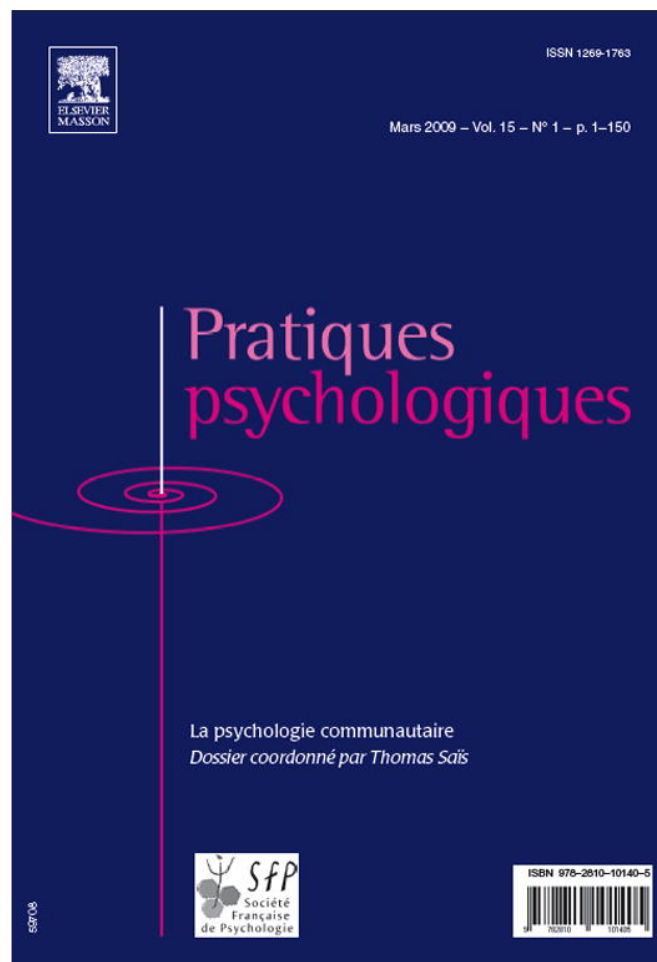




This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



Pratiques psychologiques 15 (2009) 65–76

Pratiques
psychologiques

www.em-consulte.com

Dossier

De la prévention à la promotion de la santé : intérêt de l'approche communautaire

From prevention to health promotion: A community-based approach

R. Shankand^{a,*}, T. Saïas^b, D. Friboulet^c

^a *Laboratoire interuniversitaire de psychologie, université Pierre-Mendès-France Grenoble-2,
1251, avenue Centrale, BP 47, 38040 Grenoble cedex 9, France*

^b *Laboratoire de recherche de l'EPS Maison-Blanche, Association française de psychologie communautaire,
Association européenne de psychologie communautaire, école de psychologues praticiens, Paris, France*

^c *Laboratoire de recherche de l'EPS, Maison-Blanche, Paris, France*

Reçu le 1^{er} décembre 2007 ; accepté le 1^{er} juillet 2008

Résumé

Le champ de la prévention et de la promotion de la santé intéresse de plus en plus les psychologues, chercheurs et praticiens, en France. La littérature scientifique actuelle prône la mise en œuvre d'actions ciblées, orientées vers un public exprimant des besoins spécifiques. L'approche communautaire offre un cadre de référence qui correspond à la souplesse nécessaire à l'efficacité de ce type d'interventions. Elle comprend la mobilisation et la participation active des citoyens à l'élaboration d'un projet, toujours unique, à son renouvellement en fonction des nécessités, à la recherche de solutions possibles et à l'évaluation des actions réalisées. Cet article a pour objet de présenter l'intérêt de l'approche communautaire dans le cadre de la promotion de la santé, une pratique qui gagnerait à être davantage connue en France, afin de développer des modes d'intervention adaptés à chaque population.

© 2008 Société française de psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Psychological research and practice shows increasing interest for prevention and health promotion in France. Current-scientific literature recommends the implementation of targeted actions, directed towards populations expressing specific needs. The community-based approach offers a framework corresponding to the flexibility, which is necessary to the effectiveness of this type of intervention. It includes the mobilization

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : rebecca.shankland@upmf-grenoble.fr (R. Shankand).

and the participation of the citizens in the development of each unique project, in the renewal of the project according to the needs, in finding possible solutions, and in assessing the actions carried out. This article aims at presenting the importance of a community-based approach in the field of health promotion; a field which would benefit from being better known in France in order to develop intervention programs adapted to each population.

© 2008 Société française de psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Prévention ; Promotion de la santé ; Approche communautaire ; Psychologie communautaire ; *Empowerment*

Keywords: Prevention; Health promotion; Community-based approach; Community psychology; Empowerment

1. Introduction

La psychologie communautaire est une discipline dont l'objectif est la promotion du capital social et humain, en vue de développer des ressources individuelles et communautaires (Kelly et al., 1988 ; Rappaport et Seidman, 2000). Le psychologue communautaire intervient notamment auprès des populations vulnérables, souffrant des inégalités d'accès aux services de santé. La psychologie communautaire reconnaît ainsi l'importance de l'*empowerment* des communautés (Saïas, ce numéro), afin qu'elles puissent développer et utiliser elles-mêmes leurs ressources en santé. Ce mouvement caractérise le passage d'une démarche de santé publique à une démarche de santé communautaire. Les ressources en santé sont donc initiées conjointement par des citoyens et des professionnels, s'inscrivent dans une dynamique pérenne, visent la prévention par la promotion de la santé et permettent ainsi de se démarquer du modèle médical(isant) de la santé. Le modèle de la santé utilisé par les psychologues communautaires est avant tout un modèle positif, reconnaissant l'impact des ressources psychosociales sur la santé et cherchant à promouvoir ces ressources.

