

Peter-Ernst Schnabel

# Promotion de la santé familiale: peut-on mesurer la santé?

## Les déterminants de la santé et la façon de les évaluer

La santé se distingue-t-elle essentiellement de la maladie? L'être humain la perçoit-il uniquement de façon subjective, sans pouvoir la mesurer ni la construire? S'agit-il là d'un préjugé soigneusement entretenu? Notre système de santé et ses acteurs ne se préoccupent des êtres humains qu'au moment où ils sont malades ou risquent de le devenir, et ne manifestent que peu d'intérêt pour le façonnement et la prévention de la santé.

La santé et la maladie s'entourent toutes deux de sensations subjectives. Mais la santé s'exprime également par des caractères mesurables d'ordre somatique, psychique ou social grâce auxquels on peut assez bien la délimiter par rapport à la maladie. Les sciences de la santé ont identifié des déterminants permettant d'évaluer la façon dont les familles façonnent et préservent la santé [1]. La connaissance de ces déterminants est très utile à toutes les personnes intervenant dans les domaines thérapeutique et social où il vaut mieux prévenir que guérir. La suite de cet article montre comment on peut mesurer la santé et dresser le bilan de santé de la famille et de ses membres.

### Les déterminants de la santé familiale

Nous faisons appel au concept de déterminant et non à celui d'indicateur car dans les études contrôlées, les indicateurs font l'objet de vérification empirique et de justification statistique par corrélation, voire même de vérification par des méthodes d'observation participante. La recherche et la pratique familiales en sont encore fort éloignées. Les déterminants dont on dispose actuellement (fig. 1 et 2) sont issus de méta-analyses des études partielles dont les résultats sont disponibles et de réflexions basées sur des modèles théoriques, et on peut se les représenter comme des prototypes d'indicateurs [2]. Ils nous permettent aujourd'hui déjà de mettre au point une promotion professionnelle et appropriée de la santé à l'intention des familles et de leurs membres. Pour pouvoir identifier et appliquer judicieusement ces déterminants, il faut absolument: (a) faire la distinction entre les déterminants *individuels* et les déterminants *systémiques* se rapportant à la famille dans son ensemble, (b) s'informer sur leurs *interactions réciproques*, et (c) lors des analyses et des interventions s'adressant à un membre individuel ou à la famille dans son ensemble, toujours veiller *simultanément* à ces deux entités et aux rapports entre elles. Ces entités sont reliées par un tissu d'interactions très serré (voir recouplement des ellipses en

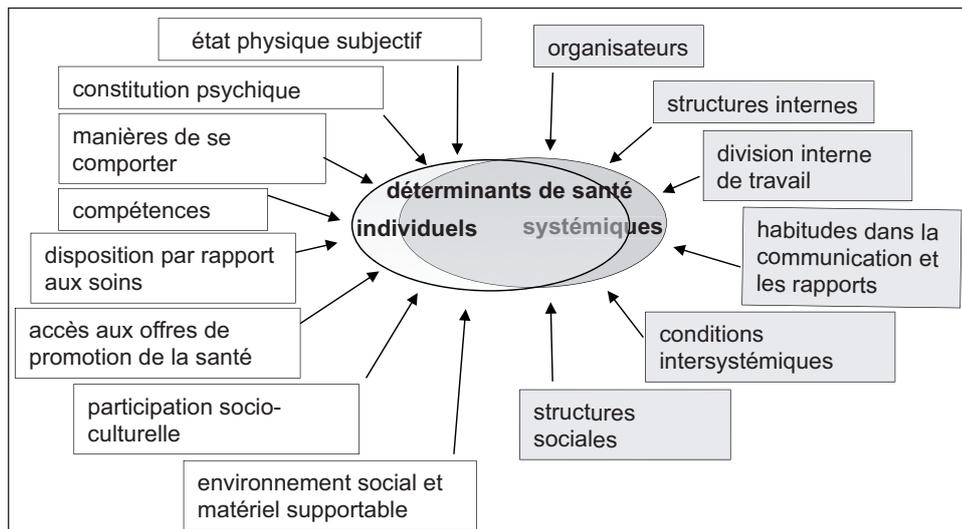


Figure 1  
Déterminants de la santé familiale.

fig. 1), mais il peut arriver que l'une évolue avec une certaine autonomie par rapport à l'autre<sup>1</sup>.

