Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie = Swiss journal of sociology

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziologie

Band: 31 (2005)

Heft: 1

Artikel: Citoyenneté active et politiques de la santé en Suisse : les politiques sanitaires à l'épreuve des changements

Autor: Renschler, Isabelle / Maggi, Jenny / Cattacin, Sandro

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-815067

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 11.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Swiss Journal of Sociology, 31 (1), 2005, 79–101

Citoyenneté active et politiques de la santé en Suisse : les politiques sanitaires à l'épreuve des changements

Isabelle Renschler*, Jenny Maggi**, Sandro Cattacin*** et Dominique Hausser****

1 Les interventions en matière de santé en transformation : mutations et concepts[1]

Les politiques sanitaires sont plus que jamais à la recherche d'un nouvel équilibre entre efficacité et efficience. La gestion collective des enjeux de santé renvoie à des questions relatives à la construction de l'espace socio-sanitaire et d'une relation renouvelée à la santé : comment nous impliquons-nous et prenons-nous en charge notre avenir, notre santé ? De quelle manière gérons-nous, au niveau individuel, collectif, sociétal, institutionnel la notion de santé, les représentations de la santé, la promotion de la santé ? Comment agissons-nous dans une situation où les politiques de la santé sont confrontées non seulement à l'explosion des coûts, à la prétention d'un perfectionnisme toujours plus orienté vers la logique de rationalisation médicale, mais aussi, du point de vue politique, à une constellation d'intérêts conservateurs ?[2] Nous aimerions dans cet article aborder ces questions, d'abord par rapport aux grandes évolutions et paradigmes existants et ensuite en présentant trois exemples de politique sanitaire suisse.

1.1 Responsabilisation et santé

Au cours de ces dernières années, un nouveau discours est apparu qui vise à resituer l'individu et à lui donner un statut actif qui dépasse celui de simple usager

* Isabelle Renschler, Département de Sociologie Université de Genève 102,, Boulevard Carl-Vogt, 1205 Genève Tel. +41 (0)21 694 06 00, email : isabelle.renschler@unige.ch.

** Jenny Maggi, Schweizerisches Forum für Migrationsstudien, Rue St-Honoré 2, 2000 Neuchâtel

*** Sandro Cattacin, Université de Genève, département de sociologie, Bd. du Pont-d'Arve 40, 1211 Genève, sandro.cattacin@socio.unige.ch.

**** Dominique Hausser.

1 Cet article est basé sur une recherche financée par la Commission de contrôle pour la recherche en matière de sida/Fonds national de la recherche scientifique; subside no 3346-61384. Nous tenons à remercier Barbara Lucas et Stefano Losa pour leurs commentaires.

2 En Suisse par exemple, celle-ci se constitue, dans le cadre de la division fédéraliste des tâches d'intervention en santé publique, d'une part des associations et groupes d'intérêts médicaux, et d'autre part des assurances sociales, qui empêchent des innovations fondamentales (voir notamment Nüssli 1988, Kocher et Rentchnik 1980 et Domenighetti 1994).

de prestations médicales, en insistant sur les devoirs et responsabilités des citoyens ainsi que sur l'augmentation de leurs capacités.[3] Certains saluent cette évolution, parce qu'ils considèrent que l'implication active des individus est un instrument pour parvenir à une justice distributive. D'autres la dénoncent comme étant l'expression d'un projet moral, dans la mesure où des prescriptions sont données par rapport à la manière dont il faudrait vivre individuellement et collectivement : calculer ses actions, rester vigilant par rapport aux multiples risques, etc. D'autres encore voient simplement dans cette tendance une continuation du processus de civilisation (Elias 1976), demandant à l'individu une adaptation à la complexité sociale grâce à sa participation à la gestion sociétale.

La responsabilisation des citoyens et la participation de la communauté sont devenues des plates-formes centrales de la « nouvelle santé publique » (Peterson et Lupton 1996b) qui situe les préoccupations liées à la santé davantage dans l'environnement et inclut les aspects psychologiques, sociaux et les éléments physiques dans la conception de la santé. Ainsi elle efface quelque peu les frontières entre la santé publique et les autres secteurs. Elle s'appuie notamment sur la philosophie du communautarisme tel qu'il a été développé aux Etats-Unis dans les années 1980.[4] Mais la mise en avant du rôle de la « participation » et des « communautés » n'est pas réservée uniquement à la santé publique. En effet, ces concepts ont déjà fait couler beaucoup d'encre concernant le développement de processus démocratiques (Young 1990). Cependant, ils ont gagné une nouvelle actualité dès lors que l'on a essayé de faire face aux multiples évolutions qui remettent sérieusement en cause les politiques d'arrosage pratiquées pendant les années de prospérité économique. D'abord, il faut mentionner l'essai de révision à la baisse du budget du *welfare* qui s'inscrit dans la recherche d'un renouvellement de l'État social, déclaré dans les années 1970 comme étant en crise[5] (Donzelot 1996, Pierson 1994). Ensuite, l'évolution démographique, notamment le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de situations de dépendance psychique et physique due au grand âge (Heller 1997 : 23), a suscité des nouveaux besoins. Dans ce contexte, la prise en charge socio-médicale s'est orientée vers des modèles de « maintien à domicile », incluant des services donnés par des professionnels ainsi que par des bénévoles. Mais encore, on constate que les logiques et résistances collectives qui existent par rapport aux changements de comportements nécessitent des mécanismes et des instances de *médiation* – entre les groupes sociaux et

3 Dans le sens de « enabling process », voir Peterson et Lupton 1996a.

4 Nous n'entendons pas dans cet article parler du communautarisme dans sa forme de repli sur soi des communautés tel qu'il est entendu actuellement en France, mais du communautarisme qui a été conçu comme un label de la critique philosophique de positions en lien avec le libéralisme (le libéralisme politique de John Rawls et la position libertarienne en particulier). C'est notamment par les travaux de Michael Sandel, Alasdair MacIntyre, Charles Taylor, Michael Walzer et Amitai Etzioni que le profil du « mouvement communautaire » s'est dessiné.

5 Pour un résumé des critiques majeures à l'encontre de l'Etat social, voir Schmidt 1988.

les institutions, entre groupes sociaux et la société, etc. – afin de rendre les interventions adéquates (Clément et al. 1998 : 122). Finalement, dans un contexte de recomposition urbaine et de nouvelle morphologie économique et sociale, la montée de la « nouvelle pauvreté » (Rossi et Sartoris 1995) a mis en exergue les inégalités persistantes face à l'accès aux services et soins socio-sanitaires. Malgré un système de soins très poussé, l'accès reste problématique, car structuré socialement.

La recherche d'une nouvelle formule implique aussi différents domaines de l'action publique. Pour favoriser la santé de la population, il s'agit notamment de mieux coordonner les politiques publiques, en particulier en ce qui concerne la prévention de la maladie, la promotion de la santé, les prestations aux personnes âgées et/ou fragilisées et aux malades chroniques.[6] Basé sur ces constats, une plus grande « transversalisation » de l'action publique est demandée, notamment un rapprochement entre le champ médical et le champ social afin de pouvoir répondre à des situations de vie de plus en plus complexes et afin d'inclure plus explicitement les facteurs sociaux, économiques et culturels et leur influence dans la définition des stratégies sanitaires. Sur quel arrière-plan conceptuel ces orientations s'appuient-elles ? Nous allons voir ci-après les deux modèles principaux en santé publique ainsi que la vision de la santé et de sa gestion qu'ils impliquent.

2 Deux paradigmes de santé publique : le modèle biomédical et l'approche communautaire

En matière de santé, deux paradigmes se profilent, l'un axé sur *l'individu* et la *réparation*, l'autre axé sur la *prévention* et la prise en charge *par et dans la communauté*. Les deux approches se différencient dans la mesure où la première s'attaque à la pathologie comme dysfonctionnement individuel dont la cause peut être déterminé au travers d'agents pathologiques spécifiques, alors que la deuxième repose sur une vision holistique de l'état de santé des individus, qui est influencé par l'environnement au sens large, comprenant le monde physique, psychique, culturel et social, et dont les causes sont complexes et enchevêtrées. La première approche se base (implicitement) sur des définitions normatives de la santé, alors que la deuxième s'appuie sur un discours socio-écologique de la santé dont les définitions sont à mi-chemin entre perception individualiste et aspect fonctionnaliste.