Les termes « communauté » et « communautaire » sont parfois mal interprétés en France où l'on aurait tendance à considérer la société comme un ensemble qui se veut homogène et non dissociable (Broussouloux et Houzelle-Marchal, 2004). Ainsi, le phénomène de parcellisation de la société sous forme de groupements ethniques, religieux, sociaux, sexuels ou autre est davantage assimilé à du « communautarisme ». Dans d'autres pays, le terme de « communauté » désignerait plutôt « un groupe d'individus partageant des intérêts, des aspirations ou des systèmes de valeurs communs » (Tessier, 2004, p.341). D'après l'auteur, ce qui la distingue d'une collectivité, c'est l'attachement non forcé des individus les uns aux autres, en raison du partage de valeurs communes et d'organisation d'actions.

L'objectif de cet article est de mettre en avant l'intérêt de l'approche communautaire dans le cadre de la promotion de la santé. Malgré le développement très récent de la psychologie communautaire en France (Saïas et al., 2008a,b) et le peu de programmes de promotion de la santé qui précisent leur appartenance à ce courant (sur les 125 articles référencés dans PsycInfo – en juillet 2008 – sous les termes « psychologie communautaire » et « prévention », aucune étude française n'est rapportée), les acteurs et chercheurs dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé sont conscients de l'importance d'une action orientée et ciblée en fonction de la population concernée (Broussouloux et Houzelle-Marchal, 2004). Nous présenterons, dans un premier temps, les concepts de prévention et de promotion de la santé, puis rappellerons brièvement les étapes du développement de la promotion de la santé en France et des programmes réalisés, et enfin nous élargirons la réflexion sur le rôle du psychologue dans le cadre du développement d'une approche écologique et communautaire en promotion de la santé.

2. Prévention et promotion de la santé mentale

La santé mentale est considérée comme un état de bien-être dans lequel l'individu peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté (OMS, 2001). Selon la conférence ministérielle européenne de l'Organisation mondiale de la santé sur la santé mentale (OMS, 2005), plus d'un quart des individus souffrent ou souffriront de troubles psychiques durant leur vie. En 2002 déjà, les troubles neuropsychiatriques représentaient plus de 20 % de l'ensemble des maladies en Europe et des décès prématurés. La prévention et la promotion de la santé font donc partie des enjeux majeurs pour l'ensemble des professionnels concernés par la santé mentale. Aux États-Unis, les études montrent que les actions de prévention sont plus efficaces et plus économiques à long terme que les stratégies curatives (Schorr, 1988 ; Committee for Economic Development, 1991). Schorr précise que, pour un dollar dépensé, une économie de trois à dix dollars est faite sur le budget consacré aux soins.

L'objectif principal de la prévention des troubles de santé mentale est ainsi d'enrayer les dynamiques qui mènent à l'émergence de processus d'inadaptation et donc de réduire l'apparition de souffrances comme la dépression, l'anxiété, les addictions, etc. (Felner et Lorion, 1985 ; Lorion et al., 1989). Il est essentiel que les actions de prévention s'appuient sur les résultats des recherches, apportant une meilleure compréhension des processus pathologiques et des éléments qui pourraient en être à l'origine : précarité psychosociale, faible estime de soi, environnement pathogène, etc. Les programmes de prévention se fondent donc sur plusieurs éléments :

- la connaissance des facteurs de risque associés au trouble pour pouvoir agir sur ce trouble en amont de son apparition (recherche épidémiologique principalement) ;
- la connaissance des facteurs de protection pour favoriser leur développement (recherche épidémiologique également) ;
- les résultats de recherches évaluatives sur les programmes de prévention ;
- le modèle théorique d'intervention (regroupant résultats de recherche et modèle du changement).

Dans le cadre du modèle de santé publique, la prévention comprend trois formes :

- la prévention universelle qui vise à diminuer l'incidence d'un trouble au sein de la population générale (Cowen, 1983) ;
- la prévention sélective qui vise à éviter l'aggravation et la chronicisation des troubles au sein d'une population donnée ;
- la prévention indiquée qui a pour objet d'optimiser la qualité de vie des personnes atteintes de troubles chroniques, en évitant l'apparition d'autres troubles associés.

La prévention universelle fait référence aux actions qui ciblent une vaste population ; par exemple, tous les élèves d'un même niveau scolaire, l'objectif étant de promouvoir la santé de la population ou, encore, de prévenir ou de retarder l'initiation à la consommation de substances psychoactives. Parmi les mesures souvent associées à la prévention universelle, il convient de mentionner les campagnes de sensibilisation, les programmes d'éducation à la santé en milieu scolaire, les initiatives communautaires et les diverses mesures de contrôle de l'offre et des prix. La prévention sélective vise à atténuer l'influence des risques, tels que les dysfonctionnements

familiaux, le manque de ressources, etc. Il s'agit de s'adresser à une population ayant des besoins précis et pouvant bénéficier de programmes adaptés, basés sur la réduction des facteurs de risque identifiés. Certains jeunes qui consomment régulièrement de l'alcool ou d'autres substances psychoactives risquent de développer une dépendance au produit et éprouvent fréquemment d'autres problèmes de santé et de problèmes sociaux. Ces individus peuvent bénéficier des programmes de prévention indiquée qui sont plus intensifs. La prévention indiquée cherche à réduire les méfaits associés au mode de vie de sujets. D'autres services (intervention, orientation vers divers intervenants) sont souvent nécessaires et peuvent être offerts par les organismes communautaires.

