

Une démarche communautaire à partir de soins infirmiers

A Community Approach to Nursing Care

Los servicios de enfermería como proceso comunitario

J. Sagot, M.-F. Collières et E. Maurel

Numéro 1 (41), printemps 1979

La prise en charge communautaire de la santé

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1034823ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1034823ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (imprimé)

2369-6400 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Sagot, J., Collières, M.-F. & Maurel, E. (1979). Une démarche communautaire à partir de soins infirmiers. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (1), 67–78.
<https://doi.org/10.7202/1034823ar>

Résumé de l'article

L'Union nationale des Associations de centres de soins a été créée en 1974 pour s'opposer à la fois au contrôle étatique et aux pratiques de soins libérales. Il s'agit de « promouvoir une nouvelle organisation des soins, en liaison avec l'animation sociale et culturelle du quartier et avec la participation directe des usagers ». Tous les centres adhérents à l'UNACS ont un conseil d'administration où les usagers sont majoritaires; les financeurs (Caisse maladies, Mairies) n'ont aucun siège de droit. Les usagers appartiennent généralement à des organisations syndicales ou politiques de « gauche », non-communistes à tendance auto-gestionnaire.

Les Centres de soins fraient la voie à des rapports sociaux nouveaux : en remettant en cause les rapports soignant-soigné, dominant-dominé, en permettant l'interpénétration du champ professionnel et du champ politique, en modifiant les rapports de travail et de pouvoir entre les partenaires en présence.

On présente deux exemples concrets de centres de soins (soins infirmiers et aides-ménagères).

Une démarche communautaire à partir de soins infirmiers

par J. Sagot
M.F. Collières
E. Maurel

L'Union nationale des Associations de centres de soins (UNACS) a été créée le 22 avril 1974 et regroupe l'ensemble des centres de soins privés à l'exception des centres de la Croix Rouge et des centres congréganistes.

L'UNACS s'est créée dans le but explicite de repenser une pratique de soins en collaboration avec les usagers, différente à la fois d'un mode de gestion étatique et d'un mode libéral.

Le conflit, avec d'une part les infirmières libérales, d'autre part la CNAM¹ est violent, tant au plan national (luttres d'influence auprès du Ministère de la Santé) qu'au plan local, ce qui témoigne de l'importance des enjeux qui sont au coeur de ce type d'organisation des soins.

Les objectifs de l'UNACS ont été clairement définis dans ses congrès annuels, notamment ceux de 1977 et 1978² :

“Promouvoir une nouvelle organisation des soins, en liaison avec *l'animation sociale et culturelle du quartier* et avec la *participation directe des usagers*”.

Il s'agit de construire un système où le droit à la santé ne se confonde pas avec le droit à la consommation médicale.

“La Santé ne se conserve, ne s'acquière, ne se dispense qu'avec l'aide collectivement partagée entre les usagers, les professionnels et les pouvoirs publics”.

“Cette approche suppose des partenaires engagés dans un *colloque collectif* que nous nommons la démarche communautaire”.

Démarche communautaire

Dès sa constitution en 1974, l'UNACS fait référence à l'idéologie communautaire pour exprimer sa démarche.

La démarche communautaire dans le domaine social est une idée qui s'achemine et se vérifie à partir des différentes recherches sur l'activité sociale.

Cette réflexion trouve son appui et trace son cheminement à travers toute une interrogation progressive et permanente sur ce qui influence et détermine le processus santé-maladie, sur ce que représente soigner, à la fois dans sa conception, ses fondements, son contenu et les conséquences sociales, économiques et politiques liées à la nature des soins qui sont offerts par les professionnels à la population et qui jusqu'à tout récemment n'était pas ou peu questionné par la population elle-même et sans doute encore moins par les professionnels de la santé. Enfin, cette réflexion est liée à un requestionnement total de l'action sanitaire et sociale, tant par rapport à sa finalité, les moyens qu'elle utilise, que par rapport à l'élargissement de son champ opérationnel centré presque exclusivement jusqu'à ce jour sur des individus, en renforçant souvent leur isolement et leur culpabilisation, pour s'ouvrir progressivement à la dimension communautaire.

En matière de santé tout particulièrement, une prise de conscience plus ou moins confuse de

chaque individu sur le Droit à la Santé s'effectue parallèlement à l'interrogation de différents organismes ou organisations syndicales sur l'interdépendance des problèmes de santé et des conditions de vie.

Il devient évident pour beaucoup (usagers et professionnels de la Santé) qu'on ne peut plus soigner les conséquences de la maladie en ignorant ses causes. Ce qui aboutit à une interpellation des Pouvoirs Publics sur la politique de Santé pratiquée.

