

Sébastien Fleuret

Construction locale de la santé

**Études de cas
internationaux
et réflexions sur la
situation française**

Sébastien Fleuret

Construction locale de la santé

**Études de cas internationaux
et réflexions sur la situation française**

ÉDITIONS MATÉRIOLOGIQUES
« Épistémologie de la médecine et du soin »

Collection « Épistémologie de la médecine et du soin »
dirigée par Mohamed El Khebir et Gérard Lambert

Inventer le don de sperme. Entretiens avec Georges David, fondateur des Cecos, Fabrice Cahen & Jérôme van Wijland, 2016.

Essais précoces en cancérologie. Éthique et justice, sous la direction de Valérie Gateau, François Doz & Philippe Amiel, 2017.

À PARAÎTRE

La Cartographie du cerveau à l'ère du numérique. Les dessous d'un laboratoire de neurosciences, Giulia Anichini.

La Société malade. La médecine à l'épreuve de l'épidémiologie sociale, sous la direction de Mathieu Arminjon & Vincent Barras.

Philosophie de la médecine. Questions et concepts, Mario Bunge.

Abécédaire de géographie de la santé, sous la direction de Sébastien Fleuret, Clélia Gasquet & Anne-Cécile Hoyez.

Sébastien Fleuret

Construction locale de la santé

ISBN (papier) 978-2-37361-116-8

eISBN (PDF) 978-2-37361-117-5

ISSN 2494-7180

© Éditions Matériologiques, juin 2017.

51, rue de la Fontaine au Roi, F-75011 Paris

materiologicalues.com / contact@materiologicalues.com

Facebook EditionsMateriologicalues / Twitter @EdMaterio

Conception graphique, maquette, PAO, corrections,

illustration de couverture : Marc Silberstein

DISTRIBUTION EBOOKS : Cairn, Numilog, etc.

DISTRIBUTION LIVRES PAPIER : Éditions Matériologiques

L'éditeur au service de la connaissance.

Lisez Matériologiques, pensez avec les chercheurs.

En application de la loi du 11 mars 1957, il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français du copyright, 6 bis, rue Gabriel-Laumain, 75010 Paris.

Sigles

- ACS : agent communautaire de santé
- ARS : agence régionale de santé
- Assaco (Mali) : Association de santé communautaire
- ASV : Atelier santé ville
- Cescom (Mali) : centre de santé communautaire
- CLSC (Québec) : centre local de services communautaires
- Cnam : Caisse nationale d'assurance maladie
- Cucs : Contrat urbain de cohésion sociale
- CSMF : Confédération des syndicats médicaux français
- DLS : diagnostic local de santé
- FMF : Fédération médicale de France
- Fnors : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- OPA : (Québec) : opération programmée d'aménagement
- ORU : opération de rénovation urbaine
- PNRU : Plan national de rénovation urbaine
- Praps : programme régional d'accès à la prévention et aux soins
- PSF (Brésil) : programme de santé familiale
- SML : Syndicat des médecins libéraux
- Sros : schéma régional d'organisation sanitaire
- SUS (Brésil) : Système unique de santé

Introduction

Un service de santé qui fournit un point d'entrée sous forme de soins ambulatoires destinés à des problèmes de santé ou liés à la santé doit donc offrir une gamme complète de services intégrés de diagnostic, curatifs, de réadaptation et palliatifs. À la différence de la plupart des modèles conventionnels de prestation des soins de santé, l'offre de services doit inclure la prévention et la promotion de la santé ainsi que des efforts visant à cerner localement les déterminants de la mauvaise santé. Il est essentiel d'établir une relation directe et durable entre le prestataire et la population de la collectivité desservie pour pouvoir tenir compte des contextes personnels et sociaux des patients et de leurs familles et pour assurer la continuité des soins dans le temps et d'un service à l'autre (OMS, 2008, p. 57).

Ce livre propose de penser comme une nécessité la structuration territorialisée de la santé en articulant, à l'échelle locale, les acteurs du soin, de la prévention, la promotion et l'éducation à la santé et l'ensemble des acteurs du territoire ayant un impact sur les déterminants de la santé. Or ce n'est pas le cas actuellement en France où les soins primaires sont dévolus au secteur libéral à de rares exceptions près¹. Et les expériences en ce sens observables de par le monde connaissent des succès mitigés si on les regarde à grande échelle.

1. En 2014, Emmanuel Vigneron a par exemple dénombré 1842 centres de santé dont environ 800 seulement proposent une gamme polyvalente de services incluant une offre médicale.

Pourtant, plusieurs expérimentations locales fonctionnent et sont riches d'enseignement. Quels sont les facteurs explicatifs de tels succès et pourquoi les tentatives pour les généraliser échouent-elles plus ou moins ? Cette question sous-tend cet ouvrage, avec un regard tout particulier sur la France. Avant d'y répondre, il importe de donner quelques éléments de définition.

La santé comporte deux dimensions : la première est individuelle et dépend de facteurs tels que l'âge, le sexe, la constitution, l'hérédité, etc. Il s'agit donc de facteurs biologiques propres à chacun, mais également de comportements que chacun adopte au quotidien et qui sont plus ou moins favorables à la santé. Cependant, la santé d'une population ne se résume pas à la somme des états de santé individuels, elle relève d'une combinaison de déterminants et à chaque individu correspond une combinaison différente. La santé d'une population n'est donc pas une simple addition d'indicateurs mais bien une agrégation à multiples dimensions (Philibert & Breton, 2007). La seconde dimension de la santé est collective. Elle renvoie au monde, à la société dans laquelle évolue une population, à quels facteurs de risques la population est exposée, à ses conditions de vie matérielles et sociales.

Entre le niveau de l'individu et celui des sociétés se construit un jeu d'échelles complexe dans lequel interagissent des facteurs favorables ou défavorables à la santé. C'est dans cet espace que se construit le rapport entre santé et territoire, dans une géographie de la santé, elle-même articulée à différentes échelles.

D'un point de vue conceptuel, la notion de construction locale de la santé, au-delà des effets de mode, renvoie à l'idée d'une élaboration *bottum-up* de l'action publique, c'est-à-dire la mise en œuvre d'actions à partir de la base (habitants, usagers), qui, exprimant

des besoins, génèrent une action ou un service pour y répondre. Cette notion est très présente en santé communautaire (Jaunin-Stalder & Pécoud, 2007). Bien plus qu'une procédure de prise de décision politique, la construction locale de la santé associant les habitants/usagers ouvre largement sur les questions d'appropriation et d'implication.

À travers la charte d'Ottawa (1986), l'OMS a mis en avant l'importance pour chacun d'être acteur de sa santé. Cela apparaît comme un prérequis essentiel pour que les messages d'éducation à la santé et de prévention soient réappropriés par les individus, que les prescriptions des professionnels de santé soient comprises et correctement respectées, et plus encore que l'individu puisse entrer dans une pratique de soin où il n'est pas uniquement consommateur de prescription. Une population qui s'approprie sa santé devient actrice et est à même, par ses comportements au quotidien, de construire un environnement local favorable à la santé. On parle alors de santé communautaire (**Encadré 1**)

Encadré 1. Santé communautaire: de quoi parle-t-on ?

L'évolution récente des systèmes de santé dans les pays occidentaux a conduit à un désengagement croissant de l'État, qui a mécaniquement reporté la charge sur les collectivités locales et sur la société civile. Ainsi, le développement de l'ambulatoire a transféré un certain nombre de charges de l'hôpital à la sphère familiale et aux acteurs du territoire (ex. associations d'aide à domicile).

Développée dans les années 1970, puis quelque peu oubliée, la santé communautaire a fait son retour sur le devant de la scène, en lien avec les transferts de charge et adossée à la prise en considération

croissante de l'importance des déterminants non médicaux de la santé, c'est-à-dire des facteurs liés à l'environnement physique, social, économique, etc. (Goldberg *et al.*, 2002). La santé communautaire, basée sur l'implication de la population et l'utilisation des ressources présentes localement, apparaît comme un vivier de solutions innovantes permettant d'allier le social et le médical, permettant la participation, l'*empowerment*², l'appropriation de la santé par tous et permettant enfin de développer une offre de service enracinée dans les territoires et adaptée aux besoins différenciés des populations.

La santé communautaire se focalise sur le premier niveau de santé, les autres niveaux relèvent des médecins et hôpitaux spécialisés.

Il convient ici de distinguer deux formes d'implication de la population. La première, la plus simple, est la participation active, voire militante, nécessaire à ce qu'une action locale vive soit animée, promue, etc. Cette implication militante se retrouve dans l'ensemble des cas étudiés. La deuxième forme d'implication est celle qui conduit, pour paraphraser Didier Fassin (1998), à la production territorialisée de la santé publique. Selon lui, pour qu'un fait devienne un problème de santé publique, il doit subir une double opération de *médicalisation*, par laquelle il devient un problème de santé, et de *politisation*, consistant à le faire passer dans l'espace public, voire à le faire prendre en charge par les pouvoirs

2. L'*empowerment* est un anglicisme employé pour désigner l'ensemble des moyens permettant à un individu ou un groupe d'avoir un meilleur contrôle sur tout un ensemble de décisions relatives à leur santé. Voir à ce sujet une revue de littérature complète publiée par Glenn Laverack (2006).

publics. À chaque fois, il est nécessaire que des acteurs se mobilisent ; que des plaidoyers soient développés ; que des oppositions soient déjouées ou des indifférences combattues ; que des espaces d'intervention soient définis. C'est ainsi que la notion de construction locale de la santé peut s'envisager.

Très schématiquement, on distingue trois niveaux en santé, organisés en pyramide. À la base se trouve la santé primaire qui comporte les actions de prévention, promotion de la santé et éducation à la santé, et les soins de base ne nécessitant pas de plateau technique. Aux deuxième et troisième niveaux se situent les soins spécialisés répartis selon leur technicité (le plus spécialisé et rare se trouvant en haut de la pyramide) ; ces niveaux sous-tendent l'organisation hospitalière. En France, le premier niveau de santé est très peu structuré. On a coutume de penser qu'il se limite au rôle des médecins généralistes et des dispositifs d'accueil d'urgence des établissements hospitaliers. Or, dans d'autres pays existent d'autres dispositions territoriales, et les analyser pour les confronter ensuite au cas français se révèle riche d'enseignement. C'est ce que propose ce livre en trois temps.

Le premier consiste en un exposé d'exemples sélectionnés dans des contextes très différents, au Québec, au Mali et au Brésil. Ces exemples sont complétés par une étude de cas en France. Dans un deuxième temps, à partir des observations relevées sur les différents terrains empiriques, se pose la question de repérer les facteurs clé de réussite des expériences locales en santé. Il en ressort une classification de leviers d'action mobilisables pour généraliser et diffuser en modèles des expériences menées localement.

Enfin, quittant le constat empirique et les hypothèses opérationnelles, la dernière partie du livre ouvre sur

une double discussion : premièrement sur les concepts qui sous-tendent la notion de construction locale en santé et qui, malgré le fait qu'ils soient souvent érigés en fondements indiscutables, peuvent être flottants. Le deuxième volet de la discussion porte sur les implications concrètes de la reprise par les politiques publiques, du modèle participatif adossé à un modèle territorial (local) dans les actions de santé en France.

Ce modèle a pu être érigé en paradigme et en modèle d'efficacité en matière de prise en charge sanitaire. Le livre portera un regard critique sur les évolutions que l'on peut anticiper et sur les limites du transfert de ce modèle de construction locale.

