

# La lettre de l'Institut Renaudot N°27

## Sommaire

- [Editorial](#)
- [Des équilibres](#)
- [La Société Française de Santé Publique : rassembler et agir pour la santé publique](#)
  - [Colloque international de Francfort](#)
  - [L'informatisation du dossier médical et paramédical en centre de santé](#)
    - [Centre de documentation](#)
    - [La vie de l'Institut au quotidien](#)
- [VIIème Université de l'Institut Renaudot "De la difficulté à sortir de son champ"](#)

## Editorial

Marc Schoene

### Un outil bien utilisé...

La Charte de l'Institut, sans doute au delà de nos espérances, prend son envol. Notre secrétariat est sollicité très régulièrement par des institutions, des professionnels, des associations pour en prendre connaissance voire demander à l'utiliser et en assurer la promotion...

Lors d'un récent colloque international réunissant une quinzaine de pays autour des pratiques urbaines de santé, la Charte a reçu un accueil très intéressé et devrait faire l'objet d'utilisations multiples.

Une rencontre et des premiers échanges augurent d'une collaboration régulière sur les questions de santé communautaire avec la Société Française de Santé Publique.

Le colloque de mai 2000 de l'Institut sur "croisement des pratiques de santé communautaire" à peine annoncé, suscite un intérêt et des contributions riches et nombreuses.

Par les travaux en France et à travers le secrétariat européen que nous avons engagé sur les pratiques de santé communautaire, l'Institut a été invité à auditionner auprès des élus du PCF sur notre approche de l'avenir des centres de santé\* et par les Mutuelles de France pour l'élaboration d'un colloque sur la participation dans le cadre de leur congrès de l'an 2000.

Nous espérons que cet intérêt réel et pluriel manifesté autour de la santé communautaire et des pratiques nouvelles qu'elle implique, saura être poursuivi de l'implication, de la mobilisation des professionnels (de la santé, du social, de l'éducatif...) qui seront aussi les promoteurs et

les acteurs de pratiques nouvelles de santé.

Nos propositions ont été présentées à partir de notre approche générale des questions de santé qui est celle de la santé communautaire.

En quoi les centres de santé sont-ils, ou peuvent-ils être des réponses aux questions de santé et de société d'aujourd'hui ?

Une relecture critique des centres, sans objectif de légitimation à priori, à la lumière de leurs réalités, de l'environnement actuel, de valeurs à promouvoir, de besoins auxquels il convient de répondre, permet d'affirmer qu'un projet de centre de santé redéfini pourrait redonner un souffle nouveau, une crédibilité à une pratique novatrice dans le débat actuel sur la Santé.

Le projet de centre de santé ne pourra être novateur et pertinent qu'à condition que sa construction permette, facilite une expansion des centres.

Un projet novateur qui inscrive aussi dans une ouverture au delà des frontières le champ de vision des centres de santé français.

Un projet qui place le centre de santé dans un objectif expérimental, compétitif.

Un projet novateur qui redonne du sens à leur engagement pour nombre de professionnels de santé.

### ***Répondre à des besoins***

Un projet qui s'appuie sur les besoins identifiés et régulièrement actualisés de la communauté de référence dans sa diversité.

### ***Evaluation***

Un projet qui s'engage dans une évaluation réelle de son efficacité et de son efficience :

- résultats de qualité en terme de santé,
- résultats de qualité en terme de bonne gestion,
  - des moyens.

### ***Pertinence du circuit de soins***

Un premier niveau d'accès aux soins (médecine générale, infirmière, secrétaire...) aux objectifs médico-socio-culturels bien définis :

- par le principe de la subsidiarité (rappelé par J. De Kervasdoué dans son dernier ouvrage "santé : pour une révolution sans réforme" : "à l'avenir aucun hôpital ne devrait plus traiter le moindre cas qui puisse être soigné en ville",
- par le principe de globalité (soins, prévention, éducation à la santé, approche socio-culturelle) et de référence du premier niveau et notamment du médecin généraliste.

Un second niveau conçu dans le cadre d'une filière interne ou externe construite pour optimiser la qualité, le confort et le coût de la réponse.

Dans le débat actuel sur la future configuration des centres de santé ou des réseaux, il est intéressant de citer l'expérience vécue actuellement en Espagne, où la quasi exclusivité du seul premier niveau dans les centres de santé, est aujourd'hui leur talon d'Achille que le pouvoir en place vise pour les remettre en cause ou au moins les concurrencer activement en contribuant à développer le secteur privé à but lucratif.

### ***Des centres intervenant dans des actions collectives de santé***

Avec des professionnels-ressources pour des actions internes ou externes de santé publique.

Des outils communs entre centres d'évaluation de santé publique et de gestion.

Une articulation entre les centres et les décideurs en santé publique (Etat, CNAM, Région, Département, Commune) pour la définition et/ou le financement d'actions.

Des professionnels embauchés pour des missions clairement définies, avec des moyens clairement affectés (soins, prévention, formation...).

