

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.