

### S O M M A I R E

● EDITORIAL  
**Particier aux changements**  
Marc schoene

● NOUS AVONS LU  
POUR VOUS  
**Rapport IGAS 2003 :  
Privilégier les  
approches  
communautaires**  
Philippe Lefevre

● PRATIQUES  
COMMUNAUTAIRES  
AUTOUR DE LA SANTÉ  
AU QUOTIDIEN  
**Des habitants  
en paroles  
et en actions**  
Stéphanie Notredame

● LA X<sup>ÈME</sup> UNIVERSITÉ DE  
L'INSTITUT THÉOPHRASTE  
RENAUDOT  
**La santé se décline  
localement**  
Le comité d'organisation

● CENTRE DE  
DOCUMENTATION  
Samia Mammer

● AGENDA

## 3<sup>èmes</sup> Rencontres

Place et relations des acteurs  
en santé communautaire :  
un nouveau partage des pouvoirs...  
page 7

11 et 12 juin 2004  
à Mulhouse

# Participer aux changements

**S**ans prétendre à l'exhaustivité, nous évoquerons ici en les complétant de nos premières réactions et propositions, quelques chantiers, quelques dossiers d'actualité qui nous intéressent particulièrement.

Pouvoir participer aux changements c'est d'abord connaître ce qui bouge ou devrait bouger ! Et l'avalanche des textes en préparation, des projets annoncés nécessite des temps successifs de lecture, de réflexion, d'analyse, d'échanges et de propositions... Combien sont ceux qui peuvent réunir ces différents temps ?

En ce qui concerne le projet de loi relatif à la politique de santé publique, qui propose des modifications importantes notamment sur les compétences en santé, sur la formation, sur la veille sanitaire sur la prévention, sur l'éducation en santé, nous regrettons qu'il n'ait pas été accompagné d'une très large concertation nationale, c'est à dire bien au delà des experts et professionnels concernés. De nombreux points de ce texte sont intéressants, affirmant la volonté de l'État de promouvoir une politique nationale de santé publique, une implication de ses divers acteurs. Cette louable intention est-elle cependant compatible avec ce qui apparaît comme une concentration du pouvoir de décision de l'État et de ses services déconcentrés ? La décentralisation proposée ressemble fort à une simple confirmation du pouvoir des préfets de région.

La volonté affirmée d'impliquer tous les acteurs (déclaration de M.J.F.Mattéi) ne

paraît pas assortie de dispositions précisant la place des citoyens. Qu'en est-il alors de la prise en compte de la toute récente loi de démocratie sanitaire ? Pour promouvoir depuis 20 ans le niveau de la ville, comme niveau territorial pertinent pour mettre en œuvre des politiques publiques de promotion de la santé, nous regrettons de ne pas trouver, non en terme de compétence dévolue ou de transfert de charges mais de légitimité, la ville comme actrice de santé. Doit-on se retourner vers la récente loi pour la ville sur ce dernier point ? Nous le verrons plus loin.

La santé communautaire ne figure pas dans le projet de loi ; c'est regrettable, d'autant que l'Inspection générale des affaires sociales l'affirme dans son rapport 2003 (voir rubrique « NOUS AVONS LU POUR VOUS » p.3) sur la prévention « *une approche de proximité et de santé communautaire est, en matière de prévention, une nécessité absolue dont il faut tenir compte lors de la définition des modes d'organisation et de coordination entre les intervenants dans les domaines du curatif et du préventif, du sanitaire et du social* ». (p.304)

Comment mettre en œuvre au plus près des professionnels et des citoyens concernés les programmes de santé, notamment ceux annoncés par le Ministre de la Santé, sans s'appuyer entre autres sur des démarches communautaires qui font de plus en plus la preuve de leur pertinence ?

La réforme du système de protection sociale est déplacée sur l'année 2004 et aussi déconnectée du ■ ■ ■ SUITE P.2

■ ■ ■ projet global de santé publique. Ancrés sur les valeurs de solidarité, d'égalité d'accès à une santé de qualité pour tous, l'Institut s'inscrira dans les débats dont nous souhaitons qu'ils s'amplifient, comme force de proposition autour de ces valeurs.

La loi pour la ville, adoptée cet été 2003, impose au gouvernement « de présenter au Parlement un rapport sur l'état de l'offre médicale et paramédicale en ZUS (Zones Urbaines Sensibles), et un plan quinquennal de résorption des zones déficitaires identifiées ».

Le plan devra favoriser l'implantation de professions médicales et paramédicales, tout en développant les maisons de santé et les réseaux de santé publique.

