

Bien-être, santé et territoire

Sébastien FLEURET

Géographe, chargé de recherche CNRS, ESO-Carta, Université d'Angers
sebastien.fleuret@univ-angers.fr

Résumé Ce texte résume les différentes approches de la notion de bien-être en sciences sociales et particulièrement en géographie. Après un exposé des théories et des challenges opérationnels existants, l'auteur propose des pistes de réflexion et d'action pour une géographie du bien-être dans le prolongement de la géographie de la santé.

Mots-clés Théorie, géographie de la santé, développement humain

En la définissant comme un état de *bien-être complet, physique, moral et social*, l'OMS a sorti la santé du strict champ biomédical et mis en avant la nécessité d'une approche globale de la personne dans son environnement.

Cette place fondamentale donnée au bien-être s'est accompagnée de considérables évolutions, notamment dans le champ des sciences sociales qui se sont emparées de la question. Ces évolutions ont permis de rompre avec l'idée profondément enracinée que la santé était une affaire individuelle et susceptible de n'être prise en charge que par des spécialistes, donc des médecins. En devenant l'affaire de tous, la santé peut être étudiée de façon plus « *distanciée des faits ayant à voir avec les maladies et les intérêts du monde médical* », en faisant une place plus grande aux déterminants sociaux et environnementaux de la santé ce qui se traduit par « *un intérêt accru pour les questions de bien-être et pour des*

modèles sociaux d'analyse de la santé et des soins » (Kearns & Moon, 2002).

Mais dans le même temps, ce paradigme a introduit d'une part une grande complexité et d'autre part un flou, qui nécessitent certainement aujourd'hui que l'on effectue un travail théorique autour du concept central de bien-être. Celui-ci, malgré de nombreuses publications multidisciplinaires (en psychologie, sociologie, économie, géographie, ...), reste mal défini. *Rapport à la conscience, rapport à la société, rapport à l'espace, le bien-être est une notion qui fait appel à la fois aux analyses individuelles et collectives. Il nous renvoie à la totalité des relations entre les hommes, la société et le milieu* (Bailly, 1981).

Après avoir dressé un état critique des connaissances théoriques, ce texte ouvre une discussion sur les questions que pose la mise en œuvre d'une géographie du bien-être ¹.

¹ Ce texte est une version remaniée et résumée de deux textes parus l'un dans le *New Zealand Geographer* et l'autre dans le livre « *Géographie de la santé, un panorama* » que j'ai co-dirigé avec Jean-Pierre Thouez.

1. État des connaissances

Wellbeing is a usefull umbrella concept (Gough, 2005). Le bien-être est un concept utilisé dans différentes disciplines du champ de la santé (ex. médecine, psychologie) et des sciences sociales (ex. sociologie, économie et peut-être plus récemment en géographie). Du fait de la diversité des approches, peu de synthèses ont été proposées. Pourtant cette multitude peut quasi systématiquement être rattachée à l'une ou l'autre en trois grandes théories suivantes : la théorie des besoins, la théorie des standards relatifs, la théorie de la capacité. Si ces théories s'opposent par certains aspects, dans le cadre d'une conceptualisation du bien-être en géographie, elles semblent plutôt complémentaires.

Théorie des besoins

Cette théorie part de l'hypothèse que la satisfaction des besoins individuels est la condition du bien-être. Maslow (1954) a proposé une hiérarchisation des besoins sous la forme d'une pyramide à la base de laquelle se trouvent les besoins primaires (ou vitaux) et au sommet, les besoins de luxe ou de confort (fig. 1). Immanquablement le lien est fait entre l'aisance matérielle (et donc la richesse, le niveau de vie) et la satisfaction des besoins.