Parmi les déterminants de la santé dont la pertinence a été confirmée par l'expérience (fig. 1, trame de fond grise) figure la *maturité* des parents ou d'autres personnes de confiance responsables de l'organisation de la vie de famille. Une personnalité faisant preuve d'une plus grande maturité sera mieux à même de transmettre à la génération montante des traits de caractère constitutifs de la personnalité et essentiels pour la santé (confiance fondamentale, conscience de soi, sentiment de confiance en sa capacité d'agir, sentiment de cohérence<sup>2</sup>). L'ambiance familiale est marquée par les *structures hiérarchiques internes* (direction pédagogique rigide ou douce), par la *division du travail* entre parents, entre parents et enfants, entre enfants, entre garçons et filles et entre enfants de différents âges, ainsi que par l'authenticité, la sincérité et la fiabilité de la *communication* intrafamiliale. Trop de sévérité, la tendance à se décharger des tâches familiales quotidiennes aux dépens d'autres membres de la famille, le manque de franchise et/ou l'absence de

<sup>1</sup> Outre les familles qui fonctionnent et dont les membres sont en bonne santé, et les familles dysfonctionnelles avec des membres malades, il existe également (et plus fréquemment qu'on ne le pense) des familles qui fonctionnent avec des membres malades et des familles dysfonctionnelles dont tous les membres sont en bonne santé.

<sup>2</sup> «Sense of coherence»: ce terme a été introduit par Aaron Antonovsky [6], sociologue israélo-américain et spécialiste des sciences de la santé, pour désigner un ensemble de capacités nous permettant de comprendre le sens de ce que nous sommes en train de vivre (comprehensibility), de trouver un sens à ce que nous entreprenons pour nous développer et grandir en bonne santé (meaningfulness) et de maîtriser les problèmes qui se posent à nous (manageability).

cohérence dans la résolution des problèmes familiaux et dans l'application autoritaire de mesures éducatives engendrent des tensions entre individus et des *problèmes de régulation*. Ces obstacles empêchent la famille de développer ses *potentiels de santé* et peuvent représenter une source permanente de stress conduisant à la maladie. La situation est similaire lorsque certains membres de la famille, à cheval entre différents *systèmes*, (jardin d'enfants, école, formation professionnelle, poste de travail) sont confrontés à des exigences multiples ou contradictoires sans disposer des compétences communicatives nécessaires pour y répondre avec empathie et solidarité tout en préservant leur santé. La probabilité qu'une famille subisse une *diminution* de sa capacité

fonctionnelle, une *désintégration* de sa structure et/ou une *maladie* de ses membres, un départ anticipé à la retraite ou un décès précoce en raison de problèmes non résolus est d'autant plus faible qu'elle est bien *intégrée* socialement et dispose d'un niveau supérieur de *sécurité matérielle*, de *formation*, de *capital social*<sup>3</sup> et de *couverture* en cas de maladie, et qu'elle sait mettre à profit les *offres de promotion de la santé*.

Nous connaissons aujourd'hui toute une série de déterminants de la santé (fig. 1, côté gauche). Ils nous enseignent que la santé dépend essentiellement de la forme *physique* (bon fonctionnement des organes, de l'appareil musculo-squelettique, du système immunitaire etc.) et *mentale* (confiance fondamentale, capacité d'établir des relations, conscience de soi, sentiment de confiance en sa capacité d'agir, sens de la cohérence etc.), ainsi que du *comportement* en relation avec les facteurs de risques connus en médecine préventive (nutrition, exercice physique, maîtrise du stress, dépendance, comportement sexuel, etc.). A noter également, sur le plan individuel, la faculté de *faire face* aux conflits et problèmes de manière aussi peu agressive que possible à l'égard des autres ou de soi-même (coping), la capacité de *planifier* et de *mener* sa vie au service de la santé. S'y ajoute la *disposition individuelle par rapport aux soins*: elle comprend la prise de conscience des besoins en soins et la capacité à se les approprier, seul ou avec de l'aide, même en présence de résistance, et à s'assurer un accès facilité à des *offres de prévention et de promotion de la santé*, à faire usage de ressources culturelles, à prendre des initiatives personnelles sur le plan de la politique, du quartier ou d'autres actions d'entraide et à trouver satisfaction dans les avantages que procure un environnement débarrassé de fardeaux sociaux et de polluants. A partir d'études longitudinales [4] et de comparaisons d'études au sein de méta-

<sup>3</sup> Il s'agit d'un concept issu des sciences sociales françaises et introduit récemment dans le domaine de la recherche sur la promotion de la santé [3]. Le politologue états-unien Robert D. Putnam a été le premier à l'utiliser comme indicateur du degré de fonctionnement pourvoyeur de cohérence au sein de la vie communautaire. Ce concept se réfère à l'espace social dans lequel évoluent les êtres humains et aux opportunités qu'il leur offre de s'investir, seuls ou avec d'autres, pour une cause politique, sociale et/ou culturelle, ou pour leur propre bien (sentiment de bien-être, satisfaction personnelle, santé) ou pour celui de la région dans laquelle ils vivent, le plus souvent de façon bénévole/informelle (dans des associations, activités de voisinage, organisations d'entraide, partis etc.)