Cette prise de position découle de 2 situations complémentaires :

D'une part, les associations de centres de soins constituées à ce jour sont le plus souvent issues de centres congréganistes ayant un service de soins infirmiers.

Ceux-ci étant en difficultés financières, des usagers ont considéré que l'esprit dans lequel ces soins infirmiers étaient dispensés devait être sauvegardé. Ils ont donc pris en charge, sous forme de gestion associative à but non lucratif, le fonctionnement de ces centres.

Le centre de soins qui en résulte est donc composé d'une équipe de professionnels salariés, et d'un employeur qui n'est autre qu'un groupe d'usagers.

Tous les centres adhérents à l'UNACS ont un conseil d'administration où les usagers sont majoritaires et où (contrairement à ce qui se passe dans d'autres structures, tels les centres sociaux), les financeurs (CPAM³, Mairies...) n'ont aucun siège de droit.

Les usagers concernés ne sont pas tous pour autant des habitants "ordinaires" du quartier. Il s'agit, pour une bonne part d'entre eux, d'usagers "organisés", appartenant déjà à des organisations syndicales ou politiques dont la référence idéologique est clairement marquée, puisqu'on y retrouve des militants des APF⁴, du CSCV⁵, de la CFDT⁶, du PSU⁷ du PS⁸.

Il est à noter qu'il s'agit le plus souvent d'organisations de gauche non communistes à tendance autogestionnaire.

D'autre part, les Centres de soins deviennent par là même une réalité économique. Le salariat suppose des ressources fixes et régulières. S'engager à financer des centres de soins équivaut à accepter une politique budgétaire fixe des dépenses

de Santé. Ce qui n'est pas l'optique des Pouvoirs Publics qui, outre le paiement à l'acte, imposent aux centres de soins un abattement sur l'acte médical infirmier qui augmente les difficultés de gestion des Centres.

Il en résulte pour les associations de centres de soins deux démarches *parallèles* et *complémentaires* : l'une qui approfondit les relations usagers-professionnels, l'autre qui s'affronte aux Pouvoirs Publics, "afin d'aboutir à un appareil mobilisateur de la santé plutôt qu'à un appareil de distribution de soins de réparation".

C'est donc très logiquement que l'action communautaire tentée par les centres de soins débouche sur un questionnement politique et une mobilisation politique des professionnels et des usagers qui y sont impliqués.

Contrairement aux nombreux discours léni-fiants sur la participation et la concertation tenus dans le secteur de l'action sociale, l'objectif poursuivi ici ne s'énonce pas en termes consensuels ni pluralistes.

Les conflits et contradictions du système de santé deviennent la source de la prise de conscience politique des usagers.

"Nul ne contestera la fragilité et l'ambiguïté de vouloir contrôler en aval la gestion et la distribution des soins, tandis qu'en amont, le centralisme technocratique et économique s'y oppose. C'est de ce constat de difficultés que naît la prise de conscience politique des usagers."

Aussi la position des travailleurs des centres de soins ne peut-elle être neutre.

Mais la rétribution d'un service professionnel dans une société d'économie complexifiée est liée à la reconnaissance économique et sociale qu'on lui attribue. Tout service offert trouve sa place dans une échelle de valeur économique dont seuls les professionnels et les partenaires des soins ont à prouver l'intérêt.

La chance qui est à la portée des centres de soins, c'est de prouver autre chose par rapport aux soins et par rapport à la dynamique du processus santé-maladie. Or, prouver autre chose ne peut relever de la seule idéologie.

Comment s'organise concrètement cette démarche communautaire ?

Au dernier congrès de l'UNACS, en juin 1978, une motion générale est élaborée, après un débat passionné regroupant 180 représentants (usagers et professionnels) des centres de soins.

Pour l'essentiel, elle réaffirme :

... "La démarche communautaire usagers et professionnels, à partir de leurs engagements propres et de leur identité personnelle."

En effet, ils se rejoignent pour mener une action complémentaire en fonction d'une même finalité. Ils se trouvent liés par un contrat de fonctionnement qui est l'amorce de leur démarche commune.

Dans cette démarche, ils ont toutefois chacun une fonction, un statut, un rôle qui leur est propre.

Le contrat de fonctionnement passé entre professionnels et usagers les amène à se situer devant 3 possibilités de fonctionnement :

— le mythe fusionnel : les partenaires en présence se fondent dans une idéologie commune, mal précisée, ayant mal discerné son retentissement sur les soins et les moyens à utiliser.

Tout se situe au niveau des valeurs et des croyances, et il y a peu d'explicitation de la pratique. Aussi y a-t-il difficulté de précision des fonctions, de la compétence de chacun des partenaires.

