



## LA TERRITORIALISATION DE NOS INTERVENTIONS EN SANTÉ PARTAGE DE SAVOIRS ET D'EXPÉRIENCES POUR DE NOUVEAUX ENJEUX

Étienne van Steenberghe<sup>1</sup> | Membre du REFIPS

*Après Amiens en France en 2001 et Québec en 2004, le 3<sup>e</sup> Colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé s'est tenu à Mons, en Belgique, du 1<sup>er</sup> au 4 avril 2008 sur le thème « Territoires en action pour la santé de tous ».*

Le troisième colloque francophone international des programmes locaux et régionaux de santé se voulait être un espace ouvert aux « nouveaux savoirs » sur les actions territoriales menées pour la santé de tous. Un espace pour faciliter les apports croisés des experts et praticiens francophones concernés par le sujet. Un espace d'échange et de confrontation de nos pratiques pour susciter de nouvelles perspectives d'action en fonction de nos terrains d'interventions respectifs. Cet événement a répondu largement aux attentes des centaines de personnes, venant de diverses régions francophones. Nous avons eu droit à des exposés riches en informations, mais aussi à une organisation logistique exemplaire.

« Le troisième colloque francophone international des programmes locaux et régionaux de santé se voulait être un espace ouvert aux « nouveaux savoirs » sur les actions territoriales menées pour la santé de tous. Un espace pour faciliter les apports croisés des experts et praticiens francophones concernés par le sujet. »

La thématique de ce colloque est particulièrement vaste. La diversité des ateliers et des communications le reflète bien. La santé territoriale a ainsi été abordée soit en articulant principalement nos discours sur les populations ciblées (Atelier 14 : la prise en compte des populations précarisées), sur nos pratiques d'interventions (Atelier 9 : l'évaluation de nos actions locales) ou sur l'organisation du territoire (Atelier 2 : les niveaux d'appui aux dynamiques locales). Il s'agit bien de trois portes d'entrée distinctes, mais indissociables, pour parler d'approches territorialisées de la santé.

### PARLER DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Les « inégalités sociales de santé » sont ces écarts, pourtant évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socio-économiques et entre territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations. En ce sens, le terme « inégalité » est bien choisi si on considère que c'est la société qui est à la base de ces disparités. Ces inégalités sociales de santé donnent lieu à de multiples travaux de recherche statistiques, épidémiologiques, économiques et sociologiques. Certains résultats de ces études sont frappants. Comme l'a montré Michel Roland (médecin généraliste belge), lors de son exposé en séance plénière, au cours des trois dernières décennies, ces inégalités en matière de santé n'ont pas reculé. En Belgique, comme en Suisse et probablement ici au Québec, elles se sont maintenues à un niveau à peu près constant. Si un des indicateurs utilisés est l'espérance de vie, on constate que la courbe reste identique avec le temps. Dans le cadre d'approches plus subjectives, les écarts en terme de santé perçue sont demeurés sensiblement

1. Étienne van Steenberghe est membre du Réseau francophone international pour la promotion de la santé depuis plus de 10 ans. Il a été membre du Conseil d'administration de la section des Amériques. Porteur d'un diplôme d'étude approfondie de troisième cycle universitaire en santé publique, il termine actuellement son doctorat en éducation (Université du Québec à Montréal) et en santé publique (Unité d'éducation pour la santé, Université catholique de Louvain en Belgique). Sa recherche porte sur les représentations sociales des liens entre la santé et l'environnement de populations défavorisées en milieu urbain, en vue de développer des stratégies d'intervention (plus) appropriées. Parmi ses multiples tâches et projets, il coordonne le Réseau francophone international de recherche en éducation relative à l'environnement ([www.refere.uqam.ca](http://www.refere.uqam.ca)).



les mêmes. Aussi, les différences de revenus se traduisent par des différences dans l'état de santé. Les résultats d'études menées en Belgique et présentés par Michel Roland le montrent bien. Plus les écarts de revenu sont élevés, plus les écarts de santé sont importants. Le plus étonnant, c'est que les inégalités sociales de santé sont plus faibles avant l'impôt.