Au chapitre de la prévention, la loi prévoit de s'appuyer sur les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Ils devront se concrétiser dans les ZUS via des instances locales de concertation, et grâce à l'élaboration de programmes de santé publique s'appuyant notamment sur les « Ateliers Santé Ville ».

Enfin dans le domaine scolaire, il s'agira « d'optimiser les ressources au niveau local » pour renforcer la santé scolaire et développer des programmes de prévention.

Comment ne pas nous féliciter de la prise en compte de l'échelon local qui figure comme un des objectifs de l'Institut depuis ses origines ? Nous ne nous sommes pas prononcés sur la question de la répartition des compétences. Par contre nous défendons avec d'autres l'intérêt d'une intervention de santé de proximité, une légitimité des autorités communales en santé ; légitimité en matière de coordination des ressources, d'impulsion des actions de promotion de la santé, voire d'actions propres. N'est-ce pas le Haut Comité de Santé Publique qui proposait dans son dernier rapport

de mesurer au niveau local, l'impact santé des différentes actions des villes ? Nous participerons à toutes les initiatives qui permettront que les propositions contenues dans la loi pour la ville répondent aux attentes et réflexions que nous avons formulées.

Les dernières Rencontres d'Evry ont montré que les initiatives de terrain souffraient souvent du manque de coordination entre les institutions et collectivités territoriales, de manque de prise en compte des besoins et des pratiques de proximité, de moyens ou insuffisants ou trop difficilement mobilisables.

Nous nous réjouissons des avancées sur la nécessité d'une réorientation de l'organisation des soins de santé aux conditions de prise en compte de la demande des usagers, et des expériences acquises en France (on pense aux centres de santé, aux cabinets de groupe, à certains réseaux). Outre la nécessité de coordonner les soins, doit aussi être pris en compte le nécessaire temps à passer avec les personnes et pas seulement pour résoudre des problèmes techniques. La pertinence des soins de santé primaires (premier niveau d'accès aux soins de santé) reposera également sur l'articulation, la complémentarité entre eux et les échelons secondaire (spécialités) et tertiaire (hospitalisation). En participant à plusieurs travaux sur l'évolution des soins de santé primaires, l'Institut apportera sa contribution à ce chantier de transformation des pratiques de santé auquel nous sommes attachés.

Les enseignements sur le drame provoqué par la canicule d'août 2003 sont nombreux. Les membres de notre association ont pris part, dans le cadre de leur activité professionnelle, ou en tant que citoyen, à diverses initiatives. L'Institut n'a volontairement pas pris de position précipitée sur cet événement. La canicule devrait être, selon nous, comme presque toujours un accident, un

drame, un dysfonctionnement, un événement, fondateur d'une autre vision, de nouvelles pratiques ou autres politiques. Des responsabilités, des insuffisances très nombreuses ont été évoquées. Nous constatons pour notre part que plusieurs de nos propositions sont confirmées à partir de l'analyse de la canicule d'août 2003 : nécessité d'une articulation entre autorités de santé nationales, régionales, départementales et... communales ; nécessité d'une coordination locale, de proximité en santé publique ; nécessité d'une approche plus collective des problèmes de santé par les professionnels de santé ; nécessité d'une implication pluridisciplinaire et citoyenne en promotion de la santé. Constatons que peu d'espaces de concertation, de pluridisciplinarité ont fonctionné au moment de la canicule...

Nous rajouterons une suggestion que nous faisons régulièrement : regarder ailleurs. Pourquoi ne pas apprendre d'autres pays leurs expériences ? Il suffisait de rechercher sur internet le site « chaleur et santé » pour avoir un protocole complet des autorités de l'Ontario sur le sujet ! D'autres que nous ont relevé que cette crise révèle également la place que l'on réserve à nos aînés, souvent isolés, parqués, exclus de notre vie quotidienne, mais aussi le besoin de relever l'allocation aux personnes âgées (APA) et les aides aux établissements pour leur permettre d'avoir un personnel suffisant.

Notre programme d'action 2003-2004 sera en grande conformité avec les enjeux de santé publique et de promotion de la santé auxquels sera confronté notre pays :

- poursuite et développement des cafés santé communautaire qui s'efforcerons de multiplier les lieux de débat citoyens sur la santé.
- organisation à Mulhouse en juin 2004 des 3<sup>èmes</sup> Rencontres des pratiques de

santé communautaire en France et à l'étranger, autour de la question de la participation, de la place des différents acteurs institutionnels, politiques, professionnels, citoyens... (voir p.7)

- poursuite de notre activité d'aide et d'accompagnement des villes qui souhaitent s'investir dans le champ de la santé : diagnostic partagé, étude des besoins et des ressources, mise en synergie des actions, travail de partenariat, implication de la population,...
- actions de formation, d'accompagnement des acteurs professionnels et associatifs en santé communautaire.
- participation aux différents travaux ou séminaires relatifs à la santé communautaire ou pratiques locales de santé et évolution du système de santé : journée parlementaire sur santé locale en novembre, pour le contenu de laquelle nous avons apporté notre contribution, travail sur soins de santé primaires...

