

La santé communautaire aujourd'hui

■ Pour mieux comprendre l'idée, la méthode et les pratiques de la santé communautaire, il est nécessaire de les replacer dans une perspective longue. La santé communautaire aujourd'hui essaye, encore et toujours, de recréer des espaces temps de confrontation, de réappropriation de la santé par les populations concernées. Ainsi, le diagnostic communautaire doit relever de démarches coopératives visant l'autonomie. ■

Michel Bass

Mots-clés

Appropriation

Atelier santé-ville

Autonomie

Éducation pour la santé

Promotion de la santé

Santé communautaire

Société

L'histoire de la santé communautaire s'inscrit dans celle, bien plus large, de l'histoire des idées et notamment des sciences humaines.

D'où vient l'idée de la santé communautaire ?

Depuis la fin du XVIII^e siècle, nous avons assisté à un mouvement de fond, techniciste, étatiste dans tous les domaines de la société visant à contrôler, administrer, prévenir les problèmes, et en particulier tout ce qui relevait des déviances, supposées à l'origine des révoltes populaires.

• **Le XIX^e siècle va être le siècle de ce que Michel Foucault a appelé « le grand enfermement »¹.** Le développement de l'économie industrielle et productiviste a transformé la notion même de ce qui fait société. Ce qui, désormais fait société, c'est la richesse, issue d'un procès de production, elle-même nécessitant le travail (d'où la transformation de cette notion qui va devenir une valeur cardinale de la modernité). Plus tard, on s'apercevra que la production, source de la « *richesse des nations* »², ne peut continuer à croître qu'en multipliant les clients (une production doit être vendue) et la consommation devient une vertu cardinale, et les gens deviennent des consommateurs (l'argent qu'ils gagnent étant un "pouvoir d'achat").

• **C'est dans le cadre de ces évolutions des mentalités et des valeurs³ que s'impose la notion de "déviante".** Les oisifs, depuis longtemps considérés comme dangereux, sont maintenant des parasites, des ennemis

de la nation. Ils vont trouver face à eux une administration visant à les contraindre au travail, ou à défaut à les mettre hors d'état de nuire (enfermement). Nombre d'institutions voient le jour à cet effet : prisons, asiles psychiatriques. Le développement de la médecine et de l'hôpital vise à garantir la "force de production" que sont les gens. Ainsi peut se créer un réel marché du travail : l'offre de travail (force possédée par les gens) sera "de qualité"⁴. Plus humanistes, de nombreux penseurs comme les solidaristes, les socialistes, le philosophe, économiste, historien, sociologue et révolutionnaire allemand Karl Marx, pensent qu'il faut créer des institutions permettant de pallier les effets délétères de l'urbanisation et de l'industrialisation, se traduisant par des mortalités infantiles, juvéniles et de jeunes adultes effrayantes, et se manifestant par une "espérance de vie" très courte.

• **Une tension, un conflit opposent déjà deux tendances,** toutes les deux technicistes, c'est-à-dire ayant une foi, une croyance forte en la technique et la science comme susceptibles d'apporter des solutions⁵ : une tendance étatiste créant des institutions globales : l'hôpital comme lieu de la formation et de la vérité sur les maladies, avec la création de nombreuses spécialités – pédiatrie, pédopsychiatrie, etc. –, les systèmes d'assurances sociales puis de protection sociale, le travail social lui-même, le recueil et l'éducation des enfants, voire le mariage comme fondement de l'éducation des enfants⁶, etc.

Ce système, pour la santé, va très rapidement se partager lui-même en deux conceptions antagonistes : l'une, dominante – la médecine comme solution à la maladie et la mort – et l'autre, minoritaire,

Pour se démarquer de la récupération institutionnelle de la notion de participation, il est nécessaire de revenir aux sources historiques de la santé communautaire.



Dans l'histoire de la santé, une croyance forte en la technique et la science comme susceptibles d'apporter des solutions perdurera jusqu'à la première guerre mondiale.

l'hygiénisme (qui plus tard donnera la santé publique) comme interrogation sur l'origine des maladies. Dans les deux cas cependant, la maladie est l'analyseur commun, ce qui permet de comprendre l'état de santé, et la réponse est centrée sur l'individu (la cure médicale pour les uns, les changements de comportements pour les autres) ;

- **une tendance collectiviste, solidariste avec les syndicats, les associations, les coopératives et les mutuelles.** Ce mouvement est très fort jusqu'à la seconde guerre mondiale. Depuis, le système de protection sociale du *Welfare* (État providence) de l'après guerre a singulièrement affaibli cette dynamique. Il s'agit d'imaginer une société où chacun aurait sa place, où la solidarité serait organique, où personne ne laisserait personne au bord du chemin. Certains, déjà, pendant la révolution française, pensaient sincèrement qu'en rendant les gens et les choses meilleurs, la maladie disparaîtrait.

