



COLLECTION

sa nté
c o m m u n a u t a i r e
e t p r o m o t i o n d e
l a s a n t é

1

"des concepts
et une éthique"

Cette brochure s'inscrit dans les suites du colloque "Santé communautaire"

avec le soutien du Ministère de la Communauté fran-

çais organisé en octobre 1998 à l'initiative et avec le soutien de la Commission



COLLECTION

sa nt é
c o m m u n a u t a i r e
e t p r o m o t i o n d e
l a s a n t é

1

"des concepts
et une éthique"

avec le soutien du Ministère de la Communauté fran-



Cette brochure s'inscrit dans les suites du colloque "Santé communa-
taire"

organisé en octobre 1998 à l'initiative et avec le soutien de
la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-



Rédaction
Martine Bantuelle,
Jacques Morel, Yves Dario



Relecture
Marie Anne Beaudouin, Thierry Lahaye,
Patrick Trefois

Mise en page et production
asbl Question Santé

Maquette et illustrations
Sébastien Bontemps

© asbl "Santé, Communauté, Participation"
Editeur responsable P. Trefois
72 rue du Viaduc 1050 Bruxelles
n° dépôt D/2000/3543/6

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
UN CONCEPT EN EVOLUTION	8
La santé, un sujet de préoccupation au fil des civilisations	8
La santé modelisée par la médecine	9
La santé est liée à la vision de la société	11
La santé et ses déterminants actuels	13
DE LA PREVENTION A LA PROMOTION DE LA SANTE	15
Les objectifs de la prévention	15
De l'éducation sanitaire à l'éducation pour la santé	16
Une nouvelle perspective : la promotion de la santé	17
DE L'INDIVIDU A LA COMMUNAUTE	23
L'émergence de la santé communautaire	23
La communauté comme levier d'action	25
Valeurs et pratiques communautaires	26
LES PILIERS D'UNE DEMARCHE COMMUNAUTAIRE DE SANTE	28
La concertation et le travail en réseau	28
L'intersectorialité	31
La participation	32
BIBLIOGRAPHIE	33

INTRODUCTION



"SANTÉ COMMUNAUTAIRE"

L'expression paraît davantage utilisée depuis une quinzaine d'années, depuis la promulgation de la Charte d'Ottawa en 1986. Pourtant, l'histoire de ce concept est fort ancienne. De tous temps, les sociétés ont organisé le rapport entre la conception de la santé, le mode d'organisation sociale et les préoccupations et besoins des communautés pour leur bien-être. La santé communautaire est aussi l'héritière de la médecine sociale, construite en contrepoint des avancées de nos sociétés industrielles depuis le siècle dernier.

La Charte propose d'envisager la promotion de la santé comme un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé. Dans ce cadre, la combinaison de mécanismes de soutien de nature éducationnelle et environnementale alimente des pratiques qui visent à développer des habitudes et des conditions de vie favorables à la santé.

L'action communautaire apparaît alors comme une des stratégies pertinentes de promotion de la santé principalement pour des interventions qui visent à agir sur l'environnement socio-politique.

L'action communautaire n'est évidemment pas spécifique de la promotion de la santé. Elle s'est développée de longue date dans le champ de l'éducation permanente et de l'action sociale ainsi que dans des actions de développement de manière plus générale. Quelque soit le champ d'intervention, la participation des communautés concernées, sous les formes et niveaux multiples qu'elle peut revêtir, caractérise la démarche.

La référence à l'action communautaire dans le champ de la santé est sans doute plus récente dans notre pays.

Ainsi, les accents du récent décret de la Communauté française en matière de promotion à la santé vont vers des approches plus globales de la santé incluant des soutiens à des dynamiques locales et communautaires.

Force est de constater que la théorie autour de ce concept est loin d'être unanimement partagée, que de la théorie à la pratique persistent nombre de difficultés et, enfin, que les intervenants cherchent à se construire des balises et à vaincre leurs cloisonnements et leurs résistances aux changements.

Dans le but d'amener toujours plus d'intervenants à s'engager dans des démarches de santé communautaire, l'asbl "Santé, Communauté, Participation" se veut être un espace de réflexion et d'échanges. Elle s'adresse à ceux et celles qui, par leur travail professionnel, par leur responsabilité administrative ou politique ou par leur situation d'individu ou de collectivité, sont amenés à être des acteurs d'un processus de promotion de la santé.

Dans un premier temps, "Santé, Communauté, Participation" s'attelle à établir un cadre référentiel

basique de la pratique communautaire en matière de santé.

Une collection de six brochures (deux par année) ambitionne de faire le point sur des aspects significatifs de cette pratique. Les développements théoriques seront illustrés de l'expérience des acteurs en Communauté française.

Les demandes émanant des membres du réseau d'intervenants mis en place au sein de "Santé, Communauté, Participation" confirment l'hypothèse que le concept et les méthodes de l'intervention communautaire en matière de santé restent des réalités à construire. Les recommandations législatives resteront lettre morte et la notion davantage un fourre-tout qu'un carrefour dynamique et opérationnel si un travail concret et collectif d'élaboration d'un consensus en la matière n'est pas proposé.

Nous proposons une démarche pour poursuivre le dialogue et l'enrichir.

Nous souhaitons que cette initiative contribue à renforcer le pouvoir, la créativité et le dynamisme de tous les acteurs, qu'ils soient ou non professionnels.

UN CONCEPT EN EVOLUTION

LA SANTÉ, UN SUJET DE PRÉOCCUPATION AU FIL DES CIVILISATIONS

Si la santé est tant présente dans les préoccupations des hommes, c'est qu'elle renvoie à tout ce qui se passe entre la naissance et la mort. La question qui se pose est celle de savoir comment aller le mieux possible durant la vie en sachant que l'on va mourir¹. De tout temps, la recherche du pourquoi et du comment de la maladie a été présente et l'est encore aujourd'hui.

Les conceptions actuelles sont toujours influencées par des mouvements culturels très anciens²



Chez les Babyloniens, "la maladie était la conséquence d'un péché". On était malade parce qu'on l'avait bien mérité.

Cette croyance subsiste encore chez certaines catégories de personnes pour les maladies vénériennes ou sexuellement transmissibles qui sont liées à la notion de péché sexuel. "L'explication de la maladie par le péché impliquait l'idée de la présence dans le corps d'un esprit malin. Pour le faire sortir, les Babyloniens faisaient avaler au malade des substances destinées à dégoûter l'esprit du mal".

Cette croyance subsiste encore dans la médecine populaire : plus le médicament est désagréable, plus il a de chances d'être efficace. "Les Babyloniens développèrent aussi une forme de médecine communautaire. Hérodote raconte qu'ils amenaient les malades sur la place publique où ils pouvaient recevoir les conseils et l'appui moral d'autres gens ayant souffert du même mal".

D'autres cultures ont également influencé nos conceptions de la santé et de la maladie. Chez les Egyptiens, au temps des pharaons, "le concept de maladie comme châtement évolua vers une notion d'accident lié à un drame métaphysique expliqué par la mythologie. La maladie trouve ainsi une origine extérieure à l'individu. Tout décès est donc un meurtre provoqué par un agent étranger au corps : un autre être humain, un animal, un objet, etc". L'idée d'agent extérieur est encore centrale dans la médecine contemporaine même si la notion de hasard a remplacé celle du drame métaphysique.

¹ Lazarus (A) & Aiach (P), "La santé ? C'est la vie ! Dialogue autour d'une définition", in Prévenir, Cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste, n°30, premier semestre 1996

² Castillo (F), "Le nouveau paradigme de la santé", in Les Cahiers d'Education Santé, publication du Groupe d'Etude d'Education à la santé, 3ème trimestre, année scolaire 1987-1988

"La théorie du châtimeut divin évolua chez les anciens Juifs vers l'idée d'une épreuve imposée par Dieu au pécheur, lui permettant de devenir meilleur". Cette conception a fait évoluer le point de vue spirituel de la maladie puisqu'elle a permis au malade de donner une dimension plus acceptable à son mal.

"Cette idée de la maladie, considérée comme une épreuve physique et morale, est également présente dans la culture grecque. Cependant pour les anciens grecs, cette épreuve n'est pas une vengeance des dieux, mais un phénomène naturel causé par une souillure matérielle, un attentat contre l'harmonie". Cette théorie se rapproche plus d'une philosophie de la santé et de la guérison que d'une philosophie de la maladie. L'évolution de la définition de la santé avait oublié ce point de vue pour mieux le retrouver au cours de ces cinquante dernières années.

"Parmi les Romains, la maladie était une épreuve destinée à former le caractère et probablement une forme de sélection naturelle". Les idées d'autonomie de la personne et d'indépendance face au pouvoir médical étaient déjà débattues dans des textes de Caton l'Ancien. Comme on le voit, la définition de la santé s'est construite et se construit encore dans un mouvement dynamique entre différentes cultures et différentes époques.

Ces conceptions de la santé et de la maladie se sont toujours intégrées dans des modèles médicaux qui ont également marqué de leur empreinte les pratiques médicales.

LA SANTÉ, LA SANTE MODELISEE PAR LA MEDECINE³?

