



HAL
open science

La disparition de la communauté en santé publique et santé mondiale : origine sémantique, pragmatique ou contextuelle

Valery Ridde, Thomas Druetz

► **To cite this version:**

Valery Ridde, Thomas Druetz. La disparition de la communauté en santé publique et santé mondiale : origine sémantique, pragmatique ou contextuelle. La santé communautaire dans tous ses états, 2016. hal-01673601

HAL Id: hal-01673601

<https://hal.science/hal-01673601>

Submitted on 30 Dec 2017

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

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

La disparition de la communauté en santé publique et santé mondiale : origine sémantique, pragmatique ou contextuelle¹ ?

Valéry Ridde² Thomas Druetz³

« Tendances lourdes » disent souvent les experts en sondage et autres spécialistes du marketing. Dans le domaine de la santé publique, au sens large du terme, il nous semble déceler depuis plusieurs années une évaporation, non seulement du terme de santé communautaire, mais plus simplement de celui de communauté. Dans ce texte qui n'a pas d'autres prétentions que de partager une réflexion, on ne reviendra pas sur les définitions conceptuelles ou théoriques de la communauté, ou de leur implication pour les interventions, des auteurs plus qualifiés que nous, en ont fait l'analyse depuis longtemps (Saillant, 2004 ; Vibert, 2006 ; Vibert et autres, 2012). On tentera plus modestement d'évoquer que la santé communautaire, ou plus largement la place de la communauté en santé publique, reste, au pire en déclin, et au mieux, encore à la marge du courant dominant d'une santé publique technocratique. Pour ce faire, on prendra deux exemples tirés de contextes que nous connaissons relativement bien et au sein desquels nous sommes impliqués, soit l'enseignement à l'Université de Montréal et la recherche en Afrique de l'Ouest. On évoquera donc ici la santé publique et la santé mondiale, mettant de côté les débats sur leur différenciation avec la santé communautaire et la promotion de la santé que nous avons évoquée ailleurs (Ridde, 2007 ; Ridde, 2013), mais nous y reviendrons.

La santé communautaire et l'enseignement universitaire

En Amérique du Nord, dans le domaine de l'éducation, de l'évaluation ou de la santé publique, une autre tendance lourde se dessine, celle des accréditations, des approches pédagogiques par compétences et des listes de compétences essentielles. En santé publique, une liste de compétences essentielles a été proposée par des auteurs américains (Calhoun et autres, 2008). Plus récemment, il a été aussi suggéré une série de compétences pour la formation en santé mondiale (Ablah et autres, 2014). Ces compétences sont souvent éloignées de ce que les experts en didactique suggèrent car elles se rapprochent plus d'objectifs d'apprentissage. À Montréal, la maîtrise en santé communautaire, qui dispose d'une option en santé mondiale, est accréditée depuis

¹ Nous tenons à remercier Lise Goulet pour ses commentaires sur une première version de ce texte

² Professeur agrégé et chercheur, Ph.D., École de santé publique de l'Université de Montréal, CRCHUM, Nouveau chercheur IRSC. Correspondance : valery.ridde@umontreal.ca

³ Doctorant, École de santé publique de l'Université de Montréal, CRCHUM.

plusieurs années par le « Council on Education for Public Health » (CEPH⁴). Cela semblerait apporter une crédibilité à la formation et rassurer les étudiants, bien que cette hypothèse reste à être démontrée nous semble-t-il. Cet organisme d'agrément exige maintenant que la maîtrise organise ses enseignements par compétences, sans toutefois contraindre les universités à suivre les listes que nous venons d'évoquer. Mais elles ont forcément une influence, par exemple notre maîtrise n'abordait pas vraiment le domaine du management et des politiques de santé, cours qu'il a fallu donc créer (puisqu'il était offert par une autre maîtrise). Les défis d'un tel changement paradigmatique au plan pédagogique sont immenses, au-delà de sa pertinence pour améliorer la qualité de la formation des professionnels de santé publique. Mais l'organiser pour l'ensemble des cours d'une maîtrise est un tout autre défi. Quoiqu'il en soit, on peut toujours se retourner vers ces listes de compétences.

