

La santé communautaire

Gwénola Levasseur

Professeur associé de médecine générale: UFR Rennes

Introduction

La santé publique désigne tout ce qui à l'échelon public, concerne la santé des populations. Le rôle des organismes de santé publique est d'abord de collecter l'ensemble des données permettant de cerner, de façon plus ou moins précise, l'état sanitaire de la population puis de proposer des solutions aux problèmes constatés. Le but de la santé publique est donc la réduction globale de la morbidité, et au final un accroissement de l'espérance de vie des populations.

La santé communautaire est une des stratégies possibles de mise en œuvre de la promotion de la santé. Ses principales caractéristiques sont une base collective pour l'action ou les actions à construire (la communauté), l'identification collective des besoins, problèmes et ressources (le diagnostic communautaire), la participation ouverte à tous les acteurs concernés (médecins, usagers, institutions, etc.) (1). Si en France, la santé communautaire est une activité peu connue du corps médical, il n'en est pas de même en Europe. Au Royaume Uni par exemple, des conseils communautaires ont été mis en place dès 1974 au sein du National Health Service (NHS) ; en Belgique dans les années 60, le groupe d'Etude pour la réforme de la médecine a proposé les "Maisons médicales" qui offrent à la fois des soins curatifs et préventifs de santé communautaire; l'Espagne enfin, dès les années 80, créé des centres de santé communautaires. Dans ces centres travaillent bien sûr des médecins généralistes qui, en raison de leur proximité et de leurs connaissances, apparaissent comme un renfort non négligeable dans ces actions (1).

Mais en France, ces deux disciplines (santé publique et santé communautaire) entrent encore peu dans le champ

d'activité du médecin généraliste: s'attacher à résoudre un problème individuel ou un problème collectif de santé ne relève pas de la même démarche. Le premier relève du soin, de la clinique, le second de la santé publique. Ce qui revient à dire qu'en s'engageant dans une action de santé communautaire, le médecin sort de son registre habituel d'activité. Il accepte sa spécificité, revendique sa technicité mais la met au service non plus d'un seul patient mais d'un groupe et de ses finalités.

L'approche communautaire

L'approche communautaire en santé publique "vise à identifier et analyser les problèmes de santé d'une population, avant d'aboutir à une programmation et à une évaluation des actions de santé en associant la population à toutes les étapes du processus" (2).

Les fondements de cette approche reposent sur un constat. Lorsque le médecin, l'État ou les médias délivrent une information décrivant les risques d'une conduite et la façon de s'en prémunir, le public ne reçoit passivement cette information. De nombreuses recherches (3) ont montré que l'individu retient mieux les informations qui le confortent dans ses comportements et qu'il a tendance à fuir les informations qui vont à leur rencontre. S'il n'existait que cette sélection d'informations, tout changement de comportement serait impossible. Mais il est utopique de s'imaginer de n'être exposé qu'à des messages réconfortants, ce qui explique qu'une dynamique de changement puisse se créer. D'autres recherches (4) ont montré que les messages sont d'autant plus facilement acceptés par une population qu'ils sont relayés par des personnes de l'entourage assez proche auxquelles on peut se fier. En 1965, Lewin a montré dans ses travaux que les comportements ancrés dans une tradition sociale et culturelle sont

difficiles à modifier pour un individu qui reçoit isolément une information de prévention. En revanche, si ces mêmes informations sont apportées dans le cadre de débats de groupes, où des personnes expriment leurs opinions, leurs résistances, leurs émotions, où l'ensemble du groupe transforme ses normes, une dynamique de changement durable peut se mettre en place.

Ce qui revient à dire que l'apport d'informations dans un contexte collectif peut produire un changement individuel par le biais d'une implication dans une action collective. Les groupes sont à la fois un relais pour l'information et un vecteur pour le changement.

Ce mode d'approche est celui de la santé communautaire, où la démarche implique une réflexion en commun, l'expression et la participation de groupes dont les caractéristiques socioculturelles sont prises en compte.

Un exemple

Les différents concepts à l'œuvre dans la santé communautaire peuvent être illustrés à partir d'exemples extraits d'une action de santé communautaire "La santé dans le quartier Prague-Volga" (5) dont la teneur et les objectifs poursuivis sont clairement exposés. "Un projet de santé sur un quartier dans le dispositif des contrats de ville, c'est avant tout identifier quelles sont les préoccupations de santé des habitants et des professionnels, dans le but de mettre en place des actions collectives avec la population pour en améliorer certains points".

