

UNE « RELECTURE » DE LA CHARTE D'OTTAWA

Jean-Pierre Deschamps

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2003/3 Vol. 15 | pages 313 à 325

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2003-3-page-313.htm>

!Pour citer cet article :

Jean-Pierre Deschamps, « Une « relecture » de la charte d'Ottawa », *Santé Publique* 2003/3
(Vol. 15), p. 313-325.

DOI 10.3917/spub.033.0313

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Une « relecture » de la charte d'Ottawa

A re-reading and examination of the Ottawa charter

Jean-Pierre Deschamps⁽¹⁾

Résumé : La charte d'Ottawa sur la promotion de la santé date de 1986. Elle constitue un des textes fondamentaux de la santé publique moderne et suggère un capus de méthodes particulièrement adapté à la lutte contre les excès de la mondialisation économique et ses effets sur la santé

Mots-clés : Ottawa - actualisation - mondialisation - promotion de la santé.

Pourquoi « relire » la charte d'Ottawa ? Et pourquoi la relire à propos d'un dossier consacré à la mondialisation dans ses rapports avec la promotion de la santé ?

D'abord, la charte d'Ottawa date de 1986. Dix-huit ans, l'âge des remises en cause... Pionnier en 1986 (même si la notion de promotion de la santé avait été formulée avant, et notamment en France en 1982), le texte n'a pas toujours été compris à la hauteur des enjeux qu'il proposait. Et lorsque ces enjeux ont été perçus, ils ont volontiers été considérés comme dangereux. Un haut responsable de l'Assurance maladie n'avait-il pas déclaré, il y a une dizaine d'années : « *la promotion de la santé est un concept subversif* » ? La politique

française de santé publique continue à ignorer la promotion de la santé, récusée dans la loi de mars 2002 et dans la dénomination de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), mais évoquée dans la dénomination du service de santé scolaire. Incomprise, récusée, volontiers rétrécie par les éducateurs de santé eux-mêmes qui n'y ont souvent vu qu'une sorte de super-éducation à la santé, sans considérer ce qu'elle remettait en cause dans les pratiques habituelles ; la promotion de la santé méritait mieux. Pionnier en 1986, le texte a vieilli, où plutôt il doit s'intégrer aujourd'hui dans un contexte modifié et peut donner l'impression d'avoir pris quelques rides.

(1) Professeur honoraire de santé publique.

Ensuite, il n'est jamais inutile de relire un texte fondateur, d'en débattre, de le critiquer, de le commenter, d'en triturer le contenu pour en faciliter l'adaptation aux mouvances sociales, culturelles, institutionnelles, d'en rechercher la modernité, de le confronter à l'expérience qu'il a permis d'acquérir et de mesurer les changements qu'il a pu engendrer.

Enfin, parce que, justement, le contexte de l'application de la charte d'Ottawa est largement dominé par les implications sanitaires de la mondialisation des échanges culturels et économiques, et parce que l'on peut faire l'hypothèse de l'utilité possible du texte comme référentiel de méthodes pour adapter les pratiques de santé à la lutte contre les effets négatifs de la mondialisation.

Car c'est bien de cela qu'il s'agit, en définitive. La mondialisation est le pseudonyme édulcoré d'une doctrine philosophique ultralibérale en rupture complète avec les valeurs de la culture occidentale (et des autres...) et en contradiction avec les impératifs de bien-être de l'ensemble de l'humanité – alors que la richesse du monde permettrait d'atteindre cet objectif de bien-être considéré parfois comme relevant de l'utopie. L'article de Jean-Claude Fritz, dans ce dossier, argumente ces considérations et remet à leur juste place quelques discours voulant faire croire que la mondialisation, c'est-à-dire en fait la doctrine ultralibérale appliquée à l'économie, permettra le développement des pays « sous-développés », la justice sociale et le bonheur de l'humanité.

C'est donc dans ce climat qu'il est bon de relire et de commenter la charte d'Ottawa (*voir le texte intégral en fin d'article*). D'abord, la définition qu'elle donne de la promotion de la santé, puis les « *conditions préala-*

bles » à la santé qu'elle énumère, et chacun des cinq axes stratégiques qu'elle propose.

Un plus grand contrôle sur la santé...

La définition de la promotion de la santé n'est pas l'élément le plus palpitant de la charte. On l'aurait souhaitée moins générale, plus concrète. Cependant, elle a le mérite de formuler un objectif fondamental. Il s'agit d'aider les personnes, les groupes, les populations à exercer un plus grand contrôle sur leur santé et sur les déterminants de celle-ci.