Que nous révèlent-elles à l'égard de la place de la communauté ? Dans le référentiel de l'« Association of Schools of Public Health », ses 12 domaines et ses 119 compétences, le terme communauté apparaît dans 15 compétences, soit 13% (Calhoun et autres, 2008). C'est dans le domaine sur la diversité et la culture que le terme « communauté » apparaît le plus. Il est absent dans les domaines concernant la biostatistique, l'épidémiologie, la prise en compte du biologique. Les 38 compétences en santé mondiale sont regroupées dans sept domaines (Ablah et autres, 2014). Le terme de « communauté » s'y retrouve à quatre reprises (10%). Il est réparti dans trois domaines (renforcement des capacités, collaboration et partenariat, analyses stratégiques). Il est absent des autres, par exemple les aspects sociaux, culturels ou la gestion des programmes.

On peut aussi se demander pourquoi, à partir de la rentrée 2014, il a été décidé que la maîtrise de santé communautaire de l'Université de Montréal soit transformée en maîtrise de santé publique. On se rappellera que le doctorat en santé communautaire créé en 1979 à Montréal s'est aussi transformé en doctorat de santé publique en 1996. Le changement de nom voulait suivre la transformation du système de santé québécois et la création des directions régionales de santé publique qui remplaçaient les départements hospitaliers de santé communautaire. Les collègues de l'Université Laval, habitués à ces débats sans fin depuis toujours sur cette dualité santé publique vs santé communautaire, doivent se dire que finalement, Montréal n'est pas si loin que cela de Québec.

Du doctorat à la maîtrise, la santé communautaire a donc disparu des titres des diplômes et des formations en l'espace de moins de 20 ans à l'Université de Montréal. Ainsi, dans

⁴ Le CEPH est un organisme indépendant des États-Unis d'Amérique dont l'objectif est d'accréditer des programmes et des écoles de santé publique. S'il concerne essentiellement des programmes étatsuniens, des canadiens ou mexicains sont aussi membres. Il semble même qu'une école française ait aussi demandé son accréditation.

la (nouvelle) maîtrise, tous les objectifs pédagogiques qui concernaient la santé communautaire ont été substitués, mots pour mots, par la santé publique. Par exemple, si le mémoire visait notamment à « approfondir un sujet du domaine de la santé communautaire », il vise maintenant l'approfondissement en « santé publique ». Le terme de « communauté » a ainsi complètement disparu de la présentation du programme aux étudiants. Seule l'option de santé mondiale évoque la « mobilisation communautaire » tandis que toutes les autres, y compris l'option promotion de la santé où la communauté est souvent centrale dans les interventions (Rootman et autres, 2001), n'en parlent pas. Lorsque l'on s'attarde à la structure du programme, parmi la centaine de cours qui sont suggérés au total aux étudiants, seulement deux titres évoquent la communauté, soit « périnatalité en santé communautaire » (3 crédits) et « développement des communautés » (1 crédit). Le fait que les autres cours n'évoquent pas le terme dans leur titre, ne veut certainement pas dire que le contenu des enseignements n'aborde pas le sujet. Une étude approfondie des contenus reste à faire, mais toujours est-il que le terme « communauté » a disparu, tandis qu'on la présente encore récemment comme essentielle à la santé publique (Vibert et autres, 2012).