Une formation des professionnels des centres de santé en adéquation avec le projet du centre.

### **Un projet partagé**

Une structure de participation forte des personnels.  
Une structure de participation des usagers ou de la population.  
(Extraits d'exposé fait par le Dr Marc Schoene en février 1999)

\* Quelques propositions pour un projet de centre de santé communautaire

### **Santé communautaire au quotidien : des équilibres V. Cousin et C. Laguillaume**

*Ce qui va suivre est une histoire vraie.*

*Bien que cela puisse paraître bizarre à certains, ce que nous allons vous relater existe bel et même bien dans une petite commune de la région parisienne, au sud (ce qui n'a en l'occurrence pas beaucoup d'importance) du périphérique.*

*Or donc il y a voilà bientôt 2 ans passés, à la suite de lectures diverses mais fort intéressantes, nous avons (les signataires de cet article), décidé de présenter un projet dont les conséquences ne sont toujours pas à l'heure actuelle, ni totalement maîtrisées ni totalement maîtrisables...*

Diverses actions étaient - ailleurs en France - en cours d'expérimentation concernant l'équilibre des personnes dites "âgées" (?) et qui visaient à conserver par des exercices appropriés et le plus longtemps possible l'équilibre de ces dites personnes.

Quant à nous, il nous a d'entrée de jeu semblé qu'équilibre ne pouvait que se décliner au pluriel. Une éventuelle intervention de notre part ne pouvait donc être uniquement centrée sur la chute.

Quoique... l'on constate que l'allongement de l'espérance de vie pose de nouveaux problèmes de santé publique. Parmi ceux-ci les chutes des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans constituent une préoccupation majeure :

- chaque année, en France, elles concernent plus de 2 millions de personnes, 50% des chuteurs sont hospitalisés, 10 % récidivent dans les 6 mois,
- c'est le développement d'un syndrome de l'après chute et les risques des récurrences qui constituent des signes prédictifs de détérioration de l'état de santé et de perte d'autonomie, ont été plus particulièrement motivants pour nous,
- bien qu'événement normal de la vie, la chute d'une personne âgée n'est jamais banale et peut-être sinon fatale, du moins majeure pour l'équilibre psychologique de celle-ci. Elle est en particulier un des facteurs les plus fréquents de placement en institution.

L'importance du sujet ayant été ainsi définie, il nous restait à agir. Nous appuyant sur les services existants nous contactâmes celui qui s'occupe des retraités de notre ville. Il fût aisé de le convaincre du bien fondé de notre affaire. Il n'en fallait pas plus pour débiter et proposer notre histoire aux principaux intéressés.

C'est donc avec l'aide matérielle du service municipal des retraités et de la CRAMIF contactée que débutât la phase préparatoire, à savoir une première réunion d'information destinée aux personnes âgées de notre petite ville. Films, discussion, goûter, et des inscriptions de principe plutôt débordantes car de 10 prévues initialement, nous en avions 50 en arrivant au soir... L'accord de la direction municipale obtenu sur présentation d'un projet, nous avions donc tant soit peu de nerf (de la guerre bien sûr, à savoir quelques sous !..) à notre disposition. Nous pouvions nous appuyer sur les crédits prévention du centre de santé, puisque nous sommes ci-devant des employés communaux, et que la municipalité a depuis quelques années déjà permis la création d'une "ligne prévention" au sein du budget communal.

**la première phase** se déroula sous de fort bons auspices : réunions multipartenariales où les bonnes relations entretenues depuis fort longtemps avec nombre d'intervenants leur permirent de nous faire crédit d'un soutien appuyé. Ainsi nous déjeunâmes (fort bien au demeurant merci) avec la plupart des médecins de ville grâce à un laboratoire pharmaceutique, ce qui nous a permis d'explicitier l'action. Nous confrontâmes également nos idées avec divers partenaires afin de parler un langage commun : professeurs de gymnastique, kinésithérapeutes, animateurs sportifs, etc.

La constitution des groupes de travail se fit à partir de critères préétablis :

- Intervention des médecins de ville par le biais de certificats de non contre-indication,
- test de Tinetti permettant un bilan d'équilibre physique préalable à tout exercice, et la définition de "niveaux",
  - proximité géographique des participants afin de mettre en place les conditions d'une future convivialité maximale,
  - médecins différents (personne n'est prioritaire),
- accessibilité au CMS où se déroulent les séances maximales selon les saisons (météo en hiver nécessitant un habitat plus rapproché),
  - niveaux comparables selon les tests...

Ceci fait, il restait à relever nos manches et à débiter.

La Fée qui règne sur le domaine des actions de santé communautaire, et qui n'était pas trop occupée ce jour là, nous permit de rencontrer des retraités motivés avec qui travailler fut un plaisir. Depuis les tests, jusqu'aux réunions de discussions organisées autour de gâteaux et de café, tout se déroula à la perfection. Bilan d'entrée, exercices posturaux (10 séances environ, adaptées en fonction de chaque groupe), travail vidéo, bilans de sortie...

