

## PLEINS FEUX SUR

## Les fondements de la promotion de la santé



Publié en août 2023

## Introduction

La promotion de la santé a une longue histoire au Canada et à l'étranger. Aujourd'hui, la promotion de la santé est reconnue comme une fonction essentielle de la santé publique<sup>1</sup>. En Ontario, elle est pratiquée dans les bureaux de santé publique, les centres de santé communautaires et les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones, les équipes Santé familiale, les hôpitaux, les organismes non gouvernementaux et les organismes de bienfaisance à l'échelle des communautés et de la province. Pour les promoteurs de la santé et ceux qui travaillent à leurs côtés, la pratique peut être orientée en s'intéressant aux origines et à l'évolution de la promotion de la santé, en mettant en contexte et en explorant ce que signifie la promotion de la santé dans un monde moderne en évolution. Devant une myriade de défis auxquels nos sociétés et nos systèmes de santé sont confrontés aujourd'hui, la promotion de la santé est un outil de choix pour prévenir les maladies et maintenir les gens en bonne santé, préservant ainsi nos systèmes de santé surchargés<sup>2</sup>.

Dans la présente ressource de la série « Pleins feux sur », le lecteur aura un aperçu des concepts fondamentaux qui font partie intégrante de la promotion de la santé et en apprendra davantage sur l'élaboration, l'efficacité et de la mise en œuvre de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (la Charte). Cette ressource a été développée pour soutenir les praticiens novices en matière de promotion de la santé et pour ceux et celles qui souhaitent revoir ces concepts fondamentaux.

## Méthodologie

La présente ressource fait partie d'un projet plus vaste visant à revoir l'élaboration du matériel et des produits de promotion de la santé de Santé publique Ontario (SPO). À cet égard, plusieurs recherches documentaires ont été menées pour identifier et décrire les éléments suivants : l'évolution et le développement de la promotion de la santé, y compris le développement, les critiques, la mise en œuvre et l'efficacité de la Charte; l'état actuel de la promotion de la santé; les valeurs qui fondent la promotion de la santé; les considérations éthiques en matière de promotion de la santé; et les tendances futures dans le domaine de la promotion de la santé. Les stratégies de recherche ont eu recours à des bases de données d'articles publiés (MEDLINE, CINHAHL, PsycINFO, Embase et Scopus) et de la littérature grise explorées au moyen de stratégies de recherche élaborées par les services de bibliothèque de SPO; et une recherche manuelle des trois dernières années dans quatre revues de promotion de la santé (Health Promotion International, American Journal of Health Promotion, Health Promotion Practice, Global Health Promotion) et la Revue canadienne de santé publique. Les stratégies de recherche sont accessibles sur demande auprès de SPO. Les résultats de chaque recherche ont été rassemblés et analysés pour retenir le contenu pertinent dans l'élaboration de la présente ressource de la série « Pleins feux sur ».

Les articles identifiés ont été sélectionnés par les deux auteurs en utilisant des critères d'inclusion et d'exclusion spécifiques à la question de recherche pour chaque recherche. Des ressources supplémentaires fournies par des intervenants clés et des consultations auprès du Comité consultatif de la formation sur les fondements de la promotion de la santé de SPO (le Comité) ont complété les stratégies de recherche. L'extraction des données a été réalisée par les deux auteurs en utilisant des catégories d'extraction spécifiques à chaque question de recherche. Les tableaux d'extraction de données ont été vérifiés par l'auteur principal. Les résultats de chaque recherche ont été rassemblés et analysés pour retenir tout contenu pertinent à l'élaboration de la présente ressource de la série « Pleins feux sur ».

Cette ressource particulière s'appuie sur des parties de la recherche menée autour de l'évolution de la promotion de la santé et de la Charte. Cela comprend une analyse des lacunes en ce qui concerne la mise en pratique de la théorie dans la documentation retenue, lacunes décrites comme des « tensions » par le Comité. Ces tensions mettent en évidence les divergences dans la façon dont la promotion de la santé a été initialement conceptualisée et la façon dont elle est mise en œuvre dans la pratique. Pour identifier les tensions, les auteurs ont recherché dans les articles inclus des passages décrivant les origines/l'intention de la Charte et/ou la promotion de la santé, suivis d'un adverbe comme « cependant » ou « malgré », puis d'un exemple de mise en œuvre réelle. Ce modèle de tension a été inclus dans les catégories d'extraction de données pour toutes les recherches effectuées. Lors de la sélection du texte intégral, les deux auteurs ont extrait les passages « tendus » et toutes les données extraites ont été examinées par l'auteur principal. L'auteur principal a ensuite examiné les articles inclus pour s'assurer que tous les passages démontrant des tensions ont été extraits, y compris leur contexte environnant. L'analyse thématique a été effectuée en suivant les six étapes proposées par Braun et Clark (2006) : se familiariser avec les données; générer des codes initiaux; rechercher des thèmes; revoir les thèmes; définir et nommer les thèmes; produire le rapport<sup>3</sup>. Des catégories ont été développées pour décrire les passages « tendus » extraits et les articles originaux ont été revus pour placer les passages en contexte. Les catégories ont été comparées pour s'assurer qu'elles étaient distinctes.

Tout d'abord, voici un résumé descriptif des débuts de la promotion de la santé et de l'élaboration de la Charte, suivi de données démontrant son efficacité et d'exemples de tension entre la théorie et la mise en œuvre.

# Résultats

## L'émergence de la promotion de la santé

Historiquement, l'éducation à la santé était la principale méthode utilisée pour promouvoir la santé<sup>4,5</sup>. Des années 1950 aux années 1970, plusieurs campagnes d'éducation sont mises en place, visant à modifier le comportement des individus en augmentant leurs connaissances et en changeant leur perception du risque lié à certains comportements<sup>5</sup>. Malheureusement, ces campagnes n'ont pas eu l'effet escompté<sup>4,6</sup> : les individus, même mieux informés, n'adoptent pas les changements de comportement attendus<sup>5,7</sup>.

En 1974, Marc Lalonde, alors ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, publie un rapport intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*<sup>8</sup>. Communément appelé le rapport Lalonde, il s'agit alors du premier document produit par le gouvernement d'un grand pays développé qui préconise l'investissement de ressources au-delà des services de santé et des soins de santé pour améliorer la santé de la population et réduire les coûts des soins de santé<sup>5</sup>. Le rapport présente un cadre conceptuel de la santé, la « conception globale de la santé » qui reconnaît quatre facteurs qui déterminent l'état de santé : l'organisation des soins de santé, la biologie humaine, l'environnement et les habitudes de vie. Le rapport a également introduit le terme « promotion de la santé » à titre de stratégie clé pour améliorer la santé<sup>5,8,9</sup>.

Une vague d'activités déferle sur l'Ontario et le Canada à la suite de la publication du rapport Lalonde. Une direction dédiée à la promotion de la santé est créée au sein du ministère de la Santé de l'Ontario en 1975<sup>10</sup>. Au fédéral, la Direction de la promotion de la santé, relevant du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, est créée en 1978<sup>9</sup>. Cette direction se concentre sur le facteur des habitudes de vie dans le cadre de la conception globale de la santé<sup>5</sup>. À l'échelle internationale, plusieurs pays industrialisés occidentaux s'inspirent du rapport Lalonde et produisent leur version, adaptée à leur contexte local, en plus de promouvoir des investissements dans des secteurs autres que les soins de santé afin d'améliorer la santé de la population et de réduire les coûts des soins de santé. Dans les années 1980, de nombreux services de santé municipaux de l'Ontario commencent à élaborer des approches qui mettent l'accent sur les déterminants structurels, le développement communautaire et la défense des droits<sup>9</sup>.

