

CAHIER

SUSCITER LA SANTÉ



COMMUNAUTAIRE

« Santé communautaire », que de paradoxes apparents et d'idées fausses ne nourrit-on pas en ton nom ! Paradoxe de professionnels et de théoriciens mobilisant toutes leurs énergies pour que profanes et usagers qui se sentent étrangers à leurs réflexions s'approprient le fruit de leurs efforts et investissent leur santé. Paradoxe de la santé, souvent vécue comme le plus précieux des biens individuels, qui se retrouve affublée de « communautaire » et s'en nourrit. Paradoxe des spécialistes enseignés par les profanes. Idées fausses qui mêlent santé publique, promotion de la santé, santé communautaire.

lumineux d'évidence. Pourtant, il va à l'encontre de toutes nos habitudes : serait-il impertinent de se demander si la participation n'est pas un des visages de la lutte des classes ? (page 43)

Tout ceci serait lettre morte sans les **réalisations**. La collaboration entre la population et les professionnels est avant tout une rencontre sur le terrain. Rencontre au **niveau institutionnel** : cela ne se fait pas sans peine, et les mécanismes de prise de décision jouent un rôle primordial. Nous les explorerons à travers l'exemple des « conseils communautaires de la santé » mis en place en

Grande Bretagne (page 44). Nous ferons ensuite connaissance avec le projet Villes-Santé mis en place par l'OMS (page 49) dont Saint-Denis (page 50), La Louvière et Liège (page 52) sont entre autres parties prenantes, et avec l'expérience « Objectif I Hainaut Santé » que soutient la région wallonne (page 53).

Variante l'angle de vision, nous observerons quelques réalisations au travers de leur **programme** : nous visiterons ainsi le

quartier de Forest (page 54), de Cureghem (page 56) et la maison médicale des Riches Claires à Bruxelles (page 57), la célèbre Goutte d'Or à Paris (page 58), le centre de santé intégré de Botermarkt à Gand (page 61), le centre de santé mentale « Le Méridien » (page 63). Deux approches plus spécifiques seront abordées : l'intervention communautaire en matière de toxicomanie (page 66) et les rapports entre milieu urbain et santé (page 71).

Au terme de ce périple, nous prendrons de l'altitude et essaierons une **évaluation des démarches** de santé communautaire.

Bonne lecture.



Pour clarifier les idées, nous vous proposons un petit voyage en « santé communautaire ».

Nous **définirons** d'abord quelles idées recouvrent le concept et quelles sont les conditions d'une approche communautaire de la santé (Actualités du concept, page 25).

Nous **situerons** ensuite la santé communautaire dans son cadre, celui de la promotion de la santé (page 30)... et plus largement dans celui de la « santé politique » (page 38).

La santé communautaire ne prend son sens que dans la **participation des usagers** (page 40). Un colloque tenu à Gand en 1996 en a enfanté la Charte (page 41). Le principe de participation paraît



Actualité du concept de santé communautaire

La crise des systèmes de santé est aujourd'hui un fait unanimement reconnu. L'expansion des coûts en matière de santé touche tous les pays industrialisés. Mais la crise dépasse le seul plan économique : l'évolution des sociétés européennes et la crise du capitalisme industriel amènent en eux-mêmes leur lot de pathologies. L'Europe entière est en recherche d'un modèle de service de santé qui rencontre les intérêts, les besoins et les demandes actualisés de la population.

Quand « le Social » se désagrège, le thème des communautés se réveille : c'est dans les hiatus de la couverture sociale de l'état qu'il se développe. Dans les pays à faible couverture sociale, comme les Etats-Unis, les initiatives communautaires construisent un maillon intermédiaire entre l'état et le citoyen.

La santé communautaire : une notion carrefour

La démarche communautaire est loin de caractériser les services de santé : c'est une dynamique propre aux processus de développement.

Bien conceptualisée depuis Paolo Frère et les expériences sud-américaines, la participation communautaire est pensée comme un processus social dans lequel des groupes ayant des besoins communs et vivant dans une zone de proximité s'emploient à définir activement ces besoins, décident de vouloir y chercher une réponse et se dotent des mécanismes destinés à les satisfaire¹.

Une première définition de la santé communautaire, inspirée des expériences de développement, peut s'approcher ainsi :

« Les expériences de santé communautaire sont des tentatives d'amélioration du contrôle par la population de sa propre santé au sein d'un processus plus large où la population contrôle davantage l'ensemble de son devenir. »

Ce contrôle s'exerce aux différents niveaux de l'action (émergence de la demande, analyse, identification des problèmes, choix des problèmes prioritaires et des objectifs, méthodes et stratégies à développer) et implique une interrogation sur le système de santé actuel tant dans sa structure (hospitalocentrisme, formation, priorité du curatif, toute puissance et rétention du savoir) que dans ses contenus (approche basée sur la maladie, logique d'intervention de type causal).

Curatif, préventif et éducation à la santé doivent s'intégrer dans un processus global de promotion de la santé.

Né dans les années 70, principalement au Québec, le concept de santé communautaire y est maintenant reconnu et doté d'un statut dans les institutions de santé. C'est là que la recherche est la plus avancée. Témoin de vingt cinq ans de combat communautaire, la clinique populaire Point Saint Charles est toujours très activement participative.

Une seconde dimension peut enrichir la définition de la santé communautaire. Dans une perspective plus orientée vers la santé publique et la planification sanitaire, Raynald Pineau la considère *« ... comme un ensemble de méthodes et d'outils pour une planification dont le point de départ est l'état de santé d'une population et dont l'objectif est d'assurer une adéquation entre les ressources mises à disposition et les besoins de santé. »*

Le concept de santé déborde celui de morbidité « objective » et rencontre celui de morbidité « ressentie ». Sa mesure ne se satisfait plus d'indicateurs épidémiologiques mais intègre les indicateurs de type psychosociaux. Dès lors, la participation de la population est indispensable.

Par sa nature et ses méthodes, l'approche communautaire en santé tend à lever les cloisons

Jacques Morel,
médecin
généraliste.

*1. Forum
mondial de la
santé, vol 10/89.*

qui empêchent une analyse globale des problèmes de santé, par exemple la séparation entre curatif et préventif. Elle s'applique à tous les problèmes de santé et à leurs solutions, y compris aux nombreuses solutions qui débordent le système de santé.

C'est pourquoi la démarche communautaire implique la participation de **tous les acteurs** concernés : professionnels, politiques et décideurs, habitants et citoyens, **à toutes les phases du processus** : élaboration, développement, réalisation et évaluation du programme.

Développements et applications

Sur le plan international, le concept de santé communautaire a surtout été relayé par l'OMS² à travers la charte d'Ottawa (1986) et la promotion de la santé qui mettaient en avant la participation des populations à la gestion de leurs problèmes de santé. Dans un deuxième temps, le mouvement « Villes-Santé » a rendu cette approche opérationnelle sur les communautés urbaines (villes et villages). Largement répercuté au Québec, en France et dans les pays anglo-saxons, beaucoup plus pauvrement en Belgique, le rapport Ville-Santé a lancé une dynamique communautaire intéressante.

Des initiatives de développement intégré comme le PRD³ dans la région de Bruxelles-Capitale ou le plan de relance pour la Ville d'Alain Juppé en France illustrent la nécessité d'une approche globale des problématiques et d'une synergie des différents secteurs de l'activité sociale pour tenter de répondre aux besoins. Tant il est vrai que les déterminants sociaux et éducatifs sont parmi les plus significatifs de la santé, et que les « bénéfiques santé » passent par l'amélioration des conditions sociales (emploi et logement notamment), il faut s'interroger sur ce qui est aujourd'hui producteur de santé.

Parmi les populations moins favorisées, on observe bien les phénomènes de bascule dans l'exclusion tantôt à partir de facteurs socio-économiques, tantôt à partir de problèmes de santé, et on mesure bien l'interaction entre ces déterminants. On mesure aussi les limites de l'intervention du système de soins, voire du secteur social. On expérimente l'efficacité des synergies et de la pluridisciplinarité

dans des dynamiques communautaires... et on se rend compte que nombre de leviers d'une intervention adaptée sont de nature politique.

Points de repère

Les aspects méthodologiques de la santé communautaire dépassent le cadre de cet article. Néanmoins, il nous a paru intéressant, sur base de l'expérience et de l'observation, de dégager quelques conditions primordiales de réalisation d'une approche communautaire de la santé.

● L'état des lieux

Le point de départ incontournable d'un programme de santé communautaire consiste à définir les besoins et les problèmes. Les démarches de santé publique et de recherche épidémiologique nous y ont habitué. Dans le cadre communautaire, il paraît conséquent d'intéresser les acteurs concernés à cette définition à la fois pour obtenir un recueil plus sensible des besoins et pour mobiliser les protagonistes à leur prise en charge. Des choix de méthodologie peuvent contribuer à rendre cette définition plus ou moins participative. L'objectif est d'élaborer un diagnostic de communauté qui n'a d'intérêt que s'il est opérationnalisable et une des conditions est d'avoir été construit activement avec les partenaires qui seront amenés à l'exploiter.

● La participation de tous les acteurs concernés à toutes les phases de l'action

Classiquement, on distingue trois catégories d'acteurs de la vie sociale : les habitants (ou usagers ou citoyens), les professionnels, les décideurs (ou gestionnaires ou politiques). Il n'y a pas d'intervention qui ne concerne les trois catégories : toute action dans le champ collectif est destinée à des habitants, concerne une activité professionnelle et relève de la compétence de décideurs politiques. Désigner les acteurs et leurs rôles fait partie de la définition même du programme. Les actions qui ne concerneraient qu'une ou deux de ces catégories sont d'une autre nature que l'approche communautaire : self-help, éducation, aide ou service, promotion de la santé par exemple. La pratique montre la difficulté de concerner concrètement les acteurs responsables et peut-être

2. OMS :
Organisation mondiale de la santé

3. PRD : *Plan régional de développement*



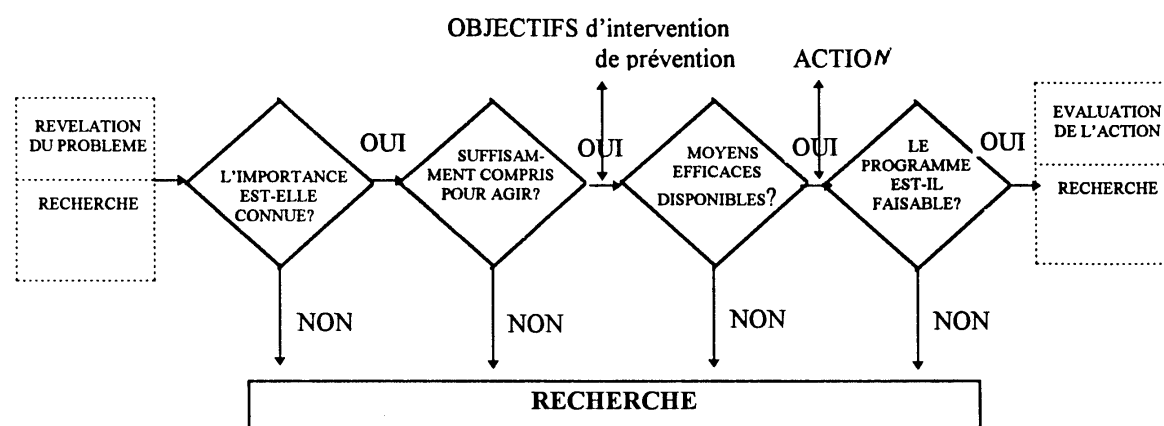
plus encore les pouvoirs politiques : introduire la participation dans la gestion publique est encore peu courant. La culture de ces modèles est à développer vis-à-vis des responsables politiques, mais aussi de la population et des professionnels. Cette dimension d'une nécessaire pédagogie de la participation des acteurs pour venir en soutien de l'action communautaire est sans doute insuffisamment prise en compte dans les préalables et mesures d'accompagnement à mettre en place.

● L'utilisation des ressources locales

Le constat de leur méconnaissance est une constante des programmes observés. En tous les cas, il manque une connaissance fine et

aide familiale, il n'y a aucune raison de recourir à ce service et sans doute faut-il d'abord étudier cette possibilité, voire la susciter.

Les « boucles » les plus courtes sont à rechercher. Par boucle, on entend la distance entre le niveau où se pose le problème et le niveau susceptible d'y répondre. En général, les boucles les plus courtes sont économiquement favorables et bénéficient de l'effet de proximité. Ces deux aspects doivent cependant être estimés : les ressources locales peuvent s'avérer chères et la proximité n'est pas toujours indemne de subjectivisme ou de routine ! D'autre part, il faut pouvoir inscrire les boucles locales dans des boucles régionales, communautaires et fédérales : la gestion institutionnelle de la santé est ainsi faite et si



L'algorithme décisionnel d'un programme de santé communautaire.

opérationnelle : au-delà du numéro de téléphone, que fait cette institution, dans quels horaires, à quelles questions peut-elle concrètement répondre ? Cette carence se vérifie tant pour les associations voisines que pour le public susceptible d'y recourir. Un travail important d'information est encore souvent un préalable indispensable à une coordination.

● Le principe de subsidiarité

Pour des raisons d'économie d'échelle mais aussi de réponses de proximité, ce principe d'utilisation des niveaux de réponse efficaces les moins élaborés permet souvent d'améliorer l'efficacité : si des relations de bon voisinage suffisent pour subvenir à des besoins équivalents à ceux que rencontre une

l'approche communautaire décloisonne le curatif et le préventif, cloisonnement et stratification restent le modèle du système ! Il en va de même dans les secteurs importants qui régissent les déterminants de santé : travail, insertion socioprofessionnelle, culture, éducation, logement...

● Plus de santé en toutes choses...

Plutôt que de créer « de novo » des interventions, des programmes, voire des structures de santé communautaire, il sera souvent préférable de sensibiliser à une préoccupation de santé des intermédiaires sociaux hors du champ de la santé. Cette manière de faire rend les différents acteurs plus responsables.

● **Le temps**

Les différents acteurs n'ont pas la même perception du temps. Pour les habitants, elle sera de l'ordre de l'immédiat. Pour les professionnels, elle sera de l'ordre de la subsidiarité et du programme. Pour les décideurs politiques, elle sera de l'ordre du budget annuel et des échéances électorales. A temps différents, attentes différentes...



● **L'information et la communication**

Il est illusoire d'espérer participation et adhésion des acteurs sans information et visibilité des intentions et des réalisations. Les outils et supports de la communication, habituellement inexistantes,

sont à inventer. L'information doit porter sur les éléments techniques du projet mais aussi sur les finalités d'ensemble du programme, voire sur les valeurs qui sont sensées être rencontrées. En cela, la santé communautaire, comme la planification sanitaire se construira différemment suivant les valeurs sociales qui la guident et constitue une démarche éminemment politique (libéralisme/solidarité, équité/égalité, autonomie/assistance).

● **La formation et les consensus**

Dans notre expérience, peu d'acteurs avaient du concept communautaire des notions concordantes. La nécessité d'une formation permettant un consensus sur quelques notions théoriques et pratiques est une constante des programmes que nous avons analysés. Par delà, cette démarche de formation devrait être continuée : l'intérêt de la construire avec les acteurs du programme est d'y trouver, hors de l'activisme, un espace de recherche de consensus comme élément moteur et évaluateur.

La santé communautaire, intégratrice de méthodologies d'approche participative des problèmes de santé d'une population... un outil pour la construction d'une politique de santé adaptée aux besoins actuels de santé. ●

LA SANTÉ
COMMUNAUTAIRE

Pour ne pas tout mélanger

Les mots « santé publique », « prévention », « santé communautaire », « éducation à la santé », « promotion de la santé » se retrouvent aujourd'hui sous de multiples plumes comme des mots-clés dont le sens semble se recouvrir.

On ne sait plus exactement si ces termes désignent un cadre de pensée, une technique, un projet de société, la politique ou les habits neufs d'idéologies diverses.

Une clarification s'impose.

- **La santé publique : un secteur de l'action et de la politique publique**

À notre sens le terme « **santé publique** » doit désigner la mise en œuvre d'une politique liée au développement global de la santé. Cela comprend différentes facettes : la gestion du système de soins, l'établissement et la gestion de normes alimentaires et de l'hygiène, le contrôle sanitaire des transports, la gestion des déchets et des eaux usées, l'éducation à la santé, la prévention, l'information. Ces différentes fonctions de la santé publique peuvent être prises en charge par des mandataires publics et des administrations différentes. Parfois, on réduit encore la définition de la santé publique au système de soins, bien que d'autres entités administratives aient nommément la santé (ou l'hygiène) dans leurs attributions.

- **La promotion de la santé, un cadre conceptuel pour l'action publique dans tous les secteurs**

Le terme « **promotion de la santé** » désigne une stratégie globale qui vaut autant pour les politiques de santé publique que pour toute la gestion publique. Il s'agit de faire valoir les aspects de santé publique présents dans des secteurs habituellement séparés de la santé dont les plus évidents sont la gestion de l'environnement, la sécurité routière, la politique du logement ou les politiques de l'emploi. La définition de la santé portée par la promotion de la santé n'est pas limitée à l'absence de maladie mais au contraire étendue à la qualité de la vie et à la capacité individuelle et collective d'agir en faveur de cette santé.

- **La santé communautaire, une pratique et une méthode de travail en santé publique, inscrite dans le cadre de la promotion de la santé**

La « **santé communautaire** » est une pratique ou une méthode qui repose sur les principes de décroisement, de l'implication de la population dans l'identification de ce qui lui fait problème, de la mobilisation des capacités de la population à s'adapter ou à évoluer, de la participation des membres de cette population à l'ensemble du processus. ●

Extrait de « La pratique communautaire dans la promotion de la santé : quelques réflexions » du groupe de travail constitué de
Martine Bantuelle,
Pierre-Alain De Henau, Thierry Lahaye, Jacques Morel et Patrick Tréfois.
Janvier 1998.

La pratique communautaire dans la promotion de la santé: quelques réflexions

Groupe de travail constitué de **Martine Bantuelle, Pierre-Alain De Henau, Thierry Lahaye, Jacques Morel, Patrick Trefois.**
Ce groupe de travail s'est réuni pour apporter une contribution à la réflexion du Conseil supérieur de la Communauté française.

L'arrière-plan

1. Le système de soins... et de remboursement de soins

Lors de l'élaboration des grands systèmes de remboursement des soins, la représentation de la « santé publique » ne fait intervenir que deux éléments : la maladie et la médecine. On est bien sûr conscient que d'autres éléments interviennent mais ils ne sont pas pris en compte dans la construction de ce qu'est la santé publique à cette époque.

● Ce qui est besoin de soins est défini par le système de soins

Définir les besoins ne va pas sans mal : tout problème qui pourrait trouver une solution dans le système de soins devient une maladie, exprime un besoin de soins, et exige une distribution de soins. Rien dans ce système ne régule l'emballement, sinon la solvabilité de la demande. Or la demande est financée par un système de remboursement de soins. Toute personne qui

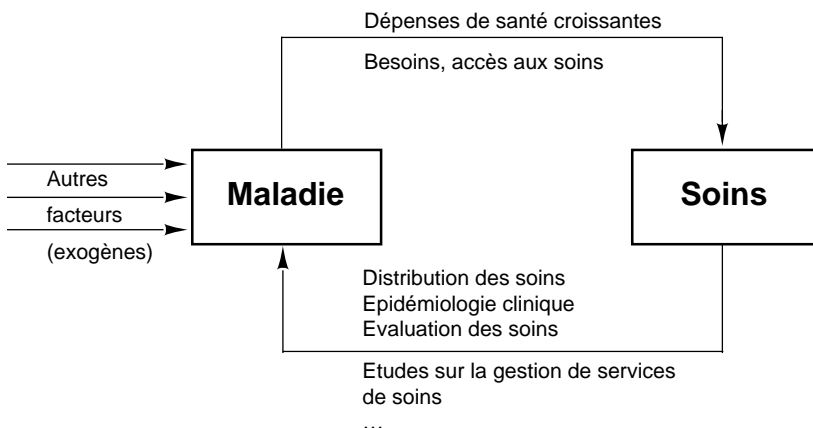
contribue au financement de ce système ne voit ni raisons de payer « deux fois », ni restrictions à profiter au mieux - et au plus - des services ainsi financés. Les progrès dans les techniques de soins, la multiplication des infrastructures hospitalières, la croissance du nombre de praticiens, parviennent à toucher une demande de plus en plus vaste.

● Gérer l'emballement des dépenses

On cherche un remède dans des méthodes améliorant la production de soins : l'évaluation des soins, l'épidémiologie, et l'élaboration de pratiques de la gestion appliquée aux services de santé. Approches qui améliorent le rendement du système de soins mais qui n'agissent pas sur la demande. Rien ne fait obstacle à de nouvelles demandes de soins, une fois que les premières sont mieux satisfaites. Une autre méthode consiste à rationner les soins, et à agir sur la demande en imposant des « tickets modérateurs » de plus en plus importants. Au risque de nuire à la démocratisation de l'accès aux soins qui est soutenue par l'électorat.

On explore les moyens d'agir sur les besoins au travers des causes vues, jusque-là, comme *exogènes*. Différentes contributions théoriques et des approches de prévention vont se mettre en place. On isole et agit sur trois types de facteurs déterminants de la maladie : les modes de vie, l'environnement, et la biologie humaine. Mais d'autres facteurs restent encore totalement externes au modèle. Aussi, la démarche est individualisée, et la prévention s'oriente vers les facteurs de risque les plus connus et les plus maîtrisables individuellement : les modes de vie, la prévention technique - dépistages, la vaccination.

La santé est toujours définie comme « l'absence de maladie » et le couple « maladie- système de soins » reste au centre de toutes les actions. On ne voit pas encore de solutions à la crise de financement du système.



Evans, R.G. and Stoddart, G.L (1990). ; « Producing Health, Consuming Health Care », *Social Science and Medicine*, 31 (12) :1347-63.
Ce travail a fait l'objet d'un rapport de recherche pour l'Institut Canadien de Recherche Avancée (ICRA).



2. Vers une représentation plus complexe de la santé

Des progrès dans l'épidémiologie et la mise en relation de recherches, jusqu'alors menées dans des domaines cloisonnés, ont profondément modifié le schéma global.