En conséquences, de nombreuses attentes demeurent insatisfaites de part et d'autre. Les conflits sont occultés, et il y a peu de négociation possible. On risque alors une régression du rôle social et politique au niveau de réactions psycho-affectives.

— l'isolement des partenaires en présence, chacun se définissant dans sa propre spécificité, les professionnels chargés des soins, les usagers centrés sur une fonction de gestionnaires. Dans cette situation, il y a peu de communication, chaque fonction tend à s'ignorer. Chaque partenaire risque de prendre l'autre comme cible d'insatisfaction, voire de revendication. On retrouve très rapidement les anciens modèles de rapports de force développés habituellement dans le monde du travail : chacun connaissant mal l'autre mais ayant besoin de lui. C'est le rapport employeur/employé, administrateur/exécutant. L'un et l'autre partenaire se remettent dans cette situation de fait en dépit des intentions qui ont mobilisé les gens au départ.

— la troisième possibilité de fonctionnement est celle qui reconnaît à chacun une fonction propre avec une zone commune de réciprocité dans l'exercice de cette fonction — une fonction propre à la fois à la gestion et au travail de soins.

Une profession n'a de sens que par rapport à une finalité externe, c'est-à-dire qu'elle doit apporter un service qui réponde aux besoins des gens. Pour réaliser cela, il lui faut une *information politique* au sens étymologique du mot, c'est-à-dire sur ce qui concerne la vie des gens, leurs habitudes, leurs préoccupations, leurs problèmes.

A partir de cette information qui lui vient de l'extérieur, une profession doit construire sa propre information, c'est-à-dire fonder un patrimoine de connaissances qu'elle est amenée à élargir au fur et à mesure de l'évolution sociale, économique et politique.

Par rapport à la gestion, la confrontation de ces deux types d'analyse et d'information va permettre l'élaboration d'un projet communautaire, c'est-à-dire qui permette à chaque groupe concerné de faire des choix selon sa propre réflexion.

En résumé, la démarche communautaire n'est pas une démarche fusionnelle, ni la démarche juxtaposée de deux partenaires. Elle ne prend de sens que si chaque groupe a pu identifier la fonction qui lui est propre par rapport à une demande et à une offre.

Cette démarche, usagers et professionnels ont sans cesse à la repenser en tenant compte des facteurs *locaux* qui marquent chaque centre de soins.

Pour arriver à cette fin, ils se donnent comme moyens :

- le partage de l'information, des responsabilités, du pouvoir.
- une formation continue
- des évaluations régulières à tous les niveaux de l'UNACS (local, régional, national)
- le contact permanent sur le plan local, régional ou national, avec les autres partenaires porteurs du même projet.

Que s'est-il passé effectivement sur le terrain ?

Le récit ci-après de deux expériences concrètes, celle de A. et celle de C., permet de mesurer l'impact concret de cette démarche.

Mais de nombreuses autres associations de base se sont exprimées au congrès national de 1978. Les usagers présents se montrent de plus en plus concernés par les problèmes de santé. Ils s'interrogent sur les limites d'une médecine essentiellement curative et revendiquent une information et une éducation sanitaires qui soit l'affaire des usagers eux-mêmes.

Les centres de soins organisent des assemblées générales pour informer sur la maladie, l'hygiène de vie, la prévention, et rendre compte de la vie du centre de soins et de sa gestion.

Au cours de ces assemblées s'instaure un dialogue entre usagers et professionnels qui situe leur complémentarité et non leur dépendance.

Au cours de telle assemblée, on parlera de la collaboration entre le service infirmier et le corps médical, ce dernier interrogeant l'infirmière sur les besoins d'un quartier.

Ailleurs, une équipe d'infirmières dira combien sa situation de salariées la libère des contraintes économiques et lui permet une plus grande attention aux personnes.

Dans les conseils d'administration, des usagers venant de différents organismes prennent leur place, ce qui permet au centre de percevoir les besoins de Santé spécifiques à un quartier, un village...

Certains centres fonctionnent en relation étroite avec assistantes sociales, travailleuses familiales, aide-ménagères.

Dans le même temps, les professionnels se rencontrent, s'interrogent sur l'objet même du métier d'infirmière, jusque là auxiliaires du médecin, ou pouvant offrir un service de soins dont la finalité soit établie en commun avec les usagers.

Enfin, aux différents niveaux (local, régional, national), les associations de centres de soins suscitent et réclament le débat économique. Elles dénoncent les demi-mesures prises par les Pouvoirs Publics en matière de santé.

