

UE 1 Promotion de la Santé

L3 Santé Publique

Séance 01 : Les modèles biomédical et biopsychosocial de la santé

UE 1 Promotion de la Santé

Le choix d'une définition de la santé oriente la nature des pratiques de prévention, de promotion ou d'éducation pour la santé, influence les méthodes et les stratégies employées, ainsi que les publics visés et les acteurs impliqués.

Poser une définition explicite de concept semble donc un préalable nécessaire à toute intervention. Cependant, même si tout à chacun croit intuitivement savoir ce qu'est la santé, plusieurs acceptions coexistent pour ce terme. De fait, il peut être défini comme :

- une absence de maladie, mesurée par la présence ou l'absence de certains indicateurs de maladie et parfois de risque,
- un état biologique souhaitable, physique ou mental, évalué à l'aide d'indicateurs biophysologiques,
- un état de bien-être physique, mental et social, telle qu'elle est définie dans le préambule de la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (1946),
- une capacité individuelle à gérer sa vie et son environnement, c'est-à-dire à mobiliser ses ressources personnelles et sociales en vue de répondre aux nécessités de la vie.

UE 1 Promotion de la Santé

Depuis le milieu du 19ème siècle, les sciences de la santé reposent sur une conception cartésienne du corps – appréhendé comme une machine – et sur une conception dualiste des relations entre le corps et l'esprit.

→ Cette approche - qualifiée de biomédicale – est donc largement inspirée de la **doctrine du réductionnisme biologique**.

→ Elle est aussi fondée sur l'**hypothèse qu'une cause étiologique spécifique** et bien identifiable (par exemple, une bactérie) sous-tend chaque maladie, celle-ci s'exprimant à travers l'apparition de symptômes précis.

→ Cette doctrine de l'étiologie spécifique s'est vue très largement renforcé par les découvertes effectuées par des chercheurs comme Pasteur ou Koch, qui ont démontré que des lésions biochimiques ou physiologiques pouvaient causer des maladies. Leurs travaux conduiront à conclure qu'un individu non affecté (et sans lésion) ne ressentirait ou ne manifesterait aucun effet indésirable et serait en bonne santé, alors qu'un individu affecté (et avec lésion) développerait des symptômes et serait malade. Cette **approche dichotomique** considère donc santé et maladie comme des entités séparées, voire opposées.

Le modèle biomédical

Enfin, ce modèle suppose aussi qu'il existe potentiellement un traitement pour chaque pathologie, **l'objectif principal des sciences de la santé étant de découvrir et d'appliquer de manière judicieuse ce traitement au patient.** Essentiellement curatives, **les pratiques fondées sur le modèle biomédical accordent donc peu de place aux stratégies préventives ou éducatives.**

Certains postulats de cette conception biomédicale de la santé ont été remis en question au cours du 20ème siècle :

→ Premièrement, **la simple présence d'un facteur biologique spécifique ne suffit pas toujours à causer la maladie.** Par exemple, l'exposition à un rhinovirus ne suffit pas pour déclencher une rhinopharyngite.

→ Deuxièmement, il est aussi établi que **nombre de maladies présentent des étiologies aux facteurs multiples** et que l'apparition de symptômes fait s'entrecroiser plusieurs facteurs. En règle générale, les pathologies ont pour origines plusieurs déterminants, qu'ils soient biologiques (par exemple, les gènes ou le sexe), psychologiques (par exemple, le stress ou les croyances en santé) ou sociaux (par exemple, l'intégration sociale ou le niveau de vie

Le modèle biomédical

→ Par exemple, le diabète de type 2 est plus fréquemment observé chez des individus en surpoids ayant des antécédents familiaux, et son incidence augmente avec l'âge et en fonction du mode de vie (sédentarité, alimentation hypercalorique, hyperlipidique).