Quel programme ! Lorsque l'on sait la diversité et la multiplicité des déterminants de la santé – du bien-être –, on peut être pris de vertige. Et pourtant, n'est-ce pas là, plus simplement, une re-définition de la démocratie ? Celle-ci n'est-elle pas l'exercice d'un pouvoir (le fameux « *empowerment* » anglophone, intraduisible en français) sur les conditions du bien-être collectif – social – et des propres conditions de vie de chacun ?

Et si c'est de démocratie qu'il s'agit, pourquoi donc ces craintes sur le caractère « subversif » de la promotion de la santé, pourquoi ces réticences officielles à en accepter l'idée dans la formulation de la politique française de santé publique ? Dans une société démocratique, la démocratie fait encore peur, car donner plus de pouvoir à l'ensemble des citoyens, c'est en retirer un peu à quelques-uns, professionnels, responsables d'institutions, décideurs ayant parfois oublié que leur mandat de décision n'est légitime que parce que conféré par les citoyens.

L'introduction du terme « démocratie sanitaire » dans la loi de 2002 est encourageante. Décevante aussi

parce que le développement du texte parle plus des droits des usagers du système de soins que de la place du citoyen dans la formulation de la politique de santé, ou – plus simplement – de la possibilité de mieux contrôler la santé et ses déterminants.

La route est encore longue vers une vraie démocratie sanitaire, mais il faut croire à la bonne foi de ceux qui en ont donné l'idée. Croire que derrière les mots se profile bien le projet de l'autonomie fondamentale de la personne, premier principe de la démarche éthique et préalable absolu à la citoyenneté. Croire que tous les pouvoirs qui s'arrogent le droit de décider à la place des personnes seront remis en cause dans les réformes politiques et institutionnelles actuelles et à venir.

Les conditions préalables...

Là encore, quel vertige ! Car l'énumération des conditions préalables à la santé est impressionnante, tellement impressionnante qu'elle peut décourager tous ceux qui voudraient travailler à la promotion de la santé. Tellement impressionnante que la version française officielle du texte a été curieusement amputée de moitié, omettant des préalables aussi importants que l'éducation, l'écosystème stable ou la justice sociale...

Pour ne considérer que la première des conditions préalables, comment les professionnels pourraient-ils travailler à instaurer « la paix » ? Mais qui a dit que la charte ne s'adressait qu'aux professionnels de santé ? Parmi les trois organisateurs de la conférence d'Ottawa figure l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une organisation gouvernementale. On parle tellement des organisations non gouvernementales qu'on en vient à oublier que le terme a été créé pour

distinguer les institutions associatives, de statut privé, des organisations gouvernementales, de statut public. Quand l'OMS s'exprime, ce sont les gouvernements qui eux-mêmes se font des recommandations. On n'a pas entendu dire que l'administration de l'OMS ait été désavouée, après la conférence d'Ottawa, par l'Assemblée mondiale de la santé, constituée des ministres de la santé de tous les États membres de l'ONU.

Ce sont donc, à travers l'OMS, des gouvernements qui affirment ainsi considérer que la paix est un préalable à la santé de leur peuple. Ne rêvons pas trop à la mise en application immédiate de cette déclaration, dans un temps où la famine, les agressions envers l'environnement, le déplacement des populations apparaissent comme des armes utilisées dans tous les conflits, par les pays industrialisés comme par les autres. Mais saluons le fait que cela ait été dit et que cela peut être utilisé par tout citoyen, par tout groupement de personnes, dans les débats démocratiques.

Et les professionnels ? Bien sûr, la charte d'Ottawa s'adresse aussi à eux et il faut se souvenir qu'un autre des organisateurs de la conférence était la Société canadienne de santé publique. Deux modalités au moins de lecture de la charte les concernent dans l'énumération de ces préalables.

D'une part, il n'est pas inutile de rappeler que, travaillant à la santé des gens, on travaille sur ce que peuvent menacer les manquements à la paix, à la satisfaction des besoins essentiels, à la justice sociale, à la préservation de l'environnement, au devoir d'éducation. Cette transcendance permet aux professionnels de santé de mieux apprécier la hauteur de leur mission, la grandeur (au sens propre et au sens figuré) de leur champ d'action. Elle

encourage à prendre du recul par rapport aux pratiques du quotidien et aux étroitesse des institutions. Non, nous ne pouvons pas grand chose, en tant que professionnels, sur la paix et le développement durable, sur la justice sociale et l'équité. Non, bien sûr, nous n'allons pas attendre que tout cela soit réalisé pour travailler à la promotion de la santé.

