

Les usagers dans une expérience de services communautaires de santé : le cas d'un Centre de santé en France

User-Participation in a Community Health Service Project

El rol de los usuarios en una experiencia de servicios comunitarios de salud

Monika Steffen

Numéro 1 (41), printemps 1979

La prise en charge communautaire de la santé

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1034822ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1034822ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (imprimé)

2369-6400 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Steffen, M. (1979). Les usagers dans une expérience de services communautaires de santé : le cas d'un Centre de santé en France. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (1), 55-66. <https://doi.org/10.7202/1034822ar>

Résumé de l'article

Les Centres de Santé constituent de nouvelles structures socio-médicales où exercent des équipes pluridisciplinaires intégrées dans leur quartier d'implantation. Leur nombre est encore très restreint en France.

L'article s'intéresse à un aspect particulier de ces Centres : celui de la participation des usagers à la mise en place des structures communautaires de santé et à l'élaboration d'une politique locale de santé. L'exemple étudié est celui de la Villeneuve à Grenoble. L'expérience doit faire face à une série de conflits relatifs à la participation et au financement.

D'une façon générale, les causes des difficultés de la participation des usagers peuvent être liées :

- à la définition étroitement technique, « médicale » de la santé;
- à la forme principale de la lutte sociale qui s'organise principalement autour de la production et seulement faiblement dans la sphère de la reproduction de la force de travail dont fait partie la santé;
- la constellation d'attitudes psychologiques devant les problèmes touchant à la maladie : l'importante charge affective et l'appréhension en termes de « problèmes individuels » rendent difficile la traduction de ces problèmes en termes politiques, traitables collectivement.

Les usagers dans une expérience de services communautaires de santé: Le cas d'un Centre de santé en France

par Monika Steffen

La politique de santé menée en France depuis les années soixante était centrée sur l'hôpital. Les conséquences de cette politique ont été d'une part le développement du fameux hospitalo-centrisme, et d'autre part un retrécissement progressif du champ de l'exercice de la médecine de base. La prévention reste le parent pauvre de cette politique, et les praticiens généralistes voient leur rôle se limiter de plus en plus à celui d'un "trieur" dirigeant les malades vers les divers spécialistes et les services hospitaliers, structures lourdes, hautement technicisées et dont de toutes parts on déplore le caractère "déshumanisant". Au fur et à mesure que les conséquences de cette politique se sont fait sentir, aussi bien au niveau des dépenses collectives à couvrir par le système de la sécurité sociale que par l'accentuation de la hiérarchisation interne du corps médical, des projets pour transformer les structures du système médico-sanitaire se sont développés. Ceux-ci partent d'une réorganisation des structures et des conditions d'exercice de la médecine de base et ont été élaborés par une fraction déterminée du corps médical. Ce groupe innovateur se compose essentiellement de praticiens généralistes et qui, pour la plupart, se situent politiquement à gauche. Cette fraction est certes encore très minoritaire au sein du corps médical français, mais elle trouve une audience de plus en plus large auprès de l'ensemble des généralistes et auprès des jeunes médecins sortant des facultés.

Les projets d'innovation sont multiples et diversifiés (surtout quant au système de couverture financière à promouvoir) mais ils convergent sur un point : pour remédier à l'"émiettement" de la médecine et à la dévalorisation professionnelle, économique et sociale du médecin généraliste on envisage de promouvoir des "Maisons Médicales" ou des "Centres de Santé" où exerceront des équipes pluridisciplinaires étroitement intégrées dans la vie de leur quartier d'implantation.

Malgré l'extension de plus en plus sensible du courant médico-politique favorable à ces nouvelles structures d'exercice, il n'existe actuellement en France qu'un nombre très restreint de Centres de Santé. Chaque tentative de réalisation rencontre de nombreux obstacles administratifs, idéologiques et politiques, et des fortes oppositions de la part des organisations syndicales et professionnelles du corps médical.

Il ne nous sera pas possible d'étudier ici tous les problèmes soulevés par les expériences de Centres de Santé ; nous allons nous limiter à un aspect précis, étroitement lié à la visée communautaire de ces expériences : la participation des usagers à la mise en place des structures communautaires de santé et à l'élaboration d'une politique *locale* de santé. Nous déboucherons sur quelques réflexions plus générales concernant les problèmes, l'efficacité et les obstacles à la participation de la population et de ses organisations représentatives à l'élaboration d'une politique de santé.

Terrain d'étude

Un Centre mutualiste de santé important (employant actuellement environ 55 personnes dont 12 médecins et 10 para-médicaux) a été ouvert à Grenoble en 1973, à la suite d'une opération majeure d'urbanisme. L'une des ambitions politiques de ce Centre était précisément de promouvoir la participation des usagers et de pratiquer, avec leur aide, une médecine sociale nouvelle orientée selon les besoins de la population du quartier. Le projet visait également l'intégration des activités médico-sanitaires de l'équipe soignante à l'ensemble des activités socio-culturelles déployées sur le nouveau quartier. Le Centre de santé de la Villeneuve de Grenoble est l'une des expériences les plus ambitieuses en France et les plus chargées politiquement. De ce fait il a dû affronter de graves conflits, ce qui en fait un terrain d'étude particulièrement révélateur ¹.

I- L'innovation face aux structures établies

Pour pouvoir apprécier le caractère innovateur des Centres de Santé, et mieux cerner le rôle, la signification et les limites de l'intervention des usagers, il est important de noter ici, très sommairement, *quelques caractéristiques de l'organisation de la distribution des soins en France*, qui diffère sous certains aspects de celle des autres pays industrialisés capitalistes.