Cependant, certaines critiques sont formulées à l'encontre de cette théorie. Sen (1992) souligne le caractère imprécis des intérêts individuels et par là même, la relativité des besoins, une fois satisfaits les besoins vitaux. De plus, s'il semble indéniable que la satisfaction des besoins primaires est essentielle (cf. notamment la conférence d'Alma Ata), la hiérarchisation des besoins secondaires, tertiaires etc... varie d'un individu à l'autre (Diener et Lucas, 2000) et parfois plusieurs besoins sont simultanés, difficile dès lors de les hiérarchiser.

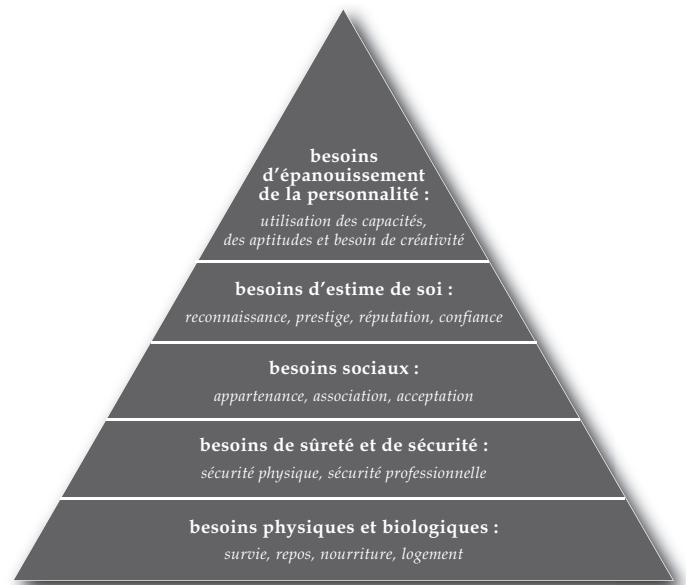


Fig. 1 : Pyramide de Maslow

Théorie des standards relatifs

La théorie des standards relatifs cherche à apporter des éléments de réponse aux limites de la théorie des besoins. Elle énonce que les conditions objectives, mises en avant par la théorie des besoins, n'affectent le bien-être qu'indirectement à travers la comparaison avec d'autres conditions possibles.

Or les standards de comparaison varient d'une personne à une autre. Ils sont eux aussi, soumis à des effets contextuels. Par conséquent, les mêmes conditions objectives peuvent engendrer des niveaux de bien-être différents d'une personne à une autre.

Cette théorie comporte elle aussi certaines limites. Premièrement, un amalgame est fait très fréquemment entre la qualité de vie et le bien-être et sous couvert de définition du second, c'est le premier que l'on mesure ² (Bailly, 2006 ³). Un autre amalgame est fréquemment fait entre

2 Les récentes retranscriptions dans les médias du rapport Stiglitz entretiennent cette confusion.

3 Actes du Colloque « spaces of quality and well-being ».

le bien-être et le bonheur et bien souvent les termes employés sont mal définis (Beaulieu, 2004)

De plus, dans la théorie des standards relatifs, le niveau de bien-être est subjectif. Le bien-être est donc lié au bonheur individuel et conditionné par la perception qu'a l'individu de son contexte de vie. De ce fait, sa valeur « absolue » (position ressentie et définie par comparaison) a peu d'impact à l'échelle d'une société et il est bien compliqué de le mesurer par des indicateurs.

Théorie de la capacité

Dans un rapport au Conseil de l'Emploi, des Revenus et de la Cohésion Sociale en France, en janvier 2002, B. Perret évoquait l'introuvable fondement théorique de l'évaluation du bien-être social. Les écrits successifs de A. Sen⁴ de 1984 à 1998 constituent cependant un apport fondamental (Heitz, 1999). Il s'agit d'une approche économique basée sur l'analyse d'indicateurs sociaux. Dans cette approche le bien-être est conditionné par la capacité de chacun à acquérir les biens qui lui sont nécessaires, par sa capacité à atteindre ses buts et à se positionner selon ses choix (et donc à son avantage en termes de comparaison de standards). Tout en proposant une synthèse des deux précédentes théories, la théorie de la capacité invite à systématiquement contextualiser chaque mesure du bien-être et peut sembler renoncer à une définition universelle pour préférer une somme d'évaluations en situation.

