

Le Groupe santé citoyenneté du réseau Créteil Solidarité

Créteil-Solidarité est un réseau de santé de proximité incluant un réseau concernant les séropositifs au VIH, un réseau d'accès aux soins et un réseau toxicomanie. Il a mis en place un groupe santé-citoyenneté dont le but est d'amener le citoyen à être partie prenante du système de soins en favorisant les échanges avec les acteurs de santé.

Hector Vilès

Chargé de mission,
Créteil Solidarité

Le Groupe santé citoyenneté mis en place depuis trois ans dans deux quartiers de Créteil vise à accompagner les habitants dans une démarche de responsabilisation par rapport aux problèmes de santé, tant au plan personnel que social. À terme, il devrait inciter les citoyens à peser sur des décisions et des choix qui ordonnent, orientent et conditionnent souvent leur vie quotidienne. Fondé sur le concept « d'accompagnement collectif » comme élément central d'intervention sociale, il vise à relégitimer l'action militante et participative comme manifestation concrète de l'exercice de la citoyenneté.

Il s'agit de créer des conditions qui autorisent les habitants à formuler eux-mêmes leurs aspirations, leurs désirs, leurs besoins. Partant du constat que les services publics de santé (au premier chef l'hôpital) sont perçus comme lointains et indifférents aux problèmes des gens, on a tenté de mettre en place des dispositifs non institutionnels de médiation qui, en restaurant le dialogue, rendent possible un travail de relégitimation d'organismes dont on a fini par oublier qu'ils étaient au service du public.

Un tel travail ne se conçoit qu'en partenariat avec les services concernés (des séances de travail sont ainsi

organisées dans l'hôpital avec les équipes hospitalières) de sorte que, par effet de miroir, se trouvent également interrogées les représentations disqualifiantes que les institutions se forgent du public.

Passer d'attitudes de dépendance des uns, d'autorité des autres à des relations plus égalitaires fondées sur le contrat permet aux habitants d'exprimer leurs potentialités et surtout, en récupérant des savoirs niés et dévalorisés, de rechercher leurs propres solutions aux problèmes auxquels ils sont confrontés.

Ce travail implique de la part de ses initiateurs le recours à une référence éthique forte qui considère que seule, la communauté des citoyens est à même de légitimer la politique des institutions dans leurs dimensions intégratives. C'est cette même référence qui doit les pousser à interroger leurs attitudes, leurs motivations. On sait que, chez de nombreux professionnels, par inclination naturelle en quelque sorte, ce sont souvent les logiques institutionnelles gestionnaires qui sont mises en avant. Dès lors, il est mystificateur d'en appeler à la démocratie et à la tolérance puisque, dans la réalité, l'autonomie de la personne se trouve niée tant dans son jugement que dans son action. De fait,

habitants et intervenants sociaux s'enferment dans une relation utilitaire qui, loin d'inciter la population à cultiver la solidarité communautaire, la structure dans la partition, la séparation, la disjonction. Privée des perspectives qu'offre l'action collective, il ne lui reste alors qu'à subir passivement sa condition.

On peut tenter d'éviter cette dérive par l'instauration, dans le mouvement même de la démarche collective, d'une évaluation. Toutefois, cette évaluation doit se nourrir de transparence par la participation effective des habitants. Outre sa fonction de « contrôle », elle peut alors produire aussi de la connaissance en vue d'éventuelles prises de décision, tout en incitant les « citoyens usagers » à s'impliquer, en toute connaissance de cause, dans la conception et le fonctionnement de services qui leur sont destinés.

Ce travail est mené avec la participation active du centre social du quartier, de la protection maternelle et infantile, et de la CASS de l'hôpital intercommunal de Créteil.

Le financement en est assuré dans le cadre du contrat ville (participation de l'État et de la ville de Créteil) et par des crédits régionaux de prévention (Drass d'Île-de-France, Ddass du Val-de-Marne).

le cas le plus complet, on trouve : des médecins hospitaliers, des médecins de ville, spécialistes ou généralistes, des professionnels médicaux à compétences limitées, des infirmières hospitalières ou de ville, des techniciens paramédicaux, des travailleurs sociaux, des administratifs, etc.

8. Les partenariats doivent concerner aussi des établissements ou des institutions (hôpitaux publics, cliniques privées, laboratoires, centres médico-sociaux, PMI...) mais aussi des décideurs, au sens classique (conseils généraux, municipalités, services centraux de l'État, caisses d'assurance maladie, mutuelles...).

Bien entendu, les professionnels concernés et les institutions seront choisis selon le problème de santé à résoudre. Par exemple, le poids de l'hôpital sera grand dans un réseau destiné au suivi des malades transplantés, mais beaucoup plus modeste dans un réseau de gérontologie.

9. Autant qu'il est nécessaire, la participation au réseau de la population ou des malades concernés

doit être envisagée, pour introduire la dimension de santé communautaire.

10. Ceci suppose, de la part de chaque partenaire, la reconnaissance vraie de la limite de ses propres compétences, l'acceptation de la délégation, et l'application stricte de la subsidiarité. Les liens hiérarchiques seront aussi faibles que possible, sans être tout à fait abolis. Un réseau important doit être coordonné, par des personnes ou des instances chargées de cette tâche. Un réseau doit se doter de moyens de fonctionnement démocratiques. Il doit se donner aussi les moyens d'une bonne gestion.

11. Il doit être organisé au moyen de conventions ou contrats entre les différents partenaires, ceux-ci ne les engageant que pour un temps limité, et dont le renouvellement n'est pas automatique.

12. Parmi les éléments du consensus, les pratiques professionnelles doivent obéir à des règles

suite page 29