En 1984, le Toronto Board of Health, l'Association canadienne de santé publique (ACSP) et Santé et Bien-être social Canada ont parrainé conjointement une conférence internationale intitulée *Au-delà des soins de santé*. Cette conférence porte Canada au premier rang des chefs de file de la promotion de la santé et retient l'attention de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)<sup>9</sup>.

## La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé

En 1986, la première conférence mondiale sur la promotion de la santé est organisée à Ottawa par l'OMS, l'ACSP et Santé et Bien-être social Canada<sup>11</sup>. Le ministre fédéral de la Santé et du Bien-être, Jake Epp, présente en cette occasion le rapport de suivi de sa perspective en matière de promotion de la santé intitulé *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*<sup>12</sup>. Le document, communément appelé le rapport Epp, met l'accent sur les liens entre la santé et la situation économique et déclare que « la promotion de la santé exige un engagement [à] relever des défis, réduire les inégalités, élargir le champ de la prévention et aider les gens se tirer d'affaire »<sup>12</sup>.

La Charte est rédigée par l'OMS, sur la base de documents d'information préparés pour la conférence, et elle est ratifiée par les participants à la conférence à son dernier jour. La Charte identifie des mesures « visant la santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà »<sup>13</sup>. Elle est perçue comme une consolidation d'un « nouveau mouvement de santé publique »<sup>14,15</sup> qui veut appeler l'attention, surtout centrée sur l'aspect médical de la santé, sur les risques personnels pour la santé et les habitudes de vie adoptées<sup>16</sup>. La Charte fournit des stratégies et des approches fondamentales que les praticiens considèrent comme vitales pour des progrès majeurs en promotion de la santé<sup>14</sup>. Il s'agit d'un cadre pour la pratique de la promotion de la santé qui est encore utilisé à ce jour<sup>16,17</sup>.

La promotion de la santé a continué de se développer grâce aux conférences mondiales de l'OMS sur le sujet<sup>4</sup>, (voir l'[annexe A](#)) ainsi que dans la recherche et la pratique. Diverses déclarations émanant d'organismes tels que l'Association européenne de santé publique<sup>17</sup> ont ajouté au contenu de la Charte. Par conséquent, les descriptions de la Charte dans le présent document peuvent provenir de la Charte originale de 1986 et de ses mises à jour plus récentes. Elle propose la définition de la promotion de la santé suivante :

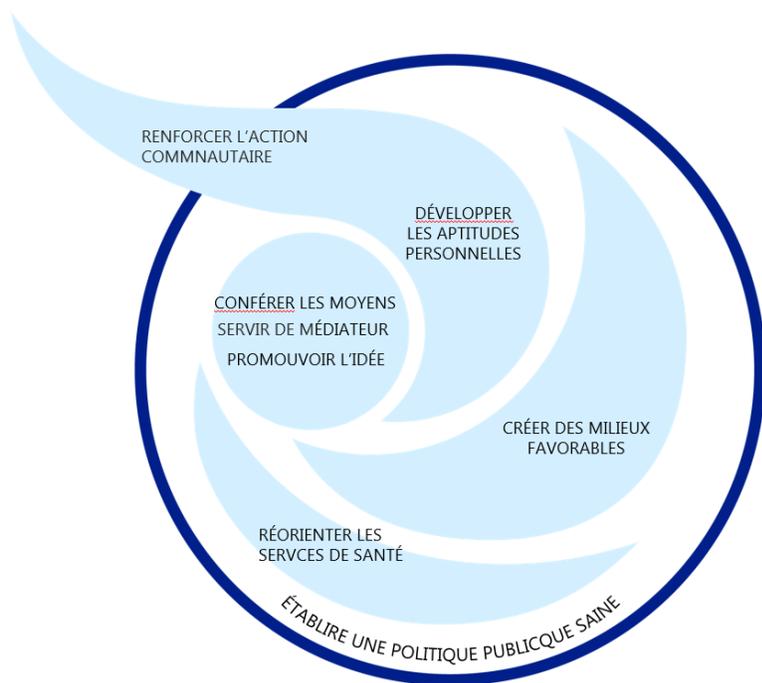
---

« Processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci<sup>13</sup> et ses déterminants.<sup>18</sup> [relevant] d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être<sup>13</sup> ».

---

La Charte reconnaît huit conditions préalables à la santé : la paix, un abri, l'éducation, de la nourriture, un revenu, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité<sup>13</sup>. Ces prérequis, plus récemment qualifiés de déterminants sociaux de la santé<sup>19</sup>, décrivent les conditions qui sont requises pour atteindre un état de santé.

**Figure 1. La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé**



Adapté de : Organisation mondiale de la santé (OMS); Santé et Bien-être social Canada; Association canadienne de santé publique. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : une conférence internationale sur la promotion de la santé [Internet]. Ottawa, Ontario : Organisation mondiale de la santé; 1986 [cité le 1<sup>er</sup> mars 2023]. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf> Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Cette adaptation n'a pas été créée par l'OMS. L'OMS n'est pas responsable du contenu ou de l'exactitude de cette adaptation. L'édition originale est l'édition contraignante et authentique.

La Charte nomme trois fonctions essentielles de promotion de la santé : **promouvoir l'idée** que certaines conditions sont préalables à la santé; assurer l'égalité des chances et des ressources pour **conférer les moyens** pour tout un chacun à réaliser tout son potentiel de santé; et **servir de médiateur** entre des intérêts différents dans la société pour la poursuite de la santé<sup>13</sup>. Pour mettre en œuvre ces fonctions essentielles, cinq domaines d'action étendent les stratégies de promotion de la santé au-delà de l'information et de l'éducation jusqu'aux réponses collectives et multi-stratégiques<sup>20</sup>. Ces domaines d'action sont conçus pour favoriser l'interconnexion<sup>7,21</sup> : ce sont des processus interactifs et interdépendants qui se complètent et se renforcent mutuellement<sup>20</sup>. Cette interdépendance implique que les réponses en matière de promotion de la santé doivent intégrer la plupart, sinon la totalité, des domaines d'action<sup>20,22</sup>.

**Tableau 1. Les cinq domaines d'action de la Charte d'Ottawa**

Domaine d'action	Description	Action
Élaborer une politique publique saine	<p>Une politique publique saine vise à améliorer les circonstances dans lesquelles les gens naissent, grandissent, travaillent et vieillissent<sup>20</sup>. Elle crée des milieux favorables qui permettent aux gens de mener une vie saine en plaçant la santé à l'ordre du jour politique dans tous les secteurs et à tous les niveaux<sup>23</sup>.</p> <p>L'élaboration de politiques publiques saines implique que les gouvernements fassent la promotion, établissent et mettent en œuvre des actions explicites à l'échelle locale, provinciale, territoriale, nationale et internationale<sup>20</sup>.</p>	<p>Les actions comprennent des mesures législatives, réglementaires et fiscales, ainsi que des procédures opérationnelles qui peuvent s'avérer nécessaires à la mise en œuvre de ces actions<sup>20</sup>.</p> <p>Il est possible d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques publiques saines dont la portée atteint spécifiquement ou globalement une variété de secteurs, y compris (mais sans s'y limiter) la santé, le logement, l'éducation, l'emploi, les transports, la fiscalité, la santé des enfants et l'environnement<sup>20</sup>.</p>
Créer des milieux favorables	<p>La création d'environnements favorables implique le développement d'environnements physiques et sociaux qui visent à soutenir la santé et à protéger contre les dangers physiques et les pratiques socialement ou psychologiquement préjudiciables<sup>20</sup>. Ce domaine d'action comprend les impacts des changements climatiques sur la santé humaine<sup>24</sup>.</p> <p>La création d'environnements favorables reconnaît l'interdépendance entre les personnes et leur environnement et reconnaît que les personnes, les communautés et l'environnement doivent être pris en charge et protégés<sup>21</sup>.</p>	<p>Les actions comprennent des changements aux environnements physiques (naturels et bâtis), sociaux, psychosociaux, économiques et culturels et des changements organisationnels dans l'infrastructure, les programmes et les services<sup>20</sup>.</p> <p>Les individus, les groupes communautaires, les organismes et les gouvernements sont en mesure d'agir aux niveaux structurel, social et personnel<sup>20</sup>.</p>