- 1^o La médecine est restée le monopole du secteur libéral et s'exerce très majoritairement en cabinet individuel.
- 2^o Une séparation très prononcée et une hiérarchisation économique et sociale entre médecine générale et médecine spécialisée. L'Ordre des médecins continue à s'opposer à l'exercice pluridisciplinaire dans le cadre libéral, malgré la nouvelle loi qui l'autorise (l'action de l'Ordre des médecins avait retardé de dix ans l'application de cette loi).
- 3^o La médecine publique non-hospitalière est une médecine "parcellaire" s'adressant soit à des groupes spécifiques (tranches d'âges, couches sociales, etc...) soit à des maladies spécifiques (tuberculose, maladie mentale, vénériennes, etc...)

4^o Une séparation nette entre médecine curative et médecine préventive ; cette coupure est en étroite liaison avec la coupure libérale/non libérale, c'est-à-dire entre médecine "payée à l'acte" et médecine "payée à la fonction".

Face à ces structures, les Centres de Santé veulent promouvoir une médecine "intégrée" et non-lucrative :

- une médecine *socialisée*, sans être "étatisée" pour autant, gérée et/ou financée par des organismes à but non-lucratif, telles les sociétés mutualistes, les collectivités locales, la sécurité sociale, et fonctionnant avec un personnel médical *salaire* ;
- une médecine *pluri-disciplinaire* (revalorisant les fonctions des généralistes) ;
- une médecine de *haute qualité* non seulement par l'importance de l'équipement technique, mais en pratiquant une "médecine d'écoute" (consultations longues, prises en considération des problèmes sociaux et psychologiques du malade)
- une médecine *intégrée* doublement, intégrant d'une part le curatif et le préventif, et d'autre part le médical et le social, prenant ainsi en compte l'environnement socio-économique des patients.

Cette double intégration visée implique nécessairement une dimension collective. D'une part à la relation individuelle entre le médecin et son malade devrait se substituer une relation collective entre une équipe de travailleurs de santé et une population donnée de patients réels ou potentiels, une population caractérisée par un ensemble de conditions de vie et de travail qui influencent son état de santé. D'autre part, une relation de groupe à groupe devrait s'établir entre l'équipe médicale et l'équipe des travailleurs sociaux fonctionnant au sein de la même population. La nouvelle articulation entre producteurs professionnels et usagers des services ouvre un vaste champ à la participation effective de ces derniers et confère au Centre de Santé une perspective communautaire.

Comme d'autre part, les Centres de Santé signifient une contestation concrète et globale des structures établies et de la hiérarchie des pratiques professionnelles qui en découlent, ses promoteurs (médecins contestataires, municipalités de gauche,

sociétés mutualistes) sont conduits à légitimer leur projet et leur démarche par les "besoins des usagers" et à se poser comme les représentants de ces derniers. Dès lors se pose la question de la fonction sociologique réelle de "communautés sanitaires" dont l'idée fut développée par l'un des pionniers de l'idée de la Maison Médicale². Les "usagers" fournissent-ils seulement le support social indispensable à une stratégie purement professionnelle, existent-ils essentiellement en tant qu'enjeu dans les stratégies politiques des diverses organisations de représentations, ou, au contraire, tendent-ils à développer une existence de groupe relativement autonome ayant une dynamique propre ?

II- *Quelle participation ?*

Notre hypothèse de départ est la suivante : la définition étroite et technique de la Santé (Santé = Soins), reproduite par le système des administrations sanitaires et sociales, rend illusoire la participation des usagers et fonde le pouvoir médical qui s'exprime par le monopole des médecins sur le domaine de la santé. Dès lors, il devient très difficile aux autres groupes, tels que les associations d'usagers, de quartier, de consommateurs, les syndicats ouvriers, etc... de prendre une part active aux décisions concernant la politique de la santé.

A ce premier problème limitant l'intervention des usagers par la définition du champ même du secteur de la santé, vient s'ajouter une deuxième série de difficultés :

Qui est usager des services sanitaires : l'assuré social, l'habitant du quartier, le malade, l'adhérent mutualiste ? Deux conceptions d'extension et de signification différentes existent : l'une se limite aux usagers réels, les bénéficiaires ; l'autre renvoie à une conception plus large, le public. Ces deux conceptions différentes de l'utilisateur impliquent un contenu et un rôle différent de la participation.

Quelles structures permettraient aux usagers de formuler leurs besoins-revendications et de participer activement à l'élaboration d'une politique de santé ? Des structures représentatives existantes

d'élus locaux, les sociétés mutualistes ou des structures nouvelles spécifiquement orientées vers la santé ?

Quel contenu concret convient-il de donner au concept de participation en matière de santé ? Les usagers auront-ils un rôle global de réflexion et d'orientation politique ou plutôt un rôle de gestion ? Dans le premier cas, ils seront représentés dans toutes les instances où s'élaborent les décisions importantes mais probablement avec voix consultative ; tandis que dans le second cas, ils participeront par voix délibérative dans les organes de gestion mais ne seront pas nécessairement représentés dans les instances politiques qui peuvent être soit formellement institutionnalisées soit occultes. Le rôle des usagers peut se limiter à une fonction de critique, destinée à révéler les dysfonctions, à apporter des informations indispensables et/ou à engendrer le sentiment purement subjectif "d'avoir participé" ; tout ceci concourt à prévenir des conflits avec les usagers. Ce rôle de critique semble se combiner facilement avec celui de soutien en cas de conflit grave menaçant la poursuite d'une expérience professionnelle.

Dans l'expérience grenobloise, l'institutionnalisation des structures d'intervention des usagers paraît très problématique. On assiste à des modifications fréquentes de ces structures qui semblent renvoyer, à travers une recherche continuelle pour "en trouver de mieux adaptées" mais toujours aussi introuvables, à une lutte d'influence et de pouvoir très subtile, occultée mais omniprésente. Simultanément, se multiplient les réseaux informels de relations entre les trois groupes d'acteurs (promoteur-financiers/producteurs professionnels de services/usagers). Ces relations sont généralement individualisées et, en grande partie, rythmées par les événements ponctuels.