Cette disparition sémantique aura-t-elle une incidence sur le choix des sujets par les étudiants pour leur mémoire, sur le public étudiant qui viendra se former, sur les compétences qu'ils vont acquérir ? Vont-ils ainsi plus s'orienter vers une vision technocratique et administrative de la santé publique, finalement assez en phase avec le contexte ambiant et la pratique contemporaine dominante, qu'une approche plus participative et sociale de la santé communautaire⁵, si l'on accepte notre séparation définitionnelle des deux approches (Ridde, 2007) ? N'est-ce pas directement associé au retour d'une santé publique centrée sur la surveillance, la sécurité et la protection que l'on semble déceler depuis quelques années ? Ou alors, ce changement de nom n'est-il que cosmétique pour s'assurer de garder la sacrosainte accréditation nord-américaine tant recherchée, sans que cela n'ait aucune incidence sur le contenu des enseignements, des travaux et des réflexions des étudiants ? Ces derniers semblent très heureux de ce changement. En effet, la très grande majorité des étudiants ayant démarré leur maîtrise avec la dénomination de santé communautaire ont souhaité obtenir leur diplôme avec la nouvelle mention de santé publique. Il semble que cela renforcerait leur employabilité et leur permettrait d'avoir un diplôme plus internationalement reconnu. Préoccupation parfaitement légitime mais dont les fondements devraient certainement être vérifiés. Les diplômés du doctorat de santé communautaire de l'Université Laval ont-ils eu plus de difficultés que leurs collègues de l'Université de Montréal pour trouver un emploi ? Quant au programme de doctorat de santé publique, qui a écarté le terme « communauté » de son titre depuis très longtemps, la notion n'apparaît dans aucune description de ces

⁵ Cette vision de la santé communautaire n'est évidemment pas consensuelle. On pourrait s'étonner par exemple qu'une association française qui met en avant la « démarche communautaire en santé » comme « facteur de démocratie et de changement social » (Institut Renaudot, 2012) oublie dans sa Charte d'évoquer la question des inégalités sociales de santé pour ne se préoccuper que des inégalités d'accès aux soins (Institut Renaudot, 1998). Cet oubli semble caractéristique du débat français... et parfois québécois (Ridde, 2004 ; Aïach, 2010).

différentes options offertes aux étudiants. Cette absence se constate aussi dans l'ensemble des cours offerts.

Cette disparition du terme de communauté dans les formations à Montréal est-elle simplement un jeu sémantique ou une adaptation logique à un contexte national et international des interventions dans le domaine⁶? En effet, la santé publique est essentiellement un champ de pratiques, la formation universitaire doit le plus possible donner les compétences aux étudiants pour s'y mouvoir, que ce soit pour effectuer de la recherche sur la pratique ou la mettre en œuvre. Le glissement vers la santé publique au détriment de la santé communautaire n'est-il pas simplement le reflet d'une société qui glisse vers l'individualisme, d'un État qui réduit ses subventions aux organismes communautaires et d'un système de santé obnubilé par l'efficacité au détriment de l'équité et qui écarte les citoyens de ses modes de gouvernance ?

La santé communautaire et les interventions en Afrique

Sur la planète francophone, la santé communautaire reste un terme marginal, et la quasi-totalité des formations donnant lieu à un diplôme se réfère à la santé publique. La grande majorité des interventions se réfèrent aussi à la santé publique. Dans la gestion des services de santé des pays riches, la place des citoyens et des communautés est rare, elle a reculé largement au Québec ces dernières années. En Afrique de l'Ouest, où nous réalisons nos travaux de recherche, c'est cette santé publique technocratique qui domine l'esprit des interventions. La communauté est toujours à la marge et parfois mobilisée comme un moyen et rarement, sinon jamais, comme une fin (McCoy et autres, 2012 ; Foley, 2010). Cette tendance, pour reprendre l'exorde de ce chapitre, est flagrante dans les récentes interventions déployées à l'échelle mondiale avec l'appui des bailleurs de fonds internationaux. Prenons trois exemples récents, par ordre chronologique de leur émergence, pour illustrer notre propos dans le contexte de l'Afrique.