« Les « inégalités sociales de santé » sont ces écarts, pourtant évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socio-économiques et entre territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations. En ce sens, le terme « inégalité » est bien choisi si on considère que c'est la société qui est à la base de ces disparités. »

Au vu du contenu de cet exposé, mais aussi des différentes interventions dans le cadre de la table ronde qui confirment largement la persistance des problèmes, on pourrait facilement se décourager. En fait, les effets visant à réduire ces écarts sociaux de santé sont restés très (trop) modestes, semble-t-il. Pourquoi malgré les connaissances sur les déterminants de santé et les processus engendrant ces inégalités sociales qui se sont affinées, la situation générale ne s'est-elle pas améliorée? Le portrait ainsi dressé doit nous questionner sur nos actions.

« Pourquoi malgré les connaissances sur les déterminants de santé et les processus engendrant ces inégalités sociales qui se sont affinées, la situation générale ne s'est-elle pas améliorée? »

Plusieurs ateliers avaient des contenus théoriques et pratiques pouvant faire émerger des formes renouvelées de compréhension des inégalités sociales de santé et d'intervention pour en réduire l'impact. À travers ces divers ateliers, il n'est certes pas possible de faire du comparatisme entre différentes stratégies d'intervention. Les systèmes de santé ont des

modes d'organisation très différents d'une région à l'autre. Aussi, les pratiques en santé publique sont souvent teintées d'une histoire locale et nationale qu'on ne peut ignorer. De même, la notion de territoire reste très variable selon nos approches.

De par mon intérêt, j'ai eu l'occasion d'assister à deux ateliers (d'une durée de trois heures chacun) sur le sujet et de faire aussi une communication sur une partie de ma recherche doctorale en cours.

#### L'IMPACT DES APPROCHES TERRITORIALES SUR LES INÉGALITÉS DE SANTÉ

Cet atelier (6) nous amène à aborder la notion même de territoire. Les communications faites ici — mais dans aussi à d'autres moments durant ce colloque — font souvent référence à un territoire d'essence politique, administrative. On intervient dans une ville, dans un quartier, dans une zone prioritaire de santé délimitée par les pouvoirs politiques, etc. On implique les décideurs politiques dans nos actions. Mais, est-ce qu'on n'oublie pas parfois que ce « marquage » territorial ne correspond pas nécessairement à ce que la population vit? Ne devrions-nous pas prendre en compte et inscrire nos interventions aussi dans le territoire « imaginaire et subjectif » des personnes? Cette réflexion fait suite à la demande de certains participants qui aimeraient une définition commune pour le mot « territoire », ainsi que des critères communs pour définir la notion de « proximité » de service. Selon moi, cette « réalité complexe » et « polysémique » autour de ces deux notions peut au contraire amener une ouverture créative (création) dans nos interventions.

Carole Clavier, de la Chaire de recherche sur les approches communautaires et les inégalités de santé (Université de Montréal) nous a présenté une analyse des politiques de santé entre deux territoires nations : la France et le Danemark. Elle s'est penchée sur les discours autour des inégalités sociales de santé en les mettant en perspective avec les systèmes d'action. La conclusion de sa comparaison, tirée de sa recherche doctorale (références en fin d'article), soutient qu'une approche basée sur le territoire n'est pas en soi un facteur de réduction ou d'accroissement des inégalités. Cela dépend essentiellement du contexte politique, institutionnel et des inégalités considérées.

→ suite page 22



Témoignage direct de toutes les difficultés rencontrées par les personnes en situation de précarités extrêmes, Nadège Drouot nous a parlé des actions entreprises par l'Observatoire de l'accès aux soins de Médecins du monde France. Cet observatoire contribue à enrichir les connaissances sur les populations les plus vulnérables, connaissances qui sont souvent ignorées des données statistiques officielles de santé publique. À partir des informations collectées, entre autres par des observations de terrain et des recueils médico-sociaux dans les centres de santé gratuits de l'association, il est alors possible d'informer et, ou d'interpeller les acteurs politiques pour améliorer les services. Avec sa communication, Nadège Drouot amène l'articulation entre le monde communautaire et le monde décisionnel. Elle insiste sur le devoir de « témoignage » comme outil de changement.