— La CNAM⁹ incite à la multiplication des services nécessaires à la réparation de la santé et non à son entretien.

— Le ministère de la Santé reconnaît les centres de soins, mais par le biais des normes de fonctionnement, sans vouloir considérer les réelles difficultés économiques qui pèsent sur leur gestion,

notamment l'abattement sur les tarifs de l'acte infirmier.

L'UNACS démontre que le fait infirmier en centres de soins est un fait économique et que le personnel infirmier peut devenir un agent de développement communautaire si cette identification est assurée par lui et reconnue par la collectivité nationale.

L'expérience de terrain que constitue la vie associative en centres de soins est une raison supplémentaire pour exiger le développement des structures de santé communautaire qui se pensent dans des groupes à taille humaine, en interpellant les collectivités locales.

Les centres de soins ont la chance de pouvoir frayer la voie à des rapports sociaux d'une autre nature :

- en remettant en cause les rapports de soignant-soigné, dominant-dominé
- en permettant l'interpénétration du champ professionnel et du champ politique (au sens de gestion des affaires publiques, dont la santé est un domaine essentiel)
- en modifiant les rapports au travail, qui ne prend de sens que s'il valorise, en termes de plus-value humaine et sociale, les bénéficiaires des soins comme les soignants.
- en modifiant par conséquent les rapports de pouvoir entre les partenaires en présence, rapports se rapprochant plus de relations horizontales que de hiérarchies verticales.

notes

- 1 Caisse nationale d'assurance-maladie.
- 2 La plupart des principes exposés se retrouvent dans le compte-rendu du Congrès 1978 de l'UNACS.
- 3 CPAM : Caisse primaire d'assurance-maladie.
- 4 AFP : Association populaire des familles.
- 5 CSCV : Confédération syndicale du cadre de vie.
- 6 CFDT : Confédération française démocratique du travail.
- 7 PSU : Parti socialiste unifié.
- 8 PS : Parti socialiste.
- 9 CNAM : Caisse nationale d'assurance-maladie.

Le Centre de soins de A

par l'équipe soignante de "A"

Lorsqu'on nous a demandé de décrire le développement des Centres de soins de "A" pour une revue traitant d'expériences communautaires, nous avons quelque peu hésité.

En quoi notre démarche, entreprise depuis plus de six ans déjà, répond-elle à ce critère ? Telle est la question que nous avons été amenés à nous poser et à laquelle nous tenterons d'apporter, à la faveur de ce que nous avons vécu, l'amorce d'une réponse.

Il est indéniable que nous "dérangeons" une certaine forme individuelle de la médecine, une longue tradition solidement établie dans les relations entre malades et professionnels de la Santé. Force nous est de constater que, sur le sol de France, tout ce qui se rattache de près ou de loin à une expérience communautaire est suspecté. Du reste, personne ne saurait dire, et surtout n'oserait dire de quoi.

Les Centres de soins infirmiers de "A" n'échappent pas à la critique. L'opposition parfois violente à laquelle ils se sont heurtés, (moins vive aujourd'hui, il est vrai), tendrait à prouver déjà qu'ils se sont engagés dans une voie nouvelle, originale, communautaire, où s'affirme une autre manière d'appréhender les divers aspects de la Santé...

Depuis de longues années, dans la plupart des vieux quartiers de la Ville de "A", existaient des postes de soins infirmiers tenus par des religieuses.

Celles-ci avaient obtenu, de la part des Caisses d'assurances maladie, des conventions spéciales

appelées "Accords au tiers-payant". Aux termes de ces accords, les religieuses percevaient directement des Caisses de sécurité sociale le montant des honoraires. En contre-partie, ces caisses imposaient un abattement de 20 % sur les tarifs des actes infirmiers, prétextant le caractère philanthropique de leurs activités. Signalons qu'aujourd'hui encore, et bien que les Centres de soins n'emploient que du personnel salarié, le principe de ces abattements est toujours en vigueur.

Au cours des années 1964 - 1965 - 1966, la Ville de "A" développera un urbanisme dit "des grands ensembles", dont la mise en oeuvre aura pour conséquence un accroissement considérable de sa population, suscitant par là même des problèmes sociologiques de toutes sortes.

A l'inverse, les Communautés religieuses, connaissant une diminution de recrutement, étaient contraintes de faire appel au concours d'infirmières laïques.

Celles-ci, et plus particulièrement les infirmières religieuses, déploraient l'absence de "locaux" dans les nouveaux quartiers, et leur impossibilité de s'intégrer convenablement à la vie sociale de ceux-ci.