I

Construction locale de la santé : études empiriques

Cette première partie propose d'étudier et de comparer quelques exemples locaux pris dans différents pays afin de fonder sur un travail empirique la réflexion développée dans les parties ultérieures. Quatre terrains sont retenus : au Canada, au Mali, au Brésil et en France. Les pages qui suivent les présentent et les replacent dans le contexte de leurs systèmes de santé et de leurs problématiques régionales et nationales. Ainsi, le lecteur aura une meilleure compréhension de la partie suivante, laquelle s'attache à comprendre les processus observables au prisme de la comparaison.

Le point de départ de cette réflexion géographique basée sur un travail de terrain se situe à Montréal. Au Canada, la santé est une compétence provinciale et le premier niveau du système, appelé « première ligne », repose sur un réseau de proximité dont les fondements sont à rechercher dans l'histoire du développement des cliniques communautaires.

1] Histoire de la clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

À la fin des années 1960 sont créées à Montréal la clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles ainsi

que d'autres du même type. Il s'agit d'initiatives partant d'une poignée de bonnes volontés, face au constat de manque de services de santé pour répondre aux besoins d'une population locale. Ainsi, dans le vieux Montréal, le Service aux étudiants du Cégep (Collège d'enseignement général et professionnel) fonde une clinique pour les étudiants dans le besoin. Dans le quartier ouvrier de Pointe-Saint-Charles, c'est un groupe d'étudiants en médecine de l'Université McGill qui fonde une clinique communautaire, inspirés par des modèles existant dans certains quartiers pauvres des États-Unis. Cette initiative reste relativement modeste; outre les étudiants en médecine, le personnel comprend une infirmière, un médecin à mi-temps et un psychologue. Mais la médecine pratiquée est originale, non dissociée de la vie sociale des individus et plus largement de leur quartier, avec l'ambition d'agir sur les causes des problèmes. La clinique de Pointe-Saint-Charles (CPSC) servira de modèle pour la mise sur pied du réseau de santé local québécois et fait encore aujourd'hui référence en matière de démarche communautaire participative (Beauchamp, 1999).

Elle offre des services basés sur une approche globale de la personne, ce qui suppose la prise en compte de 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 les acteurs de terrain. La clinique fait également la part belle à la participation de la population, ce qui influence fortement les choix professionnels et techniques, les orientations budgétaires prioritaires et les actions mises en œuvre.

Sur le papier, ce modèle d'organisation est idéal. Il fait écho à la conférence d'Alma-Ata (OMS, 1978) sur les soins primaires et à la charte d'Ottawa (OMS, 1986) sur la promotion de la santé.

Pourtant, bientôt quarante ans après sa création, la CSPC reste un cas à part. Le réseau de centres locaux de services communautaires (CLSC), développé sur ce modèle, fut largement réformé au début des années 2000 et, finalement, peu d'éléments du projet initial subsistent dans le réseau de première ligne québécois. Les CLSC furent décriés comme une « récupération par l'État de l'expérience des cliniques populaires » selon Gilles Beauchamp (1999), et force a été de constater que leur objectif initial d'être le centre de référence pour 80 % de la population n'a pas été atteint.

Ce constat peut conduire à deux lectures, selon que l'on considère le verre à moitié vide ou à moitié plein. À moitié vide, l'expérience locale n'a pas pu être transposée. À moitié plein, l'expérience locale continue à fonctionner alors que les autres centres créés sur son modèle n'ont pas connu le même succès, le modèle initial recèle donc des caractéristiques qui ont fait son succès; et ce sont peut-être ces caractéristiques qu'il convient d'étudier à partir de faits précis.

2] Croiser les exemples pour comprendre les processus

Si l'exemple de Pointe-Saint-Charles est intéressant à bien des égards, il faut le comparer à d'autres cas sur d'autres continents afin de distinguer les généralités des particularismes locaux, pour étudier non pas les propriétés singulières des lieux mais les processus qui s'y observent sur un sujet donné : ici les dispositifs territorialisés qui se construisent localement pour œuvrer en faveur de la santé des habitants. Dès lors que l'on se réfère aux processus et non aux espaces qui les sous-tendent, des terrains fort différents peuvent être confrontés car les enjeux qui les traversent restent comparables.

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 ».

Les terrains retenus pour cette recherche sont des lieux dans lesquels des expériences à dimension participative ont été menées et positivement appréciées.

La dimension territoriale et la construction territoriale des projets (articulation des acteurs, structures organisationnelles) apparaissaient également comme essentielles. Pour Fournier & 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 ou par un projet à visée collective.

Trois terrains ont été choisis (**Carte 1**) et travaillés dans un premier temps (Montréal, Bamako et Camaçari¹) puis un terrain français fut sélectionné pour tester la pertinence et l'opérationnalité des résultats obtenus sur les trois premiers. Ce dernier terrain se situe à Angers : il s'agit des collectifs santé mis en place dans six quartiers dans le cadre du contrat urbain de cohésion sociale (CUCS).

Les aspects territoriaux, sociaux, organisationnels et les modalités de mise en œuvre et d'action sont convoqués pour tracer les contours des projets locaux de santé.

1. Pour plus d'information sur la méthodologie employée dans le choix des terrains, voir Fleuret (2012a et b et 2015).



Carte 1. Les terrains étudiés.

3] Brève présentation des terrains étudiés

3.1] *La clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles au Canada*

Peuplé de 13700 personnes, Pointe-Saint-Charles est l'un des plus vieux quartiers de la ville de Montréal, enclavé géographiquement entre le fleuve Saint-Laurent, le canal Lachine, la voie ferrée et deux axes autoroutiers. Son histoire reste liée au développement industriel de Montréal. Dans les années 1960, « il y a peu de médecins, aucun ne travaille à temps plein et un seul réside dans le secteur. [...] Les services de santé publics sont limités. Il y a bien sûr les unités sanitaires, dont l'objectif premier est de circonscrire la propagation des maladies infectieuses. [...] 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). La clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles voit le jour en 1968, à l'initiative de jeunes



Extrait du site internet de la clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles.

étudiants en médecine et de citoyens du quartier. Le modèle suivi est à la fois d'offrir des services, de donner un rôle aux citoyens dans l'administration des services de première ligne, voire de permettre aux citoyens de jouer un rôle dans la dispensation des services de santé et des services complémentaires : paramédicaux, services sociaux. Ce modèle se fondait sur un lien entre la pauvreté, les conditions de vie et l'état de santé.

Plus de quarante ans après, la clinique existe toujours et a conservé son fonctionnement communautaire malgré des vicissitudes nombreuses liées à la vie et l'évolution du quartier et aux changements successifs du système de santé québécois.

3.2] Le centre de santé communautaire de Banconi au Mali

Banconi est un quartier populaire à l'est de Bamako, résultant d'un phénomène récent d'urbanisation issu

de l'exode rural. Il s'est progressivement développé en habitat spontané au pied des falaises de Koulouba. Dans les années 1980 n'existaient ni voies goudronnées, ni éclairage public, ni branchements électriques privés, ni réseau de distribution d'eau, ni évidemment aucun équipement sanitaire.



Une enquête sur les soins de santé primaires et la médecine traditionnelle montre que les ménages y consacraient moins de 3 à 5 % de leurs dépenses pour la santé en raison de coûts prohibitifs et d'une distance importante à l'hôpital (Brunet-Jailly, 1988). De ce problème identifié dans la population a germé l'idée de créer une Assaco (association de santé communautaire) qui créera ensuite un Cescom (centre de santé communautaire). Une Assaco est une association privée sans but lucratif regroupant des habitants d'une même zone géographique (quartier urbain ou groupe de villages), dénommée « aire de santé », qui assure la gestion d'un centre de santé communautaire et conduit dans cette zone des activités de protection et de promotion de la santé. Elle est liée à l'État par la signature d'une convention, qui l'engage à participer à la réalisation du service public de santé et précise les modalités de sa participation (Balique *et al.*, 2001).

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 (*via* la participation à l'Assaco).

Depuis, 350 autres Cescom et Assaco ont vu le jour au Mali sur le modèle de Banconi, dans une logique de maillage territorial et avec des fortunes diverses : nombreux sont ceux qui affichent de très faibles taux de fréquentation (voir plus loin).

3.3] Le PSF à Camaçari au Brésil

Le cas de Camaçari (cité industrielle de l'État de Bahia au Brésil) est singulier car, contrairement aux deux exemples précédents, la mise en place d'un centre de santé communautaire ne relève pas d'une initiative locale mais de l'application locale d'un plan national. Le Programme de santé familiale (PSF) est le volet local du Système unique de santé (SUS) mis en place au Brésil. Il a vocation à structurer les soins de santé primaires en fournissant un large éventail de services selon un schéma répété sur chaque territoire local. Une équipe, composée d'un médecin, d'une infirmière,



d'une assistante infirmière et (généralement) de quatre agents de santé communautaire (ou plus), est affectée à une zone géographique. Elle est alors responsable du suivi de l'état de santé de la population vivant dans la zone et de la fourniture adéquate de services de soins primaires, en faisant référence à d'autres niveaux de soins si besoin. Chaque équipe de PSF est responsable de 3500 à 4500 personnes. Le PSF étudié ici est celui de Catù de Abrantès.

Il s'agit d'un territoire contrasté englobant des espaces ruraux et des espaces urbains, des quartiers de favelas et des *gated communities* au profil socio-économique favorisé. Le PSF de Catu de Abrantes fut créé en 1995 et l'on dispose donc de recul pour évaluer son impact. Les modalités de mise en place du PSF sont partout identiques : la première tâche confiée aux équipes est la réalisation d'un diagnostic territorial de santé (**Encadré 1**). À partir de ce document, une offre de services adaptée aux besoins est mise en place.

Encadré 1. Le diagnostic territorial de santé

Les diagnostics locaux de santé (DLS) sont des démarches d'analyse de situation donnant lieu à concertation et propres à fonder un processus de programmation de santé. Si la phase d'état des lieux reposant sur la collecte et l'analyse des informations disponibles pour le territoire (rapports, données statistiques, etc.) est considérée comme une des composantes de la démarche, les DLS s'inscrivent dans une approche plus globale de projet de santé (ou de projet territorial multidimensionnel).

Le projet de santé comprend outre la phase de diagnostic, des phases de détermination de priorités et de construction de programmes d'action.

Les DLS sont très diversifiés aussi bien en termes de territoires couverts (du quartier au territoire de santé), que de type de population, générale ou particulière (enfants, jeunes, personnes âgées, personnes en situation de précarité, etc.), ou encore de thématiques en rapport avec des problèmes de santé ou des problèmes d'accès à la prévention et aux soins.

Les DLS reposent sur l'analyse croisée de la situation sanitaire et sociale, des besoins et demandes de la population et des professionnels, et des forces et faiblesses d'un territoire en matière de ressources et d'actions déjà existantes. La mise en débat de ces analyses favorise la recherche d'un consensus sur les causes des problèmes identifiés qui doit servir de base à la mise en œuvre d'actions, de projets (Adapté d'après le guide à destination des maîtres d'ouvrage d'un diagnostic local de santé, FNORS, 2010).

Le PSF s'est progressivement diffusé sur le territoire brésilien et couvre aujourd'hui plus de 50 % de la population (Medina & Fleuret, 2011). Ce nombre continue de croître. D'un point de vue sanitaire, partout où le PSF est implanté, la mortalité infantile a reculé.

En confiant la responsabilité du niveau primaire aux municipalités, par un processus de décentralisation, le PSF permet un ancrage local, une meilleure appropriation des outils de santé par la population, mais inversement pourrait, s'il n'existait pas de mécanismes de péréquation, produire des inégalités d'un territoire à un autre.