Les trois types de problèmes soulevés ci-dessus ont été qualifiés de "pratiques" par la plupart de nos interlocuteurs. Certains auteurs y voient des problèmes "théoriques". Mais dans la mesure où le type d'enjeu détermine le cercle d'acteurs, leur rôle et les stratégies qu'ils adopteront, ces problèmes paraissent être avant tout de nature "politique".

III- Les usagers dans l'expérience grenobloise

Le projet du Centre de Santé de la Villeneuve de Grenoble est né de la réflexion convergente d'un groupe de médecins et de conseillers municipaux. La municipalité, finalement favorable à sa réalisation mais ne voulant pas, pour des raisons politiques et financières, le prendre en charge directement, invita les deux unions de sociétés mutualistes du département à patroner la création du Centre de Santé et à en assurer la gestion. L'étude de cette première phase d'élaboration et de mise en place montre que ni les futurs usagers, ni les sociétés mutualistes n'avaient participé à l'élaboration du projet. Ce projet, explicité dans deux textes d'accord signés par les trois acteurs (Municipalité, Fédération des sociétés mutualistes, future équipe soignante) prévoit des structures permettant une large concertation à tous les niveaux :

- *à l'intérieur de l'équipe* ; un médecin-chef désigné sur la proposition de l'équipe devrait la représenter, l'unité et la cohésion interne de l'équipe furent postulées a priori ;
- *entre équipe et l'employeur*, les modalités de la participation de l'équipe aux prises de décisions politiques et à la gestion du Centre sont réglementées et fixées en détail par le Règlement Intérieur et le Contrat de Travail. Ces deux documents avaient été mis au point après des négociations longues et parfois difficiles.
- *avec les usagers*, tous les textes adoptés invoquent constamment la participation des "usagers", des "habitants" du quartier³, *mais aucun texte ne prévoit ni ne suggère les modalités de cette participation.*

Cette distorsion et l'inégale importance qui fut accordée à la recherche et la réglementation de la concertation selon qu'elle concernait l'équipe ou des usagers paraissent avoir une signification plus profonde que l'absence déjà signalée des usagers pendant la phase d'élaboration et de mise en service du Centre ou la simple croyance en ce que ces structures se mettraient en place d'elles-mêmes, spontanément : le discours sur la participation apparaît en partie comme une nécessité idéologique ayant une fonction légitimatrice pour l'innovation. L'absence de modalités et de canaux

définis d'intervention réduit les usagers à une masse non-structurée facilement influençable selon les exigences conjoncturelles. Par contre, dotés de structures formelles, mêmes plus ou moins adéquates et modifiables, ils auraient représenté une force politique potentiellement autonome, et dont aucun des acteurs en présence n'est en mesure de prévoir les options et stratégies éventuelles.

L'étude du rôle des usagers dans le déroulement des deux conflits majeurs auxquels le Centre de Santé a dû faire face pendant les trois premières années de son fonctionnement et de la façon dont ils interviennent actuellement traduit à la fois leur dépendance par rapport aux stratégies professionnelles, organisationnelles ou politiques des promoteurs de l'expérience et suggère les conditions d'une action plus autonome.

LES USAGERS PENDANT LES CONFLITS

Dès l'ouverture du Centre, le déficit financier important, dû à la soumission du nouveau Centre aux systèmes dominants, crée un climat de malaise croissant entre l'employeur et l'équipe, aboutissant en été 1975 au conflit ouvert. Pour pouvoir maintenir le déséquilibre budgétaire dans des limites jugées acceptables pour elle, la Fédération Mutualiste demande à l'équipe de réduire les activités non-rémunérées (prévention, éducation sanitaire) ainsi que le temps consacré à la concertation interne et externe. Elle préconise également de réintroduire une certaine hiérarchie d'autorité au sein du personnel du Centre. L'antagonisme employeur/équipe évolue ensuite vers une opposition entre les deux Unions Mutualistes⁴ dont l'une, la Mutuelle des travailleurs, décide finalement de se retirer du Conseil d'administration de la Fédération gestionnaire. Ce retrait crée un vide juridique qui menaça sérieusement la survie du Centre.

A la suite de cette situation d'instabilité, la caisse d'assurance maladie de la sécurité sociale, où prédominent politiquement depuis les Ordonnances de 1967 les représentants du patronat, révoque la Convention du Tiers-Payant qu'elle avait passée avec le Centre de Santé. Il en résulte

un ralentissement de l'activité au Centre entraînant une chute importante de ses entrées financières. Devant cette nouvelle crise aigüe, la Municipalité de Grenoble, intervient officiellement : elle garantit les dettes du Centre et crée, avec l'UDSMI, une nouvelle association qui gère le Centre depuis.

Dès l'ouverture du Centre, quelques habitants du quartier constituent des groupes informels où sont débattus les problèmes de la santé. Ces groupes veulent participer à la direction et l'orientation du Centre et établissent des relations étroites mais informelles avec l'équipe soignante. Au début, ces groupements sont assez larges, mais rapidement ils deviennent un cercle restreint ne comprenant plus qu'une vingtaine de personnes pouvant être qualifiées d'*"élite politico-professionnelle"* : ils sont soit des professionnels de la santé, soit "ils ont par leur travail professionnel un intérêt à ce que le quartier fonctionne", comme l'exprime l'un de nos interlocuteurs. Ils sont tous des militants politiques des diverses organisations de gauche notamment socialistes.

Ce n'est que dans l'atmosphère tendue annonçant le premier conflit que ce cercle s'élargit de nouveau et d'une manière importante. Au moment de la crise, les réunions regroupent jusqu'à 600 habitants. La mobilisation populaire soutenant l'Equipe face à son employeur mutualiste, en particulier contre la Mutuelle des travailleurs, fut massive, spontanée et efficace.

