



Réunion sur les modes et conditions de vie
et leurs incidences sur la santé

Höhr-Grenzhausen, 18-21 octobre 1982

ICP/HED 019(2)(S)
2066F
10 mai 1983
ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT SOMMAIRE

Renseignements

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe admet et, en fait, préconise de s'écarter, sur le plan stratégique, de l'idée traditionnelle selon laquelle ce sont les interventions professionnelles qui ont la plus grande influence sur la santé. A l'origine, et surtout lorsqu'il s'agissait de prévenir ou de différer l'apparition de maladies chroniques, la recherche sur les risques pour la santé a fait apparaître la responsabilité du comportement individuel dans la mauvaise santé. Plus récemment, les aspects structurels de la société (pauvreté, chômage, racisme, etc.) et les dangers de l'environnement (pollution, manque de sécurité sur les lieux de travail, etc.) ont été reconnus comme de puissants déterminants de maladies chroniques et comme les conditions sous-jacentes associées à l'adoption de nombreux schémas de comportement destructeur. Ce que l'on a vu se dessiner, c'est un tableau multifactoriel de la cause de la mauvaise santé dans un contexte social. Il est donc clair qu'il faut, d'une façon ou d'une autre, mettre avant tout l'accent sur les aspects publics de la santé publique. Dans les grandes lignes, cela signifie que les milieux de la santé publique devront aborder des domaines conceptuels et techniques peu familiers, et même faire des incursions sur d'autres territoires sociaux, comme l'agriculture, le droit, les relations industrielles, la religion et le développement économique.

Il est désormais reconnu qu'un modèle social de développement sanitaire nécessite une large participation de la société à la fixation des priorités et des programmes d'intérêt public. En vérité, si l'on veut vraiment qu'un changement se produise, il faut que le public, historiquement défini par les professionnels de la santé comme un ensemble de consommateurs, soit maintenant considéré plutôt comme un réservoir de ressources pour la santé et les soins de santé. La prise de conscience publique du potentiel de chaque individu est attestée par l'intérêt accru porté aux modes de vie (alimentation, exercice, etc.) et par l'activisme social dans le domaine de la santé (mouvement des femmes et auto-assistance).

Les politiques de promotion de la santé qui sont édifiées sur un modèle social de la santé et qui s'en remettent à la large participation du public pour la définition des besoins, l'établissement des priorités, la mise en oeuvre de programmes et l'évaluation des résultats, n'ont guère de précédents. Des questions à la fois politiques et techniques se posent lorsque le pouvoir de décision et d'action se trouve partagé entre plusieurs secteurs professionnels et entre les professionnels et les non-professionnels. Pour pouvoir recommander aux Etats Membres des politiques, des objectifs et des procédures de promotion de la santé, le Bureau régional de l'Europe doit bénéficier des conseils et des critiques de spécialistes des sciences sociales, d'épidémiologistes, de planificateurs de la santé publique, d'éducateurs sanitaires et de spécialistes des communications, ainsi que de représentants du public. Une série de consultations est organisée à cet effet.

La réunion de Höhr-Grenzhausen

Vingt-quatre experts de la Région européenne, du Canada et des Etats-Unis d'Amérique ont été réunis à Höhr-Grenzhausen. Ils ont, dès le départ, reconnu que la diversité culturelle, économique et sociale de la Région européenne devait contribuer à façonner la politique de promotion de la santé et stimuler l'innovation. Ils ont aussi estimé que l'une des tâches essentielles du Bureau régional était de faciliter l'interaction et l'échange des valeurs, des points de vue et de la technologie, en utilisant, pour ce faire, son réseau et ses ressources organisationnelles.

Le groupe a souligné les incidences, sur le plan des politiques, des programmes et de la recherche, de l'accent placé sur les modes de vie dans la promotion de la santé. Il a examiné un certain nombre de questions résumées ci-après.

