qu’elle limite les interventions à une minorité de personnes âgées (Friedman et al., 2015). D’autres contestent le caractère prescriptif des interventions basées sur ce concept et préconisent plutôt des approches participatives de “co-conception” avec les personnes âgées, intégrant leur perspective, pour une plus grande pertinence et efficacité des programmes d’éducation pour la santé (Frost et al., 2017, p. 12-13; Mudge & Hubbard, 2018). Par conséquent, l’éducation pour la santé visant à soutenir le vieillissement en santé se trouve confrontée à cet enjeu épistémologique de définition de contenus pertinents pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées, et donc pour gagner en efficacité. Il est désormais manifeste que la perspective des personnes âgées doit être prise en compte dès la conception des interventions éducatives, ce qui justifie l’adoption d’une approche de santé communautaire.

D’ailleurs, les attentes et les perceptions de la santé chez les personnes âgées constituent aujourd’hui des objets de recherche. Il est évident que la population des personnes de 65 ans et plus ne peut être considérée comme un seul groupe

homogène. Toutefois, ces études qualitatives s’avèrent utiles pour dégager des tendances, et pour confirmer les limites des approches traditionnelles décrites précédemment. D’abord, l’absence de corrélation entre l’état de santé perçu et la présence, l’absence ou le nombre de maladies chroniques souligne que les approches pathogéniques ne font pas sens pour les personnes âgées, et donc, ne répondent que partiellement à leurs besoins (Song & Kong, 2015; Tkatch et al., 2017). Ces dernières valorisent davantage les dimensions sociales et psychologiques de la santé, que la dimension physique (Tkatch et al., 2017). De plus, les activités de loisirs contribuent significativement à leur bien-être (Nivestam et al., 2023). Enfin, ces études ont fait émerger de nouveaux déterminants de la santé qui ont du sens pour les personnes âgées, tels que la participation sociale, ou encore l’apprentissage continu tout au long de la vie (Abud et al., 2022; Narushima et al., 2018; Nivestam et al., 2023).

Il en découle que l’éducation pour la santé destinée aux personnes âgées, afin d’intégrer ces diverses considérations subjectives, doit englober un éventail d’interventions beaucoup plus large que la simple promotion de comportements jugés sains. Les personnes âgées semblent avoir des attentes en matière de santé qui ne résident pas dans l’acquisition de connaissances visant à prévenir les maladies. En conséquence, l’éducation pour la santé, adoptant une perspective de santé communautaire, s’écartera du paradigme pathogénique et des logiques réductionnistes qui restreignent la santé à certains paramètres cliniques, afin d’embrasser d’autres dimensions traditionnellement négligées par la médecine, notamment la dimension sociale.

Les interventions pourraient également mieux répondre aux besoins des personnes âgées en utilisant des méthodes ludiques, qui rejoignent leur intérêt pour les activités de loisirs, ou encore en leur offrant la possibilité d’acquérir de nouvelles compétences pour favoriser l’apprentissage tout au long de la vie. Il est important de souligner que ce dernier point ouvre la voie à l’utilisation des nouvelles technologies en éducation pour la santé des personnes âgées. Certains auteurs défendent d’ailleurs cette idée, arguant que les personnes âgées apprécient de bénéficier de la double opportunité de développer des compétences numériques tout en acquérant des aptitudes pour améliorer leur santé. Selon eux, de telles interventions, en contradiction avec l’idée répandue affirmant que les personnes âgées sont incapables de maîtriser ou de s’intéresser à ces technologies, doivent résulter d’une approche participative et d’une co-conception impliquant les communautés ciblées (Gkouskos & Burgos, 2017).