Domaine d'action	Description	Action
Renforcer l'action communautaire	Le renforcement de l'action communautaire est défini comme l'expansion des ressources et des capacités des collectivités à prendre des décisions et à mener des actions collectives pour accroître leur contrôle sur les déterminants de leur propre santé <sup>20</sup> .	Les actions se traduisent par le développement de réseaux et de programmes, le fait de plaider pour des améliorations de services ou de programmes, des changements organisationnels et des changements aux politiques publiques <sup>20</sup> .
Acquérir des aptitudes individuelles	L'acquisition d'aptitudes individuelles habilite les personnes à comprendre l'information sur la santé et à l'utiliser de manière critique, puis à développer des compétences pour améliorer leur santé <sup>20</sup> . Cela va au-delà de la fourniture d'information; il s'agit de développer un ensemble d'aptitudes individuelles habilitantes qui permettent aux collectivités de s'engager dans une gamme d'actions <sup>24</sup> .	Dans ce domaine, les actions comprennent la promotion de la littératie en santé <sup>17</sup> , des occasions de participer et d'interagir avec l'information sur la santé et d'en discuter de manière critique <sup>20</sup> et des occasions de développer et de mettre en pratique des compétences <sup>20</sup> .
Réorienter les services de santé	La réorientation des services de santé est définie comme le développement de la capacité des systèmes et des programmes de santé à améliorer la santé de la population, à favoriser une plus grande équité en matière de santé et à permettre à toutes les personnes, qu'elles soient malades ou bien portantes, de progresser vers la santé tout le long du continuum santé-maladie. Les actions seront réalisées aux niveaux structurel, organisationnel et au sein des services <sup>20</sup> .	Elles comprennent l'augmentation de l'infrastructure et des ressources dédiées aux programmes de promotion de la santé, l'élargissement de la portée de la promotion de la santé aux nouveaux problèmes et stratégies, l'ajout de composantes de promotion de la santé et d'intervention précoce aux services cliniques et l'adaptation des services cliniques <sup>20</sup> .

La Charte a également introduit le concept de l'approche par contexte<sup>25</sup> selon lequel les solutions en matière de promotion de la santé sont mises en œuvre dans des milieux donnés tels que les villes, les îles, les municipalités, les communautés locales, les marchés, les écoles, les lieux de travail et les établissements de soins de santé<sup>26</sup>. L'approche par contexte est fondée sur la reconnaissance que les individus façonnent leur santé dans un contexte de vie quotidienne. Les principes clés sous-jacents à un milieu sain comprennent la participation communautaire, le partenariat, l'autonomisation et l'équité<sup>25</sup>. Les initiatives telles que les écoles de promotion de la santé<sup>27</sup>, les villes en santé<sup>28</sup> et les hôpitaux promoteurs de santé<sup>29</sup> sont des exemples de réponses en matière de promotion de la santé basées sur le contexte.

## La Charte en contexte

La Charte ne fait pas que l'objet d'éloges. La participation à la première Conférence mondiale sur la promotion de la santé est sur invitation seulement. Elle se concentre exclusivement sur les besoins des 38 pays industrialisés riches invités<sup>4,9,24</sup>. Par exemple, le concept de « politique publique saine » est issu d'une analyse de l'impact des politiques publiques nationales dans les pays industrialisés riches et démocratiques dotés de systèmes de protection sociale<sup>24</sup>. La Conférence ne démontre pas nettement si le concept de politique publique saine est transférable à des pays de situations différentes<sup>30</sup>. Les peuples autochtones et les pays en développement ont été exclus à la fois de la conférence et des sources documentaires utilisées en préparation à la conférence et qui ont orientées l'élaboration de la Charte en soi<sup>9</sup>. Pour ces raisons, la Charte est considérée comme un document eurocentrique et colonial<sup>31</sup>.

### EFFICACITÉ DE LA CHARTE D'OTTAWA

Peu de revues systématiques sur l'efficacité de la Charte ont été repérées à l'aide de notre stratégie de recherche : deux ont été menées au milieu des années 2000 en préparation de la Conférence mondiale de 2005 à Bangkok. Une revue systématique par Wise et Nutbeam<sup>4</sup> évalue les données probantes relatives à la réorientation des services de santé. Une revue de Jackson et coll.<sup>32</sup> examine les quatre autres domaines d'action. Wise et Nutbeam ont trouvé peu de données démontrant que la réorientation des services de santé a été réalisée systématiquement, donc, les données relatives à l'efficacité sont insuffisantes<sup>4</sup>. Semblablement, dans leur revue, Jackson et coll. ne peuvent déterminer l'efficacité du renforcement de l'action communautaire<sup>32</sup>. Les auteurs des deux articles ont commenté la difficulté d'examiner les domaines d'action isolément les uns des autres, étant donné qu'ils ont été conçus pour s'interconnecter<sup>20,32</sup>. Même en l'absence de données concernant deux des domaines d'action, la promotion de la santé s'est avérée efficace pour prévenir et traiter une grande variété de maladies chroniques et leurs facteurs de risque associés, ainsi que pour aborder les déterminants sociaux de la santé. Les interventions utilisant une combinaison de stratégies et d'actions de promotion de la santé se sont révélées les plus efficaces et les plus fructueuses. Les auteurs présentent six leçons clés tirées des conclusions communes des études incluses dans leur revue systématique :

1. L'investissement dans l'élaboration de politiques publiques saines est une stratégie clé;
2. Les environnements favorables doivent être créés à l'échelle individuelle, sociale et structurelle;
3. L'efficacité du renforcement de l'action communautaire n'est pas évidente et davantage de recherches et de données sont nécessaires;
4. Le développement des aptitudes individuelles doit être combiné avec d'autres stratégies pour être efficace;
5. Les interventions employant plusieurs stratégies et actions à plusieurs niveaux sont les plus efficaces.
6. Certaines actions sont au cœur de l'efficacité des promotions de la santé. Celles-ci comprennent : l'action intersectorielle et les partenariats interorganisationnels à toutes les échelles; l'engagement communautaire et la participation à la planification et à la prise de décisions; la création d'environnements sains (en particulier dans les écoles, les communautés, les lieux de travail et les municipalités); l'engagement politique; le financement et l'infrastructure; et la sensibilisation au contexte socioenvironnemental<sup>32</sup>.

