

# International Review of Community Development Revue internationale d'action communautaire



## Présentation

Michèle Paillard

Numéro 1 (41), printemps 1979

La prise en charge communautaire de la santé

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1034821ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1034821ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (imprimé)

2369-6400 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Paillard, M. (1979). Présentation. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (1), 51–53.  
<https://doi.org/10.7202/1034821ar>

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 1979

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

**é**rudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

# Présentation

Le système français de protection de la santé est marqué par la coexistence d'un secteur public et semi-public, et d'un large secteur de médecine libérale.

Le partage des tâches entre les deux systèmes recouvre de fait une série d'oppositions, distinctes mais non indépendantes les unes des autres, dont les termes principaux sont les suivants :

- . opposition de la médecine curative et de la médecine préventive
- . opposition de la médecine libérale et de la médecine salariée
- . opposition du médical et du social
- . opposition du secteur public et du secteur privé

La création du système de Sécurité sociale par l'ordonnance du 4 octobre 1945, en instituant le remboursement "à l'acte", a favorisé la généralisation de la consommation médicale et une meilleure couverture des soins, mais a renforcé ces oppositions dans la mesure où le découpage des activités médicales et sanitaires en actes ponctuels et tarifés ne permet pas de prendre en compte dans l'exercice de la médecine ni les activités de médecine préventive, ni l'éducation sanitaire, ni les problèmes sociaux dont on mesure de mieux en mieux l'étroite imbrication avec les problèmes de santé.

Une réflexion plus poussée sur les liens entre les conditions sociales d'une population (conditions de vie, conditions de travail, niveau d'information, prise en charge active de sa propre santé, intégration dans un milieu culturel) et son état de santé a rapidement produit une nouvelle série de remises en question et d'interrogations : remise en question du cloisonnement entre système de santé et système d'action sociale, remise en question du savoir et du pouvoir médical, et de la technicisation des soins, remise en question de la dépossession des gens de leur propre corps et de leur dé-responsabilisation à ce niveau, interrogation sur le rôle des collectivités locales et des groupes organisés de population dans la gestion et le contrôle des soins.

Cet ensemble d'interrogations renvoie directement aux objectifs poursuivis dans l'action dite "communautaire", si l'on se réfère aux définitions données de cette dernière par les organismes internationaux, notamment par l'O.M.S.

En 1969 au séminaire de Bristol, celle-ci parle d'un désenchantement à l'égard des institutions, notamment celles de malades mentaux, personnes âgées, enfants handicapés, et d'une recherche pour "faire entrer les institutions dans le cadre d'un réseau beaucoup plus large de soins englobant le voisinage et la famille".

Si la notion d'action communautaire, de soins communautaires s'est peu diffusée en France ou est restée limitée à des cercles étroits de travailleurs sociaux mais pratiquement inconnue dans les

milieux médicaux, des finalités identiques à celles auxquelles elle est liée ont toutefois été largement reprises dans un certain nombre d'expériences et de réformes relevant à la fois, sous des modalités différentes, de l'initiative publique et d'initiatives militantes.

— l'initiative publique a été dominée, depuis le 6<sup>e</sup> Plan, c'est-à-dire aux environs des années 1970, par le discours préventif. Cela correspond aussi, bien entendu, à un souci de plus en plus marqué de limiter l'extraordinaire croissance des dépenses de santé.

La première politique entreprise en ce sens a été celle de la sectorisation :

- sectorisation psychiatrique d'abord (1960)
- sectorisation sociale en 1965
- sectorisation "personnes âgées" en 1970
- sectorisation hospitalière en 1970
- sectorisation du service de l'enfance en 1969 et 1972.

Tous ces dispositifs de sectorisation procèdent de la même idée : diviser le territoire en secteurs géographiques au sein desquels une même équipe *pluri-disciplinaire* assure :

- un dépistage très précoce
- une continuité d'intervention
- l'intégration de tous les services sanitaires et sociaux
- la concertation à tous les niveaux d'intervention

Par ailleurs, la politique sociale préconisée dans le 6<sup>e</sup> Plan, essentiellement axée sur le principe de la prévention primaire, subordonnait la prévention de toute pathologie et inadaptation au développement d'une action globale et d'une réelle participation des groupes sociaux défavorisés à leur propre promotion.

Toutefois, cette politique n'a pas réussi à se donner réellement les moyens de ses objectifs. L'acte préventif reste peu et mal financé, les secteurs préventifs et curatifs très cloisonnés.

Les initiatives militantes ont été souvent le fait d'une fraction de professionnels remettant violemment en cause le mode d'exercice de la médecine et leur propre pouvoir médical. Aussi ont-elles été souvent davantage axées sur les questions de dé-professionnalisation et de rejet d'un savoir technique trop exclusif. Les premiers mouvements importants ont été ceux de l'anti-psychiatrie et des expériences (demeurées assez isolées) de psychiatrie communautaire (le plus souvent à destination d'enfants inadaptés, comme par exemple les communautés thérapeutiques de Maud MANONNI ou de DELIGNY).

Plus récemment (notamment après mai 1968), de nombreux groupes ou "collectifs" se sont formés, rassemblant usagers et professionnels, autour de problèmes précis :

- M.L.A.C. (Mouvement pour la libération de l'avortement et de la contraception)
- G.I.S. (Groupe d'information santé).
- "Tankonala Santé" (Groupe créé autour de la réalisation d'un journal militant sur la santé)
- Boutiques de santé

Les articles ci-après tentent de relater quelques expériences se situant plutôt dans le champ professionnel, mais dans une perspective politique très claire de rupture avec le système actuel de médecine libérale :

- la première expérience choisie, est celle du centre de santé de la Villeneuve de Grenoble. Il s'agit d'une initiative conjointe du système politique (municipalité socialiste de Grenoble) et du milieu professionnel (médecins). Elle est analysée ici par Monika STEFFEN essentiellement sous l'angle des problèmes que pose la participation des usagers.
- la deuxième expérience, celle de l'Union nationale des Associations de centres de soins, (U.N.A.C.S.), est également une initiative de professionnels mais il s'agit là, non plus de médecins mais d'infirmières, profession plus dépendante jusqu'à présent, appuyée sur une participation nettement plus populaire.

L'article comporte une présentation générale de l'U.N.A.C.S., et la relation, à titre d'illustration, de l'action de deux centres de soins, sur documentation fournie par M.F. COLLIERES, J. SAGOT l'équipe soignante de A et celle de C, revue par Elisabeth MAUREL.

– la troisième expérience relève d'une initiative entièrement bénévole et militante : il s'agit de la mise sur pied de "Boutiques de Santé".

Information recueillie par Michèle PAILLARD.