L'équité comme impératif pour l'éducation en santé communautaire

L'équité est une valeur phare en promotion de la santé, qui a pour objectif de réduire les inégalités sociales de santé (OMS, 1986, 1998 ; Rootman et O'Neill, 2017). Cette notion d'équité constitue un point de convergence entre la promotion de la santé et la santé communautaire. En effet, selon certains auteurs, cette dernière se distingue de la santé publique notamment par l'attention spécifique qu'elle porte aux populations désavantagées ou vulnérables, plus durement affectées par les inégalités sociales de santé, dans une optique de justice sociale (Jourdan et al., 2012 ; Vonarx et Desgroseilliers, 2016). Ainsi, l'éducation pour la santé, inscrite dans le domaine de la promotion de la santé, et dans une perspective de santé communautaire, devrait proposer des interventions explicitement axées sur l'équité.

Quelle place pour l'équité dans les interventions d'éducation pour la santé ?

Pourtant, il est frappant de constater que les évaluations d'interventions d'éducation pour la santé n'accordent peu, voire aucune importance aux questions d'équité. En effet, leur efficacité est principalement évaluée au moyen de paramètres individuels, tels que le niveau de connaissance, la santé perçue, ou le niveau d'engagement dans les comportements cibles, mesurés avant et après l'exposition à l'intervention éducative (Cusack et al., 2018; Estebarsari et al., 2014; Shirani et al., 2019; Tavakkoli Oskuei et al., 2022). Bien que des données socio-démographiques soient collectées pour décrire la population étudiée, aucune analyse différenciée n'est généralement effectuée pour comparer l'efficacité d'une même intervention sur des sous-groupes présentant des profils socio-économiques ou éducatifs différents.

Potvin et al (2007, p. 369) dénoncent cette négligence de la dimension d'équité dans les évaluations des interventions de promotion de la santé en général, qui se limitent à des critères d'évaluation « d'efficacité ». Ils soulignent que bien que certains auteurs brandissent le terme d'équité dans leurs écrits, ils n'apportent aucune contribution à la réduction des inégalités de santé. Cette lacune dans l'évaluation de l'impact des interventions sur les inégalités de santé tiendrait à la « nature subjective de la notion l'équité », qui la rend difficile à opérationnaliser ou à mesurer (Potvin et al., 2007, p. 371). En outre, plusieurs considérations idéologiques de chercheurs à l'égard de ce concept d'équité seraient aussi en cause. Certains percevraient l'iniquité comme « naturelle », telle une fatalité implacable, et chercher à la réduire relèverait de l'utopie (Potvin et al., 2007, p. 369). D'autres jugeraient éthiquement inacceptable d'élaborer des interventions ciblant uniquement les populations désavantagées, invoquant une «

discrimination positive » (Potvin et al., 2007, p. 371).

Quels impacts sur l'équité ont les interventions d'éducation pour la santé ?

Plus préoccupant, les interventions de promotion ou d'éducation pour la santé pourraient avoir comme conséquence non intentionnelle d'entretenir, voire de majorer des inégalités sociales de santé préexistantes, en offrant plus de bienfaits aux populations préalablement avantagées sur le plan de la santé (Frohlich & Potvin, 2008; Lorenc et al., 2013). Les interventions d'éducation pour la santé menées à l'échelle populationnelle, telles que les campagnes de communication médiatiques, seraient particulièrement concernées (Lorenc et al., 2013). Frohlich et Potvin (2008) ont mis en évidence les causes de ce « paradoxe de l'iniquité », où les interventions de santé publique basées sur l'approche populationnelle (Rose, 1992) ont pour effet non souhaité d'exacerber certaines inégalités de santé. Elles citent l'exemple des campagnes anti-tabac qui, bien que poursuivant l'objectif légitime d'attaquer des normes sociétales préjudiciables pour la santé de la population, profitent davantage aux sous-groupes qui ne vont pas rencontrer d'obstacles pour accéder et utiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre des comportements préconisés. Or ces populations présentent déjà au préalable un meilleur état de santé, en raison de déterminants sociaux favorables. À l'inverse, les populations vulnérables, cumulant plusieurs facteurs de risque au cours de leur vie, bien que recevant les mêmes messages, ne seront pas en mesure de les recevoir et de les utiliser de la même manière, en raison d'obstacles contextuels, notamment d'ordre culturel, social, et économique.

