

# La lettre de l'Institut Renaudot N°28

## Sommaire

- [Editorial](#)
- [Groupe santé sur Bourges](#)
- [Mais où est donc passé Hyppocrate](#)
- [Nouvelles du secrétariat Européen](#)
- [La vie de l'Institut au quotidien](#)
  - [Centre de documentation](#)

## Editorial Marc Schoene

### **Une construction qui prend sens**

En élaborant leur Charte, les membres de l'Institut Renaudot et de la branche française du Secrétariat européen visaient à rédiger un texte qui contienne un corpus des valeurs qu'ils partageaient ensemble, et plus ambitieusement de contribuer par ce document au développement en France de pratiques communautaires de Santé.

Sans en être encore au temps de l'évaluation de la démarche, il paraît utile et intéressant de faire un premier point.

La Charte a été largement diffusée et reste régulièrement demandée par des institutions, des professionnels de spécialités, lieux et modalités d'exercice les plus divers. Les membres de l'Institut ont participé ou participent à des travaux où tout ou partie des contenus de la santé communautaire sont de plus en plus abordés, traités : groupe de travail sur formation et cahier des charges des réseaux initié par la Direction générale de la Santé; groupe de travail du Conseil national des villes consacré au futurs volets santé des contrats de ville, enseignement de l'IUP Ville-Santé de Paris XIII...

Le colloque 2000 que l'Institut prépare et qui sera accueilli par la ville de Grande Synthe est déjà attendu par de nombreuses équipes "de terrain" qui nous confirment leur besoin de présenter leur travail, d'échanger sur les avancées et les difficultés, de témoigner des besoins des usagers à d'autres réponses sanitaires et sociales...

Encore récemment contesté ou considéré comme ne concernant que les pays en voie de développement le concept de santé communautaire progresse et devient la référence d'une approche différente de la santé.

La participation des citoyens à la santé, élément constitutif de la santé communautaire qui reste encore pour l'essentiel plus objet d'étude, de colloque que réalité de terrain, sera de plus en plus au centre d'enjeux majeurs; la circulaire relative aux contrats de ville 2000-2006 affirme que " la plus forte implication (des habitants) conditionne la réussite des contrats. " Les Etats généraux de la Santé qui viennent de se conclure ont souhaité placer le malade au cœur du processus de santé.

Le travail engagé par l'Institut sur la participation n'a pas attendu ces récentes intentions des pouvoirs publics; des soirées thématiques, la Charte bien sûr, le colloque de Grande Synthèse et le colloque sur la participation élaboré pour les Mutuelles de France sont autant d'éléments contributifs à ce vaste chantier de transformation sociale qui pourrait connaître des avancées réelles dans les prochaines années...

Est-il besoin de souligner le plaisir que nous éprouvons à rencontrer dans nos différents travaux des partenaires qui s'y engagent avec leurs compétences, leurs idées, leurs exigences éthiques, qu'ils soient du comité français d'éducation pour la santé, de médecins du monde, de la société française de santé publique, de l'école nationale de santé publique, de la fédération des maisons médicales belges, des CEMEA pour n'en citer que quelques uns.

Nous le disons depuis quelques années maintenant, dans le contexte de transformation profonde des systèmes de protection sociale et de distribution des soins, le croisement, la mise en commun du savoir accumulé, la visibilisation des pratiques de santé communautaire peuvent permettre de donner plus de crédibilité et de force à une approche de santé centrée, elle, sur les besoins, sur la qualité, sur l'équité, sur l'engagement des habitants dans le processus.

Dans le vaste chantier de l'an 2000 que nous avons ouvert la prochaine Université d'été devrait être un temps fort de réflexion conviviale. La question des limites du champ professionnel dans la complexité des problèmes locaux est posée en permanence. Le professeur des écoles peut-il n'être qu'enseignant ? le médecin peut-il sans conséquence sur la santé de sa clientèle ne rester que dans son cabinet ? etc... Quels risques à sortir de son champ de compétences, à fréquenter d'autres champs ? Avec l'honneur que nous fait Albert Jacquard en participant à nos travaux ; une année 99-2000 passionnante en perspective !