● Santé, milieu social, économie : des observations¹

- à considérer les indicateurs classiques de santé, les pays qui ont le plus de médecins par habitant, le plus de lits d'hôpitaux, le plus de dépenses de santé, ne sont pas ceux qui bénéficient de la meilleure espérance de vie : 1000 US\$ par habitant au Japon, 1500 US\$ par habitant au Canada, 2000 US\$ par habitant aux USA. La meilleure espérance de vie au monde est constatée au Japon. Le taux de mortalité infantile semble suivre la même évolution ;
- des études sur l'évolution de la santé et des maladies sur le long terme révèlent que certaines fortes réductions de maladies infectieuses sont constatées avant l'apparition de thérapies médicales efficaces (cas de la tuberculose) ;

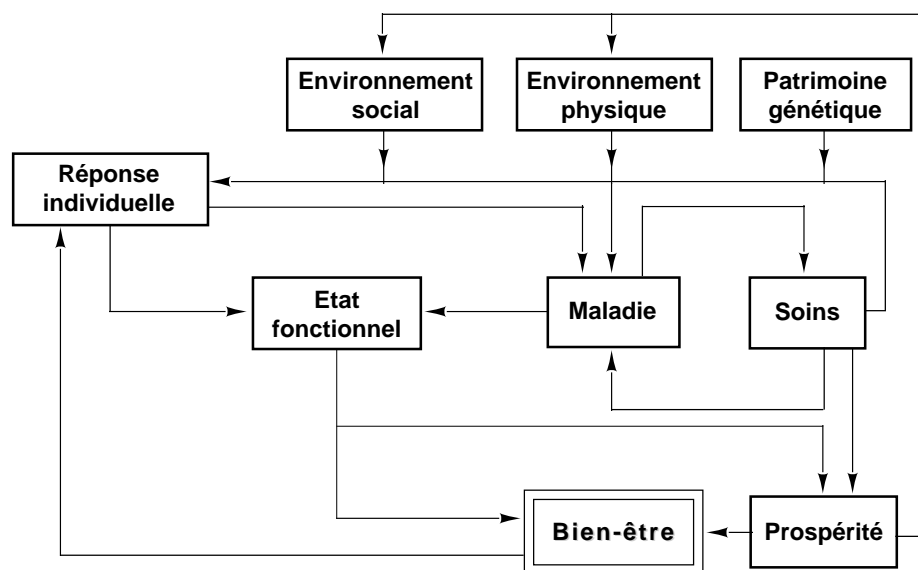
- si l'objet des systèmes de soins était de diminuer les écarts entre couches sociales, les recherches tendent à montrer que cet écart s'amplifie en cette deuxième moitié du XX^{ème} siècle ;
- en fait, toutes les études qui incluent l'environnement social montrent que plus on s'élève dans la hiérarchie des revenus, plus longue est la vie, qui plus est, plus longue est la vie en bonne santé ;
- ce déterminant « social » est parfois encore plus pesant que les habitudes de vie. Il intervient également dans la reconnaissance sociale des capacités de l'individu et vient légitimer son « estime de soi ».

● Une nouvelle représentation de la santé publique

La représentation n'est plus centrée sur le système de soins, mais sur le couple « bien-être-réponse individuelle »².

Les conditions sociales « collectives » (le milieu social, le groupe d'appartenance, la culture) font bien partie des déterminants de la santé.

Ceux-ci sont pondérés par le caractère biologique unique de la personne, mais également sa position et ses relations sociales, son environnement



Evans, R.G. and Stoddart, G.L (1990). ; « Producing Health, Consuming Health Care », Social Science and Medicine, 31 (12) :1347-63.

Ce travail a fait l'objet d'un rapport de recherche pour l'Institut Canadien de Recherche Avancée (ICRA).

1. Marc Renaud et Louise Bouchard (1995) ; « Pour un nouveau paradigme de la santé » ; revue Prévenir, n°28, 1er semestre 1995.

2. Cette dimension globale fait interagir l'estime de soi, la qualité de vie et bien d'autres facteurs.

La pratique communautaire dans la promotion de la santé: quelques réflexions

physique. La réponse individuelle représente la synthèse de ces facteurs. Elle détermine l'état fonctionnel d'une personne, le « comment elle se sent », la maladie subjectivement ressentie. La maladie objectivement définie par la science médicale constitue quant à elle un élément distinct du schéma.

On y tient compte de l'influence directe de la prospérité globale sur le bien-être. On ajoute que si une part de la richesse économique est investie dans l'amélioration des environnements physiques et sociaux, elle bénéficiera à la santé.

Mais cette prospérité peut-être enrayée par les coûts des systèmes de soins quand ils excèdent la contribution économique du « marché des soins ».

Ce sentiment de bien-être influence, pense-t-on, les capacités immunitaires et les facultés mentales. Autrement dit, il agit directement sur la réponse individuelle, et par transitivité sur la maladie.

Mais comme la prospérité peut-être contrariée par un emballement des dépenses de soins, on voit qu'à ce moment, persister à investir dans un accroissement du système de soins détériore à terme la santé au lieu de l'améliorer.

Définir la santé comme consommation individuelle de soins n'est plus tenable dans cette représentation. Il faut arriver à produire de la santé c'est-à-dire de bonnes réponses individuelles et du bien être collectif.

Il nous reste à exposer par quelles méthodes pratiques il est possible d'y arriver, et dans quel cadre inscrire cette approche.

Produire de la santé par la pratique communautaire

La pratique qui s'inscrit dans un système de solidarités et de dialogues :

- **horizontal, entre pairs ;**
- **vertical, entre couches sociales, catégories professionnelles ou tranches d'âges ;**
- **durable, tenant compte des générations présentes ou à venir ;**

qui, en outre, s'applique à la santé, c'est ce

que nous appelons « santé communautaire ».

La santé communautaire sert à caractériser un ensemble de programmes, d'actions ou de projets intégrés qui ont été mis en place bien avant les années '80. L'essentiel de ces activités avait pour cadre le Tiers monde et la coopération au développement. On la retrouve alors sous différentes formes nées des nécessités locales et des idées « politiques » des promoteurs de ce type de projet.

Pour certains, on a affaire à une idéologie, pour d'autres, c'est une technique ou une attitude.

On peut certainement dire que c'est un ensemble de pratiques qui reposent :

- sur une base collective « communautaire » locale que ce soit à caractère géographique ou institutionnel (un village, un hôpital pour enfants et les parents, une école) ;
- sur un repérage collectif des problèmes et des potentialités, qui implique la population (un diagnostic) et qui inclut les dynamiques sociales à l'œuvre dans la collectivité (ébauches de solutions, micro-réalisations, réseaux de solidarités) ;
- sur la participation de tous : spécialistes, professionnels, administratifs, politiques et usagers. Participation autant représentative que directe.

Elle permet à la fois l'adaptation aux circonstances, mais aussi le travail collectif pour l'action sur les conditions de vie.

On peut dire qu'il est possible de travailler en santé publique indépendamment des soucis et des recommandations de la population. Par contre, on ne peut faire de la santé communautaire sans que la population ne participe à l'analyse des problèmes et ne comprenne et ne participe à la démarche qui mène aux actions.

● **Reconnaître que la population dispose de savoirs pertinents**

La pratique communautaire considère en quelque sorte les citoyens comme des "experts" de ce qu'ils vivent, affrontent ou gèrent au quotidien.

Elle vise à renforcer cette capacité, non à l'amoinrir. Les « profanes », les habitants, les usagers, les patients, sont 24 heures sur 24 concernés par ce qu'ils vivent, ce qui est rarement



le cas des professionnels. Les usagers ont forcément construit une conscience plus aiguë de ce qu'il est intéressant de développer, ou des éléments importants d'une situation.

Autant d'informations dont l'expert ne dispose que de seconde main. Et auxquelles il ne consacre journalièrement qu'une part infime de son attention. Tout expert a bien sûr des connaissances que le profane n'a pas, mais il a aussi des zones d'ignorance et une « inexpérience » qui peuvent être comblées par les usagers considérés comme acteurs. Tout particulièrement pour ce qui concerne les phénomènes collectifs : les traits culturels, les aspirations, les relations d'entraides, les savoirs et les solutions déjà retenues.

● S'adresser à tous les acteurs

On l'a dit, c'est d'abord à des groupes, des collectivités, des communautés que s'adresse la santé communautaire : un quartier, des patients réguliers d'une polyclinique, une école, ses élèves et leurs parents...

A priori tous dans le groupe sont concernés, les professionnels, les citoyens - habitants, commerçants - et même les décideurs politiques et leurs administrations.

Les acteurs doivent d'abord faire connaissance et apprendre à gérer leurs différences par la négociation. Ils connaissent des rythmes et des temporalités différentes selon leurs préoccupations et le degré de priorité qu'ils leur attribuent.

C'est en s'attachant à la collaboration de proportions significatives de chaque catégorie d'acteurs que le travail communautaire prend forme et qualité.

● Une démarche résolument interactive

Tout repose sur le dialogue et la mise en débat, bref l'interactivité. Ce qui exige du temps.

En santé communautaire, toute planification est interactive et adaptable pour tenir compte des points de vue et des rythmes de chacun. L'évaluation de ce qu'on fait, se déroule en continu et réoriente souvent l'action en cours de route. Cette régulation intègre les éléments issus de l'évaluation.

● La santé communautaire permet de potentialiser les investissements existants...

Sur le plan financier, la santé communautaire permet de potentialiser les investissements sans les accroître significativement, en regard des sommes dépensées en consommation de soins, en infrastructures, etc.

Et la santé communautaire n'exige en rien la mise en place de nouvelles infrastructures sanitaires pour aboutir.

À coûts financiers équivalents, des services réorientés par la participation des populations peuvent éviter des gaspillages provenant de multiples inadéquations à la demande sociale locale. De ce fait, ces réorganisations dégageraient dans certains cas des moyens pour améliorer les services demandés.

La production de santé par la réduction de risques collectifs liés à certaines options techniques ou



l'amélioration du cadre de vie autorisent à envisager une réduction de certaines demandes.

La mobilisation des acteurs permet la production de ressources dans le cadre du milieu de vie, de la qualité d'accueil des services, de la gestion de l'environnement physique. Elle mobilise les ressources de l'environnement social.

● ...mais elle exige des efforts individuels et collectifs dans la transformation d'habitudes ou de routines institutionnelles

Pour les professionnels, le changement d'habitudes introduit par la prise en compte des « non-professionnels » comme « acteurs & partenaires »

La pratique communautaire dans la promotion de la santé: quelques réflexions

de travail et « émetteurs d'avis autorisés » implique des coûts de temps, - et souvent d'argent - et aussi un investissement personnel en effort d'ouverture et de compréhension.

Les citoyens sont encouragés à quitter leurs rôles passifs - objets d'étude pour la science et bénéficiaires de soins pour la médecine, cibles pour l'éducation à la santé - pour en arriver au statut d'acteurs. Mais ils ne sont pas forcément préparés à cette transformation.

Marginalement peut-être, des acteurs de chaque catégorie peuvent y trouver personnellement un bénéfice direct, en plus d'une contribution à la production de bien-être.

Les professionnels sont soulagés du poids de « se mettre à la place » des autres. Ils disposent par la rencontre avec la population d'une évaluation de leur travail et de repères plus « réels » pour évaluer leurs progrès.

Les citoyens replacés au rang d'« acteurs », retrouvent par là une dignité que la prise en charge leur enlève. Des catégories spécifiques de la population, celles qui sont exclues du travail par l'âge, la déqualification ou plus banalement, l'économie trouvent dans la possibilité de se prendre partiellement en charge une « valeur » sociale perdue et une amélioration de leurs conditions de vie.

Sans constituer une solution économique au chômage ou à la préretraite, l'occasion de contribuer au bien-être collectif permet de

s'affirmer comme utile et « sain », même quand l'économie pure ne fournit qu'un statut de « parasite » ou de « bouche désormais inutile », lequel statut est, on le sait, plutôt facteur de dépression et de consommation de soins.

- **On considère l'absence de maladie comme une ressource, un indicateur parmi d'autres de ce qu'est la santé, mais pas comme une finalité, un but à atteindre**

La pratique communautaire fait intervenir le point de vue et l'activité de non-spécialistes de la santé, les citoyens et les usagers dans l'élaboration, la réalisation et l'évaluation des décisions et des actions.

Confrontée aux demandes et aux perceptions des problèmes exprimés par la population, la santé communautaire replace depuis longtemps la santé dans un cadre global.

En effet, il arrive souvent que les demandes de santé des citoyens ne concernent pas le domaine traditionnel assigné à la santé publique ou aux médecins.

Par exemple : l'aménagement de passages cloutés à la sortie d'une école, la diversité et la qualité des repas scolaires, la réparation de feux de signalisation, l'aménagement d'espaces verts, le contrôle de la pollution et du bruit des poids lourds en ville sont des demandes qui sont cataloguées comme touchant à la santé par les habitants.

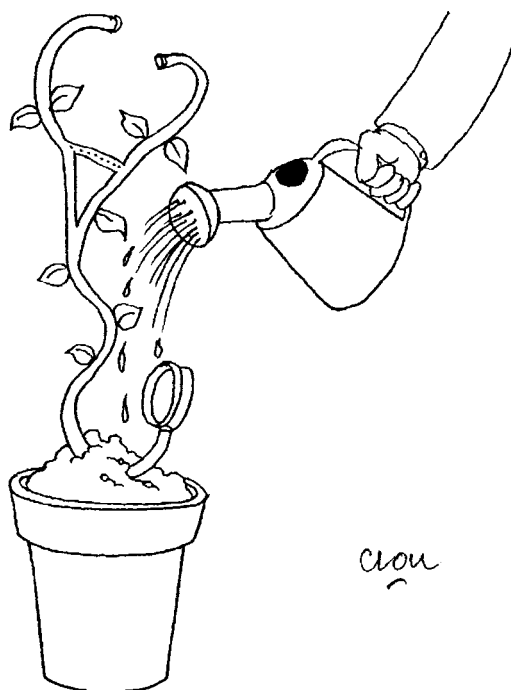
- **La pratique communautaire produit de la santé, de la qualité de vie, de la dignité, du changement social**

En renforçant la capacité individuelle à gérer les problèmes, en reconnaissant cette faculté dans les populations, en donnant à chacun l'occasion de contribuer à des projets collectifs, la santé communautaire produit de la dignité.

C'est parce qu'elle semble particulièrement apte, par son caractère démocratique, à conjuguer les actions et les préoccupations des « citoyens » que la santé communautaire peut effectivement le mieux servir à produire de la qualité de vie.

En rendant possible la participation de tous à des projets, la santé communautaire peut produire du changement social tout en se situant dans un environnement mouvant.

C'est en travaillant sur les conditions de la santé que les pratiques communautaires contribuent à produire de la santé.



clou



Une définition de la santé comme « *globale, complexe, car à la fois production d'une ressource et renforcement de capacités individuelles et collectives* », émerge de la pratique communautaire. Elle rejoint celle plus officielle de la promotion de la santé dans la charte d'Ottawa.

La promotion de la santé

1. La promotion de la santé dans la charte d'Ottawa

Des experts réunis par l'OMS ont rédigé à la conférence d'Ottawa en 1986 la charte qui définit la promotion de la santé. Elle correspond à la représentation de la santé que nous avons décrite en introduction. En y joignant les apports de la santé communautaire.

En voici un extrait, dont nous soulignons certains passages :

« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.

Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci.

La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme un but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques.

Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : tous les secteurs d'activités, tout ce qui définit le cadre de vie d'un individu ou d'une communauté sont concernés ».

2. Cinq perspectives à coordonner

La charte d'Ottawa comporte cinq grands niveaux d'action qui en dessinent la portée. Et la pratique communautaire en est la clef de voûte.

- **Renforcer et déssectorialiser les politiques de santé publique par une politique sociale, fiscale, économique globale et favorisant la santé**

Quel que soit l'axe administratif, quelle que soit la partition des compétences, toute décision politique devrait prendre en considération ses effets positifs et négatifs sur la santé ; en outre, elle devrait intégrer les préoccupations, directives et contraintes des autres secteurs de la vie sociale pour en structurer la synergie en termes de bénéfice-santé.

Par exemple : légiférer en faveur du port du casque à moto, bien que habituellement séparé de la santé publique, contribue à diminuer certains risques traumatiques. En ce sens, une bonne part de ce qui fait la sécurité routière intervient dans la promotion de la santé.

- **Assurer un environnement et des milieux favorables**

Environnement physique, loisirs, travail, énergie, urbanisme, déplacement, sécurité routière et transports, logement, mais aussi conservation des espaces naturels et de l'énergie, doivent faire partie des priorités des politiques.

Par exemple : aménager des espaces publics de manière à favoriser une vie collective et un sentiment de sécurité agit positivement sur la santé mentale des individus.

- **Promouvoir l'action collective et le travail communautaire**

- **Développer les capacités individuelles**

Par l'éducation à la santé, l'information, l'éducation en général, l'éducation permanente. Mais aussi par la multiplication des possibilités de mettre en pratique ses talents ou d'apprendre en participant à la réalisation de projets.

- **Réorienter et développer des missions nouvelles pour les services de santé au delà de la prestation de soins**

Selon l'évolution des besoins des acteurs, des services seront plus ou moins efficacement utilisés. Une adaptation doit permettre de répondre de la manière la plus efficiente à ces

La pratique communautaire dans la promotion de la santé: quelques réflexions

besoins, au risque que cela ne soit pas l'offre de service qui contraigne la demande ! De plus, l'intégration d'actions préventives et éducatives au sein des centres de soins peut contribuer à réduire certains risques et certaines demandes.

Citons des exemples

Les difficultés d'accès à certaines prestations non-remboursées (lunettes, prothèses dentaires, caution à l'hospitalisation...) posent problèmes pour certaines franges de la population ; des usagers vivant eux-mêmes cette difficulté mettent en place avec l'appui des professionnels une association de « caisse de solidarité » qu'ils autogèrent pour faire des prêts aux patients en demande de cette aide et à condition qu'ils se fassent membres de cette asbl au prix d'une cotisation « symbolique ». Un terrain de négociation s'ouvre alors envers les structures de soins.

Un centre de soins par l'écoute des patients s'aperçoit que les plaintes psycho-somatiques varient en fonction de leurs cultures d'origine, ou de leurs milieux sociaux. Et que les raisons de consulter proviennent d'un contexte culturel particulier au quartier. Le centre intègre alors dans son équipe un ethnologue ou un psychologue de même appartenance culturelle que la plus grande partie du public du centre.

3. La pratique communautaire, un levier important de la promotion de la santé

La santé communautaire représente une contribution importante à la concrétisation de la promotion de la santé dans cinq perspectives au moins :

- la construction démocratique de la définition de la santé, et des conditions de vie saine ;
- l'aménagement et l'évaluation de toute politique ;
- la production quotidienne directe ou indirecte de santé ;
- l'évaluation des composantes multiples de la santé comme ressource manquante ou suffisante ;
- le renforcement de la capacité « experte » de gestion des problèmes dont doivent forcément faire preuve les individus et les collectivités.

4. Les autres niveaux d'action mis en pratique communautaire

Si la santé communautaire constitue en soi un des axes de travail de la promotion de la santé, les quatre autres perspectives sortent renforcées par la pratique communautaire.

● Action politique

Les individus ou collectivités peuvent se réunir en groupes de pression, comités de quartiers ou d'usagers, de manière à interpeller le pouvoir politique local ou à formuler des demandes construites et argumentées. C'est une façon de repositionner les responsabilités là où elles doivent s'exercer légitimement et de revitaliser la démocratie par la participation active des citoyens.

● Action ou intervention sur l'environnement et les milieux de vie

Les habitants ont un rôle déterminant dans les propositions concernant l'aménagement des espaces publics et leur animation; cette concertation est garante de leur préservation et du développement d'une fonction sociale à l'aménagement urbain. La concertation des habitants et des professionnels a permis actions et prises de conscience dans l'affaire de la décharge de Mellery.

● Action éducative

Afin que les collectivités puissent acquérir des attitudes et des savoir-faire en rapport avec les objectifs qu'elles se sont fixées, des processus interactifs et éducatifs doivent être mis en place. Ceux-ci privilégieront les échanges de savoirs pratiques, l'écoute et l'animation de débat.

● Action de réorientation des services et des institutions

Qu'il s'agisse d'interpeller et de se faire entendre collectivement, comme de mettre en place des rencontres régulières avec des groupes d'usagers, il importe que « l'*a priori* communautaire » soit de traduire les résultats de la participation, de l'analyse de besoins nouveaux, en terme de modification de l'offre et de la nature des prestations.



LA PROMOTION DE LA SANTÉ : UNE PHILOSOPHIE ET DES PRATIQUES

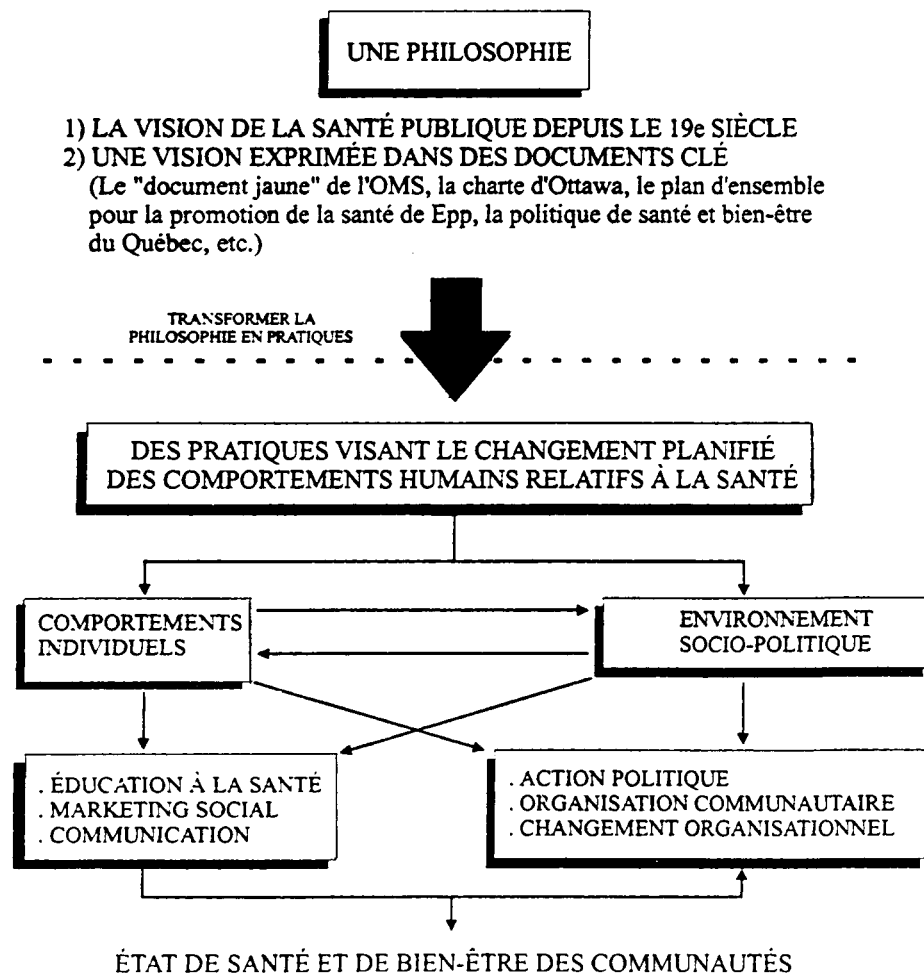


Schéma de M. O'Neill proposé dans le cadre du séminaire de formation :
« La santé politique », Promes, ULB, octobre 1997.

Chacun des types d'action pourrait être développé séparément.

Par son inscription dans un cadre global de promotion de la santé, la pratique communautaire ne peut faire l'économie d'envisager ces actions dans leur ensemble et de faire des choix parmi les stratégies les mieux adaptées aux ressources disponibles et aux buts à atteindre.

Cette mise en communication des différents niveaux fait partie intégrante de la démarche communautaire ; elle implique souvent le préalable de la mise en relation de différents acteurs - collectivités, institutions, ... - peu accoutumés à une collaboration.

Enfin, chaque étape de l'action communautaire en santé inclut ses modalités d'évaluation ; comme chaque phase de développement, elle se fait avec la participation des acteurs concernés et permet au processus de trouver des modalités de régulation et de réorientation itérative de ses objectifs. ●

La santé politique: pourquoi?

Extrait de la monographie «La santé politique. Petit manuel d'analyse et d'intervention politique dans le domaine de la santé », sous la direction de Michel O'Neill, Pierre Gosselin, Michel Boyer. Université Laval.

