

La lettre de l'Institut Renaudot N°25

Sommaire

- [Université d'Eté de l'institut Renaudot](#)
- [Sous les remparts de Carcassonne, des soignants s'interrogent sur leurs pratiques](#)
- [Bilan comparatif des consultations spécifiques visant des publics jeunes \(Année 1997/1998\)](#)

Université d'Eté de l'institut Renaudot

Joël Le Corre

L'Université d'Eté de l'Institut Renaudot a réuni le 25 septembre à Gressy dans l'Oise 33 personnes de divers horizons de la Santé Publique autour du thème de la Santé Communautaire et de la charte, que l'Institut entend diffuser pour sa promotion. Les débats ont été introduits par Marc Schoene et Philippe Lefevre de l'Institut Renaudot. La plupart des participants ont apporté leurs contributions.

L'environnement s'est modifié

La crise de l'Etat-Providence développe une fragilisation et paupérisation des individus. L'incidence des maladies chroniques prend le pas sur celle des maladies aiguës, modifiant la place du malade. Le travail en réseau s'impose pour répondre à ces nouveaux problèmes.

Le citoyen dispose de plus en plus d'informations et refuse de plus en plus de subir. Dans ce contexte, la santé communautaire trouve sa place.

Le concept de soins de santé primaires développé par l'O.M.S propose un processus de santé dans lequel la personne peut se retrouver.

La communauté est, en l'occurrence, celle qui prend en compte sa problématique de santé appréhendée de manière globale. La participation nécessaire des personnes conduit à faire avec elles plutôt que pour elles, ce qui opère un changement culturel pour les médecins.

L'approche communautaire ne doit pas se limiter à la dimension collective de la santé. Elle induit dans la prise en charge individuelle, une relation contractuelle et négociée.

La [charte](#) doit devenir un outil méthodologique et d'évaluation pour interroger sa place et ses pratiques. Elle doit aider à reconnaître, à développer et à partager les pratiques de santé communautaire.

Il reste de nombreux points à approfondir. Quels sont les liens entre santé communautaire et soins de santé primaire ? Quelle est la place des structures ? La médecine générale n'a-t-elle pas à en devenir le pivot ? Quels liens avec les réseaux ? Quelle place faire aux usagers dans les actions de santé ?

La discussion s'est engagée sur deux axes :
Le concept, sa pertinence, sa réalité.
L'utilité de la Charte et sa mise en vie.

Le concept, sa pertinence, sa réalité

Les relations entre médecins/malades et institutions se sont modifiées. De nouvelles interactions entre le public et les professionnels sont apparues sous formes de luttes.

L'appel à la participation de la population a pu apparaître manipulateur et l'alibi de pratiques contestables. Est-il cependant utopique de la revendiquer ?

Le débat a porté sur les conditions du dialogue entre la population, les professionnels et les institutions.

Un élément à prendre en compte est le temps, aussi bien niveau de la compréhension des problèmes que de l'évaluation. L'évaluation à court terme n'est qu'une évaluation de processus. L'évaluation des effets est à long terme.

D'autres paramètres sont le savoir, le pouvoir, et leur partage. Ainsi, à propos des toxicomanies et du sida, n'a-t-on pu mettre en place des actions de santé communautaires que dans les zones de non droit. Dans ces conditions, les institutions et les professionnels l'acceptent.

Ils l'acceptent encore lorsqu'à l'évidence leur pouvoir technique est limité. La démarche communautaire alors n'a pas besoin du mot "santé". Elle renvoie à une certaine conception des pratiques démocratiques.

A partir d'un exemple, l'utilisation de la Charte fait l'objet du dernier débat. Peut-on à partir de ce texte poser aux différents acteurs la question d'une pratique différente ?

Pour certains, la charte ne peut être un cadre mais un garde-fou à des pratiques déjà engagées. Pour d'autres, un outil d'évaluation ou l'instrument d'une démarche-qualité. Pour d'autres, encore un engagement, le texte de référence, le corpus des valeurs partagées.

La charte est-elle un guide, un programme politique ? Quel public vise-t-on ? Quels objectifs entend-t-on atteindre ? Faut-il ratifier institutionnellement la démarche ?

En conclusion, l'idée d'un séminaire pour approfondir les questions qui le nécessitent puis d'un colloque pour valoriser les expériences est retenue.

Sous les remparts de Carcassonne, des soignants s'interrogent sur leurs pratiques

Danièle Gilis

Chaque année des médecins généralistes de l'Aude organisent des "Journées Santé" avec l'aide de leur Conseil Général. En octobre dans ce cadre, ils ont accueilli l'Ecole Dispersée de Santé Européenne fondée dans les années 70 dans le souci d'une position critique du savoir et avec la volonté de transmettre un corpus de pratiques.

