

# LE DIAGNOSTIC DE SANTE COMMUNAUTAIRE

I.	Histoire et définitions .....	1
A.	Histoire .....	1
B.	Santé publique : santé communautaire .....	1
C.	La démarche de Santé Communautaire .....	2
D.	Définitions de la communauté et de la participation .....	2
II.	Le diagnostic de santé communautaire .....	2
A.	Définition .....	2
B.	Identification des besoins .....	3
1.	Logique de problème .....	3
2.	Logique d'acteurs .....	4
3.	Logique de système .....	4
C.	Les étapes du diagnostic interne (cf. polycopié) .....	4
III.	Place et rôle des professionnels de santé .....	5

## **I. Histoire et définitions**

### **A. Histoire**

Années 60: décolonisation =>des professionnels de santé partent des colonies. Pour pallier au manque de savoirs, de pratiques, il faut trouver des moyens simples, efficaces, accessibles à la population.

Aux USA et au Canada, apparition du terme de Santé Communautaire. Repris par OMS et mis en place dans les pays plus démunis. Dans les pays occidentaux, aggravations des inégalités d'accès aux soins => Chartes d'Ottawa et de Bangkok.

1985-95: Mise en place de programmes de développement sociaux (dans les pays démunis ET industrialisés).

### **B. Santé publique : santé communautaire**

SAN MARCO:

⇒ Faire de la Santé Publique c'est laisser le rôle de décider et de faire aux seuls professionnels de santé.

⇒ Faire de la Santé Communautaire c'est laisser le rôle de décider et de faire aux membres de la communauté. Les professionnels deviennent des personnes ressources.

Santé Publique: approche collective et administrative (ex.: campagnes de sensibilisation)  
Santé Communautaire: les actions visent à l'implication, à l'engagement de la communauté.

NB: attention à l'amalgame avec "communautarisme"...

### **C. La démarche de Santé Communautaire**

Elle se construit = pratique communautaire de santé (ou autour de la santé)

⇒ Passer d'un sujet passif à un sujet actif face aux événements de la vie  
(précarité => repli sur soi => Santé Communautaire = retrouver le lien social)

⇒ Intervention coopérative de 3 catégories de partenaires:

- Professionnels de santé
- Responsables locaux
- Groupe de population (associations...)

⇒ A partir d'un diagnostic de territoire avec mise en évidence d'un problème et en prenant en compte les particularités de la population.

### **D. Définitions de la communauté et de la participation**

Groupement humain à forte cohésion ayant des relations homogènes dont les membres partagent un même lien.

Le problème de santé peut participer à unir la communauté (ex: SIDA / communauté homosexuelle)

La communauté ne ressent pas forcément une identité commune, mais au moins un problème commun.

Définie par le lien social, lieu de vie, de W, avec un critère essentiel : problème sanitaire.

Notion de participation: Ce ne sont pas des patients, mais des citoyens, des usagers.

La réussite de la participation dépend de l'articulation des différents acteurs:

⇒ Qui sont les personnes concernées?

⇒ Ces personnes sont ils représentants de la communauté? Quelle est la légitimité, la crédibilité du représentant?

Participer demande un minimum de compétences de la part de la communauté, ou de certaines personnes de la communauté.

Eviter deux écueils:

⇒ A priori d'inaptitude de la population

⇒ A priori que la population est en mesure de faire tout toute seule.

La loi du 4 Mars 2002=> Démocratisation sanitaire => L'utilisateur est acteur. Mais attention à ne pas sur-responsabiliser les personnes pour se dédouaner de ses propres responsabilités.

## **II. Le diagnostic de santé communautaire**

### **A. Définition**

C'est un processus de recherche-action. Centré sur un problème particulier (approche locale). Les personnes concernées par le problème sont à la fois objet et sujet de la recherche et chercheurs => identifier les principaux problèmes au sein d'une communauté avec sa participation et les ressources pour envisager les solutions. => Action ciblée sur les problèmes repérés.

C'est un processus multi institutionnel: Sanitaire, Social, Education

C'est un processus pluridisciplinaire: professionnels de santé, travailleurs sociaux...

C'est un processus dynamique: le problème évolue en fonction des modifications de l'environnement.

## **B. Identification des besoins**

Trois types de logiques.

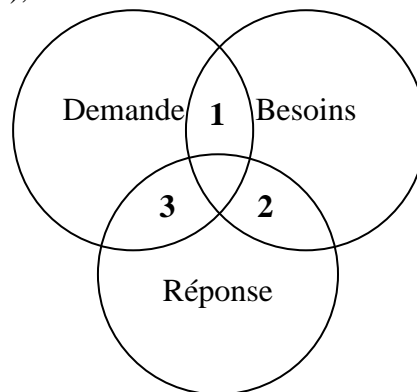
### **1. Logique de problème**

La plus évidente: identifier les besoins = identifier les problèmes de santé.

