

Des stratégies de promotion de la santé souvent « évoquées », encore trop peu « pratiquées »

Parmi les nombreuses stratégies intégrées dans des politiques de réduction des inégalités de santé, le renforcement des capacités des individus et des communautés pour améliorer leur santé et leur bien-être est toujours mentionné¹. Cette stratégie est d'ailleurs une des composantes de la promotion de la santé et en constitue un des cinq domaines d'action dans la charte d'Ottawa. Il n'est probablement plus un plan régional de santé en France qui ne la mentionne comme un de ses objectifs. La publication récente des recommandations de la Haute Autorité de santé sur l'engagement des usagers² dans les secteurs social, médico-social et sanitaire participe de cette reconnaissance de la place des usagers dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et actions de santé. Mais le passage de l'intention à l'action reste complexe et la création de conditions et d'environnements favorables, décrite comme un des facteurs de réussite à cet engagement, nécessite encore d'être encouragée et soutenue.

Ainsi, malgré un consensus apparent, il reste encore beaucoup à faire. La mise en « pratiques » des démarches associant les principaux concernés est encore difficile et dans les faits peu développée. Un certain nombre d'hypothèses peuvent être suggérées pour expliquer cette situation, certaines relevant de la place réelle faite à la promotion de la santé dans les politiques de santé, d'autres relevant d'une certaine confusion dans les concepts et termes liés aux stratégies de renforcement des capacités des individus.

Les démarches communautaires en santé : une stratégie de réduction des inégalités de santé sous certaines conditions

S'il reste beaucoup à faire, c'est sans nul doute en raison d'une difficile appropriation par le champ de la santé publique des enjeux de la santé communautaire et par une ambiguïté persistante entre la reconnaissance de la place des habitants-usagers-citoyens et la difficile « acception » ou « intégration » de ce que cela nécessite comme changement de « manières de faire ». L'enjeu essentiel ? La question des savoirs et des pouvoirs, qui continue d'être au cœur des tensions entre, d'un côté, une santé publique basée sur des « connaissances objectivées par l'expérimentation en épidémiologie, économie... » et, de l'autre, un pouvoir

d'agir s'appuyant sur une connaissance construite et mobilisée à partir d'une expérience quotidienne de personnes et de groupes reconnus comme légitimes [33].

Car ce qui fonde les démarches communautaires en santé réside bien dans la reconnaissance de l'expérience vécue comme une source de savoir légitime. Et c'est à travers cette reconnaissance, ou plutôt dans la manière dont elle s'opère et est prise en compte, que naissent parfois quelques malentendus dans l'usage qui peut être fait de cette stratégie comme « instrument de la réduction des inégalités de santé ». Les démarches communautaires en santé s'appuient sur un certain nombre de repères, parmi lesquels le partage des savoirs et des pouvoirs, la mutualisation des ressources, l'implication de tous les acteurs concernés à travers une démarche de co-construction³...

Le risque est aujourd'hui de mobiliser les démarches communautaires en santé comme stratégie d'adhésion aux politiques de santé et pas comme un processus visant la co-construction, les résumant ou les réduisant ainsi à un « aller vers » facilitant l'appropriation par les populations les plus éloignées du système de messages visant les changements de comportement individuels, ces messages restant ceux des institutions et des professionnels. Il ne s'agirait alors que de modifier le vecteur de l'information (d'autres citoyens) dans une démarche de prévention qui resterait descendante, sans modifier ni le contenu ni les objectifs [62] *in fine* de voir les inégalités de santé s'accroître. Dans la gestion de la crise de la Covid-19 par exemple, c'est une chose que d'aller vers les publics vulnérables en s'appuyant sur des habitants pour traduire des messages de prévention (respect des gestes barrières, port du masque)⁴, c'en est une autre que de construire des espaces de partage d'expériences où professionnels,

3. Voir les repères du Secrétariat européen des pratiques de santé communautaires (Sepsac) : <http://www.institut-renaudot.fr/download/Reperes-Sepsac.pdf>

4. On peut toutefois signaler des réalisations remarquables comme celle de Banlieues Santé. Son fondateur le dit clairement : « Les messages de santé publique ne sont pas adaptés à tout le monde. Il faut souvent les simplifier ». Ou encore : « Rendre la santé accessible, c'est avant tout prendre en compte les difficultés sociales des personnes qu'on veut aider. » (L'Obs, 10 décembre 2020, n° 2928). On peut aussi rapporter une initiative du département de Seine-Saint-Denis avec ses « ambassadeurs du numérique » (de jeunes volontaires du service civique), qu'il prépare également, en partenariat avec un laboratoire de l'université Sorbonne Paris-Nord, à aborder les questions rencontrées par les habitants dans la gestion du risque de Covid sur les lieux qu'ils fréquentent, notamment à l'occasion de démarches sociales.