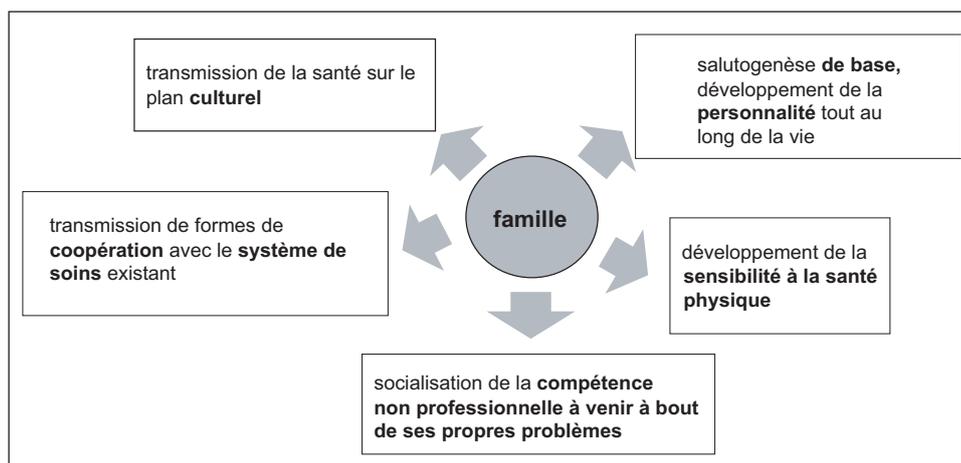


Figure 2  
Importance de la famille pour la salutogenèse.

analyses [5] nous savons que la santé se construit à partir de quelque 15% de déterminants organiques et génétiques, d'environ 20% d'attitudes et comportements individuels, de 15% du système de soins et de quelque 50% de conditions sociales (strate sociale, sexe, origine ethnique, situation matérielle etc.).

### Importance de la famille pour la salutogenèse

Le sociologue états-unien Aaron Antonovsky [6] a désigné par *salutogenèse* la faculté humaine de rester en bonne santé malgré les circonstances contraires de la vie – par opposition avec la *pathogenèse* qui représente le noyau de la pensée et de l'action curatives – et il en a fait le point de départ d'une recherche axée sur la santé. La *capacité de santé* est un concept représentant les bienfaits que l'individu acquiert au sein de son parcours de santé et les modifications qu'il fait intervenir sans cesse dans ce processus. Cette capacité possède deux composantes: la *compétence de santé* [7] et l'*aptitude à la santé* [7], et elle inclut les compétences et ressources physiques, psychiques et sociales de l'individu, ainsi que la capacité à organiser sa *vie* de façon aussi autonome et saine que possible dans un environnement plus ou moins favorable à la santé [8]. Au sein de ces phénomènes de santé, la famille joue un rôle prépondérant et irremplaçable: très tôt, elle commence à exercer une influence sur l'enfant en pleine croissance; elle est capable de donner des impulsions significatives sur le plan de la santé qui soient en rapport étroit avec la *capacité de lien*; elle accompagne l'individu et occupe le rôle d'une instance (famille d'origine > famille propre > famille des enfants) influençant de près ou de loin *toute la vie* par une action à charge plus ou moins positive ou négative. Selon les connaissances actuelles, les principales contributions de la famille à la salutogenèse se répartissent en cinq domaines de déterminants (fig. 2):

1. La *salutogenèse de base*: il s'agit, par une communication correspondant aux faits et au développement de l'enfant, de la construction de relations entre parents et enfants porteuses de capacités à aimer et à se lier ainsi que de compétences sociales et communicatives. Elles permettront à la descendance de développer une *personnalité* dotée d'un sens de la cohérence ainsi qu'un soi-même et une identité sociale capables de performance et d'endurance [10].
2. La *sensation corporelle*: on ignore encore dans quelle mesure les parents servent de modèle de pensée et d'action dans la

transmission de la vision du monde biomédical et de la sensation corporelle [11], sous-jacent au système de soins largement répandu actuellement, dépourvu de complexité et unidimensionnel. En raison de leur influence particulière, les parents peuvent également aller dans le sens contraire et transmettre une sensation corporelle plus globale et complexe, sensible aux risques de santé et aux pressions psychosociales antérieures aux événements pathologiques affectant l'organisme tout entier.