Cette conception de la prévention considère l'évolution du trouble de manière plutôt linéaire, ce qui ne semble pas corroborer les résultats des recherches récentes mettant en valeur que cette évolution est fortement dépendante du contexte. Ainsi, une même stratégie de prévention obtiendra des résultats différents en fonction de l'environnement du sujet (Sameroff et Fiese, 1989 ; Felner et al., 2000 ; Sameroff et al., 1987).

Selon l'Organisation mondiale de la santé (1986), la promotion de la santé est le processus qui permet aux populations d'améliorer leur propre santé en leur donnant les moyens d'un plus grand contrôle sur celle-ci. L'axe principal consiste à encourager les ressources et les compétences individuelles en prenant en compte l'environnement politico-socioéconomique. La promotion de la santé mentale vise à accroître les ressources et les atouts des individus et des collectivités par une approche holistique et écologique de la personne. En d'autres termes, il ne s'agit plus seulement de prendre en compte les questions de vulnérabilité, mais d'aider l'individu à s'appuyer sur les ressources existantes. Pour ce faire, les actions de promotion de la santé peuvent donc recourir à l'association des services publics, de santé, de l'éducation et des services sociaux et communautaires, tels que les associations locales, les clubs, les organismes religieux, etc.

3. Développement de la promotion de la santé en France

Les premières interventions qui ont eu lieu dans les établissements scolaires en France portaient sur la prévention de comportements pouvant entraîner certaines maladies spécifiques, comme le cancer (Broussouloux et Houzelle-Marchal, 2004). Elles se sont largement développées dans les années 1980, une fois le voile levé sur le lien entre tabagisme et cancer du poumon (même si le premier rapport établissant ce lien date de la Seconde Guerre mondiale (voir Falomir Pichastor et Mugny, 2004), et suite à la propagation du VIH en France. Au départ, la démarche de prévention suivait l'hypothèse selon laquelle le déficit d'information était la cause des comportements à risque chez les jeunes. Le rôle de la prévention était donc d'informer (modalités de transmission du VIH, effets du tabac sur la santé, pratiques sexuelles à risques, etc.) pour éviter la prise de risques et pour responsabiliser les citoyens.

Depuis 1986 et la charte de promotion de la santé d'Ottawa, les acteurs de la prévention promulguent une éducation à la santé fondée sur une approche « positive », ayant pour objet de valoriser le « bien-être » plutôt que de faire craindre la maladie.

On voit alors apparaître les termes « éducation pour la santé » et « promotion de la santé », mettant en avant l'importance de rendre les individus acteurs de leur propre santé physique, psychique et sociale. En effet, on peut lire dans le quatrième axe de la charte d'Ottawa que : « la promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement d'aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux individus davantage de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux » (OMS, 1986). Les actions portent ainsi sur le développement de compétences personnelles permettant une meilleure santé, d'un point de vue global. Cette

orientation s'appuie sur la conception de la santé définie par l'Organisation mondiale de la santé comme « un état de complet bien-être physique, social et mental » ([Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la conférence Internationale sur la santé, 1946](#)). L'éducation pour la santé vise donc à augmenter les capacités de chacun pour un mieux être général de la personne. En France, l'application de cette orientation se formalise notamment en s'appuyant la définition de l'éducation à la santé parue au [Bulletin officiel de l'éducation nationale le 3 décembre 1998](#) : « l'éducation à la santé a pour objet d'aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même et vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Ni simple discours sur la santé ni seulement apport d'informations, elle a pour objectif le développement de compétences ». Cette orientation correspond tout à fait aux objectifs de l'approche communautaire de la promotion de la santé. En effet, cette démarche se situe du côté de l'*empowerment* (Saïas, ce numéro). Cette notion désigne la capacité des personnes à mieux comprendre et contrôler les forces personnelles, sociales, économiques et politiques qui déterminent leur qualité de vie dans le but d'agir pour les améliorer ([Fischer et Tarquinio, 2006](#)). L'approche communautaire de la promotion de la santé mentale a déjà fait ses preuves dans d'autres pays, notamment aux États-Unis et au Québec, mais peu de programmes ont été développés en France sous l'appellation de « psychologie communautaire ».

4. Orientation des programmes actuels de prévention des troubles de santé mentale

La prévention des troubles de santé mentale s'intéresse aux trajectoires développementales qui mènent vers un état de bien-être physique, psychologique et social, suivant ainsi la définition de la santé proposée par [l'OMS en 1946](#). Les axes de prévention poursuivis concernent :

- la réduction des facteurs de risque et l'augmentation des facteurs protecteurs ;
- la réduction de la vulnérabilité individuelle et la promotion des compétences psychosociales ;
- la promotion de l'utilisation de stratégies d'adaptation (*coping*) efficaces ([Chabrol et Callahan, 2004](#)) et le développement de ressources facilitant la résilience dans le cas d'événements graves.

Il existe deux types de programmes de prévention : les programmes d'approche « spécifique » et les programmes d'approche « multidimensionnelle ». Les programmes ayant une approche spécifique ciblent une problématique particulière, comme l'abus de substances, le suicide à l'adolescence ou, encore, des thématiques sanitaires plus larges, telles que les infections sexuellement transmissibles, les grossesses adolescentes, etc. Ce type de programme repose sur le paradigme médical qui considère qu'un dysfonctionnement est dû à des causes spécifiques agissant en interaction avec des facteurs individuels de vulnérabilité. Ainsi, dans les applications en prévention, l'information est la principale modalité d'intervention. Sur le terrain, les actions de prévention ciblent spécifiquement les comportements à risques et sont davantage axées sur la réduction des risques que sur la promotion de compétences. Or, comme l'ont montré certaines études, dans les années 1980 à 1990, les interventions de prévention centrées sur un comportement à risque précis, comme les troubles du comportement alimentaire ([Vandereycken et Noordenbos, 1998](#)) ou l'abus d'alcool ([Moskowitz, 1989](#)), sont peu efficaces et pourraient même comporter un risque incitatif ([Grémy et al., 2004](#)). De plus, les résultats de ces études soulignent qu'il n'y a pas nécessairement de corrélation positive entre le degré de connaissance des risques liés à un produit et le comportement d'évitement de ce produit ([Grémy et al., 2004](#)). Les acteurs de terrain et les chercheurs s'intéressent donc à d'autres façons complémentaires de promouvoir la santé,

notamment par le développement des compétences psychosociales (Grémy et al., 2004) et par un travail sur les représentations (Stice et al., 2008).