Ce système étatiste, professionnalisé, techniciste, expert, va de plus en plus être vécu comme conduisant à une "expropriation" de sa santé, de l'éducation des enfants, un système où l'administration dispose de plus en plus de moyens de contrainte et de contrôle. Et en effet, ces moyens de contraintes et de contrôle vont devenir de plus en plus fins et subtils jusqu'à être internalisés par les gens eux-mêmes comme nécessaires à leur santé, à leur bien-être, au devenir resplendissant des enfants, etc⁷.

- **Ces mouvements de fond vont s'arrêter avec la première guerre mondiale.**

L'état du monde qui s'en est suivi, de même que le triomphe de la médecine et des médecins, le développement accéléré de l'après seconde guerre mondiale ont favorisé la croyance dans le fait que les problèmes étaient réglés ou en voie de l'être.

L'accroissement de la richesse, du niveau de vie et des garanties sociales "clouait le bec" à l'intérêt même des critiques.

Formalisation de la critique des années soixante à quatre-vingt

Il faut attendre les années soixante pour voir réapparaître les critiques.

Sur l'asile psychiatrique

Cette période découvre l'indignité du traitement des malades mentaux, indignation d'autant plus aiguë qu'elle est concomitante avec la fin de la **forclusion (à préciser)** entourant les camps de la mort. Cette prise de conscience donne naissance à nombre de pratiques alternatives, reposant sur des analyses souvent très fines :

- **l'anti-psychiatrie**, en Angleterre avec Ronald Laing et David Cooper ([références ?](#)) où la maladie mentale est remise en cause en tant que concept. L'expression de la pathologie est liée directement à la société qui exclut ces personnes.

- **la psychiatrie institutionnelle** Franco Basaglia en Italie qui déclare que les fous doivent vivre normalement et non enfermés, la découverte des neuroleptiques venant d'ailleurs donner de nouveaux moyens à ce projet ;

- **la naissance de l'ethno-psychanalyse** (en lien avec les théories de Sigmund Freud) où Georges Devereux ([références ?](#)) découvre, dans son étude sur les indiens Mohaves à quel point la schizophrénie est la conséquence d'une insuffisante adaptation psychique à l'augmentation de la complexité de la société (plus c'est complexe et moins un individu est capable d'en contrôler la totalité, d'où un morcellement, qui peut devenir tel qu'il ne permet plus la réunification de l'individu).

Sur la santé et la médecine

- **Ivan Illich ([références ?](#))**, penseur de l'écologie politique et figure importante de la critique de la société industrielle, invente le concept de "iatrogénie" où il devient évident que la médecine ne produit pas que des effets positifs, mais qu'en elle-même elle crée ou renforce nombre de problèmes. Dans *Némésis médicale*⁸, il condamne radicalement la médecine dans sa propension à accaparer la santé, et la tendance des médecins à exproprier les gens de leur propre santé.

Ces analyses sont renforcées par des penseurs tels que Michel Foucault, notamment dans *Naissance de la clinique*⁹.

• **Des associations de malades voient le jour et deviennent des fers de lance d'une certaine forme de résistance au "pouvoir médical"**. Ainsi en a-t-il été de l'association des malades lupiques de Gérard Briche¹⁰ qui dénonce vigoureusement la manière dont l'hôpital et les médecins le dépossèdent de sa vie en voulant le soigner et le guérir. Il va ensuite créer le journal *L'Impatient* qui, avant de devenir un support publicitaire des médecines douces, était un vigoureux journal de contestation de la médecine.

• **Dans le même temps, certains médecins fondent le syndicat de la médecine générale en France**. En Belgique, à Tournai, des médecins créent des maisons médicales "cogérées avec les patients". Il s'agit là de créer les conditions de la réappropriation de la santé. Et le terme de "participation de la population"

apparaît. La participation est bien cette cogestion qui permet de renforcer l'autonomie des patients dans le domaine de leur santé.