Les bilans de fin d'atelier, au cours desquels la réalité de l'influence des conditions de vie (ressources, logement, entourage familial, alimentation...) fut largement débattue et soulignée. Croisement des réalités de chacun, ils furent réellement des moments privilégiés... d'autant que l'indice de satisfaction restait au plus haut, tant au point de vue des résultats des tests que de l'appréciation subjective de chacun.

Et le bouche à oreille fonctionna si bien que nous pûmes penser que tout ceci était le ressenti réel des participants.

A distance, une sortie en forêt permît de vérifier les acquis, de se confronter à d'autres difficultés, d'asseoir la nouvelle convivialité qui s'était mise en place au cours des groupes.

A distance également une réunion eût lieu au cours de laquelle le film vidéo réalisé durant les ateliers et la sortie en forêt fut projeté.

De multiples questions furent alors soulevées, sur les conditions d'existence des personnes âgées et leurs difficultés quotidiennes. Des pavés qui dépassent sur la jolie place face à la mairie, aux marches glissantes de certains bâtiments publics, risques de chutes, en passant par la hauteur de la marche à l'entrée de l'autocar municipal, mais aussi de la nécessité de savoir s'exprimer et de faire connaître les revendications de cette communauté lors de réunions de quartier, les sujets furent débattus avec âpreté et conviction. On évoqua les problèmes de maladie, les rapports entre les générations, l'entraide...

***Bref, la nécessité de prendre en charge ses propres problèmes commençait à se faire jour.***

D'organiseurs nous commençons à devenir catalyseurs.

... Mais... cela n'était qu'un début, et nous continuâmes...

La direction commerciale de la RATP, contactée, fut intéressée par nos travaux. Les Anciens étant partants. Par une belle après-midi de printemps, et l'on vit un drôle de groupe d'une quinzaine de personnes tourner dans les petites rues de Gentilly, à bord d'un autobus, empruntant toutes les difficultés possibles : tournants, montées et descentes... On les remarquât entrant et sortant, compostant de virtuels tickets... puis la discussion, voire la confrontation, eut lieu entre usagers et conducteurs au dépôt local d'autobus. Il était en effet important que chacun connaisse ses demandes et ses problèmes, que l'on soit professionnels ou utilisateurs.

Du côté des commerçants de la ville, la préparation d'une charte est en cours de discussion (coin repos dans les supermarchés par exemple).

Nous ne savons encore ou tout cela conduira. De la prise de conscience... et de pouvoir. de nos anciens... débouchera...

La fée qui préside à ce joli conte n'est, nous l'espérons, pas encore fatiguée, et tout peut encore se produire pour le bénéfice de nos retraités citoyens et le plus grand bonheur des intervenants. A suivre.

## **La Société Française de Santé Publique : rassembler et agir pour la santé publique**

*Le contexte dans lequel intervient l'ensemble des acteurs du champ de la santé a considérablement évolué au cours de la période récente, avec la profonde modification des "règles du jeu" du système de protection sociale, le processus de redéfinition des priorités de l'action publique de santé, dans les régions et au niveau national. Dans ce contexte rapidement évolutif, la SFSP qui, elle aussi, a connu une sensible mutation depuis quelques années, se mobilise pour tenir toute sa place.*

### **La SFSP, ni société savante, ni groupe de pression : avocate de la santé publique**

S'inscrivant dans une tradition historique longue tout en s'adaptant à cet environnement nouveau, la SFSP remplit principalement deux fonctions, l'une interne, l'autre externe :

- elle est un creuset où les professionnels de santé publique peuvent, par la réflexion et l'échange interdisciplinaire, interprofessionnel et international, améliorer leur compétence et aiguiser leur esprit critique en vue de donner plus de sens et d'efficacité à leurs métiers ;
- elle est un espace d'où, après avoir forgé des propositions fondées sur leur expérience et leur expertise, ils peuvent porter celles-ci, avec plus de force et de cohérence vers les pouvoirs publics, leurs institutions, les autres professionnels et acteurs de la santé.

Elle s'est dotée depuis 1991 de nouveaux statuts et de nouveaux outils pour remplir ces missions.

En se structurant par collèges (personnes physiques, groupements professionnels, institutions de santé publique ou instances scientifiques à caractère national, sociétés régionales de santé publique), elle assure une meilleure représentation en son sein de la diversité des acteurs de santé publique. En multipliant commissions spécialisées, moyens de réflexion et de communication (une revue, une lettre, des ouvrages, des séminaires et colloques), elle consolide la pertinence de ses analyses et propositions.

En sollicitant des rencontres avec de nombreux décideurs, voire en les interpellant publiquement, elle se donne les moyens de mieux faire valoir ses points de vue.

Cette action, la SFSP la conduit sans a priori idéologique ou corporatiste. Ses analyses et propositions sont au contraire marquées du souci constant de l'intérêt général, en étant particulièrement à l'écoute des messages portés par les individus et les groupes au contact desquels œuvrent les professionnels de santé publique au quotidien.