Errard-Lalande et Halimi (2005) ont, par exemple, proposé une liste de qualités et de compétences que les actions de promotion de la santé devraient tenter de développer : l'estime de soi, le sentiment de compétence, l'affirmation de soi, le respect de soi, de l'autre et des différences. La littérature scientifique met, en effet, en avant la corrélation positive de certaines compétences psychosociales (efficacité personnelle et affirmation de soi, notamment) avec des comportements de santé. Des programmes d'approche multidimensionnelle, non spécifique ont donc été mis en œuvre (Felner et Felner, 1989), recherchant le développement de compétences transversales dont l'effet préventif est plus large que les actions spécifiques (Kellam et Brown, 1982 ; Sameroff et Fiese, 1989 ; Silverman, 1989). Les actions visant le développement de compétences psychosociales, telles que l'affirmation de soi se développent actuellement, s'appuyant sur des résultats positifs observés entre développement de l'affirmation de soi et comportements de santé (bien que la compréhension des phénomènes de prévention implique aussi la prise en compte de bien d'autres facteurs). Cette démarche se rapproche de la notion d'*empowerment*. Par ailleurs, certaines recherches montrent que les interventions d'éducation pour la santé portant sur l'affirmation de soi et l'*empowerment* favorisent une meilleure prise en compte des messages de santé par la suite (Harris et Napper, 2005).

5. Vers une approche écologique de la prévention

Le modèle transactionnel-écologique (Seidman, 1990a ; Felner et al., 1991) cherche à répondre à l'exigence d'une approche pluridimensionnelle telle qu'elle est mentionnée ci-dessus. Ce modèle consiste en une synthèse du modèle de développement transactionnel (Sameroff et Fiese, 1989) et du modèle écologique (Bronfenbrenner, 1979). Le modèle transactionnel-écologique considère que le développement est le résultat des interactions de nature écologique entre un individu et son environnement. Ces interactions sont continues et génèrent les ressources de même que les vulnérabilités individuelles. L'intérêt de ce modèle pour l'élaboration de programmes de prévention est l'association de l'environnement à l'action préventive elle-même, permettant d'assurer un processus réellement écologique, jusque dans son application. Il est, par exemple, reconnu aujourd'hui qu'il est possible de potentialiser les résultats de programmes d'intervention en milieu scolaire, en intervenant auprès des enfants, mais aussi des parents (prévention du suicide, alimentation, etc.). Mais la perspective transactionnelle-écologique fait également partie des ressources des acteurs en prévention dite « sélective », notamment dans les pathologies de l'adolescent et du jeune adulte où l'interaction bidirectionnelle entre l'individu et son environnement de vie peut constituer un remarquable levier thérapeutique si elle est prise en compte. Cela est particulièrement suivi dans le cadre des troubles du comportement alimentaire (Doyen et Cook-Darzens, 2004).

En ce qui concerne les programmes de développement de compétences psychosociales en milieu scolaire (par exemple, le programme Life Skills Training, Spoth et al., 2002), il a été montré que l'efficacité était fortement limitée dans les établissements scolaires où la politique éducative ne permettait pas la mise en œuvre de ces compétences. Ainsi, un tel programme aura une portée plus importante dans les établissements scolaires où l'ensemble de l'équipe pédagogique œuvre pour la promotion des compétences de l'élève et favorisent l'*empowerment* de celui-ci, comme cela peut être le cas dans les écoles à pédagogie dite « nouvelle » (Shankland, 2007).

Ainsi, la question à se poser avant toute mise en œuvre de programmes de prévention est la suivante : est-ce que les comportements observés que les acteurs de prévention souhaitent prévenir ne constituent pas des comportements adaptatifs, dans un contexte donné ? En d'autres termes,

la question du normal et du pathologique est abordée à la lumière du contexte dans lequel le comportement se produit (Canguilhem, 1966). Aussi, il est parfois plus important de respecter l'aménagement symptomatique du sujet dans un contexte donné, que de tenter de l'empêcher d'avoir recours à un comportement jugé déviant. On parlera alors de « sociopathologie », plutôt que de psychopathologie (Felner et al., 2000).

6. L'approche communautaire en promotion de la santé mentale

Prenant acte du manque d'efficacité de nombreuses actions de prévention spécifique (Revenson et Schiaffino, 2000), les psychologues communautaires aux États-Unis se sont attachés à la mise en œuvre de programmes de prévention ciblée auprès des populations à risque et dans le cadre d'une approche écologique fondée sur des stratégies d'*empowerment* (Revenson et al., 2002). Cette perspective comprend le fait que les choix de comportements en matière de santé sont souvent dépendants de l'environnement et de la disponibilité des ressources sociales ou environnementales (Fischer et Tarquinio, 2006). Dans ce contexte, l'*empowerment* désigne la capacité d'un individu à prendre des décisions et à exercer un contrôle sur sa vie personnelle, mettant ainsi l'accent sur la promotion d'une représentation positive de soi.