Dans un paysage hexagonal et européen en pleine mutation, l'Institut, comme ces quelques lignes l'ont illustré, poursuivra tout à la fois ses activités de plus en plus sollicitées de centre de ressources sur les thématiques de santé communautaire et de santé locale et son activité de défense, de facilitation et d'illustration des démarches communautaires en santé, au cœur des enjeux actuels en matière de Promotion de la Santé.

**Marc Schoene**

## Rapport IGAS 2003 : « Privilégier les approches communautaires »

Les grincheux diront : « un rapport de plus ! » les pessimistes diront : « un rapport qui ne sera pas plus que d'autres suivi d'effet ! » Les optimistes, parmi lesquels nous nous rangeons, liront avec intérêt le rapport 2003 de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) « santé, pour une politique de prévention durable » (téléchargeable sur le site <http://www.ladocfrancaise.gouv.fr>). Ce rapport est intéressant par sa densité, par son analyse de la situation et des difficultés des politiques et pratiques de prévention en France ; les propositions sont nombreuses et s'inscrivent dans les débats actuels sur l'avenir du système de santé.

L'intérêt particulier de ce rapport pour notre Institut est la place importante qui y est consacrée à la santé communautaire.

Avec optimisme donc mais lucidité, esprit critique, nous avons relevé ici la plupart des références à la santé communautaire contenues dans le rapport et nous en proposons une première réaction. (les citations du rapport sont en italique)

*Le retard français en santé communautaire. (titre page 272)*

*« Communautaire » a en France mauvaise presse. Le modèle républicain, universaliste, égalitaire, intégrateur serait à l'opposé de cette démarche qui met l'accent sur la « Gemeinschat » plus que sur la « Gesellschaft », la communauté plus que la société. Ce qu'on nomme, en santé publique, la santé communautaire ne renvoie pas à de tels débats, idéologiques ou épistémologiques.*

*Il s'agit, au sens de l'OMS, d'une démarche qui développe une approche globale tenant compte des composantes*

*culturelles, économiques, sociales, et sanitaires de l'individu dans son environnement. (ceci est selon nous la définition de la promotion de la santé et non de la santé communautaire).*

*Cette démarche se révèle de plus en plus employée dans les pays étrangers de développement comparable.*

*Elle vient interroger les habitudes françaises, qui tant en matière de santé publique que d'action sociale, construisent des politiques à partir de catégories, de risques, de populations, voire de statuts administratifs.*

*Ces démarches trouvent leurs milites (sic ! ; il doit s'agir de limites !), en témoigne l'exemple des PRAPS développés précédemment.*

Viennent ensuite les exemples étrangers de la Finlande, du Royaume Uni et du Québec déclinés tout à la fois à travers leurs politiques de protection sociale, d'organisation des soins, de prévention, de territorialisation et marginalement... de santé communautaire. Force est de constater l'utilisation toujours aussi variée du mot communautaire qui réfère parfois à une structure de soins (CLSC du Québec) parfois un dispositif pour une catégorie de population « healthy living centre », et on le verra plus loin parfois à des personnes ressources issues d'une communauté.

Le rapport a identifié, à travers certaines actions, des avancées en stratégie de prévention communautaire : « la mission de l'IGAS qui a enquêté sur la prévention du Sida, des infections sexuellement transmissibles et de la tuberculose a été frappée par le tournant pris dans la lutte contre ces affections ■ ■ ■ SUITE P.5

Depuis la tenue en 1999 des États Généraux de la Santé, 120 à 200 habitants des 3 arrondissements de Dunkerque, Calais et Boulogne (soit environ 45 actions de santé communautaire) se rencontrent tous les 2 à 3 mois pour échanger de leurs pratiques, en découvrant peu à peu leurs terrains respectifs. Cette action est soutenue et financée par « démocratie sanitaire » et les PRS.

Nous présentons ici l'action telle qu'elle a été relatée lors des Rencontres d'Evry.