→ Troisièmement, **penser santé et maladie comme des entités séparées est discutable**. Ces deux notions apparaissent plutôt comme deux bornes d'un même continuum, où chaque individu peut être placé à un moment donné. S'il est impossible d'être en parfaite santé, chacun peut améliorer – ou dégrader – sa santé en modifiant son style de vie (par exemple, en cessant ou en démarrant une consommation de tabac). De fait, loin d'être stable, **sa position sur ce continuum évolue constamment, en fonction de ses expériences de la vie quotidienne**.

→ Enfin, la **démarche purement curative n'est pas toujours capable d'apporter une réponse immédiate à tout problème de santé**. Par exemple, plus de trente ans après son début, il n'existe toujours pas de traitement ou de vaccin susceptible d'enrayer la pandémie de sida.

Ces différents constats ont contribué à l'émergence au milieu du 20ème siècle d'une nouvelle approche de la santé, à travers le modèle biopsychosocial (O.M.S., 1946).

Le modèle biopsychosocial (O.M.S., 1946)

L'Organisation Mondiale de la Santé, dans le premier article de sa Constitution adoptée le 22 juillet 1946 à New York, définit la santé comme « ... ***un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*** ».

- Cette définition a pour grand intérêt de rappeler que l'homme n'est pas seulement un corps physique, mais aussi un être pensant et socialisé.
- Cette conception biopsychosociale de la santé est encore maintenant la plus consensuelle et la plus reconnue internationalement.

Le modèle biopsychosocial (O.M.S., 1946)