6 La coordination concerne entre autres les politiques sur la sécurité du revenu, l'emploi, l'éducation, le logement, le commerce, l'agriculture, les transports, la justice et la technologie (Charte d'Ottawa 1986/87).

2.1 Le modèle biomédical

Dans le modèle biomédical, la maladie est considérée comme un dysfonctionnement temporaire ou permanent d'une composante spécifique du corps, ou encore de la relation entre différentes composantes du corps. La maladie se manifeste par des signes et des symptômes qui résultent d'un processus biochimique pathologique des fonctions du corps. Curtis et Taket (1996) distinguent quatre présupposés majeurs sous-jacents à ce modèle : D'abord, la notion de *déviance* d'un fonctionnement biologique « normal ».[7] Ensuite, la doctrine d'une *étiologie spécifique*, c'est-à-dire la prémisse que chaque maladie est causée par un agent pathogène spécifique, un micro-organisme ou un vecteur de la maladie. En troisième lieu, la présupposition que les maladies sont *génériques*, c'est-à-dire que chaque cas de maladie particulier présentera les mêmes symptômes et processus dans différents endroits et à différents moments. Enfin, la prémisse que la science et la rationalité de la médecine sont *neutres*.

Le discours biomédical met l'emphase sur la maladie plutôt que sur la santé et l'attention des interventions se dirige vers les *traitements* et la « *réparation* » des individus. Le fait de se concentrer sur l'individu et ses composantes corporelles va de pair avec d'une part la séparation du corps et de l'esprit et d'autre part avec l'emphase sur des données physiologiques ou chimiques mesurable. Ceci a fait que les facteurs sociaux, culturels, économiques et même environnementaux qui interviennent dans la maladie ont souvent été négligés, voire même considérés comme facteurs à risque discriminants si pris en considération dans l'approche thérapeutique (voir pour cette critique : Gerhardt 1991). Bozzini (1982) précise que la médecine moderne a eu tendance à se situer aux pôles extrêmes de quatre thématiques : individu – science – corps – technique. Le premier terme implique qu'elle s'est concentrée sur l'individu et la guérison au détriment de l'approche préventive et populationnelle; les trois autres, que la médecine a largement été réduite à un art physico-chimique atomisé, au détriment d'une conception de l'être humain comme synthèse bio-psycho-sociale indivisible. Le modèle biomédical opère ainsi une réduction de l'homme.

Dans sa dimension collective le modèle biomédical correspond aux systèmes sanitaires qui ont été mis en place et aux nombreuses lois et mesures qui ont été mises en œuvres concernant l'amélioration des conditions de vie des populations et l'assainissement des espaces ainsi que de l'eau et de l'air. L'action étatique s'est donc penchée sur les déterminants de la santé qui concernent l'alimentation, l'hygiène et l'hygiène alimentaire, l'immunisation et les traitements ainsi que, dans une moindre mesure, le comportement (McKeown 1982). Une série de mesures a été introduite et contrôlée par des acteurs étatiques, par exemple les procédés de stérilisation (notamment de certains aliments) ou des actions de vaccinations. La médicalisation grandissante des phénomènes sociaux au cours de l'hi-

7 Voir la définition de la santé donnée par l'OMS en 1957.

stoire peut être comprise comme l'extension du champ de compétences de la médecine et de tout ce qui s'y rattache. C'est un phénomène dynamique qui marque notre société en orientant le développement économique, les pratiques sociales, les attentes et les satisfactions/insatisfactions vers des objectifs et des finalités autour de la santé (Aïach 1998). On peut énumérer un certain nombre de domaines investis par le médical, ou encore des questions à propos desquelles l'expertise médicale est sollicitée : entre autres, le domaine des enfants ou des adolescents, le sport, les domaines judiciaire et des assurances.

L'approche biomédicale et son développement est étroitement lié dans un premier temps au mouvement des Lumières, et dans un deuxième temps au développement de l'État social dans sa dimension de responsabilisation pour la société. L'esprit était scientifique, les moyens technologiques. Ce modèle n'a pas seulement réagi à un grand nombre de maladies avec une performance inouïe. Il a aussi mené à une professionnalisation de l'intervention médicale qui a transformé l'engagement moral du médecin en un système de règles, relativement inflexible. La thérapie est ainsi devenue une finalité en soi.

Weber ([1920/21] 1968 : 599) nous indique que la modernisation du système médical a comme conséquence une perte de sens dans l'action systématisée. C'est là que la critique de cette approche se concrétise. Ce n'est pas le doute sur ses performances, mais, d'une certaine manière, la lecture du monde selon la logique médicale auto-référentielle qui est à la base de la critique du modèle biomédical. L'impact de la prédominance de l'approche biomédicale se traduit par de nombreuses interrogations par rapport au rôle du personnel non médical, paramédical, ainsi qu'à celui des bénévoles et des groupes d'entraide qui ont émergé dans les sociétés occidentales. Ces interrogations concernent également la reconnaissance des méthodes alternatives et la valeur des systèmes non allopathiques (Curtis et Taket 1996).

Le modèle biomédical et l'appareil médico-hospitalier constituent la base de la prise en charge médicale. Mais ceci est remis en cause à partir des années 1970 lorsqu'un mouvement de revalorisation des soins donnés en dehors des institutions surgit. Ce mouvement met l'accent sur les aides informelles comme ressources irremplaçables (voir notamment Rossi 1992 : 122), autant sur le terrain que dans la définition des interventions en matière de santé publique. Il s'agit d'une critique idéologique et éthique des institutions hospitalières, notamment d'une remise en question des hôpitaux psychiatriques qui sont considérés par certains comme engendrant non seulement la déshumanisation par les performances techniques et médicales, mais aussi l'exclusion. Ensuite, cela correspond à une critique du rôle prédominant de l'État. Ce dernier n'apparaît plus comme un acteur qui redistribue des richesses, mais comme un agent supprimant la diversité qui faisait la richesse du tissu social. Le travail de normalisation de la société – en agissant sur une série de problèmes conjoncturels et structurels – est représenté sous l'angle de

son arbitraire implicite et de sa violence sous-jacente. En troisième lieu, c'est également une critique du système médical, sous sa forme biomédicale, qui néglige largement la dimension socio-écologique de la santé.

Ce mouvement coïncide avec une prolifération de théories de santé publique qui mettent en avant des aspects liés aux « conditions de vie modernes » comme causes de maladies et comme objets de réforme. Un développement important est la découverte ou la redécouverte des styles de vie par les professionnels et le constat que certains d'entre eux sont à l'origine des maladies. Ces styles de vie concernent des comportements individuels, tels que le manque d'exercice, l'alimentation non équilibrée, la consommation excessive de certains produits, l'exposition à des substances chimiques dangereuses, et ainsi de suite. Ceci mène à toute une panoplie de nouvelles initiatives éducatives qui visent à informer les individus sur comment changer leurs comportements afin d'éviter la maladie. Dans cette mouvance ont été lancés de manière exploratoire des projets de prévention communautaires qui visaient à sensibiliser la population sur les facteurs de risque liés aux problèmes cardiovasculaires.[8] Dans le contexte des interventions en matière de VIH/sida dans les années 1980, la focalisation sur les changements de comportements individuels est revenue en force, impliquant cette fois-ci également la participation du monde associatif (associations, ONGs) dans l'élaboration d'une stratégie globale. Dans ce cas, l'approche communautaire a montré des avantages, en comparaison aux solutions traditionnelles de l'État social, qui ne pouvait pas à lui seul intervenir de manière adéquate face à ce problème de santé publique que représentait le VIH/sida. Les compétences du domaine biomédical ont été profondément touchées. Les experts et professionnels de la santé ont pu évaluer les risques en lien avec le VIH/sida dans l'évolution épidémiologique générale, ils ont pu estimer la probabilité d'infection résultant de différents comportements, mais n'ont pu donner aucune estimation des risques par rapport aux contacts individuels. Par nécessité, les individus ont dû redevenir des experts dans l'évaluation des risques. Les ressources informelles ont successivement gagné de l'importance dans différents secteurs liés à l'information, la prise en charge et les soins. Et c'est donc à partir de ces constats que l'on finit progressivement par les réintégrer dans un projet de société.[9]

---

8 En Suisse, les projets de santé communautaire avaient comme objectif d'évaluer s'il était possible de convaincre deux communautés, de Suisse romande et de Suisse alémanique (Nyon et Aarau), d'adopter des comportements favorables à la santé et de cette manière d'influencer l'exposition aux facteurs de risque d'une population entière (Gutzwiller et al. 1985 : 28).