Philippe Macquet

## Des habitants en paroles et en actions

### Pourquoi ?

Le 11 mars 1999, se sont tenus les États Généraux de la Santé, à Calais. Le thème était Habitat et Santé. Plus de 300 habitants se sont réunis afin de partager, discuter, soulever les problèmes concernant leur habitat. Les habitants venaient de Boulogne, Calais et Dunkerque. Cette rencontre a permis de faire le constat du besoin d'échanger sur les expériences locales. Les habitants de chaque agglomération se sont aperçus que les habitants des autres agglomérations pouvaient rencontrer les mêmes difficultés. Mais comment font-ils pour résoudre ces problèmes ? Le fait d'échanger a permis de découvrir des actions locales sur ces trois agglomérations.

Cette rencontre a permis aux participants : d'échanger sur les pratiques et savoirs de chacun, de valoriser leur propre action, de découvrir de nouvelles actions, de développer la confiance en soi, en se disant « si eux ont réussi, nous aussi, nous pouvons le faire », de sortir d'un isolement social.

Ces États Généraux de la santé ont donc mis en place une dynamique, la volonté de se rencontrer pour échanger sur les pratiques et les savoirs.

A partir de ce moment là, des rencontres inter-agglomérations se sont mises en place dans le but d'aller vers un bien-être mental en échangeant, en se valorisant et en découvrant.

Mais la coordination de ces rencontres entre habitants a été difficile. En effet,

les professionnels qui organisaient ces rencontres travaillaient déjà sur d'autres projets au niveau local. Un besoin s'est fait ressentir pour recruter quelqu'un qui aurait en charge la coordination de ces rencontres.

En Mai 2002, un **tisserand de la Santé** a donc été recruté afin de promouvoir toutes les actions locales mises en place avec les habitants et d'organiser des rencontres entre habitants. Il faut avoir une démarche positive pour faire avancer les mentalités afin que l'habitant soit bien représenté.

Le tisserand devra veiller à ce que les habitants, les associations représentatives soient présents lors des réunions de travail (exemple diagnostic local) afin de ne pas laisser ce travail uniquement aux professionnels.

Le tisserand est : un découvreur, un diffuseur permanent à l'intérieur et à l'extérieur des territoires, un animateur, un susciteur, un analyseur, un réflecteur. Le tisserand doit être impliqué partout et nulle part à la fois. Relativement proche des habitants, mais doit garder une neutralité.

Il a un rôle réellement particulier, puisqu'il est le seul à avoir une vue d'ensemble sur plusieurs territoires et même sur deux départements.

En septembre, le tisserand de la Santé a mis en place les premières réunions avec des professionnels afin de les sensibiliser à travailler dans une démarche communautaire en santé.

Cette réunion a été réalisée sur les trois agglomérations (Boulogne, Calais et Dunkerque).

Les professionnels se sont bien mobilisés et sont prêts à travailler **avec** les habitants.

Les prochaines réunions auront lieu en Octobre 2002. Les habitants participeront donc à la mise en œuvre de ces réunions. Les professionnels travaillant en proximité avec des habitants, proposeront aux habitants de participer à ces rencontres.

Ces rencontres auront pour but de développer ensemble des moyens et des outils afin de promouvoir leurs actions locales. Un « Forum santé » sera peut-être mis en place en Avril 2003. Le contenu sera réalisé avec les habitants et les professionnels ensemble.

Un journal des agglomérations devrait être aussi mis en place. Les « journalistes » seront des habitants. Le tisserand sera là pour les accompagner, mais ce seront les habitants qui organiseront les reportages, qui écriront les articles... des habitants seraient déjà intéressés pour se lancer dans cette aventure.

Ces réunions permettront aussi de mettre en place des rencontres entre habitants des différentes agglomérations.

Travailler avec les habitants remet en cause la façon de travailler des professionnels. En effet, travailler avec l'habitant signifie l'inclure au projet de A à Z, dans tous les processus de réalisation de l'action. Il faut également que les professionnels, habitués aux réunions, s'adaptent à la participation des habitants. Il faut un langage simple, compréhensible par tous, **éviter les sigles par exemple !**

En novembre, se déroulera la plénière de ces réunions. Les agglomérations se réuniront afin de déterminer ensemble les priorités, de définir les projets qui seront mis en place.

**L'évaluation de cette action est relativement complexe.** Un comité d'évaluation a été mis en place pour établir des



**Structure :** Association de Gestion du Réseau  
Local de Promotion de la Santé du Calaisis.  
**Adresse :** 2 bis rue d'Ajaccio - 62 100 Calais  
Téléphone : 03 21 35 55 18 ou 06 61 18 41 89

**Territoire concerné par l'action :**

- L'agglomération Audomaroise (bientôt),
- L'agglomération Boulonnaise,
- L'agglomération Calaisienne,
- L'agglomération Dunkerquoise.

outils d'évaluation. Ce comité vient être mis en place dès le début de l'action. Il a pour mission de mettre en place une évaluation de processus mais aussi une évaluation de résultats.

