



HAL
open science

Expériences locales en santé communautaire : exemples choisis au Canada, Brésil et Mali, expérimentation en France

Sebastien Fleuret

► **To cite this version:**

Sebastien Fleuret. Expériences locales en santé communautaire : exemples choisis au Canada, Brésil et Mali, expérimentation en France. Bulletin de l'Association de géographes français, 2012, Géographie de la santé en France, 2012-2 (2), pp.227-246. halshs-01410481

HAL Id: halshs-01410481

<https://shs.hal.science/halshs-01410481>

Submitted on 22 Jun 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Expériences locales en santé communautaire, exemples choisis au Canada, Brésil et Mali, expérimentation en France

Sébastien Fleuret, Eso-Angers

Sebastien.fleuret@univ-angers.fr

Ce texte est une version résumée d'un volume d'habilitation à diriger les recherches (HDR)

Résumé : ce texte relate expose les résultats d'une recherche conduite sur trois terrains internationaux pour identifier les facteurs de réussite dans les processus de construction locale d'une offre de santé communautaire. Ces résultats sont ensuite confrontés au terrain français dans une démarche de recherche action.

Deux grandes évolutions ont marqué le secteur de la santé ces dernières décennies. La première est une prise en compte accrue des déterminants non-médicaux de la santé (Dahlgren, 1995). Il en résulte un changement de paradigme : l'offre de santé (et non plus uniquement de soins) aux populations fait l'objet désormais d'une approche transversale, intersectorielle et globale. Cette évolution est également spatialisée : l'approche globale de la santé se situe à l'échelle locale, à la base de la pyramide de l'offre de soins et de services de santé, les étages supérieurs, plus spécialisés, restent du domaine du médico-hospitalier.

La deuxième évolution est en lien avec la précédente. Il s'agit d'une attention croissante¹ portée aux services « de base », aux actes élémentaires non spécialisés, à l'éducation à la santé et à la promotion de cette dernière hors du champ biomédical (Segall, 1983). Il s'agit d'un transfert de moyens (des soins spécialisés coûteux, vers l'attention primaire), d'un transfert de compétences (une appropriation des questions de santé par tout un ensemble d'acteurs publics non médicaux) et d'un transfert de légitimité par la prise en compte des savoirs populaires et non plus uniquement de la seule expertise médicale. Cette évolution s'observe de façon très différenciée d'un lieu à l'autre à travers des initiatives en santé communautaire, c'est l'objet des études de terrains qui sont présentées dans ce texte.

Le point de départ de ce travail se situe à Montréal, dans le quartier de Pointe Saint Charles. La clinique communautaire de Pointe Saint Charles est présentée un peu partout dans le réseau de santé local québécois comme étant à la fois une des références historiques à son origine et comme une référence en matière de démarche communautaire participative. Un premier travail exploratoire sur ce terrain, a révélé que :

- La clinique propose des services basés sur une approche globale de la personne ce qui suppose de prendre en compte l'ensemble des conditions de vie de chacun et surtout d'insérer l'offre de services localement afin de pouvoir agir sur les déterminants non médicaux de la santé. Ceci n'est possible qu'en partenariat avec le maximum d'acteurs de terrain.
- La clinique fait la part belle à la participation de la population ce qui influence portement les choix professionnels et techniques, les orientations budgétaires prioritaires et les actions mises en œuvre.
- La clinique est citée comme l'exemple qui a inspiré le réseau des CLSC et pourtant, la généralisation de ce modèle n'a pas produit les mêmes résultats sur d'autres territoires.

L'élément qui a fait que d'une étude localisée au Québec, ce projet de recherche s'est ouvert à d'autres espaces, est apparu quelques mois après ce premier terrain montréalais lors d'une autre recherche à Bamako, au Mali, dans le centre de santé communautaire de Banconi. Là,

¹ Notamment depuis 1978 et la conférence d'Alma Ata

malgré la différence énorme de contexte géographique, on retrouve les enjeux identifiés à Pointe Saint Charles. Certes ils sont formulés différemment et avec des nuances, mais les trois points principaux sont bien là : le centre de santé communautaire de Banconi vise à une prise en charge globale des personnes au niveau local. Il s'est développé en lien étroit avec la population et en réponse à l'expression de besoins en recherchant la participation des habitants au projet (le centre est géré par une association). Il est régulièrement cité en exemple comme ayant inspiré le réseau des centres de santé communautaires au Mali, mais la transposition de ce modèle n'a pas produit partout les mêmes résultats positifs.

De ce constat est né le triple questionnement problématique suivant :

- Quels sont les facteurs qui font qu'à un endroit plutôt qu'à un autre émerge une offre locale de santé depuis la population?
- Qu'est ce qui fait que cette émergence conduit à un établissement pérenne ?
- Et pourquoi lorsque l'on se base sur ce type d'exemple pour élaborer un modèle général et reproduire l'expérience en d'autres lieux, les résultats sont rarement positifs ?

L'hypothèse sous jacente ici est celle d'une opposition entre une construction locale corrélée à un ensemble de facteurs (besoins, ressources disponibles, contextes social, économique, géographie, etc.) et une logique utilitariste qui conduit au constat que : *de nombreux programmes (de santé) se sont avérés des échecs car les services qu'ils fournissaient, et que leurs promoteurs estimaient pertinents et adéquats, n'étaient pas ou peu utilisés par la population* (Fournier et Potvin, 1995).

Ce texte présente les résultats d'une recherche conduite sur trois terrains internationaux dans le but d'identifier les facteurs qui ont permis qu'à ces endroits précis, une offre de santé communautaire se développe avec succès. Ces résultats ont ensuite été testés en France dans la Ville d'Angers. La présentation de ce travail est construite comme un récit du travail de recherche effectué. Une première partie présente les terrains étudiés. La deuxième partie détaille la méthode employée. Une troisième partie expose les résultats obtenus sur le plan international et une quatrième et dernière partie relate la façon dont ils ont ensuite été testés dans une démarche de type recherche-action portant sur 6 quartiers d'Angers.

LES TERRAINS ETUDIÉS

Critères de choix des terrains

Le choix des terrains d'étude s'est fait sur la base d'une série de critères visant à la réalisation d'une étude comparative à partir de points communs et, simultanément, d'éléments discriminants à même de mettre en relief les nuances entre ce qui relève de faits généraux reproductibles quel que soit le contexte, de faits relevant de spécificités géographiques.

Le choix de ces critères a été effectué sur aux premiers travaux exploratoires menés au Québec et sur la base de renseignements issus de la littérature grise. Par exemple Bury (1988) identifie la participation intégrée dans la planification en santé comme un enjeu stratégique. Pour lui, *la promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise de décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé*. Dès lors il apparaissait essentiel que les terrains retenus soient des lieux dans lesquels des expériences à dimension participative aient été menées et positivement appréciées.