Au début des années 2000, nous avons constaté une importante vague de politiques publiques de suppression du paiement direct des soins dans les centres de santé en Afrique. Dans la plupart des cas, les centres de santé primaires sont gérés par des comités de gestion dont les membres sont issus de la communauté après des élections. Les professionnels de santé sont le plus souvent des fonctionnaires d'État. Quasiment partout, ces comités n'ont pas été impliqués dans cette décision nationale alors qu'ils sont ensuite les premiers à faire face aux communautés lorsque ces politiques ne sont pas suffisamment financées et rendent, de fait, comme au Niger par exemple, des soins déclarés gratuits mais des médicaments absents (Olivier de Sardan et autres, 2012). Ces

⁶ Une analyse semblable serait intéressante à effectuer autour de deux récentes modes sémantiques : recherche interventionnelle et *implementation science*.

politiques ont, d'une part, renforcé le pouvoir des agents de santé et, d'autre part, mis un frein à une décentralisation qui généralement n'était toujours pas réellement démarrée.

Dans la même veine, de nombreux bailleurs de fonds internationaux se sont en Afrique récemment lancés dans des programmes de financement des formations sanitaires sur la base de leur performance. Les centres de santé ne recevront donc plus un budget historique mais des financements en fonction de la quantité/qualité des services délivrés. Au-delà des effets pervers possibles de telles démarches, ce qu'il faut noter dans le contexte de ce texte est que les principaux bénéficiaires de ces politiques sont les agents de santé. Dans les pays qui testent ces nouvelles approches, 80 % des interventions sont orientées en faveur de l'offre et seulement 20% pour la demande. De plus, les comités de gestion issus des communautés locales sont, dans la grande majorité du temps, encore une fois écartés, non seulement de la décision de fonctionner ainsi, mais également, dans la mise en œuvre du processus et des bénéfices associés.

Enfin, au cours des dernières années, les énoncés de politique et les recommandations internationales ont remis à l'agenda le recours aux agents de santé communautaires en Afrique sub-saharienne. Ces agents ont autrefois incarné la définition résolument communautaire et participative de la santé publique de la Déclaration d'Alma-Ata (1978). Aujourd'hui, leur utilisation s'éloigne considérablement de cette dimension. Au lieu d'agir pour encourager la participation et améliorer les « capacités » (Sen, 2000) des communautés, les agents de santé communautaires sont désormais conceptualisés comme des « mini-docteurs » (Walt, 1990) qui distribuent des médicaments pour traiter certaines des maladies les plus courantes (diarrhées, paludisme, pneumonie, etc.) (Druetz et autres, 2014). Ces stratégies de « prise en charge communautaires de la maladie », telles qu'on les désigne, réintègrent l'agent de santé communautaire dans un carcan biomédical duquel la conférence d'Alma-Ata avait précisément tenté de l'extraire. Bien souvent, ces agents ne sont plus « communautaires » que de nom, leur mission de changement social ayant été supplantée par une liste d'activités d'ordre thérapeutique.

Conclusion

Ce court chapitre n'avait pas la prétention d'effectuer une démonstration scientifique de la disparition du terme de « communauté » dans le courant dominant de la formation et des interventions de santé. Nous avons simplement centré notre réflexion sur notre propre expérience, qui n'est évidemment pas exhaustive, mais qui semble montrer que la disparition du terme « communauté » dans les formations universitaires s'inscrit dans une démarche *a priori* logique d'un marché qui s'adapte au contexte des interventions de santé où la place des communautés est réduite à une portion de plus en plus congrue. Cette évolution reflète peut être aussi certainement celle des valeurs et des sociétés

actuelles. Dans un discours ambiant où les déterminants sociaux de la santé et la volonté déclarée de lutter contre les inégalités sociales de santé sont centraux (OMS, 2008), on peut se demander si la mise à l'écart de la communauté est une bonne nouvelle. Ne serait-il pas temps de revenir à des démarches de santé communautaire, voire à un retour à la mobilisation des piliers de la promotion de la santé, dont l'efficacité et l'équité ont pourtant été prouvées depuis bien longtemps (McQueen et autres, 2007 ; UIEPS, 1999) ?