3.4] Les collectifs santé à Angers (France)

L'offre de soins de première ligne est, en France, dévolue aux médecins généralistes – profession libérale non structurée géographiquement. Aucun dispositif ne

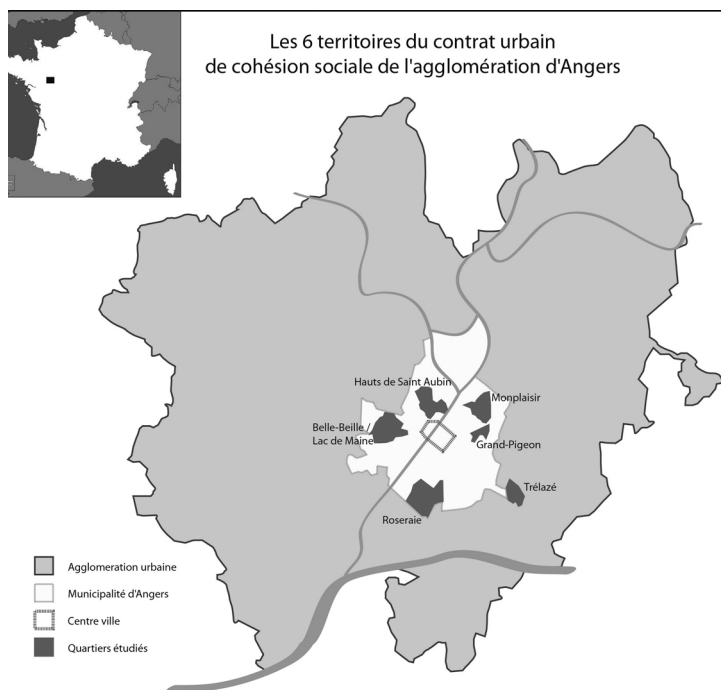
contraint les médecins à s'inscrire dans des réseaux, des groupements ou des initiatives communautaires. Souvent, c'est hors du champ de la santé que l'on trouve les acteurs qui prennent à bras-le-corps la problématique d'une construction locale de santé qui tienne compte des enjeux de transversalité et d'intersectorialité (Billaud, 1999) en dépassant la seule offre de soin. Depuis le milieu des années 1990, les politiques de la ville comportent un volet santé. Ce volet santé fut initié lors de la mise en place d'ateliers santé-villes (ASV). Ces ateliers, inscrits dans le cadre des contrats passés entre la ville et l'État, visaient à développer des programmes d'accès à la prévention et aux soins dans le cadre des politiques publiques locales, palliant ainsi le fait que la santé n'est pas une compétence locale dans l'organigramme décisionnel français, mais une compétence de l'État déconcentrée à l'échelon régional. Ce dispositif s'est poursuivi dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) et aujourd'hui dans les nouveaux contrats de ville (2015-2020).

Le cas angevin s'inscrit dans ce champ. Il revêt la forme de collectifs santé, regroupements de professionnels des secteurs médical et social, d'acteurs municipaux et de représentants de la société civile (habitants, associations). Ces collectifs œuvrent surtout dans les domaines de l'animation en santé (événements) et de l'accès à la prévention et aux soins. Ils sont animés par un agent municipal, chef de projet de quartier. L'agglomération d'Angers compte six collectifs santé (**Carte 2**).

Ces quartiers, tous en périphérie, avec un fort taux de logement social, ont connu des opérations de rénovation urbaine (ORU) dans le cadre du PNRU². Ces opérations

2. Le Programme national de rénovation urbaine (PNRU) institué par la loi du 1^{er} août 2003 pour la ville et la rénovation

conduisent à des démolitions d'HLM et des reconstructions de locatifs visant à introduire de la mixité sociale dans des quartiers parfois ghettoïsés. Ces opérations de rénovation urbaine provoquent des mutations parfois profondes dans les quartiers étudiés et ont un impact sur la santé, notamment sur le bien-être moral des personnes qui voient leurs repères totalement modifiés.



Carte 2. Les collectifs santé d'Angers.

urbaine prévoit un effort national sans précédent de transformation des quartiers les plus fragiles classés en zones urbaines sensibles (ZUS), effort qui porte sur les logements, équipements publics et aménagements urbains. Sa mise en œuvre fut confiée à l'Agence nationale pour la rénovation urbaine (Anru).

II

Expériences locales en santé : les clés de réussite

Cette deuxième partie propose une série de réflexions issues du travail d'analyse des quatre terrains. Il en ressort assez clairement trois clés de réussite. Lors des entretiens sur le terrain, la question d'une transposition des expériences locales était soumise aux personnes interrogées, invitées à identifier les atouts de leur expérience dans une logique de diffusion de celle-ci à l'ensemble du territoire de leur pays. Cette perspective sera discutée dans la dernière partie de l'ouvrage.

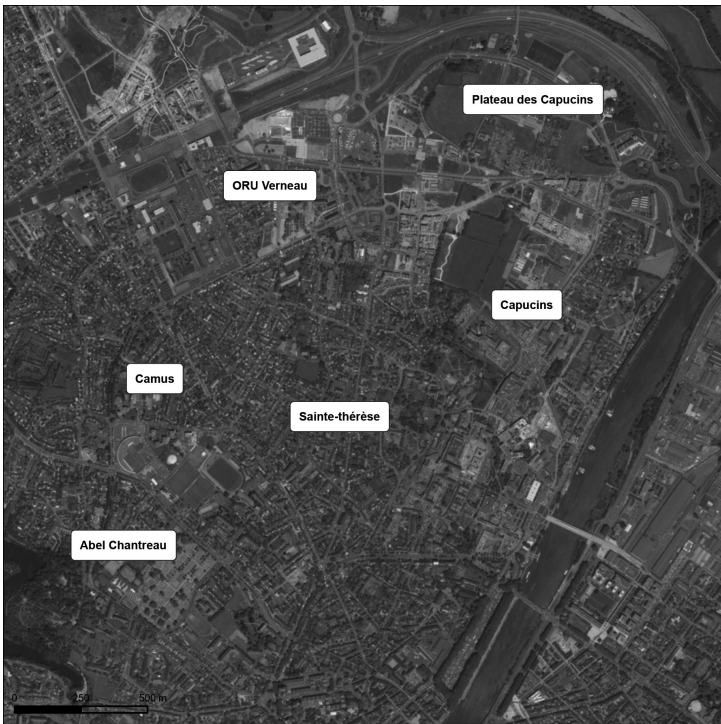
Les trois clés de réussites identifiées pour une construction locale de la santé correspondent aux enjeux suivants : *faire territoire, faire communauté et faire santé*.

1] Faire territoire

Tous les exemples étudiés sont territorialisés. Cette territorialisation est présentée de manière unanime par les personnes interrogées comme un atout.

Pour saisir cette territorialisation, débutons par le cas angevin où les collectifs santé sont inscrits dans le périmètre des zones éligibles à la politique de la ville. Ces zones, géographiquement délimitées, correspondent à des espaces d'application d'une politique publique : il

s'agit de périmètres éligibles à des financements d'actions. Or ces périmètres recouvrent des réalités parfois très différentes. Par exemple, le quartier Hauts de Saint-Aubin (**Carte 1**) regroupe à la fois un quartier de grands ensembles objet d'une ORU (Verneau), des espaces résidentiels (Capucins, Sainte-Thérèse), un espace en expansion urbaine (Plateau des Capucins). À ceci s'ajoutent des espaces périphériques rattachés aux structures sociales du quartier (les résidences Abel Chantreau et Camus). Il en résulte un espace socialement hétérogène composé de populations qui s'ignorent, quand elles ne se craignent pas. Les actions entreprises dans le champ sanitaire, social ou éducatif recouvrent



Carte 1. Les Hauts de Saint-Aubin à Angers.

rarement l'ensemble du territoire et l'ensemble des problématiques, et ciblent un groupe de population ou un autre.

Or, une réelle territorialisation implique que les différents sous-quartiers soient reliés entre eux et que leurs habitants se sentent appartenir à un territoire commun et soient préoccupés des conséquences des politiques et opérations urbaines en termes de santé sur leur espace de vie.

Dans les trois autres terrains, la territorialisation prend d'autres sens :

À Bamako, le centre de santé communautaire (Cescom) fut créé suite au constat d'une carence de services et d'équipement. Le premier centre de soins était l'hôpital du point G à Bamako, situé à plusieurs kilomètres. Or peu d'habitants étaient motorisés. L'enjeu territorial ici était surtout de réduire les distances et de transformer un espace d'habitat spontané en un véritable quartier doté de ses propres ressources.

À Pointe-Saint-Charles, la dimension territoriale se traduit par un ensemble d'actions, de dispositifs visant à intégrer l'offre de services dans le contexte local. Au Québec, ces actions de « pénétration du milieu » associent des visites domiciliaires avec une prise en charge connectée à la vie de la personne et à son environnement, ou encore une inclusion de la santé dans d'autres activités et inversement.

Le quartier possède aussi une forte identité ouvrière et une population, même si largement issue de l'immigration, socialement assez homogène (nous y reviendrons en évoquant la communauté). Enfin, le quartier est une enclave (enserré entre un canal, une voie ferrée desservant une zone industrielle avec de nombreuses friches et deux autoroutes) et certainement du fait de cet effet d'enclave homogène, il existe sur le territoire de

nombreuses associations qui l'animent. La clinique n'est donc pas cantonnée à un rôle de soin, elle s'implique dans la vie du quartier et même dans l'aménagement du territoire, comme en témoigne l'opération populaire d'aménagement (OPA, **Encadré 1**) en 2004, démarche de consultation citoyenne au sujet du devenir du quartier. D'une démarche lancée sur une double problématique de santé et d'action sociale, est né un véritable plan d'aménagement urbain complet¹ centré sur des propositions formulées par les habitants et des acteurs de la clinique communautaire, et ceux de la « table de concertation » *Action Gardien*².

Parmi ces propositions figurent l'aménagement d'espaces verts, la gestion des nuisances liées à la circulation, la propreté du quartier, ou encore le maintien d'une mixité sociale en limitant la gentrification. Ces propositions sont d'autant plus importantes que le quartier est au cœur de grandes opérations d'urbanisme concernant ses importantes friches industrielles (**Figure 1**).

Selon une responsable associative à Montréal, « la prise qu'ont les citoyens sur

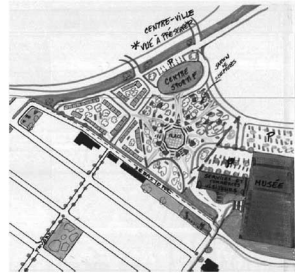


Figure 1. Exemple de croquis d'habitant réalisé dans le cadre de l'OPA.

1. <http://actiongardien.org/node/158>

2. La table de concertation est le lieu institué où se rencontrent régulièrement les acteurs du territoire pour débattre des projets en cours dans une dimension participative. Il existe au Québec de nombreuses tables de concertation rassemblant élus, acteurs privés et organisations communautaires. À Pointe-Saint-Charles, les représentants de la municipalité et du ministère de la Santé ne sont pas conviés à la table qui souhaite garder une posture indépendante et militante.

Encadré 1. Déroulement de l'OPA

« L'aventure de l'OPA a débuté par une assemblée publique tenue le 20 avril 2004, au cours de laquelle on retraçait les grandes lignes de l'histoire du quartier, on présentait les trois secteurs ciblés pour l'OPA et on expliquait dans le détail le déroulement de la fin de semaine. Chacun(e) faisait le choix d'une équipe de secteur et se voyait remettre un cartable d'exercice comprenant des cartes et des crayons de couleur accompagnés d'un mode d'emploi et d'un questionnaire. Chaque participant(e) disposait d'une semaine pour marcher dans le quartier et identifier les endroits qu'il aime et qu'il fréquente, les trajets qu'il emprunte, les activités qu'il exerce, les lieux où les aspects à améliorer, les solutions qu'il propose.