La dimension territoriale et la construction territoriale des projets (articulation des acteurs, structures organisationnelles) apparaissent également comme essentielles. Pour Fournier et Potvin (1995), qui ont analysé les fondements du « *dogme de la participation communautaire* », dans les programmes de santé, la communauté renvoie à une dimension géographique correspondant à un territoire bien déterminé et à une dimension relationnelle caractérisée par une cohésion sociale.

Pour Sénécal et al. (2002) qui ont étudié les pratiques communautaires à Montréal, deux modèles émergent. Le premier modèle relève d'une expérience territorialisée de concertation. (...) Le second modèle découle du constat selon lequel nombre de projets se construisent sur une logique de projet, (...) incluant des phases d'identification de besoins, de structuration de l'offre de services ou de la mise en marché d'un produit. Fournier et Poitvin (op.cit) l'expriment également en affirmant que la communauté dans les programmes de santé n'a réellement d'intérêt que par rapport à des actions, donc dans ses dimensions dynamiques et politiques.

Ainsi, les aspects territoriaux, sociaux, organisationnels et les modalités de mise en oeuvre et d'action sont convoqués pour tracer les contours des projets de santé communautaire. On retrouvera ces trois aspects dans les résultats de la présente recherche.

A partir de ces constats généraux et pour répondre à la problématique de recherche formulée précédemment, les critères communs de choix des terrains retenus furent :

- la possibilité de définir un territoire délimité, circonscrit (Rifkin et al. 1988),
- l'existence sur ce territoire d'une expérience de santé communautaire réussie et pérenne, et avec une importante dimension participative,
- une offre structurée de services primaires en santé, combinés avec des services sociaux et éventuellement d'autres actions territorialisées dans le but de constituer une plateforme coordonnée de première ligne, une « porte d'entrée » permettant l'accès aux services concourant à la santé
- une forte insertion des structures de santé dans le territoire et des liens réels et fonctionnels avec les acteurs du territoire, hors du champ de la santé,
- la possibilité de comparer cette expérience locale avec d'autres expériences voisines ou avec un ensemble de dispositions générales à des échelles supérieures, visant à promouvoir une offre de santé primaire et communautaire,

Pour ces 5 critères, des similitudes entre les différents terrains choisis étaient recherchées afin de disposer d'un panel aux caractéristiques comparables. Par ailleurs un impératif essentiellement opérationnel a guidé le choix des terrains : la possibilité d'identifier et de rencontrer, sans restrictions, les acteurs de la santé, du territoire et de la société civile impliqués dans le cas étudié

Sur chacun des terrains retenus, les aspects généraux évoqués plus haut se traduisent de manière différente en fonction d'effets contextuels (nature, composition et structuration des territoires, orientations politiques, choix d'organisations et de planification, etc.) Ces variations constituent également un élément de comparaison en ce sens qu'elles permettent de distinguer les faits semblables, reproductibles et donc potentiellement universels des faits et éléments dissemblables.

Ainsi, trois terrains ont été choisis et travaillés dans un premier temps (à Montréal, Bamako et Camaçari) puis un terrain français a été sélectionné pour tester la pertinence et l'opérationnalité des résultats obtenus sur les trois premiers terrains. En effet, la France n'est

absolument pas structurée pour permettre l'émergence de structures communautaires offrant des soins de première ligne. Quelques expériences existent. Les centres de santé, municipaux ou mutualistes, se rapprochent par certains aspects des terrains étudiés à l'étranger, mais le choix s'est finalement porté sur le travail réalisé dans le cadre des collectifs santé de la ville d'Angers.

Présentation des trois terrains internationaux

La clinique communautaire de Pointe Saint Charles

Le quartier de Pointe Saint Charles est situé au Sud-Ouest de Montréal sur les rives du Fleuve Saint Laurent. C'est l'un des plus vieux quartiers de la ville et son histoire est liée au développement industriel de Montréal, ce qui lui confère à la fois une morphologie urbaine et un profil socio-économique spécifiques. Le processus de désindustrialisation engagé dans les années 1960 a fortement impacté la population ouvrière du quartier. Les conditions de vie se sont détériorées en relation avec la montée du chômage et la fermeture de commerces et de services.

La clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles (CPSC) a vu le jour en 1968, à l'initiative de jeunes étudiants en médecine de l'Université McGill et de citoyens du quartier face à un constat de carence. Dans les années 1960 *il y a peu de médecins, aucun ne travaille à temps plein et un seul réside dans le secteur. Il y a un médecin pour 6000 habitants alors que la moyenne canadienne est de 1 médecin pour 857 personnes en 1961. (...) L'accès aux services médicaux publics est également restreint et, la plupart du temps, les familles doivent payer pour les consultations. Comme il n'y a pas d'hôpital dans le quartier, les gens doivent se déplacer pour se faire soigner. Toute une expédition pour la plupart qui n'ont pas de voiture.* (Collectif Courtepointe, 2006). Le modèle suivi lors de la création de la CPSC est celui des cliniques populaires existant dans certains quartiers pauvres des Etats-Unis (Goudebout et Martin, 1982) qui poursuivait à la fois le but d'offrir des services, de donner un rôle aux citoyens dans l'administration des services de première ligne voire, dans certaines cliniques, de permettre aux citoyens *de jouer un rôle dans la dispensation des services de santé et des services complémentaires : para-médicaux, services sociaux*. Ce modèle se fondait sur un lien entre la pauvreté, les conditions de vie et l'état de santé. La CPSC va être utilisée comme modèle dans le rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social connu sous le nom de rapport Castonguay-Nepveu (1967-72) qui comporte plusieurs volumes et constitue le document fondateur du système de santé Québécois moderne. Parmi les nombreuses préconisations du rapport (106) on trouve la suggestion de créer des centres locaux de services communautaires. Les premiers verront le jour en 1974. A partir de cette date et jusqu'à la réforme de 2003 créant les réseaux locaux de services (RLS), un établissement était désigné comme la porte d'entrée du système de santé québécois : le CLSC (centre local de services communautaires) dont la vocation était *d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants à la population du territoire qu'il dessert (Loi sur les services de santé et les services sociaux)*. La mise en place des CLSC correspondait à la volonté d'offrir à la population, dans un périmètre défini et par un guichet unique, des interventions à caractère préventif, curatif et communautaire et une gamme de services adaptée, sans recourir à un plateau technique². Nous sommes ici dans la continuité de l'approche globale de la personne et de son milieu de vie (pour un historique détaillé, voir Gaumer et Desrosiers 2004; Lemieux *et al.* 2003; Levesque *et al.* 2007).

² Les soins de deuxième et troisième lignes sont assurés par les autres établissements du réseau public dans un schéma essentiellement hospitalo-centré.

