

La santé par le bien-être et la qualité de vie

Imagine... C'est l'invitation lancée par René Demeulemeester aux instances nationales et régionales et aux équipes de recherche à mettre en place des stratégies d'action. Là, tout de suite ! Et si l'amélioration de la qualité de vie et de la santé était à notre portée ?

Lorsque j'interviens sur la promotion de la santé, je commence par interroger les participants sur leur perception de la santé. Qu'il s'agisse d'habitants, de professionnels, de représentants institutionnels, de militants associatifs, la réponse est la même : la santé, c'est d'abord le bien-être, puis l'adaptation au milieu ou aux circonstances de la vie et, très loin derrière, l'absence de maladie. Il y a près de soixante-dix ans que l'Organisation mondiale de la santé a placé le bien-être au centre de sa définition de la santé, et près de quarante ans que le rapport Lalonde a identifié les principaux déterminants de la santé et du bien-être. On célébrera bientôt les trente ans de la Charte d'Ottawa qui a repéré les leviers pouvant influencer favorablement ces déterminants. Cependant, dans les discours – *La Santé de l'homme* est une exception –, dans les plans et les programmes et dans l'affectation des ressources, c'est toujours et plus que jamais les soins et la prévention des maladies qui demeurent la principale préoccupation. L'aspiration à la qualité de vie et au bien-être paraît trop futile : d'abord évitez la maladie – et d'autant plus que votre situation vous rend cet exercice difficile –, le bien-être vous sera, peut-être, accordé de surcroît.

Et si la prévention de maladies et l'accroissement de l'espérance de vie sans incapacités passaient d'abord par la promotion de la qualité de vie et du bien-être ? Souvenons-nous que la prévention des incapacités et de la mortalité prématurées repose largement sur des interventions portant sur quelques facteurs majeurs de risque ou de protection. Ces facteurs « déterminants » de la santé ont, en effet, pour caractéristique d'être communs à plusieurs des principales causes de décès et d'incapacités ; ce sont, en particulier, les consommations d'alcool et de tabac, l'alimentation et l'activité physique, la promotion de la santé mentale et le renforcement des liens sociaux. Il se trouve que ces mêmes déterminants sont également liés aux inégalités sociales ; l'environnement matériel, social et culturel qui compose notre cadre de vie pèse sur ces déterminants au moins autant que nos aptitudes individuelles. Permettre à chacun, individuellement et collectivement, de bénéficier d'un environnement

matériel et social, et d'un mode de vie favorable au bien-être et à la santé, c'est justement l'objet de la promotion de la santé. C'est dans les lieux où une majorité des personnes vit, apprend, travaille, noue des relations – quartiers et communes, écoles, collèges et lycées, entreprises... – qu'elle est la plus efficace. C'est à ce niveau de proximité qu'il est possible d'associer réellement la population et les professionnels relais, et ainsi de faire correspondre le projet de santé à leurs attentes, d'appréhender finement les difficultés et les opportunités et, enfin, de créer les environnements matériels et sociaux qui contribuent rapidement au bien-être, à la qualité de vie et, durablement, à la santé.

L'exercice de prospective mené il y a trois ans par l'Inpes est plus que jamais d'actualité (*lire l'article de Philippe Guilbert p. 51*). Il envisageait plusieurs scénarios possibles. Passons sur le scénario dit de « tension généralisée » : le pire n'est jamais certain. Dans le scénario dit « tendanciel », les contraintes de financement liées au manque de moyens entraîneraient un accroissement de la concentration des politiques publiques sur certaines catégories de populations et sur des actions ciblées, avec une recherche de responsabilisation des individus en jouant sur des incitations et des sanctions. Enfin, un troisième scénario, « croissance et développement responsable et solidaire », suppose « *des comportements plus solidaires, une plus grande acceptation de la régulation parce qu'elle est conforme aux attentes, et un meilleur consentement à payer pour la santé, compte tenu de l'objectif de qualité de vie en bonne santé aussi longtemps que possible* ».

Dans ce scénario, qui aurait pu aussi s'intituler « promotion de la santé et du bien-être », la prévention repose à la fois sur l'*empowerment* des individus et des collectivités, et sur le développement d'environnements favorables à la santé. Sa réalisation suppose juste un peu d'imagination.

Imaginons que dans quelques régions, l'agence régionale de santé, avec le soutien actif des instances nationales, adopte un accord cadre

« Promotion de la santé, de la qualité de vie et du bien-être » avec les institutions régionales représentées au sein de la commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile.

Imaginons que cet accord intègre les multiples objectifs thématiques dans quelques objectifs transversaux par milieu de vie comme, par exemple, « *Mettre en œuvre dans les cinq ans à venir, dans une majorité de villes, d'entreprises, d'établissements scolaires et d'établissements de soins de la région, des projets intégrés de promotion de la santé contribuant au bien-être, à la prévention du cancer, des maladies cardio-vasculaires et des accidents et à la réduction des inégalités de santé* ».

Imaginons que cette stratégie d'action prévoie l'organisation de l'accompagnement de ces projets de promotion de la santé, leur coordination et leur évaluation.

Imaginons que les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé avec les pôles de compétences régionaux, soient en mesure de fournir à chacun des milieux de vie concernés un « panier de prestations » d'accompagnement adapté à leur situation.

Imaginons, enfin, que des équipes de recherche et des départements universitaires investissent dans l'évaluation d'impact de ces projets.

Viser le bien-être : c'est tellement irréaliste que certains l'ont fait ailleurs, que d'autres l'envisagent sérieusement chez nous et que l'on finira par considérer que cela va de soi au même titre que l'accès aux soins.

René Demeulemeester

Médecin de santé publique,
Président de la Fédération nationale
d'éducation et de promotion
de la santé (Fnes), Saint-Denis.