Ces trois théories dans leurs différences comme dans leurs complémentarités, ne renvoient somme toutes qu'à deux dimensions. La première est objective, il s'agit des conditions de vie et des ressources individuelles et collectives. La deuxième est subjective et s'exprime par les buts, les perceptions et les standards individuels. Une importante revue de littérature que

nous avons effectuée (Fleuret et Atkinson, 2007 ; Fleuret 2007) nous montre que la plupart du temps les auteurs font appel à l'une ou l'autre théorie et l'appliquent à leur champ disciplinaire et à leur objet d'étude. Nous n'avons pas trouvé de réelle synthèse satisfaisante même si certains s'y sont essayés (Diener et Lucas, 2000). De ce fait, et malgré des convergences de conceptualisation, le concept bien-être reste entouré d'un halo nébuleux.

2. Le grand flou persistant autour du bien-être

Problème sémantique et contextuel

La plupart des indicateurs dits de bien-être ne reflètent que certaines composantes et n'expriment en réalité que la qualité de vie (Bailly, 1981). La confusion naît du fait que l'on précise rarement le sens donné aux termes utilisés. Dans un même texte on trouvera la mention du bien-être subjectif, du bonheur et de la qualité de vie utilisés comme synonymes. On trouve également une définition du bien-être par son contraire (Dear et Wolch, 1987) : le mal-être, la maladie, la mort. Les politiques de santé notamment s'appuient sur des indicateurs qui sont essentiellement médicaux et qui mesurent la santé par défaut (morbidité, mortalité). Faire du bien-être l'élément central de la définition de la santé n'est ce pas se placer sur un « horizon utopique » (Druhle, 1997) ? Si le bien-être est une notion relative, socialement et culturellement construite et prenant de ce fait des sens différents selon le contexte, cela revient à dire que la définition de la santé par l'OMS ne saurait être universelle puisqu'elle est soumise à des effets de lieu.

Il semble donc nécessaire de redéfinir, pour toute étude, le cadre sémantique dans lequel on parlera de bien-être.

⁴ Économiste indien, prix Nobel d'Économie en 1998, ses travaux portent sur la famine, la théorie du développement humain, l'économie du bien-être, l'inégalité homme-femme, les mécanismes fondamentaux de la pauvreté, et sur le libéralisme politique.

Comment mesurer le bien-être ? Passer du concept à l'action

La complexité de la définition du bien-être et la relative insatisfaction à l'égard des outils de mesure et d'évaluation font que le bien-être est insuffisamment prioritaire dans les politiques publiques (ESCR, 2002).

Hormis les indicateurs de santé ou de bien-être perçus, l'essentiel des indicateurs fabriqués repose sur des données objectives et tous se voient opposer des critiques quand à leurs difficultés à intégrer la dimension subjective du bien-être et notamment à passer de l'échelle de l'individu à celle de la société. Même un indicateur comme celui de la santé perçue est sujet à caution puisque l'on appréciera sa situation personnelle au regard du contexte dans lequel on se trouve.

Il ne faut donc pas figer le bien-être dans un état, mais le considérer comme une dynamique. Son évaluation devrait reposer sur un assemblage d'indicateurs mais aussi sur l'étude des processus de construction sociale (Fleuret et Séchet, 2002), ainsi la mesure du bien-être pourrait devenir un préalable à l'action. En effet, la mise en place de politiques publiques, notamment dans le domaine de la santé repose nécessairement sur un diagnostic qui donne au décideur autant d'éléments d'information utiles que possible.

Quelles spécificités du bien-être en géographie ?