Cette action est inspirée par des valeurs fortes aux premiers rangs desquelles s'inscrivent la recherche de la plus grande **efficience dans l'allocation des ressources sociales**, la recherche de la plus grande équité - conçue comme l'effort volontariste visant à réduire les inégalités de conditions culturelles, sociale et physiques et le souci de **promouvoir la liberté de jugement et l'autonomie** des personnes et de groupes, singulièrement de ceux auxquels la vie a plus appris à subir qu'à prendre l'initiative.

Cette action, la SFSP la conduit aussi sans conformisme et en toute indépendance. Elle s'adresse et propose sa collaboration à tous ceux qui œuvrent ou sont susceptibles d'œuvrer - par vocation ou intérêt - au bénéfice de la santé publique : pouvoirs publics de l'Etat et des collectivités territoriales, organismes de protection sociale, acteurs associatifs, autres professionnels de santé ou responsables du monde économique et social.

### **Ambition et lucidité : ajuster ses engagements à ses moyens**

Des domaines d'investissement de la SFSP ont été arrêtés lors du Congrès de Nancy, en 1995 ; ils épousent les "dix chantiers prioritaires pour la santé publique" qu'elle a publié à cette occasion. L'actualité récente, notamment les conférences régionales et la conférence nationale de santé, et le profond débat public engagé autour de la réforme de la protection sociale engagée par le Gouvernement n'ont pas défraîchi ces axes majeurs d'action de la SFSP.

Ils ont été complétés par une attention particulière portée à la situation des jeunes et à la prise en charge des cancers (dépistage et traitement).

Cette actualité a aussi mis l'accent, parmi ces chantiers prioritaires, sur quelques champs d'une particulière importance qui devraient constituer, pour la SFSP, des impératifs de réflexion et d'initiative pour les temps à venir :

la réduction des consommations excessives d'alcool, la garantie d'un accès équitable aux services de santé pour tous, la recherche d'une plus grande efficience dans la production par notre système de

santé de soins médicaux de qualité, les enjeux associés au développement des systèmes d'information sanitaires et sociaux et l'impact des questions d'environnement sur la santé.

Pour poursuivre ces priorités avec efficacité et de manière équilibrée, la SFSP, véritable fédération, cherche, sans doute plus encore que jusqu'à présent, à s'appuyer sur le vaste réseau de ses membres individuels et surtout collectifs : associations professionnelles, institutions et sociétés scientifiques de santé publique, sociétés régionales, notamment au moyen du développement de commissions de réflexion et l'élaboration thématiques largement ouvertes.

Le Conseil d'Administration, où ces adhérents sont représentés, doit pouvoir jouer un plus grand rôle de relais et d'entraînement.

Outil de valorisation et de mobilisation de ce réseau, la SFSP doit d'abord être au service de ses membres.

Elle doit aussi chercher, chaque fois que cela semble possible et souhaitable, à établir des partenariats avec d'autres acteurs du champ de la santé ou du monde social et économique, partenariats dont l'effet levier peut être considérable.

Elle doit enfin, progressivement, prendre sa place dans le concert des associations européennes de santé publique avec lesquelles elle doit réfléchir aux enjeux que constitue l'approfondissement de l'Union Européenne dans le champ de la santé publique.

Ces priorités, ambitieuses et réalistes, peuvent être assumées par une société jeune et vigoureuse, héritière fidèle d'une noble et ardente tradition. Ses mots-clefs sont "Science, Expérience, Indépendance et parfois Impertinence".

### **Colloque international de Francfort**

*Du 12 au 17 mars dernier s'est tenu à Francfort un colloque international dit Action concertée sur le thème général : "améliorer l'efficacité et la qualité des réseaux de santé dans les zones urbaines". Le programme financé par la Commission Européenne est prévu pour une durée de trois ans, et doit favoriser des rencontres et des missions entre les pays suivants : Allemagne, Belgique, Guinée, Afrique du Sud, Colombie, Thaïlande, Salvador et France. Le colloque de mars visait à définir les activités à développer sur les trois ans du programme concerté.*

Les objectifs détaillés étaient ambitieux :

- recueils systématiques et compréhensibles d'initiatives de santé urbaine,
  - analyse des initiatives présentées,
  - analyse de l'efficacité et de l'efficience des pratiques urbaines de santé,
- recherche de modalités de comparabilité et d'échanges pertinents entre pays en matière de santé urbaine,
  - impulsion d'actions multi et interdisciplinaires dans les systèmes de santé urbains,
  - facilitation d'échanges de coopération concrète au niveau international.

De nombreuses interventions ont développé les approches communautaires des actions engagées, et l'origine de plusieurs participants européens ont amené à inscrire la Charte de la santé communautaire de l'Institut Renaudot comme un outil intéressant à prendre en compte ; de même le rôle des centres de santé, dans leur déclinaison les plus diverses dans le monde, ont été décrits et valorisés.