### **Groupe santé sur Bourges**

Pierre Tritz, prêtre et religieux fils de la charité

#### *Historique*

Les quartiers nord de Bourges (30 000 habitants) ont été mis en DSQ en 1990. Très rapidement, les habitants s'organisent en un comité qui pointe un certain nombre de difficultés, de besoins à résoudre. Des commissions thématiques se créent : urbanisme, transports, santé/action sociale...

Avec la participation des habitants, la commission santé/action sociale choisit trois axes de travail :

- la nutrition en lien avec une école primaire,
- la maladie alcoolique,
- la toxicomanie.

Chaque commission travaille à son rythme.

Dans le cadre du D.S.Q, des enquêtes sur la santé sont faites, très chères et sans résultat tangible. Les habitants souhaitaient des recherches/actions, aucune suite n'est donnée à leur suggestion, ils sont écœurés. Pendant ce temps des choses se passent sur le terrain.

La sous-commission nutrition travaille avec des institutrices, des professionnels du goût. Les enfants découvrent de nouveaux mets. C'est positif.

Autour de la maladie alcoolique, un collectif "Allô Espoir" se met en place. Il est composé de bénévoles des associations de malades, de professionnels de santé et du social, d'associations de quartier. Une synergie se crée, qui se poursuit aujourd'hui.

Autour de la toxicomanie, il est plus difficile de mettre quelque chose en place. Une association locale, chargée de cette question renvoie sans cesse la question aux habitants. La sous-commission s'étiole et ne se retrouve plus.

En 1992 un réseau d'échange réciproque de savoirs (RERS) se structure grâce à deux assistantes sociales.

Un RERS est une association qui favorise les échanges de savoirs en recherchant, parmi les participants qui ont fait des offres et demandes de savoirs, celles qui correspondent. Une des assistantes sociales dans ses rencontres pointe de nombreuses questions sur la santé, le mal être, le mal de vivre. Nos recherches et nos questions se croisent. Pourquoi ne pas créer une nouvelle dynamique ? Des habitants sont consultés. Un premier thème est choisi : le sommeil.

La première rencontre a lieu le 27 Janvier 1994.

Et cela continue aujourd'hui...

### *Methodologie*

Une rencontre toutes les 6 semaines. Trois thèmes sont abordés dans le cours d'une année.

Chaque thème est débattu pendant 2 séances. Lors de la première rencontre, chacun est invité à dire des mots, des phrases, négatifs ou positifs sur ce thème.

C'est un moment d'échauffement qui permet d'entrer dans le sujet, de se lier. Puis ceux qui le souhaitent donnent des éléments de leur expérience, les moyens mis en place pour que cela change. A la deuxième séance, nous invitons un professionnel (rencontré auparavant) qui aide le groupe à approfondir ses connaissances, à mettre en forme ce qui a été exprimé. Il n'apporte pas sa connaissance scientifique, il entre dans la dynamique du groupe. C'est le croisement des savoirs.

Ce groupe a des règles, il n'est ni un lieu de soin, ni un groupe thérapeutique et notre

rôle (A.S et moi-même) est de les faire respecter. Il nous faut faciliter l'expression de chacun, réguler les échanges en rappelant que l'on se doit de respecter et d'écouter l'autre.

On peut ne rien dire, on joue alors son joker.

**Bilan global de janvier 1994 à Juin 1998 :**

- 13 thèmes abordés (50 rencontres)
- 2 bilans (4 rencontres)
- 1 préparation d'émission de télé
- 1 rencontre avec la télé (La Cinq)
- 1 rencontre pratique massage
- 1 atelier d'écriture

En conclusion, les différents thèmes touchent la santé dans sa globalité ; physique et psychologique. Il s'agissait de favoriser l'expression des habitants, de tendre à un croisement des savoirs (population/professionnels). Il a été difficile de mobiliser la population masculine.

La plupart des personnes étaient engagées dans des activités plus larges que le sanitaire dans le quartier. Les professionnels engagés ont joué le jeu, ils ont découvert de nouvelles relations.