La soirée du vendredi 4 juin était consacrée à la présentation des résultats de l'exercice. Il s'en dégagait une image du quartier qui faisait consensus tant dans les aspects positifs que négatifs. Les équipes de secteurs devaient, à partir des problèmes et propositions compilées pour leur secteur, établir un ordre de priorité et préparer leur itinéraire pour le lendemain matin. Le samedi matin, les équipes arpentaient leur secteur. Les propositions se sont dessinées au fil des discussions dans les ruelles sur les trottoirs, aux abords des terrains vagues, sous les arbres, devant les commerces ou sous les voies ferrées » (Extrait du site de la clinique de Pointe-Saint Charles, ccpsc. qc. ca [consulté le 20/02/2016]).

l'évolution de leur environnement a plus d'impact sur leur santé que la présence d'un établissement de soins sur le territoire. L'agence de santé publique et la direction de la sûreté se sont prononcées dans le même sens

que la clinique [...] sur la base du fait qu'il existait des projets (OPA) propres à l'amélioration de la santé des populations. On arrive là sur des principes et concepts de développement durable, le passage de modèles théoriques du développement durable, du participatif à un projet très concret : l'opération populaire d'aménagement. Pour nous autres, on est toujours dans les déterminants de la santé. Il s'agit d'îlots thermiques, du contrôle des poussières, de la qualité de l'air, de projets "toits verts", des arbres et leur rôle (espaces verts) ou encore de l'exemple du *soccer*. Pour implanter des terrains (espaces verts), il faut des ligues : on débouche sur du lien social ».

Ainsi l'étude de cas de Pointe-Saint-Charles illustre parfaitement le lien qui se tisse entre territoire et santé au travers des déterminants sociaux et environnementaux de cette dernière.

À Camaçari, conformément à la loi, le Programme de santé familiale (PSF) se fonde sur le principe même de la territorialisation : l'implantation de tout PSF débute par un diagnostic territorial (cf. encadré 1 de la partie I). Dans l'un des centres de santé de la ville Catu de Abrantes, le diagnostic a permis aux personnels de santé de connaître leur territoire, ses habitants et leurs problématiques de santé et de localiser les zones plus ou moins défavorisées. Le diagnostic repose sur des données socio-démographiques, des indicateurs de santé qui sont cartographiés, mais également sur une analyse du ressenti des personnels soignants à travers leur pratique au quotidien. Un médecin du centre de santé témoigne : « Même sans la carte [issue du diagnostic territorial, *NdA*], après trois ans dans la communauté on connaît ! On fait de la gestion à vue. Je connais toutes les familles ici, pères, mères, enfants, grands-pères, etc. »

La connaissance du territoire se lit également au travers des partenariats tissés avec divers acteurs de terrain : des personnes liées à l'école, à l'Église, à la politique locale (municipalité), aux groupes associatifs de la communauté (l'association des habitants, l'association de *capoeira*).

De plus, le territoire est littéralement « arpenté ». Pour un médecin rencontré sur place, l'objectif est bien de « changer de modèle, en s'appuyant notamment sur l'agent communautaire de santé (ACS) ». Outre la présence d'ACS auprès des usagers en salle d'attente, c'est surtout par leurs visites domiciliaires que ces derniers tissent un lien étroit entre l'institution, l'équipe soignante et la population. Les agents font un porte à porte systématique pour prendre des nouvelles de la santé des familles qu'elles ont en charge (150 familles par agent) et leur présence dans les ruelles donne lieu à des multiples interpellations sur des sujets de la vie quotidienne, les conditions de vie et la santé. Ces discussions informelles sont autant de temps de délivrance de messages de prévention et de promotion de la santé. Une relation s'installe, et quand des campagnes d'envergure sont lancées (par exemple, la vaccination), « les gens acceptent de venir car il existe une relation domiciliaire quotidienne, en tête à tête » (selon une ACS à Catu de Abrantes).

Les ACS possèdent aussi un rôle important de liaison avec les pouvoirs publics : dans une *favela* en bas de talus, les pluies tropicales fréquentes ravinent le talus que l'urbanisation spontanée a déboisé. L'eau draine les immondices d'une décharge sauvage située en haut de pente et forme un ruisseau où les enfants jouent.



Lors de fortes pluies, ce ruisseau déborde et les habitations du bas, faites de tôles, de bois et de divers matériaux de récupération sont inondées sur des niveaux atteignant jusqu'à un mètre.

Deux femmes âgées d'une soixantaine d'années vivant là souffrent de parasitoses directement liées à ces conditions de vie et à l'insalubrité de leur habitat (l'eau favorise la présence de parasites). Après avoir vérifié que ces femmes observent le traitement prescrit, les agents communautaires de santé engagent une discussion et dressent très vite le constat :



tant que le problème des inondations ne sera pas réglé, la pathologie ressurgira. Il s'agit là d'un exemple illustratif de problématique de santé dont la solution ne passe pas par une politique de santé médicale, mais par une politique urbaine.



C'est dans l'interface avec les autorités locales que les ACS se révèlent essentiels. Quelques rues plus loin, des travaux furent réalisés pour canaliser les eaux d'écoulement. Là, les agents communautaires de santé expliquent qu'elles peuvent contrôler la santé parasitaire sans que leur travail ne soit réduit à néant par les conditions de vie.

Enfin, l'enracinement territorial doit être mis en lien avec l'organisation d'un système de santé très décentralisé.

« Un premier facteur de succès réside dans le fait que la municipalité est sensible à la question de santé et comprend la situation. C'est *in fine* plus l'équipe soignante avec le soutien de la municipalité qui donne l'impulsion aux projets de santé : la communauté accepte bien le moteur mais n'a pas été motrice. Cependant la participation est très importante, c'est un facteur positif » (un dentiste, Catu de Abrantes).

Le PSF brésilien est un programme descendant (*top-down*). Il est l'application locale d'un système national, à l'inverse de Montréal et Bamako, où c'est l'émergence d'une mobilisation locale qui a conduit à une extension au reste du pays. Ce n'est donc pas, à Camaçari, la participation spontanée de la population qui a favorisé la construction locale d'une offre en santé, mais le rôle moteur des acteurs à l'échelon municipal³. Ce rôle moteur est inscrit dans les principes du Système unique de santé brésilien (SUS) et renforcé par la structuration des instances locales, notamment un conseil municipal de santé (CMS) tripartite – mais dans des proportions favorables à la population – qui compte 24 membres, dont 50 % issus de la société civile, et 50 % représentent les gouvernants locaux d'une part et les prestataires de services d'autre part.

La municipalité se révèle donc être un niveau de gestion important au Brésil, avec des niveaux d'implication variables selon les municipalités, allant d'un plein contrôle de la santé (tous les niveaux : primaire, secondaire et tertiaire) à un contrôle partiel. À Camaçari, seul l'hôpital et la vigilance en santé sont de la responsabilité de l'État dans un système fédéral (avec un processus de cogestion locale), le reste est en gestion municipale.

3. La Constitution oblige les municipalités à consacrer à la santé 15 % minimum de leurs ressources.

2] Faire communauté

L'existence d'une réelle communauté (plus qu'un simple voisinage) apparaît dans les cas étudiés comme un enjeu majeur. L'absence de construction communautaire conduit à des formes d'individualisme où la santé n'est qu'un acte de consommation. En santé, la communauté est rarement définie par un périmètre géographique, un quartier ou un village, mais comme un ou des groupes sociaux dont les représentants sont fréquemment invités à la table des décisions, en qualité de caution participative.

Dans les terrains étudiés apparaît la complexité des processus qui sous-tendent les constructions locales d'offre de santé à dimension communautaire. Le lien entre l'offre de soins et la population constituée en communauté est décrit comme essentiel, ce qui se retrouve dans plusieurs dimensions : la première est celle de l'histoire des lieux, de leur identité qui forgent un vécu commun.

« Pour pérenniser, ici on a su créer une tradition » (un responsable de la clinique Pointe-Saint-Charles, Montréal).

« Une communauté doit avoir du vécu ensemble. Pour ça il faut créer de l'évènement. On en trouve des exemples sous deux formes : résistance (par exemple face à la fermeture prévue d'un établissement scolaire) et évènement festif. Autre façon de créer de l'appartenance : aller vers les gens, à leur rencontre, les intégrer au groupe ou, quand nécessaire, faire médiation » (un agent municipal, Angers).

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. Cette notion est centrale en santé communautaire

et renvoie à une approche dans laquelle chacun est « acteur de sa santé » (Charte d'Ottawa). Cela 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 c'est le cas à Bamako. « 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. » Ainsi, tandis que le Cescom de Banconi ne désemplit pas, celui de Dianguinebou, quelques pâtés de maisons plus loin, est beaucoup moins fréquenté. Précisons qu'il n'a pas été implanté au cœur de la communauté mais en haut d'une route non goudronnée et peu accessible.



Un autre aspect essentiel réside dans la participation sociale vue par tous les acteurs de terrain, sans exception, comme un gage d'intégration locale des services. La participation sociale mise en avant par tous les acteurs à Camaçari s'exerce de façon formelle à travers les organes participatifs (*orçamento participativo* [organe participatif sur l'affectation des budgets municipaux] et conseils de santé) et de façon informelle lors des soins ou des actions de prévention. On retrouve ici des éléments de discours similaires à ceux tenus à Montréal autour du rôle des tables de concertation. À Pointe-Saint-Charles, la dimension participative de la gestion de la clinique est présentée comme fondamentale et le fait d'avoir rassemblé jusqu'à 200 personnes en assemblée générale est présenté comme preuve de l'implantation de l'établissement dans son territoire.

Cette dimension participative fait partie des éléments de modèle initial qui ont été généralisés au Québec sous la forme de tables de concertation. À Bamako, la participation est présentée comme constitutive même des centres de santé communautaires puisque ceux-ci s'appuient systématiquement sur une structure associative (Assaco) composée d'habitants et de représentants des différentes instances du quartier.

Les conditions de vie matérielles, sociales et économiques constituent un autre facteur de cohésion communautaire qui peut fédérer les initiatives dans la communauté, en particulier lors de difficultés collectives à surmonter (« défavorisation » matérielle ou sociale, situations de relégation, d'exclusion, etc.). 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 dont la prise en compte se traduit par une adaptation des actions au profil social des populations, un appui essentiel sur les ressources sociales du quartier (par exemple, associations) et par une volonté de répondre aux besoins sociaux pour provoquer l'adhésion des populations mais aussi structurer la communauté.

Cela rejoint une autre dimension, celle du militantisme et de la mobilisation. Les structures communautaires ne sont pas des objets *ad hoc*, mais 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 » (un médecin à Bamako).

Une forme de mobilisation particulière semble renforcer la construction communautaire et créer un appui

pour engager des actions de santé en première ligne, il s'agit de la posture de résistance. Dans les études de cas, cette résistance revêt plusieurs formes : résistance à la privatisation de la santé, à la gentrification du quartier (dénaturant la communauté), à l'institutionnalisation, etc. À Montréal, notamment, le quartier de Pointe-Saint-Charles fait l'objet de programmes d'urbanisme source de gentrification par la construction de logements (les condominiums ou condos) sur les rives du canal Lachine.

« 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. »

À Angers, on trouve dans les discours le constat assez largement partagé qu'« une population trop hétéroclite peine à faire groupe : trop de mixité empêche de se retrouver sur des points en commun » (un travailleur social, Angers).

Ainsi la mixité sociale mise en avant dans les politiques de renouvellement urbain comporte une face négative : en implantant des populations qui n'ont en commun que le fait d'habiter un même lieu, la vie sociale et communautaire s'en trouve appauvrie. La communauté se résume à une somme d'individualités, ce qui est peu propice à l'émergence ou au soutien d'un projet collectif.