Chacune des deux parties en conflit se pose alors comme "représentant des usagers du Centre". La position de la Mutuelle des travailleurs est explicite : "63 % des usagers du Centre sont des mutualistes et nous sommes leur représentant. Si l'Equipe n'écoute pas les 'usagers', c'est-à-dire ceux qui financent l'expérience par leurs cotisations, nous ne pouvons plus gérer le Centre". L'Equipe, se référant d'une part au projet de départ entériné dans les contrats de travail, d'autre part à la mobilisation du quartier, accuse les mutuelles de n'être que des employeurs-financiers et estime agir, elle aussi, au nom des usagers.

Le taux élevé de mutualisation des habitants du quartier, la faible emprise des mutuelles sur eux et l'alignement étroit des habitants aux positions de l'équipe médicale pose un problème. L'un de nos interlocuteurs commente ainsi : "les gens dé-

fendaient le Centre non pas en tant qu'institution qui changera leur rapport à la santé, mais en tant que particularité de leur quartier"⁵. "Comme en plus cela touchait à la santé, leur réaction était surtout affective et non pas politique".

A la suite de la première crise, les principaux animateurs des groupements d'usagers décident d'officialiser ces derniers et déposent les statuts d'une "Association de santé". L'institutionnalisation visait la transformation des forces de mobilisation nées durant le conflit en une structure stable permettant aux usagers de participer régulièrement à la direction du Centre. Mais ceci ne semble pas avoir été la seule raison : "On l'a fait surtout contre les communistes ! Pour qu'ils ne soient pas la seule structure en présence !", nous dit une ancienne animatrice d'un groupe d'usagers, elle-même professionnelle de la santé.

Toutefois, l'institutionnalisation de l'association s'est avérée utile au moment du conflit suivant avec la sécurité sociale. Non seulement la mobilisation de la population fut facile à organiser, mais l'association de Santé, en tant que l'unique "représentant des usagers", pouvait s'imposer à la sécurité sociale comme interlocuteur officiel.

La deuxième crise résolue, les responsables de l'Association de santé essaient de la maintenir en fonctionnement, essaient de nouveau de la transformer en une instance de participation publique, croyant que la mobilisation répétée aura amené une sensibilisation durable des habitants du quartier aux problèmes de la santé. L'échec fut total.

L'Association invitait régulièrement aux réunions et débats sur la Santé. La réaction des habitants "moyens" est très significative : les quelques personnes qui viennent demandent ce qui se passe de grave au Centre ; apprenant qu'aucune crise immédiate ne le menace, ils repartent sans jamais revenir. L'Association existe toujours juridiquement, mais elle n'a plus aucune activité réelle. Certains de ses principaux animateurs ont été intégrés dans les nouvelles structures de gestion et siègent maintenant au Conseil d'administration de la nouvelle association gestionnaire formée par la Municipalité de Grenoble et l'Union départementale des Sociétés mutualistes de l'Isère (UDSMI).

Nous n'avons pas pu trouver de traces d'éventuels efforts de la part de l'équipe soignante du Centre de Santé visant une évolution de ces structures de mobilisation en structure de participation régulière.

LA PARTICIPATION ACTUELLEMENT

Il convient de rappeler le caractère particulier de l'association gestionnaire : non-lucrative, administrée par des bénévoles et composée de la municipalité et d'une union mutualiste. Elle est une structure démocratique permettant théoriquement une large participation publique à la prise des décisions. En ce sens, l'argument de la Mutuelle des travailleurs "Nous représentons des usagers" est certainement fondé. Pourtant, des nuances doivent être apportées à ces remarques dans la mesure où, d'une part, ces organismes sont aussi des organisations ayant en tant que telles des objectifs propres et où, d'autre part, la population de la ville ne semble pas avoir d'options déterminées en matière de politique de santé. La participation des "usagers-bénéficiaires" du Centre de Santé paraît être dans la phase actuelle de l'évolution de l'expérience un complément indispensable. Par conséquent, l'efficacité de la participation publique et les obstacles s'y opposant ne peuvent s'apprécier actuellement que par rapport aux interventions des habitants du quartier d'implantation du Centre. Ceux-ci interviennent au Centre de Santé de plusieurs façons, notamment à travers : les activités de prévention, les institutions socio-culturelles du quartier (Ecole, Centre social), et l'Association syndicale des familles (A.S.F.)⁶.

LA PARTICIPATION PAR "INTERPELLATION"

Faute de structures permettant une intervention plus suivie, un consensus s'est fait en faveur de l'intervention par interpellations (droit prévu dans les statuts de l'association gestionnaire). Les usagers peuvent ainsi adresser à l'équipe du Centre des demandes d'action préventive, d'éducation sanitaire, d'information et des critiques.

Ce système a l'avantage de permettre des initiatives inattendues, originales et adaptées aux problèmes spécifiques de cette population. Mais il a aussi des insuffisances qui semblent limiter le rôle que pourront jouer les usagers dans l'expérience. En outre, à l'absence de structure chez les usagers correspond une absence de structures de réception au niveau de l'Equipe. Aucun lieu n'est désigné pour recevoir, étudier, analyser et statuer sur ces demandes. Les conséquences sont :

- la formation et la multiplication incontrôlable des réseaux informels entre membres individuels de l'Equipe et des groupes très restreints d'usagers, voire usagers individuels ;
- de nombreuses initiatives sont négligées et se perdent dans la multitude de réseaux individuels, ou elles sont interrompues avant d'avoir été menées à bien ;
- les actions réellement suivies sont plutôt celles dont l'Equipe, et plus précisément les médecins, ont eu l'initiative et dont ils ont le quasi-monopole d'animation.