L'animation mixte (homme/femme, professionnel/non professionnel) était très appréciée.

Nous insisterons sur la difficulté à être reconnus par le contrat de ville et sur les problèmes de subventions en découlant.

**Mais où est donc passé Hippocrate ?  
Ou les liens entre le malade et son environnement  
Daniel Gilis**

"Dans les maladies, on apprend à tirer les signes diagnostiques des considérations suivantes : de la nature humaine en général, et de la nature particulière de chacun ; de la maladie ; du malade ; des prescriptions médicales, de celui qui les prescrit - car le mieux ou le pire peut venir aussi de cela - ; de la constitution générale ou particulière du ciel et de chaque pays ; des habitudes ; du régime alimentaire ; du genre de vie ; de l'âge de chacun ; des discours ; des manières de parler ; du silence ; des pensées ; du sommeil ; de l'absence de sommeil ; des rêves, quels ils sont et quand ils surviennent ; des brins que les mains du malade arrachent ; des démangeaisons ; des larmes ; des paroxysmes de la maladie ; des selles ; des urines, des crachats ; des vomissements ; de toutes les successions de maladies observant quelles sont les maladies qui cessent et quelles sont les maladies qui les remplacent ; des dépôts qui mènent vers la mort du malade ou vers la solution de la maladie ; de la sueur ; du refroidissement ; du frisson ; de la toux ; des éternuements ; des hoquets ; des difficultés respiratoires ; des éructations ; des vents qui sortent en sifflant ou en faisant un bruit sourd ; des hémorragies ; des hémorroïdes ; c'est à partir de ces signes et de tout ce qui est donné par l'intermédiaire de ces signes qu'il faut conduire l'observation."

**Extrait de "Epidémies I"**  
**Ecrit par un médecin itinérant de l'école d'Hippocrate.**  
**In "Hippocrate" de Jacques Jouanna, Ed. Fayard, 1992.**

Dans notre fin de siècle de haute technicité, où les médecins-philosophes et les philosophes-médecins ont disparu, nous avons dissocié la notion de soin de celle de prévention. On n'appelle communément acte de prévention que ce qui relève d'une intervention collective ou du financement public. Pourtant l'O.M.S. définit "la prévention secondaire comme un acte destiné à minimiser la prévalence d'une maladie en réduisant l'évolution et la durée, et la prévention tertiaire comme un acte destiné à diminuer la prévalence des incapacités chroniques en réduisant au minimum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie". Ces deux types d'actes comme au temps d'Hippocrate, font bien partie intégrante des consultations de médecine ou des interventions paramédicales, tout particulièrement pour les maladies chroniques.

Cette séparation soin-prévention est probablement une perversion du système d'assurance maladie qui exclut du remboursement les actes de prévention primaire tels que les vaccinations et qui ne considère le soin que sous son aspect le plus réducteur de réparation de l'organe malade. Pourtant, comme le dit si bien Foucault<sup>1</sup>, il faut distinguer l'espace de la maladie de l'espace du malade. La maladie essentielle est décrite sur le modèle botanique qui nécessite de s'abstraire du malade et du médecin. "Ils ne sont tolérés que comme autant de brouillages difficiles à éviter". "Le malade, par l'ensemble des qualités irremplaçables et muettes qui lui sont propres, varie les belles formes ordonnées de la maladie". Le soignant devra donc tenter de percevoir l'ensemble des facteurs de la maladie, spécifiques à ce malade et son intervention préventive doit l'aider, selon les formes de sa maladie, à trouver les réponses qui lui sont propres pour en réduire l'évolution, la durée et les invalidités fonctionnelles consécutives.

Mais le système du paiement à l'acte de consultation de soins est tellement inopérant pour répondre à cet objectif, que les pouvoirs publics sont sans cesse obligés d'inventer des structures spécifiques par thématiques ou populations cibles, pour les malades qui ne peuvent trouver de réponses à leurs problèmes de santé au sein du fonctionnement classique de la médecine générale. Ce fut le cas dans les années cinquante, des centres de lutte contre la tuberculose et les "maladies vénériennes", des dispensaires de soins des malades mentaux, puis des centres de planification familiale, des centres d'alcoologie et des centres pour toxicomanes, et aujourd'hui on invente des financements spécifiques pour les jeunes de 16 à 25 ans et les personnes démunies.