9 Le Québec, sans qu'il puisse s'attribuer la paternité du concept et de son application, est souvent cité comme cas exemplaire parce qu'il a incorporé, à partir des années 1970, la santé communautaire « comme une fonction intégrée dans les différents organismes de santé » (Pineault et Daveluy 1986 : 26). Les départements de santé communautaire ont été créés par les règlements de la Loi sur les services de la santé et les services sociaux, lesquels sont entrés en vigueur le 1er janvier 1973.

3 L'approche communautaire

La santé communautaire englobe divers aspects qui vont de l'entraide à l'adéquation entre les besoins de santé et les utilisateurs de services en passant par l'action venant du bas. Elle correspond, dans une logique de confrontation au modèle biomédical, à la « *recherche* d'un mode de travail » qui contraste avec le « mode réactif dans l'*attente* » (Rappaport 1977). Les objectifs de l'approche communautaire varient considérablement selon le contexte, le territoire et les intentions, c'est-à-dire selon les valeurs qui la sous-tendent et la finalité qui lui est attribuée. La palette comprend une plus forte articulation entre les interventions étatiques et les formes non étatiques pour ressouder les liens de solidarité, la maîtrise des coûts sans cesse croissants des services publics, l'*empowerment* – processus d'acquisition et de partage des pouvoirs qui vise à l'augmentation du pouvoir individuel et collectif[10] – ainsi que l'idée de développement d'initiatives locales à partir de ressources propres et de stratégies de redistribution du pouvoir (Stein 1997).[11] L'intervention communautaire ne revendique pas clairement une affiliation partisane et se révèle « élastique », et cela non seulement dans le cadre de simples nuances sémantiques (Fournier et Potvin 1995; Bulmer 1986a; Etzioni 1995a). Dans le monde anglo-saxon, par exemple, le communautaire a un effet rassembleur dans la mesure où il évoque une « société partageant les mêmes valeurs et les mêmes aspirations, dans laquelle divisions et conflits s'estompent » (Fassin 1996 : 8).

Les définitions de la santé communautaire[12] touchent des aspects très différents, mais elles ont plusieurs points en commun : d'abord, le communautaire apparaît comme le moteur de l'effort collectif et le véhicule de changements des comportements individuels. C'est une intervention qui se base sur l'anticipation des problèmes et sur la prévention de ces derniers là où c'est possible. En ce qui concerne la propriété des actions communautaires, on peut remarquer une logique intersectorielle dans laquelle plusieurs secteurs de l'action publique sont impliqués. L'on vise à mieux utiliser les ressources existantes, notamment par la mise en contact (par exemple avec des fournisseurs de services). L'originalité des interven-

10 Bachrach (1992 : 30) le formule ainsi : « The sharing of power with others in a participatory setting paradoxically yields an augmentation of the power of the self as well as an enhancement of the power of the group of which one is a part. When one takes one's destiny into one's own hands through participatory involvement with others, both the power of the individual and of the group are often increased, which leads to a sense of solidarity and individual well-being ».

11 Selon Domenighetti (1997 : 137), *l'empowerment* du consommateur en matière de santé comprend les aspects suivants : augmenter l'autogestion de la santé, permettre un accès plus éclairé aux soins et établir une attitude « adulte » envers les professionnels. Comme le précise Stein (1997), il s'agit d'une augmentation du pouvoir dans un sens démocratique du terme : le dessein n'est pas de dominer une autre personne, mais de mieux gérer ses problèmes de santé et ainsi sa propre vie.

12 Voir par exemple Bulmer 1986b; Mutti 1985; Mutti 1989 ; Meyer 1993, Martin 1987 : 42, Fournier et Potvin 1995 : 41.

tions réside moins dans la nature que dans la portée, l'intensité, et l'étendue temporelle des prestations.[13] Elle se caractérise encore par la diversification des moyens employés, et notamment des mesures non médicales,[14] ainsi que par l'adaptation des interventions à la population visée, au domaine d'action choisi ainsi qu'à la sensibilité culturelle (Bayer 1998). Elle implique l'activation de la société civile – du « tiers secteur » et des groupes d'entraide, associations et communautés spécifiques – et la participation des citoyens dans la mise en œuvre des interventions. L'action communautaire fait ainsi référence à plusieurs concepts à la fois. La « community » anglo-saxonne ainsi que son équivalent français renvoient d'une part à une unité spatiale locale, la commune et son système politico-administratif (dans le sens de *Gesellschaft)*, et d'autre part à un groupement d'individus – des associations, des corporations etc. – partageant les mêmes valeurs, des liens sociaux, familiaux etc. (dans le sens de *Gemeinschaft*[15]*)*. En ce qui concerne plus spécifiquement le secteur socio-sanitaire, Bulmer (1987) opère une distinction en séparant les soins donnés *par* et *dans* la communauté.

Sous leur aspect de ciblage de la population (ou de populations), les interventions incluent des facettes de *marketing social* (Kotler et Roberto 1991 ; Stemmle et Cattacin 2003). Par la spécification soigneuse du produit, du lieu, du prix et de la promotion, celui-ci sert à combler l'écart entre les actions de prévention s'adressant à un grand nombre de personnes et les programmes individualisés. Dans le cas du VIH/sida, l'ajustement des messages et interventions a été effectué en Suisse dans une large mesure par les associations « gay », du moins dans un premier temps. Elles ont assuré la transmission d'une information appropriée et crédible, qui a été bien acceptée par les destinataires parce qu'elle avait été émise par des personnes appartenant au même groupe (Paicheler 1996).

4 Dimensions conceptuelles du communautaire : territorialité, société active et welfare pluralism

L'approche communautaire est basée comme nous l'avons déjà mentionné sur le communautarisme, dont il est difficile de parler aujourd'hui en tant que tel car les auteurs qui le défendent suivent des pistes très hétérogènes. Quatre préoccupations majeures constituent cependant une base commune à ces différentes doctrines. En premier lieu, l'inquiétude face à la désolidarisation de la société. Deuxième-

13 Les interventions sont décrites comme étant généralement de faible intensité (Weinehall 1997) mais se distinguant par une longue durée d'action, comme c'était par exemple le cas pour un projet en Nord Carélie (Finlande).

14 Nous pouvons penser ici par exemple aux adaptations de niveaux dans les transports publics pour prévenir des problèmes articulaires chez des groupes d'usagers à moindre mobilité.

15 La distinction entre *Gesellschaft* et *Gemeinschaft* a été introduite par Ferdinand Tönnies en 1887.

ment, la notion de « morale », c'est-à-dire le postulat que les individus se trouvent dans la possibilité d'articuler des questions morales et d'affirmer ainsi leur identité au sein d'un contexte social. En troisième lieu figure le civisme des citoyens. En effet, en réfutant le point de vue individualiste, les communautaristes soulignent le rôle du citoyen et son lien avec les affaires d'intérêt public au sein des collectivités. Enfin, le quatrième point se réfère à la relation entre l'État social, les individus et la société. Selon les communautaristes, la communauté est la valeur centrale qui doit être pensé *avant* la politique et c'est par ce biais que les citoyens développent un lien avec la société. Un aspect qui est fortement mis en avant est *le partenariat entre l'État et la société civile* (Honneth, 1993).

Ces aspects interviennent dans le débat actuel sur le communautarisme et l'action communautaire, débat dans lequel ses défenseurs considèrent que cette approche est plus proche des problèmes et des personnes nécessitant de l'aide, et que les institutions *intermédiaires* répondent mieux aux problèmes locaux. De plus, en s'appuyant sur les communautés et leurs initiatives, le communautaire correspond selon ses partisans à une stratégie de *revitalisation* des contextes sociaux par la mobilisation des relations sociales. Ainsi, il permettrait d'aboutir à des politiques qui se distinguent des politiques nationales ou locales formelles et qui impliquent différentes formes d'action directe et d'organisation locale. Les actions peuvent se déployer dans un cadre inspiré plutôt par l'engagement que par la défense d'une position de pouvoir (voir notamment Bulmer 1987).