Pour la création des CLSC, les réformateurs ont repris à leur compte les conceptions de la santé qui prévalaient dans les cliniques communautaires de santé. (Hamel, Jouve, 2006) Pour autant, la CPSC a toujours refusé d'être transformée en un CLSC afin de conserver son indépendance. Il s'agit d'une posture très militante qui s'est traduite par de nombreuses mobilisations afin de résister à différentes entreprises visant à intégrer la clinique au réseau public (en 1974, 1978, 1992 et récemment en 2004³). Ces luttes sont permis à la Clinique de conserver un statut d'organisme communautaire autonome.

Dans le même temps la clinique a développé ses services et compte aujourd'hui 125 employés permanents qui offrent une large gamme de services à la population. L'administration de la clinique estime que 30 à 40 % des habitants de pointe Saint Charles utilisent ces services.

Le Centre de santé communautaire (Cescom) de Banconi

Banconi est un quartier populaire à l'Est de Bamako, résultant d'un phénomène récent d'urbanisation. Depuis de nombreuses années, et malgré l'interdiction de l'Etat, les néo-bamakois issus de l'exode rural ont progressivement développé un habitat spontané au pied des falaises de Koulouba. La structuration du quartier n'a débuté qu'à partir de 1987 sous la forme d'une urbanisation peu structurée. Jusqu'alors, on ne trouvait à Banconi, ni voies goudronnées, ni éclairage public, ni branchements électriques privés, ni réseau de distribution d'eau et évidemment d'aucun équipement sanitaire. Aujourd'hui, les évolutions restent très modestes et Banconi demeure un quartier sous-équipé et particulièrement pauvre. Néanmoins, dans le domaine de la santé, le Cescom constitue un exemple de réussite.

En lien avec cette recherche, nous avons mené une étude de terrain⁴ qui révèle que 43.7% des personnes interrogées dans le quartier déplorent un accès insuffisant aux services de base (alimentation, médicaments, centres de soins). L'observation de terrain montre également des carences en matière d'urbanisation, d'assainissement, etc. Si les données statistiques manquent ou sont anciennes, Banconi est en revanche, depuis longtemps, un terrain d'étude arpenté par différents chercheurs en santé publique et sa communauté a fait l'objet d'une série d'enquêtes et de recherches par l'institut national de santé (Balique 2001).

En 1986, une des enquêtes sur les soins de santé primaires et la médecine traditionnelle, a montré que les ménages consacraient moins de 3% de leurs dépenses pour la santé en raison de coûts de santé énormes et de la distance importante à l'hôpital.

De ce besoin identifié dans la population a germé l'idée de créer une Assaco (Association de santé communautaire). L'association de Banconi fut la première Assaco du Mali sur une idée originelle née du constat de la pauvreté et de difficultés d'accès aux soins. C'est donc en réponse à un besoin que l'on a mis en place des soins primaires sous la forme, au départ, d'une petite case avec des médicaments, un médecin, une sage-femme, un gardien.

Cette association créa ensuite un Cescom (centre de santé communautaire). Un Cescom *est un centre de santé privé sans but lucratif, qui regroupe un dispensaire, une maternité et un dépôt pharmaceutique, et dont la gestion est assurée par une association d'usagers. Bénéficiant des services d'une équipe de professionnels de santé dirigée par un médecin ou par un infirmier, il met à la disposition des populations vivant alentour des soins de premier niveau* (Balique, 2001). Le 9 mars 1989 a vu la création du Cescom sans argent, sans moyens et sans appui de l'Etat qui au contraire ne voyait pas l'initiative d'un bon œil, mais avec l'appui de chercheurs en santé publique. Cette absence des pouvoirs publics a été compensée par l'aide de la

³ Lors de la réforme qui a vu la fusion des CLSC avec les autres établissements publics locaux pour former des centres de santé et de services sociaux

⁴ Enquête réalisée en 2009 par Sébastien Tusseau dans le cadre de sa thèse de doctorat à l'Université d'Angers.

coopération française. La construction a été financée par le partenariat Angers-bamako et par des legs. Aujourd'hui les consultations sont suffisantes pour couvrir les frais de fonctionnement, surtout qu'elles sont parfois complétées par des ressources d'organismes à but non lucratif et par des programmes nationaux (ex. vaccination).

Le Cescom de Banconi a fréquemment été pris en modèle et aujourd'hui 350 Asaco et Cescoms sont implantés partout au Mali dans une logique de maillage territorial.

Le Programme de Santé Familiale (PSF) à Camaçari

Camaçari est une ville de 242 000 habitants dans l'Etat de Bahia, au Brésil. Cet exemple est original car, au sortir d'une dictature, le Brésil a dû développer rapidement une offre de santé basique avec des problématiques territoriales évidentes (Medina, 2005). Autre intérêt, c'est un pays Fédéral à trois niveaux : le fédéral, les états et les municipalités. Mais si au Canada, autre Etat fédéral, la santé est clairement une compétence des provinces, au Brésil la compétence de santé existe aux trois niveaux et, ce qui est original, l'attention primaire en santé est une prérogative municipale.

D'un point de vue épidémiologique, le Brésil complète l'éventail des profils : le Canada, affiche un profil de transition épidémiologique achevée (population vieillissante, régime de maladies chroniques en progression). Le Mali pays demeure dans un régime de maladies infectieuses avec une mortalité infantile élevée. Le Brésil est entre les deux, la mortalité infantile recule grâce à des taux de vaccination élevés et petit à petit on contrôle les maladies infectieuses en favorisant l'accès des populations au médicament.

La structure de santé étudiée au Brésil est le programme de santé familiale (PSF), volet local du système unique de santé (SUS) créé en 1988 au retour de la démocratie. Le SUS repose sur 5 grands principes qui se concrétisent dans l'application du PSF (Tableau).

Principes du Système unique de santé	Traduction de ces principes dans le PSF à l'échelle locale
Universalité	Responsabilité d'assurer un service territoire par territoire
Equité	Ciblage des besoins territoire par territoire
Intégralité	Articulation des pratiques d'éducation et promotion de la santé et du soin le PSF est la porte d'entrée du système
Participation sociale	Participation de la communauté à la planification et contrôle a posteriori (monitoring et contrôle budgétaire) via les conseils locaux de santé
Décentralisation	Réorganisation des pratiques à partir de l'attention primaire

Sur le terrain l'objectif de recherche était d'observer le fonctionnement de plusieurs PSF afin de comprendre ce qui permet la réussite quand on veut implanter une offre de santé communautaire. L'originalité au Brésil, par rapport aux deux autres terrains étudiés, est que la mise en œuvre des services de santé locaux ne part pas d'un exemple pour le généraliser mais d'une méthode de travail que l'on implante sur le découpage territorial municipal et infra-municipal.