Il pourrait alors sembler logique de préférer des approches ciblant les populations désavantagées, afin de leur offrir préférentiellement des interventions d'éducation pour la santé visant à réduire les inégalités qui les affectent. Toutefois, Massé et Williams-Jones (2012, p. 247) soulignent qu'une approche ciblée, surtout lorsqu'elle est déployée dans le domaine des habitudes de vie et des comportements, soit, le cœur des interventions d'éducation pour la santé, comporte certains risques sur le plan éthique. En effet, cette approche peut majorer l'étiquetage social des populations visées par ces interventions, alors que cet étiquetage est déjà fortement prégnant lorsqu'on se situe dans le champ des habitudes de vie et des comportements (Massé, 2003). Une dimension de jugement moral apparaît ici, à l'égard des populations n'adoptant pas les comportements escomptés, auxquelles on impute la culpabilité de leur santé défaillante. Ce phénomène, consistant à blâmer les personnes expérimentant des problématiques de santé, a été mis en évidence sous l'expression de « Victim-blaming » (Crawford, 1977). Le risque est d'induire une stigmatisation et une discrimination sociale

de certaines populations pourtant déjà désavantagées, ce qui contrevient au principe de justice sociale, donc d'équité (Massé, 2003; Massé & Williams-Jones, 2012).

Développer des interventions d'éducation pour la santé selon l'approche de l'universalisme proportionné pourrait alors constituer une voie alternative, permettant d'agir dans une optique d'équité tout en évitant les écueils des approches ciblées ou populationnelles. Défini par Guichard et Dupéré (2020, p. 127) comme une « démarche mixte (universelle/ciblée) », l'universalisme proportionné propose d'élaborer des interventions de santé publique à destination de l'ensemble de la population, en prévoyant des mesures complémentaires spécifiques pour accroître leurs bienfaits pour les populations vulnérables ou désavantagées. Cependant, cette approche alternative se révèle difficile à mettre en œuvre, avec des questions éthiques et méthodologiques demeurant complexes à résoudre. Par exemple, l'identification des populations devant bénéficier des mesures de proportionnalité est compliquée sans retomber dans les risques d'étiquetage (Francis-Oliviero et al., 2020; Guichard & Dupéré, 2020).

La littératie en santé, une piste de solution ?

Le concept de littératie en santé a contribué, ces dernières années, à revaloriser les approches d'éducation pour la santé, en les dotant d'un meilleur outillage pour appréhender l'équité (Nutbeam, 2019; OMS, 2016). Bien que définie de multiples façons (Sørensen et al., 2012), la littératie en santé est un sous-domaine de la littératie, regroupant « les compétences qui permettent aux individus d'obtenir, de comprendre, d'évaluer et d'utiliser des informations pour prendre des décisions et des mesures qui auront un impact sur leur état de santé » (Nutbeam & Lloyd, 2021, p. 161).

Les populations présentant de faibles niveaux de littératie sont fréquemment affectées par différents déterminants sociaux de la santé défavorables, et sont donc difficiles à rejoindre avec des interventions d'éducation pour la santé, ou susceptibles d'en tirer moins de profit. Toutefois, des interventions éducatives appropriées peuvent augmenter le niveau de littératie d'une population. Ainsi, la littératie en santé apparaît comme un déterminant moins statique que les déterminants sociaux « classiques », tels que le statut économique, ou les caractéristiques sociales, et peut-être moins vecteur de stigmatisation, car moins repérable dans la population.

Par conséquent, proposer des interventions éducatives spécifiques et graduelles aux populations présentant de faibles niveaux de littératie pourrait constituer une modalité

de mise en œuvre de l'universalisme proportionné. En effet, ces populations pourraient ensuite, grâce à une littératie améliorée, davantage tirer profit des interventions éducatives destinées à l'ensemble de la population (Nutbeam & Lloyd, 2021).