Mais, d'autre part, l'interpellation est salutaire car les professionnels sont aussi des citoyens comme les autres, et surtout parce qu'ils savent. Ce sont eux qui, mieux que d'autres, savent à quel point l'insécurité – la vraie, pas celle que fabriquent les médias et quelques politiques pour mieux rognier la démocratie –, la pauvreté, le chômage génèrent des atteintes terrifiantes au bien-être et à la santé. Les professionnels voient les situations, en identifient les causes. Ils sont des témoins et ont le devoir de témoigner. En témoignant, pour poursuivre dans la métaphore judiciaire, ils peuvent aussi être avocats, plaider pour les personnes et les groupes écrasés par leurs conditions d'existence, et constamment rappeler aux décideurs, personnellement ou plus probablement par leurs associations professionnelles, leur responsabilité directe dans la santé des populations. Il ne s'agit pas d'agresser, mais d'expliquer, car beaucoup de responsables, imprégnés du modèle biomédical de gestion de la santé, imaginent de bonne foi que tout est un problème de médecine...

Tout n'est justement pas un problème de médecine et les professionnels de santé pourraient même refuser d'intervenir si leur action ne devait être qu'un alibi à la perpétuation de situations dramatiques, une façon de donner bonne conscience aux responsables. Osons une comparaison sans doute exagérée : des groupes entiers

de population sont physiquement et mentalement torturés par les manquements aux conditions préalables à la santé et par la mondialisation : soigner les victimes de la torture est une nécessité, mais contribuer à la bonne conscience des tortionnaires est un acte complice.

Les professionnels ont encore une responsabilité à propos des conditions préalables à la santé. N'oublions pas que ce qui est en jeu est le contrôle exercé par les gens sur leur santé. Peut-on contrôler ce que l'on ne connaît pas ou ce que l'on ne comprend pas ? Qui peut décrypter avec les personnes et les groupes, les mécanismes en cause dans l'altération de la santé, sinon les éducateurs de santé ? N'est-ce pas là une piste pour l'éducation à la santé dans une vraie perspective de promotion de la santé ?

Promouvoir des politiques publiques de bonne santé

La charte d'Ottawa, dans sa traduction en français du mot « *healthy* », dit « *des politiques publiques saines* ». Cette version est réductrice, ou franchement trompeuse. Il s'agit en fait de politiques publiques conformes aux exigences de bonne santé des citoyens. Cet axe stratégique est souvent mal compris, d'une manière limitée à des politiques publiques de santé, au niveau des pays. Cette interprétation est doublement erronée. La charte dit clairement que tous les secteurs des politiques publiques sont concernés, et pas seulement le secteur sanitaire. En d'autres termes, il s'agit de politiques sociales, économiques, éducatives, des politiques de l'emploi et des loisirs, de l'environnement, de l'urbanisme et de l'habitat. C'est une interpellation très directe de tous les décideurs sur leur responsa-

bilité en matière de santé. La tentation est toujours grande, quand un problème de santé se pose, d'en référer au ministère de la Santé où à l'administration sanitaire. Bien des décideurs sont, de façon souvent inconsciente, des adeptes fidèles du modèle biomédical de la santé. Un problème ? Voyez le docteur...

Il s'agit là, fréquemment, d'une solution de facilité, évitant de considérer le fond des problèmes. Développer des solutions d'accès aux soins pour les pauvres est nécessaire, mais non suffisant si, simultanément, des mesures sociales et économiques volontaristes de lutte contre la pauvreté ne sont pas prises. S'occuper de la santé des chômeurs est bien, mais ne saurait dispenser de mesures structurelles de création d'emplois. Dépister le saturnisme infantile peut être justifié, mais ne peut éviter de promouvoir une politique de logement des familles démunies. Les exemples pourraient être multipliés. Il faut que les responsables politiques soient conscients des implications sanitaires de leurs décisions et de leurs non-décisions.

L'autre malentendu fréquent est de ne concevoir la proposition de développer des politiques publiques de bonne santé qu'à l'échelon national. Et bien des praticiens de la santé publique ne se sentent pas concernés, d'abord parce qu'apparemment seules les politiques sont interpellées ici, ensuite parce que le niveau national leur paraît bien éloigné de leur terrain...