Le besoin (problème) est la différence entre un état de santé idéal et l'état de santé dans lequel se trouve la population (= manque à combler):

⇒ Besoin latent: non perçu par la population ou perçu comme une fatalité. Non perçu par les professionnels (méconnaissance des conditions de vie).

⇒ Besoin ressenti: par la population elle-même ou par les professionnels de santé. Exprimé ou non (ne sait pas ou n'ose pas dire), ou transformé en demande.



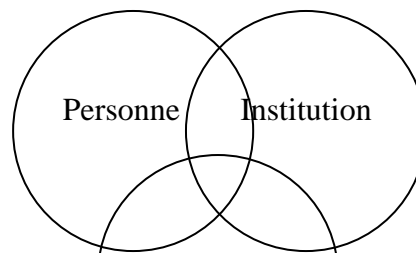
La réponse pertinente se trouve à l'intersection des trois territoires :

⇒ Territoire 1 : Besoin mais pas de réponse => risque de frustration de mécontentement.

⇒ Territoire 2 : Pas de demande malgré besoins et réponse  
=> Travail de sensibilisation de conscientisation du problème.

⇒ Territoire 3 : Si action mise en place, risque de gaspillage et d'inefficacité.

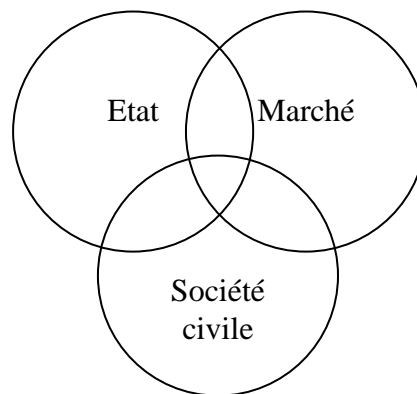
## 2. Logique d'acteurs



Chaque acteur privilégie une stratégie d'action selon :

- ⇒ Logique de personne : citoyen, militant, personne lambda
- ⇒ Logique d'institution : groupe d'appartenance, élu, membre d'une association, d'un conseil d'administration
- ⇒ Logique d'expert : celui qui sait, professionnel de santé, juriste...

## 3. Logique de système



- ⇒ Logique d'état : Préfet (représentant de la République) Régulation au n° des droits, des règles (DDASS, PMI...)
- ⇒ Logique de marché : Régulation de type économique dans la structuration de l'échange (sponsor).
- ⇒ Logique de société civile : Lien social, vie quotidienne, système d'obligation morale et symbolique, rapport des hommes entre eux (solidarité, pouvoirs...)

BASS : Ces trois logiques sont à l'œuvre en permanence dans notre vie.

DONC : Les trois niveaux d'analyse déterminent les choix de chacun en fonction des différentes logiques pour répondre au problème posé. => Travail d'articulation, de coopération pour arriver à des solutions en terme de Santé Communautaire => Invention de nouvelles pratiques issues de la confrontation des différentes logiques.

### **C. Les étapes du diagnostic interne (cf. photocopié)**

C'est le diagnostic de type communautaire

Le diagnostic externe regroupe les enquêtes épidémiologiques, et la recherche documentaire.

Il est de type ethnologique => Rencontre de la population (percevoir le vécu). Vise la qualité de vie (approche de promotion de la santé) par :

- ⇒ Observation/exploration, non systématisée au départ, puis de plus en plus structurée, sélective.
- ⇒ Ecouter, interroger : les personnes concernées, les personnes clés (influentes), tous les horizons, tous les courants de pensée (recherche des leaders).
- ⇒ Enquêter (décideurs, usagers...).

Le diagnostic prend en compte tous les facteurs déterminants de l'état de santé de la communauté (cf. polycopié + glossaire)

### **III. Place et rôle des professionnels de santé**

Difficile car plus habitués à des tâches d'assistance qu'à l'incursion dans des lieux où des pouvoirs existent. C'est un travail de coopération, dans la confrontation à l'autre => le professionnel de santé peut devenir un agent de développement (mais il peut aussi s'agir d'un bénévole) qui lance et développe les questions de santé. Il vient de la communauté ou de l'extérieur. Expert ou non. Personne du terrain avec des compétences relationnelles et d'animateur (aider, accompagner, processus de maturation du problème par la communauté)

Quelques questions:

- ⇒ Qui suis-je? Mes motivations?
  - ⇒ Objectifs//communauté?
  - ⇒ Enjeux et valeurs partagés
  - ⇒ Comment me faire apprivoiser par la communauté? Etre reconnu
- => reconnaître et donc connaître (= proximité).