Pendant trois jours des soignants de pratiques, de pays et de professions diverses ont travaillé sur le thème "**Rendre compte ou rendre des comptes**". L'Institut Renaudot très intéressé par le croisement de cette réflexion avec celle sur la santé communautaire et la participation, était présent dans les débats, et a tenu à vous donner un bref aperçu de leur contenu.

Au nom de l'Ecole Dispersée, Caroline Mangin-Lazarus et Jean Carpentier ont souligné que la clinique ne rend pas seulement compte des symptômes. Comme le sujet déplace ses difficultés et les transforme en maladie, la clinique doit **rendre compte** de la vie des gens et interroge donc le politique. Quand à **rendre des comptes**... le serment d'Hippocrate suffit-il à être transparent vis à vis de la cité ?

Pourtant le risque du gaspillage des ressources rend nécessaire de **rendre des comptes** sur leur utilisation, mais comme l'a fait remarquer Nadine Van en Broeck de la Maison Médicale de Tournai en Belgique, ces comptes envahissent la relation médecin-patient. C'est ainsi qu'un de ses patients avait

une verrue plantaire qui repoussait aussi vite qu'on la nettoyait. Il s'agissait de compter le nombre de séances de neige carbonique, mais un entretien plus approfondi a mis en lumière la relation entre cette verrue et un problème de surendettement récurrent. Il est possible de **rendre compte** de ce cas clinique, mais **comment rendre des comptes** sur ce qui s'est passé dans la relation médecin-malade ?

Un autre éclairage de cette difficulté à rendre des comptes a été donné par le groupe toulousain MUID, association de réflexion sur la médecine générale. Ce groupe a travaillé sur les liens qui unissent Santé et Précarité à travers leur exercice quotidien. Une présentation très intéressante a été faite d'un cas clinique où dans un même tableau à trois colonnes, intitulé "compte de faits" était rassemblées l'histoire chronologique d'un patient progressivement sur endetté, en parallèle avec son histoire médicale et son histoire sociale. A qui rendre compte de ce processus : à l'Etat ? à la CNAM ?

Pour les économistes italiens, la gestion de la santé se prête à tant de manipulations que la transparence complète est un pari impossible. Le sujet malade est émotionnel et choisit un médecin sur des critères idéologiques (public ou privé), sur la réputation de compétence... Le médecin quant à lui est conditionné par les fournisseurs de soins (laboratoires, pharmacie, hôpitaux...) Par ailleurs le tiers-payant bouleverse les règles de l'offre et de la demande et le sujet sera toujours le maillon faible du processus décisionnel, et il dépendra toujours de l'attitude des professionnels.

Selon Bernard Cassou professeur de Santé Publique, il n'y a pas de maladie privée mais des maladies sociales remboursées ou non, reconnues ou non par la société. Une maladie devient un problème de santé publique quand elle crée un désordre social ; quand l'Etat est obligé de mettre de l'ordre ou quand le citoyen est concerné. Dans le système de santé, être citoyen c'est sortir de la maladie pour entrer dans la santé. Aujourd'hui c'est l'Etat qui est censé représenter les citoyens, mais les citoyens sont absents.

Mais lors de ces journées, grâce au groupe andalou, nous avons trouvé le paradigme de la santé publique. C'est Christophe Colomb !!! Il est parti sans savoir où il allait, mais il croyait le savoir. Il voyageait avec le trésor public, mais il s'est trompé de continent. Il a quand même rapporté des trésors et des cartes nautiques, mais à son retour aux Açores, il a vu le roi du Portugal avant celui de Castille qui pourtant finançait l'expédition....

Peut-être grâce à cette histoire si riche en enseignements, les professionnels du centre de santé de Cordoue sont parvenu à élaborer une évaluation très pointue de leur fonctionnement qu'ils ont présenté avec brio, et ont invité les groupes présents à se retrouver dans leur belle région en 1999. Le débat est donc à poursuivre...

Bilan comparatif des consultations spécifiques visant des publics jeunes^a - Année 1997/1998

Jean-Louis Godier

Les Centres municipaux de Santé de Drancy, en complément de l'activité de soins, mènent diverses activités de prévention avec des partenaires multiples, dont les PAIO du secteur, l'Education Nationale et le Tribunal de Grande Instance de Bobigny. Dans le cadre de ce partenariat sont organisées des consultations à destination des populations jeunes relevant de ces structures. Nous avons fait une étude portant sur chaque type de population (287 consultations jeunes, 164 consultations d'aides éducateurs, et 100 consultations destinées aux personnes condamnées à un Travail d'Intérêt Général (TIG), effectuées entre 1997/1998), en utilisant un protocole identique mis en place depuis 6 ans, puis comparé ces trois études. Ce sont quelques éléments de cette comparaison portant sur 551 consultations que nous présentons ici.