En bref un programme international qui devrait intéresser dans les prochains mois le Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire.

Les Documents rapportés, qui ont fait l'objet de présentations détaillées reflètent la diversité et l'ampleur des échanges du colloque ; ils font également apparaître, ce que les journées de travail ont fortement mis en évidence, de la proximité des problématiques de santé urbaine dans des pays aux économies ou aux cultures pourtant si différentes.

#### **1. Organization of Health Experiences in the Urban Context towards the transformation of the Municipality's Health System.**

Organisation d'expériences de santé dans un contexte urbain à travers les changements du système

- de santé municipal ; municipalité de Cali/Colombie.
2. Rôle de l'administration publique dans le développement sanitaire des villes ; le cas de Conakry/Guinée.
  3. Dar es Salam Urban Health Project (1990-2000).
  4. Methods for intervention on mental health in sub-Saharan Africa (november 1997-October 2000) co-ordinated by South Bank University, UK.
  5. Le groupe, opérateur de changement et de recherche : recherche-action communautaire pour l'amélioration des soins de santé dans un quartier de Kinshasa ; J. Le Roy et A. N'situ.
  6. Household-related variables and reported illness in street vendors and their children in a south african city.
  7. Programme de recherche sur le système de santé urbain ; unité d'épidémiologie de l'Université catholique de Louvain ; mars 1999.
  8. Santé urbaine : particularités, enjeux, pistes de recherche ; B. Dujardin et I. Greindl.
  9. Tableau synoptique de planification ; projet de soins de santé urbains - Lomé.
  10. Healthy Cities - the global program and network. Villes-Santé ; programme global et réseau.
  11. Gesundheitsbericht ; rapport santé 1997 de la ville de Heidelberg ; ville-santé (RFA).
  12. Annuaire des villes du réseau allemand Villes-Santé.
  13. Un point de vue sur la gestion des ressources humaines dans le cadre d'un projet de santé urbain au Burkina-Faso.

### **L'informatisation du dossier médical et paramédical en centre de santé D. Duhot\* / P. Manuellan\*\***

*Dans les centres de santé, nombre de systèmes informatiques déjà en fonction ne passeront pas l'an 2000. Les cartes Sesam-Vitale arrivent (et sans doute les cartes de professionnels de santé ou d'établissement). Les réseaux informatiques ville-hôpital se multiplient et les envois de courriers ou de résultats d'examen vont largement transiter par le RSS ou internet, les nouveaux axes du conventionnement des libéraux et des centres de santé nous amèneront à argumenter et valoriser notre activité curative, préventive et sociale.*

Il devient clair pour chacun que l'informatisation des centres de santé et du dossier patient deviennent inéluctables sous peine de dépérissement et disparition de nos structures. Certains centres de santé sont déjà informatisés pour les données administratives et/ou la comptabilité. Certains assurent déjà, et depuis plusieurs années, la télétransmission des feuilles de soins électroniques aux caisses de sécurité sociale. L'expérience acquise fait que ces deux axes, administratif et comptable, sont relativement bien maîtrisés par un certain nombre de centres.

Il n'en est pas de même pour le dossier patient. Cette partie "professionnelle" devrait être le reflet le plus fidèle de notre activité et de nos pratiques. Le travail d'équipe, la diversité des intervenants médicaux et paramédicaux ainsi que le faible poids de nos structures à l'échelon national, n'ont pas permis que l'offre informatique soit pléthorique. Dans un sens, cela peut être une chance. Actuellement moins d'une dizaine de logiciels semblent adaptés à nos besoins mais aucun ne couvre correctement ces trois axes (administratif, comptable et professionnel). Le dossier patient est de loin, et toujours, la partie logicielle la moins aboutie, voire embryonnaire, de ces logiciels.

Onze structures se sont régulièrement réunies l'an dernier au sein de l'Institut Renaudot sur la problématique de l'informatisation des centres de santé.

Le travail de ce groupe a surtout porté sur la partie la moins explorée des logiciels dédiés aux centres de santé, c'est à dire le dossier patient, son langage, ses outils et sa structuration. "Le cahier des charges de l'informatisation du dossier médical et paramédical en centre de santé" produit par l'Institut Renaudot en est la synthèse.

Cependant le travail n'est pas clos et le groupe continue à se réunir. Nous abordons cette année les axes administratif et comptable ainsi que l'expertise des logiciels.

**Nous donnerons ici quelques lignes force de notre travail :**

- **L'implication des équipes**

Elle est primordiale pour la réussite de l'informatisation car de nombreux sujets doivent être débattus par l'équipe. Les centres de santé ne pourront faire l'économie d'un tel travail. Cela va du choix des thesaurus de pathologies utilisés par chaque discipline (à condition qu'ils soient transcodables en Classification Internationale des Maladies), aux niveaux d'accès (lecture-écriture) de l'information contenu sur support informatique selon les professions exercées dans le centre de santé, en passant par l'organisation du travail et les profils des utilisateurs.