**" Dans le domaine
de la santé, l'enjeu pour
l'avenir est de rétablir entre
Hygié et Panacée* l'équilibre
que trois décennies de développe-
ment biomédical fulgurant ont per-
turbé au profit de cette dernière "**

- M. RENAUD

*Dans la mythologie grecque, Asclépios était le dieu de la santé. Il avait deux filles : Hygié et Panacée. Panacée était la déesse des soins. Elle avait une grande connaissance des produits extraits des plantes ou de la terre et de leurs usages. Hygié était la déesse pour laquelle la santé était l'ordre naturel des choses. Pour elle, on pouvait rester en bonne santé en vivant selon la raison et avec modération en toutes choses.

³ Castillo (F), "Le nouveau paradigme de la santé", in Les Cahiers d'Education Santé, publication du Groupe d'Etude d'Education à la santé, 3ème trimestre, année scolaire 1987-1988

Le modèle bio-médical (Descartes, Bernard, Pasteur)

Apparu au XVIII^e siècle, le modèle bio-médical considère la maladie comme "une entité conceptuelle isolable de l'individu souffrant". Selon cette conception, "il existe une chaîne causale simple, reliant un agent pathogène identifiable à une maladie particulière". Elle se caractérise donc par son aspect relativement positiviste.

Ce modèle a amené une médecine dont l'action sur le corps du malade s'exerce sous forme de médicaments ou de chirurgie; une médecine pour laquelle le corps et la psyché sont séparables : la maladie psychosomatique est mentale et doit être confiée au psychiatre. La maladie est donc saisie comme une entité isolable de l'individu qui en souffre et peut donner lieu à une série d'observations et de mesures qui permettent d'en préciser les caractéristiques objectives.

Sur le plan de la causalité, la conception positiviste de la maladie a souvent été associée à la doctrine de l'étiologie spécifique : une chaîne causale simple relie un agent pathogène identifiable à une maladie particulière. L'importance de la lutte contre les maladies infectieuses au XIX^e siècle a renforcé cette orientation.

D'autres approches du modèle médical ont été proposées plus tard.

L'approche écologique

"L'approche écologique définit la santé comme un équilibre écologique entre l'homme et son environnement et considère la maladie comme une rupture de cet équilibre".

L'épidémiologie, centrale dans cette conception, est considérée comme un outil permettant d'articuler une nouvelle compréhension de l'étiologie du phénomène morbide. Elle permet de prendre en compte de nouveaux facteurs étiologiques liés à l'environnement physique et social, de situer l'action des gènes pathogènes dans des chaînes causales plus complexes et de cibler des interventions vers des populations plutôt que vers des patients distincts.

L'approche psychosomatique

L'approche psychosomatique "se caractérise par un approfondissement de la compréhension de la manière dont les dimensions physiologiques et psychologiques de l'individu s'articulent dans la production et l'évolution de la maladie".

Cette approche a permis d'étudier la manière dont l'organisme réagit au stress et donc a permis de mettre en évidence l'importance des facteurs sociaux et culturels.

L'approche anthropologique

L'approche anthropologique considère que la maladie est un "construit" réalisé par le médecin avec l'aide du malade. Dans ce cadre, "le malade, aussi bien que le médecin, possèdent leurs propres modèles de maladie". Le premier, "un modèle culturel particularisé dans le groupe familial et adapté à l'expérience individuelle". Le second, "un modèle scientifique modifié par l'expérience clinique". "La maladie va finalement être 'construite' à travers une sorte de 'négociation' entre deux".

LA SANTÉ LA SANTE EST LIEE A LA VISION DE LA SOCIETE⁴

Chaque époque et chaque société vont modeler leur vision de la santé selon leurs niveaux de connaissances, de développement économique et technologique, leurs valeurs dominantes, les rapports de forces sociales, politiques et religieuses qui les traversent.

La santé considérée comme l'absence de maladie

Historiquement, la définition de la santé s'est construite autour d'une représentation négative. La santé était avant tout l'absence de maladie.

Parallèlement à cette conception centrée sur les caractéristiques physiques, de nouvelles "raisons" d'être en mauvaise santé vont se développer petit à petit pour modifier progressivement la définition de la santé.

Ainsi, par exemple, dans des textes du XVII^e siècle, on voit apparaître des descriptions de troubles qui ne sont pas physiques et que l'on considérerait aujourd'hui comme des troubles psychologiques.

Avec l'émergence de la société industrielle, au XIX^e siècle, la transformation du milieu de vie et de l'environnement va aussi être mise en relation avec l'état de santé de la population.



⁴ Vigarello (G), "La santé : d'une définition négative à une vision positive", in Prévenir, Cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste, n°30, premier semestre 1996

La santé considérée comme une ressource

Fin du XIX^e siècle, une représentation positive de la santé apparaît.

Les structures sanitaires qui se sont mises en place et les recherches menées à la même époque facilitent l'établissement, d'une part, de l'idée d'un corps social stratifié où les différences ont pour causes la richesse, la culture, le savoir, le comportement et les habitudes de vie et, d'autre part, d'un profil d'un homme moyen et d'une définition de la santé qui va porter sur le comment soutenir cet homme et comment l'aider à atteindre le niveau moyen.

La santé est bien considérée comme une ressource. Celle-ci devant être entretenue et développée.

La santé considérée comme un bien-être

Parallèlement à ce développement, l'individu prend conscience de lui-même, de son espace propre, de sa liberté, de son autonomie et de son espace intime. L'idée de se maintenir en bonne santé va se transformer en comment augmenter son bien-être. Dans cette optique, il est intéressant de voir que Pierre de Coubertin avait d'ailleurs imaginé créer un sanatorium pour bien-portants.

Au XX^e siècle, la notion d'Etat-Providence a sans conteste contribué à la synthèse des différentes orientations évoquées ci-dessus, en remplaçant les actions visant à rester en bonne santé par une démarche visant à améliorer la santé.

Ainsi, "depuis un demi-siècle, les sociétés ont notamment misé sur les services médicaux". Dans cette optique, on aurait pu s'attendre à ce que, si un pays investissait de manière importante dans son système de soins, les indicateurs de santé se révéleraient meilleurs. Pourtant, tel ne semble pas le cas.



LA SANTÉ LA SANTÉ ET SES DETERMINANTS ACTUELS

La médecine et ses techniques jouent, bien entendu, un rôle dans le processus de réduction et d'éradication des maladies et de gestion de la santé. Toutefois, d'autres facteurs interviennent et jouent un rôle déterminant sur l'état de santé d'une population.

Les habitudes de vie ont une influence sur la santé

Le rapport Lalonde, paru en 1974 au Canada, a mis en évidence que les soins de santé n'étaient qu'un des quatre déterminants de la santé à côté de la biologie, de l'environnement et des habitudes de vie.

Les actions visant à améliorer le bien-être des individus se sont alors focalisées sur les mauvaises habitudes de vie : alimentation, tabac, alcool, sédentarité, ... Elles étaient considérées comme les causes principales de maladies. Implicitement, cette optique induisait l'idée que les gens étaient largement responsables de ce qui leur arrivait.

Plus on a de revenus, plus on vit longtemps et en bonne santé

Toutefois, les limites de cette conception sont vite apparues.

Des études ont démontré que si on admet que toute la population adopte un genre de vie raisonné, l'espérance de vie sera probablement allongée mais un gradient d'état de santé entre les classes sociales persistera.

La position dans la hiérarchie socio-économique semble en effet être un déterminant important de l'état de santé. De nombreuses études soulignent que "plus on est élevé dans la hiérarchie des revenus, moins grande est la mortalité, plus longue est l'espérance de vie et plus longue est l'espérance de vie en bonne santé.

Ce gradient a été observé dans tous les pays du monde, mais avec une amplitude qui varie"⁵.

5 Renaud (M), L'avenir : Hygiène ou Panacée, in EVANS (RG), BARER (ML) et MARMOR (TR), Être ou ne pas être en bonne santé/biologie et déterminants sociaux de la maladie, Presse de l'Université de Montréal-John Libbey Eurotext, Paris, 1996

Investir davantage de ressources dans l'amélioration de l'environnement social améliore la santé

On commence aujourd'hui à soupçonner que c'est dans l'environnement social, économique et culturel que se trouvent les secrets de la longévité et de la bonne santé. Cet environnement a un impact notamment sur les moyens utilisés pour faire face au stress. Ceux-ci varient selon le sentiment qu'a l'individu de pouvoir contrôler sa vie (événements, travail...) qui est lui-même dépendant non seulement de la position hiérarchique et du support social, mais aussi du modèle de société dominant.

Cette approche nous montre qu' "une société ne peut plus prétendre bien s'occuper de la santé de sa population, simplement en lui fournissant des soins de santé, fussent-ils de la meilleure qualité technique possible". Elle nous dit également qu'une société ne peut plus uniquement renvoyer la balle à ses membres, en leur disant qu'ils sont responsables de leurs habitudes de vie et dès lors de leur santé. Une société doit se préoccuper de la qualité de l'environnement social qu'elle crée"⁶.