Ces différentes structures spécialisées ont toutes comme caractéristiques d'essayer une approche globale de la maladie en incluant dans leurs équipes des travailleurs sociaux et le plus souvent des psychologues. Elles ont quand même l'inconvénient de morceler le malade selon ses différents problèmes qui pourtant peuvent se cumuler, et de favoriser des consultations ghettos qui n'accueillent que les pauvres.

L'autre réponse fut celle d'un certain nombre de soignants, qui devant le manque de cohérence des prises en charge des malades, ont tenté de coordonner les différentes interventions au sein de réseaux. Cette mobilisation s'est faite au départ sur des pathologies bien spécifiques telles que le Sida, qui cumulaient les difficultés de réponses professionnelles. Elle commence timidement à s'étendre à d'autres problématiques, mais toujours dans une pénurie de financement et sur un fonctionnement souvent basé sur le

### **militantisme des acteurs.**

**Pour répondre aux nécessités d'interventions préventives, il est pourtant nécessaire en tant que soignant d'imaginer d'autres modes d'approche de la santé et de la maladie en tâchant de s'abstraire des seuls modes de prise en charge financière. Selon ses capacités et sa "philosophie" du soin, le soignant doit s'impliquer dans différents niveaux d'intervention. Selon le Québécois Labonté<sup>2</sup>, on peut distinguer quatre niveaux d'implication des professionnels :**

- o Une prestation de services dans laquelle soient garantis des soins respectueux de la personne.**
- o Une initiation du ras-semblement de petits groupes où des liens se créent et où se forge un sentiment d'appartenance.**
- o L'organisation communautaire qui aide des personnes à définir des problèmes qui concernent la communauté toute entière.**
  - o L'action politique et la création d'alliances : fournir des informations sur le fonctionnement des institutions ou sur l'état de santé de la population, à des regroupements de communautés d'intérêt.**
- o On voit bien que notre système de santé ne va permettre l'implication du soignant que dans le premier niveau, toute autre implication ne lui sera possible que dans des programmes extrêmement spécifiques, pour ne pas dire expérimentaux.**

**Pourtant d'autres modes de fonctionnement peuvent exister. Une équipe québécoise<sup>3</sup> d'un centre Local de Service Communautaire a ainsi élaboré une stratégie d'intervention dans laquelle les liens nécessaires entre le soin et la prévention sont abordés sous la forme d'un continuum. Il s'agit d'une intégration des différentes pratiques :**

*Faire... Faire avec... Faire faire... Laisser faire...*

**Dans cette démarche, l'intervention curative est un outil qui complète et rend plus efficace l'aide du réseau naturel de la personne, quel que soit la nature du problème.**

**Elle rejoint également en partie certains objectifs de l'intervention préventive en s'occupant d'éviter l'aggravation ou la réapparition des problèmes. Pour y parvenir, elle se préoccupe d'amener la personne ou le groupe à comprendre la situation problématique.**

**L'intervention préventive vise plus spécifiquement à éviter l'apparition de problèmes et s'attaque donc aux conditions et aux facteurs de risque. Elle cherche à améliorer la robustesse en développant les forces individuelles et collectives.**

**La stratégie d'ensemble est de nature systémique : les professionnels travaillent à renforcer le potentiel des individus tout en intervenant pour enrichir le milieu. De ce fait, toutes leurs interventions s'interinfluencent.**

**C'est ainsi qu'un continuum circulaire s'établit : les interventions individuelles sur une personne ont un impact sur sa famille et ses proches et d'une autre façon sur sa communauté. Les améliorations pouvant survenir à l'un ou l'autre de ces niveaux ont donc des impacts globaux.**

**Cette conception d'un continuum d'intervention mériterait d'être reprise en France où la séparation soins et prévention aboutit à un grand nombre de blocages, tout particulièrement dès qu'il s'agit de mettre en place des actions communautaires de santé. Pour cela il faudrait que le financement du soin intègre les actions de prévention**

et que toute action de prévention s'accompagne d'un espace ou le soin soit possible. Peut-être ainsi pourra-t-on renouer le lien avec nos anciens maîtres autrement que par le seul "serment d'Hippocrate".