Michel O'Neill, Pierre Gosselin et Michel Boyer ont publié en mai 97 un guide pratique d'intervention sur les aspects politiques dans le domaine de la santé : « La santé politique. Petit manuel d'analyse et d'intervention politique dans le domaine de la santé ». Michel O'Neill avait déjà esquissé un début de méthode d'intervention politique dans divers articles, Pierre Gosselin avait co-écrit un ouvrage au titre enchanteur : « La santé contagieuse : petit manuel pour rendre la santé communautaire », et Michel Boyer avait développé sous forme de cours universitaires... une approche pratique du lobbying ! Dans ce court extrait de l'introduction de leur livre, ils nous expliquent « pourquoi la santé politique ».

Durant les vingt dernières années, le peu de présence des disciplines des sciences sociales dans la formation et dans la pratique des intervenants québécois en santé (et en particulier en santé communautaire) a eu à notre point de vue une double conséquence. D'une part, en rationalisant la pratique et les programmes avec une approche par « population cible », on a eu tendance à oublier que les groupes et communautés sont des entités vivantes et organisées. On les aborde trop souvent comme la médecine spécialisée aborde le corps humain, en les découpant en petits morceaux que l'on approche sans référence à l'ensemble. D'autre part, nous insistons particulièrement sur le fait que les praticiens de la santé ont dans la grande majorité des cas complètement oublié la dimension politique de la vie humaine, bien qu'on commence à y être un peu plus sensible qu'il y a cinq ou dix ans.

Par **dimension politique**, on entend l'existence, dans tout regroupement humain, de relations de **pouvoir** qui déterminent de façon significative, quoique non-exclusive, les comportements des individus, des groupes ou des collectivités. La relation de pouvoir fait référence à la **capacité de certains individus ou de certains groupes à contraindre d'autres**

individus ou groupes à agir d'une manière déterminée. Il ne s'agit donc pas ici exclusivement de politique partisane, mais de l'ensemble des rapports de force, présents dans toute société, qui ont inévitablement un impact important sur le travail des professionnels et des autres personnes œuvrant dans le domaine de la santé. Un exemple illustrera ce que nous voulons dire.

Depuis plusieurs années, une emphase est mise au Québec sur la promotion d'une saine alimentation par les organismes de santé communautaire. Plusieurs de ces organismes ont eu des programmes à cet effet, construits par du personnel compétent (nutritionnistes en particulier) qui agit en harmonie avec des interventions provinciales en nutrition et à l'aide d'outils souvent élaborés de concert avec l'entreprise privée produisant des aliments sains (le Bureau laitier du Canada, par exemple).

Or, il y a quelques années, les programmes de nutrition en milieu scolaire mis de l'avant par le personnel de santé communautaire ont en plusieurs endroits été fortement concurrencés par Ronald McDonald lui-même. En effet, un des services « communautaires » offerts aux écoles par de nombreuses succursales de la puissante chaîne de restauration rapide, était la « visite industrielle » d'un restaurant McDonald. Guidée par le clown mascotte, la classe s'y rendait en compagnie du professeur ; on allait derrière le comptoir, dans les réfrigérateurs, la cuisine, etc. ; et le tout se terminait bien entendu par une dégustation de ces aliments dont les nutritionnistes dénoncent la trop fréquente présence dans nos menus et par un encouragement à venir renouveler la dégustation en compagnie des parents. Une séance de dessins en classe servait parfois de complément pédagogique (et de renforcement du message McDonaldien...) à cette visite.

Que faire de ces visites ? Voilà le problème concret auquel plusieurs professionnels de la santé communautaire ont été confrontés. Devait-on les ignorer ? Devait-on tenter de les empêcher, quand on sait que le pouvoir du message de Ronald est très important et qu'il est renforcé par des campagnes médiatiques qui sont des modèles du genre, éminemment plus populaires que les exposés des nutritionnistes ? Voilà un type de situation politique courant dans la pratique quotidienne de la santé communautaire au niveau local, qui désarçonne significativement des professionnels



que leur formation ne prépare pas à affronter de telles situations.

Cet exemple suffit à montrer que l'omniprésence de la dimension politique dans les interventions en santé, à quelque niveau du système que ce soit, est un facteur clé à prendre en considération si l'on veut prétendre à une quelconque efficacité dans la mise en œuvre de programmes ou de services dans ce domaine. On notera, dans l'exemple précédent, qu'une analyse politique plus systématique de la situation n'aurait probablement pas changé grand chose aux événements. Il existe toutefois plusieurs cas où le fait de travailler plus politiquement a donné des résultats aussi importants qu'inattendus ; par exemple, la politique d'arrosage des forêts du Québec contre un insecte destructeur (la tordeuse du bourgeon d'épinette) a été modifiée de fond en comble suite à une approche politisée de ce dossier par deux départements de santé communautaire convaincus des dangers que présentait pour la santé de la population ce mode de gestion de la forêt. Les interventions des organismes communautaires sont aussi fréquemment entreprises sur le mode politique, avec des taux de succès variables mais souvent importants.

De plus en plus, les personnes intervenant dans le domaine de la santé, à force d'échecs, se rendent ainsi compte que ce n'est pas parce que leur analyse de la situation est mal faite, ni parce que leur programme ou leur service sont mal conçus qu'ils ont peu réussi. C'est souvent parce qu'elles n'ont pas su comprendre ni utiliser de façon appropriée les forces politiques en présence. Cela ne les incite toutefois pas nécessairement à se lancer dans l'intervention politique car, il existe souvent un préjugé négatif envers l'intervention politique. Cela est particulièrement vrai pour les professionnels de la santé qui, pour diverses raisons idéologiques, structurelles et techniques, sont peu enclins à intervenir sur la dimension politique des problèmes.

En effet, la motivation *idéologique* première qui les incite à embrasser le type de carrière qu'ils ou elles ont choisi est généralement un « idéal de service » où la compassion et l'aide aux individus affectés par la maladie sont des éléments centraux. Dans cette optique, les professionnels de la santé ont généralement tendance à ne pas vouloir se préoccuper, ou même à nier, les rapports de pouvoir qui les entourent : ces rapports heurtent de manière fondamentale les valeurs de base qui les ont attirés

vers le métier qu'ils ou elles pratiquent. Il y a bien sûr des exceptions notables, mais Milio montre avec éloquence les dilemmes intérieurs profonds qui confrontent les professionnels de la santé qui se décident à agir plus politiquement.

Le second ordre de raisons est *structurel*. A une époque de démantèlement de l'État providence, de crise fiscale des gouvernements et de coupures de plus en plus dramatiques dans les services publics, le climat dans les organisations qui embauchent la plupart des professionnels de la santé n'est pas tellement à la visibilité. Or, les interventions politiques ont souvent beaucoup d'éclat et elles risquent d'attirer les foudres des autorités qui veulent réduire les services ; cela ne rend donc pas les interventions politiques très populaires par les temps qui courent où un « profil bas » est souvent perçu comme nécessaire à la survie.

Finalement, le dernier ordre de raisons qui freinent l'intervention plus politique des professionnels de la santé est *technique*. En effet, alors qu'on dispose d'un appareillage technique sophistiqué pour analyser les besoins de la population, pour dispenser de nombreux services préventifs, curatifs ou de réadaptation, et même pour évaluer des interventions de diverses natures, il n'existe que très peu d'outils de travail concrets permettant aux personnes ayant fait le choix d'intervenir politiquement de le faire... ce qui nous a incité à développer un manuel à cet effet : « La santé politique. Petit manuel d'analyse et d'intervention dans le domaine de la santé », université Laval. ●

La participation : introduction

Comme une spécificité, la participation des acteurs et en particulier des populations concernées est au centre de la démarche communautaire. Il s'agit de participer activement à toutes les étapes du processus : définition des besoins, diagnostic de la communauté, élaboration des priorités et des stratégies d'intervention, réalisation et évaluation.

Illusoire, utopique, démagogique diront d'aucuns...

Poser les problèmes en termes de santé, c'est s'atteler à mobiliser des ressources dans divers secteurs de l'activité sociale : emploi, éducation, culture, santé, etc. et s'engager à une dynamique trans-sectorielle.

Vouloir y apporter des solutions fiables et adaptées implique une compréhension fine des besoins et problèmes : la population concernée est d'évidence la mieux capable de les définir, voire d'évaluer la pertinence des réponses à envisager et très certainement des résultats obtenus.

Le propos de ce cahier n'est pas de fournir un guide méthodologique en matière d'approche communautaire. Cependant, si l'on refuse que la participation reste au stade de vœu ou de slogan, il s'agit de faire des choix méthodologiques et organisationnels qui soutiennent concrètement la participation.

Il s'agit notamment de donner aux différents acteurs les informations qui permettent l'adhésion aux projets, les éléments, enjeux et déterminants des choix et les conditions d'expression de leurs problèmes.

La participation vient ici en support de la citoyenneté dans le champ de la santé... ●



La charte de la participation

En avril 1996, à l'initiative du Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire, différents acteurs et témoins des pratiques de santé communautaire en provenance de plusieurs pays d'Europe se sont réunis à Gand autour du thème de la participation de l'utilisateur.

A partir de la définition de l'OMS et de la

déclaration d'Alma-Ata en 1978, ils ont souhaité exprimer dans une charte commune l'état de leur réflexion, leurs propositions et leurs engagements sur la participation des usagers, marquant ainsi une étape vers la concrétisation d'un principe fondateur de la santé communautaire.

CHARTRE POUR LA PARTICIPATION DE L'USAGER AU NIVEAU DES SOINS DE SANTE DE PREMIERE LIGNE DANS LE CADRE DES CENTRES DE SANTE COMMUNAUTAIRE :

Les centres de santé communautaire font le choix de favoriser la participation parce qu'elle contribue à la démocratisation de la société et qu'elle est nécessaire à l'amélioration de la qualité des services.

Les Centres de santé communautaire s'engagent :

- à favoriser et développer l'essence même de la participation, à savoir que les citoyens-usagers :
 - soient associés à l'élaboration des décisions à prendre quant à leur santé ;
 - soient en mesure d'évaluer, d'influencer, de refuser ou de faire modifier les orientations du centre, conformément au droit d'auto-détermination des personnes et des communautés ;
- à oeuvrer pour que des instances de concertation soient créées ou facilitées, qui permettent l'émanation d'initiatives et de propositions en provenance des citoyens-usagers.

Conscients que cette participation implique le droit d'interpellation et de contestation, les centres de santé communautaire se donnent comme méthodes de :

- favoriser l'accessibilité du citoyen-usager à toute information ayant trait à sa santé et à celle de la communauté à laquelle il appartient ; mettre notamment en œuvre les moyens appropriés pour toucher les populations marginalisées ;
- publier toute information concernant le fonctionnement des structures prestataires de services et de professionnels qui y travaillent, notamment, en ce qui concerne le partage des responsabilités (règlement intérieur, organigramme, procédures prévues, etc.) ;
- utiliser des procédures explicites de traitement des plaintes.

Les centres de santé communautaire :

- prennent acte du rôle particulier et spécifique des intermédiaires sociaux* dans le soutien et le renforcement de la participation des citoyens et communautés en matière de santé ;
- considèrent que le rôle indispensable des intermédiaires sociaux pour le développement des processus de participation du citoyen-usager doit être reconnu, tant au niveau local que régional, national et international, sur un plan individuel aussi bien que collectif ;

* « On entend par **intermédiaire social** tout acteur (autre que professionnel de santé stricto-sensu) intervenant dans le champ global de la santé et de la protection sociale (exemples : mutuelles, syndicats, réseaux associatifs, professionnels du secteur social et de l'éducation, etc.) »

- se donnent pour mission de renforcer le rôle des intermédiaires sociaux comme partenaires médiateurs entre les centres de santé communautaire, les usagers et les communautés locales.

Les Centres prendront les dispositions nécessaires pour que ce partenariat fasse partie intégrante du processus de décision et porte sur les prestations individuelles comme sur l'ensemble des actions et services de santé offerts à la communauté.

Les centres de santé communautaire sont convaincus :

- qu'il n'appartient pas aux structures prestataires de services de décider de la participation du citoyen-usager, ni de déterminer les domaines qui peuvent le concerner ;
- que cette participation implique l'information et la formation en matière de prévention et d'éducation sanitaire. Il s'agit de rendre accessibles les connaissances en matière de santé et de soins, sachant toutefois que c'est là une condition nécessaire mais souvent non suffisante pour une participation effective ;
- que la participation doit être facilitée par les pouvoirs publics et les organismes ayant autorité dans le domaine de la santé. Notamment, les moyens financiers nécessaires à son développement doivent être prévus et effectivement affectés à cet objectif.



La participation... et la lutte des classes

Le concept de participation est corrélatif à celui de santé communautaire. La santé communautaire implique la participation des habitants, usagers, consommateurs, etc. Dans sa déclaration d'Alma-Ata de 1978, l'Organisation mondiale de la santé affirme que tout être humain doit pouvoir être informé et participer aux programmes de santé qui lui sont destinés. La charte des Pratiques de santé communautaire reprend cette injonction : « *Nous plaçons la participation au cœur de notre projet...* ». Il n'est pas de compte-rendu d'expériences se recommandant de ce courant de pensée qui ne fasse état d'une participation plus ou moins réussie de la communauté. Et pourtant, à y regarder de plus près, les choses ne sont pas si simples.

Dans participation, il y a prendre part, mais aussi prendre parti. Que les institutions, les hommes politiques sollicitent la participation de la population, des citoyens, on peut y voir l'intention d'un développement de la démocratie, mais aussi l'appel à l'adhésion d'un plus grand nombre à la politique engagée. La participation des adversaires, même si elle est intellectuellement admise, l'est peut-être moins sur le terrain des pratiques. Le concept, on le voit, est contradictoire.



Par contre, quel peut être l'intérêt d'agents de la santé à revendiquer la participation des utilisateurs ? Est-ce un intérêt professionnel, dans

le but de réaliser au mieux des objectifs de soins ou de prévention, à l'instar de ces associations de malades qui dialoguent avec les médecins pour optimiser leurs interventions ? Est-ce une raison éthique ? Car s'il s'agit de soigner, c'est bien le corps de l'autre qui est en jeu ; s'il s'agit de prévenir, la question de la norme et donc celle de son élaboration se posent.

Toutes ces raisons sont sans doute à l'œuvre, mais nous ferons l'hypothèse qu'il en existe une autre qui tient à notre place dans le champ de la médecine, en France, au sens sociologique du terme. Celui-ci est dominé par les tenants du capital symbolique, à savoir les éminents hospitalo-universitaires que leurs titres, leurs publications, leur clientèle privée, leurs affiliations installent aussi parmi les tenants du capital tout court. A l'autre bout, nous placerons les défenseurs de la médecine sociale que leur statut, l'écoute dont ils sont l'objet, leur nombre, voire leurs revenus situent bien parmi les dominés. Entre les deux pôles, toutes les variantes que la polarisation du champ impose. Les luttes pour la conquête de celui-ci mobiliseront toutes les ressources de l'action syndicale, politique, idéologique. La recherche d'alliances sera bien évidemment stratégique. Avec quelles forces ? D'autres dominés sans doute, du champ professionnel, mais aussi ceux du champ social. Ici, je rejoindrai l'analyse que fait Pierre Bourdieu dans ses « Méditations Pascalienues » (p 224) : « *Le travail symbolique nécessaire pour s'arracher à l'évidence silencieuse de la doxa (le discours dominant) ne serait pas possible sans l'intervention de professionnels du travail d'explicitation qui, dans certaines conjonctures historiques, peuvent se faire les porte-parole des dominés sur la base de solidarités partielles et d'alliances de fait fondées sur l'homologie entre une position dominée dans tel ou tel champ de la production culturelle et la position des dominés dans l'espace social. C'est à la faveur d'une telle solidarité, non dépourvue d'ambiguïté, que peut s'opérer, avec par exemple les prêtres défroqués des mouvements millénaristes du moyen âge ou les intellectuels des mouvements révolutionnaires de l'époque moderne, le transfert de capital culturel qui permet d'accéder à la mobilisation collective et à l'action subversive contre l'ordre symbolique établi* ».

Alors, la participation communautaire constitutive de la lutte des classes ? ●

La participation communautaire à travers des mécanismes formels de prise de décisions

Danielle Piette, « Community participation in formal decision making mechanisms » in Health Promotion International, vol 5, n° 3, 1990, pp. 187-197. Extrait adapté par Jacques Morel. Danielle Piette est professeur à l'École de santé publique, Université libre de Bruxelles.

Le bureau européen de l'OMS définit l'action communautaire comme une pierre d'angle de la promotion de la santé. Les principaux apports du développement communautaire dans le champ de la santé sont de deux ordres : le développement d'actions spécifiques propres à la communauté et la participation de la population au sein même des services de santé locaux.

Le propos de cet article est moins de décrire de façon détaillée les mécanismes de participation en terme de structure que de pointer quelques éléments du processus de collaboration entre les représentants de la population et les professionnels. Les processus formels de prise de décision en matière de participation communautaire sont étudiés à travers les « community health councils » (CHCs*) en Angleterre et au Pays de Galles.

Origine et développement des conseils communautaires de la santé

Les conseils communautaires de la santé ont été mis en place en 1974 dans le cadre d'une première réorganisation du service national de santé en Angleterre et principalement sous la pression des associations de consommateurs. Ils avaient à représenter la population et disposaient d'un pouvoir limité mais réel. Leur fonction initiale était de fournir aux autorités sanitaires de secteur (de 200.000 à 1 million d'habitants) une appréciation de la population locale sur les services effectivement rendus par les services de santé de districts.

Un document du département de la santé précise leur fonction de conseil :

- avis et commentaire à l'autorité sanitaire sur l'efficacité des services de santé, des plannings ;

- surveillance des équipements pour les patients, les conditions des soins généraux et des services à domicile ;
- avis sur la collaboration entre les services de santé et les services dépendant des autorités locales ;
- réception et transmission des plaintes individuelles ;
- transmission chaque année d'un rapport des activités du conseil communautaire de la santé à la population.

Si le conseil communautaire de la santé n'est autorisé à prendre part à aucune prise de décision, il dispose cependant de droits, par exemple ceux d'être informé, de visiter des institutions, de fournir des conseils.

La composition du conseil communautaire est plus définie que ses missions : de dix-huit à trente membres dont la moitié nommés par les autorités locales, un tiers par des organisations volontaires et le reste par les autorités sanitaires régionales.

De 1974 à 1982, les conseils communautaires ont soufflé le chaud et le froid. Après les premières années d'installation, les conseils communautaires sont au nombre de cent quatre-vingt en 1977 et ont remis deux cent quatre-vingt-sept avis et enquêtes sur les services de santé et les équipements (hôpitaux par exemple) mais aussi sur d'autres problèmes, comme l'avortement. En 1980, ils avaient des observateurs auprès de la moitié des comités de médecins de famille et des équipes de planning familial.

Les conseils communautaires ont maintenu le public informé non seulement à propos des services de santé mais aussi des projets de politiques de santé. En retour, les autorités ont reçu des informations sur le fonctionnement des services et des avis des usagers sur divers problèmes de santé. Les conseils communautaires ont relayé les avis des patients et aidé des individus à se repérer dans le dédale des services de santé. Ils ont émis des avis sur les fermetures d'hôpitaux et fait des contre-propositions.

*CHCs : conseils communautaires de la santé



La réforme de 1982 qui a supprimé les secteurs a failli entraîner la suppression des conseils communautaires dont l'efficacité était contestée par d'aucuns ; leur rôle et leur fonction ont cependant été maintenus même si leurs ressources furent réduites.

Après dix ans de fonctionnement, les conseils communautaires font l'objet de deux critiques.

La première se rapporte en fait à toutes les formes de représentation démocratique d'une communauté et à tous les modes de participation de la population à la prise de décision. De nombreux échos soulignent la non-représentativité des membres des conseils communautaires eu égard à la population : middle-class et âges moyens en sur-nombre, femmes et jeunes mal représentés.

La seconde tient à l'insuffisance de définition claire des fonctions et du degré de participation des conseils communautaires de la santé. Ceci a limité les capacités des conseils communautaires à développer une fonction d'écho effectif des besoins locaux.

Le rôle défensif ou protestataire de la population dans la prise de décision

Le sociologue français Alain Touraine (1965, 1978) a développé une « sociologie de l'action ». Dans cette théorie, il élabore des concepts concernant le fonctionnement et le processus de changement dans différentes structures sociales. Certains de ces concepts illustrent la nature du débat entre autorités de la santé et conseils communautaires de la santé. Touraine décrit différents niveaux dans la société.

Le **premier niveau** est celui de l'organisation sociale. Les organisations sont des groupes concrets ou des entités existantes dans la société, par exemple, un conseil communautaire de la santé, un groupe d'aide... ou un centre de santé. Pour définir ses objectifs, l'organisation peut avoir un plus grand ou un plus petit degré de dépendance : une organisation « dépendante » voit ses objectifs

déterminés par les limitations de ses ressources, tandis qu'une organisation autonome détermine ses objectifs selon ses propres normes et valeurs.

Les organisations sont, d'une manière ou d'une autre, le résultat direct ou indirect de ce qui se passe dans le second niveau de la société : le niveau institutionnel et politique. Ce **deuxième niveau** représente l'endroit où sont prises les décisions et où différentes forces politiques (dans un sens plus large que seulement les partis politiques) se rencontrent autour des problèmes de société.

Les négociations et conflits sont caractéristiques du niveau institutionnel et politique et sont l'expression des différents groupes et classes sociales dans leur intention de conquérir le troisième niveau.

Le **troisième niveau** est l'endroit où réside le pouvoir de gérer les ressources, d'améliorer les normes de gestion et de déterminer les exigences de connaissances. Bien que, pour des raisons historiques, le troisième niveau ait barre sur le deuxième niveau, qui, à son tour, contrôle le fonctionnement du premier niveau, les changements dans la société peuvent provenir d'événements à n'importe quel niveau causant des répercussions sur les autres niveaux.

Touraine distingue deux groupes de personnes partageant la suprématie dans la société. Le premier groupe est composé des dominants qui posent les normes pour gérer la société, mais ont progressivement perdu le pouvoir de gestion au bénéfice d'un deuxième groupe, celui des dirigeants. Touraine distingue aussi deux types de réactions face à cette classe supérieure : une attitude protestataire et une attitude défensive.

Le groupe protestataire s'oppose aux dominants et veut changer les normes et valeurs existantes que les dominants imposent pour la gestion. Le groupe défensif s'oppose aux dirigeants et veut intervenir dans la gestion pour augmenter ses parts des ressources et ses richesses, sans changer les normes et valeurs de gestion.

La participation communautaire a des chances d'être acceptée par les autorités, mais pas sans

La participation communautaire à travers des mécanismes formels de prise de décisions

négociations et conflits quand la population garde un rôle défensif.

L'implication communautaire peut être mise en péril par les autorités si celles-ci se sentent menacées par le rôle protestataire des représentants de la population.

Approches profanes versus approches des spécialistes

Dans son livre publié en 1977, Bachelard explique selon quels principes fonctionne un esprit. Ensuite, il compare les approches profanes et scientifiques. En résumé, il déclare que :

- les scientifiques utilisent les expériences et les instruments techniques pour approcher le monde, tandis que les profanes n'ont que leurs cinq sens ;
- les scientifiques prennent une décision pour ou contre parce que la rationalité et les mathématiques donnent assez de preuves ; les profanes peuvent décider parce qu'ils doivent choisir entre des alternatives qui pourraient affecter leurs vies ;
- les scientifiques travaillent sur des faits avec le plus d'objectivité possible ; les profanes travaillent sur des événements perçus (subjectivité) ;
- les scientifiques veulent augmenter ou améliorer leur savoir, ils travaillent vers la généralisation pour comprendre la « loi » ; les profanes vivent avec des informations qu'ils utilisent pour résoudre leurs problèmes personnels ou familiaux ;
- pour les scientifiques, la vérité est un but ; pour les profanes, la vérité est claire, évidente (idée souvent utilisée et bien connue) tandis qu'avoir une vie aussi bonne que possible est leur but.