Anne Laurent

Directrice de l'Institut Théophraste-Renaudot

Pierre Lombraill

Professeure émérite de santé publique, Laboratoire éducations et pratiques de santé (Leps), UR 3412, université Sorbonne Paris-Nord

1. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/02_M_Marmot_Closing_the_gap.pdf

2. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3202458/fr/faciliter-l-engagement-des-usagers-la-has-publie-sa-premiere-recommandation



institutions, habitants construisent une réponse adaptée permettant de prendre en compte les difficultés et les contraintes de chacun et aboutissant à une gestion de crise où individus et organisations s'engageront dans un processus de changement individuel et collectif.

Les démarches communautaires en santé s'intègrent dans une diversité de stratégies qui permettent de faciliter l'accès aux services, à la prévention et aux soins : médiation en santé, aller vers... Elles participent d'un système complexe où l'ensemble des acteurs ont leur place. Et c'est sur ce point sans doute qu'il s'agit aussi de lever une ambiguïté : le fait de reconnaître l'expertise des habitants-usagers-citoyens n'implique en rien que celle des professionnels et des politiques soit mise de côté. La démarche est un processus complexe où les questions, les expériences, les connaissances font l'objet d'un échange permanent pour aboutir à une compréhension des solutions partagées, à des changements dans les organisations, les positionnements, les environnements. Mais encore faut-il créer les conditions favorables de la rencontre. Celle-ci n'est possible qu'à travers un processus préalable visant à « préparer » le cadre mais aussi les acteurs à une démarche complexe où il faudra tout à la fois comprendre et être compris, s'exprimer et être entendu, écouter et entendre.

La littératie en santé : un outil des démarches communautaires en santé ?

La co-construction n'est possible que si elle s'appuie sur une connaissance partagée. Dans le cadre des démarches communautaires en santé, ce partage nécessite, là aussi, de relever plusieurs défis : rendre le système et les enjeux de santé publique intelligibles et accessibles aux habitants-usagers-citoyens et leur permettre de traduire leur expérience en connaissances explicites et partageables. La littératie en santé peut constituer un levier puissant des démarches communautaires en santé dès lors qu'elle a pour objectif notamment de développer l'*empowerment*, de faciliter la participation et la prise de décision. Définie comme « les connaissances, la motivation, les compétences permettant d'accéder, comprendre, évaluer et appliquer l'information dans le domaine de la santé pour ensuite se forger un jugement et prendre une décision en termes de soins de santé, de prévention et de promotion de la santé dans le but de promouvoir et de maintenir sa qualité de vie tout au long de son existence⁵ », elle devient alors un outil de développement des connaissances sur soi et sur son environnement permettant de ne pas se laisser instrumentaliser par des dispositifs médicaux... et de résister dans des rapports de force. Dans le cadre d'une démarche communautaire, cela implique que dans un premier temps professionnels et institutions rendent intelligibles le système de santé, les données disponibles, le cadre institutionnel et

légal dans lequel ils situent leurs décisions et leurs interventions. Mais ce partage n'aura de sens que s'il permet le débat, voire la remise en cause et l'élaboration d'alternatives. Cela nécessite de penser la littératie en santé non plus seulement comme un processus d'appropriation d'une information dans un but de compréhension du système de santé (littératie fonctionnelle ou instrumentale) mais bien aussi comme un instrument d'affirmation, de réaffirmation de ses propres besoins, et de changement y compris du système lui-même (littératie critique) [57].

Passer du paradigme de changement de comportement à un paradigme de changement social ou d'un modèle biomédical du soin et de la prévention à la promotion de la santé ?

Alors que la connaissance des inégalités sociales de santé et des stratégies efficaces pour les réduire (au moins ne pas les aggraver) s'enrichit, pourquoi le passage à l'action paraît encore si compliqué ? La crise de la Covid-19 a été une illustration de la difficulté à penser une question de santé dans une approche intégrée où prévention, soins et modèle de santé global [54] sont articulés autour d'un objectif commun [49]. Elle a fait réapparaître (si tant est qu'il ait disparu) un modèle de gestion des problèmes de santé centré sur le soin, le système de soins, et réduit l'expertise scientifique le plus souvent à celle de l'épidémiologie et de la recherche clinique... Les autres voies-voix⁶ n'ont été que peu explorées ou entendues, si ce n'est au niveau local par la mobilisation citoyenne et/ou d'autres champs que celui de la santé publique, pour compenser les effets de la crise sur les inégalités sociales et de santé à travers des actions de solidarité, d'adaptation des services, dont nous donnons quelques exemples ci-dessous. Le discours politique et de santé a été centré sur les comportements individuels : respect des gestes barrières et du confinement, présentés comme les déterminants essentiels de la résolution d'une crise et de la protection du système de soins. La promotion de la santé a été la grande absente en tant que stratégie d'une politique de santé explicitée et développée comme telle par les pouvoirs publics. Les connaissances relatives aux inégalités sociales de santé ont été peu exploitées pour construire une politique de gestion de crise intégrant au moins leur non-aggravation comme un objectif explicite. Comme si la crise avait subitement fait émerger une réalité pourtant déjà bien documentée et connue des acteurs de santé publique, parmi lesquels ceux de la promotion de la santé. Les inégalités de santé se sont aggravées mais on a regardé le système de soins, essentiellement le système de soins...