Le premier concept est celui de communauté. Une communauté est "un groupe de personnes vivant ensemble et partageant des intérêts, une culture ou un idéal commun". Dans l'exemple cité, "la communauté" désigne les habitants du quartier. Cependant, le concept de communauté peut être utilisé sous le seul qualificatif de "la communauté" qui suppose que chaque individu n'appartienne qu'à une seule communauté. Chaque individu peut par exemple appartenir à la communauté du village ou du quartier mais l'exercice d'une profession, d'un sport, d'une religion, etc. sont aussi des activités susceptibles de créer des pôles d'intérêt qui peuvent être considérés comme le support de communautés à part entière.

PRATIQUE

Le second concept est celui de "besoins". La naissance d'un projet de santé communautaire repose le plus souvent sur la perception par les acteurs de santé ou d'institutions ou d'associations, de problèmes mal résolus, relatifs soit à une catégorie de population, soit à une pathologie particulière. La démarche repose sur des données de cadrage, une revue de littérature, une analyse des besoins. Revue de littérature et données de cadrage doivent être confrontées aux informations produites par et dans la communauté elle-même. En effet, il existe souvent des divergences conceptuelles importantes entre les différents acteurs: population, professionnels de santé, financeurs, etc. Dans le projet "Prague-Volga" par exemple, ce sont les responsables politiques, inquiets de la montée de la petite délinquance, du trafic autour des produits illicites et de leur consommation dans un quartier, qui ont interrogé les professionnels sur l'opportunité d'une action de prévention. Il existe donc d'un côté des élus qui ne peuvent échapper aux questions pressantes de leurs administrés, et de l'autre des professionnels qui "disent" les problèmes de santé des habitants.

Pour connaître de façon aussi précise que possible les préoccupations de ces derniers, une enquête a été réalisée. Celle-ci allait questionner non seulement les professionnels mais aussi les chefs de famille, les enfants des écoles et les jeunes du quartier, bref, la communauté toute entière. L'enquête interrogeait la perception de leur état de santé, les préoccupations prioritaires de santé et le sentiment sur la vie dans le quartier, le logement et l'environnement. Les résultats étaient bien loin des préoccupations des élus ou des professionnels. Ils soulignèrent d'abord une forte perception négative du quartier. En lien avec elle, apparaissaient la solitude, le confinement, les états dépressifs et leurs conséquences dont les plus graves étaient les violences de tous ordres et les tentatives de suicide. Ils soulignaient ensuite un sentiment d'insécurité: l'insécurité physique des enfants dans les espaces collectifs, le risque des "mauvaises rencontres" qu'ils pouvaient y faire mais aussi l'angoisse du lendemain, la fragilité des ressources. C'était enfin des "vrais" soucis de santé: problèmes de rythme de vie, d'alimentation.

Les divergences entre préoccupations des professionnels et préoccupations de la communauté proviennent des

représentations et modèles culturels en présence. Les médecins, s'ils n'y prennent pas garde, ont tendance à formuler les besoins après une interprétation de type médical de la situation. Puis, ils la communiquent à la communauté sous forme d'idées, d'instructions, de recommandations. Pour la population par contre, les réponses aux besoins ne sont pas seulement d'ordre intellectuel mais passent aussi par des changements de comportements. Or, les comportements en cause sont eux-mêmes liés au mode de vie, enracinés dans une histoire et légitimés par la communauté. Cette notion est bien apparente dans le projet "Prague-Volga" : à l'issue de l'enquête, il apparaissait clairement que le problème était moins celui d'une information sur les conduites addictives que de permettre aux habitants, par le biais d'activités sur le thème de la santé, de reconquérir l'estime de soi, de restaurer un minimum de lien social mais aussi de renforcer la confiance des professionnels dans les capacités de créativité et d'adaptation des habitants dont ils avaient la charge.

Négociation, apprentissage, participation

Négociation, apprentissage, participation sont aussi des concepts de la santé communautaire. L'essentiel et la difficulté du travail en santé communautaire consistent en un apprentissage mutuel. Les professionnels de santé déchiffrent le fonctionnement de la communauté, son système de valeurs, ses normes. De leur côté, les membres de la communauté découvrent ou s'approprient un modèle biomédical accessible et pertinent pour eux. Un processus de négociation va donc devoir dégager les priorités, c'est-à-dire les éléments du diagnostic de la communauté à retenir pour le développement de la démarche et ceux à écarter au moins provisoirement.