Malgré les efforts incontestables de "démystification" du médecin, le refus (très explicite) des médecins de se doter d'une structure jouant le rôle de réceptacle pour la demande des groupes extérieurs renvoie, selon notre hypothèse, à l'individualisme traditionnel du médecin français et permet, d'une manière très subtile, de sauvegarder, dans les conditions nouvelles de l'expérience, une partie de son pouvoir.

L'interpellation et la critique des usagers sont pourtant vivement souhaitées par l'Equipe du Centre : "Les usagers sont notre antenne sur le quartier, ils nous apportent des informations indispensables à notre pratique... A l'occasion de leurs plaintes précises, nous engageons une réflexion globale ; l'Equipe est l'instance de synthèse."⁷ La fonction intellectuelle de synthèse, source certaine de pouvoir reste ainsi le monopole de l'Equipe médicale, protégé par l'individualisation des rapports avec l'extérieur.

Il serait pourtant erroné de conclure à l'anti-participationisme de l'Equipe ou des médecins de l'Equipe. La signification du terme "participation" n'est pas identique pour un médecin, un élu municipal ou un usager. D'autre part, des actions importantes d'éducation sanitaire et de prévention collec-

tive ont été lancées sur le quartier et menées à bien en étroite collaboration avec les usagers. Un exemple significatif en est l'action de démystification et de prévention du cancer des seins. Ayant été qualifié de "début de la participation réelle des usagers" par certains membres de l'Equipe, il indique ce que l'Equipe entend par "participation". Se posant la question du devenir psychologique des anciennes malades du cancer des seins, le personnel du service de radiologie du Centre prit contact avec une quinzaine d'anciennes patientes avec lesquelles s'engageait une série de discussions en groupe. Ce groupe a ensuite élaboré le projet d'une action générale d'éducation sanitaire et de prévention sur le quartier. Sous la garantie technique de l'Equipe, ces femmes ont mené leur propre campagne (réseaux de correspondantes sur le quartier, production de matériel éducatif audio-visuel, 70 femmes y travaillèrent pendant plus d'un an). L'importance de ce travail matériel n'est pas à sous-estimer : il permet par la familiarisation au domaine médical de défaire les blocages psychologiques face aux problèmes de maladie et rend ainsi possible une participation politique ultérieure. Le travail matériel réussira-t-il là où l'expérience répétée de mobilisation avait échoué ?

LA PARTICIPATION À TRAVERS LES ASSOCIATIONS EXISTANTES

Le projet initial envisageait l'apport d'une aide technique de l'Equipe aux syndicats ouvriers en vue de déceler et de combattre les facteurs pathogènes dans le milieu du travail. Une action ponctuelle a été menée, aboutissant à la reconnaissance officielle d'une maladie professionnelle dans une entreprise de la région. Mais ce succès remarquable n'inaugure pas, comme on aurait pu le penser, des relations suivies entre l'Equipe et les syndicalistes. A ceci s'ajoute l'absence de relations entre l'association gestionnaire et les syndicats. Le problème de l'usine n'apparaît jamais au Conseil d'administration. Pourtant l'Union mutualiste UDSMI regroupe en son sein environ 40 mutuelles d'entreprises qui fonctionnent toutes en étroite relation avec les comités d'entreprise.

L'ASSOCIATION SYNDICALE DES FAMILLES

Mise à part une association s'occupant uniquement du logement, l'A.S.F. est la seule organisation structurée regroupant les habitants du quartier. Environ 250 familles sont adhérentes. Lorsque "l'Association Santé" née dans les conflits cesse de fonctionner, l'A.S.F. prend la relève. Ces responsables entreprennent des démarches officielles auprès du Centre de Santé et demandent que soit étudiée ensemble la mise en place de structures de rencontres régulières. La réaction de l'Equipe est significative : une partie accepte mais sans enthousiasme ; l'autre refuse, non pas les rencontres mais la régularité et le caractère formel que l'A.S.F. entend leur donner, refus appuyé sur l'argument suivant : "l'A.S.F. n'est pas représentative ni de l'ensemble de nos usagers, ni de tous les habitants du quartier". Néanmoins l'A.S.F. impose un minimum de formalisation : deux rencontres annuelles avec le Directeur administratif du Centre et les délégués syndicaux du personnel. Ces réunions sont soigneusement préparées d'avance avec un ordre du jour et donnent lieu à des comptes-rendus écrits. L'étude de ces comptes-rendus montre les limites de l'intervention de l'A.S.F. Celle-ci est en majeure partie consacrée à la formulation de critiques quant aux dysfonctionnements internes du Centre, notamment au niveau de l'accueil (par exemple, les files d'attente, le personnel fumant pendant qu'il fait une campagne anti-tabac, etc...).

L'A.S.F. est actuellement le seul organe d'usagers ayant des relations formelles et régulières avec le Centre. Ces relations sont qualifiées de "très conflictuelles" par les deux parties : l'A.S.F. voudrait élargir sa fonction auprès du Centre vers une participation à la "réflexion" mais se heurte à l'absence d'un lieu de réception. Actuellement, l'A.S.F. essaie de poser ce problème dans la Commission Consultative à laquelle elle participe également, mais y bute sur l'absence de l'Equipe.