## ÉCART ENTRE LA THÉORIE ET LA MISE EN ŒUVRE

La promotion de la santé a influencé de nombreux aspects de la pratique de la santé<sup>17</sup>. Cependant, à bien des égards, elle n'a pas été pleinement mise en œuvre comme le prévoyait la Charte<sup>20,19</sup>. Il y a souvent des écarts entre la théorie et la mise en œuvre : en d'autres termes, il y a un écart entre la façon dont la promotion de la santé est décrite et ce que la documentation révèle sur l'efficacité, et la façon dont la promotion de la santé est mise en œuvre dans la pratique. Le Comité décrit ce phénomène comme une tension entre la théorie et la pratique<sup>33</sup>. La documentation décrit plusieurs de ces écarts entre la théorie et la mise en œuvre. Ils ont été classés et décrits séparément, bien qu'ils soient interdépendants.

- **Behaviorisme en santé** : Ce terme regroupe les actions en matière de promotion de la santé axées sur le changement de comportement individuel, principalement par le biais de l'éducation à la santé, par opposition aux actions ancrées dans un modèle socioécologique de la santé conceptualisé par la promotion de la santé<sup>34</sup>. Un exemple de behaviorisme en matière de santé est la diffusion, sur un site Web ou par le biais d'un cours hebdomadaire, d'information sur les risques ou les avantages pour la santé et des habitudes de vie associées à un comportement différent, en supposant que cela motivera les individus à modifier leur comportement<sup>6</sup>. L'accent mis sur le changement de comportement met la responsabilité sur l'individu qui adopte le comportement<sup>35</sup> et néglige les moteurs sociaux et politiques plus larges des comportements de santé<sup>36</sup>. Par exemple, nous savons que les maladies chroniques et certains comportements liés à la santé (p. ex., fumer des produits du tabac commerciaux) sont plus répandus dans les collectivités défavorisées sur le plan social et économique<sup>6</sup>.
- **Dérive vers les habitudes de vie**<sup>9,17,37-39</sup> : malgré la reconnaissance de la nécessité d'agir sur les déterminants sociaux de la santé en amont, les actions de promotion de la santé ont tendance à « dériver en aval » et à se concentrer largement sur les facteurs liés aux habitudes de vie individuelles<sup>37</sup>. Par exemple, un rapport pourrait identifier que les déterminants sociaux de la santé ont un impact significatif sur la lutte contre le cancer, mais la réponse de promotion de la santé qui en résulte se concentre sur la promotion de changements d'habitudes de vie individuelles<sup>6</sup>. Comme dans le cas du behaviorisme lié à la santé, une critique clé de cette approche axée sur les habitudes de l'individu est qu'elle met l'accent sur la responsabilité de ce dernier à faire des choix plus sains afin d'éviter les problèmes de santé<sup>17</sup>. Cette focalisation ne tient pas compte du fait que les choix sont en grande partie façonnés par des déterminants sociaux, économiques, commerciaux et politiques : par conséquent, les actions de promotion de la santé qui en résultent ne traitent ni ne modifient les conditions sous-jacentes qui entraînent une mauvaise santé<sup>15,32</sup>.
- **Individualisme** : Ce terme décrit l'accent mis sur la responsabilité individuelle, par opposition à la reconnaissance d'un modèle social de santé<sup>40</sup> qui reconnaît les moteurs sociopolitiques qui alimentent les comportements de santé, c'est-à-dire les « causes des causes » ou les déterminants du comportement<sup>41-43</sup>. La Charte d'Ottawa a déplacé les modèles d'éducation à la santé centrés sur l'individu qui dominait le domaine de la santé vers une promotion de la santé socioécologique ancrée dans les déterminants structurels de la santé<sup>38</sup>. La promotion de la santé reconnaît que les habitudes de vie personnelles ne sont pas librement déterminées par des choix individuels et que ces choix sont limités par des structures sociales et culturelles qui conditionnent et limitent les comportements<sup>9</sup>.
- **Priorité aux soins de santé** : Cela décrit comment la priorité est accordée au traitement et à la prévention de la maladie par rapport à la promotion de la santé<sup>39</sup>. Ce « levier par défaut d'amélioration de l'accès aux soins cliniques »<sup>44</sup> provient du modèle biomédical qui considère la santé comme une dichotomie entre la santé et la maladie, plutôt que la définition de la santé comme une « ressource de la vie quotidienne » telle que décrite dans la Charte<sup>30</sup>.

- **Réponse à usage unique** : On entend par cela que plusieurs réponses ou programmes s'attaquent à un seul enjeu à la fois, par rapport aux approches stratégiques à plusieurs niveaux et à l'action collective incorporant plusieurs domaines d'action décrits dans la Charte<sup>20,21</sup>. Comme indiqué précédemment, les domaines d'action de la Charte sont conçus pour s'interconnecter<sup>22</sup> et se renforcent mutuellement<sup>21</sup>. En particulier, le développement des aptitudes individuelles doit être combiné avec d'autres domaines d'action de la Charte pour être efficace. Les actions anti-tabagisme en sont un exemple : les mesures politiques telles que l'interdiction de la publicité, l'apposition d'avertissements sur les paquets de cigarettes et des mesures fiscales ont été adoptées; des environnements favorables ont été créés au moyen d'interdictions de fumer et de zones sans fumée; et des services de sevrage visant à développer des aptitudes individuelles ont été mis à profit<sup>32</sup>.

## Discussion

Le monde a considérablement changé depuis la rédaction de la Charte en 1986 : il y a eu des changements sociaux et économiques substantiels, le commerce s'est mondialisé et plus de personnes vivent dans les villes que jamais auparavant<sup>24</sup>. L'espérance de vie a augmenté, mais il y a une prévalence croissante de maladies chroniques, de blessures et de violence<sup>9</sup>. Internet a émergé et domine désormais en tant que source de connaissances, les technologies mobiles et numériques augmentant l'accès à la fois à l'information et à la désinformation<sup>45,46</sup>. La santé planétaire et l'urgence des changements climatiques sont largement reconnues comme les problèmes les plus critiques auxquels le monde est confronté aujourd'hui<sup>39,47-49</sup>. La main-d'œuvre en promotion de la santé a augmenté en taille, en diversité et en compétences, les programmes de premier cycle et des cycles supérieurs en promotion de la santé se multipliant rapidement<sup>9</sup>.

À ces égards, il est légitime de se demander si un document créé en 1986 doit continuer d'être « le document d'orientation » du domaine de la promotion de la santé. Un examen de la littérature et de la pratique actuelle permet de constater que la Charte est toujours considérée comme ce document directeur. De plus, les conférences mondiales sur la promotion de la santé, leurs déclarations et leurs chartes (voir l'[annexe A](#)) continuent à s'appuyer sur l'héritage de la Charte d'Ottawa, tout en ouvrant la participation aux pays non-membres de l'OCDE et aux peuples autochtones et en leur accordant davantage d'attention. La Charte continue d'être mentionnée dans les documents récemment publiés que nous avons examinés dans le cadre de la présente initiative. Comme indiqué précédemment, la Charte est considérée comme un document eurocentrique et colonial. Ces critiques dépassent souvent la Charte, s'étendant à la promotion de la santé en soi. En raison de l'association faite entre l'OMS, en général, et l'OMS EURO en particulier et la promotion de la santé, celle-ci a été considérée comme un produit des pays à revenu élevé<sup>17</sup>. Depuis la première Conférence mondiale sur la promotion de la santé à Ottawa en 1986, l'OMS s'est efforcée de favoriser l'inclusion de la communauté mondiale. La conférence de 1988 à Adélaïde sur le thème de la politique publique saine a indiqué que celle-ci se traduit notamment par la reconnaissance de la « culture unique des peuples autochtones, de leur droit inhérent à l'autodétermination et de leurs savoirs traditionnels en tant que moyen fondamental à partir duquel créer les conditions pour un accès égal à la santé. »<sup>23</sup>. En 1997, un pays non-membre de l'OCDE, l'Indonésie, a accueilli pour la première fois une conférence mondiale sur la promotion de la santé<sup>26</sup>. L'année suivante, l'Assemblée mondiale de la santé a reconnu la vision de la Charte d'Ottawa et a établi un mandat de promotion de la santé pour l'OMS<sup>17</sup>. La conférence de Bangkok de 2005 a réuni des représentants de toutes les régions et a confirmé la pertinence de la promotion de la santé pour les pays à revenu faible ou intermédiaire<sup>17</sup>. La conférence de 2016, qui s'est tenue à Shanghai, s'est concentrée sur le rôle de la promotion de la santé dans la réalisation des objectifs de développement durable<sup>50</sup>.