Le champ de la régulation du domaine du VIH/sida peut être caractérisé comme un cas exemplaire de santé communautaire et de mobilisation de ressources venant de la société civile (comme le soulignent par exemple Pollak 1992 et Van Vugt 1994). La stratégie de lutte contre le VIH/sida en Suisse a développé, surtout dans un premier temps, un fort axe communautaire qui se reflétait tant dans la prévention de la transmission du virus que dans le traitement et les soins. Cette sensibilité était également présente dans le processus politique et parmi les acteurs engagés dans le domaine du VIH/sida et l'élément médical n'était longtemps que secondaire. Au lieu de la logique de guérir, s'imposait avant tout la logique d'informer et d'accompagner (Kenis et Marin 1997).[16] Le VIH/sida s'est inséré dans un secteur médical relativement peu développé du point de vue des lobbies constitués (l'épidémiologie, voir Setbon 1993), et touchait des acteurs marginaux sans poids de blocage ou de veto politique, tels que les homosexuels, des personnes consommatrices de substances illégales ou encore des personnes hémophiles (voir Duyvendak et Koopmans 1991).

D'autres domaines de la santé sont encore aujourd'hui relativement imperméables à ce type d'action ou n'ont été que temporairement investis. C'est le cas

16 Notons que ce point de départ a connu de grandes transformations notamment dues à l'introduction des trithérapies depuis le milieu des années 90 qui redonnent au biomédical une place importante.

de la prévention et la prise en charge des maladies cardiovasculaires[17] qui est un domaine caractérisé par une forte médicalisation (pour la Suisse Rickenbach 1993 : 226) et par une approche qui n'utilise que marginalement les ressources présentes dans la société civile. Cependant, les maladies cardiovasculaires sont aussi l'un des champs qui a été l'objet d'initiatives et de programmes communautaires.[18] L'objectif de ces projets était d'informer sur les risques, de mettre en lien les ressources locales et de promouvoir des comportements sains, au niveau environnemental et nutritionnel. Les expériences-pilotes ont été évaluées afin de relever leur impact (comparaison avec des groupes-témoin) et ont mis en évidence que l'impact sur les comportements relatifs à la fumée, l'exercice physique, les habitudes alimentaires et d'autres encore est présent mais variable et peu durable dans le temps. En comparaison, la stratégie en matière de VIH/sida a eu des répercussions importantes sur les comportements. Et, moyennant la stratégie choisie, un mode d'apprentissage commun, un *public learning*, a pu être engendré.

Certaines initiatives d'action communautaire s'inscrivent dans des projets plus larges. C'est le projet Monica (*moni*toring *ca*rdiovascular diseases) lancé par l'OMS et dont le but est d'opérer un suivi épidémiologique des maladies cardiovasculaires et de sensibiliser la population à ce problème. Un autre projet de l'OMS qui a étendu ses antennes dans différentes régions du globe est le projet « Healthy cities », qui envisage, lui, de mettre en adéquation les besoins et les services au niveau local. Il se base sur une vision écologique de la santé et met en avant l'environnement physique et social, impliquant l'objectif de réduire les inégalités, de mettre l'accent sur la prévention des maladies, de promouvoir la coopération intersectorielle, de faire participer la communauté et d'accroître la coopération internationale. Dans le cadre de ce réseau, la santé est définie comme le produit de toutes les activités au sein d'une ville.

De ce point de vue, nous pouvons distinguer différentes dimensions. La première concerne le territoire d'intervention – le local –, la seconde touche à l'implication des individus, moyennant une citoyenneté vécue, donc *active*, et la troisième peut être mise en lien avec l'aspect des ressources, c'est-à-dire le financement des interventions, notamment dans le domaine du bénévolat et de la vie associative.

---

17 De plus, les maladies cardiovasculaires sont associées à d'énormes coûts de soins, de perte de productivité, d'invalidité, de retraite anticipée, etc. (Orth-Gomér et Schneiderman 1996).

18 Les premières expériences furent lancées dans les années 1970 en Finlande (Nord-Carélie), aux Etats-Unis (The Stanford Three Community Study), en Suisse (à Aarau et à Nyon ainsi qu'au Tessin dans le cadre du programme cantonal de prévention et de promotion de la santé en 1984), en Allemagne (Heidelberg et Bremen Study) et en Australie. Pour un aperçu plus complet des interventions communautaires en matière de maladies cardiovasculaires, voir notamment Winett et al. 1989 : 132 et Weinehall 1997 : 8–9.

4.1 Territoire d'intervention : « going local »

Dans la perspective de la première dimension, le communautaire, considéré en tant qu'intervention locale et de mise en réseau des services, s'inscrit dans le territoire, et notamment dans la question des politiques locales et de la revalorisation du local. Le retour à la question locale est dû à deux évolutions, d'une part aux restructurations des systèmes politico-administratifs qui ont mené à une décentralisation de l'action publique et d'autre part à la globalisation qui a amené à une résurgence des enjeux locaux. Les actions en matière de promotion de la santé et les projets de santé communautaire, qui rassemblent la population autour d'une préoccupation collective, peuvent être vues comme l'une des composantes d'une action locale visant au développement de la collectivité et pouvant ainsi correspondre à une volonté et à une finalité politiques. L'impact de ces évolutions est que des *fenêtres d'opportunité* se sont créées, qui ont pu être saisies dans plusieurs champs (socio-culturel, sanitaire, etc.) par des groupes ou des organismes issus de la société civile.

4.2 Le concept de société active

Le communautaire fait aussi référence au concept de société active (Etzioni 1968) en fondant l'identité et la citoyenneté sur l'appartenance et l'identification à une communauté. La société active se caractérise par la participation des citoyens dans tous les domaines et de différentes manières. Dans ce cadre, l'on insiste tout particulièrement sur l'importance de l'éducation à la citoyenneté pour favoriser la participation. On peut souligner l'importance de la participation civique dans des associations ou autres contextes de mobilisation collective (Butcher et al. 1993). Ceci touche aussi à la place toujours en mouvement que chaque individu, par sa participation ou par son exclusion sociale, occupe au sein de la société. Chaque individu a de multiples appartenances et s'identifie à de différents groupes sociaux : famille, milieu professionnel, groupe religieux, etc. Les identités ne sont pas statiques et sont souvent emboîtées les unes dans les autres. Comme « moteur » de mobilisation, Lamoureux et Lesemann (1989 : 54) mettent en avant le milieu ou une problématique spécifique qui fait émerger des actions « dans une véritable continuité avec leur environnement ».

4.3 Welfare pluralism

Dans la discussion sur la santé publique – mais aussi dans d'autres domaines – des programmes et stratégies visent un nouveau pluralisme dans la politique, qui se caractérise par une reconnaissance des apports non-étatiques, c'est-à-dire du rôle des réseaux de soutien, des organismes d'auto-assistance et des associations à but non-lucratif qui cherchent à combler des demandes sociales de plus en plus diversifiées. Cette évolution témoigne d'un profond changement dans le domaine du bien-être social, comme le font remarquer Evers et Olk (1996). S'il est indéniable

que la crise économique et ses difficultés budgétaires ont joué un rôle de déclencheur dans la réorganisation de l'action publique, elles n'en sont pas la seule raison (Bütschi et Cattacin 1993). S'y ajoutent d'une part la difficulté de gérer la croissante complexité sociale et d'autre part l'impossibilité d'intervenir dans une société civile pluralisée sans coopérer avec ses expressions organisationnelles. Cette réorientation s'inscrit aussi dans le constat d'un déficit commun aux deux orientations prédominantes et diamétralement opposées que sont la régulation étatique et la régulation par le marché. Ce déficit se situe dans les deux cas au niveau de la conception unidimensionnelle, selon laquelle une seule sphère sociétale devrait assurer un ensemble d'objectifs sociétaux centraux, tel que l'équité et le bien-être social, ce qui écarte de ce fait systématiquement des apports productifs potentiels venant d'autres secteurs de production du bien-être.

