

Fiche 5 : La santé communautaire

La Direction générale de la santé (DGS) a souhaité approfondir la question de la participation des usagers-citoyens au système de santé à travers plusieurs démarches. A cette fin, elle a confié à Planète Publique la réalisation d'une étude sur les différents modes de participation, réalisée à partir d'une cinquantaine d'entretiens et d'une revue documentaire. Ce travail a abouti à la production de deux rapports : un rapport stratégique et un autre, complémentaire et plus opérationnel, prenant la forme de 12 fiches thématiques. La présente fiche est un extrait de ce deuxième rapport.

Le contenu de cette fiche relève de la seule responsabilité des consultants de Planète Publique et n'engage ni la DGS, ni les membres de l'instance de suivi de l'étude.

▪ Etat des lieux

❖ Le concept de santé communautaire

La santé communautaire fait partie intégrante de la santé publique en constituant une stratégie au sein des démarches de promotion de la santé. Sa spécificité est d'être populationnelle et non individuelle et de promouvoir et mettre en œuvre une vision globale et de proximité de la santé. Elle est fondée sur plusieurs grands principes :

- la santé est liée à un ensemble de facteurs (démographiques, géographiques, sociaux, économiques...) qui ne touche pas qu'un individu mais toute une population, i.e. une communauté ; ces facteurs sont répartis de manière inégale entre les territoires ;
- la médecine, le système de soins et les politiques publiques n'apportent pas toujours une approche assez globale de la santé ;
- les comportements individuels sont difficiles à faire changer ; l'implication des « gens » est fondamentale pour parvenir à un changement ; il ne s'agit pas de « faire pour » les gens, mais « avec » eux.

S'appuyant sur le fait que des changements individuels peuvent être produits par le biais de l'implication dans une action collective, la santé communautaire met en œuvre une action collective locale. Ainsi, le groupe entier transforme ses normes, et une dynamique de changement peut se mettre en place.

❖ Historique

- 1974 : rapport Lalonde mettant en avant la promotion de la santé comme une stratégie clé pour améliorer la santé globale

- 1978 : Conférence de l'OMS à Alma Alta ; définition d'un système de santé intégré qui doit fonctionner pour et avec les gens en prenant en compte leur environnement et leurs conditions de vie ; objectif : atteindre la « Santé pour tous » en 2000 ;
- 1986 : première conférence de l'OMS pour la promotion de la santé et adoption de la Charte d'Ottawa ;
- 1986 : création du Secrétariat Européen des Pratiques de Santé Communautaire (SEPSAC)
- 2000 : premières rencontres internationales à Grande Synthe sur le thème *Croisement des pratiques communautaires autour de la santé*
- 2004 : initiation d'un observatoire des pratiques communautaires en santé par le SEPSAC

❖ **Mise en pratique**

En pratique, les applications de la santé communautaire peuvent prendre plusieurs formes, toujours portées par la communauté de référence : groupes de réflexion, de travail, de sensibilisation, lieux d'accueil, projets de santé de proximité...

Le cadre de mise en œuvre d'actions de santé communautaire est toujours local et pluraliste. Il est nécessaire de se placer dans un cadre mêlant intersectorialité, interdisciplinarité, transversalité et partenariat afin de favoriser le partage des savoirs et des pouvoirs.

En France la santé communautaire ne fait pas l'objet d'un cadre législatif précis. Elle est notamment portée par l'Institut Théophraste Renaudot, association fondée en 1981.

Les démarches de santé communautaire sont financées par des programmes régionaux de santé publique, par les collectivités locales via des dispositifs comme les CUCS ou les Ateliers Santé Ville (ASV) ou par des fondations.

Les acteurs impliqués se positionnent ainsi :

- la population / la communauté : il s'agit d'un ensemble d'habitants, d'un groupe, de personnes travaillant dans les mêmes locaux ou vivant dans un même immeuble...
- les agents de développement / les médiateurs : ils peuvent impulser des projets, faire le lien entre population et administration, faciliter les démarches... ; ils aident à l'autonomisation du groupe ;
- les professionnels et les experts : ils sont associés à la réflexion, mais leur expertise est une contribution et non une solution unique ;
- les décideurs et élus : leurs choix et leur soutien à la santé communautaire est un élément déterminant de son implantation et de son développement.

❖ Objectifs et bénéfices attendus de la santé communautaire

Les effets observés et / ou attendus de la santé communautaire se placent à plusieurs niveaux interagissant les uns avec les autres :

- effets individuels : augmentation de l'estime de soi, diminution de certains comportements à risque,
- effets organisationnels : renforcement du dialogue entre habitants et administration, développement de l'entraide, élargissement de la coopération inter-professionnelle et inter-institutionnelle...
- effets collectifs : amélioration des conditions de vie dans un établissement scolaire ou un lieu de travail,
- effets sociaux : amélioration de la salubrité dans un quartier, amélioration de la sécurité sur un territoire...
- effets politiques : engagement dans la vie politique
- **Discussion**

❖ Les difficultés

Trois difficultés principales paraissent rapidement perceptibles dans le concept et les actions de santé communautaire :

- Des délais significatifs sont souvent nécessaires pour arriver à l'autonomisation de la communauté ; la santé communautaire ne peut se penser sur des délais courts ; ses effets doivent être appréhendés sur le long terme.
- Le périmètre d'efficacité d'actions de santé communautaire est local et paraît peu transposable à des champs plus larges, de niveau communal ou départemental, a fortiori national ; les actions de santé communautaire sont donc difficiles à penser dans une approche coordonnée et synchronisée.
- Les actions de santé communautaire remettent en cause les postures traditionnelles : le statut d'expert doit s'effacer au profit d'une posture de coproducteur de savoirs ; le directeur peut être interpellé par le groupe et remis en cause dans son action ; l'élu peut se sentir dépossédé de sa capacité à décider au nom de la communauté.

❖ Les atouts

En sens inverse, trois atouts principaux font la force des actions de santé communautaire :

- Ces actions favorisent le décloisonnement interprofessionnel et l'intersectorialité ; les facteurs sanitaires apparaissent comme une des dimensions de l'action, mais sont pris en compte avec d'autres dimensions d'ordre psychologique, social, administratif, etc.

- La santé communautaire vise la « capacitation » des gens, leur *empowerment* ; il s'agit de les mettre en capacité de s'impliquer et non de leur demander directement de participer, comme pourrait le faire un chef de projet dans une opération « classique ».
- Cette recherche d'une responsabilisation des individus paraît particulièrement intéressante et utile dans une période de tension croissante sur les ressources ; elle semble en effet susceptible de favoriser une meilleure régulation des actions de santé publique.
- **Pour aller plus loin...**
 - *Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire, Action communautaire en santé : observatoire international des pratiques, 2009*
 - *Institut Théophraste Renaudot, Pratiquer la santé communautaire - De l'intention à l'action, 2001*