LA COMMISSION CONSULTATIVE

Elle fut créée après le conflit entre le Centre de Santé et la Sécurité Sociale, sur la demande de cette dernière. Regroupant toutes les instances

locales intéressées par les problèmes sanitaires ou médicaux (Sécurité Sociale, syndicat des médecins libéraux, représentants des établissements et services médicaux et sanitaires publics, les administrations de l'action sociale, les syndicats ouvriers⁸, l'Equipe soignante et l'association gestionnaire du Centre de Santé, l'A.S.F., etc...), cette Commission Consultative se veut un lieu de large débat, d'étude et de réflexion commune. Concernant notre sujet précis, les constatations suivantes sont intéressantes :

- Divisée en plusieurs sous-groupes de travail, la Commission Consultative comportait à l'origine un sous-groupe "Relation Centre de Santé-Usagers". Ce groupe n'a fonctionné que faiblement et fut ensuite intégré dans le sous-groupe "Santé dans le quartier" qui étudie l'intégration de différents services sanitaires et sociaux fonctionnant dans un même quartier. Cette fusion de sous-groupes indique l'affirmation du projet sanitaire de la Municipalité.
 - La Municipalité est très intéressée dans le fonctionnement de la Commission Consultative. Elle veut notamment y faire participer les diverses associations d'habitants existant dans la ville.
 - Par contre, l'Equipe soignante du Centre de Santé (elle a des sièges dans tous les sous-groupes) ne semble pas investir dans le fonctionnement de la Commission Consultative, justifiant sa faible implication par son hésitation à parler dans un lieu où siègent des représentants de la Sécurité Sociale. L'Equipe emploie une véritable stratégie de sabotage. Soit elle ne participe pas aux réunions, soit elle s'y fait représenter à chaque fois par une personne différente, souvent mal informée des problèmes à débattre et ne pouvant jamais représenter l'Equipe dans son ensemble⁹. Les commentaires de nos interlocuteurs illustrent parfaitement cette divergence :
- "La Commission Consultative ne fonctionne pas, c'est un organe fantôme !"
(Un membre de l'Equipe soignante)
- "On a des problèmes. Les associations d'habitants viennent ; mais comment voulez-vous qu'on continue à discuter du Centre avec eux si l'Equipe ne vient pas ?"

(Un conseiller municipal, membre du Conseil d'administration de l'association gestionnaire du Centre de Santé).

L'antagonisme *latent* entre l'Equipe et la Municipalité qui se révèle à travers le fonctionnement difficile de la Commission Consultative renvoie de deux façons différentes au même problème de pouvoir :

- à la Commission Consultative composée d'organismes et d'associations, l'Equipe oppose sa stratégie d'individualisation des relations et de refus de désigner un porte-parole reconnu ;
- à travers la Commission Consultative s'affirme le projet municipal qui vise à long terme l'intégration et la "rationalisation" des structures socio-sanitaires de la ville. Ce projet suppose outre la collaboration entre élus locaux et professionnels la collaboration entre différents groupes professionnels : travailleurs sociaux, travailleurs de santé, médecins. Or, ces groupes semblent être en concurrence pour s'approprier chacun la maîtrise du champ de la nouvelle médecine sociale, c'est-à-dire la prévention et l'éducation sanitaire.

LA PARTICIPATION À TRAVERS LES CENTRES SOCIAUX

La concurrence inter-professionnelle s'exprime dans les relations intenses mais plutôt conflictuelles entre l'équipe des travailleurs sociaux du quartier et l'équipe soignante du Centre de Santé. Le projet initial prévoit une étroite collaboration entre ces deux équipes visant en outre à faire participer plus activement à la pratique du Centre de Santé la population des assistés sociaux, clients du centre social.

L'enquête sur le terrain montre, d'une part, une volonté théorique de collaboration et, d'autre part, des blocages presque systématiques de collaboration concrète. Ce refus semble être plus fort, ou plus explicite, chez les travailleurs sociaux. Les équipes s'interpellent mutuellement et régulièrement pour toutes les actions collectives susceptibles de collaboration. Mais, l'action proposée étant toujours jugée non-prioritaire par l'autre équipe, les actions communes ont été rares et sont

généralement interrompues avant d'arriver à terme. La tactique des hiérarchies différentes d'objectifs est surtout celle des travailleurs sociaux ; l'Equipe médicale ayant en outre recours à sa stratégie des rapports individualisés. Les deux parties se servent des "besoins d'usagers" pour légitimer leurs hiérarchies divergentes d'objectifs prioritaires.

L'imbrication Usagers-Stratégies professionnelles réapparaît également au niveau de l'extension de l'expérience sur l'ensemble de la ville comme le montrent les nombreuses difficultés rencontrées par les responsables municipaux dans la mise en service de petits Centres de Santé, rattachés aux centres sociaux existants, dans d'autres quartiers de la ville. Les quartiers choisis sont tous habités par une population très défavorisée.

Ces projets d'implantation médicale ont été demandés par les équipes sociales et présentés par celles-ci comme étant l'issue d'une demande de la population. Or, l'enquête sur le terrain montre une réalité bien différente. La "mobilisation de la population", s'il y en a eu, fut organisée par les travailleurs sociaux et à un moment assez tardif. "Nous les (les habitants) avons beaucoup poussés ; c'était un travail long et difficile" nous dit la directrice d'un des centres sociaux concernés.

Les équipes sociales sont en outre très soucieuses de l'indépendance de "leur" médecin et essaient de prévenir tout lien juridique avec l'association gestionnaire du Centre de Santé, lien que souhaiteraient les élus municipaux chargés des problèmes de santé. "... pour que notre médecin fasse ici ce que nous voulons et ne tombe pas sous l'influence de ses confrères du Centre de Santé de la Villeneuve" explique une responsable d'un centre social. Le souci des travailleurs sociaux de garder le monopole de la représentation de la population de leur quartier ainsi que le contrôle de toutes les actions, y compris médicales, dont cette population pourrait être l'objet, est indiscutable.

Ces nombreuses difficultés rendant problématique un accord entre tous les acteurs sur le type de structures à mettre en place en vue d'une participation des usagers à l'élaboration de la politique locale de santé et à la prise de décisions, renvoient à des perceptions divergentes sur le

projet sanitaire à promouvoir. Dès lors, la notion homogène de "public" ou de l'"usager" éclate en une série de cercles qui ne se couvrent que partiellement, comme le montre le schéma.