4.4 Potentiel et limites du communautaire

L'interprétation de l'action communautaire reste ambiguë et se divise en une vision progressiste, où l'action communautaire permet d'accroître l'influence des individus sur l'État, et une vision conservatrice où l'action communautaire contribue à renforcer les inégalités et l'emprise étatique sur le social. L'appréciation semble dépendre des conditions locales, des choix politiques qu'énoncent les acteurs et de l'articulation des rapports de pouvoir à l'intérieur et à l'extérieur de l'État.

Les critiques de cette approche concernent son potentiel de devenir l'outil d'une *politique comptable*. Cette critique se base sur le fait que le communautaire a pris son essor en temps de crise des fonds publiques. La maximisation des ressources est aujourd'hui à l'ordre du jour dans tous les secteurs, mais particulièrement dans le secteur social. L'appel au communautaire et notamment aux services communautaires peut alors exprimer la volonté de s'appuyer davantage sur le travail faiblement rémunéré et le bénévolat, et ceci pour des raisons d'abord économiques. Le communautaire rime pour certains de ce fait avec contractualisation et désolidarisation (Donzelot et Jaillet 1997, Jeremy Rifkin 1995), dans le sens qu'il peut porter préjudice aux systèmes de solidarité et aux mécanismes de redistribution classiques comme les assurances sociales et l'assurance maladie. Ensuite est aussi évoqué le fait que cette approche est un *outil de pouvoir* qui favorise le développement des groupes organisés au détriment de la participation démocratique des individus et enfin qu'elle renforce les *inégalités*. Salem met ainsi en évidence, par rapport à des interventions dans des pays du Sud, que « les revendications qui peuvent être exprimées seront celles qui correspondent aux personnes qui sont dans les circuits du pouvoir » (Salem 1998 : 294). En ce qui concerne l'aspect de *service de proximité* ou de *régionalisation des services*, la question se pose de savoir comment établir une répartition équitable et effective des services de santé pour la population. Dans ce contexte, on peut argumenter avec Curtis et Taket (1996) qu'au lieu d'atteindre une certaine justice territoriale, il se passe exactement le

contraire. La disponibilité de soins de santé est inversement proportionnelle aux besoins de la population qui est desservie, ceci en raison de différences économiques, socioculturelles ou liées à la structure urbaine ou rurale. A propos du postulat d'une plus grande égalité grâce à la participation qui est inhérente aux actions communautaires, celle-ci est aussi remise en cause par certains auteurs qui déclarent que les modes participatifs renforcent, au contraire, les inégalités existantes car ils sont fortement liés à la stratification sociale et à l'accès à l'information (Lucas cité dans Bachrach et Botwinick 1992 : 23). Hirst (1994) postule de la même manière que le *welfare* associatif favorise les couches éduquées, réalité à laquelle le concept d'empowerment est également soumis. Pour cette raison, certains auteurs plaident pour un changement plus profond au niveau sociétal en créant une *culture de la participation* (Khan 2000) ayant des impacts plus larges. En ce qui concerne la communauté – prise dans le sens de domaine d'action et lieu de la solidarité – elle peut se décliner de différentes manières. D'une part, elle peut se constituer en *espace d'opportunités civiques* dans lequel les individus peuvent déterminer des objectifs et les réaliser. D'autre part, elle peut se construire d'une façon à limiter les possibilités des intervenants. Si nous pensons notamment aux soins à domicile, la communauté risque de devenir une place de relégation, notamment pour les femmes, qui ne représente pas un pont du privé au public, mais plutôt une extension du domaine privé.

Nous constatons que les limites du communautaire sont tout aussi importantes que son potentiel, que peu d'auteurs refusent de reconnaître. Nombreux sont alors ceux qui proclament une vision désenchantée de l'approche communautaire.

5 Mise en perspective du communautaire et du biomédical

Les deux approches que nous venons d'esquisser ont chacune une dimension individuelle et une dimension collective, qui peuvent s'entremêler. Le biomédical concerne au niveau individuel les interventions *réparatrices*. Au niveau collectif, l'approche biomédicale se concrétise au moyen de lois sanitaires, de campagnes de vaccination, d'ajouts de substances dans des biens de consommation (par exemple le iode dans le sel pour prévenir la formation de goitre, le chlore dans l'eau potable, etc.). Le communautaire, dans sa dimension individuelle, concerne la responsabilisation des individus pour qu'ils deviennent acteurs de leur propre santé et/ou pour qu'ils s'engagent activement, en tant que citoyens ou en tant que membres d'associations et d'organisations, et qu'ils exercent de manière plus active leurs droits civiques. La dimension collective du communautaire est donnée par le souci de renforcer le lien social dans des collectivités locales par des interventions de promotion de la santé, ce qui se fait par exemple en ralliant la popula-

tion locale autour d'une thématique spécifique (dans la prévention contre la drogue, les maladies cardiovasculaires, etc.).

Schématiquement ces quatre dimensions se présentent comme indiquées dans le Tableau 1. C'est par le jeu de leurs interactions que se développent les potentialités des acteurs et les dynamiques collectives. Les deux modes d'action diffèrent sur plusieurs points (financement, fonctionnement, etc.) et soulèvent la question de la *complémentarité*, par exemple entre bénévoles et professionnels en termes de légitimité (Bovay et Tabin 1998 : 255) et de reconnaissance entre services institutionnalisés et services associatifs, entre interventions ciblées et actions généralisées. Ils soulèvent aussi la problématique de la *négociation* en termes de pouvoir, d'accès et de participation.

Tableau 1 : Grille comparative des approches

	Individu	Collectivité
Biomédical	Réparation, Soins	Lois sanitaires, campagnes de prévention, de vaccination, etc. Autres interventions publiques des autorités sanitaires
Communautaire	Responsabilisation individuelle, empowerment, comportements Soins	Interventions auprès de collectivités ciblées pour renforcer le lien et pour « réparer » le tissu social

Cette grille comparative qui indique une orientation vers la complémentarité et non vers l'antagonisme a guidé notre analyse des politiques de la santé effectuée dans trois contextes distincts qui sont présentés ci-après.

6 Exemples de politiques sanitaires en Suisse : quels modèles d'action ?

La Suisse dispose d'un système sanitaire différencié en raison de sa structure fédérale. La Constitution confère en effet aux cantons la compétence en matière sanitaire et sociale, la Confédération doit assurer la conformité avec un cadre socio-sanitaire fédéral minimal. Les politiques de santé publique des trois villes/cantons que nous avons sélectionnés,[19] Lugano/Tessin, Genève et Saint-Gall, montrent ainsi des particularités tant au niveau du concept général de santé publique qu'au niveau plus spécifique de la prise en charge organisationnelle en matière de VIH/

19 En tenant compte notamment des aspects suivants : taille, situation géographique, orientations socio-sanitaires.

sida et des maladies cardiovasculaires, combinant des éléments de l'approche communautaire et de citoyenneté *active* avec l'orientation biomédicale.

6.1 Lugano/Tessin : actions de sensibilisation, empowerment et approche scientifique

En ce qui concerne *Lugano/Tessin,* nous constatons qu'il existe depuis une dizaine d'années une planification étatique active en matière de santé publique. Les organes en charge de la santé publique, le DSS (Dipartimento della sanità e della socialità) et son prolongement qui est la Section sanitaire, poursuivent une planification des prestations sanitaires et des actions de prévention tout en poursuivant un objectif politique, à savoir l'*empowerment* des citoyens. Elles ont introduit le procédé de *deuxième avis médical* de même que l'évaluation des prestations médicales qui s'inscrit dans l'objectif d'augmenter les capacités des citoyens vis-à-vis du monde médical et des prestataires sanitaires. Dans cette planification sanitaire, les autorités établissent les objectifs à atteindre et mettent en œuvre les actions spécifiques. Ceci fait que les réseaux en matière sanitaire se mettent en place selon les besoins et les objectifs poursuivis. Si nous considérons le secteur des maladies cardiovascualaires, nous constatons une grande médicalisation contrebalancée par des actions informatives et éducatives auprès du large public sur les facteurs de risque, et par un activisme important visant la responsabilisation des citoyens. Ceci témoigne d'une volonté explicite de démédicaliser le sujet en intervenant autrement que par le canal médical. En matière de VIH/sida, nous constatons qu'un réseau stabilisé permet des réponses décentralisées et coordonnées sur la population générale mais aussi sur des groupes-cibles. Les autorités publiques sont associées aux organismes associatifs (tels que *Aiuto Aids*, *Radix*, *MayDay*, etc.), tout en laissant émerger des actions/organismes dans des « nouveaux » domaines, par exemple celui de la prévention auprès des populations issues des migrations. Le pluralisme des institutions associatives est soutenu par l'État qui entretient une relation verticale avec les organismes spécialisés dans la promotion de la santé, l'éducation sexuelle et le *counselling*, la prévention du VIH/sida et la formation de médiateurs dans le domaine de la migration.