- **Le dossier patient**

L'informatisation de ce dossier est enfin l'occasion d'avoir un vrai dossier commun, lisible, utilisable et exploitable. Le dossier papier a montré ses limites (écritures illisibles, sigles kabbalistiques employés, ...). Son informatisation, en respectant sa structuration actuelle, est une occasion d'avoir un véritable partage de l'information entre praticiens et dans l'équipe de soin. Ceci ne pourra conduire qu'à l'amélioration de la qualité du travail et du service rendu aux patients. C'est également le moment de redéfinir la vie de ce dossier et de son contenu, avec le problème toujours irrésolu de l'archivage.

- **Le traitement des données**

Une masse de données sur notre activité va ainsi émerger. Pour être utile, son exploitation demandera l'implication d'un professionnel dans l'extraction, l'analyse et la mise en perspective des données recueillies. Ce travail est important et ne pourra se faire que par la création de poste (à l'image des Départements d'Information Médicale des hôpitaux). Cette analyse nécessitera un retour d'information vers les professionnels afin qu'ils soient impliqués et qu'ils puissent ainsi participer au travail de réflexion sur l'activité de leur structure. Sans ce retour d'information le travail effectué sera au mieux de piètre qualité, au pire inexistant.

Loin des attentes des non participants, prompts à la critique, qui attendaient de nous un logiciel clé en mains ou des "recettes" toutes prêtes, le but de ce travail est de donner les armes nécessaires aux professionnels et aux gestionnaires afin de connaître les bases conceptuelles de l'informatisation du dossier patient, de mener l'informatisation avec l'équipe du centre et de choisir un logiciel adapté à leur structure face aux assauts des sociétés commerciales. Il est à ce jour dommage de constater que les "querelles de clocher" ont pris le dessus sur l'intérêt qu'aurait représenté un front commun. Si aujourd'hui la CNAM ne manifeste que peu d'attention à notre égard, laissant des décisions importantes sans réponses, il ne faudra nous en prendre qu'à nous même...

L'informatisation du dossier patient en centre de santé est un enjeu majeur pour l'avenir. Bien conduit, il devrait nous permettre de valoriser l'activité de nos structures tant curative que préventive et sociale. Cependant elle ne pourra se faire correctement que dans la transparence et avec un réel travail d'équipe. Nous ne pourrions faire l'économie d'une profonde réflexion sur les modes de fonctionnement de nos centres, l'organisation du travail et le projet d'équipe pour in fine améliorer les conditions de travail, la qualité des soins et le service rendu à la population.

\* médecin généraliste, CMS Voltaire, Montreuil  
courriel ; [duhot@free.fr](mailto:duhot@free.fr)

\*\* médecin généraliste, CMS Rouquès, le Blanc Mesnil  
courriel : [pem57@club-internet.fr](mailto:pem57@club-internet.fr)

Centre de documentation  
Samia Mammer

*La Santé en France : 1994-1998, Haut Comité de la Santé Publique.*

Paris : La Documentation Française, 1998. (Rapport - La santé en France), 309 p. 95 ff  
Le HCSP se livre dans cet ouvrage à un travail d'analyse comparée. Il étudie l'évolution du contexte de la situation sanitaire dans ses dimensions démographique, économique et sociale, politique et institutionnelle, et mesure, à l'aide d'indicateurs, le chemin qui reste à parcourir



pour atteindre en l'an 2000 les objectifs d'état de santé fixés en 1994. Cela lui permet de rappeler l'influence des déterminants liés aux comportements à risque et à l'environnement physique et professionnel, et de décrire leur évolution. Enfin, à partir de la discussion de quelques problèmes d'organisation du système de santé, il analyse le rôle de certains dysfonctionnements particuliers à la situation sanitaire française.  
(document en consultation à l'Institut Renaudot)

*Pour une Couverture Maladie Universelle base et complémentaire, Jean-Claude Boulard.*  
Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité : 1999, 91 p., annexes.

*Ce rapport réalisé sur la demande de Lionel Jospin par Jean-Claude Boulard député de la Sarthe vise à définir les modalités concrètes de la mise en place de la couverture maladie universelle, volet "accès aux soins" de la loi du 9 juillet 1998 contre les exclusions.*  
(document en consultation à l'Institut Renaudot)

*La participation des jeunes, IREPS-IDES (Ingénierie et Développement social)*

Lyon : Ministère de Jeunesse et Sports, 1996, 206 p.