3] Faire santé

Tout en étant centrale, l'offre de santé et de soins n'est pas le facteur premier mis en avant durant les entretiens. Cela tient sûrement au fait que 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.

Faire santé revient autant à développer des soins de premier recours (ou soins primaires) accessibles à tous et répondant de façon adéquate aux besoins identifiés localement, qu'à conduire un ensemble d'actions de prévention, éducation et promotion de la santé qui s'appliquent à tous les secteurs de l'action publique dans le territoire observé. Dans cette acception, plusieurs facteurs contribuent à faire santé.

Il s'agit d'abord des formes d'organisation des pratiques professionnelles faisant la part belle à l'organisation collective, la coordination des acteurs, surtout quand ceux-ci sont disparates et appartiennent à des institutions différentes parfois cloisonnées. À Camaçari par exemple, un coordinateur municipal est chargé de faire le lien entre les professionnels de la santé et les autres acteurs du territoire relevant du champ de la santé.

« L'équipe se réunit une fois par mois une demi-journée pour faire un plan de travail avec des objectifs cliniques et des objectifs communautaires. Par exemple on travaille avec les organisations communautaires du quartier qui drainent une clientèle avec des problèmes de santé mentale. Donc on se rencontre régulièrement avec eux. On est un peu en support, par exemple on a répondu à des demandes de formation. On a fait des fêtes aussi, on a organisé un rallye dans le quartier.

Les groupes aussi nous interpellent, par exemple les groupes de femmes sur des questions genre “C’est quoi la dépression ?” On organise alors un atelier » (une psychiatre, Pointe-Saint-Charles, Montréal).

Un deuxième facteur ressort en lien avec le premier : la circulation d’information, le « réseautage ». Cela concerne les professionnels entre eux, mais aussi l’échange avec la population, particulièrement valorisé à Montréal : « Il y a un échange, eux aussi ils nous en apprennent. » Dans ces échanges, plus encore que des agencements d’organisation, 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 menant 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 » (un responsable de la clinique Pointe-Saint-Charles).

« Lors de l’expression de demandes spécifiques, des actions sont menées au sein de certaines associations, plus rapides à mettre en place. Par exemple lors de la création du secteur de pédopsychiatrie du Centre de santé mentale en 1992, la Roseraie est le quartier d’où sont venues le plus de familles. Il semble que les liens existants entre associations et professionnels (écoles, généralistes, PMI) aient facilité ce relais » (un membre de collectif santé, Angers).

La participation de la population aux décisions locales en santé (par exemple, la gestion du centre de santé communautaire) constitue le facteur suivant, et surtout à travers l’idée d’un droit de regard. Pour que la

santé soit l'affaire de tous, 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).

Une profession déjà évoquée s'avère cruciale dans le lien entre la population et les professionnels de la santé : les agents communautaires de santé (à Bamako ou Camaçari), appelés organisateurs communautaires à Montréal, et qui n'ont pas de réel équivalent en France. Au Brésil, l'agent de santé communautaire est perçu par le médecin comme son relais sur le terrain. À Bamako, ce sont les habitants relais-santé qui jouent le rôle de pair-éducateurs dans le domaine de la prévention (par exemple sur le sida). À Montréal, la situation s'est complexifiée et la question qui se pose à présent est celle de l'articulation entre des équipes qui, au fil du temps, se sont spécialisées, entraînant des modes de travail parfois trop cloisonnés.

« Je pense que l'agent communautaire de santé est l'outil fondamental » (un médecin, Camaçari).

« Ce qui a changé, c'est qu'autrefois faire de l'intervention communautaire était le mandat de tout le monde. Il reste aujourd'hui des projets inter-équipes. Mais il se fait de moins en moins d'intervention communautaire au niveau inter-équipes. Chaque équipe a le mandat de développer au moins un ou deux projets communautaires par an et l'équipe communautaire a le mandat de les soutenir » (une organisatrice communautaire, Montréal).

Ensuite, l'ensemble des personnes interrogées pointent l'importance d'une bonne connaissance des besoins sur le terrain. Dans les trois terrains étrangers, des démarches de type diagnostic territorial en santé (DLS, cf. encadré 1 de la partie I) furent menées de manière plus ou moins formalisée. En France, à Angers,

cette dimension de connaissance du territoire est peu mise en avant, même si elle transparaît dans les objectifs du volet santé de la politique de la ville et dernièrement à travers les processus d'élaboration des contrats locaux de santé, suite à la loi HPST (Hôpital, patient, santé territoire) en 2010.

« En France, on [l'Agence régionale de santé, *NdA*] demande aux associations subventionnées de “répondre aux besoins des gens” mais le temps sur le terrain (la demande “De quoi avez-vous besoin”) n'est pas valorisé » (une présidente d'association, Angers).

À Camaçari, cette démarche accompagnant l'identification des besoins concerne aussi 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, il semble vital de disposer de ressources (financements, équipements, services) et de pouvoir les gérer localement avec une marge de manœuvre et de façon autonome (ce qui rejoint les commentaires sur la décentralisation présentés dans la section précédente « Faire territoire »). À Montréal, les professionnels notent que « le financement par programmes conditionne et influence aussi la pratique ». En effet, le financement des actions de santé est ventilé selon un ensemble de programmes décidés par le ministère. Localement, l'établissement de santé doit identifier ses besoins dans chaque programme en fonction de la population qu'il dessert.

Un aspect mérite d'être ici souligné. Sur l'ensemble des terrains étudiés, les acteurs évoquent la question du financement, du subventionnement et de la manière

dont l'obtention des moyens financiers peut être guidée par des orientations stratégiques et politiques qui se décident à d'autres échelles que le local.

« Une chute du budget oblige actuellement à un recentrage autour des aspects médicaux et limite les actions de prévention. Cette contrainte oblige donc à des choix qui ne sont pas toujours partagés par les acteurs de terrains » (un élu, Angers).

Néanmoins, dans aucun des exemples étudiés, les difficultés qui en résultent sont jugées insurmontables, ce qui traduit une capacité locale à mener à bien ces projets. Mieux, le projet de construction locale en santé (communautaire) devient, bien souvent, un moyen soit de combattre l'idéologie néolibérale qui produit le désengagement de l'État, soit d'en atténuer les effets sur les populations les plus vulnérables.

III

De l'expérience locale à la généralisation ?

À travers les quatre cas étudiés, les facteurs de réussite dans la construction de projets locaux en santé ont été mis en évidence. La seule connaissance de ces facteurs suffirait-elle à permettre une généralisation de ces expériences et à installer un système de première ligne en santé territorialisé dans un pays qui en est dépourvu comme la France ?

Quelques compléments semblent nécessaires pour donner plus de corps aux résultats précédents. D'abord, sur le plan théorique, le travail de terrain a montré que les acteurs manient au quotidien des concepts qui, à y regarder de près, sont relativement flottants : d'un acteur à l'autre, leur signification est sujette à variations.

Sur le plan opérationnel ensuite, dans chaque étude de cas présentée, les acteurs rencontrés ne témoignaient finalement que de leur propre expérience. Or c'est justement *la* dimension fondamentale : l'expérience et l'apprentissage que les porteurs de projets ont eu à faire et qu'ils ont développés à partir de rien. Cette expérience sera par nature différente lorsque d'autres, ultérieurement, auront non plus à inventer, innover et trouver leurs propres solutions, mais à reproduire un modèle en suivant une recette fournie.

1] Sur le plan théorique : des concepts flottants

1.1] *Attention primaire, soins de première ligne, premier recours, premier niveau de santé, première échelle géographique*

Les différents termes énoncés ci-dessus se recoupent, sont parfois employés comme des synonymes et pourtant présentent des nuances. Ces termes ont un point commun : la notion de premier contact, de premier niveau dans un ensemble plus vaste. Ils découlent tous plus ou moins directement d'un objectif énoncé par l'OMS dès la conférence d'Alma-Ata (1978) et repris récemment dans un rapport intitulé *Les Soins de santé primaires, maintenant plus que jamais* (OMS, 2008). Les variations de vocabulaires reflètent les contextes locaux et nationaux (au Québec on parlera de première ligne, au Brésil d'attention primaire, en France de premier recours, par exemple). Quels que soient les termes employés, une idée est sous-jacente : la mauvaise santé et la maladie ont de nombreuses causes sur lesquelles le secteur sanitaire seul n'a aucune prise et il convient de les aborder sous un angle plus large impliquant la société dans son ensemble.

L'usage des expressions évoquant le premier recours, les services ou une première ligne (qui suppose d'autres lignes offrant des gammes secondaires, tertiaires, etc.) correspond le plus souvent à la désignation du niveau de la base d'une pyramide organisationnelle dans le cadre d'un système de santé plus vaste. Le Dr Margaret Chan, directeur général de l'OMS, écrit : « Avant toute chose, les soins de santé primaires offrent le moyen d'organiser la gamme complète des soins, du foyer à l'hôpital, en donnant autant d'importance à la prévention qu'à la guérison et en investissant les ressources de manière rationnelle aux différents niveaux de soins » (Chan, 2009).

Mais, à l'instar de Fournier et Potvin (1995), force est de constater que « le concept de soins de santé primaire (SSP) est devenu un credo et un paradigme incontournables pour les décideurs et les planificateurs de la santé des pays en développement, de même que pour les agences d'aide aux pays du Tiers-Monde ».

Pour certains, les SSP procèdent d'une vision holiste de la santé et toute atteinte à ce principe constitue une remise en cause inacceptable (Unger & Killingsworth, 1986). Pour d'autres, le concept est trop large et ne peut se mettre en place qu'avec un nombre limité d'interventions sélectionnées sur la base de leur impact potentiel, de leur coût et de leur faisabilité (Walsh & Warren, 1979).

Cette deuxième acception est plus largement répandue, certainement du fait de sa plus grande facilité à être opérationnelle rapidement, avec des coûts estimables et la perspective de résultats rapides. Pour autant, faut-il refuser la première acception au motif qu'elle est trop complexe et qu'il est difficile de l'évaluer tant les paramètres à l'œuvre sont nombreux ?

1.2] Empowerment, participation et santé communautaire

Pour Levasseur (2005), « la santé communautaire est une des stratégies possibles de mise en œuvre de la promotion de la santé qui repose sur une base collective pour l'action à construire (communauté), l'identification collective des besoins, problèmes et ressources (diagnostic communautaire) et la participation ouverte à tous (médecins, usagers, institutions, etc.) ». Pour Gouëset & 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 soufre ». Il y a en effet un réel risque si l'on ne considère les communautés que comme des ensembles figés dans leurs contours et leurs pratiques. Cela conduit tout droit à leur attribuer une identité définitive et figée, et ouvre la porte au repli communautariste et identitaire. Les principes républicains français œuvrent également à l'inverse (idéologiquement parlant du moins) de l'idée de communauté, en ce sens que l'idéal républicain est universaliste et égalitaire (la même chose pour tous en tous lieux) tandis que l'approche communautaire se fonde sur une différenciation locale. Cela s'apparenterait à une opposition jacobins/girondins en quelque sorte (et de façon caricaturale). Il est pourtant certainement possible de concilier les visions et ce, en adoptant un regard moderne sur la communauté, que l'on pourrait définir tout simplement comme un groupe d'individus réunis par des caractéristiques communes (et non des particularismes) qui peuvent être ethniques, culturelles, sociales, économiques ou encore territoriales. Cette définition extrêmement large permet de considérer la population d'un quartier comme une communauté, elle-même constituée éventuellement de plusieurs communautés plus ou moins imbriquées, plus ou moins interreliées. Ces communautés sont donc malléables et variables, ce qui explique, dans certains endroits, la difficulté à les définir. Un quartier locatif avec une forte rotation des locataires peine à laisser voir une communauté constituée. Ceci d'autant plus que le sentiment d'appartenance est un élément essentiel qui définit la

communauté et qui permet, au nom de cette appartenance commune, de fédérer les gens dans l'action.