IV- *Stratégies professionnelles – Innovation sociale – Participation*

L'enquête sur le terrain suggère ces conclusions provisoires :

Des structures représentatives nouvelles spécifiquement orientées vers la santé telles les associations de santé, d'usagers, etc... se constituent après l'implantation d'une infrastructure, comme par exemple le Centre de Santé, et ne peuvent de ce fait collaborer à l'élaboration du projet et de ses lignes directrices. Leur participation tend à se limiter à une fonction de soutien dans la défense des nouvelles structures d'exercice professionnel. Les associations sont créées et animées par une élite au sein de laquelle la représentation des professionnels de l'action sanitaire ou sociale tend à être importante, impliquant ainsi une forte capacité d'influence des professionnels sur les usagers.

L'identification "Santé-Soins" engendre chez les usagers un sentiment d'incompétence devant les problèmes de santé, ressentis comme étant trop techniques. Si une certaine compétence semble indispensable à toute participation, cette compétence n'est pas forcément un *savoir-faire "technique"* mais pourrait être un *savoir "social"*. C'est en enfermant cette compétence dans un savoir technique spécialisé que les corps professionnels s'assurent le monopole politique sur "leur" secteur et limitent d'avance le champ d'intervention des usagers.

Ces constats vont dans le sens de certaines hypothèses élaborées par H. JAMOUS¹⁰. Cet auteur analyse comment les nouveaux "besoins sociaux" (comme par exemple le droit à la santé, à l'éducation, à la culture...) et la mobilisation publique à laquelle ils donnent lieu prennent leur origine dans des antagonismes et conflits internes au système professionnel producteur des services en question (changement de hiérarchie interne, redéfinition du contenu et du rôle social global de l'activité). Selon ces thèses, la "partici-

Acteur	Conception de la médecine sociale à promouvoir	Cercle du "public" retenu et type d'intérêt général auquel il renvoie
Equipe soignante du Centre	Nouvelle pratique de médecine "sociale" (comprise comme médecine d'écoute, prévention et éducation sanitaire)	<i>Habitants</i> du quartier (signification : la population des patients)
Municipalité	Actions socio-sanitaires intégrées	<i>Le quartier</i> (signification : un territoire)
Union mutualiste des travailleurs	Nouvelle médecine "sociale" (comprise comme soins de haute qualité, délivrés gratuitement)	Les adhérents mutualistes (signification : les travailleurs, une classe sociale)
Travailleurs sociaux	Compléter et enrichir l'action sociale par des services médicaux	Les "cas sociaux", les "assistés", soit en termes d'individus, soit en termes de groupes (les vieux, les drogués, les jeunes chômeurs, etc...) (signification : les marginaux du système économique)

Union mutualiste UDSMI :

En raison de sa diversité elle n'a pas de ligne directrice globale en matière de politique de santé, ce qui permet à un cercle restreint d'individus de faire adopter la leur. L'UDSMI s'est alignée sur les positions de la Municipalité. Cette alliance s'explique par l'appartenance au milieu socialiste de ceux qui ont introduit et diffusé l'idée de Centre de Santé au sein de l'UDSMI. Ce détail est également un des éléments qui rendent compte du premier échec de l'alliance mutualiste (FMI).

pation" des usagers des services de santé ne peut être qu'une participation suscitée et contrôlée par des sous-groupes contestataires du corps médical, groupes en quête d'appuis extérieurs pour faire aboutir leurs propres revendications face aux fractions dominantes du système professionnel.

L'exemple du Centre de Santé de la Villeneuve permet des conclusions plus nuancées sur certains points. Le principal allié du groupe professionnel innovateur est la municipalité de Grenoble, dirigée depuis 1965 par des conseils municipaux de gauche. La municipalité est donc, elle aussi, dans une situation de contestataire puisqu'en contradiction avec le pouvoir au niveau national. L'alliance entre des élus municipaux et des administrateurs mutualistes d'une part, et un groupe de professionnels d'autre part, a seule rendu réalisable le projet du Centre de Santé à Grenoble.

Les divergences ouvertes ou latentes qui apparaissent en permanence entre ces partenaires indiquent le potentiel d'autonomie de chaque groupe. Les organisations ou organismes représentatifs pré-existants et multi-fonctionnels semblent mieux adaptés pour assurer la participation de la population à l'élaboration et la mise en oeuvre d'une politique locale de santé, précisément en raison de leurs fonctions globales, non-exclusivement orientées vers un secteur spécifique. Cette participation, certes médiatisée par des structures organisationnelles souvent complexes, est autonome par rapport à la domination professionnelle, mais l'est-elle également par rapport à la domination politique ?

La participation semble étroitement liée au problème de *l'innovation sociale*. Les différentes structures et modalités de participation "directe" que nous avons étudiées dans l'exemple du Centre de Santé de Grenoble sont plutôt des structures de mobilisation. Le passage de la "mobilisation", toujours un moment éphémère, exceptionnel de la vie sociale, à la "participation" qui est une pratique régulière s'inscrivant dans une durée plus longue et continue, s'est révélé dans notre exemple problématique, voire irréalisable jusqu'à présent. Tout se passe comme si mobilisation et participation obéissent à des logiques distinctes et demandent des structures d'action et d'enca-

drement de l'action spécifiques. Le fait que certains des principaux animateurs des premiers groupements d'usagers ayant eu une fonction de mobilisation ont ensuite été intégrés et absorbés par les nouvelles structures de gestion formées par la Municipalité et l'Union mutualiste tend à confirmer cette hypothèse.