Historiquement, la contribution de la psychologie à la santé publique a porté essentiellement sur des interventions destinées aux individus, ce qui correspond au paradigme historique de la discipline. Les actions des psychologues étaient ainsi tournées vers la prévention indiquée (Liao et Copper, 1995 ; Kingston et Smith, 1997). Par le biais de l'approche communautaire et en acceptant une nouvelle définition de la santé (Saïas, ce numéro), les actions préventives en santé mentale trouvent donc une légitimité pour s'adresser aux communautés elles-mêmes et opérer la jonction entre psychologie, santé publique et santé communautaire, en passant donc du paradigme de la psychopathologie à celui de la santé mentale, mettant alors davantage l'accent sur la promotion du bien-être que sur la prévention des risques (Stokols, 1992).

L'approche communautaire de la prévention se distingue des interventions médicales ou comportementales sur plusieurs points. Premièrement, ce sont les communautés qui sont ciblées (Seidman, 1990b). Le Stanford Five-City Project (Farquhar, 1991) représente l'un des pionniers en la matière, avec la mise en place d'un programme de réduction des risques cardio-vasculaires aux multiples facettes, à destination de l'ensemble de la population :

- messages de prévention par les médias ;
- actions sur les lieux de travail et dans les établissements scolaires ;
- menées par des professionnels de la santé et des structures communautaires comme les restaurants.

On retrouve aujourd'hui la même structure de projets, portant sur la thématique de la santé mentale en France, avec les actions à destination de la population générale menées par le centre collaborateur de l'OMS (voir Daumerie et al., ce numéro). Ce qui est donc recherché, ce sont des changements concernant la communauté dans son ensemble, changements portant sur les comportements, mais également sur les représentations sociales. Ces actions s'appuient sur les points forts de la communauté et visent à promouvoir l'adoption de modes de vie sains par la mise en place d'environnements de qualité.

Deuxièmement, la psychologie communautaire n'intervient pas sans considérer la signification du changement dans un contexte socioculturel spécifique (modèle écologique). La question de la migration, de la langue sont, par exemple, des facteurs de discrimination importants par rapport

à l'établissement d'un processus de démocratie sanitaire appliquée aux actions de prévention (voir Daumerie et al., ce numéro). Le développement de la promotion de la santé au sein de ces communautés doit donc être facilité, les professionnels pouvant, par exemple, proposer une orientation des services vers les usagers et non l'inverse. Aux États-Unis, par exemple, les actions de sevrage tabagique menées en direction des populations latines dans leur propre langue se sont montrées très efficaces (Munoz et al., 1997).

Troisièmement, les intervenants des actions communautaires doivent faciliter le transfert de compétences, pour assurer une pérennisation des dispositifs mis en place. Pour que l'action soit suivie, il est donc recommandé d'en donner le leadership aux responsables de la communauté. L'action suivra alors le cours de l'évolution des besoins de la communauté et restera proche de la population cible ; il est ainsi pertinent d'associer dès le départ dans le projet de recherche-action les personnes ayant une responsabilité au sein de la communauté. Parmi les projets pilotes, l'exemple du Stanford Five-City Project (Farquhar, 1991) montre que le transfert de compétences, puis de la totalité du projet s'est effectué sur 12 années, rendant progressivement les responsables communautaires maîtres d'œuvre du projet.

Ainsi, les interventions communautaires de prévention peuvent être initiées par des professionnels, en partenariat avec des personnes ressources intracommunautaires ou venir de la communauté elle-même, avec l'appui de professionnels experts, personnes ressource. On constate notamment que la prévention par les pairs se montre efficace au sein de la population des adolescents et jeunes adultes (Baudier et al., 1996). Il s'agit ainsi de former les « aidants naturels », ceux-ci étant le plus à même de recueillir les premiers signes de souffrance en matière de santé mentale, puis de participer à une action de prévention sélective ou indiquée au plus près des besoins de la communauté ou d'orienter leurs pairs vers des relais adaptés. Il est à noter, cependant, que l'expertise de l'Inserm, publiée en 2001 sur l'éducation pour la santé des jeunes, souligne un effet plus bénéfique pour les pairs acteurs de prévention (*empowerment*) comparé aux pairs bénéficiaires de l'action. Il s'agirait donc de favoriser l'accès à la formation de prévention par les pairs aux jeunes ayant eux-mêmes besoin de développer leurs compétences psychosociales et leur sentiment d'efficacité personnelle.

7. La place de l'approche communautaire dans les meilleures pratiques recensées en prévention et promotion de la santé

Les dernières revues de la question concernant l'efficacité des actions de prévention et de promotion de la santé mentale s'accordent autour d'un certain nombre d'éléments fondamentaux à prendre en compte lors de la conception et de la mise en œuvre de programmes (Bond et Carmola Hauf, 2007 ; Durlak, 2003 ; Felner et al., 2000 ; Inserm, 2001 ; Nation et al., 2003). Bien que le nombre de recommandations proposées par les auteurs diffère, la nature des orientations est similaire. Hage et al. (2007) ont réalisé une synthèse de ces orientations en 15 points. L'un de ces principes concerne l'utilisation de pratiques de prévention et de promotion de la santé adaptées à la culture de la communauté concernée et au contexte actuel. Cela serait rendu possible par l'implication de personnes de la communauté au sein de la conception et de la mise en œuvre du programme. Ainsi, Bond et Carmola Hauf (2004) soulignent que l'approche communautaire ne devrait plus être perçue comme un outil efficace, mais devrait être élevée au rang des meilleures pratiques dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé. Le caractère essentiel de la collaboration entre chercheurs, praticiens et membres de la communauté concernée par l'intervention tient au fait que chaque perspective reste incomplète et les programmes qui ne s'appuient pas sur cette collaboration restent moins efficaces. Les cher-

cheurs déplorent, par exemple, l'absence de fondements scientifiques dans la mise en œuvre de programmes de prévention de la violence, bien que ceux-ci aient pris en compte les besoins de la communauté (Hage et al., 2007). De même, les chercheurs peuvent faire preuve d'une bonne connaissance des théories liées aux phénomènes étudiés, mais n'ont pas accès à une partie des informations plus confidentielles de la communauté. Cette collaboration entre chercheurs, praticiens et membres de la communauté constitue un des principes énoncés par Hage et al. (2007).