3. Une *compétence à prendre soi-même les choses en mains*: la famille fait appel à l'expérience des parents et de l'environnement social pour développer la compétence à prendre soi-même les choses en mains en ce qui concerne la maladie et la santé *sans être professionnel*. Les membres de la famille ne sont pas les seuls à bénéficier de cette compétence. Le fait que la famille d'origine prenne en charge quelque 60 à 70% des cas où interviennent des soins et qu'elle vienne à bout de 70% des situations d'ordre pathologique ou qu'elle les prévienne par l'éducation et l'information souligne l'importance de la famille au sein du système de soins. Sans cette contribution, ce dernier serait fortement surchargé.
4. *Compliance et critique*: la famille entraîne sa descendance à faire usage des prestations offertes par le système de santé et ses acteurs. Nous savons depuis bien longtemps que seules les personnes ayant appris à s'imposer, à parler un langage compréhensible par les prestataires de services de santé et à s'assurer convenablement contre la maladie pourront se procurer les meilleurs soins. A ce propos, la famille peut agir sur le plan de la transmission d'une *compliance* sans restriction ou dans celle d'un comportement de consommation informé, *critique* et responsable – que les professionnels des soins et de la promotion de la santé exigent également, mais pour des raisons différentes.
5. *Transmission culturelle*: finalement, les familles participent de la construction et de la transmission d'une culture de la santé qui varie en fonction de la strate sociale, du sexe, et du groupe d'âge – comme nous l'enseignent l'épidémiologie sociale [12], les études genre [13] et la recherche sur la jeunesse [14]. La transmission suit la lignée héréditaire et crée une régulation encore peu explorée de la pensée et du comportement sanitaires des êtres humains. Pour les professionnels de la thérapie et de la prévention qui cherchent à prendre influence sur la pensée et le comportement ayant cours au sein de groupes à problèmes sur le plan de la promotion de la santé, il est impératif de connaître ces mouvances s'ils veulent les modifier. Les groupes à atteindre peuvent comprendre par exemple des personnes socialement défavorisées, des hommes, des femmes, des jeunes, des personnes d'un certain âge ou des migrants ou familles de migrants.

## Conclusion

Les éléments que nous avons désignés plus haut comme des déterminants de la santé ne sont en somme que des domaines de déterminants. La recherche d'applications liées à la santé devrait à l'avenir élaborer de façon plus précise les déterminants essentiels

à l'intérieur de chaque domaine, les compléter et les élever au rang d'indicateurs en effectuant des vérifications empiriques. Tant que nous ne disposons pas de ces indicateurs, les thérapeutes et experts de la promotion de la santé ont la possibilité de se laisser guider par les déterminants cités ci-dessus sans risquer de se tromper. Comme les médecins de famille sont proches des patients et qu'ils disposent de connaissances particulières sur les circonstances du vécu et des problèmes de leurs familles, ils sont également concernés.

## Références

- 1 Schnabel PE. Familie und Gesundheit. Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung. Weinheim, München: Juventa, 2001.
- 2 Meyer K (Hrsg). Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht. Bern: Hans Huber, 2009:19 ff.
- 3 Hartung S. Förderung von Sozialkapital als Präventionsmassnahme? Einige theoretisch-normative Implikationen. In: Bittlingmayer UH, Sahrai D, Schnabel PE (Hrsg.). Normativität und Public Health. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2009:211–34.
- 4 Marmot MG. Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- 5 Broesskamp-Stone U. Assessing networks for health promotion. Framework and examples. Berlin et al.: Lit Verlag, 2004.
- 6 Antonovsky A. Unravelling the mystery of health. San Francisco. Jossey-Bass, 1987.
- 7 Kickbusch I. Health literacy: addressing the health and education divide. Health Promotion International. 2001;6(3):289–97.
- 8 Ruger JP. Health Capability. American Journal of Public Health. 2010;100(1):41–9.
- 9 World Health Organization (WHO). Ottawa Charta for Health Promotion: Ottawa, Ontario/Kan.
- 10 Krappmann L. Soziologische Dimensionen der Identität, 10. Aufl.. Stuttgart: Klett-Cotta, 2005.
- 11 Faltermaier T. Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer, 2005: 34ff.
- 12 Abel T, Abraham A, Sommerhalder K. Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und soziale Reproduktion von Ungleichheit. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg.). Gesundheitliche Ungleichheit, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2006:195–208.
- 13 Kolip P. Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitschutz – Gesundheitsforschung. 2008;51(1):28–35.
- 14 Engel U, Hurrelmann K. Was Jugendliche wagen. Weinheim, München: Juventa, 1998.

## Correspondance:

Prof. a. D., Dr. phil. Peter-Ernst Schnabel  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
Universität Bielefeld  
Universitätsstrasse 25  
D-33501 Bielefeld  
peter-ernst.schnabel@uni-bielefeld.de