L'ouvrage le plus complet sur le bien-être en géographie est sans conteste celui d'Antoine Bailly (1981). Ce livre posait, il y a 28 ans déjà, l'essentiel des problématiques qui sont encore d'actualité aujourd'hui. Pourtant cette publication, aux dires de son auteur, n'a pas rencontré son lectorat. Le bien-être est loin d'être le sujet le plus étudié en géographie et très peu d'auteurs l'ont abordé dans sa globalité. On trouve en revanche de riches travaux thématiques qui conduisent indirectement à la question du bien-

être. Faire ici l'inventaire des publications géographiques serait fastidieux, aussi nous nous contenterons de résumer les principales approches rencontrées :

- Dans une approche socio-économique, on étudie les modes de consommation, l'accès aux services, les niveaux de vie, ce qui renvoie à la notion de satisfaction des besoins et doit nécessairement conduire à aborder la question des inégalités (Benzeval *et al.*, 1995 ; Acheson, 1998 ; Graham 2000).

- Dans une approche environnementale, on étudie la qualité de l'air, de l'eau, les niveaux de pollution, l'exposition aux nuisances (ex. bruit) aux risques (ex. sanitaire), l'expérience sensorielle des lieux, les vertus thérapeutiques du paysage, ... ce qui renvoie à la fois aux besoins primaires de l'être (le sens) mais aussi à ses représentations à ses standards, aux attitudes et valeurs dépendant du triptyque humain-environnement-culture selon Tuan (1974).

- En géographie sociale, on étudie les conséquences des positions de vulnérabilité en termes de santé, de qualité de vie. Les études portant sur des populations spécifiques sont foisonnantes : citons les travaux de C. Pihet sur le maintien à domicile des personnes âgées en France et aux États-Unis ou ceux de D. Zeneidi-Henry qui définit une géographie du savoir survivre pour les SDF. On questionne également les modes de vie, les modes de soin, en lien avec les comportements individuels (Duncan, Jones, Moon, 1996).

- En géographie de la santé, « après s'être longtemps penché sur les motifs d'une mauvaise santé, ici plutôt que là, il reste [au géographe] à comprendre les raisons de la meilleure santé de telle ou telle population, là plutôt qu'ailleurs. La géographie de la santé répondrait alors vraiment à ses objectifs et à son appellation, et renouerait alors avec la très vieille notion de salubrité sans verser dans l'utopie d'un bien-être aussi insaisissable que normatif » écrivait H. Picheral, en 1999. Sans négliger le caractère normatif du bien-être ni les difficultés de sa mesure, nous formulons ici l'hypothèse de la possibilité que l'un des enjeux en géographie de

la santé est d'étudier la production d'espaces : « espaces de santé », « espaces de bien-être » dans lesquels les constructions spatiales pourraient être à même de favoriser (ou non) le bien-être et par extension la santé. Ces constructions peuvent être physiques (aménagements, équipements, organisation) et sociales. En septembre 2004 s'est tenu à Angers un colloque intitulé « spaces of quality and well-being » (Fleuret *et al.*, 2006) et quatre formes de constructions spatiales⁵ sont apparues comme constituant les spécificités d'une géographie du bien-être (fig. 2).

- **Espaces capacitants** ; les études sur le handicap ou le vieillissement entrent dans ce champ de même que les études sur l'accès aux soins ou aux services. Il s'agit d'étudier les aménités dont un territoire dispose ou non et qui vont pouvoir faciliter la réalisation de soi pour le plus grand nombre en constituant, à l'opposé de l'idée parfois développée de « handicaps spatiaux »⁶, celle d'espaces capacitants (Bodin, 2000).
- **Espaces intégrants** ; de nombreuses études en géographie sociale et en géographie culturelle ont montré les effets positifs de penser

le lien social, notamment à l'échelle de la proximité (Fleuret, Séchet 2003). Penser en termes d'intégration revient aussi à évoquer les inégalités porteuses d'injustices sociales (Graham, 2000).