La charte d'Ottawa ne précise pas, en fait, qu'il s'agit de politiques nationales. On peut donc imaginer que les politiques publiques de bonne santé dont il est question se déclinent également à l'échelon départemental ou local. Le maire d'une petite commune prend également des mesures de politique publique qui ont un impact sur la

santé ; pensons à l'urbanisme, à la circulation routière, aux transports, etc. Plus localement encore, un chef d'établissement scolaire, un responsable d'entreprise, déterminent une politique de bonne – ou de moins bonne – santé pour les enfants et les adultes dont ils ont la responsabilité. Un proviseur de lycée, définissant la promotion de la santé et le rôle qu'il pouvait jouer à son égard, disait : « *pour moi, c'est que toute décision que je prends, concernant la vie dans le lycée, y compris à propos de l'organisation de l'enseignement, soit conforme au bien-être et à la bonne santé des élèves et des adultes de la communauté éducative* ».

À ce niveau, les éducateurs de santé peuvent se sentir concernés. Certes, ils ne prennent pas les décisions, mais ils sont fréquemment les « conseillers techniques » des décideurs. C'est le cas, officiellement, des professionnels de santé scolaire à l'égard des responsables administratifs de l'Éducation nationale. C'est le cas, officieusement, de bien des médecins ou pharmaciens, ou responsables de comités d'éducation à la santé, sollicités pour donner un avis ou intervenir dans des problématiques locales de santé. Et, dès lors, pourquoi cette fonction de conseil technique serait-elle limitée au niveau local ? À tous les échelons, ceux qui décident ont besoin d'être informés ; il leur faut le témoignage de ceux qui sont confrontés quotidiennement à des souffrances que des mesures de politique publique « de bonne santé » auraient pu éviter.

Un tel travail paraît effectivement plus délicat au niveau national. Il est cependant indispensable et peut être mis en œuvre par les nombreuses associations professionnelles existant dans le champ de la santé. Il ne peut y avoir de politiques publiques de bonne santé si ceux qui les décident

ne sont pas informés, conseillés, encouragés. Dans des logiques politiques où les intérêts en cause sont fréquemment contradictoires, la participation aux débats et le plaidoyer pour la santé sont une fonction phare des éducateurs de santé. C'est une bonne façon de « *faire de la politique de santé* ».

Créer des environnements « supportifs »

Là encore, on est obligé de recourir à une traduction littérale et néologique du texte anglais original. Car la traduction française officielle évoque « *des milieux favorables* » : c'est plat et insuffisant. Le paragraphe qui suit ce titre appelle l'attention sur la conservation des ressources naturelles : cette préoccupation est effectivement fondamentale et constitue un enjeu majeur de promotion de la santé au niveau local comme à celui de l'ensemble de la planète.

Mais le texte va beaucoup plus loin : il s'agit bien de faire en sorte que l'environnement physique et plus encore social, « *supporte* », soutienne, les personnes et les communautés dans leurs efforts de promotion, de changement, de bien-être. Il invite à « *veiller les uns sur les autres* ». « *La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables* »... On pourrait ajouter « *et vice versa* ». Dans la pratique, on est encore loin des conditions de travail épanouissantes et certaines méthodes actuelles de gestion de salariés comportent explicitement un harcèlement moral cherchant à atteindre les personnes dans leur dignité et leur santé. C'est ce type d'environnement qu'il faut dénoncer.

Les environnements « *supportifs* », ce sont aussi tous ceux qui permet-

tent aux personnes et aux groupes de changer leurs comportements, en les « portant », littéralement. C'est une voie magnifique pour l'éducation à la santé, qui s'est toujours donné tant de mal pour modifier les comportements des personnes, parfois sans se soucier de la compatibilité entre les efforts demandés et les conditions de vie des intéressés. Cette problématique a déjà été argumentée, en particulier par Brigitte Sandrin Berthon. Plutôt que d'essayer de convaincre les gens de transformer leurs pratiques, il est plus efficace – et plus acceptable du point de vue éthique – d'agir pour changer leur environnement. Souvenons-nous de l'exemple fourni par B. Sandrin Berthon dans le livre *Apprendre la santé à l'école* : on amène plus facilement les enfants à de bonnes pratiques d'hygiène corporelle si l'école est aménagée de manière « *supportive* » à cet égard, avec un cadre attrayant et propre, des sanitaires confortables, de l'eau chaude, du savon, des serviettes, des possibilités de se brosser les dents et de ranger les brosses, etc. Cette démarche est d'autant plus justifiée que l'on sait depuis longtemps que beaucoup de comportements de santé sont imposés par les conditions de vie et d'environnement et non pas choisis librement.