" Bien des facteurs contribuent à l'instauration d'environnements favorables à la santé mais, dans tous les cas, certaines conditions doivent être réunies, en particulier :

- la paix et la sécurité dans le pays ou la région ;
- l'exercice participatif du pouvoir, où les droits de l'homme sont privilégiés ;
- des conditions de vie satisfaisantes ;
- la décentralisation du processus de décision pour favoriser la participation de la population et lui donner des moyens d'agir ;
- l'absence de pauvreté extrême ;
- l'équilibre entre croissance démographique et ressources ;
- l'accès à de l'eau propre, à de l'air pur, à une nourriture saine et à des sources d'énergie ;
- l'équité et la justice socio-économiques entre pays de même qu'à l'intérieur des pays, particulièrement pour les groupes mal représentés (par exemple, femmes, enfants, personnes âgées et handicapées, minorités ethniques) ;
- un accès équitable à la terre ainsi qu'à un matériel et des techniques écologiquement sûrs ;
- un accès équitable aux services sanitaires et sociaux ;
- un environnement psychosocial adéquat ".

- Collectif sous la direction de HAGLUND (BJA), PETERSSON (B), FINER (D) & TILLEGREN (P), Créer des environnements favorables à la santé / exemples donnés à la Troisième Conférence Internationale sur la Promotion de la Santé, Sundsvall, Suède, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1997.

DE LA PREVENTION A LA PROMOTION DE LA SANTE

OBJECTIFS LES OBJECTIFS DE LA PREVENTION

La prévention vise à réduire le nombre et la gravité des maladies et des accidents



La santé des individus est aussi définie comme une recherche d'un état d'équilibre. Dans cette optique, la prévention peut être caractérisée par une action volontaire sur "les mécanismes d'homéostasie et de défense biologique et psychologique et/ou sur les facteurs extérieurs qui les influencent". Le but ultime de cette action étant bien entendu "de renforcer ou de défendre le processus vitaux"⁷ des individus.

Ainsi, pour chaque individu, la prévention vise à :

- "assurer l'intégrité physique et mentale",
- "développer les capacités vitales",
- "réduire les menaces des environnements physique, psychologique et social",
- "maintenir les contradictions à un niveau tel qu'il puisse les gérer sans diminuer ses capacités vitales"⁸.

Idéologiquement, le concept de prévention repose sur la promesse d'une absence de maladie et d'un maintien d'une bonne forme physique et intellectuelle à condition de suivre les conseils émis par la médecine.

La prévention relève de différents champs d'action et de compétence

Citons :

- "les actes techniques individuels médicaux ou paramédicaux (ex.: la vaccination)",
- "le génie sanitaire (ex.: la fluorisation de l'eau potable)",
- "les mesures légales (ex.: la législation anti-tabac)",
- "les mesures socio-économiques (ex.: l'amélioration de la salubrité des logements sociaux)",
- "l'éducation pour la santé, le soutien et l'assistance (ex.: brochure sur l'utilisation de médicaments pendant la grossesse à destination des futures mamans)",
- "les actions spontanées d'autoprévention (ex.: utilisation du fluor en hygiène individuelle bucco-dentaire)"⁹.



⁷ Groupe "Prévention" du Conseil Communautaire Consultatif de Médecine Préventive de la Communauté française repris par Bury (JA), in Education pour la santé : concepts, enjeux, planifications, De Boeck, 1988

⁸ Gremy & Pissaro repris par Bury (JA), in Education pour la santé : concepts, enjeux, planifications, De Boeck, 1988

⁹ Reginster (G) et Leclercq (D), Une taxonomie de la prévention dans le domaine de la santé, in Bury (JA), Education pour la santé : concepts, enjeux, planifications, De Boeck, 1988

L'ÉDUCATION DE L'ÉDUCATION SANITAIRE A L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Les premières actions d'éducation sanitaire se sont centrées sur la modification de comportement dans le but de prévenir un facteur de risque bien déterminé. Médecins et infirmières, acteurs le plus souvent impliqués dans ce type d'actions, ont basé leur travail sur le modèle Connaissances-Attitudes-Pratiques. Les caractères hygiéniste et médicalisé de ces actions sont très prégnants.

L'éducation pour la santé vise à accroître les connaissances, les compétences et la prise de conscience

En 1981, dans une de ses définitions, l'OMS donne à l'éducation sanitaire de nouvelles orientations qui se veulent créatrices. L'OMS propose que les modalités d'information et d'éducation sanitaire se développent dans trois directions :

- "accroître la compétence et les connaissances des individus sur la santé et la maladie, sur le corps et ses fonctions, sur la prévention de la mauvaise santé et les moyens de faire face à une situation donnée,
- accroître les compétences et les connaissances concernant l'utilisation du système de santé et la compréhension de ses mécanismes,
- accroître la prise de conscience des facteurs sociaux, politiques et environnementaux qui exercent une influence sur la santé" ¹⁰.

L'éducation pour la santé va combiner diverses approches dans le but de renforcer son efficacité

L'éducation pour la santé fait appel :

- aux "approches persuasives, volontaristes visant la modification systématique et planifiée des comportements de l'individu et du groupe",
- aux "approches centrées sur l'optimisation des conditions de décision de l'individu, l'information pour favoriser une décision responsable et les conditions d'adoption de comportement via la prise de conscience de ce qui est bon pour soi",
- aux approches descriptives "neutres, expérientielles, centrées sur l'individu",
- aux approches éducatives, "visant la motivation et la participation pour entraîner un changement de comportement" ¹¹.

On le voit, au fil de son évolution, l'éducation pour la santé va offrir "une réflexion théorique et éthique, des outils méthodologiques, une expérience, des ressources qu'il faut exploiter" ¹².

PERSPECTIVE UNE NOUVELLE PERSPECTIVE : LA PROMOTION DE LA SANTE

Depuis 1946, l'OMS définit la santé comme un "état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité" ¹³.

A cette époque, seuls les gouvernements sont considérés comme responsables de la santé de la nation. Dans cette vision des choses, seule l'organisation de services sanitaires appropriés peut assurer cette santé.

La santé est l'affaire de tous

Il faut attendre la Déclaration d'Alma-Ata et la Charte d'Ottawa pour intégrer les concepts de participation et d'action intersectorielle et la Déclaration de Sundsvall pour s'intéresser réellement aux milieux favorables.

La Déclaration d'Alma-Ata (1978) ¹⁴

La conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie à Alma-Ata le 12 septembre 1978 a souligné la nécessité d'une action urgente de la part de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de santé et du développement, ainsi que de la communauté mondiale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde.

La Déclaration d'Alma-Ata va apporter et définir les éléments clés d'un système de santé intégré qui fonctionne avec et pour les gens. L'article IV précise que "les hommes ont le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des mesures de protection sanitaire qui leur sont destinées". Cette orientation visait à augmenter l'efficacité des actions après avoir évalué les effets pas toujours probants des programmes verticaux (État vers population).

Elle va aussi permettre d'intégrer les soins de santé primaires aux systèmes de santé nationaux.



¹³ Préambule à la constitution de l'OMS, in Prévenir, Cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste, n°30, premier semestre 1996

¹⁴ Déclaration d'Alma-Ata (document intégral), in Prévenir, Cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste, n°30, premier semestre 1996

La santé est une ressource de la vie quotidienne et non un but en soi.

La Charte d'Ottawa (1986)¹⁵

La première conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté, le 21 novembre 1986, une charte en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.

La charte d'Ottawa positionne la santé en tant que partie d'un système complexe, diversifié, en interaction permanente, qui nécessite des interventions intersectorielles et participatives.

La promotion de la santé, c'est prendre en compte la complexité des questions de santé...

La Charte d'Ottawa intègre à la définition de la santé le fait que certains environnements et certains comportements contribuent de façon significative à la bonne et à la mauvaise santé. Par conséquent, elle ne se borne pas à préconiser des comportements de modes de vie favorisant la bonne santé. Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux et biologiques trouvent largement leur place à côté des comportementaux.

La promotion de la santé, c'est prendre en compte la subjectivité des questions de santé...

La Charte définit la promotion de la santé comme un "processus" conférant aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et d'améliorer celle-ci.

"Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci".

Cette vision inclut un aspect dynamique, par opposition au concept statique, étroit et restrictif d' "état" utilisé jusque-là. A partir de là, elle a pu mettre en avant l'idée de stratégies de gestion du bien-être.

La vision développée par la Charte implique la mise en œuvre de diverses stratégies :

1. élaborer une politique publique favorisant la santé,
2. assurer des milieux favorables,
3. développer les aptitudes personnelles,
4. réorienter les services de santé,
5. renforcer l'action communautaire.

La promotion de la santé, c'est favoriser un décloison- nement interprofessionnel et interinstitutionnel

Le partenariat intersectoriel prend également une place de choix. La Charte explique que "la promotion de la santé exige l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques bien sûr, mais aussi les organisations non gouvernementales, les bénévoles, les autorités locales, les industries et les médias".

On le voit, la promotion de la santé ne se limite pas à des actions de prévention primaire. Elle décloisonne les champs d'actions et les personnels qu'elle implique. "Promouvoir la santé, c'est se focaliser sur les gens bien concrets, leur situation et leurs besoins, leur environnement physique, mental et social plutôt que sur un problème médico-social et une population considérée essentiellement sous l'angle des grands nombres".