Les professionnels de la santé appuient leurs décisions sur des bases scientifiques qui peuvent ou ne peuvent pas être bien comprises par les membres du conseil communautaire de la santé. Simultanément, les autorités de la santé peuvent mal comprendre les raisons sous-jacentes des propositions du conseil communautaire de la santé. Les conflits sont susceptibles de survenir dans des situations où les profanes sont face à un consensus d'experts dans des décisions routinières.

Ziglio (1987) distingue différents types de décisions d'organisation, du point de vue des experts :

- décisions de routine où il y a un accord parmi les experts et les technologies pour aboutir à un résultat ;
- décisions créatives où, parmi les experts, il n'y a pas accord sur les méthodes de négociations des problèmes par manque de stratégie appropriée ou de connaissance ;
- décisions négociées où, à cause de différences de normes, valeurs ou intérêts, différentes factions d'experts se confrontent les unes aux autres sur les fins et les significations ou sur les deux.

Paradoxalement, les conflits de valeurs entre experts et profanes peuvent apparaître dans les décisions de routine, quand tous les experts s'entendent sur une mesure et un but avec force.

Dans d'autres types de décisions, la participation de la population peut apporter de nouvelles données (décision créative) ou renforcer un groupe de planificateurs (décision négociée). C'est pourquoi, plus le consensus entre les experts est grand, plus les organisations des représentants de la population devront s'y opposer.

Représentation démocratique de la population

Godbout (1981) a réalisé une étude sur la représentation du consommateur de services de santé au Québec et révèle que quatre conditions paraissent nécessaires pour que les représentants de la population exercent leur mandat de manière efficiente :

- la première condition dépend du statut socio-économique du représentant ; les professionnels ont tendance à nier toute légitimité des représentants de statut social bas ;
- la deuxième condition est la capacité des représentants à mobiliser des personnes en dehors des services de santé ; l'efficacité de la représentation augmente si les représentants sont soutenus par une organisation ;
- la troisième condition est la capacité des représentants à jouer un rôle dans l'activité des services de santé ;



- finalement, les représentants des consommateurs devraient être reconnus en tant que tels par leurs interlocuteurs.

Le conseil communautaire de la santé remplit trois des quatre conditions décrites par Godbout. En particulier, les membres du conseil communautaire de la santé ne sont habituellement pas de statut social bas. Cela pourrait poser un problème pour la représentation des personnes de régions pauvres. Surtout que le conseil communautaire de la santé a le devoir de représenter les intérêts de différents groupes, incluant les personnes âgées, les immigrés ou les handicapés : le district de santé comprend une juxtaposition de groupes de minorités.

Pateman (1970) a discuté la théorie de la démocratie de Dahl, qui est le procédé par lequel les citoyens ordinaires exercent un relativement haut degré de contrôle sur les leaders. Observant la plupart de nos formes de démocratie, Dahl présente un modèle de « polyarchie » (règle des minorités multiples, comme une alternative plus adéquate pour la démocratie). Il émet l'hypothèse qu'une relativement petite proportion des individus dans n'importe quelle forme d'organisation sociale va thésauriser les opportunités de prises de décisions. C'est dans la compétition entre ces quelques-uns pour l'élection (comme politiciens ou représentants de la population) que l'opportunité se trouve d'étendre le nombre, la taille, la diversité des minorités qui peuvent apporter leur influence pour peser sur les décisions politiques.

Ce problème est lié à la signification de « communauté » qui représente un groupe non homogène de personnes. Selon Jackson (1980), la solidarité parmi les membres d'une communauté dépend d'abord de leur situation politique ou économique commune et seulement ensuite du fait qu'ils vivent au même endroit.

Douglass a étudié les modèles de représentation dans les prises de décisions en santé communautaire (1973).

Il montre que les représentants des consommateurs sont régulièrement des consommateurs orientés dans leurs rôles, indifférents à la nature de leur représentation (formelle ou informelle). Les représentants formels sont ceux agréés par un vote formel de l'autorité responsable de leur organisation. Par contre, les représentants formels des dispensateurs de services de santé ont des chances de se conduire selon une politique de leur propre organisation ou groupe professionnel.

Les représentants informels des organisations peuvent agir selon une voie orientée de consommateurs ou de dispensateurs. L'orientation des professionnels des membres du conseil communautaire de la santé peut expliquer le rôle protestataire pris par un conseil communautaire de la santé.

Implications pour le développement de la participation communautaire

L'analyse du fonctionnement des conseils communautaires de santé permet quelques observations.

Les représentants profanes et les experts (en science ou en politique) devraient comprendre la différence de leurs approches respectives des problèmes et des valeurs en conflit que chacun peut favoriser. Valeurs, ressources et savoirs forment la clé de la recherche du pouvoir.

Les représentants de la population peuvent vouloir partager le pouvoir avec des professionnels et des politiciens ; dans ce cas, ils jouent un rôle défensif. Si les représentants veulent changer les règles du jeu, ils deviennent protestataires. Ce dernier rôle sera peu probablement bien accepté par les autorités. Les facteurs pouvant favoriser l'efficacité des représentants de la population incluent que les représentants :

- soient soutenus par la communauté ou une organisation ;
- viennent de la classe moyenne supérieure ou supérieure ;
- aient une sorte de pouvoir formel ;
- soient reconnus par les experts en tant que représentants.

Une structure pouvant promouvoir la participation de la population devrait inclure :

- une forte organisation de la communauté à travers le travail en réseau de sous-groupes et organisations ;
- un système « polyarchique » pour représenter la population ;
- l'entraînement, la formation des représentants de la population. Cette formation devrait induire la

La participation communautaire à travers des mécanismes formels de prise de décisions

compréhension de la manière dont les experts approchent les problèmes : développement de confiance en soi et critique consciente, introduction à la direction, travail d'équipe et négociation ;

- la formation de président ou l'usage d'un « médiateur » ;
- éviter le placement sous mandat de professionnels pour représenter une communauté. Les experts devraient avoir un rôle pour l'organisation communautaire ; les expertises doivent être différenciées des prises de décisions ;
- suffisamment de temps devrait être donné aux représentants pour organiser des réunions ou pour réagir aux décisions. ●



Références bibliographiques

Bachelard G. « La Formation de l'Esprit Scientifique ». Librairie Philosophique J. Vrin. Paris, 1977.

Dahl R. « Preface to Democratie Theory ». University of Chicago Press. Chicago, 1956.

Douglass C. « Representation patterns in community health decision making » *in* Journal of Health and Social Behaviour : 14, pp 80-86, 1973.

Godbout J. « Is consumer control possible in health care services : the Quebec case » *in* International Journal of health Services : 11, pp 151-167, 1981.

Jackson K. « Some fallacies in community education and their consequences in working-class areas » *in* Issues in Community Education Farmer Press. Barcombe, pp 39-46, 1980.

Pateman C. « Participation and Democratie Theory ». Cambridge University Press. Cambridge, 1970.

Piette D. « A study of the Contribution of Community Health Councils in Health Education for Children of School-age ». Master of Philosophy Thesis. University of London. London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1985.

Rifkin S., Muller B. and Bichmann W. « Primary Health Care : on measuring participation » *in* Social Science and Medicine : 26, pp 931-940, 1988.

Touraine A. « Sociologie de l'Action ». Edition du Seuil. Paris, 1965

Touraine A. « La voix et le Regard ». Edition du Seuil. Paris, 1978.

Ziglio E. « Policy-making and Planning in Conditions of Uncertainty : Theoretical Considerations for Health Promotion Policy ». Research Unit in Health and Behavioral Change (working paper n°7). Edinbourg, 1987.



Promouvoir un processus de santé communautaire à l'échelon d'une ville : une utopie ?

Le projet « Ville-Santé » de l'Organisation mondiale de la santé

Les origines et le fondement du projet « Ville-Santé » se situent dès 1977 avec la conférence mondiale sur « La santé pour tous en l'an 2000 », puis celle d'Alma-Ata en 1978 sur les soins de santé primaires, enfin celle d'Ottawa sur la promotion de la santé (intervention sur les déterminants de la santé, participation et intervention des citoyens, conditions préalables à la santé, création d'un environnement favorable, développement des aptitudes individuelles, réorientation des services de santé).

Ces conférences ont préparé le terrain pour qu'en 1986 naisse à Lisbonne le projet « Ville-Santé ». Pour l'enfant, le handicapé, la personne âgée, la ville est souvent inadaptée. Il convient donc de fournir aux décideurs urbains et plus seulement aux Etats membres de l'OMS, des notions au sujet de l'impact de l'organisation urbaine sur la santé (hauteur du bâti, espaces verts de proximité, bruit, éclairage, mixité des activités, mixité des groupes humains...).

Le but du projet « Ville-Santé » est bien de *promouvoir des politiques municipales de santé pour tous, selon les principes de la promotion de la santé.*

C'est en 1987 à Rennes que le projet OMS « Ville-Santé » est lancé en France et ainsi précisé :

- le projet est décidé et piloté par l'autorité politique de la ville ;
- un comité intersectoriel est créé pour aider au développement du projet et établir un plan d'action local ;
- la coopération du public doit être favorisée;
- une attention vigilante sera portée à l'état de santé de la population ;
- un bilan annuel du projet doit permettre évaluation et ouverture à de nouvelles perspectives ;
- la participation à la vie du réseau des Villes-Santé est essentielle.

Comment s'articule, ou peut s'articuler, le projet « Ville-Santé » de l'OMS avec l'intervention en santé des villes françaises aujourd'hui?

Si l'on s'en tient à une définition restrictive, mais encore dominante de la santé comme le domaine du système de soins et de prévention sanitaire, dans la nouvelle répartition des compétences décidée, la Commune (trente six mille communes en France) ne se voit reconnue qu'un rôle en matière d'hygiène publique; toute autre intervention de la commune est donc facultative et de sa seule décision.

Si l'on retient par contre l'acception large du terme santé au sens de bien-être, les compétences et interventions du maire contribuant à la santé sont très diversifiées et importantes dans les domaines du logement, des affaires économiques, de l'action sociale, culturelle, sportive, de la circulation, des espaces verts, de la vie quotidienne...

L'étude commandée par le Réseau national de santé publique, publiée avec F. Bertolotto, montre le développement récent et la grande diversité de l'intervention en santé des deux cent trente-cinq villes de plus de trente mille habitants en France. Près de 80% des villes ont un élu à la santé, 50% de ces élus sont des adjoints au maire et plus des deux-tiers ont un service santé.

Les principaux acteurs de santé que citent les responsables des villes sont dans l'ordre, la population et les médecins généralistes, puis les associations et les pouvoirs publics.

Les problèmes prioritaires évoqués par les villes sont éminemment transversaux et dépassent le champ sanitaire: pauvreté, alcoolisme, santé des enfants et des jeunes, SIDA, toxicomanie, vieillissement. Partenariat, information et prévention sont les axes d'intervention prioritaires par les villes pour répondre aux problèmes de santé identifiés.

Le contexte économique et social, la conception globale de la santé, les besoins en matière de promotion de la santé de la population des villes,

Dr. Marc Schoene, vice-président du Secrétariat européen des pratiques de santé communautaires. Directeur de la santé à la mairie de Saint Denis. Président de l'Institut Renaudot de Paris.

Promouvoir un processus de santé communautaire à l'échelon d'une ville : une utopie ?

les limites atteintes par les seules réponses curatives, la proximité entre population et intervenants en santé, l'optimisation des moyens disponibles, plaident complémentirement pour conforter le niveau local d'intervention en santé. Intervention des villes dans le cadre bien adapté aux problématiques globales locales proposé par le projet OMS « Ville-Santé ».

Concrètement « Ville-Santé » Saint-Denis...

La rencontre puis l'engagement de la municipalité de Saint-Denis sur le projet « Ville-Santé » a coïncidé avec le début d'un plan de restructuration globale d'un quartier de la ville.

En adhérant au projet « Ville-Santé » la Ville a voulu affirmer qu'elle faisait de la santé globale, au-delà de son engagement ancien dans l'action sanitaire, par ses activités d'urbanisme, de sport, de la culture, ou de développement économique. Au delà des intentions politiques, il est intéressant de décrire objectivement la démarche engagée, au regard des questions posées sur démocratie, institutionnalisation et santé.

Une rupture s'est opérée à Saint-Denis à l'occasion des projets urbain et « Ville-Santé », par le choix de la ville d'encourager, en tant que représentant de l'intérêt collectif, une mobilisation des acteurs locaux autour de problèmes de santé repérés en commun. Cette fonction d'agitateur en santé, de coordonnateur, a produit incontestablement des pratiques nouvelles, progressivement mises en place (pratiques rarement intitulées « Ville-Santé », même si elles en épousent les grands principes).

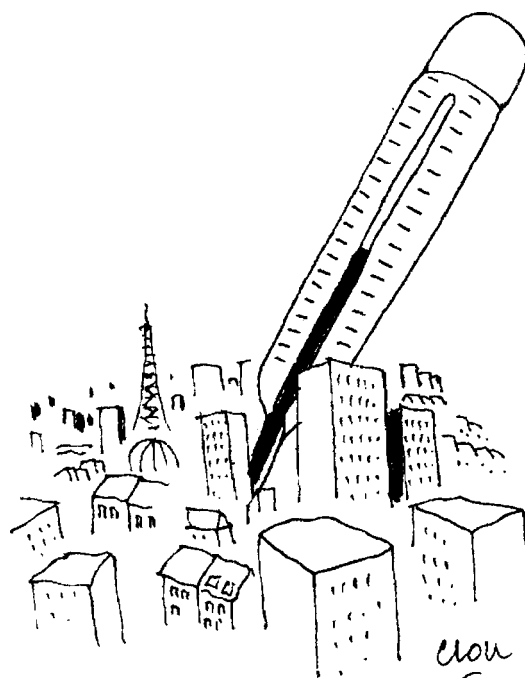
Le plus intéressant me paraît être le processus : inscription dans la durée, et consensus sur le partenariat comme nécessité imposée par la complexité et la gravité des problèmes rencontrés par une large partie de la population.

Une partie de la communauté professionnelle aujourd'hui se retrouve autour du diagnostic, de l'élaboration de stratégie, de la construction d'actions communes.

Ne versons cependant pas dans l'angélisme. La transformation sociale est difficile! L'ambiguïté, l'acception médicale dominante du terme santé en France (et par voie de conséquence du projet « Ville-Santé »), aboutit à une mobilisation

partenariale encore bien difficile au-delà des institutions et professionnels du soin. Or les questions de bien-être, de vie quotidienne nécessiteraient de multiplier réflexions et actions concertées entre intervenants de domaines d'activité différents.

La mobilisation puis l'action commune ou convergente autour de projets collectifs (sida, toxicomanie, abus sexuels, saturnisme, restauration scolaire...) nécessitent beaucoup de temps, tant les logiques individuelles ou institutionnelles, les formations, les modes de financement, missions réglementaires restrictives définies de chacun s'opposent au partage, à l'échange, au travail concerté.



Vous avez dit communautaire ?

La démarche engagée à Saint-Denis depuis dix ans rejoint pour partie le concept de santé communautaire. De nombreuses initiatives, à partir du repérage des problèmes et besoins, se sont consacrées à élaborer des programmes et des actions pour tel ou tel groupe de population.

Au fil des ans la proximité avec les habitants a été recherchée (lieux d'accueil ou de rencontres informels et plus formels), création d'intervenants



nouveaux pour faciliter la rencontre avec les publics les plus fragilisés.

En parallèle ou en complémentarité à ces pratiques de santé nouvelles, se sont mises en place des initiatives municipales visant à rapprocher le citoyen du décideur politique.

Peut-on se satisfaire de ces nouveaux espaces et parler de santé communautaire?

Dans une société où l'expression politique par le vote se réduit considérablement, où le poids des préoccupations de survie invalide souvent l'intervention citoyenne (hormis le phénomène récent de mobilisation des chômeurs), où l'associatif devient plus intervenant social qu'initiateur de citoyenneté, la question de l'intervention des habitants reste posée.

Dans quelques semaines, à l'initiative de la municipalité et organisée par de nombreux intervenants publics et privés locaux, se tiendra à Saint-Denis la première conférence locale de santé. Début d'une étape mais aboutissement aussi du processus décrit ci-dessus. Cette première conférence locale de santé devrait réunir des habitants, des acteurs de tous horizons pour échanger sur les problèmes locaux de santé, les besoins, les réponses souhaitables.

Institutionnaliser une pratique locale plurielle, approfondir la question de l'intervention citoyenne, prendre l'engagement de l'évaluation partenariale dans la durée, pari communautaire crédible, possible ? Osons l'affirmer ! ●

De quelques Villes Santé...

La Louvière, Ville-Santé

En 1990, La Louvière adhère au programme « Villes et Villages en Santé » de l'OMS. Pouvoirs publics de la province et de la ville s'impliquent, un comité intersectoriel les rassemble avec des citoyens et des représentants de différents milieux (médico-social, associatif, scolaire, sports et loisirs, communication...). Des groupes de travail spécifiques se créent et un bureau de pilotage gère le programme annuel d'actions.

Les objectifs sont ambitieux :

- développer des politiques publiques saines dans le domaine de l'environnement, de la petite enfance et de la jeunesse, de la prévention (tuberculose, maladies cardio-vasculaires, cancer du col de l'utérus, dépendances) ;
- améliorer les liens entre les générations et entre les communautés ;
- intéresser les citoyens à la prise de décisions liées au projet ;
- développer une dynamique intersectorielle permettant aux institutions non concernées par la santé de s'impliquer ;
- réorienter les services de santé vers la prévention ;
- informer la population sur la manière de gérer sa santé et sur les services qui peuvent l'y aider.

Divers outils sont utilisés pour stimuler la participation des acteurs : groupes intersectoriels multidisciplinaires, appui méthodologique, analyse des besoins, procédures ouvertes, actions progressives et expérimentation, information régulière des acteurs potentiels...

Après huit ans de fonctionnement, on assiste à une meilleure prise de conscience de la santé : amélioration de l'information et des relations avec les media, meilleure accessibilité aux soins pour les publics marginalisés. Les coordinations d'intervenants et de groupes de travail favorisent un développement stratégique.

Si une certaine résistance au changement était prévisible, d'autres effets inattendus se sont fait jour. Le secteur médical adhère peu au projet. Les institutions confondent fonction de coordination avec marginalisation de ces fonctions. Des fonds ou des structures de gestion servent parfois à des

fins de promotion individuelle. On déplore aussi la confusion entre éducation pour la santé et promotion de la santé.

A suivre...

Liège, Province-Santé

Le projet « Liège Province-Santé » fait partie du **réseau européen** des Villes Santé de l'Organisation mondiale de la santé (il représente la Belgique avec Mechelen). Il est aussi tête du **réseau belge partie francophone** avec Huy, La Louvière et Seraing.

L'originalité du projet est de fonctionner en partenariat province (qui en assure la coordination)-ville-université. Ces trois institutions ont chacune un rôle important à jouer selon leur spécificité au service d'un objectif commun : réussir le projet.

Le projet européen créé par l'OMS a pour but de promouvoir des politiques sociales s'inscrivant dans la stratégie « Santé pour tous en l'an 2000 ». Basé sur une conception holistique de la santé, il intègre des éléments aussi variés qu'une conception architecturale plus humaine des villes et des villages, l'insertion des handicapés, l'aide aux démunis, les espaces verts, la circulation urbaine, l'habitat, le sentiment de sécurité, etc.

Quatre principes fondent cette stratégie : l'équité, l'information du public amené à gérer sa propre santé, la coopération intersectorielle (public et privé), la réorientation des services de santé.

Un des objectifs prioritaires de la « Bonne santé pour tous » est de susciter la participation active des communautés locales, c'est-à-dire de l'ensemble des citoyens et les inciter à développer les aptitudes individuelles à choisir, en toute connaissance de cause, des modes de vie sains.

Le projet « Liège Province-Santé » vient d'élaborer un Profil de Santé au niveau province et arrondissements, il servira de base à la réalisation du Plan de Santé : politique locale de santé publique. ●



L'expérience «Objectif I Hainaut-Santé»

Objectif I Hainaut Santé est un programme de santé communautaire développé initialement dans le cadre d'une aide économique du Fonds européen de développement régional (FEDER). Il est actuellement soutenu par la région wallonne.

En Hainaut, la fréquence de certaines maladies et la mortalité globale sont plus élevées que dans le reste du pays. Cette situation est en relation avec une situation économique défavorable.

Le programme a pour but d'encourager la prévention de quatre problèmes de santé :

- les maladies cardio-vasculaires ;
- l'abus d'alcool responsable de la cirrhose du foie ;
- le cancer du col de l'utérus ;
- la tuberculose pulmonaire.

Les projets sont mis en œuvre par les communes. La stratégie est une approche communautaire de promotion de la santé, c'est-à-dire la mobilisation de la population au travers des différents acteurs de la vie sociale. Sont donc concernés non seulement les professionnels de la santé (médecins, infirmières, pharmaciens, kinésithérapeutes, les services de médecine scolaire et de médecine du travail), mais aussi d'autres secteurs de la vie sociale tels les CPAS, les mutualités, les services d'éducation pour la santé, les clubs sportifs amateurs, les travailleurs sociaux, les enseignants, les associations, etc. Les projets développés visent à augmenter la fréquentation des services de dépistage de la tuberculose et du cancer du col de l'utérus et à améliorer les habitudes de vie dans un sens plus favorable à la santé.

Afin de suivre l'évolution des projets, des outils d'évaluation adaptés au contexte et au type de projet ont été développés.

Actuellement, dix communes développent ce type de projet. Il s'agit de quatre villes de plus de cinquante mille habitants (Charleroi, La Louvière, Mons, Mouscron), quatre villes de dix à cinquante mille habitants (Comines, Frameries, La Louvière, Manage) et deux communes de moins de dix mille habitants (Chimay, Estaimpuis).

Parmi ces dix villes, une seule (La Louvière) faisait

partie du réseau des Villes-Santé, mais les villes de plus de cinquante mille habitants avaient des activités de promotion de la santé antérieures au projet Objectif I Hainaut Santé. Pour les autres villes et communes, la situation était variable de l'absence d'activité à une structure proche de celle d'une Ville-Santé.

Dans la plupart des cas, les projets ont été coordonnés par un service communal en collaboration avec plusieurs partenaires. La place des partenaires varie d'une commune à l'autre : parfois, ils sont initiateurs du projet, parfois, leur rôle est plutôt passif ou ponctuel.

Dans quelques cas, le projet est coordonné par une structure distincte des services communaux. La commune (ou les services communaux) est, dans ce cas, un partenaire parmi d'autres.

Clairement, les villes qui avaient déjà une expérience dans le domaine de l'éducation et la promotion de la santé bénéficient d'un avantage et ont pu être opérationnelles plus vite que les autres. Les autres ont progressivement fait l'expérience du travail en réseau et de la collaboration intersectorielle.

Lorsque le projet est géré par une structure communale, celle-ci peut plus facilement poursuivre son travail au-delà de la période de subsidiation. La pérennité du service est généralement assurée, même si des réductions de personnel peuvent intervenir.