Parallèlement à ce mouvement européen, une critique de la notion libérale de développement émerge. Portés par une mouvance catholique, des intellectuels comme Henri Desroche (fondateur du collège coopératif), René Dumont, François Partant, dénoncent la désappropriation des habitants du tiers-monde de leurs richesses aboutissant à la fabrication de la pauvreté, de la misère, de la famine dans ces pays.

Dans le domaine de la santé, on voit bien à quel

point cette critique du développement ressemble à la critique du système de santé, et au solidarisme en Europe. D'ailleurs, les Organisations non gouvernementales (ONG) de développement s'opposent violemment aux ONG dites *french doctors* qui apportent la médecine occidentale et ses travers aux pays anciennement colonisés.

C'est dans cette mouvance des années cinquante à soixante-dix que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'interroge également, à partir de sa définition célèbre de la santé, sur ce qu'il faudrait faire pour garantir un niveau de santé décent à la population mondiale. En 1976, l'OMS lance sa stratégie des « *soins de santé primaire et de la santé pour tous en l'an 2000* ». Elle repose sur l'idée – popularisée par l'expérience des médecins aux pieds nus de la Chine populaire – que l'essentiel de la santé peut et doit être assurée par des moyens non médicaux. Eau, alimentation et environnement concourent à cette santé.

Naissance d'une méthodologie de santé communautaire et d'éducation pour la santé

Dans les années quatre-vingt, cette stratégie va progressivement s'articuler à une méthodologie – la santé communautaire – et au développement de l'écologie politique.

• **L'écologie politique** est née à la suite du rapport du Club de Rome ([références ?](#)), association internationale et non politique réunissant des scientifiques, des humanistes, des économistes, des professeurs, des fonctionnaires nationaux et internationaux ainsi que des industriels de 53 pays, préoccupés des problèmes complexes auxquels doivent faire face toutes les sociétés, tant industrialisées qu'en développement. Ce rapport déclarait que les ressources de la Terre ne sont pas infinies et annonçait une grande crise écologique. Ces critiques radicales n'étaient pas partagées par l'essentiel de la classe politique, militante et syndicale.

• **La méthodologie de la santé communautaire stipulant que les questions de santé sont liées aux questions de développement et aux questions d'environnement devrait pouvoir donner lieu à des débats publics**. Tout cela relèverait du catastrophisme, de l'anti modernisme, d'une certaine forme de malthusianisme ([à préciser](#)). Certains pensent qu'une médecine sociale suffirait à résoudre la question de la santé grâce à un meilleur accès aux soins, que la question de la santé pourrait être résolue par la médecine. D'autres pensent que la santé publique, par ses études épidémiologiques, permet de montrer les facteurs sur lesquels agir, et de lancer des programmes. Dans la



L'Afresc

L'Action Formation Recherche en santé communautaire (Afresc) est une association loi 1901 dont le but, inscrit dans le cadre de la santé communautaire et de l'économie solidaire, est la promotion de pratiques coopératives et participatives dans les domaines de la santé et du social. Sa finalité est de contribuer à l'action publique, en réponse aux enjeux culturels, économiques et sociaux contemporains.

L'Afresc a été créée en 1987 à Paris. L'association fonctionne sur le mode d'une démarche coopérative avec ses partenaires. Elle met en oeuvre une méthodologie de la promotion de la santé reposant sur les théories du développement local, de l'anthropologie "maussienne" du don et de la sociologie des réseaux.

Action Formation Recherche en santé communautaire
68, rue St Antoine, 75004 Paris
Tél. : 01 42 72 07 90 - Courriel : equipe@afresc.org
Site internet : www.afresc.org

même idéologie oublieuse de la globalité : si agir sur l'environnement (l'air pollué) diminue la mortalité prématurée par insuffisance respiratoire, on ne questionne pas le mode de production et de consommation ayant abouti à cela. Les questions de santé se trouvent dépolitisées. La santé publique prétend ainsi savoir et pouvoir amener les changements nécessaires à la bonne santé. Autant que la médecine qui proclame à quel point l'amélioration de l'espérance de vie serait le résultat de ses "progrès".