La promotion de la santé, c'est associer les gens

Parmi les axes d'intervention en promotion de la santé, on retrouve le renforcement de l'action communautaire.

"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. La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière"¹⁶.

La pratique communautaire représente "une contribution importante à la concrétisation de la promotion de la santé dans cinq perspectives au moins :

- la construction démocratique de la définition de la santé, et des conditions de vie saine ;
- l'aménagement et l'évaluation de toute politique ;
- la production quotidienne directe ou indirecte de santé ;
- l'évaluation des composantes multiples de la santé comme ressources manquantes ou suffisantes ;
- le renforcement de la capacité "experte" de gestion des problèmes dont doivent forcément faire preuve les individus et les collectivités"¹⁷.

¹⁶ Bury (JA), in Education pour la santé; concepts, enjeux, planifications, De Boeck, 1988

¹⁷ Bantuelle (M), De Henau (PA), Lahaye (T) & al., La pratique communautaire dans la promotion de la santé : quelques réflexions, in Santé conjugée, Trimestriel de la fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophone, avril 1998

*Les facteurs environnementaux
ont une influence sur la santé*

**La Déclaration de
Sundsvall (1991)** ¹⁸

La
seconde conférence
internationale sur la promo-
tion de la santé qui s'est tenue en
Australie, à Adélaïde, en avril 1988 a
donné aux politiques de santé une nouvel-
le orientation en privilégiant la participa-
tion de la population, la coopération entre les
divers secteurs de la société et les soins de
santé primaires.

La troisième conférence internationale sur la
promotion de la santé s'est quant à elle
tenue à Sundsvall du 9 au 15 juin 1991
et a été convoquée sur le thème des
"milieux favorables à la santé".

A Sundsvall, on a pour la première
fois mis en exergue l'interdépendan-
ce de la santé et de l'environnement,
au sens large du terme.

Une série de facteurs environnemen-
taux, bien qu'ils échappent partielle-
ment ou complètement au contrôle
immédiat des individus, en influen-
cent les modes de vie et donc la
santé.

Il s'agit notamment de l'économie,
des facteurs physiques, chimiques et
biologiques, de la politique, des
normes sociales.

Des listes de facteurs facilitant ou
s'opposant à l'instauration d'envi-
ronnements favorables ont été éta-
blies. Ils relèvent des domaines de
l'éducation, du logement, de l'ali-
mentation et de la nutrition, du tra-
vail, des transports et de la protec-
tion sociale.

Une Déclaration a également clôturé
les travaux de Sundsvall. Elle invite
tous les peuples du monde à s'em-
ployer activement à créer des envi-
ronnements - physiques, sociaux,
économiques et politiques - plus
favorables à la santé.

*La promotion de la santé se doit
de réduire les inégalités sociales*

Dans la déclaration de Jakarta, la
santé est considérée comme "un
droit fondamental de l'être humain".

**La Déclaration de
Jakarta (1997)** ¹⁹

La
quatrième confé-
rence internationale sur
la promotion de la santé a
travaillé à l'adaptation de la pro-
motion de la santé au XXIème
siècle à Jakarta du 21 au 25 juillet
1997. Elle a proposé des orienta-
tions et des stratégies pour relever
les défis de promotion de la
santé du siècle prochain.

Le texte rappelle l'importance de la santé dans le développement économique et social. Il explique qu' "en investissant dans la promotion de la santé, en intervenant en promotion de la santé, on agit sur les déterminants de la santé et on contribue au progrès de la santé, à la réduction considérable des inégalités en matière de santé, à la promotion des droits fondamentaux de l'être humain, et au développement social".

La déclaration de Jakarta insiste sur le rôle important des déterminants de la santé tels que la paix et la sécurité, le logement, l'éducation, l'alimentation, les revenus, l'environnement, etc..

Le texte affirme que "les stratégies de promotion de la santé peuvent créer et modifier les modes de vie, ainsi que les conditions sociales, économiques, et de l'environnement, qui déterminent la santé".

Cinq priorités pour la promotion de la santé au XXIème siècle ont été définies par la déclaration. Il s'agit de :

- promouvoir la responsabilité sociale en faveur de la santé,
- accroître les investissements pour développer la santé,
- renforcer et élargir les partenariats pour la santé,
- accroître les capacités de la communauté et donner à l'individu les moyens d'agir,

- mettre en place une infrastructure pour la promotion de la santé.

La promotion de la santé doit encourager la réorientation des ressources en faveur de tous, dans une perspective solidaire et durable

La politique-cadre de la Santé pour tous pour la région européenne de l'OMS : SANTE 21 ²⁰

Jouant sur la continuité, le but de cette politique est de permettre à chaque individu de réaliser pleinement son potentiel de santé.

Elle comprend deux objectifs principaux:

- "promouvoir et protéger la santé des individus tout au long de leur vie",
- "réduire l'incidence des principales maladies et des principaux traumatismes, et les souffrances qui en résultent".

Trois valeurs constituent le fondement éthique de la politique-cadre :

- "la santé est un droit fondamental de la personne humaine",
- "l'équité en matière de santé et une solidarité agissante entre les pays, dans les pays la santé et entre leurs habitants",
- "la participation et la responsabilité des individus, des groupes, des institutions et des communautés pour un développement sanitaire continu".

20 Santé 21 /Introduction à la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS, in Série européenne de la Santé pour tous, n°5, Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1998

Vingt
et un buts de
la Santé pour tous
ont été fixés par
l'Organisation
Mondiale de la
Santé :

Quatre stratégies d'action ont été retenues pour mettre en application la politique Santé 21 :

- "des stratégies multisectorielles visant à influencer sur les déterminants de la santé, en tenant compte des aspects physiques, économiques, sociaux et culturels et des spécificités de chaque sexe et en utilisant l'évaluation des effets sur la santé",
- "des programmes et des investissements axés sur les résultats en matière de santé pour le développement sanitaire et les soins cliniques",
- "des soins de santé primaires intégrés et axés sur la famille et le cadre local, soutenus par un système hospitalier souple et apte à faire face à diverses situations",
- "un processus participatif de développement sanitaire auquel s'associent des partenaires s'intéressant à la santé - au foyer, à l'école, sur le lieu de travail, et à l'échelon des collectivités locales et du pays - et qui favorise la prise de décision, la mise en œuvre et la responsabilité conjointes".

1. **Solidarité en faveur de la santé dans la Région européenne.**
2. **Equité en matière de santé.**
3. **Démarrer dans la vie en bonne santé.**
4. **Santé des jeunes.**
5. **Vieillir en bonne santé.**
6. **Améliorer la santé mentale.**
7. **Faire reculer les maladies transmissibles.**
8. **Faire reculer les maladies non transmissibles.**
9. **Diminuer le nombre de blessures dues aux actes de violence et aux accidents.**
10. **Un environnement physique sain et sûr.**
11. **Adopter des modes de vie plus sains.**
12. **Réduire les dommages causés par l'alcoolisme, la toxicomanie et le tabagisme.**
13. **Cadres favorables à la santé.**
14. **Responsabilité intersectorielle pour la santé.**
15. **Secteur de santé intégré.**
16. **Gestion axée sur la qualité des soins.**
17. **Financement des services de santé et affectation des ressources.**
18. **Amélioration des ressources humaines pour la santé.**
19. **Recherche et utilisation des connaissances pour la santé.**
20. **Recruter des partenaires pour la santé.**
21. **Politiques et stratégies de la santé pour tous.**

In Santé 21 / Introduction à la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS, in Série européenne de la Santé pour tous, n°5, Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1998

DE L'INDIVIDU A LA COMMUNAUTÉ

SANTÉ L'ÉMERGENCE DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE



Les années soixante et septante constituent une époque charnière au cours de laquelle la manière d'envisager la santé va se modifier sous l'effet de l'évolution du développement technologique et de la réalité sociale. Plusieurs facteurs vont y contribuer:

- 1° "La rationalisation et la maîtrise des coûts deviennent des impératifs qui conduisent à une recherche d'efficacité accrue",
- 2° "la recherche épidémiologique et bactériologique permet de diminuer nombre de maladies infectieuses mais on voit apparaître les maladies 'de civilisation' comme les cancers, les maladies cardio-vasculaires, les maladies du vieillissement, les désordres psychosomatiques, les allergies, etc. et les bénéfices en terme d'espérance de vie et de qualité de vie stagnent dans beaucoup de pays industrialisés",
- 3° "le cloisonnement du curatif par rapport au préventif devient artificiel. Pour les maladies 'de civilisation', plus encore que pour les maladies infectieuses, il y a nécessité de considérer le collectif par rapport à l'individuel, l'environnemental par rapport au personnel".

Les responsables politiques prennent conscience du fait que pour améliorer la santé de la population, il est important d'impliquer les individus, les familles et les communautés.

L'évolution du concept de santé va entraîner des changements dans les pratiques

Les nouveaux modes d'intervention proposés vont exiger "une mobilisation différente des ressources et une participation plus active de la population. Il en résulte aussi que d'autres secteurs de la vie sociale sont concernés : économie, culture et éducation apparaissent comme des déterminants essentiels".