Le concept de santé communautaire est généralement accolé à d'autres notions telles la dimension *grass root* ou *bottom-up*, les deux suggérant une initiative partant de la base puis remontant vers les échelons supérieurs du pouvoir ; ou telle que l'*empowerment* qui, en santé, consiste à donner prise sur sa santé à chaque individu.

Pour Fassin *et al.* (1986, cité in Fournier & Potvin, 1995), « dans le domaine de la santé, les décideurs et les intervenants ne définissent généralement la communauté que dans sa dimension géographique mais surtout, ils s'appuient sur ses représentants pour donner une justification communautaire aux choix techniques qu'ils font ».

Le constat dressé par les auteurs à partir de l'étude du cas de Pikine en banlieue de Dakar, au Sénégal, est transposable dans d'autres parties du monde. Il est en effet illusoire d'imaginer que l'ensemble de la population participe de façon homogène à toute concertation, à tout processus participatif. Partout, il existe des leaders, des personnes plus investies que d'autres, à côté d'une majorité silencieuse. Cela ne doit pas conduire à nier l'intérêt des processus participatifs. Certes, ils peuvent devenir des alibis pour les décideurs dans certains cas (voire une façon pour les pouvoirs publics de se défausser, cf. Brown, 2011). Certes, ils peuvent reposer sur quelques représentants de la société dont la légitimité peut être contestée. Mais c'est aux acteurs, et plus encore à l'observateur, de tenir compte de l'existence de ces biais et de composer avec eux, en considérant qu'il existe différents degrés de participation (Arnstein, 1969), et différentes appréciations de formes d'engagement et de mobilisation en miroir du rôle joué par les professionnels, dans la planification et la prise de décision (Rifkin, 1988).

1.3] Territorialisation : des mots à la réalité

De manière synthétique, il est possible de résumer l'idée de territorialisation en santé selon deux acceptions de l'accolage de ces deux termes (Fleuret, 2012).

Premièrement, il peut s'agir d'adapter une offre de service à territoire, c'est-à-dire plus qu'un périmètre géographique, à un espace socialement construit par des acteurs (professionnels, associatifs, politiques) et par des citoyens ou usagers d'un système de santé. Cette offre concerne l'ensemble des services de soins, du premier recours aux services hospitaliers les plus spécialisés, mais également tout un ensemble de services hors du champ sanitaire dont la bonne ou mauvaise adaptation aux caractéristiques du territoire va affecter positivement ou négativement la santé des habitants.

La deuxième acception de l'expression territorialisation de la santé revient à considérer que de nombreux déterminants de la santé ont une dimension territoriale et que par conséquent, il faut l'action conjointe de plusieurs politiques territorialisées pour agir positivement sur ces déterminants et améliorer la santé des populations sur un territoire donné. Cette approche-là remporte en général l'adhésion des acteurs rencontrés dans les projets locaux évoqués précédemment.

Mais bien souvent en France, l'usage des mots territoire et territorialisation en santé, largement répandu depuis plus d'une décennie, renvoie à un simple tracé de périmètre local, avec pour visée une rationalisation de l'offre de soins (**Encadré 1**).

Ainsi, les mêmes mots réfèrent à des réalités différentes et l'emploi généralisé du terme territorialisation n'implique pas forcément un consensus. La polysémie de la notion doit être gardée à l'esprit lorsque l'on songe à une possible généralisation d'expériences locales.

Encadré 1. Une brève histoire des territoires de santé en France

Les prémisses des territoires de santé en France se lisent dans la loi hospitalière du 31 décembre 1970 qui instaure les premières cartes sanitaires. Leur but est de réguler l'implantation des lits et équipements hospitaliers sur le territoire national. Le mot « carte » est à mettre entre guillemets car il s'agit en fait d'un dispositif de calcul rigide et complexe, plus qu'une analyse liée aux besoins des territoires.

Vingt ans après, la loi du 31 juillet 1991 puis les ordonnances d'avril 2016 instaurent les schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros). Au commencement de ces dispositifs, on parle de secteurs sanitaires mais l'ordonnance de simplification sanitaire du 4 septembre 2003, qui vise à passer d'une logique de planification hospitalière à une approche plus globale basée sur l'évaluation des besoins de santé, va instaurer les territoires de santé.

« Le territoire de santé est aussi conçu comme un espace de concertation entre les acteurs du champ de la santé au sens large : professionnels médicaux et sociaux, élus et usagers. C'est la notion de démocratie sanitaire. Elle s'exprime dans le cadre de conférences sanitaires de territoires » (Coldefy & Lucas-Gabrielli, 2008).

En 2009, la loi HPST (Hôpital, patient, santé territoire) renforce la dimension territoriale de la planification en santé en réaffirmant sa régionalisation et le rôle des territoires de santé (qui pour autant se redéfinissent sans cesse) et en créant de nouveaux outils tel que le contrat local de santé.

2] Sur le plan opérationnel

2.1] *Recréer les conditions optimales : la métaphore du terreau fertile*

Les trois exemples internationaux étudiés sont révélateurs : au Québec, comme au Mali, l'implantation sur l'ensemble du territoire de centres de services (de santé) communautaires n'a pas été une réussite totale et dans bien des lieux, la population a continué à recourir à l'offre médicale privée ou à passer par l'hôpital pour accéder aux soins. L'explication la plus fréquemment avancée par les acteurs rencontrés sur le terrain est que l'on a voulu implanter (transposer) des établissements clé en main sur des territoires qui n'y étaient pas préparés. On a voulu planter dans une terre non fertilisée et le plant n'a pas pris racine. La métaphore du terreau a été plusieurs fois utilisée par les personnes interrogées dans des CLSC à Montréal ou dans les Cescom de Bamako. L'idée suggérée est qu'il est nécessaire de préparer le territoire comme on prépare un sol, de le travailler, d'y apporter les éléments nécessaires pour en faire un terreau fertile avant d'espérer qu'un projet puisse y germer.

Cela semble se passer au Brésil alors que, paradoxalement, il s'agit d'un programme d'implantation locale décidé par l'État et pas d'une initiative de type *grass root*. La méthode d'implantation des équipes du PSF qui passe par un diagnostic territorial en santé devant conduire à élaborer un projet adapté aux besoins locaux correspond à cette idée de « fertiliser » le milieu et d'y implanter un projet adapté aux conditions locales.

2.2] *L'innovation en questions*

Une autre question importante est celle de l'innovation. Pour qu'une expérience locale fasse école, il faut qu'elle apporte une plus-value, des innovations, une

façon de faire différente qui remporte l'adhésion. Selon les porteurs de projets rencontrés, l'innovation passe par :

- Des objectifs de changement social qui renvoient au passage de pratiques individuelles à des pratiques de partenariat (mise en réseau, concertation, etc.).
- Des modes de gestion et d'administration incluant une forte dimension participative et une responsabilisation de tous les acteurs.
- Des pratiques professionnelles innovantes, en équipe, associant le médical, le social et le psychosocial qui donnent corps à des métiers d'interface tels les agents communautaires en santé ou les médiateurs en santé publique.
- Une inscription dans le territoire par une recherche de lien et d'adaptation au milieu, une connaissance locale, voire une implication, un militantisme parfois et, dans tous les cas, une organisation décentralisée.
- Une hybridation entre le secteur public et le secteur privé en santé qui, parfois, confine au rôle d'amortisseur dans les mouvements de balancier entre renforcement/affaiblissement de l'État-providence et inversement renforcement/affaiblissement des pressions néolibérales.

Une approche globale de la personne qui conduit à prendre en considération l'ensemble des déterminants de sa santé (biologiques, sociaux et environnementaux) et à proposer une réponse qui va bien au-delà d'une simple prescription médicale. Cela va de pair avec un poids important donné à la santé publique, à l'éducation et à la promotion de la santé.

2.3] La sempiternelle question de l'intersectorialité

Dès lors que la construction locale de la santé est davantage qu'une simple offre de services médicaux de

premiers recours, qu'elle constitue un projet de prise en charge globale de la personne dans son environnement, le projet sort du strict champ du sanitaire pour inclure un ensemble d'acteurs variés. Les acteurs du secteur social, du logement, de l'éducation, des transports, les associations d'habitants, les clubs sportifs, les groupes d'activités culturelles, les employeurs du secteur, tous sont potentiellement parties prenantes afin que, dans leurs actions ils puissent inclure ou relayer des éléments de promotion de la santé.

Sur le papier l'idée est belle. Dans la réalité, il est particulièrement complexe de réunir tous ces acteurs qui s'inscrivent chacun dans un secteur d'activité et dans un périmètre géographique spécifique. L'exemple des collectifs santé à Angers en fournit une bonne illustration. Des efforts importants ont été faits pour construire des groupes de discussion intersectoriels où s'échange de l'information autour de la place de santé dans l'activité des uns et des autres. Le réseautage fonctionne et est particulièrement apprécié des personnes qui participent à ces collectifs à ceci près que sur six quartiers concernés, un seul a réussi à asseoir les médecins à la table. Dans les autres, la santé est discutée sans les acteurs du monde médical. Les pharmaciens ne sont pas plus présents...

Dans de nombreux cas, la mise en place d'une réelle intersectorialité efficiente se heurte à des réticences, voire des résistances (**Encadré 2**). Celles-ci reposent sur les enjeux de prérogatives professionnelles de rémunération. Le cas des médecins est éloquent. Rémunérés à l'acte, le temps dans les réunions collectives visant à la promotion de la santé publique dans leur territoire est autant de temps non rémunérateur pour eux. Des solutions existent comme la rémunération de ces temps de réunion (ce que prévoit la loi HPST) ou, de façon plus

radicale, le passage à un mode de rémunération de type salariat (ce qui est le cas dans les exemples internationaux étudiés). Mais les résistances corporatistes perdurent.

Encadré 2. 1983-1986, le centre de santé de Saint-Nazaire : hier une médecine pour demain

« Transformer trois cabinets de médecine générale en unités sanitaires de base (USB), avec généralistes, infirmières, orthophoniste, diététicienne, animateur prévention et bien sûr personnel d'accueil, tel était le projet imaginé à la fin des années soixante-dix à Saint-Nazaire. La pratique d'une médecine "lente", avec du temps de prévention, du travail en équipe, une facilitation de l'accès aux soins avec le tiers-payant pour tous, l'existence de comités d'usagers, un exercice salarié devenait, le 4 juillet 1983, une réalité. [...] Hélas, c'était oublier que la Cnam (Caisse nationale d'assurance maladie) était dirigée par le syndicat Force ouvrière, hostile, comme ses alliés, les syndicats médicaux CSMF, FMF, SML et la droite, à l'expérience de Saint-Nazaire (que la gauche essayait de baptiser Centre de santé intégré pour être en phase avec son programme commun de gouvernement).

L'inauguration du Centre de santé, début juillet 1983, par Pierre Bérégofoy, se fit sous la protection des CRS ! Il fallait bloquer la manifestation des "libéraux" mobilisés sous la bannière d'Élisabeth Hubert, secrétaire départementale de la CSMF et future ministre de la Santé du gouvernement Chirac ! Une bande dessinée était distribuée à la population pour décrire les "médecins fonctionnaires", donnant

la priorité aux réunions plutôt qu'aux malades et les adressant d'office à l'hôpital public (et non pas à la clinique privée), parce qu'incapables de les prendre en charge! De retour au pouvoir, Chirac mit fin à l'expérience le 31 décembre 1986, "faute d'évaluation" sans dire que cette évaluation faite par des médecins de la Caisse régionale d'assurance maladie s'était volatilisée! » (Coutant, 2008, p. 51).