Lorsque le projet est géré par une structure démocratique distincte de la commune, il repose davantage sur les partenaires. Ceux-ci doivent donc nécessairement être mobilisés pour que le projet se développe. D'une part, certains organismes qui hésiteraient à s'engager auprès d'une structure communale peuvent plus facilement accepter de rejoindre le projet. D'autre part, une telle structure est plus dépendante des subventions et sa continuité dans le temps plus problématique.

Il est donc difficile à ce stade de désigner quelle est la structure la plus favorable au développement de projets de promotion de la santé. Une tradition de participation communautaire et une expérience des projets de promotion de la santé ont sans doute autant d'importance que l'adhésion formelle au mouvement des Villes en Santé. ●

*Dr. Christian
Massot,
médecin
généraliste.
Observatoire de
la Santé du
Hainaut.*

Forest Quartiers Santé: comment rencontrer les besoins de santé d'une population?

*Jacques Morel,
médecin
généraliste.*

Implantée depuis 1978 dans les quartiers populaires de Forest, commune de la banlieue bruxelloise, l'équipe pluridisciplinaire de la maison médicale a pour objectifs d'y développer des soins de santé primaires intégrant les démarches curatives et préventives et une approche globale de la santé et des personnes qui conduit à prendre en compte l'individu dans ses dimensions biologiques psychologiques et sociales et les facteurs environnementaux, physiques, économiques et sociaux qui influencent la santé.

Comment prendre en compte l'ensemble des facteurs qui influencent la santé et considérer l'individu comme un tout ? Comment organiser cette approche globale de la santé ? Comment tenter d'apporter des réponses ?

C'est le fil conducteur, plutôt le questionnement conducteur qui a balisé un cheminement de l'équipe et progressivement d'un réseau de partenaires, pendant près de vingt années d'exercice de la médecine et de tentatives de promotion de la santé.

Le point de départ est un constat, une analyse de la situation et des besoins perçus à travers le travail quotidien et l'inadéquation de prestations de prévention ou d'éducation à la santé : les problèmes de la population du quartier en termes de retards ou échecs scolaires, délinquance et marginalité sociale, chômage des jeunes, consommation de drogues... étaient à l'évidence mal rencontrés dans le quartier et la réponse proposée par la maison médicale mal adaptée.

Partageant ce constat avec d'autres partenaires, en 1981, est mise sur pied un structure fédérative qui regroupe des associations oeuvrant dans les secteurs de la santé, de la justice, de la formation des adultes, de l'alphabétisation et de la santé mentale : la Maison en plus. Elle devient très vite

un pôle de cristallisation pour des initiatives en matière de lutte contre l'exclusion sociale : comité de chômeurs, structures de formation pour les jeunes en décrochage, pour les adultes sous-qualifiés, ateliers pour enfants, école des devoirs. Elle réunit les intervenants sociaux dans une coordination sociale et ébauche un réseau d'informations réciproques et de mise en commun des problématiques.

La confrontation aux réalités impose d'aller au-delà de la maison fédérative pour davantage de synergie dans un projet commun. La réflexion et l'analyse commune aura permis de mettre en avant les limites et l'impuissance à répondre aux problèmes posés, le renvoi aux responsabilités de la société et à l'action politique, mais aussi à la capacité de se prendre en charge individuellement et collectivement.

Ceci a abouti à mettre en avant la nécessité d'espaces de paroles et d'un travail communautaire qui privilégie la participation des individus et collectivité à l'analyse des problèmes et à la recherche de solutions adaptées.

Parallèlement, le désarroi des jeunes et l'installation structurelle du chômage poussent la Maison en plus et la maison des jeunes à proposer la mise en place d'une structure d'accueil pour les jeunes et suggèrent son développement sous forme d'une mission locale pour l'insertion socioprofessionnelle.

Particularité, ce partenariat s'organise de façon paritaire et l'asbl créée en 1990 est composée de six membres associatifs et de six représentants communaux dont le CPAS.

La concertation s'organise en quatre pôles, permettant de globaliser la démarche d'insertion socioprofessionnelle : emploi/formation, enseignement, culture et sport, prévention. Sur base d'une analyse socio-économique de la population forestoise, des quartiers sont privilégiés pour lesquels une dynamique partenariale avec les groupes d'habitants sera sollicitée et des espaces de rencontre proposés : maison de quartiers, relais d'éducateurs de rue, etc.

Cette démarche permet progressivement et avec difficultés d'installer une action de type



communautaire : aménagement d'espaces publics, union des locataires, garderie ouverte, école de devoirs gérée par les parents, définition d'objectifs des programmes « cohabitation » par quartier, etc.

C'est dans ce cadre qu'est né le projet « Forest Quartiers Santé » comme une tentative de mettre en cohérence et en lien les préoccupations santé et les conditions de vie des habitants forestois. Les professionnels de santé ont oeuvré de nombreuses années à la mise en place des conditions d'une démarche communautaire qui inclut :

- une concertation pluridisciplinaire sur l'état des lieux et les constats ;
- l'implication de tous les acteurs dans la démarche : professionnels, politiques et habitants concernés ;
- un consensus sur les finalités et une cohérence méthodologique ;
- la participation des populations concernées aux différentes phases de développement.

Ce dispositif de mise en santé de la commune par une démarche communautaire a conduit à la prise de conscience de l'impact de la vie sociale, de la nature du lien social dans les quartiers, du fonctionnement de la vie communale sur la santé des citoyens et à la mise en œuvre du projet Forest-Quartiers-Santé.

Le consensus pour le développement d'un programme de santé communautaire qui envisage comment prendre en compte les besoins de la population s'est établi entre les intervenants psycho-médico-sociaux réunis dans la commission prévention. Il porte sur une approche globale de la santé, un volonté de transversalité et d'intersectorialité, de participation de tous les acteurs et d'une utilisation optimale des ressources. Sur cette base, la commission a adopté le développement d'un projet de santé communautaire qui, depuis lors, s'est développé par étapes.

La première a concerné la sensibilisation des acteurs professionnels mais aussi de groupes d'habitants à la démarche ; l'approche communautaire est loin de faire partie de la culture collective, au même titre que la trans-sectorialité ou la participation.

Il s'est agi de construire une définition consensuelle de l'action communautaire qui permet le travail en commun. C'est pourquoi depuis le début du projet en 93, chaque année, un cycle de formation/sensibilisation est proposé à une quinzaine d'intervenants forestois sous forme de huit modules d'un jour. Aujourd'hui, une soixantaine d'entre eux ont participé à cette construction.

La seconde a cherché à construire un état des lieux, un aperçu des besoins de santé : la méthode privilégie les perceptions des habitants et des professionnels sur la question de la santé et de la qualité de la vie eu égard aux conditions d'existence et d'environnement. Il s'agit aussi de mettre en avant les différences de perception entre les acteurs. La technique des groupes nominaux a servi à ce recueil d'informations. Le diagnostic est complété par la compilation de données statistiques et socio-démographiques.

La troisième, en cours, organise le retour de ces constats vers des agoras locales, dans des groupes de population concernés par les problèmes relevés pour/avec eux, en vérifier, préciser les conclusions et envisager les actions nécessaires et les acteurs ou responsables à interpeller.

Les priorités seront ensuite débattues au sein d'un forum communal de promotion de la santé prévu début 99.

La dynamique du projet est gérée par un groupe de pilotage, intervenants détachés par leurs associations et relais d'un des quartiers concernés. Elle est soutenue par deux travailleurs mi-temps qui assurent, l'un, le suivi méthodologique et l'autre, l'implication communautaire du programme. Un journal trimestriel « FQS » fait circuler l'information entre les acteurs, tous secteurs confondus.

L'action communautaire... comme une utopie mobilisatrice pour sortir du statu quo devant « la misère du monde » ? ●

« Forest Quartiers Santé » est un programme soutenu par le ministère de la santé de la Communauté française depuis 1998.

*Contacts :
Brigitte Pètre -
Annie Moulart
9, rue du Curé
1190 Forest
Tél : 02/
376.16.82*

La Commission santé de Cureghem (Anderlecht) - 1989

*Extrait de « La pratique communautaire dans la promotion de la santé : quelques réflexions » du groupe de travail constitué de **Martine Bantuelle, Pierre-Alain De Henau, Thierry Lahaye, Jacques Morel et Patrick Tréfois.** Janvier 98.*

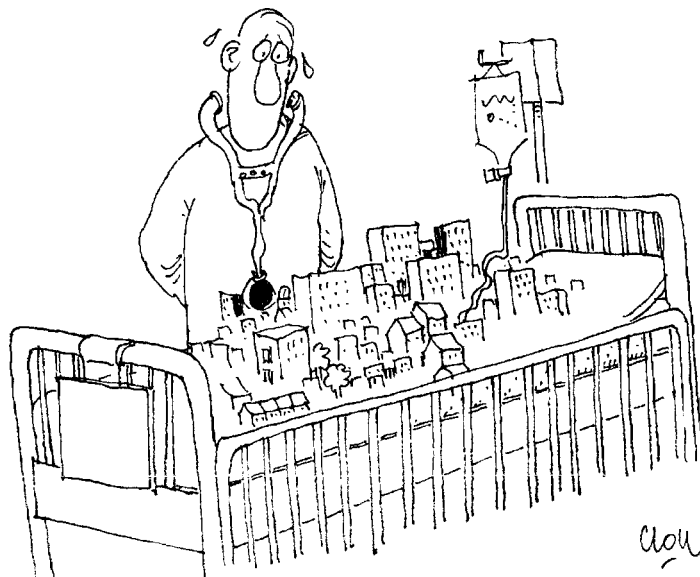
La Commission santé regroupe différents projets communautaires inter-coordonnés.

À ses débuts, elle faisait elle-même partie d'un projet plus vaste, construit avec l'appui et la participation active des autorités communales, le DSQ (développement social de quartier) de Cureghem.

Ce dispositif coordonnait d'autres « commissions » qui abordaient des thèmes de préoccupations les plus divers. Financées de manière complexe, la plupart de ces commissions ont donné lieu soit à des projets spécifiques, soit se sont fondues dans d'autres programmes régionaux en perdant souvent leur caractère communautaire.

La Commission santé regroupe environ cent vingt membres - professionnels, centre de santé communal, administration communale, représentants de mandataires publics, commerçants, habitants - dont une trentaine des plus réguliers se réunissent tous les deux mois pour évaluer les actions en cours, pour s'informer mutuellement, pour se mobiliser en partenariat autour de certains projets, pour explorer des priorités neuves, ou nouvellement identifiées et examiner en sous-groupes des possibilités de solutions.

Ses projets fort nombreux vont de la formation spécifique de certains acteurs (puéricultrices, habitants, élèves) à l'action préventive dans les établissements scolaires, en passant par des recherches-actions (maladies respiratoires), des animations-recherches (diagnostic communautaire dans des groupes d'habitants, animés après formation par des habitants-relais) ou l'organisation d'événements ponctuels « rassembleurs » (une exposition sur les jouets, réalisée par des enfants d'une dizaine d'écoles ou associations, prétexte à dialoguer sur de nombreux problèmes identifiés dans les relations parents-enfants).



Outre le critère de pertinence par rapport aux activités de diagnostic communautaire, la Commission santé appuie plus particulièrement les projets qui misent sur le partenariat entre différentes institutions, les projets communautaires impliquant activement les habitants dans leur exécution et la prise de décision. En somme, la Commission santé constitue un projet communautaire qui repose sur le groupe des acteurs intéressés professionnellement à l'amélioration de la santé du quartier, et en même temps un travail communautaire avec différents groupes d'habitants ou dans différents lieux de vies. ●



La santé communautaire en maison médicale : projet sur le terrain

La maison médicale « des Riches Claires » est située au cœur de Bruxelles près de la Bourse, dans un quartier défavorisé dont la population est en grande majorité d'origine étrangère (immigrés d'origine marocaine, réfugiés politiques venant des quatre coins du monde, personnes en situation irrégulière). Cette population est en majorité sans emploi : chômeurs, personnes dépendantes du CPAS, clandestins en situation précaire. Le quartier est composé essentiellement de logements très anciens, dégradés, insalubres, parfois sans aucun sanitaire et aux loyers très élevés.

La présence d'une interprète à la maison médicale à deux consultations par semaine permet d'améliorer de façon très significative la communication avec une population maghrébine de première génération parlant pas ou très peu le français. Ainsi la relation médecin-malade devient triangulaire et permet de rompre le cercle infernal dans lequel s'enferme cette population n'existant que par procuration en terre étrangère. Dans les cas de maladies chroniques comme l'hypertension artérielle, l'asthme, le diabète ou les troubles métaboliques, le fait de travailler avec une interprète permet d'avoir un rôle préventif tout à fait primordial dans la diminution du nombre et de l'importance des complications.

Depuis le mois d'octobre 96, la maison médicale a mis sur pied un projet de prévention sur la maladie asthmatique. Au niveau santé communautaire, l'objectif est de sensibiliser les intervenants des différentes associations du quartier en contact avec la population au problème de l'asthme et de sa prévention et d'autre part de sensibiliser des adultes « relais » au sein de la population du quartier et dont le rôle est de transmettre leur connaissance à une part plus élargie de la population.

Pour atteindre ces objectifs, différents moyens sont mis en œuvre :

- des animations-informations sur la maladie asthmatique ont été organisées par la maison médicale au sein de la consultation O.N.E. du quartier en touchant de façon préférentielle les travailleurs médico-sociaux et les accueillantes de la consultation ;
- des animations ont été données dans deux écoles primaires du quartier en rencontrant d'abord les

enseignants pour leur permettre de mieux comprendre la maladie, les causes d'allergie, le rôle de l'habitat et des activités physiques. Ceci a permis d'effacer les idées fausses au sujet de la maladie et de faire mieux accepter l'enfant asthmatique en milieu scolaire tout en déchargeant les enseignants de l'anxiété qu'induit la maladie. Des animations ont eu lieu avec les élèves des classes de sixième ;

- des animations ont eu lieu au sein du groupe d'alphabétisation de la maison médicale en présence de l'interprète ; ceci rentrant dans le cadre de la formation d'un public « relais » ;
- des rencontres ont eu lieu avec la coordination de la maison médicale la Senne et notamment avec les animatrices du projet SAHARE (projet santé, habitat, rénovation). L'objectif étant de mettre en évidence la relation entre les problèmes d'habitat et leurs conséquences sur la santé de la population du quartier. Ces rencontres ont permis d'organiser, de synchroniser et de répartir les actions préventives.

Par ailleurs une action préventive est en cours dans le quartier concernant le saturnisme (intoxication par le plomb). La maison médicale, par sa présence au sein du groupe santé de la coordination de la Senne et ses contacts répétés avec les animatrices du projet SAHARE, a pu mener une stratégie commune de prévention et une action concertée vis-à-vis des blocs d'immeubles du foyer bruxellois couverts de peintures composées à plus de 50 % de plomb. Depuis que cette action est en cours, la peinture écaillée a été poncée et la cour de l'immeuble est nettoyée régulièrement à l'eau pour éliminer les risques de contamination pour les enfants et pour diminuer la poussière environnante. Ainsi toutes ces actions de terrain témoignent de l'importance du volet santé communautaire en maison médicale ; elles permettent d'élargir à tout un quartier les notions de sensibilisation et de prévention vis-à-vis d'un problème particulier de santé. ●

*Dr. Catherine
Cretin -
De Blauwe,
médecin
généraliste,
maison médicale
les Riches
Claires.*

La Goutte d'Or à Paris

Michel
Neyreneuf,
Secrétaire de
« Paris-Goutte
d'Or ».
Coordinateur
inter-associatif
Goutte d'Or.

Un quartier bien typé

Quand, en 1984, la Ville de Paris décide de lancer une opération importante de rénovation sur le secteur sud de la Goutte d'Or (près de cent parcelles à exproprier pour être vouées à la démolition, le reste étant soumis à des obligations de réhabilitation), la Goutte d'Or cumulait nombre de problèmes.

Connue dans toute la région parisienne, et même au-delà (reste de la France et pays du Maghreb) pour être un pôle commercial répondant aux besoins de la population maghrébine (production et diffusion de la musique arabe et des films maghrébins, nombreuses boutiques de tissus orientaux, boucheries « islamiques » bon marché,...), à proximité des magasins « Tati » de Barbès, c'était aussi un lieu important d'insalubrité : au fur et à mesure des années, les immeubles de l'époque de Zola (celui-ci a d'ailleurs fait de la Goutte d'Or, le théâtre de son fameux roman « L'Assommoir ») ont été peu à peu loués en quasi-totalité à une population immigrée d'origine maghrébine, et ce, d'autant plus que les hommes isolés avaient profité des mesures en faveur du « regroupement familial » pour faire venir femmes et enfants.

Obligés de laisser la chambre qu'ils partageaient à plusieurs dans un hôtel meublé, ils investissaient ces appartements à bon marché, où la sur-occupation des logements était devenue la règle. Quant aux propriétaires de ces immeubles, cela faisait déjà longtemps qu'ils n'entretenaient plus leur bien, soit par impossibilité financière, soit parce que « *cela n'en valait pas la peine, vu la population qui y habitait* ».

Ces conditions de logement avaient de multiples conséquences néfastes tant sur la santé des habitants, que sur l'éducation des enfants et leur scolarité, et sur la cohabitation de personnes aux pratiques culturelles différentes.

Si l'intervention de la Ville sur ce secteur du logement était non seulement acceptée mais même demandée par les quelques associations qui existaient alors, grande était la crainte que les élus en profitent (comme cela avait été le cas dans les grosses opérations de rénovation faites à Paris précédemment) pour « exiler » les habitants évincés vers la banlieue et ainsi faire disparaître un des quelques quartiers populaires encore en place dans la capitale.

L'association

« Paris-Goutte d'Or »

Or, peu de temps auparavant (en 1983), venait de se créer une association de défense des habitants du quartier nommée « Paris-Goutte d'Or », ayant pour particularité de n'accepter les adhésions que d'habitants du secteur. Mots d'ordre : pas de rénovation sans concertation avec les habitants et relogement sur place ou à Paris de tous les habitants évincés, même ceux habitant dans des hôtels meublés (qui n'ont légalement aucun droit au relogement). Une mobilisation des habitants et un environnement politique favorable ont permis alors d'obtenir que soit lancée la concertation et que des engagements précis de relogement soient pris par la Ville.

Aujourd'hui, alors que l'opération de rénovation arrive dans sa phase finale (elle sera terminée dans deux à trois ans), on vit toujours sur cette lancée initiale. Le combat a été potentiellement gagné dès le début, mais effectivement, il a fallu une vigilance permanente au long de ces quatorze années pour faire que ce soit le cas. Et c'est le cas. Aujourd'hui, la quasi-totalité des habitants évincés (environ neuf cents familles) ont été relogés soit sur place (dans des logements sociaux) soit à Paris, dans l'arrondissement ou les arrondissements voisins, ces derniers pouvant faire valoir dès maintenant leur « droit au retour » sur le quartier. Nombre de résidents des hôtels meublés à détruire ont aussi été relogés, le reste devant l'être dans ces prochains mois... et le quartier est resté populaire et « multi-culturel ».

Les autres associations

Ce temps de rénovation, donc de mobilisation, a vu se créer de nombreuses associations, se rajoutant au nombre des quelques-unes qui existaient déjà. Peu à peu, la majorité des champs du domaine social ont été couverts : soutien scolaire, petite enfance, prévention, toxicomanie et SIDA, logement et cadre de vie, alphabétisation et préformation, action sociale ou juridique, culture, animation, etc. Ces différentes associations (une vingtaine) ont presque toutes deux points communs :



- ce sont des habitants du quartier qui en sont à l'origine ;
- elles ne correspondent pas à des regroupements de type « ethnique » (à part l'Association des travailleurs marocains de France et URACA - Unité de réflexion et d'action des communautés africaines).

Toutes, de plus, se rejoignent dans une même volonté de travailler sur l'insertion - au sens large - et de promotion du quartier, tant dans sa réalité sociale et culturelle que dans son image médiatique. Si deux d'entre elles (EGO - Espoir Goutte d'Or et URACA) se revendiquent de l'approche communautaire, la plupart des autres ont des pratiques qui s'y apparentent plus ou moins, en particulier le fait qu'y interviennent professionnels et habitants et qu'elles ont la même « communauté cible » : les habitants du quartier, quelle que soit leur origine.

Ce réseau ou tissu associatif a naturellement pris l'habitude de travailler ensemble, chaque fois que cela semblait nécessaire. Un temps est arrivé où il a semblé nécessaire de mieux structurer ce travail en commun, et c'est alors que fut créée la Coordination inter-associative.

La Coordination inter-associative

Si les relations entre associations travaillant sur le même secteur ou dans des domaines complémentaires se sont rapidement faites naturellement, trois dossiers particuliers furent à l'origine de la structuration de cette Coordination :

- la fête de la Goutte d'Or que nous avons pris l'habitude d'organiser ensemble, et ce, depuis treize ans ;
- la préparation des réunions de concertation avec la Ville et la Préfecture (dans le cadre de ce qu'on appelle en France la « politique de la Ville ») ;
- la volonté de créer un lieu central de la vie associative, qui verra le jour en 1991, suite à cette réflexion commune.

Une charte, un coordinateur élu chaque année, deux à quatre réunions par trimestre, chaque fois que le besoin s'en fait sentir : le pli était rapidement pris. Tout sujet important est passé au crible de ces regards différents, tant du point de vue de l'âge

que des préoccupations majeures,... Et ce n'est, la plupart du temps, qu'après qu'il se transforme en modalité d'action menée par telles ou telles associations en commun, mais soutenues par les autres. C'est ainsi que nous avons pu créer ce lieu central (la Salle St Bruno, une ancienne chapelle récupérée), faire reculer le saturnisme, mener un dialogue constructif avec le commissaire de police de l'arrondissement, trouver une dizaine de locaux associatifs, faire modifier les projets d'urbanisme de la Ville, faire accepter la création dans le quartier d'un lieu fixe d'échange de seringues, faire évoluer l'image négative du quartier, etc.

La Salle St Bruno

Ce lieu central souhaité par les associations est géré de façon originale pour la France. L'association responsable est composée de deux collègues : celui des associations (quatorze associations de la Coordination en font partie) et celui de la Ville (six élus de l'arrondissement et deux directeurs de la Ville). Les décisions ne peuvent être prises qu'avec l'accord des deux collègues. Et cela marche.

Au sein de cette Salle (où les habitants peuvent louer des locaux pour des fêtes ou des réunions) se trouvent deux instruments qui complètent bien le travail associatif :

- d'abord, un Observatoire de la vie sociale (couplé à un espace documentaire) qui met au point chaque année le « Tableau de bord de la vie sociale » à la Goutte d'Or : ce sont des indicateurs qui permettent de se rendre compte des évolutions du quartier. Cela concerne autant le chômage que la santé, la scolarité, la délinquance, etc. Tous les services publics y collaborent. C'est aussi un instrument au service des associations. C'est avec l'aide de l'Observatoire que l'on peut affiner la faisabilité de tel ou tel projet, en voir la pertinence, etc.
- puis la coordination de l'Interservices de quartier (ISQ) visant à rapprocher les services publics entre eux et à faire qu'ils répondent mieux aux besoins des usagers. De nombreux groupes de travail réunissent médecins, services sociaux, postiers, bailleurs sociaux, éducateurs, policiers, responsables d'électricité de France, enseignants et directeurs d'école, etc. mais aussi représentants associatifs pour



mettre en œuvre les réformes - parfois simples - qui améliorent les conditions de travail et la vie des usagers.