En 1978, la Déclaration d'Alma-Ata concrétise d'ailleurs cette nouvelle orientation en reconnaissant officiellement l'importance de la participation communautaire.

Cette orientation va déterminer une nouvelle manière de penser la santé où la communauté va devenir un levier capital.

La santé communautaire est une pratique basée sur la solidarité et le dialogue

C'est ainsi que l'approche communautaire sera définie comme une pratique s'appliquant à la santé, dans un système de solidarité et de dialogues :

- "horizontal (entre pairs),
- vertical (entre couches sociales, catégories professionnelles ou tranches d'âges),
- durable (tenant compte des générations précédentes ou à venir)" ²¹.

21 Bantuelle (M), De Henau (PA), Lahaye (T) & al., La pratique communautaire dans la promotion de la santé : quelques réflexions, janvier 1998

Cette pratique repose :

- "sur une base collective communautaire locale, que ce soit à caractère géographique ou institutionnel,
- sur un repérage collectif des problèmes et des potentialités, qui implique la population (un diagnostic) et qui inclut les dynamiques sociales à l'œuvre dans la collectivité (ébauches de solutions, micro-réalisations, réseaux de solidarités),
- sur la participation de tous : spécialistes, professionnels, administratifs, politiques et usagers. Participation autant représentative que directe" ²².

La communauté est un lieu d'échange, de réflexion et d'action qui positionne les préoccupations des individus dans leurs dimensions collectives

Dans cette approche, la communauté devient le référent; elle devient l'espace d'émergence, le lieu de définition et de compréhension des problèmes.

Mais qu'est-ce qu'une communauté ? Comment comprendre le concept de communauté aujourd'hui ?

Dans la littérature, le concept de communauté est fréquemment proposé dans son expression géographique, bien que celle-ci soit insuffisante pour désigner des populations qui ont des besoins et des intérêts communs.

La définition de l'OMS, prend en compte d'autres éléments de différenciation : "un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociales. Ces membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles communes ainsi que par des intérêts et des aspirations communs, y compris en matière de santé. Les communautés sont de tailles et de profils socio-économiques extrêmement variés, allant de grappes d'exploitations rurales isolées à des villages, des villes et des districts urbains plus structurés" ²³.

Par l'analyse du concept de communauté, on comprend mieux l'idée qui sous-tend l'action communautaire. En effet, celle-ci "tire son fondement premier de l'affirmation que les problèmes sociaux sont de nature collective et qu'ils doivent faire l'objet de solutions collectives" ²⁴.

ACTION LA COMMUNAUTÉ COMME LEVIER D'ACTION

Si on considère que la recherche du bien-être est une recherche d'équilibres, alors on peut considérer les actions communautaires comme "des dynamiques sociales de changement, à travers lesquelles se mettent en place des mécanismes de compensation susceptibles de permettre la récupération des équilibres" ²⁵.

²² in Ibidem

²³ Les soins de santé primaires/Alma Ata 1978, OMS/UNICEF, réimpression OMS, Genève, 1986 cité par ²³ Van Vlaenderen (J), in Méthodologie de recherche en santé communautaire, 1997-1998

²⁴ Favreau (L), Mouvement populaire et intervention communautaire (1960-1988) : continuités et ruptures, Montréal, Ed du Fleuve, 1989 cité par Lamoureux (H), Lavoie (J), Mayer (R) et Panet-Raymond (J), La pratique de l'action communautaire, Presse de l'Université du Québec, 1996

²⁵ Bertolotto (F), Le travail de prévention et les dynamiques communautaires, in Ville et santé, CFES, décembre 1995

La population passe du rôle de bénéficiaire passif à celui d'acteur

Dans cette perspective, les individus manifestent la volonté de résoudre leurs problèmes communs et ainsi deviennent des agents de leur propre développement.

La précarisation sociale, l'apparition de nouvelles maladies, etc. ont amené une prise en main de plusieurs communautés par elles-mêmes, bien qu'elles n'aient pas manqué de l'encadrement de professionnels.

Ces actions communautaires ont permis de faire face aux nouveaux problèmes par des actions alternatives de prévention de proximité. Dans de nombreux cas, ces actions ont démontré une grande efficacité.

"En promotion de la santé, de plus en plus de discours et de pratiques se réclament de et se réfèrent à une approche que d'aucuns qualifient de globale, de systémique ou encore d'écologique" ²⁶.

"L'approche globale engendre des interventions efficaces pour la communauté et leur donne du sens " ²⁷

Dans une telle approche, les déterminants sont considérés comme les éléments d'un système, caractérisé par leur complexité et leur interrelation.

Selon la théorie des systèmes, toute modification des caractéristiques des éléments qui constituent un système, affecte chacun des éléments ainsi que le système lui-même.²⁸

Dans cette perspective, les programmes de promotion de la santé seront des processus dynamiques en interactions évolutives permanentes, organisés comme des systèmes ouverts.

Le Moigne décline les systèmes en cinq dimensions :

- **"la fin : le système a une fin vers laquelle il tend,**
- **la structure : le système a des composants,**
- **la fonction : le système comporte des activités qui transforment l'environnement,**
- **l'évolutivité : le système a des cycles de vie,**
- **le contexte : le système interagit avec d'autres systèmes environnants dans une relation dialectique; cela comprend les acteurs participants et concernés, leurs ressources, leurs valeurs, etc."**

In Le Moigne cité par Bixi (O) & Bury (JA), Comment penser global et agir local / Questions autour de la promotion de la santé, document de travail de la formation francophone internationale en promotion de la santé RéFIPS " Penser " global " et agir " local ". Université de Montréal, 7-11 juin 1999

²⁶ Bixi (O) & Bury (JA), Comment penser global et agir local / Questions autour de la promotion de la santé, document de travail de la formation francophone internationale en promotion de la santé RéFIPS " Penser " global " et agir " local", Université de Montréal, 7-11 juin 1999

²⁷ Bixi (O) & Bury (JA), In Ibidem

²⁸ Hall (AD) & Fagen (RE), Définition of system, General Systems Yearbook in Watzlawick (P) Helmick Beavin (J) & Jackson (DD), Une logique de la communication, Ed. du Seuil, Paris, 1972

VALEURS VALEURS ET PRATIQUES COMMUNAUTAIRES

"La réflexion éthique permet aux intervenants communautaires de mieux déterminer les finalités de leur action. Elle suggère un questionnement radical sur le sens des pratiques et propose des perspectives d'engagement fondées sur la cohérence des actions par rapport aux valeurs en jeu" 29.

"Mettre ensemble les éléments de la situation et mettre ensemble les valeurs qui lui confèrent un sens. L'éthique n'est pas autre chose que ce double arrangement" 30

L'engagement dans une pratique communautaire a des implications sur lesquelles il faudra se questionner. Pour en citer les essentielles : Comment susciter l'intérêt ? Comment répondre aux attentes ? Comment faire évoluer les pratiques des institutions et des professionnels ? Qui a le pouvoir de décider ? L'observation et l'analyse des programmes communautaires donnent les éléments constitutifs d'un cadre de référence pour l'action.

"Vouloir restituer aux personnes la responsabilité collective du traitement de leurs préoccupations, sans pour cela abdiquer de ses responsabilités, est un levier puissant pour enclencher des dynamiques de mobilisations certes fragiles, mais porteuses d'ouverture sociale car portées par un désir de s'occuper de soi.

Ce choix peut parfois amener à l'éclatement du collectif quand celui-ci est constitué sur des bases tellement larges et tellement floues que le groupe n'existe pas réellement autrement que dans l'opposition à l'extérieur ; le "vrai communautaire chasse le faux".

" Le choix du communautaire, voire du micro communautaire, comme complément indissociable de l'action individuelle et de l'action extérieure, montre d'importantes possibilités d'action à exploiter par les professionnels d'action sociale. Ces développements sont certes fragiles, certes incertains, certes parfois, voire souvent, rapidement avortés, car les jeunes concernés sont tellement engagés dans la désaffiliation sociale qu'ils ont le plus grand mal à se penser comme acteurs responsables au sein d'un groupe responsable. Il n'en demeure pas moins qu'ils constituent un levier puissant dans des stratégies de remobilisation sociale et qu'à ce titre ils ne peuvent pas être négligés "

In Chobeaux (F), L'approche communautaire dans la modification des conduites de santé des jeunes en difficulté d'insertion, in Prévenir, Cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste, n°28, premier semestre 1995

29 Lamoureux (H), Lavoie (J), Mayer (R) et Panet-Raymond (J), La pratique de l'action communautaire, Presse de l'Université du Québec, 1996

30 Dumont (F), Le projet d'une anthropologie médicale / L'institution de la santé et de la maladie, Presse de l'Université du Québec - Institut Québécois de Recherche sur la Culture - Presses Universitaires de Lyon, 1985

Des valeurs centrales sous-tendent l'intervention communautaire : "la justice, sociale, la solidarité, la démocratie, l'autonomie et le respect" ³¹

"Pour le travailleur communautaire, la solidarité fait référence à deux choses : un parti pris en faveur des personnes les plus démunies et des pratiques qui favorisent la cohésion des groupes dans l'action sans compétition. En action communautaire, la valeur de solidarité n'est donc pas neutre.