Le principe est le suivant : sur chaque territoire on implante une équipe du PSF au minimum constituée d'un médecin, d'un infirmier, de deux aides soignantes et de six agents communautaires de santé. Un dentiste et son personnel d'appui sont de plus en plus intégrés dans ces équipes qui ont la responsabilité sanitaire d'un territoire. Elles doivent identifier et planifier des actions de promotion, de prévention, de diagnostic, de traitement et de réhabilitation pour la population (environ 1000 familles / équipe).

Cela se fait à travers l'importante aide des agents communautaires de santé, qui doivent habiter dans le territoire où ils travaillent. Les agents sont chacun responsable pour 150 à 200 familles. La méthodologie est à chaque fois la même : premièrement un diagnostic territorial est réalisé, c'est le temps du repérage, très important pour que l'équipe s'approprie le territoire. Ce diagnostic initial permet également d'identifier les problèmes de santé et de planifier ses actions, de tisser des collaborations futures avec les autres acteurs du territoire

Dans un deuxième temps, se met en place un véritable travail d'équipe, partagé et transdisciplinaire à travers des actions de promotion (dirigées envers la population en général), de prévention de certains problèmes (envers la population à risque), et d'autres actions curatives.

La famille et son espace social sont le noyau de la prise en charge. Les agents communautaires font des visites mensuelles aux familles en réalisant des actions de promotion de la santé et de prévention, ainsi que le suivi de certains groupes.

L'implantation du PSF au Brésil se poursuit depuis 1998 et aujourd'hui plus de 60% de ce vaste pays sont couverts.

LA METHODE D'ANALYSE

Ce travail emprunte au cadre de la théorisation ancrée (Glaser et Strauss, 1976) dont le principe est la génération systématique d'une théorie à partir des données qualitatives, d'une manière inductive, en usant d'étapes prédéfinies et d'allers-retours constants entre la collecte et l'analyse des données.

Dans les faits le travail de terrain a consisté en la passation « d'entretiens éclairants » dont le principe est de recueillir des points de vue autour d'un objet comme pour éclairer une scène sous tous les angles. Pour y parvenir, des entretiens ont été conduits avec les acteurs de terrain identifiables. Il s'agissait de personnels soignants (médicaux et non médicaux), d'administrateurs d'établissements de services de soins et de services médico-sociaux, d'élus et de représentants des autorités de tutelle, de représentants de la communauté (associations, société civile). Conformément à la théorisation ancrée, la grille d'entretien était enrichie au fur et à mesure de la collecte d'information, tout en gardant néanmoins une trame invariable à des fins de comparaison. Chaque entretien pouvait également être l'occasion d'identifier un nouvel interlocuteur susceptible d'apporter un éclairage inédit. Le nombre d'entretiens a été contrôlé selon le principe de la saturation des informations obtenues (c'est à dire lorsque les nouveaux entretiens réalisés n'apportent plus d'informations nouvelles, lorsqu'il n'existe plus de zones d'ombre).

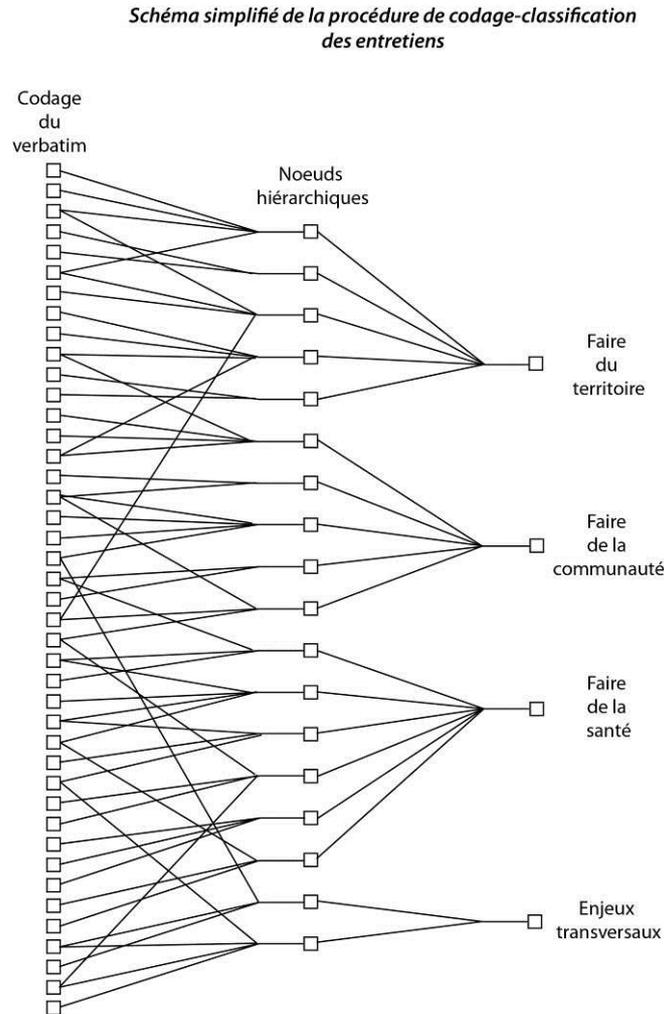
Les entretiens ont été réalisés dans un premier temps à Montréal, puis à Bamako, ensuite à Camaçari avant un second passage à Montréal pour compléter les premiers entretiens réalisés. Au total 35 entretiens ont été menés⁵, retranscrits et codés dans le logiciel *Nvivo* afin de faire émerger une structure.

La procédure de codage s'est déroulée selon la méthode du codage ouvert. Dans un premier temps, les entretiens retranscrits dans le logiciel d'analyse se sont vus attribuer des marqueurs

⁵ 10 à Montréal, 12 à Bamako, 13 à Camaçari

intitulés « nœuds » comme autant de points d’ancrage. Puis ces nœuds ont été regroupés par similarité afin de former des nœuds hiérarchiques qui composent les principales dimensions explicatives. Enfin un dernier regroupement par proximité a été effectué conduisant à identifier 3 grands thèmes -le territoire, la communauté et l’offre de santé- et deux enjeux transversaux à ces thèmes (fig.1). Ceci constitue la trame de lecture des résultats.

Figure 1.



Une particularité est à noter : comparativement à un schéma classique de classification ascendante hiérarchique, ici les noeuds du premier niveau de codage du verbatim des entretiens peuvent contribuer à plusieurs noeuds hiérarchiques du niveau supérieur lorsqu'ils sont porteurs d'une double signification par exemple.

RESULTATS CROISES

Faire du territoire

Dans les trois exemples étudiés, l’offre de santé est territorialisée, c’est à dire inscrite dans un périmètre géographique bien défini. Cette territorialisation est présentée de manière unanime par les personnes interrogées comme un atout, un facteur de réussite. Cinq dimensions contribuent à caractériser l’importance du territoire dans la mise en place de projets de santé communautaire locaux.

