

Point de vue

SANTÉ COMMUNAUTAIRE, MYTHE ET RÉALITÉS

IL RESTE ENCORE BIEN DIFFICILE de parler à la fin des années 90 en France de santé communautaire tant ce terme a d'acceptions différentes, tant il est difficile de connaître sa réalité.

Mais chez nos cousins du Québec l'histoire de la santé communautaire est déjà longue. C'est à la suite d'une enquête sur la santé et le social que le système de santé québécois a été profondément modifié au début des années 1970 et que trente-deux départements de santé communautaire ont été créés. Depuis une dizaine d'années en Europe à différents niveaux (politiques publiques, universités, collectivités territoriales, professionnels, actions) le concept de santé communautaire se développe avec beaucoup de diversité.

Les définitions de la santé communautaire sont nombreuses ; il me paraît important de lier l'ensemble de principes ci-après qui en assure la cohérence :

- Santé globale (biopsychosociale).
- Santé intégrée (complémentarité entre prévention, soins, rééducation et éducation pour la santé).
- Continuité.
- Accessibilité du point de vue socio-économique et géographique.
- Basée sur le travail d'une équipe pluridisciplinaire.
- Basée sur la planification et la programmation (identification des besoins et des problèmes, fixation d'un programme, de priorités d'intervention, d'objectifs de santé, d'activités...) et évaluation en fonction des objectifs.
- Basée sur la formation et la recherche pour alimenter l'action.
- Participative (professionnels, citoyens, représentants de la collectivité) et communautaire.

La santé communautaire on le voit dans sa définition même, est une critique du fonctionnement de toute société qui reposerait sur l'individualisme et l'économisme ; elle interfère donc dans le champ du politique, et s'en trouve pour cela parfois crainte, contestée ou refusée.

POURQUOI PARLE-T-ON AUJOURD'HUI DE PLUS EN PLUS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ?

Avec quelque retard sur la Belle Province, le constat de l'insuffisance des réponses médicales aux besoins de santé et le besoin d'approches plus globales se sont imposés en France.

D'une étude que j'ai menée avec F. Bertolotto, sociologue, sur la place de la santé dans les villes de 30.000 habitants¹, il ressort une forte réinscription de la santé dans l'agenda des élus locaux, sur des problèmes transversaux (pauvreté, alcoolisme, santé des enfants et des jeunes, sida, toxicomanie...) induisant des logiques communautaires, des actions partenariales.

La santé communautaire concerne de plus en plus les intervenants en santé et social du fait des dispositifs territorialisés ou catégoriels approchant la notion de communauté (DSQ, contrat de ville, démarches quartiers...).

QU'EN EST - IL DE LA RÉALITÉ DES PRATIQUES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ?

Je relève, d'une action communautaire de quartier à laquelle j'ai participé, que le lancement a pu se faire à partir d'une première et déterminante opportunité : l'interpellation des professionnels de santé s'est faite par un **non-professionnel de santé** (le chef de projet d'alors)

et **sur des questions non sanitaires** mais de bien-être du quartier. Cette origine a permis la mobilisation des institutions et des professionnels de santé sur un objet commun (le quartier) et un sujet commun (la santé globale des habitants).

Le temps joue un rôle essentiel dans l'action communautaire. Bénéficier de temps pour faire connaissance, s'approprier, pouvoir construire pour la partager une culture minimum commune est essentiel pour asseoir une pratique partenariale et transversale. Savoir gérer au mieux les changements de rythme est délicat mais nécessaire : si les professionnels aiment échanger des idées, le passage à l'action est difficile ; mais parfois l'activisme et l'urgence des réponses gomment le temps de recul utile à la réflexion. La bonne balance entre ces deux temps est bien complexe !

Tout a déjà été dit et redit sur la complexité du travail partenarial ; quelle que soit sa qualité, il s'essouffle, et seule la participation et la référence aux besoins de la communauté peuvent le réoxygéner, tant chaque institution, chaque professionnel est tiraillé en permanence entre l'effet centripète du partenariat et celui centrifuge de ses intérêts et logiques propres.

LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE AVEC OU POUR LA POPULATION ?

Si le terme communautaire fait toujours référence à un groupe, une population déterminée, il n'est pas toujours associé à l'idée de participation (être associé à la prise d'une décision ou à l'appréciation d'un service ou encore être consulté sur tel ou tel sujet).

Les difficultés sont nombreuses quant à la réelle participation de la population. Poids culturel des relations hiérarchiques entre professionnels de santé et usagers, disponibilité matérielle et culturelle des habitants à participer réellement, intérêts contradictoires des parties en présence. Poids pour les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne du colloque singulier qui rend difficile l'appréhension des besoins collectifs, d'une pratique hors du cabinet ou du bureau ou de l'institution. Reste que des avancées réelles s'opèrent. Parfois le poids et la vitalité de la vie associative induisent une modification des relations usagers - professionnels. Les professionnels loin de devoir devenir des « polyvalents » doivent garder leur compétence dans leur champ d'intervention principal avec une formation en santé publique, éducation pour la santé, pratique communautaire.

Les professionnels et institutions doivent parfois favoriser, parfois rendre possible, toujours chercher à ce que le principe participatif inclue tous les partenaires concernés par le projet communautaire ; condition de la démarche citoyenne, c'est tout simplement la condition de la réussite effective du but : améliorer la santé globale de la communauté. Voici livrées quelques remarques d'un acteur convaincu de l'actualité de la santé communautaire, de l'urgence à la promouvoir et à lui donner des réels moyens ! ■

Marc SCHOENE,

Président de l'Institut Théophraste Renaudot,
Médecin-directeur du SCHS de la ville de Saint-Denis

¹ • Fernando Bertolotto, Marc Schoene, RESSCOM, *Santé et collectivités locales : le cas des villes de 30 000 habitants*, RNSP/DIV ; Octobre 1995.