En effet, et ceci constituant un phénomène relativement récent, les Associations d'usagers, à des titres divers, assûmaient de plus en plus, soit par une gestion directe, soit par une animation sous ses différentes formes, de nombreuses activités sociales et culturelles qui, chacune à leur manière, concouraient à faciliter l'intégration des habitants :

adultes, enfants, immigrés, handicapés, dans leur nouveau cadre de vie.

A cette intégration, facilitée par les équipements de quartiers, devait correspondre une prise en charge globale de l'Action culturelle, sanitaire et sociale.

Conscientes de ces impératifs, et déplorant leur exclusion de cette animation globale, les infirmières laïques et les religieuses interrogent alors les militants d'associations et d'organisations diverses sur la place et le rôle d'un Centre de soins dans la vie d'un quartier.

Les habitants et ces Associations seront convaincus de l'opportunité de la question et répondront dans un document adressé à la Municipalité. En voici un extrait :

“L'activité sanitaire d'un Centre de soins doit partir de la relation primordiale entre patients et soignants, dans le cadre social du quartier, dans le lieu même où tous vivent. Elle exige l'union, l'effort convergent d'un groupe de vrais travailleurs sociaux qui échangent entre eux les informations pour une connaissance plus approfondie de l'habitant soigné.” (Ce document date de 1971).

Cette prise de position révélait que les habitants sont en mesure de présenter un autre schéma et une autre conception de l'organisation des soins à domicile.

Ils créeront un an après une Association composée de délégués représentant tous les quartiers de la Ville, les Syndicats professionnels, les Associations et Organisations de défense des malades, du cadre de vie, des buveurs guéris, de loisirs et de culture...

Mais une telle démarche portait un défi à deux systèmes d'organisation de l'appareil “Santé” :

— D'un côté, les Services de santé, très fonctionnalisés et bureaucratisés, ayant des missions curatives ou préventives vers des groupes de population très définis : enfants, personnes âgées, grands malades ;

— De l'autre, des professionnels de la Santé qui possédaient le pouvoir et le savoir médical, et n'entendaient pas voir se développer un système portant, dans ses définitions, atteinte à l'exercice libéral de la médecine.

Entre les années 1971 et 1974, le Corps médical et para-médical dénoncera, parfois vigoureu-

sement, l'expérience naissante.

Un rapport de force fut nécessaire pour obtenir de la Municipalité, des locaux pour abriter les Services des soins infirmiers.

Par contre, il fut impossible d'obtenir des Caisses la suppression des abattements sur tarifs. Mesure injustifiée qui continue de grever lourdement la trésorerie des Centres et risque de compromettre irrémédiablement l'expérience engagée si des dispositions n'étaient pas rapidement prises.

Il était, et il demeure indispensable que les infirmières soient garanties dans leur statut professionnel “salaire”. La suppression intégrale des abattements en est la condition immédiate, l'autre, non moins importante étant la remise en cause du mode de paiement “à l'acte”. Système condamnable dans son principe même car il ne saurait satisfaire aux exigences d'une meilleure intégration à la vie communautaire du quartier, les soins infirmiers devant être, à ce niveau, reconsidérés dans leur valeur globale, c'est-à-dire : économique, sociale et sanitaire.

Plusieurs années écoulées nous permettent, en dépit des obstacles de tous ordres qui n'ont pas manqué de surgir sur notre route, de prendre la mesure des premiers résultats obtenus.

Le bilan s'avère, aujourd'hui, largement positif : la bonne organisation des soins, la permanence des services assurée 24 heures sur 24, la place que tiennent actuellement les Centres de soins dans la Ville, font que, de huit heures du matin à 20 heures du soir, toutes les 10 minutes, quelqu'un s'adresse à l'un des cinq “équipements” répartis sur la Ville. (Certains de ces équipements sont maintenant intégrés dans de vastes ensembles regroupant centre de loisirs, centre social, restauration et Club du 3^e âge).

Cette place ainsi conquise de haute lutte grâce aux manifestations d'un dynamisme constant et persévérant a retenu l'attention de la nouvelle Municipalité.

Celle-ci s'apprête à soutenir le financement d'actions autres que des actes purement “curatifs”.

Il va donc devenir possible désormais à l'Association des centres de soins, de développer des actions plus spécifiques de prévention et d'éducation sanitaires, en collaboration avec d'autres

professionnels du "Sanitaire" et du "Social", avec les Collectifs santé qui se font jour dans chaque quartier, avec le concours toujours acquis des Associations diverses et des Syndicats.

Depuis quelques mois, des Commissions se

réunissent pour affiner et organiser les actions à entreprendre, et qui vont constituer une seconde étape dans la vie de l'Association des centres de soins.