Les auteurs soulignent, par ailleurs, l'importance de la prise en compte des différents niveaux du système en s'appuyant sur une perspective écologique (Bronfenbrenner, 1979). En impliquant des membres de différentes structures de la communauté, l'approche communautaire permet d'intégrer l'apport de chacun de ces systèmes (Bond et Carmola Hauf, 2007). De plus, Hage et al. soulignent l'efficacité des actions de prévention et de promotion de la santé orientés vers les ressources de la communauté et les facteurs protecteurs. Il est possible, par exemple, de s'appuyer sur les capacités organisationnelles (Gottfredson et al., 1997), les ressources communautaires (Sampson, 1999) et les conditions sociohistoriques (Jenkins, 1996) pour optimiser l'efficacité des interventions de promotion de la santé. Or il est difficile d'identifier l'ensemble des ressources d'une communauté sans impliquer les membres de cette communauté dans la conception du programme. Bond et Carmola Hauf mettent ainsi en évidence l'intérêt d'une approche communautaire en prévention et promotion de la santé.

Au premier abord, il pourrait sembler intéressant de promouvoir et d'évaluer des actions qui seraient généralisables par la suite à l'ensemble de la population. Cependant, les études montrent que l'efficacité des interventions qui ne sont pas conçues pour et par une population spécifique reste limitée (Bond et Carmola Hauf, 2004 ; Durlak, 2003 ; Hage et al., 2007 ; Nation et al., 2003). Bond et Carmola Hauf (2007) concluent donc leur exposé en précisant que l'approche communautaire n'est pas seulement une voie possible, mais un cadre et un moteur essentiel à la mise en œuvre d'initiatives efficaces de prévention.

8. Perspectives pour la promotion de la santé, en France

La psychologie communautaire propose une approche complémentaire de la santé mentale, en intégrant notamment la mission de prévention et de promotion de la santé dans le mandat des professionnels de la santé mentale. Elle élargit le paradigme d'intervention à la communauté, en promouvant l'*empowerment* dans une logique allant à l'encontre des rapports dissymétriques entre professionnels et communautés. Le rôle du psychologue communautaire est ainsi de faciliter la planification stratégique au sein des communautés pour la mise en œuvre d'interventions adéquates (Biglan et Smolkowski, 2002 ; Fawcette et al., 2000). Son rôle peut aller de la mise en œuvre d'interventions orientées vers les communautés, au soutien des initiatives émanant de la communauté elle-même.

Si la psychologie communautaire reste encore peu formalisée en France, certains projets de prévention et de promotion de la santé en intègrent les valeurs et les pratiques. On distingue aujourd'hui deux types d'actions, correspondant à deux « niveaux » d'intervention communautaire :

- des actions prenant place dans la communauté, menées par des professionnels de santé mentale et ciblant les individus exclus, vulnérables et, généralement, à la marge des systèmes sanitaires et sociaux de droit commun. L'action de promotion de la santé consiste donc à la fois à intervenir pour réduire les facteurs de risque modifiables (conditions de vie, niveau d'éducation,

comportements de santé. . .) et à favoriser l'insertion sociale de ces sujets dans le tissu communautaire. C'est le cas, par exemple, de la recherche-action CAPEDP (Guédénay et al., 2007), recherche de prévention à destination des jeunes mères primipares en situation de vulnérabilité psychosociale. L'intervention de promotion de la santé y est menée par des psychologues cliniciens, intervenant à domicile (modèle écologique) et dont les objectifs sont l'*empowerment* par le biais de la promotion des compétences sociales (être en relation, savoir demander de l'aide) et du sentiment de compétence parentale (réassurance dans leur rôle). Si ce type de projet ne constitue pas en soi une action communautaire (c'est-à-dire destinée à un groupe d'individus), ils doivent être considérés comme un premier niveau d'intervention communautaire, au sens où ils s'appuient sur l'environnement psychosocial pour promouvoir la santé mentale d'individus vulnérables ;

- des actions « communautaires », au sens où les cibles des interventions sont les communautés elles-mêmes. Ces actions peuvent concerner l'éducation à la santé (formation de relais locaux, mise en place de médias. . .), l'aide à l'accès aux droits (*empowerment*), l'aide à l'acquisition d'habiletés psychosociales chez les jeunes enfants et les adolescents. . . Ce type d'action constitue le second niveau de l'intervention communautaire.

L'intérêt porté au développement des ressources communautaires plus qu'à la réduction des risques individuels, si elle responsabilise davantage le professionnel, lui permet aussi d'élaborer de nouvelles manières de travailler, correspondant à des contextes et à des environnements spécifiques. L'action préventive ciblant les communautés en fonction de leurs besoins requiert également des professionnels concernés un investissement au niveau des politiques locales de santé et de santé mentale. De par sa spécificité, la psychologie communautaire mérite toute l'attention des praticiens qui souhaitent faire évoluer le métier vers une approche plus globale et écologique.