1. L'expression "mode de vie" est fréquemment utilisée dans le langage courant sans être, pour autant, bien définie. Elle désigne souvent un comportement individuel associé (ou supposé associé) à certains résultats sur le plan de la santé, mais elle peut également s'appliquer à des modes de vie ou à des valeurs de groupe, à une série de schémas de comportement susceptibles d'agir sur la santé. Les modes de vie sains, ceux qui ont sur la santé un résultat positif, ne sont pas entièrement compris et leur définition varie en fonction des données épidémiologiques disponibles ainsi que des variations culturelles dans l'acception de la notion de bonne santé. Il faut que les politiques qui prennent en compte les modes de vie soient explicites quant au sens à donner à l'expression "mode de vie sain", à sa base épidémiologique et à son importance culturelle.

2. Les programmes de promotion de la santé axés sur le changement des modes de vie individuels risquent d'aboutir à blâmer la victime s'ils ignorent le contexte structurel du comportement favorable à la santé, à savoir les facteurs socio-économiques, politiques et environnementaux qui provoquent ou renforcent le comportement. Il se peut également qu'un zèle excessif pour le changement dans les modes de vie, au niveau de l'individu ou à celui de la collectivité, crée, à son tour, une sorte d'obsession de la santé que l'on pourrait désigner sous le nom de "sanitarisme" (healism). Dans une société "sanitariste" aucun manquement au commandement de la bonne santé n'est toléré, souvent d'ailleurs pour des raisons patriotiques. Le groupe a fait valoir que la promotion de la santé visait surtout à accroître la qualité et la diversité des options concernant les modes de vie (et les conditions de vie) propices à la santé, étant donné qu'il n'existe pas de solution unique et agréée de tous en la matière. Le concept du mode de vie devrait, en fait, avoir pour fonction de favoriser la diversité culturelle et sociale dans la promotion de la santé.

3. La crise économique qui sévit dans plusieurs pays de la Région fournit l'occasion de réévaluer la productivité des personnels de santé. Quelle est (ou pourrait être) la contribution de ces personnels à la promotion de la santé ou à la prévention de la maladie et quelle est leur contribution aux soins de santé par rapport à l'ensemble des ressources sociales utilisées pour ces soins ? Ce genre d'évaluation peut fournir les éléments de base nécessaires pour redéfinir le rôle des professionnels de la santé et redistribuer les ressources fiscales et techniques. D'un autre côté, il faut se montrer vigilant et veiller à ce que les politiques de promotion de la santé ne servent pas de prétexte pour opérer des compressions dans des services sanitaires appropriés et essentiels et pour réduire l'égalité d'accès à ces services.

4. Pour réaliser une politique de promotion sanitaire appropriée et efficace, il faudra que les éducateurs sanitaires aient une conscience politique accrue et sachent où se situe le pouvoir de décision et comment agir à l'intérieur du processus politique. Il faudrait adopter des stratégies en vue de développer de nouvelles formes d'organisations politiques parmi les groupes qui s'intéressent à la santé dans la collectivité. En ce sens, l'éducateur sanitaire facilite l'action communautaire en encourageant la participation du public, en créant un réseau de ressources communautaires et en défendant les intérêts de la collectivité dans la promotion sanitaire. Il importe, à ce propos, que la collectivité puisse avoir accès aux données qui sont vitales pour une prise de décision et une action communautaires mûrement réfléchies.

5. La participation de l'individu aux niveaux communautaire et national est un facteur essentiel des programmes de promotion sanitaire, étant donné le puissant caractère social de la santé et le caractère politique de la promotion. Le caractère social de la santé veut que les individus définissent la santé en fonction de ce qui est le plus important pour eux et le caractère politique de la promotion nécessite que les individus déterminent le processus qui soit le plus compatible avec leur échelle de valeurs et leurs références propres. Cette stratégie horizontale du développement de la santé a plus de chances qu'aucune autre de réaliser un vaste changement social, de stimuler l'innovation, d'infléchir l'équilibre des politiques sanitaires des gouvernements et de réduire les conséquences négatives (le "sanitarisme", par exemple), les inégalités d'accès aux moyens de promotion de la santé et la tendance à rejeter la responsabilité sur les victimes.