« On intervient dans une ville, dans un quartier, dans une zone prioritaire de santé délimitée par les pouvoirs politiques, etc. On implique les décideurs politiques dans nos actions. Mais, est-ce qu'on n'oublie pas parfois que ce « marquage » territorial ne correspond pas nécessairement à ce que la population vit ? »

Assomption Hounsa, du ministère de la Santé du Bénin, aborde la situation de son pays à travers le projet « Amazonie » qui met en place des zones prioritaires de santé. Dans ces zones, l'ensemble des acteurs sociaux, incluant les élus politiques, réfléchissent sur les conditions à mettre en place pour améliorer l'état de santé des enfants. Dès le début du projet, il a été nécessaire de donner à la population des notions de santé. Le manque d'information est ainsi vu comme une forme d'inégalité de santé pouvant hypothéquer la mise en place d'interventions. Selon Assomption Hounsa, l'apport d'information et l'implication effective des élus locaux constituent le facteur de réussite et d'amélioration de l'état de santé des populations.

#### LA PRISE EN COMPTE DES POPULATIONS PRÉCARISÉES

Cet atelier (14) met l'accent sur les populations précarisées. Les communications reflètent le souci d'être au plus proche

des préoccupations et des besoins des personnes. Parler de précarité fait référence à l'absence d'une ou plusieurs des sécurités qui, en se combinant, risquent de faire évoluer les personnes vers des situations d'extrême pauvreté, à la limite de l'exclusion. La précarité définit plutôt une situation dans laquelle la personne se trouve et qui peut basculer dans l'extrême pauvreté. À travers les contenus des présentations, nous avons pu aussi prendre conscience de la diversité des publics en situation de précarité.

« Parler de précarité fait référence à l'absence d'une ou plusieurs des sécurités qui, en se combinant, risquent de faire évoluer les personnes vers des situations d'extrême pauvreté, à la limite de l'exclusion. »

Lors de notre présentation, j'ai souligné toute l'importance de prendre en compte les représentations sociales de la santé, de l'environnement et des liens entre les deux populations concernées, en vue de développer des stratégies d'intervention plus appropriées. En fait, il me semble important de construire nos interventions éducatives à partir du sens que les personnes donnent à la santé pour peut-être développer des conduites de santé mieux intégrées à la vie individuelle et collective. Les quelques résultats préliminaires de cette recherche en santé environnementale montrent que les liens entre la santé et l'environnement des populations défavorisées en milieu urbain se font prioritairement au niveau social : bon voisinage, présence d'associations aidantes, image positive du territoire de vie, etc. Les facteurs de risque en matière de santé, comme la mauvaise qualité de l'air, semblent moins importants.

Hélène Therer du service d'Éducation pour la santé en Belgique nous a présenté son projet de « Rencontre – Santé en milieu carcéral ». Ce projet, mené en Communauté française de Belgique, s'adresse directement aux personnes détenues dans un établissement pénitencier et vise à améliorer leur autonomie vis-à-vis de leur santé. La population carcérale est largement issue des classes populaires peu scolarisées. Nombreuses sont les personnes détenues qui déclarent être confrontées dans leur vie à des difficultés physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales liées à des problèmes de santé. Ce projet permet d'organiser des rencontres hebdo-



madaires en petits groupes de détenus pour échanger leurs connaissances et leurs expériences par rapport à divers sujets en lien avec la santé globale. Cette initiative semble donner des résultats intéressants et a permis à plusieurs d'entre eux d'appliquer certains conseils dans leur vie quotidienne.

Hélène Therer a insisté aussi sur toute la difficulté de développer un tel projet partenarial avec le personnel pénitentiaire, difficulté marquée par de nombreuses résistances et inquiétudes personnelles et institutionnelles.

Avec la communication de Véronique Detaile, du service régional de prévention (Belgique), nous entrons dans le monde des personnes précarisées qui vivent l'année longue dans des caravanes installées sur des terrains de camping. Il s'agit le plus souvent d'une population ayant de très bas revenus et qui ne peut accéder à des logements « en dur ». Ces personnes sont encore davantage fragilisées par diverses confrontations administratives et la difficulté d'obtenir un emploi. Le projet d'intervention présenté part des besoins exprimés par les personnes. Cela aboutit à la mise en place d'espaces et de moments de convivialité où les personnes d'un même camping se retrouvent pour partager quelque chose de commun et ainsi se recréer des liens d'entraide et de rencontre. Naissent alors plusieurs petits projets autour du repas : un bar à soupe, un bar à légumes, des tables d'hôtes et un jardin communautaire. La création et le renforcement des liens sociaux, à travers ces petites activités, constituent aussi une belle occasion pour valoriser une alimentation saine et améliorer le bien-être individuel, familial et du groupe dans son ensemble.