Références

- Baudier, F., Bonnin, F., Michaud, C., Minervini, M.-J. (Dir.), 1996. Approche par les pairs et santé des adolescents : séminaire international francophone. INPES, Paris.
- Biglan, A., Smolkowski, K., 2002. The role of the community psychologist in the 21st century. *Prevention and Treatment* 5, 2.
- Bond, L.A., Carmola Hauf, A.M., 2007. Community-based collaboration: an overarching best practice in prevention. *The Counseling Psychologist* 35, 567–575.
- Bond, L.A., Carmola Hauf, A.M., 2004. Taking stock and putting stock in primary prevention: characteristics of effective programs. *Journal of Primary Prevention* 24, 199–221.
- Bronfenbrenner, U., 1979. *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Broussouloux, S., Houzelle-Marchal, N., 2004. Éducation à la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet. INPES, Paris.
- Bulletin officiel de l'éducation nationale, 1998. Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège. Bulletin 45.
- Canguilhem, G., 1966. *Le normal et le pathologique*. PUF/Quadrige, Paris.
- Chabrol, H., Callahan, S., 2004. *Mécanismes de défense et coping*. Dunod, Paris.
- Committee for Economic Development, 1991. *The unfinished agenda: a new vision for child development and education*. New York.
- Cowen, E.L., 1983. Primary prevention in mental health: past, present and future. In: Felner, R.D., Jason, L.A., Moritsugu, J.N., Farber, S.S. (Eds.), *Preventive psychology: theory, research and prevention*. Academic Press, New York, pp. 139–186.
- Doyen, C., Cook-Darzens, S., 2004. *Anorexie, boulimie : vous pouvez aider votre enfant*. Dunod, Paris.

- Durlak, J.A., 2003. Effective prevention and health promotion programming. In: Gullotta, T.P., Bloom, M. (Eds.), *Encyclopedia of primary prevention and health promotion*. Kluwer, New York, pp. 61–68.
- Errard-Lalande, G., Halimi, A., 2005. Quelles mesures peuvent être prises pour réduire le nombre d'adolescents et de jeunes femmes fumeurs ? *Journal de gynécologie obstétrique biologie et reproduction* 34, 303–317.
- Falomir Pichastor, J.M., Mugny, G., 2004. *Société contre fumeur : une analyse psychosociale de l'influence des experts*. PUG, Grenoble.
- Farquhar, J.W., 1991. The Stanford cardiovascular disease prevention programs. *Annals of the New York Academy of Sciences* 623, 327–331.
- Fawcette, S.B., Francisco, V.T., Paine-Andrews, A., Schultz, J.A., 2000. A dialogue. A model memorandum of collaboration: a proposal. *Public Health Reports* 115, 174–179.
- Felner, R.D., Felner, T.Y., 1989. Prevention programs in the educational context: a transactional-ecological framework for program models. In: Bond, L., Compas, B. (Eds.), *Primary prevention in the schools*. Sage, Beverly Hills, CA, pp. 13–49.
- Felner, R.D., Felner, T.Y., Silverman, M.M., 2000. Prevention in mental health and social intervention: conceptual and methodological issues in the evolution of the science and practice of prevention. In: Rappaport, J., Seidman, E. (Eds.), *Handbook of community psychology*. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, pp. 9–42.
- Felner, R.D., Lorion, R.P., 1985. Clinical child psychology and prevention: towards a workable and satisfying marriage. *Proceedings: National Conference on Clinical Child Psychologists*, 41–95.
- Felner, R.D., Silverman, M., Adix, R.S., 1991. Prevention of substance abuse and related disorders in childhood and adolescence: a developmentally based, comprehensive ecological approach. *Family and Community Health: The Journal of Health Promotion and Maintenance* 14, 1–11.
- Fischer, G.-N., Tarquinio, C., 2006. *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Dunod, Paris.
- Gottfredson, D.C., Fink, C.M., Skroban, S., Gottfredson, G.D., 1997. Making prevention work. In: Weissberg, R.P., Gullotta, T.P., Hampton, R.L., Ryan, B.A., Adams, G.R. (Eds.), *Healthy children 2010: establishing preventive services*. Sage, Thousand Oaks, pp. 219–255.
- Grémy, I., Embersin C., Wu-Zhou, X., Brouard, C., 2004. Évaluation sur trois ans du programme CAPRI de prévention des addictions. Suivi des collégiens de la cinquième à la troisième. *Observatoire régional de la santé d'Île-de-France et caisse régionale d'Assurance Maladie d'Île-de-France*, Paris.
- Guédeney, A., Greacen, T., Tubach, F., Dugravier, R., Saïas, T., 2007. De la recherche à l'action et de l'action à la recherche : le projet CAPEDP. 3^e Journées de la prévention 2007 de l'INPES, Mars 2007, Paris.
- Hage, S.M., Romano, J.L., Conyne, R.K., Kenny, M., Matthews, C., Schwartz, J.P., Waldo, M., 2007. Best practice guidelines on prevention practice, research, training, and social advocacy for psychologists. *The Counseling Psychologist* 35, 493–566.
- Harris, P.R., Napper, L., 2005. Self-affirmation and the biased processing of threatening health-risk information. *Personality and Social Psychology Bulletin* 31, 1250–1263.
- Inserm, Expertise collective, 2001. *Éducation pour la santé des jeunes : démarches et méthodes*. Inserm, Paris.
- Jenkins, P., 1996. Threads that link community and family violence: issues for prevention. In: Hampton, R.L., Jenkins, P., Gullotta, T.P. (Eds.), *Preventing violence in America*. Sage, Thousand Oaks, pp. 13–32.
- Kellam, S.G., Brown, C.H., 1982. *Social, adaptational and psychological antecedents of adolescents psychopathology 10 years later*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD.
- Kelly, J.G., Dassoff, N., Levin, I., Schreckengost, J., Altman, B.E., 1988. A guide to conducting prevention research in the community: first steps. *Prevention in Human Services* 6, 174.
- Kingston, R.S., Smith, J.P., 1997. Socioeconomic status and racial and ethnic differences in functional status associated with chronic diseases. *American Journal of Public Health* 87, 805–810.
- Liao, Y., Copper, R.S., 1995. Continued adverse trends in coronary heart disease mortality among blacks, 1980–1991. *Public Health Reports* 111, 572–579.
- Lorion, R.P., Price, R.H., Eaton, W.W., 1989. The prevention of child and adolescent disorders: from theory to research. In: Schaffer, D., Phillips, I., Enzer, M.B., Silverman, M.M., Anthony, V. (Eds.), *Prevention of mental disorders, alcohol and other drug use in children and adolescents*. OSAP Prevention Monograph-2. US Government Printing Office, Washington, DC, pp. 55–96.
- Moskowitz, J.M., 1989. The primary prevention of alcohol problems: a critical review of the research literature. *Journal of Studies on Alcohol* 50, 54–88.
- Munoz, R.F., Marin, B.V., Posner, S.F., Perez-Stable, E.J., 1997. Mood management mail intervention increases abstinence rates for Spanish-speaking Latino smokers. *American Journal of Community Psychology* 25, 325–343.
- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K.L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., Davino, K., 2003. What works in prevention: principle of effective prevention programs. *American Psychologist* 58, 449–456.