Le Centre de soins de C

par l'équipe soignante de "C"

Contexte local

"C" est une ville de 40 000 habitants essentiellement ouvrière : 70% de la population, dont 60% d'ouvriers, vivent de l'industrie (mécanique, textile, habillement) et la ville connaît de graves difficultés depuis le début de la crise économique.

Il existe un sous-prolétariat très misérable, essentiellement immigré : 10% de la population active est étrangère.

Les personnes âgées sont nombreuses (presque 20%) et vivent, elles aussi, dans des situations précaires.

Depuis 1977, la municipalité appartient à l'union de la gauche. Les syndicats sont fortement implantés, notamment la CGT.

Besoins particuliers en matière de Santé

Une grande proportion de la population est largement marquée par de dures conditions de vie. Les moyens financiers sont modestes ou précaires, trop de logements et d'équipements ménagers insuffisants.

Insécurité de l'emploi, rythme de travail, déclassement, isolement des vieillards, analphabétisme de beaucoup d'immigrés ont forcément une répercussion sur la santé :

— petits malaises ou maladies plus sérieuses, avec une mère algérienne ou portugaise comprenant très mal ou pas du tout le français.

— travailleurs inquiets chez qui l'on rencontre nombre d'ulcères d'estomac, d'alcoolisme et d'accidents...

— personnes âgées percluses de rhumatismes, diabétiques, seules ayant juste de quoi ne pas mourir de faim...

Les besoins en soins sont à la fois d'ordre médical, infirmier et social :

Ici la ressource caractéristique est l'entraide. On se dérange facilement pour garder un enfant, faire une course, passer une nuit, prêter un objet ménager... Plus souvent que dans les grands centres aussi, les familles tiennent à soigner les leurs à la maison, c'est ce qui explique les nombreuses demandes de soins d'hygiène et de surveillance auprès des grands cardiaques, hémiplésiques cancéreux, etc... à domicile.

L'équipement sanitaire comprend :

— un hôpital communal de 200 lits avec consultations externes,

— deux maisons de retraite rattachées administrativement à l'hôpital,

— une clinique et une maison de retraite privées,

— une maison pour handicapés débiles profonds,

— une quinzaine de médecins de ville, autant de kinésithérapeutes répondant chacun aux appels des familles.

Jusqu'en 1962, les soins infirmiers à domicile étaient assurés uniquement par plusieurs commu-

nautés religieuses comptant chacune une ou plusieurs infirmières. Depuis, le nombre d'infirmières libérales a été croissant et mouvant, installations et départs se succédant pour se stabiliser à une dizaine environ — alors que les Centres de soins congréganistes fermaient un à un leur porte.

Création du Centre de soins

C'est dans ce contexte de mutation, de diversité, de mouvance que deux interrogations ont pris forme et se sont conjuguées pour rechercher une réponse ensemble.

— quelques infirmières se posent la question de la qualité du service rendu par des professionnels isolés, surchargés... et souhaitent un travail d'équipe organisé. Une analyse méthodique de la situation a fait apparaître l'anarchie de la distribution des soins et la nécessité pour la population d'une structure stable, d'accès facile, sorte de service public permanent répondant aux besoins en soins infirmiers des personnes non hospitalisées et particulièrement de ceux qui ont le plus de difficultés à se débrouiller.

— par ailleurs quelques usagers s'inquiétaient de ce que la fermeture des petits centres de soins congréganistes entraînait pour eux la perte de l'avantage du "tiers payant", avantage qu'ils considéraient comme un droit pour l'assuré social, droit essentiel si l'on veut que l'accès aux soins soit réel pour tous. Tous insistent sur l'importance de l'aspect social du soin dans son rôle d'éducation sanitaire et de surveillance accomplie par le contact et le temps passé en particulier auprès des personnes âgées et des immigrés.

Et c'est conscients de l'importance de cette minstructure au ras du sol que peut représenter un centre de soins, conscients également de leur responsabilité collective de citoyens face à cet aspect du problème de la santé que des usagers des divers quartiers de la ville se sont unis et organisés pour donner une existence légale à cet équipement jugé nécessaire et en assurer la gestion.

Un groupe d'infirmières intéressées a accepté de former la première équipe.

Créé le 30-11-1972 sous forme d'association 1901, le centre de soins fonctionne depuis le 1^{er} mars 1972.

Il comporte 2 services :

- 1 service de soins, assuré par 11 infirmières
- 1 service d'aide-ménagères, créé en 1974, qui compte actuellement 70 aides ménagères.

L'ensemble du personnel est salarié de l'association.