Il convient toutefois de veiller à ce que la littératie en santé ne soit pas instrumentalisée pour justifier le recours exclusif à des interventions éducatives, au détriment d'actions socio-environnementales. Bien que probablement plus coûteuses politiquement et financièrement, ces actions complémentaires demeurent indispensables pour agir sur les causes structurelles des inégalités sociales de santé, ce d'autant plus que la littératie en santé est elle-même influencée par des facteurs contextuels et ne saurait être réduite à sa seule dimension individuelle (Nutbeam & Lloyd, 2021). Pour cette raison, selon Nutbeam (2019, p. 708), l'éducation pour la santé centrée sur la notion de littératie, doit demeurer dans le champ plus vaste de la promotion de la santé, afin d'être combinée à des actions qui auront plus d'impact sur l'équité, telles que « le plaidoyer politique » et « la mobilisation sociale ». On rejoint ici la santé communautaire telle que proposée par Vonarx et Desgroseilliers (2016, p. 20), qui doit accueillir et même favoriser l'expression d'une certaine pensée contestataire, née de la « subjectivité communautaire » désireuse de « se faire entendre ».

Conclusion

Aujourd'hui située au cœur du champ, plus vaste, de la promotion de la santé, l'éducation pour la santé a connu des transformations significatives, et demeure une approche pertinente, en combinaison avec d'autres stratégies, pour aider les populations à maintenir ou améliorer leur santé.

La santé communautaire offre des repères épistémologiques et éthiques intéressants pour élaborer des interventions d'éducation pour la santé répondant aux besoins de santé contemporains complexes, et intégrant les contextes et les réalités variés dans lesquels vivent ces populations. Les méthodes participatives constituent une voie prometteuse pour ces interventions, pourvu qu'elles soutiennent le plein engagement et la prise en compte de la subjectivité des communautés auxquelles elles s'adressent. Enfin, la littératie en santé peut guider la mise en œuvre d'interventions proportionnelles aux besoins des différents sous-groupes de la population, pour rejoindre, dans une optique d'équité, les communautés les plus désavantagées.

Références

- Abud, T., Kounidas, G., Martin, K. R., Werth, M., Cooper, K., & Myint, P. K. (2022). Determinants of healthy ageing : A systematic review of contemporary literature. *Aging Clinical and Experimental Research*, 34(6), 1215-1223. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-02049-w>
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Prentice-Hall.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion1. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging : The model of selective optimization with compensation. In M. M. Baltes & P. B. Baltes (Éds.), *Successful Aging : Perspectives from the Behavioral Sciences* (p. 1-34). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). The expanded Chronic Care Model : An integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73-82. <https://doi.org/10.12927/hcq.2003.16763>
- Bellamy, R. (2004). An introduction to patient education : Theory and practice. *Medical Teacher*, 26(4), 359-365. <https://doi.org/10.1080/01421590410001679398>
- Bennett, J. A., Perrin, N. A., Hanson, G., Bennett, D., Gaynor, W., Flaherty-Robb, M., Joseph, C., Butterworth, S., & Potempa, K. (2005). Healthy aging demonstration project : Nurse coaching for behavior change in older adults. *Research in Nursing & Health*, 28(3), 187-197. <https://doi.org/10.1002/nur.20077>
- Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique*. In *Quadrige*. Presses Universitaires de France.
- Cargo, M., & Mercer, S. L. (2008). The Value and Challenges of Participatory Research : Strengthening Its Practice. *Annual Review of Public Health*, 29(1), 325-350. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.091307.083824>
- Crawford, R. (1977). You are dangerous to your health : The ideology and politics of victim blaming. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, 7(4), 663-680.
- Cusack, L., Del Mar, C. B., Chalmers, I., Gibson, E., & Hoffmann, T. C. (2018). Educational interventions to improve people's understanding of key concepts in assessing the effects of health interventions : A systematic review. *Systematic Reviews*, 7(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0719-4>
- Estebsari, F., Taghdisi, M. H., Rahimi Foroushani, A., Eftekhar Ardebili, H., & Shojaeizadeh, D. (2014). An Educational Program Based on the Successful Aging Approach on Health-Promoting Behaviors in the Elderly : A Clinical Trial Study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(4), e16314. <https://doi.org/10.5812/ircmj.16314>
- Fournier, P. (2003). L'art et la science de la santé publique. In P. Gérin, S. Gosselin, C. Cordier, P. Viau, E. Quénel, & E. Dewailly, *Environnement et santé publique : Fondements et pratiques* (p. 39-57). Edisem / Tec & Doc, Acton Vale.
- Francis-Oliviero, F., Cambon, L., Wittwer, J., Marmot, M., & Alla, F. (2020). Theoretical and practical challenges of proportionate universalism : A review. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44(110), 1-11. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.110>
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in Older Adults : Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A*, 56(3), M146-M157. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
- Friedman, S. M., Shah, K., & Hall, W. J. (2015). Failing to Focus on Healthy Aging : A Frailty of Our Discipline? *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(7), 1459-1462. <https://doi.org/10.1111/jgs.13512>
- Frohlich, K. L., & Potvin, L. (2008). Transcending the Known in Public Health Practice. *American Journal of Public Health*, 98(2), 216-221. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.114777>
- Frost, R., Belk, C., Jovicic, A., Ricciardi, F., Kharicha, K., Gardner, B., Iliffe, S., Goodman, C., Manthorpe, J., Drennan, V. M., & Walters, K. (2017). Health promotion interventions for community-dwelling older people with mild or pre-frailty : A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 17(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0547-8>
- Gangbè, M., & Ducharme, F. (2006). Le « bien vieillir » : Concepts et modèles. *médecine/sciences*, 22(3), Article 3. <https://doi.org/10.1051/medsci/2006223297>