Une grille d'évaluation va être créée pour permettre une évolution positive de l'action. L'évaluation doit permettre de déterminer les points forts mais également les points faibles pour parfaire les rencontres.

Même si l'évaluation est souvent considérée comme un contrôle des financeurs, elle est aussi un outil d'excellence pour évoluer.

Des indicateurs quantitatifs sont assez évidents à trouver. Par exemple, le nombre de rencontres entre habitants, le nombre d'habitants participant aux différents groupes de travail, ou encore le nombre d'associations ou de groupes d'habitants formels ou informels participant à l'action.

Cependant, il est plus difficile d'évaluer le bien-être des individus ! Chaque rencontre entre habitants permet de promouvoir les actions locales des habitants. Cela contribue à l'insertion sociale des habitants. Cela permet d'éviter un isolement social. De plus, beaucoup de groupes vont mettre en place des actions de prévention en santé. (dépistage, bilan de santé...).

Il faut également tenir compte des évolutions au niveau des professionnels. En effet, cela va entraîner des modifications dans les méthodes de travail. Le professionnel va travailler **avec** l'habitant et ne fera plus **pour** l'habitant. Des résultats viendront et devront être repérés à ce niveau-là.

L'action « des habitants en paroles et en actions » est née grâce à une volonté collective (habitants et professionnels) d'échanger, d'évoluer, et de mieux travailler ensemble. A ce jour, beaucoup reste à faire, mais la volonté de tous permettra d'aller vers le mieux-être des individus dans une démarche d'action collective.

**Stéphanie NOTREDAME**

## NOUS AVONS LU POUR VOUS

S U I T E

■ ■ ■ *qui touchent des populations tout à fait particulières et par l'importance des démarches ciblées* ». (p.268)

Cette présentation d'actions identifiées par l'IGAS pourrait laisser à penser que la démarche de réseau ou de santé communautaire trouve sa meilleure application auprès de « populations tout à fait particulières ».

« Faire participer les usagers encore et toujours » (p.288) Dans ce paragraphe qui développe l'idée de « nécessité », pour l'efficacité des actions de prévention, d'associer les usagers, il est notamment écrit « qu'il est nécessaire de développer (...) les rencontres communautaires ».

« Développer les démarches territoriales et de santé communautaire ». (p.302 et suiv.)

*Une politique de prévention (doit) adapter son organisation, ses messages et ses modes d'intervention aux publics visés. (...) La difficulté de l'action communautaire réside dans son caractère souvent microscopique et non reproductible. Cela oblige à mettre en place des processus de planification itératifs entre les niveaux régional, départemental et local. Ce travail de maillage se prête mal au modèle traditionnel de la circulation fixant des objectifs, les échéances et les modes d'action. Le temps de la santé communautaire n'est pas celui des campagnes de vaccination, les effets sont à mesurer sur un temps long, le diagnostic et le montage des projets représentent en fait la moitié de l'action. Il faut donc imaginer des processus de pilotage et d'évaluation appropriés.*

**Une approche de proximité et de santé communautaire est, en matière de prévention, une nécessité absolue (souligné par nous) dont il faut tenir compte lors de la définition des modes d'organisation et de coordination entre les intervenants dans les domaines du curatif et du préventif, du sanitaire et du social** ».

Un peu plus loin (p.304) le rapport évoque l'intérêt en prévention du recours aux « relais communautaires » que sont tantôt les « habitants relais » tantôt les « médiateurs ». Le terme de communautaire renvoie ici clairement à la communauté, à des personnes aux responsabilités diverses en prévention issues de la communauté.

Précisons encore que ce rapport 2003, par le large éventail d'informations, de réflexions et de propositions qu'il contient, mérite une lecture attentive de tous ceux qui s'intéressent ou pratiquent la prévention, la promotion de la santé.

En conclusion de cette restitution partielle du rapport prévention 2003 de l'IGAS, on pourrait tout à la fois écrire que la place consacrée à la santé communautaire, sa nécessité affirmée, confirment qu'elle participe de plus en plus du paysage des pratiques de santé en France. Les acceptions différentes du terme dans un même rapport posent à nouveau la question de la pertinence du terme, ou pour le moins du besoin de repréciser<sup>(1)</sup>, pour ceux qui utilisent le terme de santé communautaire, la définition qu'ils en proposent.