Premièrement, la situation géographique produit des effets de lieu, des effets d'échelle dont il faut tenir compte et qui peuvent en partie expliquer les difficultés rencontrées pour transposer une expérience d'un lieu à un autre. Par exemple à Camaçari, une personne interviewée évoque des liens *de familiarité et de complicité avec la population*. Qui font qu'*ensuite il est plus facile de les convaincre d'adopter des comportements sains. Par exemple, il est important que les médecins et infirmières résident sur le territoire.*

Deuxièmement, le fait de territorialiser la santé favorise une approche globale, une prise en charge de la personne et de sa problématique dans son ensemble, pas uniquement dans ses aspects médicaux en négligeant les autres facteurs. Par exemple à Bamako il apparaît que *le paludisme n'est pas qu'un problème de médicaments, mais aussi d'assainissement, de traitement des sources d'eau, de distribution de moustiquaires, ...* Donc c'est un problème qui requiert une réponse globale de plusieurs acteurs sur un territoire. C'est cet aspect que revêt le plus généralement le vocable de « territorialisation de la santé ». Dans cette logique, aux interventions cloisonnées des différents acteurs en fonction de leurs champs de compétence se substitue une approche horizontale, où tous les acteurs interviennent non plus sur une problématique mais sur un territoire comme à Camaçari où *il y a un projet du gouvernement municipal de typologie des aires en fonction des risques de santé et autres indicateurs comme les bénéficiaires des aides sociales, etc.*

Quatrièmement, la dimension territoriale n'a de sens en santé communautaire que si elle permet à la population et aux acteurs de la santé d'avoir de la prise sur leur environnement. Cela suppose une certaine décentralisation des décisions et une place laissée à l'initiative locale. Ainsi à Montréal *la Clinique a préservé sa responsabilité populationnelle et son statut d'organisation communautaire, donc elle n'est pas sous-traitant du Centre de santé et de services sociaux.*

De, même, des effets de taille sont à l'œuvre pour les mêmes raisons de capacité à agir, à prendre des décisions localement. A la clinique communautaire de Pointe saint Charles, une personne compare son établissement aux Centres locaux de service communautaires qui forment le reste du réseau de première ligne : *Y'a le mot communautaire dans CLSC mais c'est pas communautaire, c'est à grande échelle, une institution. Ici c'est tout petit, ça se compare même pas (...)* Pour moi gros et communautaire ça ne va pas ensemble.

Faire de la communauté

Pour Vincent Gouëset et Odile Hoffmann (2006) *la communauté est une catégorie de la pensée éminemment contextuelle qui ne prend sens que dans la situation où elle exprime des configurations spécifiques de liens sociaux (...) éventuellement inscrites dans un territoire.(...) Ce n'est jamais une catégorie donnée, qu'il suffirait de décrire, encore moins une catégorie explicative univoque.* Ces deux auteurs pointent à juste titre la confusion souvent faite entre communauté et communautarisme, le second terme donnant au premier *comme une odeur de souffre.*

L'existence d'une réelle communauté (plus qu'un simple voisinage), apparaît, dans les cas étudiés comme un enjeu majeur. Là où les habitants se fédèrent (de diverses manières), il peut y avoir construction locale de santé car les habitants prennent en main leur santé (OMS, charte d'Ottawa). A l'inverse l'absence de construction communautaire conduit à des formes d'individualismes et la santé n'y est qu'un acte de consommation. Dans le domaine de la santé, les décideurs et les intervenants ne définissent généralement la communauté dans sa dimension géographique, mais ils s'appuient sur ses représentants pour donner une justification communautaire aux choix techniques qu'ils font (Fassin et al. 1986). En retour, les représentants de la communauté trouvent dans leurs fonctions sanitaires une reconnaissance qui légitime leur propre statut vis-à-vis de la population. Fassin et al. ont

étudié les comités de santé à Pikine (Sénégal) et ont observé qu'en leur sein les véritables enjeux ne sont pas directement liés à la santé, mais concernent le contrôle des ressources financières et les processus électoraux et informels qui déterminent la composition de ces comités.

De la même manière, dans les trois terrains étudiés apparaît la complexité des processus qui sous-tendent les constructions locales d'offre de santé à dimension communautaire et le lien entre l'offre de soins et la population constituée en communauté est décrit comme essentiel, ce qui se retrouve dans les dimensions suivantes.

La première est celle de l'histoire des lieux, de leur identité qui forment un vécu commun. *Pour pérenniser ici on a su créer une tradition* (Pointe Saint Charles, Montréal).

La deuxième dimension est celle de l'*empowerment*, de l'appropriation des outils de santé par la population, qui va de pair avec la reconnaissance des savoirs populaires. C'est ce qui conduit à une adéquation entre l'action publique et les attentes de la communauté, faute de quoi, les centres de santé ne sont pas fréquentés comme cela est observable à Bamako par exemple. *Le problème est qu'on construit un bâtiment puis on dit aux gens ça sera votre centre de santé mais la population n'a même pas été associée.*

Le contexte social constitue un autre facteur de cohésion communautaire qui peut fédérer les initiatives dans la communauté, en particulier dans les contextes de difficultés collectives à surmonter. Ainsi pour un médecin à Camaçari, *nul besoin de mesurer la pression artérielle car je connais la pression due à la violence présente dans le quartier.* Agir en santé dans la communauté c'est donc ici en premier lieu faire face à cette difficulté.

Cela rejoint la dimension suivante, celle du militantisme et de la mobilisation. Les structures communautaires ne sont pas des objets ad hoc, ce sont des produits d'un engagement militant : *un médecin qui n'est pas militant et engagé ne peut pas tenir. L'engagement est un critère très important dans le recrutement. Il faut un militantisme et, quelque part, un engagement communautaire.* (Bamako)

Une forme de mobilisation particulière semble renforcer la construction communautaire et constituer un appui pour engager des actions de santé en première ligne, il s'agit de la posture de résistance. Dans les études de cas analysées ici, cette résistance revêt plusieurs formes : résistance à la privatisation de la santé, à la gentrification du quartier (qui dénature la communauté), à l'institutionnalisation,...

La gentrification mobilise les gens. Ils sentent qu'ils vont perdre le territoire. Les gens qui aménagent les condos n'ont pas besoin des écoles du quartier, ils ne les fréquentent pas. Ils n'ont pas besoin du CLSC ou de la clinique. Donc il y a une peur des gens d'ici de ne plus avoir les moyens de rester chez eux. On fait des parcs à chiens pour la madame du Condo qui a un chien mais on manque de parcs pour les enfants du quartier. (Montréal)

Faire de la santé

Tout en étant centrale, l'offre de santé et de soins ne constitue pas le facteur mis en avant en premier lieu dans les entretiens réalisés. Cela tient certainement au fait que toutes les personnes rencontrées sont convaincues de la dimension globale et transversale de la santé et mettent donc en avant le territoire et la communauté comme supports avant d'évoquer la santé comme objet de l'action publique.