Tout ce travail mené en concertation, où se trouvent impliqués habitants et institutionnels, bénévoles et professionnels, laisse des traces. Peu à peu, de nouvelles habitudes sont prises à tous les niveaux (même si certains sont encore rétifs). La nécessité de se concerter tend à devenir pour un bon nombre d'intervenants une seconde nature... Et, ce qui est quand même essentiel, tout se passe comme si c'était maintenant les associations qui étaient le facteur moteur dans les évolutions du quartier, et par là même aussi ses habitants.

Et la santé communautaire ?

Comme on a pu le constater à la lecture des lignes qui précèdent, l'expérience présentée ne vise pas directement la santé des habitants. Il ne s'agit pas non plus - proprement dit - d'une démarche communautaire, dans toute la rigueur du terme. Pourtant, il me semble qu'il existe une grande proximité avec ce concept, pour tant soit peut que l'on ait une vision large de la santé (qui inclut les problèmes majeurs de notre quartier : logement, éducation et scolarité, intégration) et que l'on prenne en compte non telle ou telle association mais l'ensemble du dispositif, du tissu, du réseau ainsi décrit. Car, à travers toutes ces actions, c'est - au sens large - la santé d'un quartier et de ses habitants qui est visée.

Dérives (inévitables ?)

Le style littéraire d'une telle contribution pousse souvent son auteur à mettre en avant de façon quelque peu simplifiée les points forts de l'action décrite. Les lumières apparaissent dans leur clarté parfois déconcertante, tandis que les ombres restent voilées. La réalité est certes plus nuancée, et l'acteur de terrain sait bien que si un certain nombre de points sont acquis et le resteront, d'autres sont encore fragiles et peuvent à tout moment s'écrouler. De même, il se doit d'être conscient des dérives (inévitables ?) qui le guettent.

La première de ces dérives concerne les habitants militants. Il est sûr que pour pouvoir négocier avec ce monstre administratif et politique qu'est la ville de Paris, il faut s'armer, se former et se former encore, notamment sur tout ce qui concerne le logement et l'urbanisme, clé de voûte de l'opération arrivant à sa fin, mais aussi des nouvelles opérations qui démarrent sur le nord du quartier. L'expérience acquise après de nombreux efforts, les heures de discussion et de négociations avec les élus et les administratifs, tout cela est nécessaire pour pouvoir avoir une intervention efficace. Mais, cela a pour conséquences qu'on n'a plus affaire à un « habitant lambda », mais à un spécialiste qui peut avoir tendance à intégrer les contraintes de ses interlocuteurs et de peu à peu donner l'impression qu'il est passé « de l'autre côté ». Seul antidote à cette dérive : la présence régulière dans les immeubles, dans les réunions d'habitants et les concertations associatives.

L'autre dérive consiste à ne prendre en compte que ce que viennent dire les habitants dans les réunions. Ceux qui s'expriment facilement dans ces enceintes sont plutôt des « français d'origine » issus principalement de la classe moyenne, qui tiennent souvent un discours bien structuré et réfléchi. Et les autres ? Ceux qui ne viennent pas ou qui ne prennent pas la parole ? Là, c'est l'existence du réseau qui sert d'antidote : savoir ce qui se dit dans les cours d'alphabétisation, dans les permanences logement, dans les accueils aux usagers de drogues permet, non de tenir pour insignifiant ce qui se dit ailleurs de façon plus structurée, mais de le prendre comme un des éléments constitutifs de la vie de ce quartier, mais non le seul. ●



Le centre de santé intégré du Botermarkt: une approche orientée vers le quartier

Au cours des années 70, des étudiants en médecine de Gand s'intéressent à une manière de dispenser les soins de santé de première ligne qui privilégie une orientation sur le quartier, une pratique en équipe pluridisciplinaire et, point essentiel, la participation du patient. En 1975, un groupe de travail étudiant met au point le concept de « centre de santé de quartier ».

En quelques années, plusieurs centres de santé naissent dans les faubourgs « XIX^{ème} siècle » de Gand. Ces faubourgs, développés avec l'essor industriel du siècle passé s'appauvrissent et se dépeuplent depuis la deuxième moitié du XX^{ème} siècle. Parmi eux, Ledeborg connaît une vie de quartier et associative riche et constitue une commune indépendante jusqu'en 1977, année de sa fusion avec la ville de Gand. Au début des années 80, diverses infrastructures désertent le quartier et le bureau du CPAS est délocalisé à Gentbrugge. A la population autochtone défavorisée vient se mêler une population migrante (10 %). Les problèmes sont nombreux, le chômage de longue durée sévit, la qualité du bâti se dégrade.

Le centre du quartier du Botermarkt : une approche orientée vers le quartier

Dès sa création en 1978, le centre essaie d'appliquer une philosophie de première ligne orientée vers le quartier. Il s'organise pour cela en équipe pluridisciplinaire avec inscription de la patientèle.

Grâce au paiement forfaitaire depuis 1995, le centre s'ouvre aux milieux modestes. Par le contact quotidien avec les plaintes des patients et leur recueil systématique, il acquiert une vision correcte des besoins et demandes des habitants du quartier. C'est ce que l'on appelle un « diagnostic sociétal » ou communautaire des problèmes, sur base duquel on peut planifier des actions orientées, améliorer la qualité des soins (meilleure intégration,

collaboration avec le réseau, autonomie du patient) ou orienter la prévention.

● Quelques exemples

- stimuler une alimentation saine dans le quartier en agissant avec les écoles, les associations, les magasins, les donneurs d'aide et autres. L'approche intégrée accroît la force du message de santé ;
- collaborer avec les dentistes et les écoles du quartier pour une action sur les dents saines ;
- suite à un accident de la route en face de ses locaux, le centre organisa une réunion sur le thème de la sécurité routière. Plus de cinquante personnes y assistèrent, habitants, écoliers, organisation de personnes âgées, commerçants... Une étude soigneuse permit d'élaborer un plan de circulation préventif qui fut soumis à enquête auprès de cinq cents personnes. Le plan fut progressivement mis en place ;
- les enfants du quartier ne paraissaient pas en très bonne forme physique. Une enquête systématique auprès des enfants du maternel et du primaire mit en évidence le manque d'activité physique et une dépendance excessive à la télévision. Ce qui n'étonna personne vu l'insuffisance d'équipements sur le terrain. En été 1985, une plaine de jeux fut improvisée sur un terrain du quartier. Plus de septante enfants profitèrent de l'initiative. Le projet plaine intégra aussi un projet de collaboration interculturelle ;
- les observations de l'aide sociale mirent en lumière les situations difficiles vécues par certaines femmes : isolement, problèmes de soins aux enfants, faible scolarité, problèmes financiers... Avec le CPAS, le Botermarkt lança un projet « femmes » : deux fois par semaine un groupe de femmes se réunit pour cuisiner et parler de leur situation. Le CPAS continua à développer ce projet qui est encore actif. De nombreuses femmes affirment que ces groupes ont eu une grande signification dans l'amélioration de leur vie et de leur santé ;
- le centre a reçu mission de la ville de construire un projet de quartier pour structurer les soins de santé en ayant une attention particulière pour la problématique santé et pauvreté. Différentes organisations locales se coordonnent à cette fin.

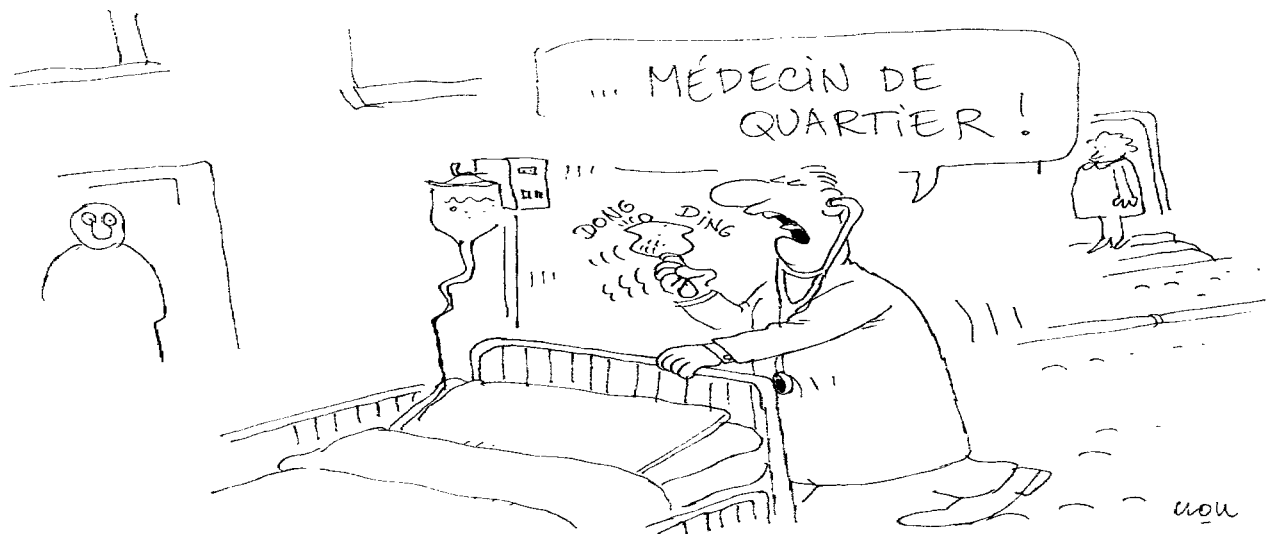
*Dr. Jan de Maeseneer,
médecin généraliste à temps partiel au centre de santé intégré de Botermarkt à Ledeborg.
Professeur de médecine générale à l'université de Gand.*

Le centre de santé intégré du Botermarkt: une approche orientée vers le quartier

Ces exemples illustrent comment, au départ d'un centre de santé intégré, en collaboration avec d'autres organisations du quartier et en se basant sur un diagnostic « sociétal », on peut donner une réponse « locale » aux problèmes qui apparaissent dans le quartier.

Evaluation

Ces vingt dernières années, le travail du centre de santé intégré du Botermarkt a contribué au développement d'un processus de collaboration



Conditions importantes

Pour réaliser une approche de quartier, il est nécessaire de s'appuyer sur une équipe pluridisciplinaire. Elle doit dispenser des soins curatifs de qualité, appliquer des programmes de santé adaptés à des groupes cibles, elle doit gagner la confiance des autres structures.

En même temps, il est nécessaire de constituer un réseau intersectoriel au niveau du quartier. En 1986, le centre de santé intégré du Botermarkt prend l'initiative de mettre sur pied la « plate-forme aide sociale de Ledeberg » qui rassemble plus de trente organisations et structures de première ligne de Ledeberg : le prêtre, la police, le comité de soins particuliers aux jeunes, les éducateurs de rue, les infirmières à domicile, les aides familiales et aides senior, les écoles... Quatre fois par an, ces groupes se réunissent autour des problèmes du quartier pour échanger des informations et développer des actions communautaires. La plate-forme a également un rôle d'interpellation des pouvoirs publics.

entre diverses structures et secteurs. Il a pris de nombreuses initiatives orientées vers des groupes cibles socialement négligés. Ce travail lui a permis de sensibiliser les dirigeants municipaux aux problèmes du quartier. Ces dernières années, la ville et le CPAS ont pris une part active dans le problème des déshérités.

Une approche territoriale au départ d'une équipe pluridisciplinaire sur base d'une patientèle inscrite et de groupes cibles plus larges au sein de la population du quartier apparaît un modèle riche et praticable. ●

Pour plus d'information sur le centre de santé de quartier du Botermarkt, consultez ou achetez le livre « Armoede en gezondheid : de missing link ». (« Pauvreté et santé : le chaînon manquant ») qui peut être obtenu au centre de santé du Botermarkt, Ledebergstraat, 109 à 9050 Gent.



Promotion de la santé mentale communautaire

Ce projet est le fruit d'un partenariat, qui a débuté en septembre 94, entre le centre de santé mentale Le Méridien, à Saint-Josse et l'asbl EDECO (Echanges en développement communautaire), qui travaille sur le quartier de Cureghem. Il se déroule sur deux quartiers bruxellois: le quartier Saint-François (ou Botanique), à Saint-Josse, et le quartier de Cureghem, à Anderlecht.

Objectifs généraux

Le programme se développe autour de quatre objectifs :

1. promouvoir une meilleure qualité de vie chez les populations d'un quartier donné ;
2. promouvoir la prise en charge par ces populations de leurs propres difficultés, en favorisant l'éveil et l'actualisation des compétences et ressources propres au quartier, ressources qui permettent de résoudre les problèmes sans faire appel de façon systématique à l'aide spécialisée ;
3. soutenir dans leur rôle d'entraide des personnes-ressources faisant elles-mêmes partie de la communauté. L'objectif n'est pas d'instituer un nouveau statut à une personne déterminée mais bien d'accompagner une activité déjà à l'œuvre aujourd'hui ;
4. développer de nouvelles techniques de travail chez les professionnels travaillant avec ces populations (assistants sociaux, éducateurs, enseignants, etc.) : rechercher des solutions en dehors de l'assistance individuelle, découvrir les potentialités des personnes dont ils s'occupent, aider celles-ci à développer ces potentialités et ainsi éviter de recourir trop vite à des spécialistes lorsqu'apparaissent certaines difficultés.

Développement du projet en quatre étapes

Ces quatre étapes se sont déroulées selon des rythmes distincts dans les deux quartiers concernés.

● Diagnostic communautaire

La première étape du travail a consisté à réaliser un diagnostic comportemental et éducationnel au sein de la population du quartier, avec les objectifs suivants :

1. *étude des représentations et des actions* dans le domaine de la santé mentale auprès de quatre groupes d'acteurs sociaux (habitants, associations de bénévoles, associations de professionnels et institutions) ;
2. *étude des réseaux de soutien informel et formel* à l'intérieur de et entre ces quatre groupes ;
3. *étude des dynamiques d'entraide et d'aide* dans le champ de la santé mentale, à l'intérieur de et entre ces groupes.

Ce diagnostic, réalisé en 1995 à Saint-Josse et en 1996 à Cureghem, nous a permis de mieux connaître les réseaux d'entraide et de soutien informel qui existent ou se créent lorsque les populations sont confrontées à une difficulté de vie ou un problème de santé mentale. Un document reprenant les résultats du diagnostic est disponible au Méridien.

● Restitution aux personnes interviewées des résultats du diagnostic communautaire

Cette partie du travail constitue une étape fondamentale dans la mise en place d'une dynamique communautaire. Il s'agit de présenter à l'ensemble des personnes interviewées lors du diagnostic une synthèse des résultats de celui-ci et de leur rendre la parole par rapport à cette restitution.

● Constitution d'un groupe de pilotage

Deux groupes se sont constitués à partir de la restitution des résultats avec des personnes du quartier intéressées à poursuivre le travail entamé par le diagnostic et à aider à la mise sur pied d'une

*Nathalie
Thomas,
psychologue,
Centre de santé
mentale Le
Méridien.*

action de promotion de la santé mentale. Il s'agit d'un travail d'élaboration commune de plusieurs mois qui a abouti à la création d'un projet porté et soutenu par l'ensemble du groupe.

● **Lancement de l'action en promotion de la santé mentale**

En septembre 97, un groupe d'une quinzaine d'intervenants psychosociaux actifs dans les deux quartiers concernés se sont engagés à participer à un programme de formation et de sensibilisation à l'approche communautaire en santé mentale et à entreprendre un travail de multiplication de cette formation avec des groupes d'habitants à partir de septembre 1998.



Les moyens

Les moyens envisagés dans le cadre de cette action sont les suivants :

- la formation de multiplicateurs (intervenants psychosociaux) à l'approche spécifique de promotion de la santé mentale et aux techniques de formation de la pédagogie participative et communautaire ;
- la formation de promoteurs (non-professionnels de la santé mentale vivant dans le quartier et bénéficiant d'une relation de confiance avec la population) ;
- l'intervention des promoteurs dans leur communauté dont l'objectif est de promouvoir la santé mentale des membres de leur communauté d'appartenance ;
- l'accompagnement des participants au projet dans leur travail respectif, c'est-à-dire de formation et d'accompagnement des non-professionnels pour les multiplicateurs, et de promotion et d'intervention pour les promoteurs.

Pédagogie

La pédagogie utilisée dans ce programme est communautaire et participative. Elle s'inspire de celle développée par Paolo Freire sous le terme d'éducation populaire. Suivant cette pédagogie participative, le travail de formation en santé mentale, destiné tant aux multiplicateurs qu'aux promoteurs, s'articule autour de quatre moments clefs :

● **Le diagnostic communautaire**

Les thèmes abordés lors de la formation sont choisis par les participants, en fonction des principales difficultés rencontrées dans la communauté. Le premier travail du groupe de formation consiste à prolonger et enrichir le diagnostic communautaire réalisé par les coordinateurs du projet. Le rôle des animateurs des ateliers de formation est de permettre au groupe de faire ce travail de décryptage.



● **L'élaboration en groupe des expériences individuelles, familiales et communautaires**

C'est une étape essentielle dans la mesure où les participants ont eux-mêmes souvent vécu le même type d'expériences que les autres membres de leur communauté.

L'élaboration des expériences personnelles permet aux participants d'utiliser leur propre vécu comme ressource, comme source de connaissance.

Le vécu des personnes est en effet considéré comme source d'apprentissage : c'est toujours à partir des expériences particulières de chacun que les savoirs en santé mentale sont élaborés.

● **La création de guidelines théoriques ou principes de promotion**

Dans cette étape, il s'agit d'organiser les observations et suggestions issues des expériences particulières de chaque participant de telle sorte qu'elles puissent constituer une théorie accessible à chacun. En aucun cas, il ne s'agit d'imposer des éléments théoriques non découverts par le groupe. Les participants peuvent ainsi progressivement prendre confiance en leurs propres compétences.

● **L'application dans la pratique des guidelines théoriques**

Il s'agit dans cette dernière étape d'aider les participants à appliquer au sein de leur communauté les connaissances et les savoir-faire qu'ils ont eux-mêmes créés pendant l'étape précédente. Les jeux de rôles et les mises en situation d'expériences narrées au cours de la première étape permettent au participant de s'essayer concrètement dans son futur rôle de promoteur/multiplicateur de la santé mentale communautaire. ●

Drogues et intervention communautaire: fragile esquif vogue sur océan d'indifférence

Anne-Françoise
Raedemaeker,
licenciée en
philosophie,
coordinatrice des
Antennes du
Projet Lama

Anecdote en guise d'introduction

Je me souviens d'une conversation avec le sociologue Ita Gassel qui m'expliquait que la démarche communautaire ne pouvait s'appliquer aux problèmes de drogues. D'après lui, les toxicomanes posaient trop de problèmes pour que l'on puisse en discuter dans les communautés dont ils sont issus. D'après ce même travailleur, les toxicomanes - déjà perdus - étant par ailleurs toujours en marge, refuseraient de s'impliquer dans une dynamique collective, et seraient plutôt source d'activités qui vont à l'encontre d'un travail communautaire.

Il est vrai que l'on entend rarement parler des problèmes des usagers de drogues dans des projets de santé communautaire, encore moins d'usagers de drogues impliqués dans ceux-ci. J'irais presque jusqu'à dire que, si l'on met en place un projet de santé communautaire, dans de nombreux quartiers minés par ces problèmes de drogues, c'est au prix du silence fait sur ces frères, cousins, voisins qui sont devenus toxicomanes. Un peu rapidement, l'amalgame est fait entre « donner une image positive de quartiers dits en difficultés » et se voiler la face sur les difficultés réelles de certains habitants, difficultés assumées tant bien que mal et dans la honte par les familles et les proches.

C'est pourquoi il m'a semblé important d'analyser en quoi l'approche communautaire est non seulement possible, mais aussi nécessaire. Initier ou travailler dans une perspective communautaire n'est pas seulement l'affirmation d'une conviction qu'il faut (ré)concilier le point de vue des professionnels du social et de la santé (en général d'un autre quartier et d'une autre catégorie sociale) et celui des habitants d'un quartier : il s'agit de privilégier un accès démocratique aux soins de santé en partant du constat que « ça ne fonctionne pas autrement », ou qu'à tout le moins tout ne va pas comme il faudrait.

En particulier en ce qui concerne les usagers de drogues : le rythme de vie et le mode de vie imposé par la consommation clandestine, le mépris social

pour cette problématique (l'argument sécuritaire en est une des formes les plus pernicieuses), la précarisation généralisée complexifie le travail de prévention et de sensibilisation, alors même que les soins et les traitements spécifiques se sont largement développés. En somme, les usagers de drogues sont amenés, pour des raisons que je ne pourrai développer ici, à gérer leur consommation plutôt qu'à réellement la maîtriser.

Une approche spécifique

Un cheminement s'accomplit depuis quelques années autour d'une spécificité d'une approche communautaire du problème des drogues : il ne s'agit pas d'évincer les usagers de drogues ou le phénomène des drogues, ambition à notre sens irréaliste, mais de se donner des possibilités d'aborder la réalité avec d'autres outils que la peur et l'ignorance, d'autres réponses que le rejet ou le déni.

● Trois pôles

Selon nous, un travail communautaire en matière de drogues s'organise autour de trois pôles : les usagers de drogues, les habitants et les professionnels de la santé.

En effet, même si les usagers de drogues sont habitants du quartier, ils font souvent l'objet d'un rejet de la part des habitants, les usagers de drogues se considérant eux aussi comme « à part ». Et c'est là précisément que peut s'entamer une réflexion commune : il nous semble impossible de travailler (en prévention) si l'on vous dit qu'il n'y a pas de problème ! Il s'agit de trouver ensemble des modalités de gestion qui puissent être adaptées à la réalité composée de celle des usagers de drogues (exemple : ne pas être contaminé par le SIDA, les hépatites, ne pas faire l'objet d'une chasse aux sorcières) et des habitants (exemple : ne pas être victime de racket, ne pas être incommodé dans les lieux publics où sont les enfants en bas âge, ...) et des professionnels (exemple : obtenir des effets multiplicateurs de leur action).



Le rôle du travailleur communautaire est donc la recherche de ce point d'équilibre, qui bien souvent demandera une remise en question de ses propres représentations (prendre la défense inconditionnelle des uns contre les autres, trouver des victimes et des coupables, ...) ainsi que de son rôle (imposer son « cadre » de référence).

Il sera amené à réconcilier, à concilier des points de vue divergents et à construire un *modus vivendi*. Le travail communautaire n'est pas, de ce point de vue, une méthode mais un *projet* en perpétuelle construction.

Le fait est que la manière classique de « prise en charge » des toxicomanes est bousculée. En effet, le thérapeute travaille sur la demande individuelle du patient présentant une plainte : celle d'être dépendant d'un produit dont il voudrait bien se débarrasser. Suivant l'école du thérapeute, celui-ci convoquera la famille, prescrira des produits ou encore proposera une thérapie individuelle ou une thérapie de groupe.

L'objectif est la diminution ou la disparition du symptôme indésirable chez l'individu concerné en dehors de tout contexte social, même si cette dimension est prise en compte pour améliorer les droits sociaux de la personne.

Or, en matière de drogues, le contexte (légal) s'est révélé et se révèle encore déterminant sur la demande de drogues, l'offre de drogues et l'offre de soins. Le décalage entre la demande explicite et implicite est fortement radicalisé en toxicomanie. La demande de soins est souvent une demande forcée, voire contrainte par l'interdit légal de substances (emprisonnement, suivis judiciaires multiples, renvois précoces des écoles, ...), demande qui ne suscitera pas toujours le questionnement espéré par le thérapeute. Le préjugé moral, corrélat de l'interdit des drogues, est également très lourd et engage les consommateurs à problèmes à taire leur difficultés le plus longtemps possible.