## **Nouvelles du secrétariat européen des pratiques de santé communautaire**

Marc Schoene

Le Secrétariat européen s'est réuni au siège de l'Institut Renaudot les 29 et 30 mai dernier.

Les travaux du groupe qui réunissait Espagne, Italie, Belgique et France ont porté sur plusieurs questions importantes.

**1 - Plus de dix ans après la rédaction des textes fondateurs du Secrétariat européen, une redéfinition de ses finalités et de ses objectifs apparaissait nécessaire. Ont donc fait l'objet d'échanges approfondis les concepts de santé communautaire, de soins de santé primaires, de pratique communautaire de santé.**

**Positionnement et champ d'action actuel du Secrétariat ont été débattus.**

**Enfin le Secrétariat souhaite, après avoir finalisé ses réflexions sur les concepts, le champ d'action, présenter son analyse des enjeux des politiques de santé en Europe. Les branches nationales du Secrétariat européen vont être informées et consultées sur le contenu des travaux ici résumés avant que le Secrétariat n'arrête des documents définitifs.**

**2 - Projet de formation des cadres des centres de santé.**

**Des formations diverses existent pour les cadres de centres de santé dans chacun des pays membres du Secrétariat européen.**

**Cependant outre que ces formations sont d'inégales qualités, ou pas toujours spécifiques des pratiques de centres de santé, elles n'abordent que rarement voire jamais la dimension internationale des centres de santé.**

**La circulation des idées et des hommes dans l'espace européen se développe. Le monde des centres de santé n'échappe pas à cette réalité. Le Secrétariat a beaucoup contribué à lever les frontières, mais si le mouvement des individus reste lent, des demandes croissantes se font pour pouvoir bénéficier de l'expériences des voisins...**

**Aussi l'idée d'une formation internationale prend corps.**

**Reste à lui préciser un contenu, des modalités compatibles avec les réalités diverses de chaque pays (langue, profil des postes des cadres, attentes...)**

**Le Secrétariat européen a décidé de proposer un travail préalable dans chaque pays membre pour y préciser les attentes que pourrait susciter la proposition d'une formation internationale des cadres de centres de santé. Une fois les éléments recueillis la construction d'une telle formation pourrait s'engager.**

**A l'occasion du congrès des centres de santé français en octobre 99 il est envisagé de réunir un séminaire d'une journée sur le thème formation des cadres avec gestionnaires, personnes ressources et bureau du secrétariat européen.**

**3 - Soins de santé primaires, enjeu majeur dans les organisations des systèmes de soins de santé.**

A partir de sa conception des soins de santé primaires, du regard à porter sur la réalité diversifiée des soins de santé primaires dans les différents pays européens membres, il est proposé de tenir un atelier dans le cadre du prochain congrès des centres de santé : "Réalités européennes des soins de santé primaire" le jeudi 21 octobre à 14h à la Faculté X. Bichat.

#### 4 - Plusieurs questions diverses abordées :

- mise en place d'un site Internet pour le secrétariat européen,
- numéro spécial de " santé conjugulée " consacré aux soins de santé primaires,
- étude de faisabilité pour mettre en place des vidéoconférences,
- contributions aux colloques de Grande Synthe et Lyon.

### La vie de l'Institut au quotidien

L'institut continue à être très actif, en ce début d'été ; soirées thématiques, préparation du colloque...

Les soirées thématiques ont toujours beaucoup de succès, la dernière en date a permis de rendre compte au C.A des thèmes évoqués en préparation du colloque. Les participants ont souligné l'absence d'un lieu d'échanges en santé communautaire, et leur souhait que le colloque pallie à ce manque.