Avoir un parti pris en faveur des plus démunis suppose un engagement personnel de la part du professionnel qui va bien au-delà du simple soutien technique. Cet engagement interpelle directement le travailleur communautaire, non seulement dans sa propre échelle de valeurs, mais dans la façon dont il se situe par rapport à son appartenance de classe, de sexe, de race, de religion et d'orientation sexuelle" ³².

"Poursuivons cette réflexion sur un plan plus personnel en rappelant qu'aucun travailleur communautaire ne peut se croire à l'abri des questionnements et des contradictions lorsqu'il s'agit d'être cohérent par rapport à une valeur telle que la solidarité. De cette confrontation entre, d'une part, les valeurs et intérêts personnels de l'intervenant et, d'autre part, les valeurs et intérêts collectifs des personnes pour ou avec lesquelles il intervient pourront surgir des choix à faire" ³³.

La solidarité entre les groupes d'acteurs passe par la reconnaissance de l'autre et le respect des différences. Le respect constitue une des valeurs qui vont permettre de désamorcer les mythes et les préjugés véhiculés par l'idéologie dominante et caractéristique du groupe d'appartenance.

Cette dynamique d'ouverture est d'autant plus importante que ces mythes et préjugés ont pour effet de maintenir les inégalités en place. Elle suppose la reconnaissance et la confiance dans les compétences de l'autre; chaque acteur disposant d'un savoir, partiel mais spécifique, basé sur la connaissance et l'expérience.

"Pour les lecteurs d'une autre planète auxquels on présenterait l'organisation des hommes, il apparaîtrait qu'il y a d'un côté ceux dont on s'occupe, "que l'on prend en charge", que l'on "incite" et, de l'autre, ceux qui le font. Voit-on des différences entre ces deux types d'humains ? Sont-ils biologiquement semblables ? Sont-ils différemment programmés pour avoir ces rôles diversifiés après leur naissance ? Sont-ils pris en charge pour l'ensemble des moments et des activités de leur propre vie ou seulement dans certaines circonstances ? Si oui, ces circonstances sont-elles programmées ou aléatoires ? Ceux qui prennent en charge d'autres hommes ou groupes d'hommes sont-ils eux-mêmes entièrement autonomes et responsables ou bien sont-ils eux aussi pris en charge pour une partie de ce qui les concerne ?"

In Maisondieu (J), Le défi brestois : un défi aux buveurs "normaux" ! (commentaire), in Ville et Santé, CFES, 1995

³¹ Lamoureux (H), Lavoie (J), Mayer (R) et Panet-Raymond (J), La pratique de l'action communautaire, Presse de l'Université du Québec, 1996

³² Lamoureux (H), Lavoie (J), Mayer (R) et Panet-Raymond (J), In Ibidem

³³ Lamoureux (H), Lavoie (J), Mayer (R) et Panet-Raymond (J), In Ibidem

LES PILIERS D'UNE DEMARCHE COMMUNAUTAIRE DE SANTE



La démarche communautaire se fonde sur des stratégies d'action qui ne lui sont pas spécifiques. C'est par leur schéma organisationnel, leur mode de fonctionnement et les valeurs qui les sous-tendent, qu'elles sont de véritables outils de développement au service d'une communauté. La combinaison des pratiques reliant les acteurs de multiples champs d'intervention et des mécanismes permettant la participation de tous constitue la clef de voûte d'une démarche communautaire. Elle apparaît comme étant la plus porteuse d'effets parmi ceux qui sont escomptés.

Les trois types de stratégies évoquées ici, seront plus amplement développées dans de prochaines publications qui leur seront spécifiquement consacrées.

Aussi, la concertation va se révéler comme "un moyen d'entreprendre des interventions qui porteront sur les déterminants multiples de la santé" ³⁵.

La concertation est un moyen qui permet l'analyse, la réflexion, les choix, les décisions et les interventions les plus pertinentes par rapport aux attentes de la communauté

Dans une vision de la santé considérée comme un concept dynamique basé sur des interactions complexes, "il n'apparaît ni pertinent, ni réaliste, de se lancer isolément, que ce soit comme individu, comme organisme ou même comme réseau, à l'assaut des grands défis contemporains de la promotion de la santé. Voilà pourquoi le concept de promotion de la santé est si souvent associé à celui de concertation" ³⁶.

RESEAU LA CONCERTATION & LE TRAVAIL EN RESEAU

"La promotion de la santé, dans ses principes et dans ses méthodes, ainsi que dans leur application dans de nombreux milieux de la santé, entraîne une dynamique organisationnelle qui repose essentiellement sur la pratique de la concertation, considérée ici non pas comme un modèle unique, mais plutôt comme une démarche s'adaptant aux besoins de l'action et des acteurs qui y prennent part" ³⁴.



³⁴ Collectif sous la direction de Giguère (C) et Martin (C), La promotion de la santé : les acteurs en promotion de la santé. Concertation et action intersectorielle, Santé Société, Collection Promotion de la Santé, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec

³⁵ Collectif sous la direction de Giguère (C) et Martin (C), In Ibidem

³⁶ Collectif sous la direction de Giguère (C) et Martin (C), in Ibidem

Si la prise en compte de cette complexité justifie la pratique des échanges entre acteurs, le contexte de rareté des ressources en amplifie la nécessité.

En effet, "à l'opposé du conflit, de la concurrence, de la compétition, de l'affrontement dans et par l'épreuve de force, la concertation invite l'ensemble des acteurs de la communauté, avec les intervenants en santé, à la convergence des moyens, des forces, des volontés, à la réunion. Les actions qu'elle implique sont : communiquer, coopérer, échanger, collaborer, chercher la cohérence, coordonner les efforts, participer" ³⁷.

La concertation va chercher à impliquer l'ensemble des acteurs de la communauté en organisant la participation effective et concrète de la population à la fixation des priorités, à la prise de décision et à l'élaboration de stratégies de planification qui permettront à la communauté d'atteindre un meilleur bien-être.

"La concertation n'est pas une fin en soi, c'est un outil au service de l'échange, de la participation, de la recherche de consensus et de la conjugaison des efforts" ³⁸.

Les avantages observés lors d'interventions concertées sont des atouts pour le renforcement de l'efficacité d'une démarche de santé communautaire.

- "une plus grande quantité de ressources devient disponible",
- "une plus grande capacité à accomplir les nombreuses tâches requises est produite",
- "la légitimité de la démarche est augmentée",
- "un plus grand impact politique devient possible",
- "les chances d'atteindre l'objectif augmentent".

In O'Neill (M), Gosselin (P) & Boyer (M), La santé politique / Petit manuel d'analyse et d'intervention politique dans le domaine de la santé, in Les monographies du Centre québécois collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour le développement des Villes et Villages en santé, Organisation Mondiale de la Santé Organisation Panaméricaine de la Santé, mai 1997



³⁷ Luisetto (S), Analyse d'une expérience de promotion de la santé dans le champ des toxicomanies : l'Atelier Drogue à Charleroi - Exploration conceptuelle d'une expérience de concertation, UCL, EDUS, 1994
³⁸ Collectif sous la direction de Giguère (C) et Martin (C), La promotion de la santé : les acteurs en promotion de la santé. Concertation et action intersectorielle, Santé Société, Collection Promotion de la Santé, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec

Le réseau, un dispositif de partage des ressources et de recherche de solutions

Habituellement, la concertation se concrétise par des pratiques de réseau. Celles-ci sont largement répandues dans l'action communautaire.

Mais, au fond, qu'est-ce qu'un réseau ? Théoriquement, on considère le réseau comme un "assemblage non structuré d'acteurs libres, entretenant entre eux une communication forte" ³⁹.

"Les réseaux d'acteurs (...) mettent en communication ces acteurs, les renforcent l'un l'autre, créent entre eux une complicité grâce à laquelle ils se sentent beaucoup plus forts que s'ils restaient isolés" ⁴⁰.

"Ils constituent un système biologique qui vit, bouge et s'adapte, alors que les structures hiérarchiques figées dans leur immobilisme, s'apparentent à un système minéralisé immobile, immuable" ⁴¹.

Les réseaux se caractérisent par :

- une organisation "autour d'un domaine de connaissances, de compétences, de convictions ou d'activités à propos desquelles il permet d'établir entre ses membres des relations d'échange",
- un développement "autour de concepts et de langages qui sont familiers à ses membres",
- un fonctionnement "par la reconnaissance de la compétence et de la valeur de l'autre".

In NEUSCHWANDER (C), Les réseaux : singularité et légitimité, in Prévenir, n°27, deuxième semestre 1994

Les réseaux peuvent revêtir diverses formes d'organisation et de fonctionnement selon les objectifs qu'ils poursuivent. On peut citer : les groupes de pression, les groupes de réflexion, les groupes à tâches, les groupes d'entraide, les groupes d'échanges de savoirs et de compétences, les groupes d'aide à la population, les groupes d'information...