La loi sur les stupéfiants n'est pas non plus adaptée à la norme sociale (P. De Munck) ; ainsi les nombreux débats sur la nocivité des produits légaux et illégaux, les critiques - à juste titre - adressées

au système judiciaire dans l'exécution arbitraire des peines qui reflètent plus les conditions sociales de l'usager que sa consommation elle-même, en sont quelques illustrations. Il ne s'agit pas ici des modalités d'application de la loi sur les stupéfiants mais de la loi même qui ne fait pas l'objet d'un consensus.

Les centres thérapeutiques sont eux aussi pris en étau : les débats entre la clinique et la politique, entre la clinique individuelle et la santé publique, entre la prévention du SIDA et l'arrêt de toute consommation entament la cohérence entre les intervenants. C'est ainsi que les centres se retrouvent isolés du contexte qui produit l'exclusion sociale des usagers de drogues.

Je terminerai en remarquant également que la défaillance de la loi positive conduit à une diversité de pratiques arbitraires et délinquantes dans le chef des intervenants psychosociaux allant des fouilles corporelles parfois pratiquées par des travailleurs sociaux, d'exclusion sine die des centres d'hébergement d'usagers de drogues sans abri, d'indifférence aux problèmes somatiques en médecine générale au profit d'une prescription rapide.

En proposant une approche communautaire des problèmes de drogues, il ne s'agit pas de se positionner en donneur de leçon mais d'analyser la relation entre le système de soins et les usagers de drogues, ou entre le système de soins et la communauté.

● L'approche de la réduction des risques

Cette approche est définie comme « toute action sanitaire et sociale visant à éviter l'exclusion des toxicomanes » (Mino). Cette approche transversale du problème évince le clivage traditionnel entre la prévention primaire et les soins, et par conséquent le clivage de la communauté - entre ceux qui sont « touchés » par le phénomène drogue et ceux qui « touchent » les drogues. Il ne s'agit pas de privilégier un public-cible mais d'aborder la problématique dans son ensemble en y incluant les différents points de vue identifiant la toxicomanie en priorité comme un problème social.

Drogues et intervention communautaire: fragile esquif vogues sur océan d'indifférence

L'approche de réduction des risques permet d'intégrer la réalité d'usagers de drogues qui n'ont pas la possibilité, ou pas envie d'arrêter leur consommation.

La distribution de matériel stérile d'injection et la récupération de matériel usagé (bus, comptoirs d'échange de seringues, soins médicaux) mais aussi tout le dispositif d'aide à la survie qui n'est pas conditionné à l'arrêt de la prise de drogues (dortoirs, repas chaud, douches, ...) en sont les exemples les plus connus.

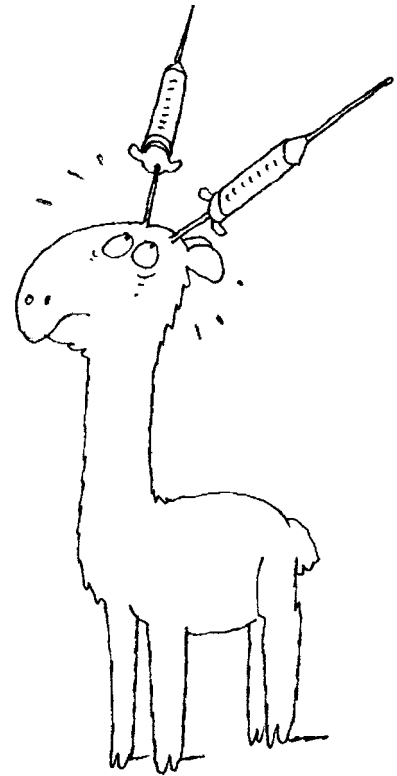
Bien que l'approche de réduction des risques ne s'identifie pas au travail communautaire, elle en est un des pôles de référence. Il s'agit en effet, selon nous, de se donner la possibilité d'aborder la diversité des situations et non d'être disponibles uniquement pour les usagers de drogues qui seraient décidés à « tout » arrêter. Nous y voyons essentiellement deux raisons : premièrement, la communauté ne peut être mise en position de « grand inquisiteur » des usagers de drogues, sanctionnant et contrôlant certains individus ; d'autre part, nous devons offrir une attention à toutes les difficultés vécues dans et par la communauté *telles qu'elles s'expriment* ; enfin la problématique de la dépendance à un produit n'est qu'un des aspects du problème qui à certains moments peut être secondaire. Ainsi quelqu'un qui se retrouve sans abri en plein hiver doit-il trouver un hébergement même s'il est consommateur non sevré : ce qui semble évident pour un alcoolique l'est beaucoup moins en pratique pour un usager de drogues.

● La méthodologie d'enquête d'ethnographie urbaine¹ (Weibel²)

Cette approche s'est surtout développée à partir de l'apparition du SIDA. Ce type d'enquête opère dans et avec le milieu de vie de la population visée - ici les toxicomanes. Elle poursuit deux objectifs : décrire le plus précisément possible les modes de vie liés à la toxicomanie dans un milieu donné soit « tenir compte de la nature dynamique d'une épidémie », et par la suite changer les normes et valeurs des groupes sociaux au sein desquels fonctionnent les sujets à risques en utilisant du « personnel indigène ». Cette méthode a donné lieu à une nouvelle définition des stratégies d'intervention avec les usagers de drogues, en faisant des usagers de drogues des agents de prévention. La prévention prend alors le chemin du virus à sens inverse.

En Belgique, les opérations « boule de neige » fonctionnent depuis 1989 sur ce modèle.

Il s'agit de former des usagers de drogues afin qu'ils deviennent des agents de prévention : pendant trois semaines, les usagers de drogues suivent une formation sur les hépatites, le SIDA et la tuberculose. Cette formation qui aborde les aspects médicaux, permet également de se préparer à aller parler à d'autres de la prévention et des soins. Les usagers de drogues partent ensuite à la rencontre de leurs pairs, copains, voisins, dealer afin de leur



parler de la prévention et de leur donner du matériel d'information. Ils s'informent aussi, par le biais d'un questionnaire sur les pratiques habituelles ou récentes des personnes rencontrées.

L'opération se conclut par le défraiement des usagers et une évaluation.

Les questionnaires permettent une récolte des données traitées par la suite par un médecin en santé publique.

Les groupes « es-pairs », ou groupes de concertation permettent aussi d'organiser et de structurer des actions de prévention : il s'agit, avant de diffuser une information, de la faire tester par des personnes issues du groupe visé, ou encore de

1. *L'expression est de M. Toussirt, sociologue à l'Irep, Paris*

2. *W. Wiebel, école de sociologie de Chicago*



récolter des informations de terrain via ces groupes.

Nous voulons insister sur le fait que l'étape de *diagnostic des besoins et mobilisation* des principaux intéressés est à nos yeux une étape importante et déterminante si l'on veut que soient pris en compte l'avis et les difficultés des usagers de drogues, quelle que soit leur consommation. Il faut d'une certaine façon « garantir » un espace où la parole puisse circuler, sans condamnation morale. Le risque est en effet, si l'on ne garantit pas ces espaces de parole, de voir le projet communautaire s'orienter vers un projet de prévention primaire qui évacue les difficultés actuelles de la cohabitation de tous. Nous sommes par ailleurs convaincus qu'un projet de prévention ne peut se concevoir si les jeunes constatent que les usagers de drogues (en général, un cousin, un ami, un proche) ne sont pas écoutés.

Les Antennes du Projet Lama

Les Antennes du Projet Lama se sont organisées à partir de 1992 dans des quartiers où l'abus des drogues constitue le quotidien de bon nombre de familles.

Elles sont nées à l'initiative d'un centre thérapeutique « le Projet Lama » qui propose depuis 1983 des traitements de substitution avec un encadrement pluridisciplinaire.

Le premier travail fourni par l'équipe chargée de l'implantation a été d'initier une recherche par le biais d'entretiens individuels et de concertations avec un éventail très large d'intervenants et d'associations des quartiers sur les modalités d'implantation d'un service de proximité pour les problèmes de drogues. Une majorité s'accordait pour dire qu'il y avait un réel besoin d'aide spécifique et la plupart étaient partants pour s'y impliquer. Un consensus s'est dégagé également pour dire que s'engager uniquement sur la voie des concertations et/ou débats serait insuffisant eu égard aux besoins énoncés.

C'est avec ces intervenants de première ligne, parfois déjà impliqués dans un travail communautaire, que se sont modélisées les Antennes. La première « Antenne » (Molenbeek) a fonctionné pendant presque une année dans un centre d'éducation permanente (l'asbl La Rue), tandis que des consultations spécialisées se tenaient

dans une école (le centre de formation des Étangs Noirs) après les heures de cours.

Nous avons donc orienté notre travail comme suit :

- **création d'un lieu d'accueil** pour tous ceux qui sont concernés par les problèmes de drogues, valorisant la convivialité et ouvert à tous (y compris ceux qui ne sont pas demandeurs d'un traitement médical). Ce lieu est devenu petit à petit le cœur de l'Antenne, puisqu'on y vient pour se rencontrer, parler de soi, prendre un café, donner des nouvelles, recueillir des informations ou... se plaindre. L'accueil est aussi un lieu où s'organisent des événements locaux : des expositions de peintures ou de photos occasionnant des soirées « vernissage », des repas, des animations - journée mondiale du SIDA, fête du Ramadan, soirée diapositives, l'opération « pins » où des pins de solidarité avec les usagers de drogues ont été distribués en pharmacie, travail reposant essentiellement sur la constitution d'un groupe d'usagers de drogues... ;
- c'est à partir de ce lieu, « oreille sur le quartier », que s'organisent des **activités de formation à la réduction des risques sanitaires et sociaux**. Outre les opérations « boule de neige », on peut citer une formation à la prévention des overdoses en collaboration avec la Croix-Rouge où des habitants, des usagers de drogues et des intervenants ont appris ensemble les gestes qui sauvent. C'est là aussi que sont diffusées des informations ponctuelles sur les médicaments qui circulent en rue et les risques liés à un mésusage (exemple : certaines benzodiazépines, certains barbituriques encore prescrits) ;
- **mise sur pied d'un réseau** d'intervenants de proximité par le biais d'une intervision permettant à des professionnels accueillant des usagers de drogues de réfléchir ensemble et d'organiser leur pratique. Ceci nous a permis de trouver rapidement une réponse lorsqu'il y avait des demandes de soins ou de traitement. La consultation de l'Antenne s'insère dans ce réseau et offre un espace de médiation pour les familles mais aussi pour les intervenants : on peut ainsi reprendre un traitement qui a échoué, analyser les difficultés, contacter d'autres centres, élaborer un projet individuel ;
- **mise sur pied de partenariats** : il ne s'agit pas de créer des services qui existeraient déjà, mais

Drogues et intervention communautaire: fragile esquif voguesur océan d'indifférence

plutôt de faire venir des experts extérieurs afin que les savoirs circulent. C'est ainsi que deux antennes spécifiques se sont créées sur base d'échanges d'expériences : il s'agit de l'Antenne d'Espace P qui accueille essentiellement des personnes issues du milieu de la prostitution et de l'Antenne de Médecins sans frontières qui accueille des personnes réfugiées ou en séjour clandestin (situations qui se multiplient vu la complexité administrative imposée aux étrangers qui veulent s'installer en Belgique).

Perspectives

Tout ceci nous amène à réfléchir également sur **une clinique communautaire** : le phénomène des drogues n'est pas vécu - et par conséquent relaté - comme une collection de situations individuelles qui seraient pure coïncidence. Dans la mesure où nous accueillons toute personne concernée par le problème, ce sont des familles qui se déplacent pour consulter, ou un proche parent qui vient nous solliciter. Les personnes sont accueillies comme membres de la communauté. Le traitement fait donc émerger des personnes ressources au sein de celle-ci. Souvent les familles et les proches ont une interprétation de la situation, c'est pourquoi nous intégrons les autres membres de la communauté à venir exprimer leur point de vue. En effet, la communauté joue un rôle essentiel dans la restructuration des liens essentiels pour aider quelqu'un à sortir de l'impasse où il se trouve. C'est pourquoi nous devons intégrer dans notre clinique la reconstruction de liens psychosociaux, et nous-mêmes rester en lien avec la réalité communautaire.

La prise en charge passe donc aussi par la mobilisation de solidarités entre usagers de drogues, ainsi qu'entre les familles ou les mères.

Je terminerai en pointant deux éléments incontournables à nos yeux : la nécessité d'offrir des réponses aux situations d'individus qui sont en réelle difficulté - il ne sert à rien de changer les messages ou les mentalités si l'on ne change pas les actions - et celle d'utiliser pour cela les dynamiques positives qui existent au sein de la communauté. L'un ne va pas sans l'autre, changer les représentations sociales des usagers de drogues ou du phénomène « Drogue », c'est sans cesse informer, sensibiliser, collaborer ensemble et

imaginer des réponses adaptées, et c'est par ces petites actions (small is beautiful) que l'on peut relativiser les propos fantasmatiques que l'on nous ressert sans cesse au sujet des drogues et des drogués. ●

Éléments de bibliographie

Cavalcanti L. « Intervention communautaire, brève promenade aux origines et aux sources de l'inspiration théorique ». Décembre 1994. Association Espoir Goutte d'Or, non publié ; « Toxicomanie et Travail Communautaire : du difficile art de concilier le conflictuel ». Janvier 95. Espoir Goutte d'Or, non publié.

De Munck J. ; Jacques J-P. ; Raedemaeker A-F. « Drogues, la méconnaissance publique » *in* La Revue Nouvelle, Bruxelles, janvier-février 1996, pp 14-21.

Raedemaeker A-F. « Toxicomanes, encore un effort... ! » sur la réduction des risques dans un contexte prohibitionniste *in* La réduction des risque. Liaison Antiprohibitionniste. Bruxelles. Mai 1996.

Raedemaeker A-F. « Réduction des risques et travail de proximité : existe-t-il un modèle belge ? » *in* Apprendre et changer (livre des conférences colloque 1995). Barcelone, ITACA. 1996.

Raedemaeker A-F. « Etats de manque et manques de l'Etat : la toxicomanie entre la société civile et politique » *in* Psychotropes, volume VIII, n°3, décembre 1993.

Wiebel W. « Le modèle de Chicago, situations et perspectives » *in* la revue Agora, « Drogues : mutations dans la cité », n° 31, Paris. Eté 94.



Milieu urbain et santé

L'Organisation mondiale de la santé définit en 1986 dans la charte d'Ottawa la santé comme étant « la mesure dans laquelle individus ou groupes peuvent d'une part, réaliser leurs aspirations et satisfaire leurs besoins et d'autre part, évoluer avec le milieu et s'y adapter ». Voilà dès lors située la question du lien entre l'état physiologique et psychique de tout être humain et le substrat matériel et physique qui l'entoure et dans lequel il évolue.

Ce lien évoqué fait écho à la possibilité de maîtrise et de contrôle par l'homme de son milieu de vie ; la mesure dans laquelle il va pouvoir se l'approprier, se le faire sien.

Préalable

Le milieu urbain est l'affaire de tous !

L'urbanisme est tout à la fois la science interdisciplinaire, l'art et la technique de l'organisation spatiale des établissements humains, de l'aménagement du milieu de vie.

Le recours à l'étymologie apporte un éclaircissement important ; en effet, urbanisme est construit à partir de « urbs » en latin, dont l'équivalent grec « polis » fait encore mieux apparaître la dimension politique consubstantielle à la gestion des affaires de la cité.

L'urbanisme est donc bel et bien une action par nature politique, c'est-à-dire, dans notre système parlementaire démocratique, une action de participation et de concertation.

Cette action concertée a pour but ce que l'on qualifie communément le « bon aménagement des lieux » qui suppose la recherche du bien commun ; bien devant être entendu ici non pas comme ce qui est moral, harmonieux, ou encore intéressant, mais bien dans son sens plus matériel comme une chose que l'on peut posséder, comme une chose en partage.

Il est dès lors exact de dire que le bien commun, entendu dans le sens de convergence morale et d'intérêts, n'existe sans doute pas dans notre

contexte de société, dans la mesure où l'organisation de l'espace commun est d'abord et avant tout le reflet des rapports de forces sociales dont l'explication se trouve dans les déterminants économiques, sociaux et culturels.

Il ne convient cependant pas d'en conclure que l'espace ne jouerait aucun rôle dans la reproduction et la production de ces rapports de force ; l'aménagement et la configuration de l'espace sont actifs dans la société en tant qu'amplificateurs de la vie et des rapports sociaux, comme frein ou comme accélérateur.

Cet espace actif qui est l'espace social de la ville est avant tout l'espace public ; l'espace de la sociabilité première et des échanges cosmopolites et de voisinage.

« La rue donne, d'une seconde façon, de l'unité à la ville ; sans elle, une cité se disloquerait en îlots, en maisons, davantage, en appartements, en pièces. Elle s'émietterait vite, elle se perdrait en une multitudes d'existences privées. Il n'y aurait plus de ville : seulement des destins individuels que des cloisons isolent les uns des autres.

La rue sinueuse, agile, contourne les obstacles, rétablit la continuité, nous assure qu'il s'agit d'un seul et même être : notre cité. »¹

Nous devons nous poser maintenant la question de savoir quels sont les enjeux contemporains de l'urbanisme, qui les définit et y répond.

Qui fait l'urbanisme ?

L'urbanisme doit être considéré comme une rencontre entre experts.

S'il va de soi que les différents techniciens et responsables politiques sont ces experts, il est, ou du moins, il devrait être non moins évident que les habitants et usagers de la ville le sont tout autant. Qui d'autre qu'un habitant peut, en effet, mieux expliquer les difficultés et les contraintes de vie et de déplacement dans un quartier, les inquiétudes ou le rejet de tel ou tel lieu, l'agrément ressenti par tel aménagement, par telle flânerie.

La fabrication de la ville étant l'affaire de tous, il convient d'examiner de plus près les modalités pratiques de cette implication.

Nous voudrions brièvement évoquer ici trois types de relations constitutives de cette nécessaire

Pierre Vanderstraeten, enseignant à l'Institut supérieur d'architecture Saint-Luc à Bruxelles et à l'Institut supérieur d'urbanisme et de rénovation urbaine. Urbaniste indépendant.

1. Pierre Sansot, Poétique de la ville, éd. Méridiens Klincksieck, Paris, 1988, p. 332.

concertation, à savoir les relations privé-public, privé-privé et public-public.

La relation privé-public dans le domaine de l'urbanisme est trop souvent vécue à partir du seul mode réglementaire et normatif.

Un habitant se rend à la maison communale pour y déposer une demande de permis de bâtir - permis d'urbanisme à Bruxelles - qui sera examinée par le fonctionnaire en vue d'établir sa conformité aux documents en vigueur.

Il ne vient que trop rarement à l'idée des habitants de consulter ces mêmes responsables afin de

La stimulation de lieux et d'occasions de débats entre habitants en dehors de toute institution et de toute médiatisation contribuerait grandement aujourd'hui à décriper des situations inutilement tendues et à forger une conscience politique éloignée de toute tentation poujadiste.

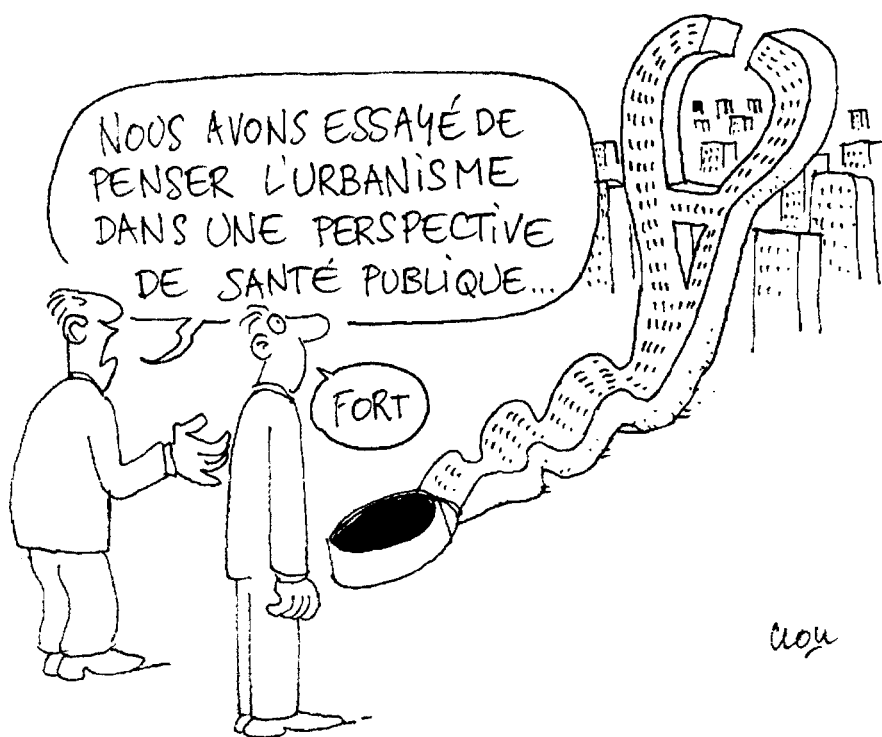
La relation public-public dans l'action urbanistique, si elle est également moins connue du grand public, n'en constitue pas moins une condition d'efficacité incontournable.

La nature interdisciplinaire de l'urbanisme appelant par définition le concours de nombreux services et départements différents situés à des niveaux de pouvoir différents, l'orchestration de leur coordination au service d'un projet commun et global relève souvent du parcours du combattant.

Ainsi, à titre d'exemple, un réseau véritablement performant de transports en commun pour Bruxelles et sa périphérie suppose la constitution d'une sorte de communauté urbaine des déplacements trans-régionale qui, au départ de nœuds de correspondances intégrerait les multiples modes de déplacement.

Un autre exemple est celui de la coordination des travaux des régies ; dans certaines villes du nord de l'Europe, les municipalités ont mis en place le système du caniveau sec en rue dans lequel se retrouve l'ensemble des câbles et tuyauteries d'alimentation des immeubles. Leur entretien ou leur remplacement n'exige dès lors plus les opérations longues, coûteuses et salissantes de dépavage et repavage

puisque'il suffit de soulever les dalles qui couvrent le caniveau.



construire ensemble, dans un esprit de partenariat, un projet qui tienne pleinement compte de leurs desiderata et de l'intérêt collectif auquel ils participent consciemment ou non.

La relation privé-privé est peu souvent évoquée. Combien de problèmes de coexistence entre habitants et usagers ne pourraient cependant être réglés à partir de discussions et de négociations indépendantes de toute intervention publique !

Il est étonnant de constater cette difficulté à se prendre en charge collectivement et ces attentes démesurées vis-à-vis du pouvoir communal en particulier.

Quels sont les enjeux ?

Nos territoires urbanisés, villes et campagnes confondues, sont en cours de recomposition morphologique et sociale.

Les pics de pollution atmosphérique de ces derniers étés ont clairement démontré à ceux qui n'en mesuraient pas encore toute la portée, l'impasse écologique vers laquelle nous progressons.



La dispersion exponentielle des activités sur notre territoire a conduit à un accroissement sans précédent de la mobilité des biens et des personnes. Le coût collectif tant écologique qu'économique et social de cette dispersion est en passe de ne plus être supportable pour la société.

Dès lors, tôt ou tard, devra s'engager une réflexion approfondie sur la manière de requalifier les centres anciens et de qualifier les centres nouveaux dans le but de les rendre attractifs par rapport aux aspirations résidentielles de la plus large frange de la population.