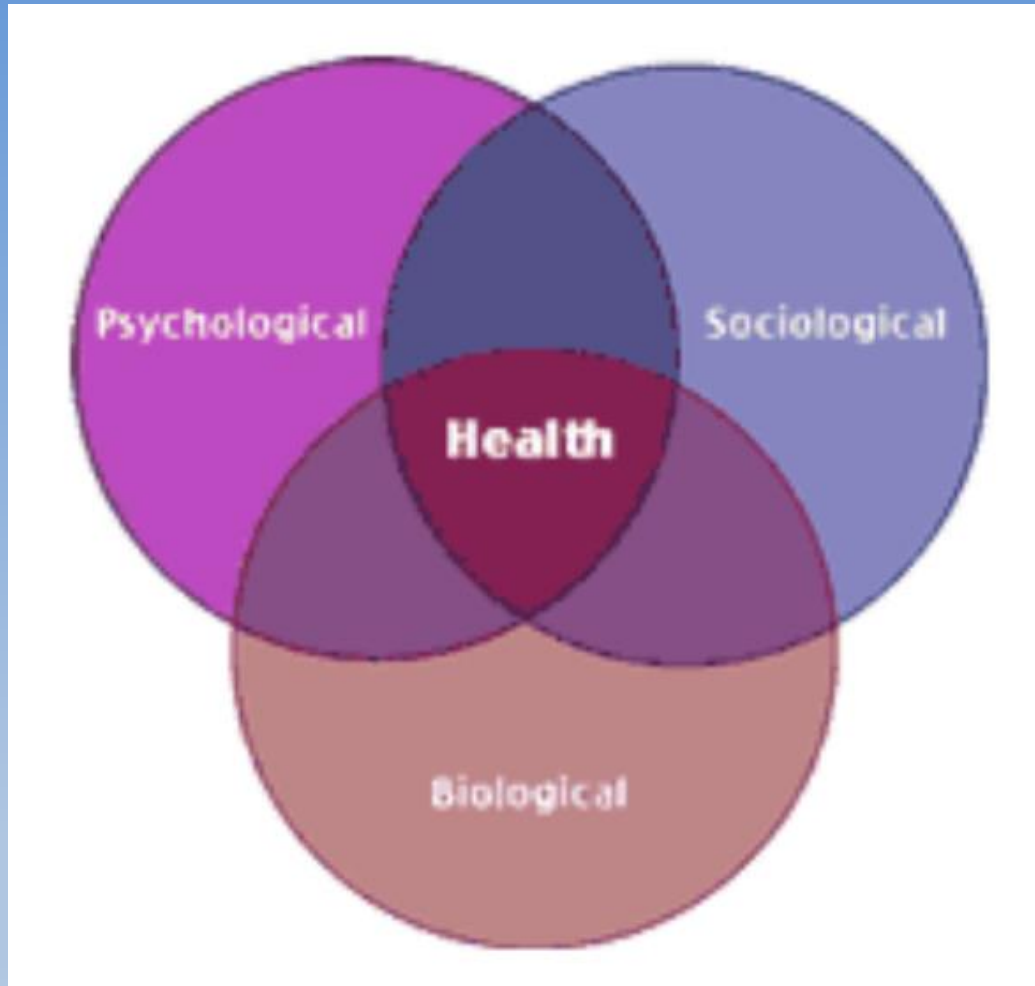


Figure 01 : Schéma illustratif du modèle biopsychosocial de la santé et de la maladie.

Le modèle biopsychosocial (O.M.S., 1946)

Ce modèle pose ainsi explicitement les trois dimensions de la santé, considérées comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie :

- **Physique** (facteurs génétiques ; facteurs pré et périnataux infectieux, endocriniens, métaboliques ; facteurs immunitaires ; ...),
- **Psychique** (*connaissances ; croyances et opinions en matières de santé ; facteurs de personnalité ; stratégies d'ajustement ; ...*),
- **Sociale** (*niveau économique ; habitat ; milieu et conditions de travail ; intégration sociale ; facteurs ethnoculturels ; religion ; modèle éducatif ; ...*).

Aucune de ces trois catégories de déterminants de la santé n'est a priori considérée comme prépondérante, même si leur importance relative peut varier selon les individus. **Le modèle biopsychosocial est donc un modèle où les facteurs biologiques gardent toute leur place.**

Le modèle biopsychosocial (O.M.S., 1946)

Il ne s'agit pas d'une conception psychologisante ou sociologisante de la santé et de la maladie. Il faut aussi souligner que le terme « psychologique » renvoie essentiellement à des processus cognitifs, émotionnels et comportementaux normaux (par exemple, des croyances de santé), et non à des aspects psychopathologiques.

De plus, ces trois catégories de facteurs isolées, considérées comme fondamentales en Occident, suggèrent l'existence de nombreuses autres - **politique, législative, éthique, spirituelle, environnementale, économique, etc ...** – de plus en plus conscientisées et prises en compte.

Le modèle biopsychosocial (O.M.S., 1946)

Un autre intérêt de la définition proposée par l'O.M.S. est qu'elle parle de la santé, et pas seulement de ce qu'elle n'est pas (la maladie). En ce sens, cette définition est :

- 1) ***une définition positive***, qui ne se contente pas de réduire l'un des termes au complémentaire de l'autre, et
- 2) qui reconnaît donc que **santé et maladie sont deux dimensions distinctes.**

Par exemple, dans ce cadre, un état de mal - être psychique ou social peut être reconnu comme invalidant, alors qu'un handicap ou une infirmité n'est pas systématiquement synonyme d'invalidité ou de maladie.

Le modèle biopsychosocial (O.M.S., 1946)

Au-delà de ces deux qualités essentielles, en évoquant de manière explicite la notion de *bien-être*, le modèle biopsychosocial proposé par l'O.M.S. (1946) a le mérite de souligner le caractère social et subjectif de toute conception de la santé.

→ De fait, le bien-être est une perception individuelle, qui dépend d'un contexte temporel, culturel et social.

