



La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé

L'année 2016 a été l'occasion, pour les acteurs de la santé publique, de célébrer les 30 ans d'un texte important, énoncé conjointement en 1986 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Ministère canadien de la Santé et du Bien-être social et l'Association canadienne de santé publique, au terme d'une conférence qui avait réuni des participants de 38 pays de monde. Ce texte est désormais connu sous le nom de « Charte d'Ottawa » ou plus précisément « Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé » [1].

Promotion de la santé ? Le vocable était nouveau, plus adapté, sans doute, aux pays de langue anglaise qu'à notre francophonie. La promotion de la santé est définie comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci ». En d'autres termes, il s'agit de permettre à chacun et à chaque communauté d'exercer une vraie responsabilité sur les déterminants de sa santé, d'avoir un contrôle sur tout ce qui concerne la santé. Depuis longtemps (en 1974) le gouvernement canadien avait insisté sur le fait que l'amélioration de la santé des gens passe davantage par la modification de leur mode de vie ou de leur environnement physique et social que par des investissements financiers dans le système médical.

La Charte dit encore, logiquement, que « La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur de la santé [...], son ambition est le bien-être complet de l'individu et on pourrait ajouter « de la communauté ». Elle précise aussi les « conditions préalables à la santé » : la paix, un logement, l'éducation, la nourriture, des ressources durables, un écosystème stable, un environnement durable, la justice sociale. Admettons que ces conditions préalables peuvent sembler relever de l'utopie ; elles sont en tous cas des objectifs à garder en mémoire.

Cinq axes de travail sont alors proposés par la Charte : élaborer des « politiques publiques de bonne santé » (et non pas des bonnes politiques de santé publique...), créer des environnements « supportifs », renforcer l'action communautaire, aider à l'acquisition d'aptitudes individuelles, réorienter les services de santé vers la réalisation de ces conditions et objectifs.

Pourquoi tout ce développement dans HEGEL ? Parce que depuis longtemps la revue a, sans l'écrire de manière formelle, emprunté des chemins qui sont ceux de la Charte d'Ottawa. Ainsi Fernand Vicari en 2014, dans son article sur « Thérapies complémentaires et pratiques innovantes » [2]. Ou encore Nouzha Guessous dans son éditorial de 2016, sur « Les thérapies complémentaires, entre l'autonomie de patient et le devoir de veille sanitaire et éthique » [3], et bien sur avec le congrès de mai 2016.

Car il ne suffit pas de proclamer que la santé n'est pas seulement l'affaire du ministère de la Santé, mais celle de tous les secteurs de l'action sociale, économique et culturelle, que les usagers du système de soins sont avant tout autonomes dans la gestion de leur santé, que c'est à eux d'exercer une maîtrise sur la façon de l'améliorer, que cette maîtrise concerne aussi l'entourage, la communauté, que le système de soins doit être « réorienté » dans ces buts. Il s'agit de reconnaître qu'à l'évidence les gens ont un droit de participer aux modalités de soins (au sens le plus large, « prendre soin »), d'être décideurs et non pas seulement usagers (lapsus significatif, un étudiant m'a parlé un jour dans une copie d'examen des « usagés... ») dans le choix des thérapies et de leurs modalités d'application.

Comme le précise Fernand Vicari [2], cette évolution va dans le sens de l'histoire, car « Compte tenu d'une nécessaire multidisciplinarité dans l'exercice de la prévention et des soins et d'une insuffisance notoire de médecins, là encore, à condition de satisfaire les trois incontournables que sont évaluation, encadrement et éthique, le développement de nouveaux métiers en santé et de pratiques innovantes est inéluctable ». C'est aussi ce que dit Nouzha Guessous [3] : « Face à la tendance à la surmédicalisation dans les pays développés, la majorité de ces thérapies attirent les patients, en première intention parfois, par leur approche le plus souvent holistique et personnalisée afin de répondre à leurs besoins et attentes spécifiques. Selon l'OMS (2008), entre 70 % et 80 % des habitants de certains pays développés ont recours à ces techniques soit parce qu'ils sont convaincus que ce type de traitement est plus « naturel » et donc « sans danger », soit comme complément au traitement d'une maladie chronique, incapacitante ou incurable ».

Fernand Vicari et Nouzha Guessous ont tout deux parlé d'éthique... C'est bien là la finalité de la promotion de la santé. Rappelons que le premier des principes de l'éthique de la santé est le respect de l'autonomie des personnes et des groupes... C'est bien là aussi que réside une vraie « démocratie sanitaire », si souvent invoquée et si peu réalisée.



Références

1. Deschamps JP. Une « relecture » de la Charte d'Ottawa, Santé Publique 2003;15(3):313-25.
2. Vicari F. Thérapies complémentaires et pratiques innovantes Hegel 2014. 2014;4(4):380-3.
3. Guessous N. Les thérapies complémentaires, entre l'autonomie des patients et le devoir de veille sanitaire et éthique. Hegel 2016;6(1):1-2.

Jean-Pierre Deschamps
Professeur honoraire en Santé Publique
Faculté de médecine de Nancy