Le centre est géré par un conseil d'administration comprenant :

- des membres de droit, à raison d'1/3 maximum, représentants d'organisations familiales et sociales du quartier (AFP¹, ADAPEI², union mutualiste, office des personnes âgées, Croix-Rouge).
- des membres élus par l'Assemblée générale, renouvelables par tiers tous les ans : usagers du centre, dont un certain nombre représentent, à titre personnel, des organisations syndicales et politiques.

— 6 membres du personnel

Siègent à titre consultatif : 1 représentant de la municipalité, 2 représentants de la Caisse primaire d'assurance-maladie, 1 représentant de la Caisse d'allocations familiales.

Les usagers ont donc la majorité au C.A. (ainsi qu'au bureau, où ils sont 8 sur 12 membres), et se partagent à peu près pour moitié entre ouvriers et catégories moyennes.

Les assemblées générales annuelles, annoncées par la Presse, réunissent une centaine de personnes.

Démarche communautaire

Elle se situe plus particulièrement dans l'action menée au sein d'un quartier excentré, quartier construit par une société immobilière dans une ancienne usine désaffectée.

C'est un quartier essentiellement maghrébin, comprenant 46 familles étrangères et 7 familles françaises (119 adultes, 174 enfants).

Les logements sont reconnus, pour 50% d'entre eux, insalubres et inhabitables.

Les équipements sociaux du quartier se composent :

- d'un centre de soins
- d'un centre social, offrant des activités d'alphabétisation, de couture, de cuisine, géré par une association tri-partite (CAF, municipalité, usagers).
- d'une consultation de P.M.I.³ (1 fois par mois)

- d'une association de travailleuses familiales
- d'une assistante sociale polyvalente de la D.D.A.S.S.⁴.

Mais il existait peu de coordination entre ces différents techniciens, chaque travailleur social intervenant sans concertation, au coup par coup, selon ce qui lui paraissait nécessaire.

C'est l'époque du : "Chacun pour soi, le quartier pour tous."

La démarche communautaire va être entreprise sur l'initiative conjointe des infirmières du centre de soins et de l'animatrice du centre social, à partir de la constatation d'un certain nombre de besoins en matière d'information et d'éducation sanitaires (ordonnances mal comprises, problèmes d'alimentation infantile, dépistage de maladies et appel du médecin, exécution des traitements etc...)

Cette démarche, qui va se concrétiser par un certain nombre de réalisations pratiques, est surtout intéressante de par la dynamique nouvelle qu'elle permettra d'instaurer peu à peu au sein d'un quartier, et entre les familles et les professionnels.

1975 - Mise en place d'une permanence de 2 heures par semaine des infirmières du centre de soins dans le quartier, pour information et échanges avec les familles. Le remboursement "à l'acte" de la Sécurité sociale ne permettant pas d'assurer le financement d'une telle activité, il a été fait appel au FAS⁵ qui, après un premier refus, a octroyé une subvention de 8 millions d'A.F. au titre d'une action préventive.

Cette permanence s'est révélée assez rapidement inadéquate aux besoins du quartier, dans sa forme trop rigide.

Mais elle a permis aux infirmières d'avoir une autre connaissance du quartier, connaissance basée sur l'observation, l'écoute, l'analyse de l'action, et permettant de traiter avec les familles de questions plus larges que les soins, questions d'ordre pratique, familial, socio-économique (aide pour des démarches médicales, apprentissage de soins de base, problèmes de contraception tenant compte du contexte culturel et économique, problèmes de logement, de chauffage, de revenus, etc...).

La permanence a été remplacée au bout de 6 mois par des visites sur demande dans les familles pour traiter de ces problèmes.

Mais peu à peu s'est développée parallèlement une prise en charge *collective* des questions, facilitée à la fois par le nouveau type de relations entre familles et infirmières et par la constitution d'une équipe de professionnels autour du centre social.

- Recherche d'une action concertée entre les travailleurs sociaux du quartier (assistante sociale, PMI, puéricultrice, travailleuses familiales, animateurs) et création d'outils de travail communs (réunions, cahier de liaison etc...)

- Recherche des moyens de promouvoir des changements profonds qui permettent la *conscientisation* et la prise de responsabilité des membres de la population : la réponse aux besoins est à chercher avec les usagers et non pour eux.

A partir de là, une troisième étape s'amorce : à l'action individuelle et ponctuelle des travailleurs sociaux a succédé une période de recentrage de tous autour du centre social. Désormais, on cherche "l'éclatement concerté" dans le quartier, plutôt que de vouloir à toutes forces faire "entrer" le quartier dans l'équipement.