Gaumer, B. (1995). Evolution du concept de santé publique dans quelques pays industrialisés du bloc occidental de la fin du XVIII^e siècle aux années 1970. *RUPTURES: REVUE TRANSDISCIPLINAIRE EN SANTE*, 2(1), 37-55. <https://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&dt=6357865>

Gauvin, L., & Bélanger-Gravel, A. (2017). Behavioural Theories and Building Health Promotion Interventions: Persistent Challenges and Emerging Perspectives. In I. Rootman & A. Pederson, *Health Promotion in Canada: New Perspectives on Theory, Practice, Policy, and Research* (p. 67-83). Canadian Scholars.

Gkouskos, D., & Burgos, J. (2017). I'm in ! Towards participatory healthcare of elderly through IOT. *Procedia Computer Science, The 8th International Conference on Emerging Ubiquitous Systems and Pervasive Networks (EUSPN 2017) / The 7th International Conference on Current and Future Trends of Information and Communication Technologies in Healthcare (ICTH-2017) / Affiliated Workshops*, 113, 647-652. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2017.08.325>

Godin, G. (2012). Les comportements dans le domaine de la santé. Presses de l'Université de Montréal. JSTOR.

Gore, P. G., Kingston, A., Johnson, G. R., Kirkwood, T. B. L., & Jagger, C. (2018). New horizons in the compression of functional decline. *Age and Ageing*, 47(6), 764-768. <https://doi.org/10.1093/AGEING/AFY145>

Green, L. W. (1999). Health Education's Contributions to Public Health in the Twentieth Century: A Glimpse Through Health Promotion's Rear-View Mirror. *Annual Review of Public Health*, 20(1), 67-88. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.20.1.67>

Green, L. W., Kreuter, M., Deeds, S. G., & Partridge, K. B. (1980). Health education planning: A diagnostic approach. In *Health education planning: A diagnostic approach* (p. 306-306).

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed). McGraw-Hill.

Guichard, A., & Dupéré, S. (2020). Approches pour lutter contre les inégalités sociales de santé. In E. Breton, F. Jabot, J. Pommier, & W. Sherlaw, *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone* (2nd éd.). Presses de l'EHESP.