- **Espaces sécurisants** ; le contexte mondial actuel est propice au sentiment d'insécurité face aux risques, qu'ils soient climatiques, économiques ou géopolitiques. Beaucoup de publications ont parfaitement démontré la relation entre support social et spatial et individu en termes de sensations, perception, sentiments face au risque (Reynaud, 2006)

- **Espaces thérapeutiques** ; l'idée que l'espace dans son contenu et sa construction puisse porter des valeurs thérapeutiques est extrêmement séduisante. Peut-il sur le même modèle porter des vertus de bien-être, par la nature de ses paysages, par l'homogénéité de sa société, par l'action de politiques publiques qui s'y appliquent ? Gesler (2005) propose d'ajouter à l'idée de *healing places and therapeutic landscapes other sorts of places which are represented as improving well-being in ways that go beyond being therapeutic in the sense of « healing the sick »*.

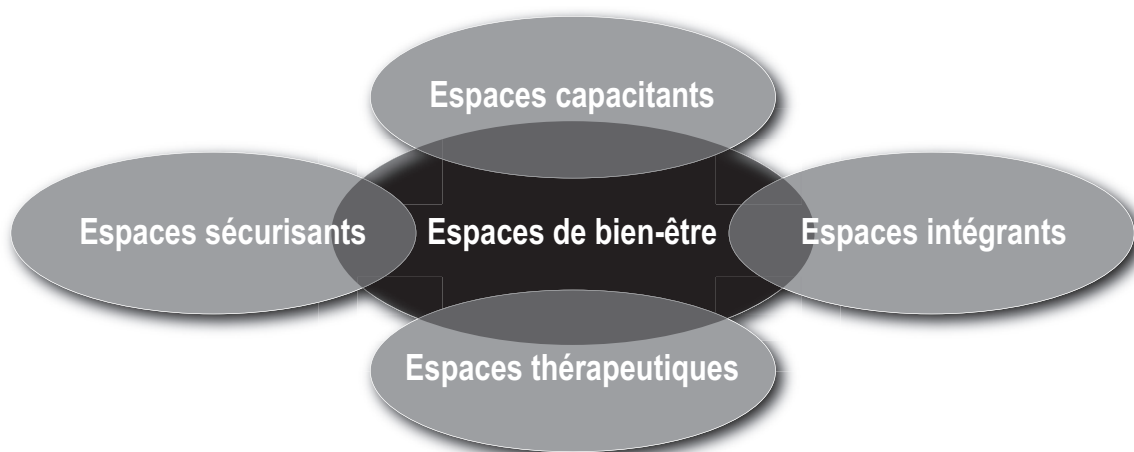


Fig. 2 : Les formes de construction spatiale du bien-être

5 Ces considérations s'appliquent au contexte des pays dont le niveau de vie global est aisé. Dans les zones les plus démunies du globe où la satisfaction des besoins vitaux reste l'enjeu premier pour la majorité de la population, l'approche de la question du bien-être serait nécessairement différente.

6 On a par exemple pu lire lors de la crise des banlieues en France que ces espaces cumulaient les handicaps.

Conclusion, intégrer la dimension « bien-être »

L'idée de bien-être pourrait être une question pivot dans l'articulation de politiques publiques territorialisées. *Research might aim to build an evidence base about wellbeing and what affects it, to inform policy in this area* (Curtis, ESRC, 2002). La double dimension « subjective et objective » du bien-être qui l'inscrit dans une double échelle « individuelle et collective » rend difficile, voire impossible la création d'indicateurs universels. Cet écueil peut être contourné en faisant prendre en compte la dimension du bien-être

dans le plus grand nombre d'études de cas (ex. accessibilité, aménagements urbain, gestion du territoire, ...), d'une part et plus spécifiquement en santé. L'enjeu est de se doter de données tangibles qui offriront une alternative aux mesures de la santé par défaut. Tout comme l'on a pu parler de *therapeutic landscape*, ou de *healthy environments*, il s'agit de donner une réalité à l'idée de *spaces of well-being*.

Cela invite à repenser le bien-être en le contextualisant et dans une acception nuancée de la santé : il s'agit d'un véritable challenge épistémologique.