→ En ce sens, ce concept réfère obligatoirement à *un système de valeurs et à la notion de normalité.*

Canguilhem (1979) écrit que « c'est l'appréciation des patients et les idées dominantes du milieu social plus que le jugement des médecins qui détermine ce qu'on appelle maladie ». **Plus que le symptôme, c'est bien souvent la perception de ce symptôme par son porteur ou son entourage qui sera déterminante pour considérer si celui-ci est ou non signe d'une pathologie.**

Le modèle biopsychosocial (O.M.S., 1946)

L'idée de santé est singulière et ne se définit pas dans l'abstrait ou l'absolu (Dubos,1983). Ses critères de définitions dépendent :

- d'une part des aspirations et des besoins de chaque individu,
- mais aussi de son milieu, c'est-à-dire des normes culturelles et de l'histoire de son groupe d'appartenance.

Même si elle est largement partagée à un moment ou dans un espace donné, **une définition de la santé reste donc toujours partielle et provisoire**, élaborée à travers un modèle normatif situé culturellement et historiquement.

Pour exemple, **la conception de la santé a considérablement fluctué tout au long de l'histoire occidentale**, passant de modèles explicatifs magiques ou religieux à des modèles mécanistes, puis positivistes (Bruchon-Schweitzer, 2002).

De même, à notre époque, **il existe des modèles de santé différents du modèle biomédical occidental, en Asie du sud-est, en Inde ou en Afrique subsaharienne.**

Le modèle biopsychosocial (O.M.S., 1946)

Ces théories et pratiques médicales sont fondées sur des croyances religieuses, des idées philosophiques ou des conceptions de l'homme culturellement marquées, qui expliquent généralement l'état de santé comme le résultat d'un équilibre entre des forces générées par des ensembles complexes (famille, communauté, nature, cosmos, ...).

Les conceptions et les croyances relatives à l'origine des maladies et au maintien de la santé **varient aussi au sein d'un même territoire** :

→ D'une part, de nouveaux migrants peuvent avoir conservé les croyances ou pratiques de leur pays d'origine (Marks, Murray, Evans & Willig, 2000). Par exemple, de nombreuses médecines extra-occidentales se développent de manière plus ou moins officielle en Europe, bien au-delà de leur foyer de population d'origine (par exemple, la médecine ayurvédique, la médecine traditionnelle chinoise ou encore l'acupuncture).

→ D'autre part, les caractéristiques socio-économiques ou éducatives des individus d'une même communauté peuvent les amener à élaborer des conceptions et des croyances relatives à la santé très disparates.

Le modèle biopsychosocial (O.M.S., 1946)

Dans le même ordre d'idées, il apparaît clairement que la santé d'un individu dépend largement du contexte social de la société dans laquelle il vit. Ainsi, le niveau développement économique et social d'une société peut favoriser ou non le maintien ou le développement de la santé à travers de nombreux mécanismes :

- 1) en modifiant les conditions d'accès à l'hygiène et aux structures de soins,
- 2) en influençant la hiérarchie des besoins humains, la nécessité de satisfaire les besoins les plus fondamentaux et les plus existentiels (manger, dormir, se protéger du froid, etc ...) devenant prioritaire aux dépens d'une démarche de capitalisation à long terme de ressources de santé, et
- 3) en affectant les structures familiales et les modes de vie des individus, et par conséquent leur intégration sociale et leurs rôles sociaux.

Le modèle biopsychosocial (O.M.S., 1946)

Enfin, **la santé d'un individu est aussi liée à l'état de santé des membres de sa communauté de vie.**

Par exemple, la diffusion d'une épidémie ou la persistance d'une endémie est directement liée à l'importance du taux de base qui lui est associé, c'est-à-dire à la probabilité qu'un membre d'une communauté donnée soit infecté ou contaminé.

Ce phénomène s'illustre parfaitement par la progression exponentielle de l'épidémie de sida au début des années 80 au sein de la communauté homosexuelle nord américaine ou à l'heure actuelle en Afrique centrale (Grmek, 1989).

Le modèle biopsychosocial (O.M.S., 1946)

Cette définition de la santé proposée par l'O.M.S. (1946) a suscité – et suscite encore – un grand intérêt. Le modèle biopsychosocial de la santé a été repris, retravaillé et examiné tout au long de la deuxième partie du 20ème siècle, par des auteurs comme Engel (1977), McLaren (1998), ou encore Pilgrim (2002). Il est encore très souvent considéré comme le modèle de santé le plus abouti à ce jour (Berquin, 2010).