- Organisation mondiale de la santé, 1946. Préambule à la Consitution. Conférence Internationale sur la santé, New York, 19–22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé, 2, 100.
- Organisation mondiale de la santé, 1986. Charte d'Ottawa. Première conférence internationale sur la promotion de la santé. Ottawa, novembre 1986.
- Organisation mondiale de la santé, 2001. Rapport sur la santé dans le monde 2001. Santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève.
- Organisation mondiale de la santé, 2005. Conférence ministérielle européenne de l'Organisation mondiale de la santé sur la santé mentale. Helsinki, janvier 2005.
- Rappaport, J., Seidman, E., 2000. Handbook of community psychology. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York.
- Revenson, T.A., Schiaffino, K., 2000. Community-based health interventions. In: Rappaport, J., Seidman, E. (Eds.), Handbook of community psychology. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, pp. 471–493.
- Revenson, T.A., D'Augelli, A., French, S.E., Hughes, D., Livert, D., Seidman, E., Shinn, M., Yoshikawa, H., 2002. Community psychology: a quarter century of theory, research and action in social and historical context. Kluwer Academic/Plenum, New York.
- Saïas, T., Shankland, R., Daumerie, N., 2008a. The recent development of community psychology in France: perspectives for the coming years. Abstracts Second International Conference on Community Psychology, Lisbon, Portugal, June 2008, 150.
- Saïas, T., De Falco, S., Doyle, O., 2008b. A European network of early preventive community interventions. Abstracts Second International Conference on Community Psychology, Lisbon, Portugal, June 2008, 123.
- Sameroff, A.J., Fiese, B.H., 1989. Conceptual issues in prevention. In: Schaffer, D., Phillips, I., Enzer, N.B., Silverman, M.M., Anthony, V. (Eds.), Prevention of mental disorders, alcohol and other drug use in children and adolescents. OSAP Prevention Monograph-2. US Government Printing Office, Washington, DC, pp. 23–54.
- Sameroff, A.J., Seifer, R., Barocas, R., Zax, M., Greenspan, S., 1987. I.Q. scores of 4-year-old children: social-environmental risk factors. *Paediatrics* 79, 343–350.
- Sampson, R.J., 1999. What community supplies. In: Ferguson, R.F., Dickens, W.T. (Eds.), Urban problems and community development. Brookings Institution Press, Washington DC, pp. 241–292.
- Schorr, L.B., 1988. Within our reach: breaking the cycle of disadvantage. Doubleday, New York.
- Seidman, E., 1990a. Persuading the meaning and utility of social regularities for community psychology. In: Tolan, P., Keys, C., Chertok, F., Jason, L. (Eds.), Researching community psychology: issues of theory and methods, American Psychological Association, Washington DC, pp. 91–100.
- Seidman, E., 1990b. Social regularities and prevention research: a transactional model. In: Muehrer, P. (Ed.), Conceptual research models for preventing mental disorders. National Institute of Mental Health, Rockville, MD, pp. 145–164.
- Shankland, R., 2007. Adaptation à l'enseignement supérieur : les pédagogies nouvelles, aide à l'adaptation ou facteur de marginalisation ? Thèse de doctorat de psychologie clinique et psychopathologie, Université Paris-8.
- Silverman, M.M., 1989. Commentary : the integration of problem and prevention perspectives : mental disorders associated with alcohol and drug use. In: Schaffer, D., Phillips, I., Enzer, N.B., Silverman, M.M., Anthony, V. (Eds.), Prevention of mental disorders, alcohol and other drug use in children and adolescents. OSAP Prevention Monograph-2. US Government Printing Office, Washington, DC, pp. 7–22.
- Spoth, R., Redmond, C., Trudeau, L., Shin, C., 2002. Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addictive Behaviors* 16, 129–134.
- Stice, E., Marti, C.N., Spoor, S., Presnell, K., Shaw, H., 2008. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: long-term effects from a randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76, 329–340.
- Stokols, D., 1992. Establishing and maintaining healthy environments: Toward a social ecology of health promotion. *American Psychologist* 47, 6–22.
- Tessier, S., 2004. Santé publique, santé communautaire. Maloine, Paris.
- Vandereycken, W., Noordenbos, G., 1998. The prevention of eating disorders. Studies in eating disorders: An international series. New York University Press, New York.