Malgré les difficultés et les limites de la participation des usagers "bénéficiaires" dans l'expérience grenobloise, il serait erroné de conclure à la prédominance des professionnels. L'influence des hommes "politiques", représentants élus de la population locale, est importante et se manifeste à travers les structures gestionnaires du Centre de Santé. Leur présence contraste fortement avec leur influence très faible, voire inexistante, au niveau de l'élaboration de la politique nationale en matière de santé.

Pendant longtemps, la politique de la santé a été déterminé en France surtout par la profession médicale, représentée par des puissants syndicats médicaux et par l'Ordre des médecins¹¹. L'action de l'Etat se limitait généralement à entériner les choix et priorités de la profession. Sous la pression de la croissance considérable des dépenses, ce système traditionnel des relations Etat-Corps médical se trouve de plus en plus mis en question par une partie des pouvoirs publics désireux de planifier le développement de ces dépenses en essayant de "rationaliser" le secteur médico-social.

Désormais, la politique nationale s'élabore à partir de deux pôles :

- d'une part, le système professionnel déterminant les normes structurantes de cette politique, et
- d'autre part, le système d'intervention de l'Etat reposant en majeure partie sur la maîtrise du système de couvertures des dépenses¹².

Théoriquement, la participation à l'élaboration de la politique nationale de santé pourrait être assurée à travers le processus de la planification économique et sociale auquel participent les organisations syndicales des salariés. L'étude de la planification sociale en France montre une réalité très différente¹³ :

- d'une part, la *faible participation* des syndicats ouvriers aux travaux de la Commission "Santé

et Sécurité Sociale" du Plan, contraste fortement avec leur participation très active dans les commissions traitant des problèmes d'emploi, des conditions de travail et de leur influence sur le mode de vie ;

- d'autre part, l'absence totale dans la Commission "Santé et Sécurité Sociale" des représentants d'autres groupes potentiellement influents, tels que les mutuelles¹⁴, la Confédération syndicale des familles, les infirmières, les travailleurs sociaux.

En guise de conclusion, nous pouvons enrichir notre hypothèse de départ. Trois points étroitement liés peuvent rendre compte, dans le cas de la France, de la faible implication du public dans l'élaboration de la politique de santé et des difficultés de la participation des usagers des services :

- la définition étroitement technique, "médicale" de la santé ;
- la forme principale de la lutte sociale s'organise principalement autour de la production et seulement faiblement dans la sphère de la reproduction de la force du travail dont fait partie la santé ;
- la constellation d'attitudes psychologiques devant les problèmes touchant à la maladie : l'importante charge affective et l'appréhension en termes de "problèmes individuels" rendent difficile la traduction de ces problèmes en termes politiques, traitables collectivement. Ce sentiment d'incompétence justifie ensuite une attitude passive de consommateur de services.

Monika Steffen

C.E.R.A.T. — Institut d'études politiques
Université des Sciences Sociales de Grenoble

notes

¹ Cet article est un compte-rendu et la synthèse provisoire d'une recherche empirique sur l'expérience grenobloise. L'enquête a procédé par des entretiens non-directifs avec toutes les personnes "stratégiques" et par l'étude de documents internes. Les observations rapportées ici couvrent la période de 1973 à 1977-1978 environ ; certains changements dans les rapports avec les usagers semblent émerger actuellement.

² Dr. François GOUST "Médecine et Urbanisation" Les Editions Ouvrières, Paris 1969.

³ La participation des syndicats des salariés est invoquée également, mais d'une manière plus vague, moins fréquemment.

⁴ Cette opposition est liée au problème politique de l'Union de la gauche en France : l'une des deux Unions mutualistes (Mutuelle des travailleurs) est proche du milieu communiste ; l'autre (UDSMI), plus diversifiée est alors amenée à se rapprocher du milieu socialiste. La municipalité de Grenoble, fortement présente dans la mise en route de l'expérience, était à cette époque tenue par une équipe purement socialiste. Cette situation politique locale explique en partie la méfiance de la Mutuelle des travailleurs envers le rapprochement entre l'équipe du Centre, certains responsables de l'UDSMI et certains élus municipaux.

⁵ L'opération d'urbanisme de la Villeneuve de Grenoble fut une expérience pilote en France, très influencée par les événements de Mai 1968.

⁶ A.S.F. est structurée selon le modèle du syndicalisme ouvrier et s'est donnée un rôle semblable dans le domaine des conditions de vie des familles. A.S.F. a une commission "Santé et Sécurité Sociale" aux niveaux national, départemental et au niveau du quartier de la Villeneuve de Grenoble.

⁷ Un membre de l'Equipe soignante du Centre.

⁸ Leur présence est purement juridique, ils ne sont jamais venus aux réunions.

⁹ Par exemple, l'Equipe s'était fait représenter à une réunion par une stagiaire infirmière ayant travaillé au Centre de Santé seulement depuis environ un mois.

¹⁰ JAMOUS (Haroun), *Sociologie de la décision*, C.N.R.S., Paris, 1969 ; et *Une théorie des exigences sociales...*, communication au VII^e Colloque de l'Association internationale des sociologues de langue française, Hammamet 27-9/2-10-1971.

¹¹ "L'Ordre des médecins" est l'organisation nationale et officielle de la profession. Il se dit garant de l'éthique médicale et jouit à l'égard des médecins d'un droit disciplinaire. L'inscription à l'Ordre est obligatoire.

¹² Depuis les Ordonnances de 1967 sur la Sécurité Sociale instaurant la représentation paritaire dans les Caisses d'assurance maladie, l'influence du patronat est prédominante sur le système de couverture de dépenses.

¹³ JOBERT (Bruno), *Le social en plan*. C.E.R.A.T.-I.E.P., Grenoble, Mai 1978, 135 p.

¹⁴ Les mutuelles couvrent environ 20 millions de personnes, soit plus de 40 % de la population française.