Les dimensions qui contribuent à faire de la santé communautaire sont au nombre de 7.

Il s'agit tout d'abord des formes d'organisation des pratiques professionnelles : l'organisation collective, la coordination des acteurs, surtout quand ceux-ci sont très disparates et appartiennent à des institutions différentes, parfois cloisonnées. A Camaçari par exemple, l'existence d'un coordinateur municipal chargé d'amener les acteurs touchant au champ de la santé à travailler ensemble est mise en avant comme un atout.

La deuxième dimension est liée à la première, il s'agit de la circulation d'information, du « réseautage ». Cela concerne les professionnels entre eux, mais aussi l'échange avec la population, particulièrement valorisé à Montréal par exemple : *il y a un échange, eux autres aussi ils nous en apprennent.* (Montréal)

Dans ces échanges, plus encore que des agencements d'organisation, il s'agit, dans une troisième dimension de relations humaines (confiance mutuelle, reconnaissance). L'interconnaissance renforce la cohésion des acteurs de la santé et améliore la pratique du soin. Une proximité soignant-soigné s'installe et permet d'aborder la santé de façon globale en prenant en compte l'intégralité de la personne, à l'inverse d'une consultation froide conduisant à un strict diagnostic biomédical. *La chaleur humaine, ici les gens ne sont pas des numéros, ce ne sont pas des clients, ce sont des participants.* (Montréal)

La participation de la population aux décisions locales en santé (ex. gestion du centre de santé communautaire) constitue la dimension suivante, et particulièrement au travers l'idée d'un droit de regard. Si l'on veut que la santé soit l'affaire de tous (charte d'Ottawa, OMS), il faut que tous aient un droit de regard sur l'offre de services. Ainsi les budgets des établissements sont soumis à la validation d'un conseil d'administration participatif (Montréal, Camaçari).

Le point suivant est relatif à la qualité des services, à la réponse aux besoins. L'importance d'une bonne connaissance des réalités de terrain est pointée par l'ensemble des personnes interrogées. Dans les trois terrains étudiés, des démarches de type diagnostic sanitaire du territoire ont été effectuées de manière plus ou moins formalisée. A Camaçari, cette démarche concerne également la planification en santé à l'échelle supérieure. *C'est une inversion des choses : avant le local faisait remonter des demandes intégrées par la suite dans la planification. Désormais la planification fait un diagnostic des problèmes puis redescend vers les différents territoires pour fournir des solutions aux problèmes observés.* (Camaçari)

Pour finir une septième dimension est évoquée dans les entretiens : la nécessité de disposer de ressources (financements, équipements, services) et de pouvoir les gérer localement avec un marge de manœuvre, d'autonomie. *Le financement par programmes conditionne et influence aussi la pratique* (Montréal)

Enjeux transversaux

Deux dimensions sont apparues comme transversales, c'est à dire intervenant autant dans les questions liées au territoire, qu'à la communauté et à la santé.

La première est celle des facteurs négatifs ou défavorables. En effet, le choix délibéré d'étudier des exemples qui fonctionnent avec succès ne conduit pas à brosser un tableau idéalisé. Des obstacles ont jalonné la construction de ces projets, un certain nombre de facteurs défavorables sont évoqués tels que la difficulté à mobiliser les populations et plus encore à entretenir cette mobilisation dans la durée. D'autres difficultés sont matérielles. Mais le point intéressant est que toutes ont été surmontées ou sont jugées surmontables au niveau local, ce qui traduit une capacité locale à mener à bien ces projets.

La deuxième dimension transversale est celle des choix politiques et idéologiques qui se jouent à d'autres échelles que celle du local. Les injonctions d'obédience néolibérale qui affectent depuis plus de 20 ans désormais les systèmes de santé et de protection sociale en sont le meilleur exemple. Cependant là encore il est à noter que ces problèmes sont vécus, plus comme des challenges que comme des barrières infranchissables. Dès lors le projet de santé communautaire devient un moyen soit de combattre ces idéologies, soit d'en atténuer les effets sur les populations les plus vulnérables.

En résumé, le succès des projets observés dans le cadre de cette étude est donc tributaire de des trois facteurs que sont la fabrique du territoire, de la communauté et de la santé et des

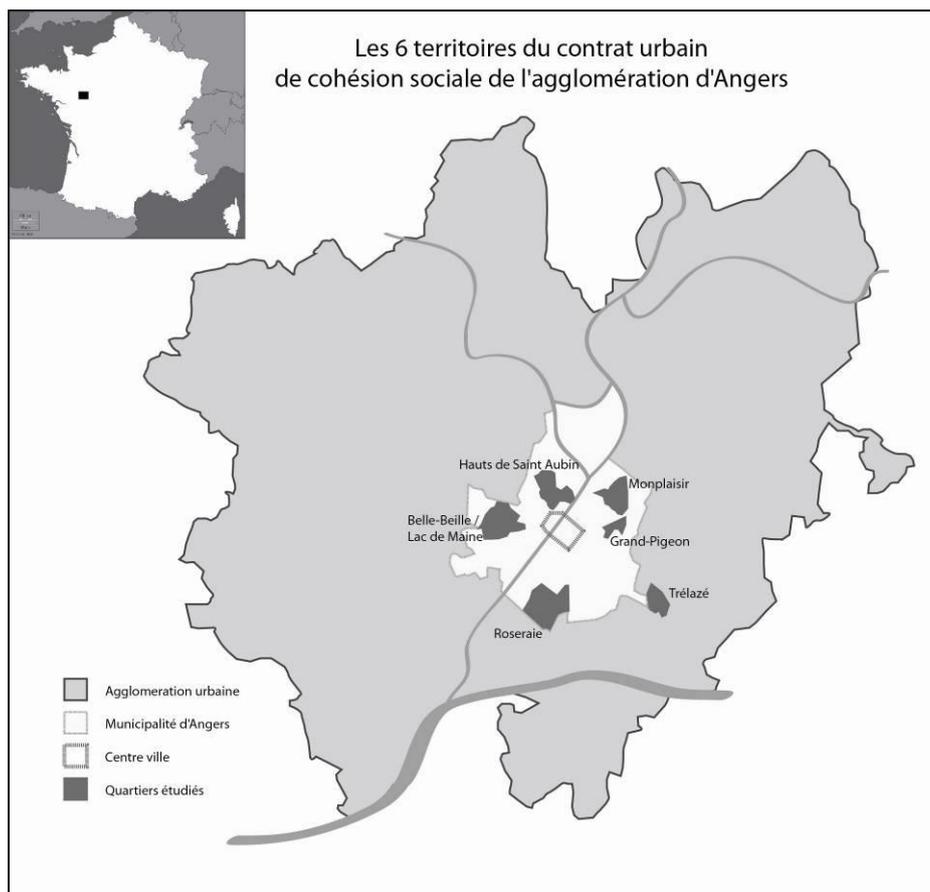
dimensions qui les composent. Ces dimensions s'agencent de façons différentes selon les contextes locaux et ne sont pas nécessairement toutes des enjeux décisifs comme nous le montre l'expérience angevine présentée dans la partie qui suit.