6. La participation éclairée et efficace du public à la promotion de la santé dépend dans une très grande mesure d'une information continue, accessible, crédible et attrayante. A cet égard, les moyens de communication de masse ont un rôle central à jouer, dans la mesure surtout où ils permettent de démystifier l'information en matière de santé et de "démédicaliser" le concept de soins de santé. Des approches originales, entreprises dans plusieurs pays de la Région, mériteraient d'être mieux connues grâce à un effort organisé de l'OMS et des organismes non gouvernementaux régionaux. Les médias peuvent même avoir une efficacité accrue si, au lieu de les traiter comme un moyen accessoire, on les associe complètement au processus de planification des programmes de promotion de la santé. Il est en effet, impossible de négliger l'impact culturel que les médias peuvent avoir dans le renforcement des anciennes normes ou l'introduction de normes nouvelles de comportement sanitaire. Ils peuvent être un puissant allié ou, au contraire, un puissant facteur de dissuasion dans la promotion de la santé.

7. La recherche sur le comportement à l'égard de la santé et la dimension sociale de la santé nécessite un examen ou un inventaire de ce qui est disponible dans la Région. En plus des études sur le rapport direct entre le comportement et la santé, un tel examen devrait comprendre une analyse des données provenant de travaux connexes d'épidémiologie ou de sciences sociales et de sciences du comportement. L'inventaire peut montrer les domaines dans lesquels les données sont insuffisantes, les problèmes de définition des variables dépendantes ou indépendantes, les variations dans la formulation théorique et les hypothèses latentes qui méritent d'être vérifiées. Il pourrait permettre de faire un premier pas sur la voie de l'élaboration d'une stratégie homogène, intégrée et globale de recherche qui servirait de guide à un effort coordonné de recherche dans la Région. Le Bureau régional pourrait jouer un rôle clé dans ce processus, en servant de bureau d'échange d'informations pour les recherches en cours et en facilitant les recherches comparées dans les États Membres. Les variables se rapportant au mode de vie et à la santé pourraient être incorporées dans les enquêtes nationales existantes, en tant que moyen efficace et relativement peu coûteux de surveiller les attitudes, les valeurs et les comportements en rapport avec la santé.

L'étude épidémiologique du comportement social affectant l'état de santé et les initiatives de non-professionnels dans le domaine des soins de santé (comme l'auto-prise en charge et l'auto-assistance sanitaires doivent être encouragées. Le but est de parvenir à une bonne compréhension de la manière dont les ressources non professionnelles dans le domaine de la santé et des soins de santé constituent un système de schémas de comportement. Dans une telle perspective, il devrait être possible d'évaluer le rôle complémentaire des moyens professionnels de santé à l'appui de la base sociale de la promotion de la santé.

La recherche clinique, et plus particulièrement les études centrées sur la prévention secondaire des maladies chroniques (comme l'hypertension ou le diabète), fournissent l'occasion d'une collaboration entre les spécialistes des sciences du comportement et des sciences sociales et les cliniciens. A cet égard, le Bureau régional de l'Europe peut être utile en patronnant des symposiums sur le processus de la recherche socio-clinique, processus qui implique souvent la liaison entre divers cadres et diverses procédures théoriques.

Reconnaissant la nature sociale, et en vérité publique du mode de vie et de la promotion de la santé, le groupe a souligné l'importance de la participation des non-spécialistes à la recherche, notamment pour la formulation d'hypothèses, le choix de méthodes acceptables (non invasives) d'observation et l'interprétation des résultats (identification des distortions). Il faudrait également solliciter l'avis des non-spécialistes au sujet de la diffusion effective des résultats. Il ne s'agit pas ici de rabaisser la compétence des professionnels, mais plutôt de spécifier son rôle technique dans le contexte d'un phénomène social. L'intégrité du concept du mode de vie dans sa fonction de médiation, et avec l'accent qu'il met sur la compétence des non-spécialistes dans le domaine de la santé et de la prise de décisions en matière de santé, doit être maintenue. La professionnalisation du mode de vie, en théorie ou dans la pratique, aurait, de toute évidence, un effet négatif sur le plan de l'intérêt du public.

Le groupe a gardé présent à l'esprit le fait que la question primordiale sur le plan de la santé à notre époque est la menace d'une catastrophe nucléaire. L'objectif principal de la promotion de la santé doit toujours être la promotion de la paix.