La promotion de la santé n'est pas du seul ressort de l'OMS. L'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES) organise des conférences mondiales sur la promotion de la santé tous les trois ans (depuis la naissance de l'organisme d'éducation pour la santé en 1951)<sup>51</sup>. La 23<sup>e</sup> conférence mondiale s'est tenue en Nouvelle-Zélande et a donné lieu à deux déclarations. La *Déclaration des peuples autochtones pour la santé planétaire et le développement durable* (la déclaration de Waiora) a été élaborée par des participants autochtones lors de cette conférence. Elle appelle la communauté de la promotion de la santé à faire de la place et à privilégier les voix autochtones et les savoirs traditionnels dans la promotion de la santé planétaire et du développement durable. La *Déclaration de Rotorua* a été préparée par tous les participants à la conférence. Elle appelle la communauté mondiale à agir pour promouvoir la santé planétaire et le développement durable. La conférence la plus récente, tenue en 2022 à Tiohtià:ke:, maintenant connue sous le nom de Montréal, s'appuie sur les déclarations de Waiora et de Rotorua. Le *Déclaration de Tiohtià:ke:* reconnaît les impacts du colonialisme sur les peuples autochtones et appelle les communautés à privilégier les voix et les connaissances de peuples autochtones. La déclaration prône en outre l'intégration au sein de toutes les politiques les valeurs de bien-être, de santé de la planète et d'équité<sup>52</sup>, en quatre domaines d'action. La recherche manuelle de quatre revues de promotion de la santé et de la revue de l'ACSP a permis de trouver plusieurs articles liés à la promotion de la santé autochtone, à l'anti et au postcolonialisme, à la promotion de la santé des Noirs et à l'antiracisme, ce qui démontre l'importance de ces conversations dans le discours actuel sur la promotion de la santé.

Ainsi, alors que la Charte d'Ottawa elle-même reste inchangée, le domaine de la promotion de la santé a continué de progresser par le biais de la recherche, de la pratique et des conférences mondiales sur la promotion de la santé qui ont suivi, ainsi que le travail des organismes nationaux et internationaux de promotion de la santé tels que l'UIPES. La promotion de la santé ne peut être évaluée comme le seul produit de la Charte d'Ottawa, laquelle doit être considérée et appliquée dans un contexte beaucoup plus large que celui dans lequel elle a été créée.

Deux défis clés relevés lors de l'examen de la littérature pertinente à l'élaboration de cette ressource « Pleins feux sur » sont : le manque de données probantes récentes et de haute qualité concernant l'efficacité de la promotion de la santé et, de manière connexe, les écarts entre la théorie de la promotion de la santé et la manière dont la promotion de la santé est mise en œuvre. Nous avons désigné ces écarts comme des tensions entre la théorie et la pratique. Il est difficile de déterminer l'efficacité d'un cadre et d'une pratique qui ne sont pas mis en œuvre comme attendu. Les actions de promotion de la santé ont toujours tendance à se concentrer sur les facteurs liés aux habitudes de vie, aux approches comportementales et individuelles en matière de santé, malgré la vision de la santé de la Charte dont la portée devait s'étendre au-delà du modèle biomédical, lequel aborde la santé comme l'absence de maladie<sup>17,30</sup>, et le modèle behavioriste, comme le produit de choix et des habitudes des individus<sup>15</sup>. Les raisons derrière ce constat sont complexes et varient au sein des pays et entre eux. Une analyse de 2014 de Baum et Fisher discute de l'intérêt que suscitent les stratégies comportementales de promotion de la santé malgré leur inefficacité connue à améliorer les mesures de santé publique et à réduire les inégalités en matière de santé<sup>6</sup>. Les auteurs suggèrent un certain nombre de raisons expliquant cette dérive vers la promotion de la santé axée sur le comportement : le discours public dominant selon lequel une mauvaise santé est le résultat de mauvais choix, ce qui donne à penser que des changements d'habitudes de vie préviendront une mauvaise santé; des facteurs idéologiques tels que le néolibéralisme ou la conviction que les circonstances économiques des individus sont le résultat de leurs propres choix; la complexité de la mise en œuvre de réglementations (p. ex., réduction du sodium dans les aliments) par rapport à la simplicité de reléguer aux individus la responsabilité de leurs choix<sup>6</sup>.

La vision de la promotion de la santé est socio-écologique<sup>9</sup>. Elle vise à transformer les conditions sociales qui façonnent la santé et la distribution de la santé<sup>17</sup>. Il est reconnu que la création de conditions propices à un accès équitable à la santé implique une attention particulière aux contextes et aux histoires individuelles<sup>23</sup>. La promotion de la santé reconnaît que les choix des gens résultent de leur situation et s'intéresse donc aux structures qui soutiennent ou entravent la santé<sup>15</sup>. La promotion de la santé répond au besoin d'agir sur les

déterminants sociaux de la santé et permet aux communautés d'être au centre de cette action<sup>9</sup>. Cette position trouve un écho dans la pratique moderne de la santé publique en Ontario, grâce aux Normes de santé de l'Ontario qui énoncent clairement des actions fondées sur les déterminants sociaux<sup>53</sup>.

En ce qui concerne la mise en œuvre, Green et Kreuter (2005) décrivent la promotion de la santé comme « toute combinaison planifiée de soutiens éducatifs, politiques, réglementaires et organisationnels pour des actions et des conditions de vie propices à la santé des individus et des communautés »<sup>54</sup>. Cette définition reflète la vaste portée de la promotion de la santé, des approches verticales normalisées à l'échelle nationale aux initiatives locales uniques, en passant par des changements à l'échelle macro ou local pour réorienter les systèmes de santé ou développer les aptitudes individuelles et des initiatives multisectorielles visant à renforcer l'action communautaire<sup>55</sup>.