Elle rejoint évidemment l'incitation à des « *politiques publiques de bonne santé* ». Car les pratiques à changer deviennent dès lors celles des responsables sociaux et économiques. Ce sont eux qui doivent constituer le groupe prioritaire de nos interventions et non pas les usagers souvent culpabilisés par elles d'adopter des conduites qu'ils n'ont pas la possibilité de modifier. Les personnes, en particulier les plus vulnérables et les plus fragiles, ont une énergie considérable à déployer pour vivre et assurer

leur quotidien. N'ajoutons pas à leur fardeau en attendant d'elles des efforts supplémentaires là où il suffirait d'améliorer leur environnement.

Il faut impérativement, avant d'entreprendre un programme visant à changer des comportements individuels, passer en revue les éventualités d'action sur l'environnement et de travail avec ceux qui en sont responsables.

Réorienter les services de santé

Cette modalité d'intervention est la dernière citée dans la charte d'Ottawa, parce qu'elle concerne des institutions et des professionnels. Mais préférons la considérer avant celles qui interpellent les usagers. « *Le secteur sanitaire, dit la charte, doit se doter d'un nouveau mandat, plaider pour une politique de santé multisectorielle, soutenir les personnes et les groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains* ». Peut-être la rédaction du texte, en insistant sur l'action multisectorielle, déjà suggérée par les politiques publiques de bonne santé, ne met-elle pas suffisamment l'accent sur les changements à opérer au sein même des services de santé ?

Nos services de santé restent marqués par un cloisonnement entre les activités de nature curative et la prévention. La notion de promotion de la santé ne fait pas cette distinction perverse entre les différentes manières de « *prendre soin* » de la santé d'une population, par des mesures de soins curatifs ou préventifs où il est souvent difficile de faire la part des uns et des autres. Plaider pour la prévention, de manière quasi incantatoire comme le font beaucoup de politiques, ou créer des institutions dévolues à la seule

prévention, est inefficace et illusoire. Tant que l'on opposera ou dissociera soins préventifs et soins curatifs, ces derniers auront la part belle dans un permanent déséquilibre au profit du visible, du court terme, de la prouesse technologique.

La promotion de la santé ne fait pas ce clivage. Les soins curatifs permettent évidemment, lorsqu'ils sont justifiés et de bonne qualité, de promouvoir la santé, comme un des éléments d'un ensemble global d'interventions. La charte d'Ottawa ne va pas assez loin dans ce sens, en restant ici dans des considérations trop générales.

La promotion de la santé demande un vrai bouleversement de la logique actuelle des services de santé, trop exclusivement orientés vers des soins techniques nécessaires, mais non suffisants. Il leur manque une vision globale des besoins de santé des populations qu'ils servent. De plus en plus de médecins généralistes l'ont compris dans le secteur ambulatoire ; à l'hôpital, les infirmier(e)s ont développé des approches modernes des soins globaux. Il reste beaucoup à faire... Et ceux qui peuvent faire beaucoup dans ce domaine sont les usagers eux-mêmes. L'institution médicale, empêchée par son conservatisme, a peu de chance de se réformer de l'intérieur. Elle le fera si elle y est poussée, du dehors, par ses usagers. La « *démocratie sanitaire* » évoquée dans les pages qui précèdent par A. Laurent-Beq et J. Pommier n'est plus seulement un slogan facile : elle devient une réalité, et le sera d'autant mieux que l'éducation à la santé saura aider les citoyens à trouver la place qu'ils doivent désormais tenir dans le système de santé.

Mais il faut également préparer les professionnels de santé au changement des politiques qu'impliquent ces

évolutions. Clairement, il faut réorienter la formation initiale et continue des médecins ; les infirmier(e)s ont déjà parcouru une grande partie du chemin. Un colloque s'est tenu à Besançon, en novembre 2002, sur « *la responsabilité sociale des facultés de médecine* ». Responsables universitaires et associations d'usagers ont convenu qu'ils devaient travailler ensemble, que les associations de patients avaient à apprendre des médecins et que ceux-ci ont aussi besoin de leur expérience et de leurs compétences. Des usagers formant des médecins ? Peu y auraient cru dans un passé récent. Et pourtant...