Ce travail de polarisation à grande échelle doit pouvoir se structurer autour des nœuds de correspondance de transports en commun afin de garantir les échanges nécessaires et de développer des milieux ouverts, et non repliés sur eux-mêmes. Il devient sans doute urgent de le réaliser lorsque l'on constate l'importance croissante des déplacements périphérie-périphérie qui se substituent aux déplacements périphérie-centre et qui mettent les sociétés de transport en commun face à des dilemmes nouveaux et insolubles.

La qualification des centres passe également nécessairement par l'aménagement de lieux dans lesquels les déplacements lents sont clairement prioritaires.

Je songe en particulier ici à l'usage du vélo et à ses conséquences immédiates sur la santé. En effet, n'a-t-il pas été prouvé que l'exercice physique régulier améliore l'état de santé global, diminue le stress, la fatigue et a un caractère préventif contre de nombreuses maladies !

De plus, il a été démontré que « *la limitation des déplacements autonomes des enfants, en particulier à bicyclette, a un effet néfaste sur leur développement psychique, social et émotionnel.* »²

L'ensemble de ces considérations appelle une mobilisation de tous pour la reconquête de notre espace public.

Une nouvelle culture de la ville commence à s'exprimer à travers des aménagements contemporains de rues et de places anciennes et nouvelles qui font la part belle aux piétons et rendent les voitures plus aimables quand elles ne sont pas totalement bannies.

La réussite de ces nouveaux lieux dépendra de leur capacité à se laisser investir par les habitants comme milieu de vie sociale. ●

2. Mayer
Hillman,
« Objectifs dans
les domaines de
la santé de
l'environnement
et de la
circulation : le
rôle de la
bicyclette dans la
ville ».
Actes du colloque
« Vélos dans la
cité, ville de
qualité ! »
organisé par
Inter-
Environnement et
le Bral,
à Bruxelles,
le 12 juin 1995,
p. 19.

L'évaluation des démarches de santé communautaire: pour des critères et des méthodes adéquats

*Alain Deccache,
unité d'éducation
pour la santé
RESO, Ecole de
santé publique,
UCL, Bruxelles.*

Quelle que soit la définition que l'on présente de la santé communautaire, elle comprend toujours les éléments suivants. D'abord, une vision holistique de la santé bio-psycho-sociale, la santé étant perçue à la fois objectivement (normes biophysiques) et subjectivement (perception individuelle), négativement (absence de maladie) et positivement (bien-être). Ensuite, elle comprend une approche mixte de la santé (et de l'analyse de la santé) : experte (scientifique) et populationnelle (profane). Ceci la fonde tant sur l'analyse des problèmes que sur celle des situations et aspirations de santé, et non plus sur la seule détermination des problèmes, c'est-à-dire des événements indésirables, à effets non souhaités, et qui requièrent des solutions.

Enfin, la santé communautaire se préoccupe de l'ensemble des déterminants de la santé, et non seulement de ses aspects biomédicaux et comportementaux, c'est-à-dire ceux concernant les professionnels de santé et les « profanes ». Elle s'intéresse aussi aux aspects économiques, aux

conditions de vie, à l'environnement, aux circuits de production, de distribution et de consommation, aux réseaux de communication et de relations sociales, et au rôle de tous les membres de la communauté et du système.

Cette définition « générique » implique une démarche d'action particulière, celle de la participation communautaire : recadrage des rapports entre services de santé et population vers une forme d'autogestion ou de cogestion, une planification fondée sur des indicateurs tant épidémiologiques que psychosociaux, et des évaluations participatives dans lesquelles la population et les professionnels apportent chacun leur vision et leur part, à égalité (1).

Santé communautaire et promotion de la santé

La santé communautaire, que l'on nomme aussi la « nouvelle santé publique », est finalement bien plus une philosophie de la santé qu'une méthodologie particulière, qu'elle implique par ailleurs.

La santé communautaire s'apparente idéologiquement au concept et à la philosophie de la promotion de la santé, elle aussi bien plus qu'un ensemble de méthodes.

Pour rappel, les cinq stratégies de la promotion de la santé décrites dans la charte d'Ottawa sont :

- établir une politique publique saine ;
- créer des milieux favorables ;
- renforcer l'action communautaire ;
- développer les aptitudes personnelles ;
- réorienter les services de santé.

Par ailleurs, la récente déclaration publiée à l'issue de la conférence de Jakarta indique que :

« - les approches globales de développement de la santé sont les plus efficaces, en particulier celles qui associent les cinq stratégies de la





charte par rapport à celles qui utilisent des stratégies isolées ;

- certains cadres offrent des possibilités concrètes pour la mise en œuvre de stratégies globales. C'est le cas des îles, des villes, des municipalités, des communautés locales, des marchés, des écoles, des lieux de travail et des centres de santé ;
- la participation est indispensable pour poursuivre les efforts. Il faut placer les personnes au cœur des processus de prise de décisions et de l'action si l'on veut que les interventions soient efficaces ;
- l'apprentissage favorise la participation. L'accès à l'éducation et à l'information est essentiel pour obtenir une véritable participation et responsabiliser les personnes et les communautés en leur donnant les moyens d'agir » (2).

Des récentes évolutions de la promotion de la santé et de son évaluation, on peut donc tirer des enseignements et des conclusions qui s'appliquent totalement à la santé communautaire.

Les évaluations en promotion de la santé

Il est admis que l'évaluation est un concept multiple. Son évolution, d'une définition stricte comme « mesure de l'efficacité » à celle plus large de « collecte d'informations en vue d'une décision », a permis de reconsidérer la démarche et les pratiques de l'évaluation (3).

Si la démarche d'évaluation en santé communautaire peut paraître classique, puisqu'elle inclut la définition des besoins, l'analyse des ressources et l'évaluation de l'impact, il n'en est rien. Chacun de ces moments d'évaluation doit être lu et interprété à travers le filtre de la philosophie sous-jacente.

La définition des besoins n'est pas un « simple » répertoire des problèmes de santé. Elle va de l'étude

des données épidémiologiques à l'analyse par tous les acteurs des conditions de santé et de ses déterminants sociaux, biomédicaux, individuels, et autres. Elle ne nécessite pas la présence de problèmes, mais peut être aussi élaborée à partir des attentes, souhaits et autres aspirations de la communauté concernée. Elle implique donc une démarche permanente et un processus de prise de conscience de l'identité communautaire, des responsabilités et rôles respectifs, ainsi qu'un respect mutuel des compétences. Elle réduit le risque d'une « santé et d'une promotion de la santé à deux vitesses » et concerne tous les groupes sociaux et en particulier les plus défavorisés (4).

L'analyse des ressources ne peut se limiter à celles du système de santé et s'étend à l'ensemble du système social, aux ressources de la communauté elle-même et de ses membres. Les ressources considérées sont autant celles des institutions que des personnes, compétences, capacités, etc.

L'évaluation des effets et plus particulièrement de l'impact ne s'arrête pas au sanitaire mais concerne aussi les effets « intermédiaires » : savoirs, comportements, représentations, capacités d'action, « empowerment » communautaire, effets sur les décisions influençant la santé, etc.

Des critères multiples et des méthodes participatives

Sur la base des critères de « bonne pratique » de promotion de la santé, il est possible de tirer des principes pour le choix des critères d'évaluation. Evans et al (5) suggèrent douze critères de bonne pratique :

- une philosophie de projet explicite et partagée ;
- une définition claire de la santé ;
- des décisions fondées sur des analyses de besoins ;
- une approche planifiée ;
- une collaboration intersectorielle réelle ;
- une direction et une supervision stratégique du projet ;

L'évaluation des démarches de santé communautaire: pour des critères et des méthodes adéquats

- des objectifs réalistes ;
- des méthodes et moyens adéquats et efficaces ;
- une participation et une implication active du public ;
- une diffusion large des résultats ;
- une réflexion et une auto-évaluation sur le processus ;
- une équipe compétente et motivée.

On retrouve dans cette proposition les éléments fondamentaux de la promotion de la santé, qui définissent des catégories de critères générales et inévitables :

- **les critères relatifs au programme**, c'est-à-dire à l'ensemble des activités prévues : leur nature, déroulement, composants, adéquation aux besoins (et non seulement aux problèmes) exprimés ou non ;
- **les critères concernant les agents et intervenants** : compétences, interactions, capacités à favoriser l'émergence des besoins de la communauté et à soutenir les actions ;
- **les critères relatifs à la communauté**, public ou individus concernés : qualité des participants, degré de leur participation, satisfaction, etc. ;
- **les critères d'utilisation des ressources** disponibles et de gestion des contraintes ;
- **les critères d'interaction**
 - entre parties du programme ;
 - entre différents programmes et systèmes impliqués (c'est-à-dire l'inter-sectorialité, la part respective de l'éducation pour la santé et du socio-politique) ;
 - la complémentarité des approches verticales (par thème ou risque) et transversales (par public ou situation) ;
- **et enfin, les critères relatifs aux choix valoriels et théoriques**, aux paradigmes sous-jacents, c'est-à-dire l'acceptabilité, l'équité, l'accessibilité, les aspects éthiques, l'adéquation des méthodes et techniques utilisées aux choix philosophiques et conceptuels effectués. En effet, entre participation, activisme et manipulation, la différence est parfois faible ; entre santé du public et santé publique, les limites sont floues ; et entre l'intérêt de l'individu et celui de la collectivité, les conflits ne sont pas rares.

Ces critères, c'est à tous les partenaires de les définir : pouvoirs subsidiaires (décideurs), population et professionnels de la promotion de la

santé, et non à un seul d'entre eux. Chacun de ces acteurs peut ainsi apporter sa vision de la qualité et ses attentes. Entre la « complexité scientifique » et la « nécessité politique » souvent reconnues, nous devons garder la place de la « pertinence sociale » de la promotion de la santé. Entre les différentes sortes de critères décrits par Green (6), des choix doivent être faits conduisant à des référents différents selon les cas ; entre des critères « historiques », fondés sur l'expérience, « normatifs », basés sur un groupe témoin, ou « absolus », établis à partir de la situation idéale à atteindre, il y a place pour des critères « négociés » combinant les autres.

Enfin, évaluer nécessite que ces critères soient opérationnalisés, transformés en indicateurs, que Tones (7) appelle « indicateurs intermédiaires de performance », parce qu'ils concernent **à la fois** le processus **et** l'impact. Ces indicateurs doivent permettre d'**apprécier** (qualitativement) et de **mesurer** (quantitativement) les critères choisis. L'implication pratique est claire. Il n'est pas pertinent, dans une logique d'évaluation participative, de définir des critères et indicateurs opérationnels concrets a priori, imposés. Il ne s'agit pas de rejeter l'usage des critères d'évaluation existants, mais d'accepter de les négocier, d'en choisir les plus pertinents et de les compléter de ceux que les acteurs du système jugent importants. En santé communautaire, des critères existent qui dépassent déjà ceux que la santé publique « classique » proposent : efficacité, efficience, morbidité, mortalité, couverture vaccinale, et autres taux d'actes préventifs, etc. Ces critères (8, 9) incluent la pertinence médicale et sociale, l'efficience, l'efficacité potentielle, l'efficacité réelle (niveau d'atteinte des objectifs), mais aussi des critères de processus : la globalité, la continuité, la participation, l'accessibilité, etc. (voir Tableau 1).

Par exemple, le critère « participation » peut être interprété diversement, d'une participation conçue comme le fait d'informer systématiquement un public sur les activités de prévention, à une participation conçue comme le fait de collecter régulièrement les avis et attentes des gens et de leur donner suite dans les projets, à une participation conçue comme le fait d'impliquer systématiquement les membres de la communauté dans la conception même des projets, de leur réalisation et de leur évaluation. Dans certains



cas (9), cela a permis de concevoir la « participation » comme un critère avec un indicateur continu, sur lequel on peut évoluer, d'une vision restreinte (informer) à une vision plus large (prendre part aux décisions et projets), probablement plus conforme à l'idée de participation telle que définie dans la promotion de la santé.

Ces considérations sont loin d'épuiser le sujet de la place de l'évaluation dans la démarche de santé communautaire. Leur objectif était de rappeler qu'à une certaine philosophie de l'action sanitaire et de la santé correspondent des méthodes et des pratiques précises. La santé communautaire n'y échappe pas, bien au contraire, elle le revendique !

Il y a risque de confondre les genres et de faire dans une certaine vision ce qui est conçu dans une autre. Plus que jamais dans la santé, il y a trois dimensions à articuler avec cohérence, la méthodologique (la plus connue et celle sur laquelle on se penche le plus), la théorique (qui consiste à élaborer nos modèles d'explication des choses et comprendre comment la santé se construit) et l'idéologique (qui est la plus fondamentale, celle par laquelle nous définissons notre vision du monde, de la santé, de l'éducation et du sens même de la vie et de notre action).

En théorie, la démarche de santé communautaire intègre parfaitement ces trois dimensions ; mais c'est dans la pratique que les difficultés

CRITERE	DEFINITION
PERTINENCE	est PERTINENTE la démarche de prévention ou la stratégie qui répond à un (des) besoin(s) clairement identifié(s), médicaux, sociaux, personnels, et/ou autres. Les besoins peuvent être définis objectivement ou subjectivement.
EFFICACITE théorique ou potentielle	est POTENTIELLEMENT EFFICACE (efficacy) la démarche de prévention ou la stratégie qui est construite sur base d'informations ou de démarches dont l'efficacité a été démontrée par ailleurs, dans des conditions spécifiques.
EFFICACITE pratique	est EFFICACE (effectiveness) la démarche de prévention ou la stratégie qui atteint ses objectifs, c'est-à-dire dont les effets positifs sont ceux qui ont été recherchés, dans le contexte particulier de l'action.
EFFICIENCE	est EFFICIENTE la démarche de prévention ou la stratégie qui parvient à obtenir les meilleurs effets au moindre coût, ou avec la meilleure utilisation des ressources existantes.
GLOBALITE	est GLOBALE la démarche de prévention ou la stratégie qui s'intéresse explicitement et simultanément aux différents aspects de la personne ou du patient : biomédicaux, sanitaires, psychologiques, sociaux, éducatifs.
CONTINUE	est CONTINUE la démarche de prévention ou la stratégie qui s'assure d'un suivi adéquat dans le temps de la question, du projet ou encore de la personne (patient). Ex : mise en place annuelle d'une action de rappel de vaccination contre la grippe chez les patients concernés.
INTEGRATION	est INTEGREE la démarche de prévention ou la stratégie qui s'assure que les préoccupations de prévention, éducation ou promotion de la santé sont INCLUSES dans les autres activités (quotidiennes ou habituelles).
ACCESSIBILITE - EQUITE	est EQUITABLE (et accessible) la démarche de prévention ou la stratégie qui s'adresse à toutes les personnes, ou encore à celles qui en ont le plus besoin, et qui est conçue pour toucher aussi les personnes les plus démunies.
PARTICIPATION y compris acceptabilité y compris autonomisation	est PARTICIPATIVE la démarche de prévention ou la stratégie qui permet au patient de prendre part à la prise en charge de sa santé, qui l'incite à exprimer ses choix et l'aide à les réaliser. Une telle démarche implique un partage du pouvoir de décision et une prise en compte du point de vue du patient
SUBSIDIARITE	c'est le caractère de la démarche de prévention ou la stratégie qui d'une part reconnaît les rôles et places des divers organismes et intervenants concernés, et d'autre part qui incite à un partage des rôles et tâches en fonction des compétences et services existants.

TABLEAU 1 : CRITÈRES D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

(extrait de : Prévost M., Deccache A., Laperche J., Gosselain Y., Morel J. Le projet « agir ensemble en prévention - améliorer la qualité », rapport d'évaluation, Fédération des maisons médicales, Bruxelles, septembre 1997)

L'évaluation des démarches de santé communautaire: pour des critères et des méthodes adéquats

apparaissent, avec les conflits d'intérêts notamment, les rôles et responsabilités sociales et professionnelles.

Les récents débats sur les lois restreignant la publicité commerciale pour le tabac en sont un exemple, où tous les intérêts sont en confrontation : l'industrie du tabac, la santé publique, l'emploi, les loisirs, l'agriculture, et mêmes les « habitudes sociales ». Dommage que la démarche de santé communautaire et la promotion de la santé en aient été (en grande partie) absentes. ●

Références

- (1) Morel J. « La santé communautaire : histoire, définitions et méthodologie ». Les politiques sociales, 1&2, 1997, 15-19.
- (2) UIHPE. « La déclaration de Jakarta », 1997.
- (3) Deccache A. « L'évaluation en éducation pour la santé : choix et rôles ». Collection méthodes, APES, in Education Santé, Bruxelles, 1988, 12p.
- (4) Heremans P. et al. « Prévention, médecine générale et milieux défavorisés : état des lieux et perspectives ». Séminaire européen, Ed du Moniteur, Bruxelles, 1998, 146 p.
- (5) Evans D., Head MJ., Speller V. « Assuring quality in health promotion : how to develop standards of good practice ». Health Education Authority Ed., London, 1994, 112 p.
- (6) Green LW. « The theory of participation ». Advances in health education and promotion. Vol 1, JAI press, 1986.
- (7) Tones K. « Measuring success in health promotion ». HYGIE, vol 11/4, 1992, 10-14.
- (8) Deccache A. « Evaluer la qualité et l'efficacité de la promotion de la santé : approches et méthodes de santé publique et de sciences humaines ». Promotion et Education, vol IV/2, Juin 1997, 10-15
- (9) Prévost M., Deccache A., Laperche J., Gosselain Y., Morel J. « Le projet : agir ensemble en prévention - améliorer la qualité ». Rapport d'évaluation, Fédération des maisons médicales, Bruxelles, septembre 1997

Ndlr : tous les documents cités sont disponibles au service de documentation du RESO (02/7645037).



Bibliographie

A. Monographies

Bury J. « Education pour la santé ». Bruxelles. Edition Deboeck.

Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones. « La plainte : expression et approche communautaire » *in* « La plainte et la réponse à la plainte. Sens, réalité, représentation Objet/sujet de santé ». Actes du colloque international des 11-12 et 13 octobre. Bruxelles, pp. 191-278, 1991.

Mercier-Delville. « Aspects psychosociaux en éducation pour la santé ». Bruxelles. Edition Deboeck, 1988.

Pineault R. and Develuy C. « Planification de la santé. Entreprises Sécurité en Tête ». Ottawa, 1988.

B. Articles de périodiques

Abenheim L. et Dab W. « Connaissance scientifique et action en Santé Publique : l'utilité de la recherche dans l'élaboration du programme de santé » *in* Canadian Journal of Public Health, vol. 75, septembre/octobre 1984.

Berghmans L., Levêque A and Piette D. « Médecin généraliste : Prévention et Education à la santé » *in* Santé Plurielle n° 12, ULB, Ecole de Santé Publique, 1993, 24 p.

Bertolotto F. « Santé publique et crise urbaine dans les quartiers défavorisés ». Lumières de la ville, n° 5, juin 1992, pp. 57-67.

Bertolotto F., Joubert M., Lazarus A. « La ville et les politiques de santé publique ». Repères et enjeux, Séminaire Ville et Santé 1991, Délégation interministérielle à la Ville et au développement social urbain, Rescom, novembre 1992.

Burns R. and Black M. « A practical example of Community Participation-Belfast » *in* Health Promotion, vol. 4, n° 2, 1989, pp. 163-166.

Castel R. « De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle » *in* Face à l'exclusion. Le modèle français, sous la direction de J. Donzelot.

CreDES. « Recours aux soins et morbidité des défavorisés. L'expérience de cinq centres

associatifs de soins gratuits », 1990, n° 830.

Dab Golberg and Coll. Indicateurs de la santé et saniométrie *in* Epidémiologie de Santé Publique, 1979, n° 27, pp. 51-68.

Dubois G., Got Cl., Gremy F. and Coll. « L'action politique dans le domaine de la santé publique et de la prévention » *in* Santé Publique, n° 4, pp. 3-30.

Evers A. « Promotion health socializing support structures for community health projects » *in* Health Promotion, vol. 4, n° 3, 1989, pp. 183-184.

Joubert M. « Quartier, démocratie et santé ». Edition L'Harmattan, avec F. Bertolotto et P. Bouhnik, décembre 1992. « Pour une approche communautaire de la santé : Franc-Moisin - Bel-Air à Saint-Denis », Villes en Parallèle, n° 17-18, 1991.

Joubert M., Bertolotto F., Bouhnik P. « Quartiers-Santé », Approche sociologique des besoins et des pratiques de santé des familles et des jeunes. Rapport de synthèse, novembre 1991.

Monekosso G.L. and Abou Baker F. « L'action de santé et de développement au niveau du district » *in* Canadian Family Physician, vol. 8, 1987, pp. 22-25.

Morel J. « Exclusion, Santé, Participation » *in* Courrier de la Fédération des maisons médicales, n° 6, novembre 1996.

Morel J. « La Santé communautaire : comment rencontrer les problèmes de santé d'une population ? » *in* Politiques sociales, mai 1997.

Piette D. « Community participation in formal decision making mechanisms » *in* Health Promotion International, vol. 5, n° 3, 1990, pp. 187-197.

Piette D. « Les inégalités de santé » *in* Promes, Santé Plurielle, n° 2, 1990.

Piette D. « Populations maladies et causes de mortalités » *in* Promes, Santé Plurielle, n° 1, 1989.

Roland M. « L'éducation à la santé à la maison médicale de Forest : de la pratique à la théorie et réciproquement » *in* Les Cahiers du GERM, n° 216, jan. 1991, s.p.

Trinon J. « Ville-Santé » *in* Education Santé, n° 64, janvier 1992.

Question Santé. « Etude pour le développement de conseils consultatifs communaux en promotion de la santé : le cas de Forest ». Projet agréé par la Communauté française, 1990.

C. Documents d'organismes officiels

Association des services externes en main d'œuvre du Québec. Ministère de la santé et des services sociaux, Association pour la santé publique du Québec. Actes des Journées de sensibilisation sur l'évaluation reliée du processus communautaire. Mars 1990, 103 p.

Ministère des Affaires Sociales Québec. Enquête Santé. Québec, 1989, s.p.

OMS « Health Promotion by the Family ». Brussels Symposium, mar. 1992, 231 p. « Santé pour tous 2000 » *in* Le programme villes-santé de l'OMS, s.d., s.p.

Région Bruxelles-Capitale, Plan régional de développement

Région Bruxelles-Capitale, Plan communal de développement

Réseau Québécois Villes et Villages en Santé,

- Condition d'adhésion et Critères de reconnaissance, novembre 1991.
- En mouvement, juin 1991.
- Un mouvement en plein essor, janvier 1991.

P.S. : une bibliographie plus étoffée peut être obtenue sur simple demande au secrétariat de la Fédération des maisons médicales.

D. Sources inédites

Cassado V. « Carte des présentations de la Communauté (Institut de Médecine familiale - Valadolior) », publié par la Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones, s.d.

Gosset Ch. « Géographie du bien-être en région liégeoise : profil sanitaire des quartiers et mesure de la satisfaction de la population vis-à-vis du système de santé ». Université de Liège, s.d.

Hombergen M., Morel J., Roland M. « La santé communautaire : approche conceptuelle et méthodologique ». Secrétariat européen des pratiques de santé communautaires, 1988.

Mac Donalg G. « Indicateur de qualité et efficacité de la promotion de la santé : la nécessité de les marier ». Troisième conférence européenne sur l'efficacité, Tunis, septembre 1996.