6.2 Genève : associations fortes et mise en réseau coordonnée

À *Genève,* une planification qualitative élaborée par un organe universitaire a été mise en place ces dernières années . Il s'agit d'une planification sanitaire technique regroupant les principaux déterminants de la santé. Cette planification s'inscrit dans une vision médicalisée de la santé, et la logique de réparation se reflète aussi dans le domaine de la promotion de la santé, dominé par des initiatives de vaccination, de dépistages, etc. L'aspect médical de la prévention reflète en grande partie la forte position qu'occupe le milieu médical au sein de l'administration. Dans la promotion de la santé, des thèmes spécifiques comme la prévention du tabagisme rassemblent le gros des investissements. A l'exception de ce secteur,

nous constatons une absence de véritable stratégie de prévention des maladies cardio-vasculaires. Concernant le rôle des autorités, l'État est le garant de soins de base de qualité, il assure l'information de la population et lance – par délégation – des projets comme « Université sans fumée » ou « Hôpital sans fumée » pour introduire des règles de comportement qui visent à faire respecter les droits des différents groupes constituant la société, notamment le droit des non-fumeurs à des zones sans fumée dans des espaces publics. Par là, les autorités sanitaires entendent renforcer la prévention, mais aussi améliorer la qualité de vie et finalement, de manière sous-jacente, assurer la cohésion sociale. En matière de VIH/sida, nous pouvons constater que le travail se fait dans le cadre de réseaux établis dans lesquels les tâches sont clairement partagées. De cette manière, des actions cohérentes sont menées depuis de longues années, qui ont largement le soutien des autorités publiques et du milieu médical. L'État laisse une grande autonomie aux associations dont l'implantation est stabilisée, ce qui est particulièrement le cas pour des organisations comme le Groupe sida Genève.

6.3 Saint-Gall : approche administrative et implication active des communes

Dans le cas de *Saint-Gall,* nous pouvons relever que la planification sanitaire ainsi que la promotion de la santé ont une base d'action stabilisée par la loi qui propose des objectifs de santé, basés sur la vision d'un État qui s'engage activement dans la politique sanitaire. En effet, outre le fait qu'il est censé garantir la qualité des soins et de la gestion financière des organismes privés qui agissent pour lui de manière subsidiaire, l'État est aussi le moteur d'une politique sanitaire capable d'intégrer des nouveaux enjeux sanitaires de manière flexible et rapide. La planification sanitaire est le produit d'une négociation dans laquelle les autorités publiques assument un statut de superviseur des services socio-sanitaires et des institutions privées qu'elles soutiennent financièrement, tout en restant peu impliquées dans leur fonctionnement. En ce qui concerne la promotion de la santé, elle se base surtout sur l'implication des communes et le réseau des coordinateurs locaux. Chaque commune saint-galloise a été appelée à désigner une personne qui pourrait assurer ce poste pour s'occuper des questions sanitaires au niveau communal. En matière de maladies cardiovasculaires, nous constatons une médicalisation quasi complète du secteur, avec une décentralisation des actions de prévention qui sont véhiculées en grande partie par des acteurs non étatiques. Ceux-ci diffusent de manière autonome des messages de prévention ou de promotion de la santé. Quant au domaine du VIH/sida, il est constitué par quelques acteurs privilégiés qui sont impliqués dans la production des services. Il n'y a pas de mise en réseau organisée entre les organismes associatifs et seulement une faible mise en réseau avec les autorités sanitaires. L'ajustement de ces services et leur diversification se font en accord avec les acteurs étatiques, et le milieu médical est peu associé aux interven-

tions. Les contacts entre les prestataires (du secteur médical, associatif) se fait de manière fonctionnelle et sporadique, selon les besoins.

7 Modèles sanitaires

À partir des observations dans les trois contextes décrits ci-dessus, différents modèles de santé publique peuvent être mis en évidence qui se distinguent au niveau du *welfare mix*, de la régulation et du type d'interventions élaborées.

Le premier modèle basé sur des actions *d'empowerment*, reflète un focntionnement que nous pourrions qualifier de « communautarisme étatique », dans la mesure où les autorités centrales essayent d'agir sur la communauté et de modifier son degré de connaissance, son comportement et par conséquent la consommation de prestations sanitaires. Ceci se fait en incluant des organisations associatives existantes dans la stratégie d'action et en laissant des fenêtres d'opportunité pour la création de nouvelles institutions ou plates-formes. L'État agit comme le garant de soins sanitaires de qualité, du flux d'information et de la mise en place de programmes pour développer les capacités des membres constituant la communauté, et laisse aux organismes associatifs une grande part d'auto-organisation.[20] L'avantage est que le secteur associatif reste flexible et peut s'adapter de manière quasi autonome à de nouveaux besoins. Les inconvénients structurels sont l'absence de coordination horizontale entre les acteurs administratifs et associatifs, et dans certains secteurs, une grande fragmentation du savoir.

Le *policy mix* que nous observons dans le deuxième cas de figure reflète un modèle que nous pouvons qualifier de « *républicain* » dans la mesure où l'État assure des soins médicaux de base de qualité et poursuit l'objectif que tous les individus puissent bénéficier de mesures visant à augmenter la qualité de vie et notamment des prestations sanitaires adéquates. Il laisse des fenêtres d'opportunité pour que des organismes associatifs puissent agir, se développer et grandir, mais incite à une mise en réseau afin d'assurer une harmonisation des prestations et poursuit par là son objectif d'être le garant d'une couverture socio-sanitaire cohérente. L'avantage de ce système est que les organismes associatifs, une fois intégrés dans le réseau, bénéficient d'un important soutien étatique et que les actions sont coordonnées. Pour les citoyens, l'avantage est que l'État veille à une certaine égalité de traitement. D'un autre côté, une vision de la promotion de la santé divergente de celle établie par les acteurs principaux n'a que peu de chances d'être financée et d'aboutir à des actions concrètes et des organismes qui sont endehors des réseaux reconnus ne seront que faiblement soutenus.

20 Cette approche ressemble à la vision du communautaire décrite par Walzer qui plaide en faveur de nouvelles formes d'actions étatiques pouvant soutenir l'émergence d'associations démocratiques (Walzer 1992).

Le fonctionnement dans le troisième cas de figure reflète un modèle organisationnel que nous pouvons qualifier de « *libéral* » dans la mesure où les autorités publiques se basent traditionnellement sur les organismes associatifs existants en leur déléguant la responsabilité de fournir des services adéquats, tout en s'assurant que les prestations socio-sanitaires soient complètes et qualitativement satisfaisantes. Un nombre restreint d'acteurs privilégiés assurent des actions diversifiées et spécifiques selon le secteur (HIV/sida, drogue, Spitex). Les organismes associatifs ont la capacité d'intégrer des nouvelles problématiques ou orientations sanitaires et il y a un consensus sur la division des tâches sanitaires. En revanche, il y a peu de concertation, la mise en réseau est fragmentée, et la coordination horizontale faible. L'avantage de ce modèle est que les organismes fonctionnent selon leur propre culture et leur orientation, ce qui assure une diversité programmatique. De plus, la subsidiarité fait que les processus de décision sont légers et que des actions rapides et diversifiées peuvent se faire de manière autonome. D'autre part, l'absence de coopération entre les différents domaines peut être la cause d'une fragmentation de la « culture sanitaire ». De plus, les autorités sanitaires sont, par leur fonction de superviseur et de financeur, dans une large mesure tributaires des organismes associatifs pour détecter des nouveaux besoins et développer des actions relatives, ce qui peut avoir un impact sur la mise en place des mesures.