**Philippe Lefevre**

(1) Rappelons ici qu'à travers sa Charte, l'Institut Renaudot, à l'instar notamment de l'OMS propose la santé communautaire comme une des stratégies possibles de mise en œuvre de la promotion de la santé telle que définie dans la Charte d'Ottawa (OMS-1986) La santé communautaire a pour principales caractéristiques :

- une base collective (un ensemble d'habitants, un groupe, réunis pour un problème, une situation ou un objectif communs) pour une action ou des actions à construire
- un repérage collectif des problèmes des besoins, et des ressources (le diagnostic communautaire)
- la participation ouverte à tous les acteurs concernés : usagers, spécialistes, professionnels (des champs les plus divers), administrations, politiques... ce qui signifie :
  - > l'implication de la population (dans l'identification de ce qui fait problème, pour mobiliser ses capacités, pour sa participation à l'ensemble du processus),
  - > le décloisonnement professionnel, transdisciplinarité, pluridisciplinarité,
  - > le décloisonnement institutionnel (intersectorialité),
  - > le partenariat,
  - > le partage de savoirs et de pouvoirs.

La X<sup>ème</sup> Université : Quels atouts et quels obstacles pour des politiques locales de santé ?

## La santé se décline localement

Un parc fleuri, un château majestueux, quelques œuvres d'art, un accueil chaleureux, 65 acteurs de santé, pas de raton laveur... que d'atouts réunis à Saint Ouen le 20 septembre pour prendre ensemble du recul et dégager une pensée commune, sur « les facteurs favorisant ou défavorisant les politiques locales de santé ».

L'organisation cadrée alliée à une ambiance chaleureuse – « cœur et rigueur » – ont permis de cheminer ensemble. Nous reprenons ici quelques éclairages clés.

Marc Schoene introduit la journée en relevant l'avancée de ces politiques locales malgré de réelles résistances. Il invite chacun à apporter sa contribution et remercie Madame Nicole Maréchal, Ministre de la Santé de la Communauté Française de Belgique d'ouvrir cette journée d'échanges d'expériences et de réflexion.

Campant les particularités d'organisation qui tiennent compte des différences linguistiques, Mme Maréchal illustre la politique menée par... 7 ministres de la santé (1 pour chacune des 3 provinces, 1 pour chacune des 3 zones linguistiques et 1 ministre fédéral). Il va sans dire que la cohérence réclamée de toutes parts nécessite une concertation permanente. Une complication deviendrait-elle un atout ? Le développement de politiques communales de santé appuyées de mandataires communaux (échevins, soit adjoints aux maires), la mise en place de Conférences locales « à la française », la répartition de comités d'éducation à la santé,... témoignent de la volonté de jouer la carte de la proximité. Elle sou-

ligne plusieurs enjeux :

- > la détermination des démarches ascendantes avec les habitants,
- > le respect du principe de subsidiarité traduit par le souci d'intégrer la promotion de la santé dans le tissu social,
- > la place accordée et le droit des personnes les plus vulnérables et démunies,
- > l'articulation entre l'approche globale et l'action locale et réciproquement.

L'essentiel de la journée s'est passé en ateliers, autour des pratiques locales de santé : histoires de celles-ci, échanges de savoirs-faire, atouts et difficultés liés à ces politiques, propositions pour avancer... d'Angers à Mulhouse, Lyon à Calais, Soissons à Champigny, Bruxelles à Grenoble, Le Mans à Evry, Verviers à Nancy, Lille à Marseille,... la richesse partagée, dense, a permis de témoigner des avancées, des tâtonnements, du plaisir, des souffrances vécues sur le terrain et de la capacité à créer avec et par les habitants, citoyens en santé.

Avec Bernard Pissarro, reprenons 3 éclairages forts de cette journée :

### 1 - Les relations entre les politiques descendantes et ascendantes

L'idéal de ces relations se trouve réalisé quand les politiques descendantes ont pour objectif principal, voire exclusif, de favoriser les politiques ascendantes. Il s'agit de trouver des mécanismes pour faire coexister les priorités des différents niveaux, qui ont tous leur légitimité. Mais les mécanismes institutionnels risquent fort de faire que les priorités des niveaux « supérieurs » s'imposent aux autres, et tout particulière-

ment aux priorités locales élaborées avec et par les habitants.

### 2 - L'influence des pouvoirs en jeu dans les politiques locales de santé

La place et le rôle des habitants dans les politiques locales de santé entraînent une redistribution des pouvoirs. Les élus, même quand ils sont convaincus de la nécessité de reconnaître la place des habitants et d'une démocratie sanitaire locale, ont souvent du mal à l'accepter quand elle devient une réalité.

### 3 - La « participation » ; quelle participation ? La meilleure participation ne serait-elle pas la participation des professionnels aux projets des habitants ?