La répartition selon le sexe est quasi identique entre le groupe des consultations jeunes et celui des aides éducateurs, avec une dominante féminine (61 à 69 %). Par contre, les hommes sont nettement majoritaires dans le groupe des TIG (91 %).

La couverture sociale est aussi différente selon le type de population : plus de 98 % des aides éducateurs ont des droits ouverts lors de la consultation contre 84 % des Tigistes et seulement 72 % des " consultations-jeunes " (avec une différence de 6 % entre les femmes et les hommes, en faveur de ces derniers).

Le pourcentage de consultants n'ayant pas eu recours à un médecin au cours de l'année précédant la consultation (et pour quelque motif que ce soit) est également évocateur : 6 % des aides éducateurs, 18 % des " consultations-jeunes " et 32% des TIG.

La situation vaccinale est quasi identique dans deux des trois types de population (entre 59 et 63 % de patients sont à jour de leurs vaccinations) et est meilleure pour le groupe des aides éducateurs (74 %). Notons qu'au cours de ces consultations spécifiques ont été pratiquées 136 vaccinations (DTPolio principalement), majoritairement lors des consultations jeunes.

L'absence de pratique sportive paraît identique dans les trois populations (65 %) ; toutefois la réponse à la question " faites vous du sport régulièrement ? " n'obtient que 5 % de réponses positives chez les TIGistes contre 30 % dans les 2 autres groupes.

Le tabac : seulement 32 % des TIGistes déclarent ne pas fumer contre 60 à 70 % dans les deux autres groupes. Le " Tigiste moyen " consomme entre 10 et 20 cigarettes par jour, soit nettement plus que les autres jeunes.

Pathologies

Les troubles visuels : entre 21 et 30 % des consultants présentent des troubles visuels justifiant en apparence une correction. Il est intéressant de noter que près d'un TIGiste sur quatre n'a soit pas de correction soit une correction inadaptée, contre seulement 4 à 6 % dans les deux autres groupes.

La pathologie dentaire est à l'image des troubles visuels :

- 23 % des Tigistes sont porteurs d'au moins 3 caries non traitées contre 4 et 8 % pour les autres populations
- 20 % des Tigistes ont au moins 3 dents manquantes (hors dents de sagesse) sans appareillage contre moins de 4 % pour les autres populations

La surcharge pondérale : elle touche légèrement plus les aides éducateurs (11,5 %) que les autres.

Pathologies rhumatologiques : le nombre de jeunes se plaignant de douleurs rachidiennes est identique dans les trois groupes (19 %) même si les localisations sont différentes :

- les lombalgies : 19 % des TIG, 12 % des consultations jeunes, 17 % des aides éducateurs
- les dorsalgies : 1 % des TIG, 7 % des consultations jeunes, 2,5 % des aides éducateurs.

20 % des Tigistes ont une scoliose ou une attitude scoliotique, contre 6 et 14 % dans les deux autres groupes.

8 % des Tigistes se plaignent de douleurs d'au moins un genou, contre 3 et 4 % dans les deux autres populations, et 4 % ont probablement une pathologie méniscale non diagnostiquée et non prise en charge.

20 % des Tigistes présentent des problèmes articulaires périphériques, contre 7 % chez les autres consultants.

Au total

50 % des consultants jeunes et 52 % des Tigistes ont, au terme de la consultation, au moins une pathologie inconnue jusque là ou qui n'a pas été prise en charge et qui nécessite des soins médicaux, contre 28 % chez les aides éducateurs.

La pathologie dentaire (au moins 3 caries à traiter et/ou au moins trois dents manquantes sans prothèse) vient en tête des troubles (deux fois plus nombreuse chez le Tigiste que dans les autres groupes) devant la pathologie ophtalmologique (de 10 à 31% des besoins de soins), rhumatologique (de 11 à 17%) psycho/psychiatrique (23% des besoins de soins chez les Tigistes, contre 0 % chez les aides éducateurs). Ces aides éducateurs par contre relèvent pour 30 % de ceux ayant une nécessité

de soins d'une prise en charge diététique...

Outre les thèmes de prévention (alimentation, alcool, toxicomanie, contraception, vaccinations...) qui ont été abordés avec les consultants des différents groupes, 121 consultations jeunes, 14 consultations TIG et 32 consultations aides éducateurs se sont terminées avec une prescription de traitement d'examens complémentaires).

^a consultations jeunes, consultations d'aptitude des aides éducateurs et consultations TIG (travaux d'Intérêt Général)