Un projet de santé communautaire vient bien souvent se situer dans les failles d'un système institutionnel déjà en place: c'est parce que les institutions ne répondent pas au problème identifié par la communauté, ou qu'elles y répondent mal ou partiellement, que celle-ci se mobilise. Pour que les projets puissent aboutir, il faut que les professionnels qui s'y engagent soient capables d'accepter

de définir avec la communauté quels sont les problèmes à résoudre, et de coordonner leur activité avec d'autres. C'est-à-dire qu'ils soient capables de sortir de la division du travail apprise au cours de leur formation, et qui fonde leur identité spécifique, pour engager des collaborations transversales. Un projet de santé communautaire est un espace de réajustement des rôles et des compétences de chacun, dans la mesure où le projet sous-entend complémentarité, ouverture, absence de hiérarchie, et implique les acteurs de santé, la communauté et pas seulement les producteurs de soins.

Ce travail nécessite un investissement important d'écoute, d'analyse, de négociation. Le travail communautaire est vorace en temps: relations avec la population, avec ses représentants, avec les institutions, les réseaux formels ou informels.

Conclusion

La santé communautaire renvoie à une réflexion sur l'organisation et l'adaptation du système de soins, mais aussi sur l'exercice de la profession médicale. Pour les médecins, s'inscrire dans une action de santé communautaire revient à s'inscrire de façon dynamique dans le fonctionnement du système de santé. Ceci suppose pour eux une prise de distance par rapport à leur rôle de soignant.

Il faut des méthodes, qui sont d'apprentissage indispensable; il faut du temps, des idées et sans doute aussi des valeurs plus subtiles, telles le sens de l'équipe du travail en équipe. Ce point est souvent un obstacle pour des professionnels dont la formation a développé avant tout le sens du travail solitaire et de l'approche individuelle. Mais il faut aussi le sens de l'écoute, une aptitude à la remise en cause et au partage de son savoir, l'envie et le talent de communiquer, de s'engager, et parfois de s'affronter. Reste encore à savoir critiquer l'information, mais aussi à savoir en produire pour que s'instaure un partage des savoirs. En effet, le caractère utilisable ou non d'une connaissance dépend de la méthode avec laquelle cette connaissance a été produite. En santé, une connaissance utile est une connaissance qui se rapporte aux problèmes réels de la communauté et qui est exprimée dans

son langage propre. Cela évite la nécessité pour la population d'apprendre, pour comprendre ses propres problèmes, un langage qui n'est pas le sien et qui, faute de la possibilité d'une réappropriation pleine et entière, est un instrument d'oppression supplémentaire.

Il n'existe actuellement pas de cadre réglementaire ou financier adapté à cette activité: la rémunération à l'acte ne tient, en aucun cas, compte des actions de santé communautaire ; l'évaluation de la qualité des soins, le suivi ou le recueil des données ne bénéficient pas de financement particulier; la coopération entre médecins de ville et les

autres acteurs du système médico-social repose le plus souvent sur le bénévolat. La formation des professionnels de santé en santé publique est quasiment inexistante et ces thèmes ne sont pas prioritaires en formation continue.

Les pouvoirs publics doivent favoriser les évolutions de fond, rendre possible la pratique d'actions de santé communautaire par la mise en place d'une formation initiale et continue sur ces thèmes et par des mesures incitatives permettre aux professionnels de ville d'investir du temps dans les actions de santé communautaire.

Références

1. Institut Théophraste Renaudot, ed. *Pratiquer la santé communautaire*. Lyon: *Chronique Sociale*, 2001.
2. Baumann M, Cannet D, and Châlons S. eds. *Santé communautaire et action humanitaire*. Rennes: ENSp, 2001.
3. Paichelier G. *Modèles pour l'analyse de la gestion des risques liés au VIH : liens entre connaissances et actions*. *Sciences Sociales et Santé* 2002;15(4):40-70.
4. Hours B. *Systèmes et politiques de santé*. Paris: Karthala, 2001.
5. Guibourge F. *Projet santé "Prague- Volga" 1995-1998, Comité Départemental d'Education pour la Santé d'Ille et Vilaine (CODES 35). Contrat de Ville Rennes/le Blosne, premier bilan*, 1995:3.