Engagement d'actions collectives

Logement : Démarche individuelle des familles, puis collective des travailleurs sociaux auprès de la municipalité pour les besoins urgents en relogement et amélioration de l'habitat insalubre.

Devant l'insuccès de ces démarches, le problème est repris en concertation avec l'Association populaire des familles.

Après une grève des loyers de 3 mois, un début de rénovation est entrepris.

Un comité logement se constitue dans le quartier. Une première expérience de leur "pouvoir" est faite par les habitants (étrangers pour la plupart), qui se traduit par une fête spontanée et générale dans le quartier le jour des premières réparations.

Ceci conduit également les habitants à investir de manière massive le "comité d'animation" du centre social, conscients désormais de ce qu'ils avaient à dire.

Contraception

Une première phase d'information classique, par films et diapositives, est organisée à ce sujet au centre social.

Mais des problèmes spécifiques se posent à propos des soins reçus à l'hôpital par les femmes immigrées.

Le gynécologue de l'hôpital est convié à 3 réunions successives dans le quartier au cours desquelles son "pouvoir médical" est, sinon remis en question, du moins en partie ébranlé par le contact direct et collectif avec les familles étrangères.

Les méthodes contraceptives de l'hôpital sont modifiées, et des relations étroites s'engagent entre la maternité et le centre de soins.

Protection maternelle et infantile

Une animation et une action informelle d'éducation sanitaire se sont créées dans la salle d'attente de la consultation de P.M.I. grâce à la présence d'une femme algérienne du quartier parlant français et embauchés dans le centre à cette fin. Une véritable entraide s'instaure là entre les femmes usagères de la consultation.

Les projets de la DDASS⁴ visant à déplacer la consultation dans un autre quartier dans un souci de centralisation des services et sous prétexte d'une meilleure installation matérielle entraîne une vive réaction de la population (assemblée générale de quartier, pétitions...) qui a bloqué jusque là la décision administrative.

L'ensemble de ces actions ne se déroule pas sans provoquer un certain nombre de *conflits*.

Les plus graves sont ceux qui opposent l'association du centre de soins aux médecins et infirmières libérales de la ville.

Ces conflits ont été importants surtout dans les premières années et se sont traduits par des luttes d'influence au niveau de la municipalité, voire par des poursuites judiciaires :

— plainte déposée par les infirmières libérales contre le centre de soins pour publicité interdite, lors de l'annonce par la presse des premières assemblées générales.

— blocage de la municipalité, sur pression libé-

rale, pour obtenir un local dans un centre social où exercent des infirmières privées.

— dans un autre quartier, 2 infirmières obtiennent le local initialement promis au centre de soins.

— le corps médical libéral fait "casser" à la Préfecture une décision municipale attribuant un logement à l'association pour créer un centre dans un quartier périphérique...

D'autres conflits se manifestent :

— entre professionnels (notamment avec les assistantes sociales qui estiment que l'action menée par le centre de soins relève pour une bonne part de leur compétence).

— avec l'administration, notamment la DDASS au sujet de la consultation de PMI.

— avec les usagers eux-mêmes, dont certains contestent les nouvelles méthodes du centre de soins.

— au sein même de l'équipe, dont certains membres s'interrogent parfois sur le bien-fondé et l'efficacité de cette action.

Néanmoins, le centre de soins est devenu une structure de base du quartier, dispensant annuellement environ 12 000 heures de soins à domicile et 3 000 heures de soins en permanence⁵.

Il a surtout réussi à éveiller dans le quartier l'émergence d'une *attitude mutuelle de vie autogérée*. Aujourd'hui, le quartier est dynamisé par des collectifs d'usagers, de travailleurs sociaux, collectif logement, groupes de salariés, de bénévoles, de jeunes, d'hommes, de femmes.

Des hommes, des femmes, des jeunes prennent conscience de ce qu'ils sont : immigrés dans la société française.

Des usagers essaient d'améliorer leur situation personnelle et collective, en posant des actes qui engagent un processus de changement dans les structures et les institutions : société immobilière, centres sociaux, centres de soins, école, hôpital, municipalité.

Malgré les contradictions, la démarche communautaire se poursuit. Il devient urgent que cette action soit prise en considération par les Pouvoirs Publics et qu'un mode de financement adéquat soit proposé, à l'heure où toute la politique nationale doit être axée sur l'action préventive, comme en témoignent les orientations du 7^e plan.

notes

- 1 APF : Association populaire des familles.
- 2 ADAPEI : Association départementale des associations de parents d'enfants inadaptés.
- 3 PMI : Protection maternelle et infantile.
- 4 D.D.A.S.S. : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.
- 5 F.A.S. : Fonds d'action sociale.
- 6 Statistiques de 1976.