INTERSECTORIALITE

L'INTERSECTORIALITE

L'émergence et la popularité de la concertation dans le champ de la santé communautaire comme dans le champ de l'action sociale "sont dues à l'évidence qu'on ne peut régler des problèmes de plus en plus complexes en faisant appel à un seul champ de compétence" ⁴².

Des partenaires de secteurs différents s'associent pour agir

C'est pourquoi, l'action intersectorielle est souvent assimilée à la pratique de concertation, alors qu'elle en est une des formes.

En effet, la concertation peut revêtir deux formes : d'une part, elle se limite à un échange d'information au sein d'un même secteur d'activité, d'autre part, elle réunit des partenaires provenant de plusieurs secteurs (santé, éducation, politique, etc.) ⁴³. C'est cette seconde formule que l'on appelle action intersectorielle.

L'action intersectorielle est une solution envisageable quand on se trouve, entre autre, face à :

- "un sentiment d'impuissance face à une situation particulière",
- "une inefficacité des interventions traditionnelles",
- "une motivation concrète à se regrouper en vue d'imaginer des solutions inédites",
- "une volonté de corriger un problème à la source",
- "un désir d'échanger de l'information et de se ressourcer",
- "un désir d'obtenir des résultats concrets",
- "une volonté politique d'agir",
- "un climat politique et économique favorable à l'action".

In Ouellet (F), Paiement (M) et Tremblay (PH), L'action intersectorielle, un jeu d'équipe – Guide d'intervention, Direction de la Santé Publique de Montréal-Centre – CECOM de l'hôpital Rivière-des-Prairies, 1995

L'intersectorialité favorise le décloisonnement, l'élargissement du cadre de référence, la mise en commun de ressources diversifiées, la coordination des actions menées au sein des différents secteurs, la diffusion de messages cohérents...

⁴² Quellet (F), Paiement (M) et Tremblay (PH), L'action intersectorielle, un jeu d'équipe - Guide d'intervention, Direction de la Santé Publique de Montréal-Centre - CECOM de l'hôpital de Rivière-des-Prairies, 1995

⁴³ Quellet (F), Paiement (M) et Tremblay (PH), In Ibidem

PARTICIPATION

LA PARTICIPATION

Le concept de participation permet la mise en place de processus qui visent à donner aux individus, organismes et communautés la possibilité d'exercer un plus grand contrôle sur les événements qui les touchent.

L'attention portée au concept de participation a mis en exergue un nouveau modèle de prévention : le modèle communautaire participatif. "Ce modèle privilégie la participation active de la population que le projet concerne, le développement de sa capacité d'entraide et de solidarité et une prise en charge autonome de la santé par l'individu et le groupe : la communauté bénéficiaire doit définir elle-même les buts des programmes qui lui sont destinés et les activités de prévention peuvent être réalisées par des non-professionnels issus des communautés bénéficiaires" ⁴⁴.

Le modèle participatif s'est concrétisé de différentes manières et a trouvé des applications dans des secteurs aussi diversifiés que la santé ou le travail, dans des sphères allant de l'associatif au commercial pur et dur. C'est ainsi qu'il a donné naissance aux pratiques idéalistes de l'autogestion.

Elle se définit, dans le monde du travail, comme "la prise de conscience par les travailleurs de leur situation d'exploitation et d'aliénation, par la formation et l'information des travailleurs, à partir de leur situation concrète, du problème dans son ensemble, de façon à leur permettre d'exercer un contrôle démocratique des pouvoirs et des institutions" ⁴⁵. Autre pratique, issue également de ce modèle participatif : la cogestion. Celle-ci suppose que "le groupe, la collectivité, la société soient administrés, dirigés sur le mode de la concertation, par les responsables fonctionnels et par les membres-associés" ⁴⁶.

La participation se concrétise dans des formes et à des niveaux différents : de la conception à l'élaboration, l'exécution, la gestion, le contrôle, l'évaluation et la régulation des actions.

La participation est à la fois un moyen et une fin en soi. Elle permet d'optimiser les ressources socio-économiques afin d'obtenir un haut degré d'efficacité dans la résolution des problèmes. Dans ce cas, la participation est au service des objectifs à atteindre. Par ailleurs, elle est un élément dynamique qui renforce la confiance et la solidarité. Elle est alors considérée comme valeur essentielle d'un processus démocratique.

⁴⁴ Métraux (JC) et Fleury (F), La création du futur. La promotion de la santé auprès de communautés migrantes et/ou affectées par la guerre, in *Les politiques sociales / La santé communautaire*, Service Social dans le Monde

⁴⁵ Aguessy (D), La lutte pour la justice passe par la libération des travailleurs, in *Vers l'autogestion*, Ed. vie Ouvrière, Bruxelles, 1975

⁴⁶ Limbos (E), La participation. Conseils et méthodes pour développer la qualité et l'animation de la "vie associative", Formation permanente en sciences humaines, Ed ESF - Entreprise Moderne d'Édition - Librairie Technique, Paris, 1986

BIBLIOGRAPHIE

- Collectif, La santé usage et enjeux d'une définition, Prévenir / Cahiers d'étude et de réflexion, Coopérative d'édition de la vie mutualiste, n°30, premier semestre 1996, 248 p.

Cet ouvrage scrute la définition de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé, et ses différentes évolutions, afin d'en cerner les enjeux publics et privés, économiques et sociaux, médicaux et humanitaires, dans les pays développés comme dans ceux en développement.

Après avoir parcouru ces quelques deux cents trente pages, on voit que la santé reste une notion subjective qui varie en fonction de l'époque, du contexte social, de la culture et des idéologies.

- Collectif, Inégalités santé exclusions, Prévenir / Cahiers d'étude et de réflexion, Coopérative d'édition de la vie mutualiste, n°28, premier semestre 1995, 208 p.

Cet ouvrage rappelle que l'environnement sociétal et le degré de socialisation des personnes influence les inégalités de santé et qu'il ne suffit pas de mesurer les différents indices de consommation médicale pour évaluer ces mêmes inégalités.

Nécessaires pour réduire les inégalités de santé, les articles compilés évoquent également l'adaptation de l'offre de soins et l'amélioration de la protection sociale.

- **OAKLEY (P)**, L'engagement communautaire pour le développement sanitaire / Analyse des principaux problèmes, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1989, 85 p.

L'engagement communautaire est indispensable pour développer les services de santé. Les expériences menées dans les pays en voie de développement nous l'apprennent.

Cet ouvrage propose une approche théorique et pratique de l'engagement communautaire pour le développement sanitaire et examine les problèmes que pose sa mise en œuvre. Il vise à encourager l'adoption de l'engagement communautaire dans le monde entier.

- **DE ROBERTIS (C) & PASCAL (H)**, L'intervention collective en travail social, Ed. du Centurion, Collection Travail Social, Paris, 1987, 304 p.

L'action sociale d'aujourd'hui concentre ses efforts sur l'insertion et le développement local.

Cet ouvrage propose aux travailleurs sociaux de parfaire leurs compétences dans le domaine de l'intervention communautaire.

Il se compose de trois parties complémentaires. La première s'attache aux définitions, concepts, objectifs et méthodes de l'intervention collective. La seconde passe en revue les outils d'enquête et d'analyse. La troisième aborde en détails les outils d'intervention.

- **LAMOUREUX (H), LAVOIE (J), MAYER (R) & PANET-RAYMOND (J)**, La pratique de l'action communautaire, Presse de l'Université du Québec, 1996, 436 p.

Cet ouvrage vise à transmettre l'expérience cumulée des quatre auteurs qui ont derrière eux près de quarante ans d'action communautaire au Québec.

Il situe dans un contexte historique et éthique les pratiques de l'action communautaire. Il présente également une réflexion critique sur ces pratiques et quelques défis qui se posent en cette période de remise en question de nombreux acquis sociaux.

- **TRUSSLER (T) & MARCHAND (R)**, Guide d'action communautaire promotion de la santé VIH / Théorie, méthode, pratique, AIDS Vancouver-Santé Canada, 1997, 268 p.

Basé sur des études de cas, cet ouvrage tente de construire un modèle pratique de l'action communautaire en promotion de la santé VIH, tout en gardant un œil critique sur les théories proposées en matière de santé.

Il se compose de trois parties. La première, intitulée " la théorie ", aborde la promotion de la santé et le langage de sa pratique ainsi que la santé transformationnelle et le travail VIH sur le terrain. La seconde, " la méthode ", adapte le modèle analyser – planifier – agir à la promotion de la santé VIH. La troisième se consacre à " la pratique " de l'action communautaire en promotion de la santé VIH.

- Collectif, La santé communautaire, Les politiques sociales, Service Social dans le Monde, Mons, 56ème année, 128 p.

Dans cet ouvrage, chercheurs, médecins, psychologues, sociologues et acteurs de terrains portent un regard analytique sur le concept de " santé communautaire ". Ils tentent de mettre en évidence ce que recouvre ce concept et quels sont ses enjeux politiques, idéologiques, culturels et sociaux, ...

La première partie du numéro présente une série d'articles qui aident à fixer un cadre de référence, tandis que la seconde partie propose diverses applications possibles.