Préparation du colloque "Croisement des pratiques" des 12 et 13 mai 2000 à Grande-Synthe

Le groupe de travail se rencontre donc très régulièrement et le contenu du colloque se précise. Simultanément, le comité scientifique s'est réuni une première fois et ses travaux ont dégagé des lignes directrices autour des thèmes des finalités de la santé communautaire, de son articulation avec le politique, des différences entre santé et soins, de l'origine des actions (population, institution, professionnels...).

Si vous souhaitez intervenir au colloque (atelier, poster...) [contactez l'Institut](#).

### Centre de documentation

Samia Mammer

Disparition du centre de documentation de l'hôpital Saint-Antoine  
Créé en 1975 à l'initiative du Professeur B. Pissaro, au sein du service de médecine préventive et sociale du CHU Saint Antoine, ce centre dont la gestion était privée, s'adressait à tous publics (chercheurs, sages-femmes, médecins, infirmières...) et couvrait tous les domaines de la santé publique.

La difficulté pour ce centre de continuer à salarier la documentaliste a conduit à sa fermeture. Nous souhaitons bonne chance à Chantal Lheureux dans sa recherche d'emploi et la remercions de nous avoir confié une abondante documentation en santé communautaire, santé publique...

Des habitants prennent l'initiative

Ouvertures : la revue des centres sociaux.- 98-4/5pp. 1-51, 80 F



**Ce numéro constitue le compte rendu du Congrès de la Fédération des Centres Sociaux et Socio-Culturels de France qui s'est tenu au mois de juin 1988 à Strasbourg. Ce Congrès visait à faire partager la réflexion sur les conditions et les méthodes devant être réunies pour que les habitants soient en capacité de prendre - ou reprendre - l'initiative.**

**Cette fédération a pour principales missions notamment de représenter les centres sociaux auprès des pouvoirs publics, organismes de sécurité sociale et regroupement nationaux, de susciter la création de nouveaux centres sociaux, d'établir des liens entre les centres et de développer leurs moyens en particulier dans le domaine du financement, de la formation, de l'analyse des besoins et de l'information.**

**Fédération des Centres Sociaux et Socio-Culturels de France, B.P. 379 - 10, Rue Montcalm - 75869 Paris.**

**Tél. : 01 53 09 96 16 Fax. : 01 53 09 96 00  
(en consultation à l'Institut Renaudot).**

### **Géographie de la santé en France**

**François Tonnellier, Emmanuel Vigneron.**

**Paris : PUF, 1999. - 127 p. - (Que sais-je ? ; 3435). - Bibliogr. 42 F.**

**Les rapports du Haut Comité de la Santé Publique ont souvent souligné l'ampleur des inégalités régionales de santé en France (par exemple, cinq ans d'écart extrêmes pour l'espérance de vie). Cet ouvrage fait donc une description des inégalités spatiales en les reliant à des hypothèses explicatives et à des modèles d'organisation de l'espace. En mettant l'accent sur la reconnaissance locale de bassins de santé et sur les méthodes d'allocation de ressources, les auteurs soulignent que l'approche géographique dans le domaine de la santé est indispensable pour l'aménagement de l'espace sanitaire. Cette analyse est aussi un éclairage d'actualité sur l'avenir du système de santé en France.**

**(En consultation à l'Institut Renaudot).**

### **La santé des exclus**

**au risque d'une politique de la ville.**

**Jean-Claude Guyot, Patrick Laudoyer**

**Revue Française des Affaires Sociales, n° 3, jul-sept. 1998 ; p. 141-153. - 99 F.**

**L'engagement des municipalités françaises dans une gestion publique couvrant des domaines de plus en plus nombreux et variés n'est plus à démontrer. Mais qu'en est-il exactement de la santé ? Constitue-t-elle un secteur d'intervention municipalisé ? Et quelles sont les principales caractéristiques de ces interventions ? Sur la base de ces interrogations, les auteurs développent leur réflexion autour des relations qui existent entre la prise en compte de la santé des exclus et la mise en place d'une politique de la ville.**

**Revue Française des Affaires Sociales - 1, Place de Fontenoy - 75350 Paris 07**

**Tél. : 01 40 56 74 38**

**(en consultation à l'Institut Renaudot).**