• **Dans tous les cas, les individus sont censés se comporter en bons citoyens, car c'est ainsi que la santé s'améliorerait. Mais la désappropriation continue.**

Ainsi en va-t-il aujourd'hui des personnes âgées : qui peut souhaiter finir ses jours dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ? Qui peut avoir comme seule perspective pour mourir que d'être hospitalisé ? Ainsi en va-t-il aujourd'hui des personnes en difficulté sociale : quelle perspective leur donne-t-on pour leur permettre d'élever leurs enfants quand les services sociaux font des "carences éducatives" un critère de danger et donc de placement des enfants.

• **Face à ces questions, se sont développées, dans les années quatre-vingt la méthodologie de la santé communautaire** (portée par la charte d'Ottawa¹¹ de la promotion de la santé), et les méthodes d'éducation "pour" la santé (qui se différencient nettement de l'éducation "à la" santé).

L'épidémie de sida a amené, par la reconstitution d'une association de malades (AIDES) à reconsidérer le rapport médecin malade, lequel devient, pour Daniel Defert, l'un des créateurs d'AIDES, le "réformateur du système de santé".

Où en sommes-nous aujourd'hui ?

• **La montée de la promotion de la santé et de la santé communautaire a contraint l'institution à en tenir compte.** Cependant elle a tronqué le tout pour ne garder que l'idée de la participation de la population : toutes les procédures (Aide sociale à l'enfance – ASE, Ateliers santé-ville – ASV, réseaux de santé) inscrivent, à la suite des lois de janvier et mars 2002¹², le caractère indispensable de cette participation. Mais celle-ci a tendance à ressembler



L'épidémie de sida a amené, par la reconstitution d'une association de malades (AIDES) à reconsidérer le rapport médecin malade.

étrangement à la participation des parents d'élèves aux conseils de classe dans les écoles avec notamment la présence d'un parent "alibi" à qui l'on interdit de poser ses propres questions...

• **L'appropriation de la santé par les gens eux-mêmes, les instances et les méthodes permettant d'en débattre n'existent cependant toujours pas.**

Dans les Ateliers santé-ville, par exemple, l'institution qui finance demande de faire du diagnostic préalable aux actions. Il s'agit dans la presque totalité des cas de demandes de diagnostic expert, de type épidémiologique. La fonction de diagnostic se réfère au diagnostic expert qui va donner les axes de travail nécessaires à "la diminution des inégalités de santé" (on est plus prudent, on ne parle plus de "régler la question de la santé"). Mais la production de savoirs, de programmes "pour" la population continue. Ces productions renforcent continuellement la dimension hétéronome de la prise en charge de la santé.

• **En santé communautaire, cette fonction diagnostic est transformée : il s'agit, dans une démarche de recherche-action, de viser à l'appropriation, à l'autonomie.**

Pour se démarquer de la récupération institutionnelle de la notion de participation, il est nécessaire de revenir aux sources historiques de la santé communautaire. ■

Notes

1. Foucault M. *Histoire de la folie à l'âge classique.* (compléter)
2. Smith A. *Recherches sur la nature et les causes de la richesse des nations.* (compléter)
3. Lire à ce sujet : Weber M. *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme.* (compléter)
4. En contraignant les bénéficiaires du Revenu minimum d'insertion (RMI) à se soigner pour s'insérer professionnellement, nous sommes toujours dans la même idéologie.
5. Lire à ce sujet : Habermas J. *La technique et la science comme idéologie.* (compléter)
6. Lire à ce sujet : Donzelot J. *La police des familles.* (compléter)
7. Paul Feyerabend, dans son livre *Adieu la raison* (compléter) s'interroge sur les raisons qui poussent des malades à accepter la mutilation pour prolonger leur vie de quelques mois. Où l'on voit bien que l'idéologie médicale a accaparé jusqu'à l'idée de la vie. Mais Étienne de La Boétie quelques siècles auparavant s'était déjà interrogé sur les raisons qui poussent les gens à accepter la servitude (*De la servitude volontaire*) (compléter)
8. Illich I. *Némésis médicale,* Seuil, 1975.
9. Foucault M. *Naissance de la clinique.* (compléter)
10. Briche G. *Furiculum vitae.* Ouvrage édité dans les années soixante-dix à compte d'auteur ; La santé à bras-le-corps, revue *Autrement*, année ?
11. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, 1986, téléchargeable sur : http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=french
12. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 renouvelant l'action sociale et médico-sociale ; loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Auteur

Michel Bass, médecin santé publique et sociologue, Afresc (Action Formation Recherche en santé communautaire), Paris (75) equipe@afresc.org