2.4] *Le chaînon manquant ?*

La construction locale de la santé relève d'une part de la production de santé publique par les acteurs locaux et les habitants, et d'autre part d'actions transversales impliquant l'ensemble des acteurs du territoire, y compris hors du champ de la santé. Il s'agit d'une démarche complémentaire de l'offre de soins essentiellement curative et relevant des seuls acteurs de la santé. Cette construction locale implique des acteurs publics sans forcément de compétences en santé (par exemple, les municipalités) et des acteurs non institutionnels (le secteur privé libéral et le secteur associatif, par exemple). Entre eux, un lien doit s'opérer et bien souvent (en France en tout cas) un chaînon manque. L'agent communautaire peut occuper cette fonction (c'est le cas de deux façons différentes à Montréal ou à Camaçari). Son rôle est d'aller à la rencontre de la population, d'assurer un suivi et une éducation à la santé individuelle d'une part et d'animer le territoire d'autre part en interface entre les acteurs associatifs et communautaires, les élus locaux et les professionnels de santé. Sa présence apparaît donc comme un élément facilitateur pour impliquer tout un chacun dans un projet collectif, communautaire en santé. Mais il est important que l'agent communautaire dispose d'un réel statut.

À Bamako par exemple, les habitants relais santé souffrent parfois d'un manque de légitimité. Pour les soignants, ils sont non diplômés en santé et pour la population, ils sont des habitants qui se positionnent « au-dessus » du lot, ce qui peut être mal perçu. De plus, leur action non professionnelle mais bénévole limite leur engagement. Inversement, s'ils perçoivent une rémunération, le sens de leur engagement peut être sujet à caution entre une motivation pécuniaire ou simplement citoyenne.

À Angers, ce sont les animateurs des collectifs santé (un chef de projet de la ville accompagné d'une infirmière¹) qui tentent en permanence de maintenir les liens ténus tissés, un travail basé sur l'interconnaissance. Et lorsqu'une personne demande sa mutation ou part à la retraite, l'édifice peut être soudainement fragilisé car cette fonction de chaînon manquant reste informelle.

3] Vers une construction locale de la santé en France ?

Dans les domaines de l'attention primaire et de la santé communautaire, la France accuse un certain retard (Schoene, 1996) mais depuis un peu plus d'une décennie « le constat de l'insuffisance des réponses médicales aux besoins de santé et d'approches plus globales se sont imposés » (*ibid.*). Cela s'est partiellement traduit hors du strict champ de la santé avec l'inscription de celle-ci au programme des élus locaux qui ont, progressivement, introduit des préoccupations de santé dans les politiques locales. La récente loi HPST (2009) a également amorcé quelques évolutions dans les pratiques. Plus récemment encore, la loi portant sur la Nouvelle organisation territoriale de la République (Notre, 2015)

1. Concernant le rôle des infirmières, cf. carnetsdesante.fr/Qu-est-ce-que-les-soins-primaires (16/06/2015).

en remaniant les territoires, remet en discussion l'enchevêtrement des territoires d'intervention.

3.1] Une échelle locale qui reste à structurer

D'un point de vue opérationnel, les systèmes de santé, quel que soit le pays considéré, obéissent à un schéma de construction pyramidal avec à la base les services primaires (locaux) et au sommet les services spécialisés (polarisés). Cet état de fait se trouve renforcé par le repli de l'État dans la mise en œuvre directe des services de santé publique (Power, 2011). Ce retrait provoque des « vides » qui sont comblés par des initiatives locales émanant des collectivités ou du secteur de l'économie sociale et solidaire (associations, mutuelles, etc.), avec des variations géographiques importantes. Le retrait de l'État donne lieu à des recompositions locales et les municipalités, notamment, tendent à s'investir de plus en plus dans la santé.

Longtemps les acteurs des politiques d'autres champs sectoriels que ceux des politiques de santé ont eu des réticences à intervenir dans le domaine sanitaire (Demeaux, 2006). Les ateliers organisés à Angers, dans le cadre du volet santé du contrat de ville, ont permis de mesurer tout l'intérêt et toutes les attentes des acteurs de terrain locaux pour que ce mouvement s'accroisse et que de nouveaux développements voient le jour.

3.2] Une lente évolution

Après avoir été au cœur de l'actualité dans les années 1970, la santé primaire et sa dimension locale corrélée aux enjeux de l'accès à la santé sont quelque peu tombées dans l'oubli en France jusqu'au milieu des années 1990, où leur résurgence s'est faite dans un premier temps à travers une réflexion sur les réseaux de santé. Le constat était alors dressé d'un trop grand cloisonnement

des interventions des différents acteurs au chevet de patients dont la prise en charge était de plus en plus souvent ambulatoire, c'est-à-dire hors établissement et de ce fait dans une sphère à la fois familiale et territoriale. Cela induisait d'une part des ruptures de prise en charge et un manque d'efficacité économique dans un système coûteux. Les réseaux de santé avaient pour ambition de fluidifier les parcours de soins, ils ont été une première évolution vers une forme de construction locale en santé.

La deuxième évolution a fait suite à la loi de 1998 de lutte contre la pauvreté et l'exclusion avec la mise en œuvre de politiques de la ville comportant un volet santé. Là, la lutte contre l'exclusion devait intégrer un accès aux soins et plus largement offrir des conditions favorables à la santé pour tous. La mise en place des ateliers santé-ville a œuvré en ce sens dans les zones éligibles ; ailleurs, quelques initiatives ont pu se développer dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps). Si ces évolutions ont le mérite d'impliquer un large spectre d'intervenants hors du champ de la santé, on est encore loin d'une couverture générale et encore moins systématique du territoire.

Enfin, la récente loi HSPT (2009) marque une nouvelle phase d'évolution que l'on peut rapprocher des résultats empiriques de l'étude de cas comparative présentée précédemment.

Dans cette loi, la volonté affichée de définir des territoires de proximité, pertinents, et de territorialiser les politiques publiques de santé succède à un premier mouvement en ce sens, lors de l'élaboration de la troisième génération de schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) au début des années 2000, et semble répondre à l'enjeu « faire du territoire ».

La volonté de replacer le patient au cœur du système et de favoriser la participation se place dans la continuité de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, ce qui correspond en partie à des objectifs communautaires.

Le décloisonnement du sanitaire et du médico-social à travers la mise en œuvre de pôles de santé, de maisons de santé pluri-professionnelles et la négociation de contrat locaux de santé (CLS) sont des pas vers une nouvelle façon de « faire de la santé » en rupture avec le tout biomédical (**Encadré 3**).

Ces évolutions orientent les projecteurs vers l'échelle locale en santé où il reste beaucoup à construire. Néanmoins, il s'agit d'avancées et le processus semble enclenché par l'intermédiaire de mécanismes qui amènent directement à la question territoriale. Il est prévu que la mise en œuvre des CLS s'appuie sur un diagnostic territorial, lequel suppose le recueil d'informations et de données. Un premier résultat visible de cette évolution est le développement d'observatoires locaux de santé (Vaillant *et al.*, 2012). Il s'agit là, *a priori*, d'un réel changement d'échelle.

Encadré 3. Les contrats locaux de santé (CLS)

Le CLS a pour objectif de soutenir des dynamiques locales de santé sur des territoires de proximité urbains ou ruraux qui constituent des infra-territoires de santé.

Il incarne une dimension intersectorielle de la politique régionale de santé dans le but de favoriser :

- l'amélioration des contextes environnementaux et sociaux qui déterminent, à plus ou moins long terme, l'état de santé des populations au niveau local (problèmes de pollution spécifiques, enclavement en matière de transport, etc.) ;
- l'accès des personnes, notamment « démunies », aux soins, aux services, et à la prévention ;
- la promotion et le respect des droits des usagers du système de santé.

Il renforce la qualité de la mise en œuvre de la politique de santé au niveau local dans le respect des objectifs inscrits dans le Projet régional de santé (PRS) en assurant à ce niveau la coordination des financeurs et des politiques affectant la santé mais aussi des acteurs. Il s'appuie sur les initiatives de démocratie sanitaire, à la fois institutionnelles (conférence de territoire, conférence régionale de la santé et de l'autonomie, CRSA) et locales (réunions publiques, débats, enquêtes, etc.).

(Source : ARS Pays de la Loire, document de travail, 2011.)

Conclusion

Le développement d'une construction locale de la santé basée à la fois sur une approche globale de la santé et sur une implication des habitants de type communautaire prend acte de l'influence positive des actions menées localement sur certains facteurs déterminants de la santé. Néanmoins, il s'agit de dépasser la question du local comme une sorte d'échelle incantatoire censée produire du participatif, de l'innovation et de l'efficacité, pour concevoir un réel espace de construction de projet. Les cas empiriques étudiés ici démontrent que leur réussite est tributaire d'un travail global mené sur trois niveaux : la consolidation du territoire, l'articulation communauté/santé et l'adéquation des outils au contexte socio-culturel local. Si l'on regarde plus spécifiquement le cas français, l'exemple angevin n'est pas unique en ce sens que le volet santé des politiques de la ville a, en plusieurs endroits, donné lieu à des expériences de construction locale de réponses à des enjeux de santé. Néanmoins, ces expériences sont cantonnées aux périmètres des contrats urbains de cohésion sociale et donc à des territoires bien spécifiques et urbains. Quelques expériences ont pu voir le jour en milieu rural, plutôt centrées sur des réseaux de santé et autour de la problématique de l'accès aux services et des mobilités d'une part, d'autre part sur la lutte contre l'isolement en lien avec le vieillissement de ces espaces. La transition

démographique est d'ailleurs identifiable comme un facteur d'émergence d'actions dites « horizontales » car les prises en charge liées au grand âge nécessitent de l'intersectorialité.

Dernièrement, la loi HPST (Hôpital, patient, santé et territoire) a créé les contrats locaux de santé qui pourraient bien, à l'avenir, constituer des supports bien plus aisément généralisables d'une construction locale de la santé reposant enfin sur un véritable diagnostic-santé local. Les maisons de santé pluriprofessionnelles créées par cette même loi ont, quant à elle, amorcé un mouvement de décloisonnement entre les professionnels de santé mais très rares sont celles qui ont osé aller au-delà du seul secteur du soin pour s'ouvrir très largement aux questions de santé publique et donc à leur territoire. La plupart se contentent (et c'est déjà un progrès) de regrouper des prestataires de soins dans un ensemble pluridisciplinaire. Quelques-unes (et l'on peut rêver qu'elles soient de plus en plus nombreuses) associent ou intègrent les acteurs associatifs, sociaux et médicaux-sociaux de leur territoire.

Les premiers contrats locaux de santé (CLS) et les premières maisons sociales de proximité (MSP) ont vu le jour et un peu de temps sera nécessaire pour y voir clair, d'autant que plus récemment encore, la loi Notre (Nouveaux territoires de la République) a rebattu les cartes des compétences des collectivités locales, dont celles touchant à la santé et au médico-social. Affaire à suivre donc, mais ne serait-ce pas là l'occasion, alors que tout est à bâtir, de s'inspirer des expériences hors de nos frontières ?

Au-delà de ces évolutions législatives, des limites subsistent.

La participation des médecins généralistes à des actions de prévention et d'éducation à la santé hors

du cadre de leur pratique de cabinet médical se révèle extrêmement rare.