Bibliographie

ACHESON D., 1998. *Independent inquiry into inequalities in health*, Report, London, The Stationery Office, 164 p.

BAILLY A., 1981. *Géographie du bien-être*, PUF, 239 p.

BEAULIEU E., 2004. La notion de conditions de vie en sciences sociales : une exploration de la littérature, *Cahiers du CRISES*, coll. Études théoriques, 44 p.

BENZEVAL M., JUDGE K. et WHITEHEAD M., eds, 1995. *Talking health inequalities : an agenda for action*, King's fund, London.

BODIN F., 2000. Une ville qui accueille, *Urbanisme*, n° 311, pp. 79-81.

DEAR M. et WOLCH J., 1987. *Landscapes of despair : from deinstitutionalization to homelessness*, Polity press, London.

DIENER E. ET LUCAS R.E., 2000. Explaining differences in societal levels of happiness : relative standards, need fulfillment, culture, and evaluation theory, *Journal of Happiness Studies* 1 : 41-78, 2000.

DUNCAN C., JONES K. et MOON G., 1996. Health related behavior in context : a multilevel modelling approach, *Social science and medicine*, 42 (6), pp. 817-830.

DRULHE M., 1997. Comment mesurer la santé ? *Esprit*, vol 2, p. 56-62.

ESCR-ECONOMIC AND SOCIAL RESEARCH COUNCIL, 2002. *Seminar Series*, <http://www.haworthjt.com/Wellbeing-esrc/>

FLEURET S., SECHET R., 2003. *La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être*, PUR.

FLEURET S., dir., 2006. *Espaces, bien-être et qualité de vie*, Actes du colloque EQBE, PUA, 350 p.

FLEURET S., 2007. Bien-être, santé et géographie. In FLEURET S., THOUÉZ J-P., *Géographie de la santé, un panorama*, éditions Economica-Anthropos, p 72-87.

FLEURET S., ATKINSON S., 2007. Wellbeing, Health And Geography: A Critical Review And Research Agenda. In *The New Zealand geographer*, Vol. 63, Issue 2, 106-129.

GESLER W., 2005. Therapeutic landscapes : an evolving theme, *Health & Place* 11 295-297.

GOUGH I., 2005. Theories of wellbeing, Social policy, association conference *Well-being and Social Justice*, University of Bath, 27th-29th June.

GRAHAM I., Ed., 2000. *Understanding health inequalities*, Open university press, 227 p.

HEITZ M., 1999. L'évaluation du bien-être : la perspective d'Amartya Sen, *Esprit*, n° 250, p.28-45.

KEARNS R., MOON G., 2002. From medical to health geography : novelty, place and theory after a decade of change. In *Progress in human geography*, 26/5, pp. 605-625.

MASLOW, A., 1954. *Motivation and Personality*, Harper and Row, New York

PERRET B., 2002. *Indicateurs sociaux, état des lieux et perspectives*, Rapport au Conseil de l'Emploi, des Revenus et de la Cohésion Sociale (CERC).

PICHERAL H., 1999. Risques et inégalités de santé : de la salubrité à l'équité. *Hérodote*, n° 92, pp. 50-68.

PIHET C., 2003. *Vieillir aux États-Unis*, Presses Universitaires de Rennes, 256 p.

REYNAUD L., 2006. *Des lieux où il fait bon vivre, la demande sociale de risque zéro*. In FLEURET S. Ed., *Espaces de qualité et de bien-être*, Presses Universitaires d'Angers, pp 29-35.

SEN A., 1992. Capability and well-being. In A. Sen and M. Nussbaum (eds.), *The Quality of Life* (Clarendon Press, Oxford, UK), pp. 30-53.

TUAN Y-F., 1974. *Topophilia*, Columbia university press, New-York, 260 p.

ZENEIDI-HENRY D., 2003. *Les SDF et la ville, géographie du savoir survivre*, Paris, Bréal