Renforcer l'action communautaire

Ici, la charte est claire, évoquant « *la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise de décision et à l'élaboration des stratégies de planification* ». Il faut d'emblée remarquer que le texte ne désigne pas particulièrement les priorités de santé ni la planification sanitaire ; il ne parle pas de « santé communautaire », mais d'« action communautaire ». C'est logique si l'on considère que la promotion de la santé s'intéresse à tous les déterminants de la santé et pas seulement aux services de santé. Ce qui est en cause ici, c'est la notion de développement social communautaire. Il faut se méfier des projets trop spécifiques de « santé communautaire », souvent téléguidés, dans leur genèse et leur fonctionnement, par des professionnels de santé. L'action communautaire, au sens large, a son origine dans les initiatives venues de la communauté et non pas des professionnels ou des institutions. Même si elle n'aborde pas précisément des problématiques de santé, elle s'intègre tou-

jours dans un contexte de promotion de la santé puisqu'elle réalise une mobilisation en vue de meilleures conditions de vie, de plus de bien-être.

Du développement social communautaire aux « *politiques publiques de bonne santé* » et aux « *environnements supportifs* », ou encore aux associations d'usagers dont il était question plus haut, il n'y a pas loin. De fait, la charte d'Ottawa est rédigée dans une grande cohérence. Elle propose une véritable alternative aux fortes tendances politiques et économiques du moment. D'une part, elle complète notre démocratie représentative par des procédures de démocratie participative et cela n'est pas superflu dans un contexte de crise du politique et de perte de confiance du peuple à l'égard de ses représentants élus. D'autre part, en multipliant les incitations à un développement communautaire local, donc à une démocratie locale, en donnant une place au secteur associatif, elle peut contribuer à rééquilibrer le jeu social et économique actuellement faussé par les mécanismes d'un processus de mondialisation, dont les ficelles sont tirées par des groupes financiers peu soucieux de la démocratie et du bien-être des populations.

Acquérir des aptitudes individuelles

Cette cinquième proposition d'action est souvent interprétée comme une invitation à confirmer les approches individuelles classiques de l'éducation à la santé. Mais le texte est plus riche. S'il évoque effectivement l'éducation à la santé, il fait également mention des « *aptitudes indispensables à la vie* ».

Concrètement, de quelles aptitudes peut-il s'agir ? À l'évidence, de celles

que requière la contribution à des décisions de politiques publiques de bonne santé, à la création d'environnements « *supportifs* », à l'évolution du système de santé, au développement communautaire. Sans cette signification donnée à l'acquisition d'aptitudes individuelles, la charte devient incompréhensible.

C'est donc à une singulière révision des objectifs de l'éducation à la santé que nous sommes invités. Aider les personnes à agir en citoyens responsables, à s'informer, à prendre la parole, à intervenir dans les grands débats de société, à s'investir dans des actions communautaires... Donner les compétences permettant de décrypter les mécanismes sociaux et économiques générateurs d'altération de la santé et de s'organiser pour agir localement (ou à un échelon plus élevé) afin d'y faire obstacle... Il s'agit vraiment là de contribuer à l'acquisition de compétences en vue « *d'exer-*

cer un plus grand contrôle sur sa santé » et sur les déterminants de celle-ci. On est bien loin des dix commandements de la bonne santé et de tous les messages injonctifs, normatifs que la modernisation de l'éducation à la santé n'a pas encore éliminés des pratiques professionnelles.

La charte d'Ottawa invite à donner une autre dimension à l'éducation à la santé, en conférant aux personnes la capacité à retrouver un pouvoir sur les déterminants de leurs conditions de vie et de leur santé. À l'heure de la mondialisation, la promotion de la santé permet à chaque personne et à chaque groupe de ne pas se laisser écraser par les excès de ceux qui prônent la seule performance individuelle et la recherche du profit comme seul objectif de vie... pour quelques-uns, s'accommodant de la mise en dépendance ou de l'exclusion du plus grand nombre.

Charte d'Ottawa

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa en ce 21^e jour de novembre 1986, émet la présente Charte pour l'action, visant la Santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà.

Promotion de la santé

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève 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 donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

Conditions préalables à la santé

Les conditions fondamentales et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, l'éducation, la nourriture, un revenu, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.