La promotion de la santé est une entreprise multidisciplinaire et multistratégique qui repose sur la participation de promoteurs de la santé issus de divers milieux professionnels, tels que les soins infirmiers, le travail social, la diététique, la santé familiale et communautaire<sup>43,56</sup>. En Ontario, les promoteurs de la santé travaillent dans divers milieux : les bureaux de santé publique, les centres de santé communautaires et les centres d'accès aux soins de santé pour Autochtones, au sein des équipes Santé familiale, des hôpitaux, d'organisations non gouvernementales, d'organismes de bienfaisance à l'échelle communautaire et provinciale. Bien que les promoteurs de la santé proviennent d'horizons différents avec divers degrés de formation formelle en promotion de la santé, il existe un ensemble spécifique de compétences, de connaissances et d'expertise qui est propre à la promotion de la santé<sup>43</sup>. Le document *Compétences pancanadiennes des promoteurs de la santé* a été élaboré Promotion de la santé Canada en 2015, afin de créer une compréhension commune du rôle de promoteur de la santé et de la meilleure façon de le mettre à profit<sup>57</sup>. Neuf énoncés de compétences décrivent les capacités attendues d'un promoteur de la santé à : appliquer les principes, la théorie et la recherche en matière de promotion de la santé; conduire des évaluations de la situation; planifier et évaluer les mesures de promotion de la santé; élaborer des politiques et des activités de plaidoyer; mobiliser la collectivité et développer ses capacités; développer des partenariats et des collaborations; communiquer l'information relative à la promotion de la santé à des auditoires diversifiés au moyen d'approches et de technologies appropriées; interagir efficacement avec des personnes, des populations et des collectivités diversifiées pour promouvoir la santé et réduire les inégalités en matière de santé; et assurer le leadership et le développement de la capacité de son organisation<sup>57</sup>. Ainsi, comme le décrit un membre du Comité, les promoteurs de santé sont le « couteau suisse » du secteur de la santé, avec une variété de compétences applicables et transférables<sup>58</sup>.

## Limites et points forts

Dans le cadre de l'élaboration de la présente ressource, nous nous sommes appuyés sur plusieurs stratégies de recherche menées dans le but d'orienter le développement ou la mise à jour du matériel et des produits de promotion de la santé de SPO. Alors que quatre questions de recherche individuelles ont guidé les recherches documentaires, des questions supplémentaires, telles que la théorie des lacunes de mise en œuvre ou les « tensions » ont été appliquées aux résultats plutôt que d'entreprendre de nouvelles recherches. Par conséquent, nous n'avons probablement pas trouvé tous les documents qui font état de tels écarts et de leur impact sur les pratiques actuelles de promotion de la santé.

Les recherches documentaires ont été menées en anglais. Deux textes français apparaissant dans les résultats de recherche en anglais ont été inclus, mais aucune recherche n'a été effectuée dans une autre langue que l'anglais. De plus, même si le Comité a participé à l'élaboration du cours en ligne sur la promotion de la santé, cette formation n'est pas représentative de l'ensemble du domaine de la promotion de la santé ni de l'ensemble de la province de l'Ontario. Par conséquent, les stratégies utilisées à l'égard de ce produit sont susceptibles de reproduire les mêmes pratiques d'exclusion (relatives aux pays non occidentaux et à l'exclusion des peuples autochtones) qui ont marqué l'élaboration de la Charte.

## Conclusions

La théorie de la promotion de la santé découle d'une projection de ce que pourrait être le monde s'il était fondé sur une compréhension des déterminants de la santé<sup>11</sup>. Quant à la pratique, elle donne lieu à une variété de stratégies et de projets<sup>59</sup> que nous mettons sur pied, mettons en œuvre et soutenons afin d'élaborer des politiques publiques saines, de développer des aptitudes individuelles, de créer des environnements favorables, de renforcer l'action communautaire et de réorienter les services de santé<sup>7</sup>. Ainsi, la promotion de la santé est, comme le décrit Stacy Carter, à la fois « un idéal normatif et une pratique » : une vision à réaliser accompagnée d'une série d'actions concrètes pour accomplir cette vision.

---

« En tant qu'idéal normatif, la promotion de la santé est une vision de l'organisation de la société, un ensemble d'engagements politiques et moraux. Ces engagements comprennent : la santé comme ressource pour vivre plutôt qu'une fin en soi, la santé comme produit des conditions de vie sociales, environnementales et économiques, l'égalitarisme et le travail de concert avec les citoyens. C'est un engagement envers une idée particulière de la société idéale et de la relation entre l'État et ses citoyens<sup>59</sup>. »

---

Une étude récente publiée dans l'American Journal of Public Health a rapporté que le mouvement actuel de la santé publique vers des initiatives axées sur la santé de la population requiert des compétences en matière d'engagement communautaire, de partenariats intersectoriels, de réflexion systémique, d'élaboration de politiques et de capacité à promouvoir l'équité en santé. Ces compétences font partie du « couteau suisse » des compétences que possèdent les promoteurs de la santé, faisant du personnel de promotion de la santé une partie de la solution pour relever les défis actuels du système de santé publique.

Initialement élaborée il y a près de quarante ans, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé demeure un repère dans le domaine de la promotion de la santé. Le contenu présenté ici peut fournir un contexte supplémentaire pour aider les praticiens à adopter la Charte d'une manière actualisée et adaptée. Car, tout comme le monde évolue, la pratique de la promotion de la santé doit évoluer pour rester pertinente, crédible et efficace.

## Références bibliographiques

1. Association canadienne de santé publique (ACSP). Strengthening public health systems in Canada [Internet]. Ottawa, Ontario : ACSP; 2022 [cité le 23 mars 2023]. Disponible à : <https://www.cpha.ca/strengthening-public-health-systems-canada>
2. Leroux, J. Prevention is key to easing health-care system strain. Hamilton Spectator [Internet], 16 mai 2023, [cité le 1<sup>er</sup> mars 2023] ; Opinion. Disponible à : <https://www.thespec.com/opinion/contributors/2023/05/16/prevention-is-key-to-easing-health-care-system-strain.html>
3. Braun, V., Clarke, V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77-101. Disponible à : <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
4. Wise, M., Nutbeam, D. Enabling health systems transformation: what progress has been made in re-orienting health services? Promot Educ. 2007;14(2 Suppl):23-7. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/10253823070140020801x>
5. Pederson, A., Rootman, I., Frohlich, K. L., Dupéré, S., O'Neil, M., auteurs; Rootman, I., Pederson, A., Frohlich, K.L., Dupéré, S., éditeurs. Health promotion in Canada: new perspectives on theory, practice, policy and research. 4<sup>e</sup> éd. Toronto, Ontario : Canadian Scholars; 2017. Chapitre 1, The continuing evolution of health promotion in Canada; p. 3-19.
6. Baum, F., Fisher, M. Why behavioural health promotion endures despite its failure to reduce health inequities. Social Health Illn. 2014;36(2):213-25. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12112>
7. Fry, D. Language and framing as determinants of the predominance of behavioural health promotion: an Australian view. Health Promot Int. 2019;35(3):624-31. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/heapro/daz039>
8. Lalonde, M. A new perspective on the health of Canadians: a working document [Internet]. Ottawa, Ontario : Ministre des Approvisionnement et Services Canada; 1974 [cité le 1<sup>er</sup> mars 2023]. Disponible à : <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
9. McPhail-Bell, K., Fredericks, B., Brough, M. Beyond the accolades: a postcolonial critique of the foundations of the Ottawa Charter. Glob Health Promot. 2013;20(2):22-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/1757975913490427>
10. Ontario. Ministère des Services au public et aux entreprises, Archives publiques de l'Ontario. Health promotion in the modern era: 1974 and beyond [Internet]. Toronto, Ontario : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2015 [cité le 21 juin 2022]. Disponible à : [http://www.archives.gov.on.ca/en/explore/online/health\\_promotion/modern\\_era.aspx#:~:text=In%201975%2C%20Ontario's%20first%20Health,the%20importance%20of%20healthy%20living](http://www.archives.gov.on.ca/en/explore/online/health_promotion/modern_era.aspx#:~:text=In%201975%2C%20Ontario's%20first%20Health,the%20importance%20of%20healthy%20living)
11. Association canadienne de santé publique (ACSP). Action statement for health promotion in Canada [Internet]. Ottawa, Ontario : ACSP; 1996 [cité le 23 mars 2023]. Disponible à : <https://www.cpha.ca/action-statement-health-promotion-canada>
12. Epp, J. Achieving health for all: a framework for health promotion [Internet]. Ottawa, Ontario : Santé et Bien-être social Canada; 1986 [modifié le 31 mars 2006; cité le 2 février 2023]. Disponible à : <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/achieving-health-framework-health-promotion.html>