Les principales caractéristiques de ces modèles ainsi que leurs avantages et inconvénients structurels sont résumés dans le tableau 2 ci-dessous :

Tableau 2 : Modèles de santé publique

Modèles	Structure	Forces	Faiblesses
Empowerment	Actions top down Autonomie Pluralisme d'acteurs	Flexibilité Adaptabilité	Faible coordination Fragmentation du savoir
Républicain	Horizontale, Mise en réseau, Fenêtres d'opportunités	Coordination structurée Réseaux expérimentés	Réseaux exclusifs Approches prédominantes
Libéral	Délégation et supervision, Nombre restreint d'acteurs	Appareil sanitaire léger Division des tâches	Faible concertation Mise en réseau fragmentée

8 Remarques conclusives

Les trois modèles sanitaires mis en évidence nous indiquent tout d'abord que les approches biomédicale et communautaire ne sont pas incompatibles. Par contre, meilleure sera la compréhension des différents modes d'intervention, plus facile

sera la création de synergies et d'un *welfare mix* cohérent. Celui-ci est particulièrement important si l'on désire intégrer dans une vision pratique les approches de promotion de la santé (capacitation individuelle et collective de préserver la santé ou d'utiliser ses propres ressources pour améliorer ou stabiliser un état de santé), de prévention (ciblée), de traitement et de réhabilitation. Il n'y a pas de vie sans maladie, mais ceci ne signifie pas que la capacité individuelle de la gérer activement n'existe pas. Les approches préventives et de promotion de la santé restent valables pour éviter une aggravation ou, selon les cas, une diffusion de la maladie. Au niveau des stratégies, le mix entre les ressources publiques et privées, notamment la participation du secteur associatif constituent un pilier important pour la gestion de la complexité sociale et l'intégration de la diversité.

Une recette de combinaison de ces différentes approches n'existe évidemment pas. Le passage par les études de cas nous a montré que la normalité se situe encore plus du côté de la concurrence entre ces différentes approches. Il ne faut cependant pas fermer les yeux sur la vision plus intégrée que les planifications genevoise ou tessinoise nous indiquent, au moins du point de vue théorique. Trouver la juste combinaison n'est donc pas l'affaire d'un simple survol des possibilités, mais plutôt l'exercice d'une expérimentation et l'adaptation continuelle d'une politique sanitaire qui demande non seulement des idées, mais aussi un savoir-faire encore trop peu diffusé en Suisse (un savoir en santé publique ou en promotion de la santé).

Les forces et faiblesses des différents modèles présentés nous indiquent que nous pouvons apprendre de toutes les combinaisons rencontrées. Lugano et le Tessin montrent l'importance de l'État dans la légitimation d'approches différentes. Son soutien à une réflexion communautarienne se reflète dans une conscience majeure de l'importance pour la population du contexte social et du travail pour le bien-être. La politique de Saint-Gall, quant à elle, montre l'importance d'un projet sanitaire basé sur un pluralisme d'acteurs, créateur continuel d'innovations. Enfin, Genève et son approche universelle indiquent qu'à côté d'une ouverture pluraliste (par différentes offres et approches), une barrière fondamentale à l'accès à la santé ne doit pas être oubliée ou sous-estimée, à savoir les inégalités sociales.

La combinaison de ces leçons ne peut pas être opérée dans le cadre d'une théorisation – même si cette base, décrite dans la première partie de cet article, peut en être un outil important –, mais elle doit se faire dans la réalité des contraintes, tant historiques et institutionnelles que politiques et sociales. Cet article veut être une contribution à cette recherche d'un chemin non idéologisé et orienté vers la pratique.

9 Références bibliographiques

Adam, Philippe et Claudine Herzlich (1994), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris : Nathan.

Aïach, Pierre (1998), Les voies de la médicalisation, in Daniel Dealnoë (éd.), *L'ère de la médicalisation*. Paris : Anthropos/ Economica.

Aiuto Aids Ticino (2000), *Rapporto d'attività 1999*, Lugano : AAT.

Bachrach, Peter et Aryeh Botwinick (1992), *Power and Empowerment*, Philadelphia : Temple University Press.

Bayer, Ronald (1998), Prévention du VIH/sida et « sensibilité culturelle », in Etzioni, Amitai (éd.). *The Essential Communitarian Reader*, New York : Rowman & Littlefield, p. 131–138.

Bovay, Claude et Jean-Pierre Tabin (1998), *Les nouveaux travailleurs, bénévolat, travail et avenir de la solidarité*, Labor et Fides.

Bozzini, Luciano; Marc Renaud, Dominique Gaucher et Jaime Llambias-Wolff (éd.) (1982), *Médecine et société, Les années 80*, Beauceville (Québec) : Coopératives Albert Saint-Martin.

Bulmer, Martin (1986a), *Neighbours : The Work of Philip Abrams*, Cambridge : Cambridge University Press.

Bulmer, Martin (1987), *The Social Basis of Community Care*, London : Allen & Unwin.

Butcher, Hugh; Andrew Glen, Paul Henderson et Jerry Smith (éd.) (1993), *Community and Public Policy*, London (etc.).

Bütschi, Danielle et Sandro Cattacin (1993), L'État incitateur : nouvelles pratiques de subsidiarité dans le système du bien-être suisse, *Annuaire Suisse de Science Politique* 33 : 143–162.

Bütschi, Danielle et Sandro Cattacin (1994), *Le modèle suisse du bien-être*, Lausanne : Réalités sociales.

Cattacin, Sandro (1996), Organiser les solidarités. La construction du bien-être par l'interface public-privé en Europe, in Soulet, Marc-Henry (éd.), *Crise et recomposition des solidarités. Vers un nouvel équilibre entre État et société civile*, Fribourg : Presses Universitaires, p. 53–93.

Charte d'Ottawa (1986/ 87), *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Ottawa : WHO.

Clément, Serge; Marcel Drulhe, Jean Mantovani et Monique Membrado (1998), La santé et la question sociale à l'épreuve de la ville. Mobilisation urbaine et précarité à Toulouse, in Fassin, Didier (éd.). *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris : La Découverte, p. 110–143.

Curtis, Sarah et Ann Taket (1996), *Health & Societies, Changing Perspectives*, London, New York, Sydney, Auckland : Arnold.

De Leeuw, Evelyne (1989), *The Sane Revolution, Health Promotion : Backgrounds, Scope, Prospect*, Assen : Van Gorcum and Comp.

Domenighetti, Gianfranco (1994), *Marché de la santé : Ignorance ou adéquation ? Essai relatif à l'impact de l'information sur le marché sanitaire*, Lausanne : Réalités Sociales.

Domenighetti, Gianfranco (1997), Consommateurs et médecine fondée sur des preuves, in Fragnière, Jean-Pierre (éd.). *Maintien à domicile*, Lausanne : réalités sociales, p. 133–145.

Donzelot, Jacques (1996), L'avenir du social, *Esprit* mars : 58–81.

Donzelot, Jacques et Marie-Christine Jaillet (1997), *Séminaire sur les zones urbaines défavorisées en Europe et en Amérique du Nord, 1995–1996*, Plan Urbain.

Duyvendak, Jan Willem et Ruud Koopmans (1991), *Résister au Sida : destin et influence du mouvement homosexuel*. Colloque International SIDA et Homosexualités, Paris.

Elias, Norbert (1976), *Über den Prozess der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen*, 2 Bände, Frankfurt M. : Suhrkamp.

Etzioni, Amitai (1973), The Third Sector and Domestic Missions, *Public Administration Review* : 314–323.

Etzioni, Amitai (1995a), *New Communitarian Thinking : Persons, Virtues, Institutions and Communities*, Charlottesville [etc.] : University Press of Virginia.

Etzioni, Amitai (1995b), *The Spirit of Community and the Reinvention of American Society*, New York : Touchestone.