*"La participation des jeunes à la vie locale et au monde associatif comme facteur d'intégration à la vie sociale et facteur de citoyenneté" recouvre des réalités sociales diverses. Il existe ainsi une tendance du sens commun à réunir sous cette dénomination, des initiatives et des expériences variées qui mettent en scène des jeunes impliqués dans une construction sociale reconnue. Celle-ci génère alors des attitudes, des comportements, des discours qui sont en prise avec l'organisation sociale, soit par une implication générale, soit par une réaction, ou bien encore, par une mise à distance. Cette "participation des jeunes", quelle que soit la formule, semble ouvrir un espace social réunissant des potentialités investies, mobilisées, manipulées par les jeunes. Ces derniers se montrent alors comme acteurs de la vie sociale. Cette position ainsi acquise est reconnue comme un signe d'une action publique, d'un intérêt d'un groupe, d'une classe d'âge pour la "chose publique" ; elle induit une certaine vision de la vie collective.*

(document en consultation à l'Institut Renaudot)

*Rencontres européennes pour la prévention*

Paris : Ministère de la jeunesse et des sports, 1999. (actes et paroles), 207 p.

*Au mois de décembre 1997, le Ministère de la Jeunesse et des Sports organisait, à la Cité Internationale Universitaire de Paris, trois journées de réflexion consacrées aux pratiques de prévention des "conduites à risques" chez les jeunes. Conçu comme une occasion de rencontres, d'échanges, d'analyse et de capitalisation des expériences, cet espace de réflexion était ouvert à l'ensemble des acteurs des secteurs éducatifs, social, sanitaire et culturel et accueillait les contributions de praticiens des pays de l'Union Européenne, de la Suisse et du Québec.*

*Le présent ouvrage présente d'une part, le texte intégral des interventions qui se sont succédées dans le cadre des assemblées plénières, d'autre part un ensemble de textes qui, de façon synthétique, s'efforcent de restituer l'essentiel du contenu des travaux menés dans le cadre des ateliers thématiques. Parmi les thèmes des ateliers, signalons plus particulièrement "parents et professionnels : quelles relations ?", "campagnes nationales et actions de proximité : quelles articulations ? "Pratiques sportives et insertion : actions locales et politiques nationales".*

(document en consultation à l'Institut Renaudot)

*L'éducation, pratique de la liberté*  
Serge Olivares

*Cet ouvrage de Paulo Freire, longtemps introuvable vient d'être réédité en fac-similé par les éditions ASDIC, avec l'autorisation des éditions du Cerf (voir lettre n° 26). Il décrit l'expérience d'alphabétisation menée dans les années soixante dans le Nordeste du Brésil. Au-delà, des excellents résultats obtenus, la méthode utilisée par l'auteur, nous intéressera par ses liens avec celle qui sous-tend l'approche de la santé communautaire.*

*Dans une première partie, la situation sociale et historique du pays nous est expliquée afin de*

*nous permettre de mieux comprendre les difficultés de la démocratisation (colonisation, organisation latifundiaire favorisant l'autarcie,...).*

*Puis l'importance de l'éducation dans le développement du processus démocratique est soulignée. L'apprentissage de la démocratie ne peut pas être que théorique, il nécessite la participation.*

*Pour cela, il s'agit de favoriser le passage d'un état de "massification" où l'homme est sans prise sur son environnement, sans esprit critique, à un état de "conscientisation" où l'homme acquiert du pouvoir sur son cadre de vie.*

*L'alphabétisation doit tendre à une prise en charge des problèmes par les intéressés eux-mêmes.*

*A partir de cette réflexion il n'était plus possible de concevoir l'éducation d'une manière classique avec un maître détenant le savoir et l'administrant de manière autoritaire aux élèves.*

*Au contraire le "maître" se mue en animateur, la classe en "cercle".*

*L'apprentissage est alors basé sur le dialogue où paysans et animateurs sont dans des positions d'égalité, chacun apprenant de l'autre.*

*Le contenu prenant appui sur les connaissances des participants (travail, nourriture, habitat...) et favorisant la réflexion sur la culture et sa démocratisation.*

#### **La vie de l'Institut au quotidien**

**Danièle Gilis**

#### **Autour de la charte**

*La Charte de promotion des pratiques de santé communautaire, mise en débat lors de l'Université d'été de septembre 98, et publiée en octobre, est diffusée largement auprès d'associations et d'institutions les plus diverses. L'Institut Théophraste Renaudot s'est doté de différents outils pour la faire vivre :*

#### **Les soirées thématiques**

*Elles rassemblent les membres du Conseil d'administration mais sont ouvertes à tous ceux qui souhaitent élaborer avec nous une culture commune autour de la Charte.*

*Les sujets suivants ont été abordés :*

- places respectives du soin et de la prévention dans la santé communautaire (Danièle Gilis),*
  - le concept de participation (Carmen Garcia),*
  - présentations commentées et discutées de pratiques de santé communautaires :*
    - action menée à Choisy le Roi (Véronique Billaud),*
    - expérience de santé communautaire à l'initiative d'une communauté de migrants maliens (Bruno Dandres),*
    - action menée à Gentilly avec des personnes âgées victimes de chutes (Claude Laguillaume),*
      - les quartiers nord de Bourges (Pierre Tritz),*
      - la ville d'Evry (Philippe Lefevre).*