A y regarder de près, il y a peu de réflexions sur les objectifs de cette participation.

Il peut s'agir le plus souvent d'améliorer l'efficacité d'un « projet santé », d'en favoriser la réussite.

Il peut s'agir aussi de permettre aux intéressés, individuellement ou en groupe, de mieux gérer leur santé.

Il est beaucoup plus rare qu'il s'agisse de permettre aux habitants d'acquérir les moyens qui leur permettront d'améliorer leur pouvoir sur leur vie et leur environnement.

Citons pour conclure Hugues De Varine : « ...L'activisme est une dispersion d'efforts mal pensés et mal intégrés socialement et politiquement. D'où l'importance de dépasser l'action isolée pour considérer le développement. »

Et Pascal Percq<sup>(1)</sup> : « Une idée forte guide la pensée et l'action : la dignité est plus importante encore que la solidarité ou la démocratie. La dignité c'est ce qui fait l'être. Or la dignité ne se reconnaît pas dans les discours mais dans les pratiques. C'est pourquoi la manière de faire les choses est plus importante que ce que l'on fait. »

### Le comité d'organisation

<sup>(1)</sup> Pascal Percq : « Les habitants aménageurs ». Editions de l'Aube : La Tour-d'Aigues, mai 1994, 92 p.

### ● Mort in vitro.

M. WINCKLER – Paris : Editions Fleuve Noir/La Mutualité Française, 2003. – 192 p., 15 €.

Ce roman publié conjointement par le Fleuve Noir et la Mutualité Française est d'abord un « polar ». L'intrigue commence par la découverte de quelques décès suspects de jeunes femmes au cours de leur grossesse et d'un professeur de pharmacologie dans un accident de la circulation. Un médecin généraliste se formant à la médecine légale et un juge d'instruction enquêtent, et une grande firme pharmaceutique manœuvre, à tous les niveaux possibles, pour obtenir le maximum de parts de marché.

Traiter sur un mode romanesque de pratiques outrancières des firmes pharmaceutiques ne doit pas faire croire qu'il s'agit là de pure invention : l'auteur rappelle, en fin d'ouvrage, qu'il s'est inspiré de faits réels. De nombreux points de repères aideront à s'en persuader.

### ● L'impossible politique de santé publique en France.



Marc LORIOL – Paris : Erès, 2002. – (collection Action Santé), 168 p. 22 €.

Pourquoi la France, placée au 3<sup>e</sup> rang mondial pour les dépenses de santé par rapport au PIB, ne se trouve-t-elle qu'à la 18<sup>e</sup> place sur les 23 pays les plus industrialisés, pour l'efficacité des dépenses engagées ? Les inégalités face à la santé expliquent pour une large part les résultats médiocres constatés, malgré une médecine curative de bon niveau et un mode de vie en moyenne plutôt sain. Si l'accès au soin des plus pauvres a été favorisé avec la mise en place de la CMU, ces inégalités trouvent leurs sources en amont du système de soins : conditions de vie et de travail, comportements à risque, inégalités dans les capacités économiques, culturelles et sociales à faire face aux atteintes à la santé, etc. Les

réduire supposerait le développement de politiques préventives centrées à la fois sur les transformations de l'environnement, l'action auprès de différentes communautés et des groupes à risque ainsi que sur les individus. Or les démarches de prévention menées en France privilégient l'action impersonnelle sur les comportements individuels et restent très modestes par rapport aux dépenses de médecine curative.

Cet ouvrage a pour objectif d'expliquer et de rendre compte des mécanismes historiques, sociologiques et politiques à l'origine des blocages constatés par les observateurs. Il éclaire les projets actuels des pouvoirs publics et leur chance de réussite.

(présentation éditeur)

### ● Patients, si vous saviez... Confessions d'un médecin généraliste.

C. LEHMANN – Paris : Robert Laffont, 2003. – 300 p., 20 €.

Avec cet ouvrage, l'auteur quitte le roman pour se pencher sur son métier de médecin : sur ce qui en fait la grandeur, mais aussi sur toutes les ornières du système de santé qui parsèment au quotidien les chemins de la pratique médicale. Les deux premiers tiers de l'ouvrage

se vivent comme les journées d'un médecin généraliste, au fil de cas inspirés de la réalité.

Le dernier tiers de l'ouvrage explique le poids de l'industrie pharmaceutique sur la santé publique et les décisions de chaque praticien.

### ● La santé, les soins, les territoires : penser le bien-être.

S. Fleuret, R. Séchet (dir.). – Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 2002 (collection Espace et territoire), 236 p. 14 €.