Evers, Adalbert et Thomas Olk (1996), Wohlfahrtspluralismus – Analytische und normativ-politische Dimensionen eines Leitbegriffs, in Olk, Thomas (éd.). *Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft*, Opladen : Westdeutscher Verlag, p. 9–60.

Fassin, Didier (1996), L'essentiel c'est de participer, *Les Annales de la Recherche Urbaine* (no 73) : 4–13.

Foucault, Michel (1979), La poltique de la santé au XVIIIè siècle, dans Mardaga (éd.), *Les machines à guérir*, Paris, Bruxelles, p. 7–17.

Fournier, Pierre et Louise Potvin (1995), Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme, *Sciences Sociales et Santé* XIII(no 2) : 39–58.

Gerhardt, Ute (1991), *Gesellschaft und Gesundheit, Begründung der Medizinsoziologie*, Francfort M. : Suhrkamp.

Gutzwiller, Felix; Bernard Junod et Walter Schweizer (1985), *Wirksamkeit der gemeindeorientierten Prävention kardiovaskulärer Krankheiten*, Bern : Hans Huber.

Hausser, Dominique; S. Villars, B. Burnand, M. P. Glauser, F. Gutzwiller (1986), SIDA : l'information comme outil de prévention, Soz Praeventivmed 1986; 31 : 192–194.

Hausser, Dominique et Daniel Kuebler (1999), Characteristics of heroin and/or cocaine users unknown to treatment agencies. Results from the Swiss hidden population study. Rapport IREC/EPFL.

Heller, Geneviève (1997), Les lieux de la maladie : quelques repères historiques, dans Fragnière, Jean-Pierre (éd.), *Maintien à domicile*, Lausanne : Réalités sociales, p. 15–27.

Hirst, Peter (1994), *Associative Democracy, New Forms of Economic and Social Governance*, Cambridge : Blackwell.

Honneth, Axel (éd.) (1993), *Kommunitarismus. Eine Debatte über die moralischen Grundlagen moderner Gesellschaften*, Francfort M. : Campus.

Khan, Usman (2000), *Waiting for Godot : Participation, Politics and Health*. Paper presented to 3rd Annual Swiss Conference on Aids,Thun Switzerland, 9th November 2000.

Kenis, Patrick et Bernd Marin (éd.) (1997), *Managing Aids. Organizational Responses in Six European Countries*, Aldershot : Avebury.

Kocher, Georg et Pierre Rentchnik (1980), *Teure Medizin*, Bern : Huber Verlag.

Kotler, Philip et Eduardo Roberto (1991), *Social Marketing*. New York.

Kreuter, Hansheinz; Lothar Klaes, Hans Hoffmeister et Ulrich Laaser (1995), Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten, dans Badura Bernhard, Klaus Hurrelmann, Alexander Krämer, Ulrich Laaser (éd.), Weinheim & München : Juventa.

Lamoureux, Jocelyne et Frédéric Lesemann (1989), L'interface entre les services sociaux publics et les ressources communautaires au Québec, *Sciences Sociales et Santé* VII(4) : 49–67.

Maggi, Jenny; Stefano Losa et Sandro Cattacin (2003), *Promozione della salute nella scuola elementare ticinese : il ruolo del medico scolastico*, Quaderni di Salute Pubblica N° 21, Ufficio del medico cantonale, Dipartimento della sanità et della socialità Bellinzona.

Martin, Jean (1987), *Pour la santé publique*, Lausanne : Réalités sociales.

McKeown, Thomas (1982), Les déterminants de l'état de santé des populations depuis trois siècles : le comportement, l'environnement et la médecine, in Llambias-Wolff, Jaime (éd.), *Médecine et Société, Les années 80*, Beauceville (Québec) : Coopératives Albert Saint-Martin.

Meyer, Peter C.; Monica Budowski et Jakob Bösch (1993), Freiwillige Hilfe : Konzepte, Wirkungen, Förderungsmassnahmen, in Peter C. Meyer et Monica Budowski (éd.), *Bezahlte Laienhilfe und freiwillige Nachbarschaftshilfe,* Zürich : Seismo, pp. 17–40.

Mutti, A. (1985), Verso assetti neocorporativi ?, in : *Il Progetto,* 22, S. 55–58.

Mutti, Antonio (1989), I vicini e le reti informali di asistenza, *Stato e Mercato,* 25, p. 49–72.

Nüssli, Kurt (1988), *Neokorporatismus in der Schweiz : Gesundheitspolitik.* Zürich : Kleine Studien zur Politischen Wissenschaft.

Orth-Gomér, Kristina et Neil Schneiderman (éd.) (1996), *Behavioral Medicine Approaches to Cardiovascular Disease,* Mahwah, N. J. : Erlbaum.

Paicheler, Geneviève (1996), La prevenzione : l'articolazione tra individuo e società nella gestione della salute, dans Petrillo, Giovanna (éd.), *Psicologia sociale della salute,* Napoli : Liguore Editore, p. 327–352.

Peterson, Alan et Deborah Lupton (1996), *The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk,* London : Sage.

Pierson, Paul (1994), *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment,* Cambridge : Cambridge University Press.

Pineault, Raynald et Carole Daveluy (1986), *La planification de la santé, concepts, méthodes et stratégies,* Montreal : arc.

Pollak, Michaël (1992), AIDS : A problem for Sociological Research, *Current Sociology/La sociologie contemporaine,* 3 : 1–65.

Rappaport (1977), *Community psychology : Values, Research and Action,* New York : Holt, Rinehart and Winston.

Renschler, Isabelle (2005), Citoyenneté et politiques de la santé en Suisse, Paris : L'Harmattan.

Renschler, Isabelle et Dominique Malatesta (2001), Community action in drug policy : the gate to pragmatic measures? Heroin overdose as impulse for a community prevention program in Switzerland, *Addiction Research,* Vol 9 (no. 5), pp. 471–479.

Rickenbach, Martin (1993), Risques comportementaux liés aux maladies cardiovasculaires, in Walter Weiss (éd.), *la santé en Suisse.* Lausanne : Payot. 221–227.

Rifkin, Jeremy (1995), *The End of Work – The Decline of the Global Labor Force and the Dawn of the Post-Market Era,* Berkeley : Putnam.

Rochon, Jean (1976), La santé communautaire dans le système régional des services des santé et des services sociaux, *L'annuaire du Québec* : 470–478.

Rossi, Giovanna (1992), Welfare systems, servizi socio-sanitari e diritti di cittadinanza, in Sgritta, G. P. (éd.), *Cittadinanza e nuove politiche sociali.* Milano : Franco Angeli, p. 97–144.

Rossi, Martino et Elena Sartoris (1995), *Ripensare la solidarietà,* Locarno : Dadò.

Salem, Gérard (1998), *La santé dans la ville,* Paris : Karthala & Orstom.

Schmidt, Manfred G. (1988), *Sozialpolitik. Historische Entwicklung und internationaler Vergleich,* Opladen : Leske + Budrich.

Setbon, Michel (1993), *Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède.* Paris : Seuil.

Stemmle, Dieter et Sandro Cattacin, en collaboration avec Stefano Losa et Susanne Schleiter (2003), *Strategien nachhaltiger Bevölkerungsinformation.* Eine Analyse der Stop-Aids-Präventionskampagnen des Bundesamtes für Gesundheit unter besonderer Berücksichtigung des Social Marketing, Lausanne : IDHEAP.

Stein, Jane (1997), *Empowerment and Women's Health,* London & New Jersey : Zed Books.

Van Vugt, Johannes P. (1994), *AIDS Prevention and Services. Community Based Research,* Westport/Conneticut : Bergin & Garvey.

Vitali, Rocco et Sandro Cattacin, en collaboration avec Martin Abele et Charles Landert (1996), *La prévention du sida dans les cantons suisses : une analyse organisationnelle*, Muri : SGGP.

Walzer, Michael (1992), The Civil Society Argument, dans Mouffe, Chantal (éd.), *Dimensions of Radical Democracy : Pluralism, Citizenship, Community*, London : Verso.

Weber, Max ([1920/21] 1968), *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*, Tübingen : Mohr.

Williams, Fiona (1993), Women and Community, dans J. Bornat, C. Pereira, D. Pilgrim, A. Williams (éd.), *Community care : A reader*, Basingstoke : Macmillan.