Références bibliographiques

- Ablah, E., D. A. Biberman, E. M. Weist, P. Buekens, et autres (2014), « Improving global health education: development of a global health competency model », *Am J Trop Med Hyg*, vol. 90, n° 3, p. 560-565.
- Aïach, P. (2010), *Les inégalités sociales de santé. Écrits*, Paris, Economica Anthropos.
- Calhoun, J. G., K. Ramiah, E. M. Weist, et S. M. Shortell. (2008), « Development of a core competency model for the master of public health degree », *Am J Public Health*, vol. 98, n° 9, p. 1598-1607.
- Druetz, T. , V. Ridde, and S. Haddad. (2014), « The divergence between community case management of malaria and renewed calls for primary healthcare », *Critical Public Health*, sous presse.
- Foley, E.E. (2010), *Your pocket is what cures you: the politics of health in Senegal*, Piscataway, Rutgers Press.
- Institut Renaudot (1998), *Charte de promotion des pratiques de santé communautaire*, Paris, Institut Renaudot.
- Institut Renaudot (2012), *Guide pratique d'auto-évaluation des effets de votre démarche communautaire en santé*, Paris, Institut Renaudot.
- McCoy, D., J.A. Hall, et M. Ridge. (2012), « A systematic review of the literature for evidence on health facility committees in low- and middle-income countries », *Health Policy & Planning*, vol. 27, n° 6, p. 449-466.
- McQueen, D.V., et C.M. Jones (2007), *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*, New York, Springer Science & Business Media.
- Olivier de Sardan, J-P. , et V. Ridde. (2012), « Les contradictions des politiques publiques. Un bilan des mesures d'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger », *Afrique contemporaine*, vol. 243, n° 3, p. 13-32.

- Ridde, V. (2007), « Reducing Social Inequalities in Health: Public Health, Community Health or Health Promotion? », *Promotion & Education*, vol. 14, n° 2, p. 63-67.
- Ridde, V. (2004), « Une analyse comparative entre le Canada, le Québec et la France : l'importance des rapports sociaux et politiques eu égard aux déterminants et aux inégalités de la santé », *Recherches Sociographiques*, vol. 45, n° 2, p. 343-364.
- Ridde, V. (2013), *A quoi sert la promotion de la santé ? Essai introductif sur la réduction des inégalités sociales de santé*, Ouagadougou, Harmattan Burkina Faso.
- Rootman, I., M. Goodstadt, B. Hyndman, D.V. McQueen et autres (2001), *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*, Copenhague, WHO Regional Publications European Series, n° 92.
- Saillant, F. (2004), « Constructivisme, identités flexibles et communautés vulnérables » dans F. Saillant, M. Clément et C. Gaucher (dir.), *Identités, vulnérabilités, communautés*, Québec, Editions Nota bene, p. 19-42.
- Sen, A. (2000), *Un nouveau modèle économique. Développement, justice, liberté*, Paris, Odile Jacob.
- Union internationale d'éducation et de promotion de la santé – UIEPS, (1999), *L'efficacité de la promotion de la santé : agir sur la santé publique dans une nouvelle Europe. Partie deux : données probantes*, Paris, Union internationale d'éducation et de promotion de la santé.
- Vibert, S. (2006), *La communauté au miroir de l'État – La notion de 'communauté' dans les énoncés québécois de politiques publiques en santé*, Sainte Foy, Presses de l'Université Laval.
- Vibert, S., et L. Potvin. (2012), « La communauté, une notion à redéfinir pour la santé publique » dans L. Potvin et F. Aubry (dir.), *L'espace socio-sanitaire. Expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé*, Montréal, Presses de l'université de Montréal, p. 99-117.
- Walt, G. (1990), *Community health workers in national programmes: Just another pair of hands?*, Milton Keynes, Open University Press.
- Organisation mondiale de la santé – OMS (2008), *Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health*, Commission sur les déterminants sociaux de la santé, Genève, Organisation mondiale de la santé.