13. Organisation mondiale de la santé (OMS). The Ottawa Charter for health promotion: first international conference on health promotion [Internet]. Genève : OMS; 1986 [cité le 18 juillet 2023]. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/charter.pdf>
14. Ruddy, C, Sullivan, S. This is public health: a Canadian history [Internet]. Ottawa, Ontario : ACSP; 2010 [cité le 1<sup>er</sup> février 2023]. Disponible à : [https://cpha.ca/sites/default/files/assets/history/book/history-book-print\\_all\\_e.pdf](https://cpha.ca/sites/default/files/assets/history/book/history-book-print_all_e.pdf)
15. Nutbeam, D., Muscat, D. M. Health promotion glossary 2021. Health Promot Int. 2021;36(6):1578-98. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa157>
16. Nutbeam, D. From health education to digital health literacy – building on the past to shape the future. Glob Health Promot. 2021;28(4):51-5. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/17579759211044079>
17. Potvin, L., Jones, C. M. Twenty-five years after the Ottawa Charter: the critical role of health promotion for public health. Can J Public Health. 2011;102(4):244-8. Disponible à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc6973872/>
18. The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world. Health Promot Int. 2006;21 Suppl 1:10-4. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/heapro/dal046>
19. Labonté, R. Toward a post-Charter health promotion. Health Promot Int. 2011;26 Suppl 2:ii183-6. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/heapro/dar062>
20. Fry, D., Zask, A. Applying the Ottawa Charter to inform health promotion programme design. Health Promot Int. 2017;32(5):901-12. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/heapro/daw022>
21. Wilberg, A., Saboga-Nunes, L., Stock, C. Are we there yet? Use of the Ottawa Charter action areas in the perspective of European health promotion professionals. J Public Health. 2021;29(1):1-7. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s10389-019-01108-x>
22. McQueen, D. V., De Salazar, L. Health promotion, the Ottawa Charter and “developing personal skills”: a compact history of 25 years. Health Promot Int. 2011;26 Suppl 2:ii194-201. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/heapro/dar063>
23. Richmond, C. A. M., Cook, C. Creating conditions for Canadian aboriginal health equity: the promise of healthy public policy. Public Health Rev. 2016;37(1):2. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0016-5>
24. Nutbeam, D. What would the Ottawa Charter look like if it were written today? Crit Public Health. 2008;18(4):435-41. Disponible à : <https://doi.org/10.1080/09581590802551208>
25. Organisation mondiale de la santé (OMS). Health promotion: focus: healthy settings [Internet]. Genève : OMS; c2023 [cité le 1<sup>er</sup> mai 2023]. Disponible à : [https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab\\_3](https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_3)
26. Organisation mondiale de la santé (OMS). The Jakarta Declaration [Internet]. Genève : OMS; 1997 [cité le 1<sup>er</sup> mai 2023]. Disponible à : <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/fourth-conference/jakarta-declaration>

27. Organisation mondiale de la santé (OMS). Health promoting schools [Internet]. Genève : OMS; c2023 [cité le 1<sup>er</sup> mai 2023]. Disponible à : [https://www.who.int/health-topics/health-promoting-schools#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-promoting-schools#tab=tab_1)
28. Organisation mondiale de la santé (OMS). What is a healthy city? [Internet] Genève : OMS; c2023 [cité le 1<sup>er</sup> mai 2023]. Disponible à : <https://www.who.int/europe/groups/who-european-healthy-cities-network/what-is-a-health-city>
29. International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH). About us [Internet]. Hambourg : HPH ; c2020 [cité le 1<sup>er</sup> mai 2023]. Disponible à : <https://www.hphnet.org/about-us/>
30. Eriksson, M., Lindström, B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. Health Promot Int. 2008;23(2):190-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/heapro/dan014>
31. Leitch, S., Corbin, J. H., Boston-Fisher, N., Ayele, C., Delobelle P, Gwanzura Ottemöller, F. et coll. Black Lives Matter in health promotion: moving from unspoken to outspoken. Health Promot Int. 2020;36(4):1160-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa121>
32. Jackson, S. F., Perkins, F., Khandor, E., Cordwell, L., Hamann, S., Buasai, S. Integrated health promotion strategies: a contribution to tackling current and future health challenges. Health Promot Int. 2006;21 Suppl 1:75-83. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/heapro/dal054>
33. Health Promotion Foundations Course Advisory Committee. Notes de réunion, 17 janvier 2020.
34. Amaia, B., Santiago, E., Unai, M., Jon, Z. Learning lessons from past mistakes: how can Health in All Policies fulfil its promises? J Epidemiol Commun Health. 2010;64(6): 504. Disponible à : <https://doi.org/10.1136/jech.2010.110437>
35. Castleden, H., Darrach, M., Lin, J. Public health moves to innocence and evasion? Graduate training programs' engagement in truth and reconciliation for Indigenous health. Can J Public Health. 2022;113(2):211-21. Disponible à : <https://doi.org/10.17269/s41997-021-00576-7>
36. Heard, E., Fitzgerald, L., Wigginton, B., Mutch, A. Applying intersectionality theory in health promotion research and practice. Health Promot Int. 2019;35(4):866-76. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/heapro/daz080>
37. Popay, J., Whitehead, M., Hunter, D. J. Injustice is killing people on a large scale—but what is to be done about it? J Public Health. 2010;32(2):148-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdq029>
38. Porter, C. Ottawa to Bangkok: changing health promotion discourse. Health Promot Int. 2007;22(1):72-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/heapro/dal037>
39. Barry, M. M. Transformative health promotion: what is needed to advance progress? Glob Health Promot. 2021;28(4):8-16. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/17579759211013766>
40. Corbin, J. H., Abdelaziz, F. B., Sørensen, K., Kökény, M., Krech, R. Wellbeing as a policy framework for health promotion and sustainable development. Health Promot Int. 2021;36 Suppl 1:i64-i9. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/heapro/daab066>
41. Von Heimburg, D., Cluley, V. Advancing complexity-informed health promotion: a scoping review to link health promotion and co-creation. Health Promot Int. 2020;36(2):581-600. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa063>