Hall, B. L., & Tandon, R. (2017). Decolonization of knowledge, epistemicide, participatory research and higher education. <https://doi.org/10.18546/RFA.01.1.02>

IUHPE. (2023). IUHPE 2024 Homepage. IUHPE 2024. <https://iuhpeconferences24.umed.pl/>

Jourdan, D., O'Neill, M., Dupéré, S., & Stirling, J. (2012). Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? *Santé Publique*, 24(2), 165-178. <https://doi.org/10.3917/spub.122.0165>

Kelly, M. P., & Barker, M. (2016). Why is changing health-related behaviour so difficult? *Public Health*, 136, 109-116. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.03.030>

Koelen, M. A., & Van den Ban, A. W. (2023). *Health education and health promotion* (2nd éd.). Wageningen Academic Publishers.

Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Minister of Supply and Services Canada. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

Lecordier, D., & Pegon, M. (2012). Éducation pour la santé. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 160-162). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0160>

Lorenc, T., Petticrew, M., Welch, V., & Tugwell, P. (2013). What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health*, 67(2), 190-193. <https://doi.org/10.1136/jech-2012-201257>

Massé, R. (2003). *Ethique et santé publique*. Presses de l'Université Laval.

Massé, R., & Williams-Jones, B. (2012). Ethical Dilemmas in Health Promotion Practice. In I. Rootman, S. Dupéré, A. Pederson, & M. O'Neill, *Health Promotion in Canada: Lessons from Practice* (3rd éd.). CSPI.

McGuire, S. L., Klein, D. A., & Couper, D. (2005). Aging Education: A National Imperative. *Educational Gerontology*, 31(6), 443-460. <https://doi.org/10.1080/03601270590928170>

Milio, N. (1981). *Promoting health through public policy*. Davis.

Min, L., & Shekelle, P. (2012). Wanted: A FRAME for staging functional decline in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(11), 2167-2168. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04215.x>

Morgan, A., Davies, M., & Ziglio, E. (2010). *Health Assets in a Global Context. Theory, Methods, Action*. Springer.

- Mudge, A. M., & Hubbard, R. E. (2018). Frailty : Mind the gap. *Age and Ageing*, 47(4), 508-511. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx193>
- Narushima, M., Liu, J., & Diestelkamp, N. (2018). I Learn, Therefore I am : A Phenomenological Analysis of Meanings of Lifelong Learning for Vulnerable Older Adults. *The Gerontologist*, 58(4), 696-705. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx044>
- Nivestam, A., Westergren, A., & Haak, M. (2023). What makes older adults feel good? *Aging Clinical and Experimental Research*, 35(6), 1195-1203. <https://doi.org/10.1007/s40520-023-02387-x>
- Nutbeam, D. (2019). Health education and health promotion revisited. *Health Education Journal*, 78(6), 705-709. <https://doi.org/10.1177/0017896918770215>
- Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*, 42(1), 159-173. <https://nursing.jhu.edu/wp-content/uploads/excellence/community/global-center/documents/research-articles/Understanding%20and%20Responding%20to%20Health%20Literacy%20as%20a%20Social%20Determinant%20of%20Health.pdf>
- Nutbeam, D., & Muscat, D. M. (2021). Health Promotion Glossary 2021. *Health Promotion International*, 36(6), 1578-1598. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa157>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1986). La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Organisation mondiale pour la santé. <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1998). Health promotion glossary (p. 24). <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2016). Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for sustainable Development. Organisation mondiale pour la santé. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-PND-17.5>
- Pederson, A., Rootman, I., Frohlich, K. L., Dupéré, S., & O'Neill, M. (2017). The Continuing Evolution of Health Promotion in Canada. In I. Rootman & A. Pederson, *Health Promotion in Canada : New perspectives on theory, practice, policy and research* (4th éd., p. 3-19). Canadian Scholars.
- Peel, N. M., McClure, R. J., & Bartlett, H. P. (2005). Behavioral determinants of healthy aging. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(3), 298-304. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.12.002>
- Potkanowicz, E. S., Hartman-Stein, P., & Biermann, J. S. (2009). Behavioral determinants of health aging revisited : An update on the good news for the baby boomer generation. *Online Journal of Issues in Nursing*, 14(3), 11.
- Potvin, L., & Jones, C. M. (2011). Twenty-five Years After the Ottawa Charter : The Critical Role of Health Promotion for Public Health. *Canadian Journal of Public Health* 2011 102:4, 102(4), 244-248. <https://doi.org/10.1007/BF03404041>
- Potvin, L., Mantoura, P., & Ridde, V. (2007). Evaluating Equity in Health Promotion. In D. V. McQueen & C. M. Jones (Éds.), *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness* (p. 367-384). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-70974-1_21
- Prince, M. J., Wu, F., Guo, Y., Gutierrez Robledo, L. M., O'Donnell, M., Sullivan, R., & Yusuf, S. (2015). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet*, 385(9967), 549-562. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61347-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61347-7)
- Raimondeau, J., & Carmona, É. (2020). Chapitre 1. Histoires de la santé publique. In *Manuel de santé publique* (p. 23-45). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.raimo.2020.01.0021>
- Rootman, I., & O'Neill, M. (2017). Key concepts in health promotion. In I. Rootman, K. Pederson, K. Frohlich, & S. Dupéré (Éds.), *Health Promotion in Canada : New perspectives on theory, practice, policy and research* (4th éd., p. 20-43). Canadian Scholars.
- Rose, G. A. (1992). *The strategy of preventive medicine*. Oxford University Press.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Santé publique France. (2023). Qui sommes nous ? <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/sante-publique-france-qui-sommes-nous>
- Sharma, M. (2021). *Theoretical foundations of health education and health promotion*. Jones & Bartlett Learning.