Promouvoir l'idée

Une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie. Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé. La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la **promotion** des idées.

Conférer les moyens

La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé. Cela comprend une solide fondation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des choix sains. Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé. En outre, cela doit s'appliquer également aux hommes et aux femmes.

Servir de médiateur

Seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé. Fait encore plus important, la promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont particulièrement responsables de la **médiation** entre les intérêts divergents, en faveur de la santé.

Les programmes et stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux besoins et possibilités locaux des pays et régions, et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

L'intervention en promotion de la santé signifie que l'on doit :

Élaborer une politique publique saine

La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard.

Une politique de promotion de la santé combine des méthodes différentes mais complémentaires, et notamment : la législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels. Il s'agit d'une action coordonnée qui conduit à la santé, et de politiques fiscales et sociales favorisant une plus forte égalité. L'action commune permet d'offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé, et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants.

La politique de promotion de la santé suppose l'identification des obstacles gênant l'adoption des politiques publiques saines dans les secteurs non sanitaires, ainsi que la détermination des solutions. Le but doit être de rendre les choix sains les plus faciles pour les auteurs des politiques également.

Créer des milieux favorables

Nos sociétés sont complexes et interreliées, et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs.

Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une approche socio-écologique de la santé. Le grand principe directeur menant le monde, les régions, les nations et les communautés est le besoin d'encourager les soins mutuels, de veiller les uns sur les autres, de nos communautés et de notre milieu naturel. Il faut attirer l'attention sur la conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité mondiale.

L'évolution des schèmes de la vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de la rendre plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets du milieu sur la santé – et plus particulièrement dans les domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation, qui évoluent

rapidement – est indispensable ; de plus, elle doit être suivie d'une intervention garantissant le caractère positif de ces effets. La protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention majeure dans toute stratégie de promotion de la santé.

Renforcer l'action communautaire

La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé.

La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière.

Acquérir des aptitudes individuelles

La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et de faire des choix favorables à celle-ci.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. Cette démarche doit être accomplie à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes.

Réorienter les services de santé

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les institutions offrant les services et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant les intérêts de la santé.

Le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation des soins médicaux. Ce secteur doit se doter d'un nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique sanitaire multi-sectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains.

La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche sanitaire, ainsi que des changements au niveau de l'éducation et de la formation professionnelle. Ceci doit mener à un changement d'attitude et d'organisation au sein des services de santé, recentrés sur l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement.

Entrer dans l'avenir

La santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne : là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime. Elle résulte des soins que l'on s'accorde et que l'on dispense aux autres, de l'aptitude à prendre des décisions et à contrôler ses conditions de vie, et de l'assurance que la société dans laquelle on vit offre à tous ses membres la possibilité de jouir d'un bon état de santé.

L'intérêt pour autrui, l'approche holistique et l'écologie sont des éléments indispensables à la conceptualisation et à l'élaboration des stratégies de promotion de la santé. Ainsi donc, les auteurs de ces stratégies doivent adopter comme principe directeur le fait que, à tous les niveaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, hommes et femmes sont des associés égaux.

L'engagement face à la promotion de la santé

Les participants de cette conférence s'engagent :

- à intervenir dans le domaine des politiques publiques saines et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en ce qui concerne la santé et l'égalité dans tous les secteurs ;
- à contrer les pressions exercées en faveur des produits dangereux, des milieux et conditions de vie malsains ou d'une nutrition inadéquate ; ils s'engagent également à attirer l'attention sur les questions de santé publique telles que la pollution, les risques professionnels, le logement et les peuplements ;
- à combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités produites dans ce domaine par les règles et pratiques des sociétés ;
- à reconnaître que les individus constituent la principale ressource sanitaire, à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, eux, leur famille et leurs amis ; ils s'engagent également à accepter la communauté comme le principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être ;
- à réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé, et à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, ce qui est encore plus important, avec la population elle-même ;
- à reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social majeur, et à traiter la question écologique globale que représentent nos modes de vie.

Les participants de la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé publique.

Appel pour une action internationale

La Conférence demande à l'Organisation mondiale de la santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des programmes et stratégies de promotion de la santé.

Les participants de la Conférence sont fermement convaincus que si les gens de tous milieux, les organismes non gouvernementaux, les associations bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la santé et toutes les autres instances concernées s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales inhérentes à cette Charte, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra une réalité.