42. Popay, J., Whitehead, M., Ponsford, R., Egan, M., Mead, R. Power, control, communities and health inequalities I: theories, concepts and analytical frameworks. *Health Promot Int.* 2020;36(5):1253-63. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa133>
43. Van den Broucke, S.. Strengthening health promotion practice: capacity development for a transdisciplinary field. *Glob Health Promot.* 2021;28(4):36-45. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/17579759211061751>
44. Collins, P. A., Hayes, M. V. Twenty years since Ottawa and Epp: researchers' reflections on challenges, gains and future prospects for reducing health inequities in Canada. *Health Promot Int.* 2007;22(4):337-45. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/heapro/dam031>
45. Nutbeam, D., Corbin, J. H., Lin, V. The continuing evolution of health promotion. *Health Promot Int.* 2021;36 Suppl 1:i1-i3. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/heapro/daab150>
46. Koh, A., Swanepoel, D. W., Ling, A., Ho, B. L., Tan, S. Y., Lim, J. Digital health promotion: promise and peril. *Health Promot Int.* 2021;36 Suppl 1:i70-i80. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/heapro/daab134>
47. Baum, F. How can health promotion contribute to pulling humans back from the brink of disaster? *Glob Health Promot.* 2021;28(4):64-72. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/17579759211044074>
48. Jones, R. Climate change and Indigenous health promotion. *Glob Health Promot.* 2019;26 Suppl 3:73-81. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/1757975919829713>
49. Hancock, T., IUHPE's Global Working Group on Waiora Planetary Health. Towards healthy One Planet cities and communities: planetary health promotion at the local level. *Health Promot Int.* 2021;36 Suppl 1:i53-i63. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/heapro/daab120>
50. Organisation mondiale de la santé (OMS). Promoting health in the social development goals. Report on the 9th Global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016: all for health, health for all [Internet]. Genève : OMS; 2017 [cité le 11 juillet 2023]. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1090104/retrieve>
51. Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES). IUHPE world conference list [Internet]. Saint-Maurice : IUHPE; [cité le 30 juin 2023]. Disponible à : <https://www.iuhpe.org/index.php/en/iuhpe-world-conferences-on-health-promotion>
52. Tiohtià:ke Statement: catalysing policies for health, well-being and equity. *Glob Health Promot.* 2022;29(4):3-7. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/17579759221134772>
53. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ontario public health standards: requirements for programs, services and accountability [Internet]. Toronto, Ontario : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021 [cité le 6 juillet 2022]. Disponible à : [https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph\\_standards/docs/protocols\\_guidelines/Ontario\\_Public\\_Health\\_Standards\\_2021.pdf](https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/protocols_guidelines/Ontario_Public_Health_Standards_2021.pdf)
54. Green, L., Kreuter, M. Health program planning: an educational and ecological approach. 4<sup>e</sup> éd. New York, New York : McGraw Hill; 2005.

55. Carter, S. M., Rychetnik L, Lloyd, B., Kerridge, I. H., Baur, L., Bauman, A., et coll. Evidence, ethics, and values: a framework for health promotion. *Am J Public Health*. 2011; 101(3):456-72. Disponible à : <https://doi.org/10.2105/ajph.2010.195545>
56. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Social determinants of health and health inequalities [Internet]. Ottawa, Ontario : Gouvernement du Canada; 2021 [cité le 10 juillet 2023]. Disponible à : <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/what-determines-health.html>
57. Promotion de la santé Canada. Pan-Canadian health promoter competencies: skills to improve health, health equity and determinants of health [Internet]. Ottawa, Ontario : Promotion de la santé Canada; c2018 [cité le 1<sup>er</sup> mars 2023]. Disponible à : <https://www.healthpromotioncanada.ca/resources/hp-competencies/>
58. Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology; Keon, W. J., Pépin, L. Population health policy: issues and options: fourth report of the Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology [Internet]. Ottawa, Ontario : Gouvernement du Canada; 2008 [cité le 16 décembre 2021]. Disponible à : <https://sencanada.ca/content/sen/Committee/392/soci/rep/rep10apr08-e.pdf>
59. Carter, S. M. Health promotion: an ethical analysis. *Health Promot J Austr*. 2014;25(1):19-24. Disponible à : <https://doi.org/10.1071/he13074>

## Annexe A Conférences mondiales sur la promotion de la santé

Conférence mondiale sur la promotion de la santé	Titre de la conférence	Lieu et année	Thème de la conférence	Document résultant
Première	Vers une nouvelle santé publique	Ottawa, 1986	Atteindre la santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà	<a href="#">Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé</a>
Deuxième	Healthy Public Policy	Adélaïde, 1988	Élaboration et mise en œuvre de politiques publiques saines	<a href="#">Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy</a>
Troisième	Supportive Environments for Health	Suède, 1991	Faire en sorte que l'environnement - qu'il soit physique, social, économique et politique - favorise la santé plutôt que lui nuise.	<a href="#">Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health</a>
Quatrième	New Players for a New Era - Leading Health Promotion into the 21 <sup>st</sup> Century	Djakarta, 1997	Identifier les orientations et les stratégies à adopter pour relever les défis de la promotion de la santé au 21 <sup>e</sup> siècle	<a href="#">Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century</a>
Cinquième	Health Promotion: Bridging the Equity Gap	Mexico, 2000	Combler l'écart en matière d'équité à la fois au sein des pays et entre les pays	<a href="#">Ministerial Statement for the Promotion of Health</a>
Sixième	Policy and Partnership for Action: Addressing the Determinants of Health	Bangkok, 2005	Aborder les déterminants de la santé au moyen de la promotion de la santé dans un monde globalisé	<a href="#">Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World</a>
Septième	<a href="#">Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap</a>	Nairobi, 2009	Examiner le rôle de la promotion de la santé et ses lacunes pour les combler	<a href="#">Nairobi Call to Action</a>

Conférence mondiale sur la promotion de la santé	Titre de la conférence	Lieu et année	Thème de la conférence	Document résultant
Huitième	<a href="#"><u>Health in All Policies</u></a>	Helsinki, 2013	Intégrer la santé dans toutes les politiques	<a href="#"><u>Helsinki Statement on Health in All Policies</u></a>
Neuvième	<a href="#"><u>Promoting health in the Sustainable Development Goals: Health for all and all for health</u></a>	Shanghai, 2016	Souligner les liens essentiels entre la promotion de la santé et les programmes de développement durable pour 2030.	<a href="#"><u>Promoting health in the Sustainable Development Goals</u></a>
Dixième	<a href="#"><u>La promotion de la santé ouvre la voie à la création de « sociétés du bien-être »</u></a>	Genève et virtuelle, 2021	Comment la promotion de la santé peut-elle contribuer à créer des sociétés florissantes et de bien-être	<a href="#"><u>Charte de Genève pour le bien-être</u></a>

## Auteurs

Andrea Bodkin, spécialiste principale de programme en promotion de la santé, Santé publique Ontario

Jenny Bui, assistante de recherche, Services de synthèse des preuves et d'épidémiologie, Santé publique Ontario

## Réviseurs

Amanda Mongeon, gestionnaire de la santé communautaire et scolaire, bureau de santé de Timiskaming

Brenda Lee, gestionnaire des services de synthèse des données et d'épidémiologie, Santé publique Ontario

Sarah Casey, coordonnatrice du marketing, Santé de l'enfant et de la famille, Municipalité régionale de York

Dan Harrington, directeur, Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes, Santé publique Ontario

## Citation

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Pleins feux sur les fondements de la promotion de la santé. Toronto, Ontario : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023.

ISBN 978-1-4868-7280-0

## Avis de non-responsabilité

Ce document a été élaboré par Santé publique Ontario (SPO). SPO fournit des conseils scientifiques et techniques au gouvernement de l'Ontario, aux organismes de santé publique et aux prestataires de soins de santé. Le travail de SPO est guidé par les meilleures données probantes disponibles au moment de la publication. L'application et l'utilisation de ce document sont de la responsabilité de l'utilisateur. SPO n'assume aucune responsabilité envers tout dommage ou préjudice découlant d'une telle application ou utilisation. Ce document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, et sous réserve d'une mention de la source, soit SPO. Aucun changement ou modification ne peut être apporté à ce document sans l'autorisation écrite expresse de SPO.

## Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario voué à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des inégalités en matière de santé. Santé publique Ontario met les renseignements et les connaissances scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de première ligne du secteur de la santé et des chercheurs.

Pour obtenir plus de renseignements au sujet de SPO, veuillez consulter [santepubliqueontario.ca](https://santepubliqueontario.ca).

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023