## 3<sup>èmes</sup> Rencontres

Thème général :

**Place et relations des acteurs en santé communautaire ; un nouveau partage des pouvoirs...**

11 et 12 juin 2004

à Mulhouse

CROISEMENT DES PRATIQUES COMMUNAUTAIRES AUTOUR DE LA SANTÉ

L'objectif de ces Rencontres vise à mettre en débat, à travers les pratiques communautaires, les éléments qui y interpellent la question des pouvoirs, la participation, le changement de comportements et/ou de pratiques des divers acteurs, le partenariat, la place des différents acteurs (habitants, élus, experts, associations), les savoirs différents, le rôle des médias, les savoirs experts et savoirs profanes.



## Les actes des 2<sup>èmes</sup> Rencontres sont disponibles.

Ces actes rendent compte des Rencontres des acteurs en santé communautaire qui se sont déroulées à Evry les 27 et 28 septembre 2002 placées sur le thème de l'évaluation. Très ouvertes, les Rencontres ont réuni experts en santé publique, en travail social ou en évaluation, élus, habitants, associations, participants de toute la France, de la Belgique et du Québec. La diversité et la richesse des expériences présentées contribuent à faire connaître des actions communautaires trop rarement présentées, rapportées, écrites.

### Pour recevoir les Actes vous pouvez :

- > commander les Actes par e-mail : [renaudot@free.fr](mailto:renaudot@free.fr)
- > renvoyer ce bon de commande dûment rempli, accompagné d'un chèque du montant correspondant, à l'ordre de l'Institut Renaudot à l'adresse suivante : **Institut Renaudot - 40, rue de Malte - 75011 Paris**

BON DE COMMANDE

NOM

PRÉNOM

STRUCTURE

ADRESSE

VILLE  CODE POSTAL

E-MAIL

TARIFS  15€ TARIF PLEIN  10€ ADHÉRENTS ET PARTICIPANTS AUX 2<sup>È</sup> RENCONTRES  
 + FRAIS D'ENVOI  3,48€ FRANCE  8,00€ INTERNATIONAL

JE COMMANDE  EXEMPLAIRES DES ACTES  
 ET JE JOINS UN CHÈQUE D'UN MONTANT TOTAL DE ,  €

## BULLETIN D'ADHÉSION

mme  mlle  mr

NOM

PRÉNOM

STRUCTURE

ADRESSE

VILLE  CODE POSTAL

TÉL.PRO.  TÉL.PERSO.

FAX  FAX PERSO.

### J'adhère à l'Institut Renaudot pour l'année 2003 :

ADHÉSION 30,5€ (200 F)  ADHÉSION DE SOUTIEN 61€ (400 F)  
 J'adresse un chèque à l'ordre de l'Institut Théophraste Renaudot

### Je m'abonne à la Lettre de l'Institut Renaudot (5 numéros/an) :

ABONNEMENT 7,62€ (50 F)  ABONNEMENT DE SOUTIEN 30,5€ (200 F)  
 J'adresse un chèque à l'ordre de l'Institut Théophraste Renaudot



## COLLOQUE

« Santé communautaire, pratiques coopératives : des chemins et des rencontres... »

Colloque organisé par l'AFRESC (Action Formation Recherche en Santé Communautaire).

Dates : le jeudi 11 décembre 2003 à Paris 75006

Contact : Sébastien LODEIRO : 01 42 72 07 90 - [afresc@tiscali.fr](mailto:afresc@tiscali.fr)

## CONGRÈS

Santé publique : entre expertises et solidarités.

Congrès de Santé publique 2004. Organisé par la SFSP (Société Française de Santé Publique).

Dates : 1-2-3 Juillet 2004 à Lyon  
 Contact : SFSP : 03 83 44 39 17 [congres-2004@sfsp-France.org](mailto:congres-2004@sfsp-France.org)

La lettre de l'Institut Renaudot, revue bimestrielle.

Association Loi 1901 organisme de formation agréée n°11750702075.

Numéro de comission paritaire en cours, dépôt légal : 1294 - 6052.

Directeur de la publication :

Marc Schoene

Rédactrice en chef :

Béatrice Lazrak

Comité de rédaction :

Béatrice Lazrak, Samia Mammer, Marc Schoene.

Communication :

Samia Mammer

Impression : Addax Imprimerie

Graphisme/maquette : S. Ghinéa

Institut Théophraste Renaudot

40, rue de Malte 75011 Paris

Tél./Fax : 01 48 06 67 32

<http://renaudot.free.fr>

e-mail : [renaudot@free.fr](mailto:renaudot@free.fr)