TEST GRANDEUR NATURE A ANGERS

La dernière étape de ce travail de recherche aura consisté à tester les résultats obtenus sur de nouveaux terrains, quittant ainsi la démarche inductive pour l'expérimentation grandeur nature. Il s'agissait de vérifier la validité des trois facteurs identifiés comme facteurs clés pour la construction locale d'une offre de santé communautaire et d'en tester les différentes dimensions.

Le cadre de ce test a été le périmètre des quartiers relevant de la politique de la Ville à Angers et dans la ville voisine de Trélazé, associée à Angers dans un contrat urbain de cohésion sociale (CUCS). Six quartiers étaient concernés, il s'agissait des sites identifiés comme prioritaires à l'intérieur du périmètre d'application du CUCS d'Angers/Trélazé et d'agglomération (cf. fig 2).

Figure 2.



Méthode

Une journée d'ateliers a été organisée à laquelle 150 acteurs des différents territoires ont été invités (professionnels de la santé, de l'action sociale, représentants des associations, élus, ...)

et 121 personnes ont participé. Après une session plénière exposant les résultats issus des études de cas de Montréal, Bamako et Camaçari, les personnes présentes ont été réparties en 6 ateliers correspondant aux quartiers dans lesquels elles mènent leurs actions au quotidien. Ces ateliers ont consisté en trois séances d'une heure trente chacune de façon à travailler sur une triple hypothèse dans laquelle le développement d'actions de santé communautaire à Angers suppose de réunir les conditions nécessaires à faire de la communauté (séance 1), faire du territoire (séance 2) et faire de la santé (séance 3). Les ateliers étaient pilotés par un animateur préalablement formé.

Dans chaque atelier et pour chaque séance, les différentes dimensions identifiées dans la partie précédente étaient disposées sur une table centrale sous la forme de cartes à jouer.

Il était demandé aux participants de réfléchir, à l'aune de leurs pratiques, à ce qu'ils entreprennent ou pourraient entreprendre en santé communautaire. Et ils étaient invités, au gré de leurs prises de parole, à se saisir des cartes à leur disposition et à les « jouer » comme des atouts. Il était ainsi possible d'identifier quelles dimensions étaient mobilisées en fonction du facteur concerné (territoire/communauté/santé), au regard d'actions en cours ou en projet et en fonction du contexte (quartier).

Synthèse des ateliers par facteurs :

Le premier résultat de cette expérimentation est la validation de la méthode. Pour tous les acteurs de ces ateliers, les trois facteurs institués en axes de réflexion étaient tout à fait pertinents et aucune dimension n'est apparue comme inadaptée au contexte local.

Concernant l'enjeu de faire du territoire, un enjeu ressort : amener l'offre de services au plus près des populations et dans une inscription spatiale qui correspond à leurs pratiques de vie.

Face au caractère parfois flou du contenu et des limites des territoires, une entrée par le cadre de vie peut offrir un champ d'action plus large, moins restrictif que certaines politiques aux contours stricts.

Concernant l'enjeu de faire de la communauté, le point clé des débats semble être le passage d'une ou plusieurs communauté (s) informelle(s) et de la communauté institutionnelle. Ce passage se fait soit lorsqu'une initiative spontanée prend de l'importance et quitte son petit groupe d'origine. Il faut alors des relais moteurs et des soutiens. Soit ce passage se fait quand les professionnels d'un territoire souhaitent s'appuyer sur une communauté pour développer leurs projets. Dans les deux cas il faut, du temps, de l'écoute du repérage de l'existant et la construction très progressive d'un échange, d'un groupe.

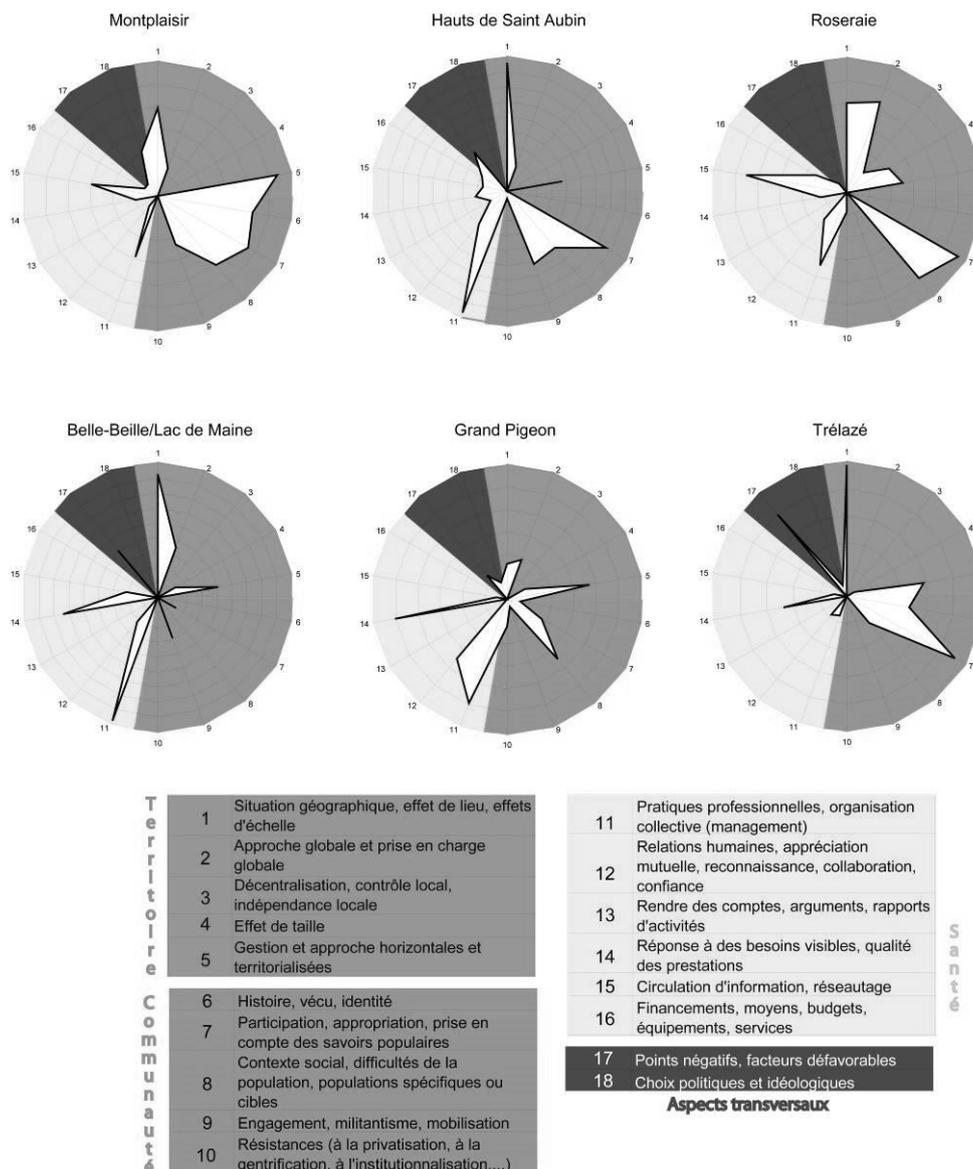
Concernant l'enjeu de faire de la santé, tout le monde s'accorde à dire que la promotion de la santé reste à faire. Un constat ressort à la lecture du compte rendu de chaque atelier : lorsque l'on évoque les besoins, c'est bien souvent pour citer des actions de prévention ou de dépistage déjà en place. Très rarement le diagnostic des besoins émane de la population. Autant les habitants ont été une référence très usitée pour décrire le « faire de la communauté » et « faire du territoire » autant ils sont moins présents dans le « faire de la santé ». La santé dans les quartiers apparaît plus souvent comme des actions ponctuelles ou durables qui sont plus souvent issues de l'extérieur et visent à changer des regards ou les attitudes sur certaines questions de santé. Or comme l'a exprimé une personne dans un atelier, il ne faut pas se limiter à vouloir changer les comportements mais créer les conditions favorables à la santé.