Les pharmaciens sont tout aussi absents. Pourtant, la pharmacie peut être un lieu d'information en santé pour faire passer des messages d'éducation et de promotion de la santé, messages d'autant plus efficaces quand ils sont adossés à la vie des territoires locaux.

Plus généralement, l'enjeu est de dépasser la somme d'initiatives isolées pour développer de véritables projets multipartenaires et transversaux sur le territoire.

La participation de la population à l'ensemble des prises de décisions en santé reste très limitée. L'utilisateur a désormais accès à un nombre restreint de sièges dans les établissements publics, mais ces lieux sont des espaces spécialisés dans lesquels le citoyen ordinaire, non formé, rencontre des obstacles pour faire entendre sa voix, et en saisir les enjeux. La participation locale à l'échelle des quartiers semble plus pertinente mais peine, là aussi, à se mettre en place.

L'échelon local reste le parent pauvre de la santé en France. La planification se joue à l'échelle régionale, et les subdivisions en territoires de proximité restent des ensembles géographiques trop vastes et déconnectées des réalités microlocales. Ceci résulte d'une construction hiérarchique descendante. La libre installation des médecins généralistes en France n'est pas compatible avec un objectif de planification territoriale.

Or, actuellement, cette absence de planification territoriale pèse lourdement sur l'accès aux soins et plus encore sur les perspectives futures d'accès aux soins dans certaines portions du territoire français (les espaces les moins densément peuplés, essentiellement). Il n'y a jamais eu autant de médecins dans le pays et, le *numerus clausus* ayant été relevé (en 1999 seulement), leur nombre et leur densité dans la population

augmentent malgré la croissance de la population et de nombreux départs en retraite¹. Et pourtant, on parle de plus en plus de « déserts médicaux ». On le comprend aisément, ces déserts médicaux ne sont pas une affaire de nombre de médecins formés, mais de répartition des effectifs (les médecins tendent à préférer les territoires urbains et relativement aisés) et de disponibilité (la continuité des soins se pense désormais en termes d'articulation des intervenants, tout ne pouvant pas reposer uniquement sur le généraliste). Ce constat renvoie à la fois à la planification territoriale et à l'organisation des services et donc à l'action publique.

L'échelle microlocale, enfin, est largement ignorée. Or, les résultats observés au Québec, au Mali, au Brésil, ainsi que dans les quartiers angevins, montrent toute l'importance de faire reposer les constructions locales en santé sur l'échelle très fine du domicile ou du voisinage, là où se tissent les réseaux, les coordinations, là où l'interconnaissance, le contact au quotidien rendent poreuses les frontières entre les catégories et secteurs d'intervention. Cela passe, d'un point de vue opérationnel, par une reconquête de l'échelle domiciliaire, par exemple au travers du rôle des agents communautaires de santé (ou des habitants relais-santé), et par l'implication de tous les acteurs, quel que soit leur secteur d'intervention, dans des structures de proximité visant à la promotion de la santé.

1. Quelques données sur les effectifs médicaux :

Nombre de médecins en France en 1968: 86000. Nombre de médecins en France en 2016: 223571 (source Drees/RPPS). Évolution du *numerus clausus* (extrait de valeurs indicatives): 1971: 8588; milieu des années 1990: 3500; 2006: 7000; 2014: 7492. Le nombre de spécialistes augmente tandis que le nombre de généralistes diminue. Ainsi c'est l'offre de premier recours et de proximité qui est la plus affectée.

Références

- Arnstein S. (1969), A ladder of citizen participation, *American institute of planners journal*, p. 216-224.
- Balique H., Ouattara O. & Ag Iknane A. (2001), Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali, *Santé publique* 01/1, n° 13, p. 35-48.
- Beauchamp G. (1999), *Une histoire de CLSC... Les Centres locaux de services communautaires: institutions de la société civile ?*, gillesenvrac.ca [consulté le 19/03/2014].
- Billaud V. (1999), *La Santé dans les politiques de la ville*, Conseil national des villes, MDSL-intervention.
- Brown T. (2011), Géographies critiques de la santé globale, in Fleuret S. & Hoyez A.-C., 2011, *Santé et géographie, nouveaux regards*, Economica Anthropos, p. 39-54.
- Brunet-Jailly J. (1988), *La Consommation médicale des familles des personnels de l'enseignement et de la culture*, compte rendu d'une enquête réalisée en avril 1988 par les adhérents de la Mutuelle des travailleurs de l'éducation et de la culture, INRSP, Bamako.
- Bury J.A. (1988), *Éducation pour la santé; concepts, enjeux, planification*, De Boeck.
- Coldefy M. & Lucas-Gabrielli V. (2008), Les territoires de santé: des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification, Document de travail n° 10, Irdes, irdes.fr/E [consulté le 02/02/2016].
- Collectif Courtepointe (2006), *Pointe Saint-Charles: un quartier, des femmes, une histoire communautaire*, Editions du remue-ménage.
- Coutant D. (2008), Le centre de santé de Saint-Nazaire: hier une médecine pour demain, *Pratiques* n° 43, p. 51.

- Demeaux P. (2006), Vers un observatoire local de la santé à Nanterre, *Espace populations sociétés*, 2006/2-3, eps.revues.org [consulté le 23/06/2015].
- Fassin D., Jeannée E., Salem G. & Réveillon M. (1986), Les enjeux sociaux de la participation communautaire: les comités de santé à Pikine (Sénégal), *Sciences sociales et santé* 4(3-4), p. 205-221.
- Fassin D. (1998), Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique, in *Les Figures urbaines de la santé publique. Enquêtes sur des expériences locales*, dir. D. Fassin, La Découverte, p. 7-46.
- Fleuret S. (2012a), Questionner la territorialisation de la santé en France, conférencier invité au colloque « Santé et territoire », Rennes, 22-23 novembre (actes à paraître).
- Fleuret S. (2012b), Expériences locales en santé communautaire: exemples choisis au Canada, Brésil et Mali, expérimentation en France, *BAGF*, 2012-2, p. 227-246.
- Fleuret S. (2015), Construction locale de la santé: quels sont les facteurs de réussite des projets locaux de santé communautaire?, *L'espace politique* 26/2015-2, espacepolitique.revues.org.
- FNORS (2010), Guide à destination des maîtres d'ouvrage d'un diagnostic local de santé, Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, fnors.org [consulté le 23/02/2016].
- Fournier P. & Potvin L. (1995), Participation communautaire et programmes de santé: les fondements du dogme, *Sciences sociales et santé* 13(2), p. 39-59.
- Glaser B.G. & Strauss A.L. (1967), *Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Aldine.
- Goldberg M., Melchior M., Leclerc A. & Lert F. (2002), Les déterminants sociaux de la santé: apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé, *Sciences sociales et santé* 20(4), p. 75-128.
- Gouëset V. & Hoffmann O. (2006), Communauté. Un concept qui semble poser problème à la géographie française, in Séchet R. & Veschambre V. (dir.), *Penser et faire la géographie sociale*, PUR, p. 263-275.

- Jaunin-Stalder N. & Pécoud A. (2007), Approche communautaire en médecine de premier recours, *Primary Care* 7(22).
- Levasseur G. (2005), La santé communautaire, *Exercer* 72, p. 4-7.
- Laverack G. (2006), Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature, *Journal of Health, Population and Nutrition*, p. 113-120.
- Medina M.G. & Fleuret S. (2011), Des soins primaires à la territorialisation de la santé: le cas du Brésil, in S. Fleuret & A.-C. Hoyez (dir.), *Santé et géographie, nouveaux regards*, *Economica Anthropos*, 2011, p. 179-214.
- OMS (1978), Déclaration d'Alma-Ata.
- OMS (2008), *Les Soins de santé primaires, maintenant plus que jamais*, Rapport sur la santé dans le monde, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- Philibert M.D. & Breton M. (2007), Échelles géographiques et santé des populations, in *Géographie de la santé, un panorama*, *Anthropos, Economica*.
- Power A. (2011), « Community and voluntary sector » dans la santé, formes alternatives d'engagement, in S. Fleuret & A.-C. Hoyez (dir.), *Santé et géographie, nouveaux regards*, *Economica Anthropos*, 2011, p. 195-213.
- Rifkin S.B., Muller F. & Bichmann W. (1988), Primary health care: on measuring participation, *Social science and medicine* 26(9), p. 931-940.
- Schoene M. (1996), *Santé communautaire : mythe et réalité*, Centre de ressources sur le développement social urbain, base.d-p-h.info [consulté le 26/06/2015].
- Unger J.P. & Killingworth J. (1986), Selective primary health care: a critical review of methods and results, *Social Science and Medicine* 22, p. 1001-1013.
- Vaillant Z., Rican S. & Salem G. (2012), Les diagnostics locaux de santé: levier de sensibilisation et de mobilisation pour le pilotage des politiques locales de santé publique visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé?, *Bulletin de l'Association de géographes français* 89(2), p. 184-193.

- Vignerón E. (2010), Une conscience géographique de la santé, *Sciences humaines*, scienceshumaines.com [consulté le 23/06/2015].
- Vignerón E. (2014), *Les Centres de Santé, une géographie rétro-prospective*, FEHAP.
- Walsh J.A. & Warren K.S. (1979), Selective primary health care, *New England Journal of Medicine*, 301(18), p. 961-991.

Table des matières

Sigles (page 5)

Introduction (page 7)

I

Construction locale de la santé : études empiriques (page 13)

- 1] Histoire de la clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles
- 2] Croiser les exemples pour comprendre les processus
- 3] Brève présentation des terrains étudiés
 - 3.1] *La clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles au Canada*
 - 3.2] *Le centre de santé communautaire de Banconi au Mali*
 - 3.3] *Le PSF à Camaçari au Brésil*
 - 3.4] *Les collectifs santé à Angers (France)*

II

Expériences locales en santé : les clés de réussite (page 25)

- 1] Faire territoire
- 2] Faire communauté
- 3] Faire santé

III

De l'expérience locale à la généralisation ? (page 43)

1] Sur le plan théorique: des concepts flottants

1.1] Attention primaire, soins de première ligne, premier recours, premier niveau de santé, première échelle géographique

1.2] Empowerment, participation et santé communautaire

1.3] Territorialisation: des mots à la réalité

2] Sur le plan opérationnel

2.1] Recréer les conditions optimales: la métaphore du terreau fertile

2.2] L'innovation en questions

2.3] La sempiternelle question de l'intersectorialité

2.4] Le chaînon manquant ?

3] Vers une construction locale de la santé en France ?

3.1] Une échelle locale qui reste à structurer

3.2] Une lente évolution

Conclusion (page 61)

Références (page 65)

Collection
Épistémologie de la médecine et du soin
dirigée par Mohamed El Khébir & Gérard Lambert



Au moment de la sortie de ce livre, la France connaît des mutations territoriales qui touchent la médecine de proximité et la santé publique. Cet ouvrage esquisse des pistes de réflexions et d'actions pour une autre politique de santé, où l'humain et son territoire sont au centre des préoccupations sanitaires et sociales qui concourent à la santé, au soin et au bien-être corporel.

Ce livre repose sur la conviction qu'en France, le premier niveau de santé devrait être repensé au regard d'expériences menées dans plusieurs endroits du monde (y compris dans l'Hexagone) et qui témoignent de l'intérêt d'une construction locale de la santé basée sur la prise en compte de ses déterminants médicaux et non médicaux, l'articulation entre les différents acteurs du territoire et la participation des citoyens. À partir d'études de cas observés au Canada, au Mali, au Brésil et dans l'ouest de la France, cet ouvrage développe le concept de construction locale de la santé.

Sébastien Fleuret est directeur de recherches, CNRS UMR ESO (Espaces et sociétés), université d'Angers.



5,99 €