Néanmoins, malgré ses indéniables apports – en particulier dans les champs de la santé mentale et du handicap – ce modèle comporte des limites :

→ **Tout d'abord**, tel qu'il est présenté dans la définition de l'O.M.S. (1946), ce modèle **apparaît utopique**. Vouloir associer la santé à un état de bien-être complet n'est pas réaliste, ni même productif.

Le modèle biopsychosocial (O.M.S., 1946)

Comme le souligne Dubos (1983), « *l'utopie de la santé absolue possède un pouvoir dynamique du fait que, comme n'importe quel idéal, elle propose un but à atteindre et tend à diriger la recherche médicale vers ce but. L'espoir que la maladie puisse disparaître complètement ne devient un dangereux mirage que quand on oublie qu'il n'est pas réalisable* ».

- De fait, si cet idéal peut être considéré comme généreux, il peut être aussi une illusion dangereuse, source d'insatisfaction à la fois pour les praticiens et les usagers de santé.
- En dehors même de la difficulté à circonscrire ce que recouvre cette expression, utiliser ce critère pour définir la santé conduit presque fatalement à l'envisager comme un absolu inatteignable.
- Cette définition manque de ce point de vue de caractère opératoire et ne doit donc pas être prise au pied de la lettre.

Le modèle biopsychosocial (O.M.S., 1946)

Ensuite, en considérant la santé comme un ***état de l'individu*** que l'on pourrait caractériser à un instant donné, le modèle biopsychosocial échoue à prendre en compte :

- > 1) la dimension temporelle inhérente à ce concept et
- > 2) la participation active de l'individu à l'évolution de sa santé.

La santé pourrait ainsi bien plus être appréhendée comme ***un équilibre dynamique***, qui se construirait dans le temps et la durée, et qui s'évaluerait en terme en termes de pouvoir de mobilisation, de capacité d'action et d'interaction avec autrui, de prise de conscience, etc. ...

Cette conception de la santé comme une « ***capacité à ...*** » a dès 1962 été proposé par Dubos, qui définissait ce phénomène comme la capacité d'une personne à gérer sa vie et son environnement, c'est-à-dire « ***à mobiliser les ressources personnelles (physiques et mentales) et sociales en vue de répondre aux nécessités de la vie*** ».

Le modèle biopsychosocial (O.M.S., 1946)

Elle conduit à envisager que l'équilibre du moment présent dépende très largement des comportements ou des expositions dans des situations antérieures, et que le phénomène de santé est le **résultat d'une capitalisation – ou au contraire une dilapidation par des pratiques inadaptées - de ressources de la vie quotidienne.**

Pour le dire autrement, il s'agit d'une **capacité de l'homme à s'adapter** à un milieu changeant et à supporter les agressions de ce dernier.

Dans le dernier quart du 20ème siècle – et en particulier dans les pays occidentaux - cette conception dynamique de la santé est apparue d'autant plus pertinente que « ***dans une large mesure, les maladies qui caractérisent les sociétés très urbanisées et industrialisées sont les manifestations des effets de forces nouvelles, émanant du milieu, auquel l'homme n'a pas eu la possibilité de s'adapter*** » (Dubos, 1983).

Le modèle biopsychosocial (O.M.S., 1946)

La grande complexité des phénomènes de santé – et en particulier le rôle de la transaction entre l'individu et son environnement - a été réabordée au début des années 1980 par plusieurs auteurs, et en particulier par :

- par Antonovsky (1979, 1987, 1996), qui a proposé le modèle de la « **salutogenèse** » (salutogenesis), et
- Lazarus & Folkman (1984), qui ont élaboré un **modèle transactionnel de stress et de faire face** (Transactional stress and coping model).