- Collectif, Ville et santé, Comité Français d'Education pour la Santé – Délégation Interministérielle à la Ville, Collection Santé en Action, décembre 1995, 269 p.

Ce guide pédagogique à l'usage des professionnels propose des pistes pour favoriser une politique locale de santé intégrée à la politique de la ville ; des pratiques professionnelles plus ouvertes, mieux coordonnées et attentives aux besoins de ceux qui sont le plus en difficulté ; une place plus grande aux habitants des quartiers.

L'axe de la santé est exploré dans cet ouvrage en tant que champ de pratiques collectives pouvant contribuer à l'expression de populations précarisées et à l'amélioration des pratiques professionnelles en direction de ces populations.

- **NEWELL (K W)**, Participation et santé, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1975, 223 p.

Cet ouvrage présente une série de problèmes socio-sanitaires à travers différents pays du monde (Cuba, Iran, Venezuela, ...) et les programmes mis en place qui tentent de trouver les solutions à ces problèmes.

Il se dégage de toutes ces expériences une méthodologie commune : une approche communautaire basée sur la constitution, le renforcement ou l'agrégation d'une organisation communautaire locale

Il constitue une illustration de l'efficacité du couple " participation et santé ".

- Collectif, Idéologies de la prévention, La revue Agora / Ethique, Médecine, Société, n°30, printemps 1994, 116 p.

Ce recueil d'articles pose l'éternelle question relative à la prévention : vise-t-elle un mieux-être ou le contrôle de l'individu et des masses ?

Il tente d'explicitier cette contradiction d'un point de vue politique, philosophique et sociologique pour tenter d'en tirer un enseignement éthique.

- **ULBURGHS (J)**, Pour une pédagogie de l'autogestion / Manuel de l'animateur de base, Ed. Ouvrières – Ed. Vie Ouvrière, Paris – Bruxelles, 1980, 231 p.

Ce manuel propose la synthèse de plusieurs années de lutte qui ont fait mûrir une méthode et construit une pédagogie pour un changement social nouveau dans une perspective autogestionnaire. Il s'intéresse à la manière dont les membres d'une communauté construisent par eux-mêmes leurs projets.

A l'opposé de certains courants révolutionnaires " déductifs " qui présentent la vérité à un peuple ignorant, le socialisme autogestionnaire se révèle comme un mouvement pédagogique et politique, porteur d'une dynamique permanente, d'un processus constant d'évolution où la pensée et l'action permettent l'approfondissement du contenu idéologique.

- Collectif sous la direction de **DUFRESNE (J)**, **DUMONT (F) & MARTIN (Y)**, Traité d'anthropologie médicale / L'Institution de la santé et de la maladie, Presses de l'Université du Québec – Institut québécois de recherche sur la culture – Presses universitaires de Lyon, Québec, 1985, 1245 p.

Cet ouvrage contribue à replacer l'homme au centre de l'univers de la santé. Il aborde une foule de questions précises préoccupant tantôt les malades, tantôt ceux qui les soignent. Toutefois, s'il s'arrête sur des sujets de manière particulière, il a l'avantage de ne jamais perdre de vue la complexité de l'ensemble.

- **CASTILLO (F)**, Le nouveau paradigme de la santé, Les cahiers d'Education Santé, Groupe d'Etude d'Education à la Santé, 3ème trimestre, année scolaire 1987-1988, 8 p.

Cet article effectue une plongée dans l'histoire afin d'y glaner les différentes représentations de la maladie et de la santé. Il porte également un regard analytique sur les différents modèles proposés : bio-médical, psychosomatique, anthropologique et sur les approches médicales dites parallèles.

- **LIMBOS (E)**, La participation / Conseils et méthodes pour développer la qualité et l'animation de la " vie associative ", Ed. ESF – Entreprise Moderne d'Edition – Librairies Techniques, Collection Formation Permanente en Sciences Humaines, Paris, 1986, 161 p.

La plupart des responsables, coordinateurs ou animateurs de groupes investissent et mobilisent leurs énergies pour arriver à promouvoir la " vie associative " dans laquelle les membres, dans une ambiance démocratique, égalitaire détiendraient effectivement le pouvoir.

Cet ouvrage, divisé en deux parties (connaissance du problème et applications pratiques), tente d'analyser et de favoriser la participation et de proposer des moyens et des techniques adéquats et appropriés à cette visée.

- Collectif, Susciter la santé communautaire, Santé conjugquée / Trimestriel de la Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de Santé francophones, N°4, avril 1998, 58 p.

Ce cahier définit le concept de santé communautaire. Il le resitue dans le cadre de la promotion de la santé. Il s'attarde également sur le principe central de participation. Toutefois, ce cahier ne s'arrête pas à une approche théorique, il analyse quelques programmes de santé communautaire mis en place en Belgique et en France. Il se clôture par une réflexion sur l'évaluation des démarches de santé communautaire.

- Collectif sous la direction de **EVANS (RG)**, **BARER (ML) & MARMOR (TR)**, Être ou ne pas être en bonne santé / biologie et déterminants sociaux de la maladie, John Libbey Eurotext – Les Presses de l'Université de Montréal, Paris, 1996, 359 p.

Ce recueil consiste en une juxtaposition et un rapprochement des travaux menés dans les champs de l'épidémiologie, la recherche biomédicale, la psychologie, l'anthropologie, la sociologie, les sciences politiques, l'histoire et l'économie sur le thème des déterminants de la santé. Les résultats des différents travaux proposés permettent de repenser les perspectives habituelles expliquant comme s'améliore ou se dégrade la santé des sociétés modernes.

- Collectif sous la direction de **HAGLUND (BJA), PETTERSSON (B), FINER (D) & TILLGREN (P)**, Créer des environnements favorables à la santé / exemples donnés à la Troisième Conférence internationale sur la Promotion de la Santé, Sundsvall, Suède, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1997, 225 p.

Etabli suite à la Troisième Conférence internationale sur la Promotion de la Santé qui s'est tenue à Sundsvall en juin 1991, ce manuel expose la théorie et les principes qui concourent à la création des environnements favorables à la santé. De nombreux exemples fournissent des illustrations concrètes des approches et méthodes en jeu.

- Santé 21 / introduction à la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS, Série européenne de la Santé pour tous, n°5, Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1998, 37 p.

Cette plaquette sert de guide de la version intégrale de la politique régionale de la Santé pour tous. Elle rappelle les tenants et aboutissants de la politique Santé 21, passe en revue les vingt et un buts de cette politique, rappelle le rôle de l'OMS et de ses partenaires dans le resserrement de la coopération en faveur du développement sanitaire.

- Actes du congrès européen "Participation et santé communautaire", Ghent, 25-27 avril 1996

Présentés en trois parties : cadre théorique, modèles concrets et participation et systèmes de soins de santé, ces Actes abordent les aspects éthiques et politiques de la participation de manière critique. Y sont également intégrées, quelques réflexions étrangères sur le concept de participation communautaire.

- **WATZLAWICK (P), HELMICK BEAVIN (J) & JACKSON (DD)**, Une logique de la communication, Ed. du Seuil, 1972

Le véhicule de l'interaction entre des individus engagés dans des relations sociales est la communication. Dans cet ouvrage, les auteurs appliquent deux modélisations de cette communication (logique et cybernétique) au normal et au pathologique des relations humaines.

- **OUELLET (F), PAIEMENT (M) & TREMBLAY (PH)**, L'action intersectorielle, un jeu d'équipe / Guide d'intervention, Bibliothèque nationale du Québec, Bibliothèque nationale du Canada, 1995

Ce guide destiné aux décideurs et aux intervenants vise à stimuler la création de comités intersectoriels locaux et à les habiliter quant à l'élaboration et à la réalisation de plans d'action concertés en promotion de la santé. Composé de trois parties, il aborde l'action intersectorielle en général, les cinq étapes de la démarche intersectorielle et les outils d'intervention pouvant faciliter la réalisation des différentes étapes de la démarche.

- **VAN VLAENDEREN (J)**, Méthodologie de recherche en santé communautaire, notes de cours, 1997-1998

Ces notes balayent les origines du concept de santé communautaire ; définissent notamment les notions de communauté et de participation ; proposent les éléments de méthodologie en santé communautaire et de recherche-action en santé communautaire.

- **BURY (JA)**, Education pour la santé / concepts, enjeux, planifications, Ed. De Boeck-Wesmael, Bruxelles, 1988

S'adressant à tous ceux qui oeuvrent dans le champ de l'éducation pour la santé et à tous les professionnels de la santé, ce livre propose un cadre référentiel de l'action en santé ; décrit le cadre de l'éducation pour la santé au sein de la santé publique et indique les étapes de la planification d'une action d'éducation pour la santé.

asbl "Santé, Communauté, Participation"

Adresse :
25 boulevard du Midi
Bte 5 1000 Bruxelles

Tél :
02/514 40 14

Fax :
02/514 40 04

Email :
Sacopar@fmm.be

L'asbl "Santé, Communauté, Participation" a été créée
à l'initiative des asbl Edéco, Educa-Santé,
Fédération des Maisons Médicales et Question Santé.