Shirani, M., Kheirabadi, G., Sharifirad, G., & Keshvari, M. (2019). The effect of education program on health promotion behavior on successful aging. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24(3), 234-238. https://journals.lww.com/jnmr/fulltext/2019/24030/The_Effect_of_Education_Program_on_Health.12.aspx

Song, M., & Kong, E.-H. (2015). Older adults' definitions of health : A metasynthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1097-1106. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.001>

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health : A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Tavakkoli Oskuei, M., Barzanjeh Atri, S., Davoodi, A., Van Son, C., Asghari-Jafarabadi, M., & Hosseinzadeh, M. (2022). Evaluation of a self-care education program for older adults in Iran using a lifestyle improvement model. *International Journal of Older People Nursing*, 17(1), e12419. <https://doi.org/10.1111/opn.12419>

Tkatch, R., Musich, S., MacLeod, S., Kraemer, S., Hawkins, K., Wicker, E. R., & Armstrong, D. G. (2017). A qualitative study to examine older adults' perceptions of health : Keys to aging successfully. *Geriatric Nursing*, 38(6), 485-490. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.02.009>

Van Den Broucke, S. (2014). Needs, norms and nudges : The place of behaviour change in health promotion. *Health promotion international*, 29(4), 597-600. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau099>

Vonarx, N., & Desgroseilliers, V. (2016). Santé communautaire et santé publique : Des différences profondes. In V. Desgroseilliers, N. Vonarx, A. Guichard, & B. Roy (Éds.), *La santé communautaire en 4 actes. Repères, acteurs, démarche et défis*. Presses de l'Université Laval.

Whitehead, D. (2004). Health promotion and health education : Advancing the concepts. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 311-320. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03095.x>

Woodall, J., & Freeman, C. (2020). Where have we been and where are we going? The state of contemporary health promotion. *Health Education Journal*, 79(6), 621-632. <https://doi.org/10.1177/0017896919899970>

Pour contacter l'auteurice:

*Élodie Montaigne, infirmière et doctorante en santé communautaire
Faculté des sciences infirmières,
Université Laval
VITAM - Centre de recherche en santé durable
2480, chemin de la Canardière, bureau 141
Québec (QC, Canada) G1J 2G1
elodie.montaigne.1@ulaval.ca*