6. Voir par exemple la tribune publiée par la Fnes (Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé) le 5 mai 2020 : « Épidémie, crise sanitaire et Covid-19. Le pouvoir d'agir de la promotion de la santé ».

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.

5. <https://www.promosante-idf.fr/dossier/litteratie>

Quelques exemples

Actions de solidarité et aller vers

Par leur très bonne connaissance de la population et du territoire, les femmes relais, les médiateurs en santé, les militants d'ATD Quart-monde ont été particulièrement mobilisés pour aller vers la population dans de nombreuses villes. Ainsi l'analyse des besoins et le contact direct ont contribué à faire émerger des besoins spécifiques, notamment dans le domaine de l'accès à l'alimentation et de la continuité des soins. Outre leur implication directe (distribution de paniers repas, colis alimentaires), ces acteurs locaux ont aussi joué un rôle extrêmement précieux de sentinelles pour alerter très tôt sur l'impact de la Covid-19 sur les inégalités de santé.

Accueil des femmes victimes de violence au supermarché

La période de confinement voit augmenter le nombre de violences faites aux femmes. Dans le département de l'Essonne, les associations Pause et Oppelia proposent d'accueillir les femmes dans un local dédié situé au sein d'un centre commercial, ouvert mais protégé. L'accès au local peut se faire dans le cadre d'un déplacement « normal ». Les permanences sont assurées par un thérapeute ou un travailleur social, deux fois par semaine, un matin et un après-midi. Le commissariat et le CIDFF 95 (centre d'information sur les droits des femmes et des familles) sont associés au projet pour faciliter l'accompagnement et le dépôt de plainte. Les mesures barrières sont respectées pendant l'accueil. Aucune communication grand public n'est diffusée sur ce lieu. L'information circule par les professionnels, les associations, le commissariat...

Adaptation de l'accueil des enfants

À Mayotte, les étudiants en DU d'animateurs en santé communautaire, coordonné par l'Institut Renaudot, se sont mobilisés dans le cadre d'une démarche communautaire en santé pour organiser la rentrée scolaire dans un environnement particulier où l'application des protocoles sanitaires nécessitait une réflexion collective. Parents d'élèves, enseignants, directeurs d'école ont été associés pour se former, accéder à l'information sur la Covid-19 et co-construire des modalités d'accueil des enfants adaptées au contexte.

Aide aux personnes isolées

Exemple de la maison de la prévention à Fontenay sous-Bois. En lien étroit avec les services sociaux municipaux et du département, les associations de locataires, de parents, culturelles, le collectif citoyen, les réseaux de solidarité (RESF...) se sont organisés pour aller à la rencontre virtuelle, phonique, voire physique autant de fois que nécessaire, des habitants dans les différents quartiers de la ville, avec une priorité en direction des plus isolés. Aide pour les courses, pour les dossiers de demandes de secours, soutien scolaire ou plus simplement répondre au besoin de parler, de rompre l'isolement... Ces expériences, inédites pour une grande majorité, ne sont pas sans soulever beaucoup d'émotions et d'interrogations sur ce qui a engendré la mobilisation d'un professionnel, un psychologue, pour soutenir ces intervenants d'un nouveau genre. ●

Inégalités sociales et inégalités territoriales : quelles interactions et quelles conséquences pour les politiques publiques ?

L'approche des inégalités sociales de santé s'accompagne le plus souvent d'un abord par les inégalités territoriales, conduisant au concept d'inégalités sociales et territoriales de santé. L'amélioration de la cartographie en santé produit aujourd'hui des représentations simples, à l'échelle des quartiers, pour des données croissantes, contrastant avec la faiblesse des outils de description sociale individuelle. L'approche territoriale apparaît donc comme un moyen facile de mesurer les inégalités sociales de santé. Cette lecture est d'autant plus pertinente que les inégalités territoriales ne sont pas spontanées, se construisant d'abord par la conjonction de logiques sociales (inégalités sociales de santé) et urbaines (phénomènes de ségrégation

notamment) qui concentrent sur certains territoires des catégories à l'état de santé plus dégradé.

Dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques, la dimension sociale est parfois même réduite à cette vision territoriale. On propose de discuter cette pratique à partir de l'expérience de l'agence régionale de santé (ARS) francilienne, autour d'une question simple : l'approche territoriale peut-elle peser sur les déterminants sociaux ?

Île-de-France : face à des contrastes sociaux violents, une politique publique fondée sur les territoires

L'Île-de-France est la région métropolitaine marquée par les écarts sociaux les plus vastes : l'écart de revenus interdécales est égal à 4, contre 3,5 en France métropo-

Luc Ginot

Direction de la santé publique, agence régionale de santé Île-de-France