Profils par quartiers

Cette figure représente, sous la forme de profils par quartiers, les trois facteurs clés de réussite d'expériences en santé communautaires et les dimensions qui leurs sont associées.

Figure 3.

Profils par quartiers



Chaque dimension est figurée par un axe du centre vers l'extérieur des diagrammes. La fréquence à laquelle les cartes correspondant à cette dimension ont été « jouées » durant la séance de l'atelier est graduée sur cet axe. On obtient ainsi un diagramme central (en blanc sur la figure) dont la forme est modifiée selon l'importance attachée à telle ou telle autre dimension, ce qui révèle des variations entre les quartiers. Le quartier de Belle-Beille Lac de Maine, par exemple, a très peu mobilisé les dimensions qui composent le facteur « communauté » à la différence des quartiers Monplaisir, Hauts de Saint Aubin Roseraie ou de la ville de Trélazé.

D'une façon générale on observe que chaque quartier affiche un profil différent ce qui fournit un élément essentiel de compréhension quant à la transposabilité des structures locales de santé de type communautaire. Il n'existe pas de recette unique et si les trois facteurs et toute leurs dimensions sont des clés essentielles, la part de chaque dimension varie en fonction des lieux. Les profils par quartiers présentés ci-dessus constituent un outil à fort potentiel pour renseigner les politiques publiques quant aux leviers à actionner dans les processus de construction locale d'une offre de santé communautaire⁶.

En introduction à ce texte, trois questionnements étaient formulés au sujet des facteurs d'émergence (i), de réussite et de pérennisation (ii), de structures de santé communautaires et des explications des échecs fréquemment observés dans les tentatives pour reproduire ces modèles ailleurs ou pour les généraliser (iii).

Les résultats de recherche exposés apportent de nombreux éléments de réponse. L'identification de 3 facteurs et des dimensions qui les constituent répond aux deux premiers questionnements. L'expérience *in situ* réalisée à Angers montre tout l'intérêt d'une étude préalable de ces facteurs et dimensions sur le territoire où l'on souhaite implanter une structure, permettrait d'éviter de nombreux écueils, d'adapter le projet aux réalités locales et de lui donner les meilleures chances de réussite.

REFERENCES

Balique H., Ouattara O. et Ag Iknane A., 2001, Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali, *Santé publique* 01/1, n° 13, p. 35-48.

Bury J.A., 1988 *Education pour la santé; concepts, enjeux, planification*. Ed. De Boeck
Collectif Courtepointe, 2006, *Pointe Saint Charles : un quartier, des femmes, une histoire communautaire*. Editions du remue ménage, 286 p.

Dahlgren, G., 1995, European Health Policy Conference: Opportunities for the Future. *Intersectoral Action for Health*. Vol. 11, Copenhagen : WHO Regional Office for Europe

Fournier P., Potvin L., 1995 « Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme ». *Sciences sociales et santé*. Volume 13, n°2, pp. 39-59 Gaumer et

Desrosiers G., Gaumer B., 2004, *Réformes et tentatives de réformes du réseau de la santé du Québec contemporain: une histoire tourmentée, Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 10, n° 1, 2004, pp. 8-20.

Glaser BG, Strauss AL., 1967, *Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine

Godbout J.T. et Martin N. V, 1982, "Participation et innovation", in *Les mobilisations populaires urbaines* sous la direction de Pierre Hamel, Jean-François Léonard et Robert Mayer. Montréal : Les Éditions Nouvelle Optique, pp. 217-237

Levesque, J-F., Roberge, D., et Pineault, R. 2007 « La première ligne de soins : un témoin distant des réformes institutionnelles et hospitalières au Québec ? », dans *Le système socio-*

⁶ Le travail se poursuit à Angers dans un des quartiers concernés avec l'application de ces principes de le cadre d'un collectif santé de quartier et de la mise en place d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP).

sanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation, eds. M-J. Fleurey, M. Tremblay, H. Nguyen et L. Bordeleau Montréal : Gaëtan Morin Editeur, Chenelière Education.

Lemieux, V., Bergeron, P., Béguin, C. et Bélanger, G. 2003 Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux. Laval : Presses de l'Université Laval

Medina G., Contandriopoulos A-P. Hartz Z., 2005, L'intégration des soins de santé : modèle théorique d'évaluation dans un contexte de réforme du système de santé au Brésil. *Bulletin SQÉP*, Vol. 18/1, pp. 17-22

Rifkin S.B., Muller F. Bichmann W., 1988, Primary health care : on measuring participation, *Social science and medicine*, 26 (9), pp 931-940

Segall, M., 1983, "Planning and politics of resource allocation for primary health care: Promotion of meaningful national policy". *Social Science & Medicine* 17(24): 1947-1960

Sénécal G., Germain A., Bénard J., 2002, Portrait des pratiques communautaires et locales en revitalisation urbaine et sociale sur le territoire de l'île de Montréal, rapport pour le CRDIM, 51 p.