#### **Préparation d'un colloque les 12 et 13 Mai 2000 à Grande Synthe**

*Il a pour objectif de promouvoir les pratiques de santé communautaire en les interrogeant, les valorisant, et en contribuant à l'amélioration des compétences.*

*Un comité scientifique est en cours de constitution. Il doit être garant du contenu des interventions et sa composition est souhaitée la plus large possible, rassemblant des acteurs, des chercheurs, des communicateurs et des décideurs travaillant dans ce champ d'intervention.*

#### **Association des Infirmières de centres de santé**

*Cette association a rejoint l'Institut Théophraste Renaudot, en participant à l'ensemble de ses projets, mais poursuit simultanément sa réflexion sur son Projet de guide pour accompagner le dossier infirmier. Contact : Viviane Ferrara et Victoria Di Stasio.*

#### **Centre de documentation**

*La saisie informatique de l'ensemble du fond documentaire est en préparation. Contact : Bruno Dandres et Samia Mammer.*

**Création du site internet**  
**Ce site est en cours d'élaboration.**  
**Contact : [Didier Duhot](#).**

**Echanges rencontres**  
**Groupe Ministériel Réseaux**  
**L'Institut Renaudot a participé au groupe de travail organisé par la Direction Générale de la Santé et qui a abouti dans une première étape à un cahier des charges des réseaux candidats à un financement d'Etat, et qui poursuit la conceptualisation d'un module de formation. Contacts Marc Schoene et Claude Laguillaume. A ce titre ils ont participé au deuxième Congrès des Réseaux à Lyon les 16 et 17 janvier 99.**  
**Accueil de médecins suédois à la demande de la D.G.S.**  
**Visites de plusieurs centres de santé dans la région parisienne.**

**Autres séminaires et colloques**  
**• Ecole Dispersée de Santé à Carcassonne : Octobre 1998,**  
**• travail en santé communautaire à Namur : 6 Octobre 1998,**  
**• colloque santé communautaire : 6 octobre 1998 à Bruxelles,**  
**• congrès Centres de Santé 22 octobre 1999.**

**Participation à la création du journal du Secrétariat Européen des pratiques de santé communautaires "Eurosanté".**

**Intervention au colloque organisé par le CNRS les 21 et 22 janvier 98 "Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique".**  
**Intervention de Marc Schoene : "L'ordre local de la santé".**

**Action de conseils et d'accompagnement de projet**  
**Les Ulys**  
**Après le rendu du cahier des charges pour le projet de reconstruction du Centre de Santé des Ulys, une réflexion est en cours pour accompagner ce projet par des actions de formation.**

**Contact :**  
**Carmen Garcia**  
**[Philippe Lefevre](#)**

**Informatisation du dossier médical**  
**Le cahier des charges construit par la formation-action de l'Institut suscite beaucoup d'intérêt actuellement. Une coordination de son utilisation par les Centres de Santé est à l'étude.**

**Contact :**  
**[Didier Duhot](#).**  
**[Pierre Manuellan](#)**

**Accompagnement du projet de colloque des Mutuelles de France**  
**Les Mutuelles de France organisent à Lyon en Mars 2000 un congrès sur le thème "La participation des populations aux politiques de santé". Elles ont chargé l'Institut d'animer une de ces journées avec comme objectif d'apporter une information analysée des problématiques et réalités de la participation en France et à l'étranger et de créer les conditions pour une réappropriation par le mouvement mutualiste du contenu du colloque.**

**Contact :**  
**Nancy Aguilera Torres,**  
**Claude Laguillaume**  
**Marc Schoene.**

**I.U.P. de Bobigny**  
**Interventions dans les cours de Formation Initiale de L'I.U.P. "Ville santé" et participation aux réunions du collège multidisciplinaire d'enseignants, coordonné par une urbaniste.**

**Contacts : Marc Schoene, Danièle Gilis et Joël Lecorre.**

**VIIème Université d'été de l'Institut Renaudot  
"De la difficulté à sortir de son champ"**

**La traditionnelle université d'été de l'Institut se tiendra cette année le 25 septembre, en un lieu encore à préciser, mais vraisemblablement aussi enchanteur que les années précédentes. Le titre en sera donc "De la difficulté de sortir de son champ".**

**Les Notions de santé globale et de pluridisciplinarité imposent de plus en plus aux intervenants en santé de sortir du cadre étroit de leurs compétences.**

**On ne peut plus se contenter de l'acte technique dès lors que l'on souhaite intervenir sur les déterminants de la santé. Il faut s'allier à d'autres professionnels de notre champ, mais aussi de champs voisins (social, politique...) Il faut travailler avec les patients et avec la population concernée pour améliorer les conditions de santé. Nous ne sommes plus des intervenants extérieurs, mais des participants impliqués dans un processus en marche. Il ne s'agit pas de nier nos particularités, ni de prendre la place de l'autre, mais d'explorer ensemble une terra incognita où les pratiques de santé sont à réinventer.**

**Réservez dès aujourd'hui votre journée du 25 septembre pour emprunter avec nous les chemins de traverse de la santé.**