

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

**FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON-
SUD CHARLES MERIEUX**

Année 2019

N° 43

**CREATION DES CENTRES DE
SANTÉ COMMUNAUTAIRE EN
FRANCE : FREINS ET LEVIERS**
**Etude qualitative par focus group et
entretiens semi-dirigés auprès de
créateurs en France.**

Thèse

Présentée à l'Université Claude Bernard -Lyon 1

et soutenue publiquement le **21 mars 2019**

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Mme Camille DELEST

Née le 11/05/1989, à Saint-Germain-en-laye

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2018-2019

. Président de l'Université	Frédéric FLEURY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
. Directeur Général des Services MARCHAND	Dominique

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST RODE	Doyen : Gilles
UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD - CHARLES MERIEUX BURILLON	Doyen : Carole
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB) VINCIGUERRA	Directeur : Christine
UFR D'ODONTOLOGIE BOURGEOIS	Doyen : Denis
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR) Perrot	Directeur : Xavier
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE Marie SCHOTT	Directeur : Anne-

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES DE MARCHI	Directeur : Fabien
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS) VANPOULLE	Directeur : Yannick
POLYTECH LYON Emmanuel PERRIN	Directeur :

I.U.T. LYON 1
Christophe VITON

Directeur :

INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES
ET ASSURANCES (ISFA)
LEBOISNE

Directeur : Nicolas

OBSERVATOIRE DE LYON
DANIEL

Directeur : Isabelle

ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT
MOUGNIOTTE
ET DE L'EDUCATION (ESPE)

Directeur Alain

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

	ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
	BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
	BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
	BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie
vieillessement		
	BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
	BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
	CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
	FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
	FOUQUE Denis	Néphrologie
	GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
	GILLY François-Noël	Chirurgie générale
	GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
	GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie
médicale		
	GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
	LAVILLE Martine	Nutrition - Endocrinologie
	LAVILLE Maurice	Thérapeutique - Néphrologie
	LINA Gérard	Bactériologie
	MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
	MION François	Physiologie
	MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
	MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
	NICOLAS Jean-François	Immunologie
	PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et Biologie moléculaire
	SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
	SIMON Chantal	Nutrition
	THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
	THOMAS Luc	Dermato –Vénérologie
	TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie
	VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
	VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

	ALLAOUCHICHE Bernard	Anesthésie-Réanimation Urgence
	ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
	BERARD Frédéric	Immunologie
	BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
	BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	CERUSE Philippe	O.R.L
	CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie
	DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
	DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
	FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FESSY Michel-Henri	Anatomie – Chirurgie Ortho
	FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire
	FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
	FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie

GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
KASSAI KOUPAI Behrouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
LANTELME Pierre	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale
LONG Anne	Médecine vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation
PAPAREL Philippe	Urologie
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie
PRACROS J. Pierre	Radiologie et Imagerie médicale
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie
RUFFION Alain	Urologie
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction	
SANLAVILLE Damien	Génétique
SAURIN Jean-Christophe	Hépto gastroentérologie
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique
THOBOIS Stéphane	Neurologie
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BARREY Cédric	Neurochirurgie
BELOT Alexandre	Pédiatrie
BOHE Julien	Réanimation urgence
BREVET-QUINZIN Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
CHO Tae-hee	Neurologie
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile
COTTE Eddy	Chirurgie générale
COURAND Pierre-Yves	Cardiologie
COURAUD Sébastien	Pneumologie
DALLE Stéphane	Dermatologie
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DISSE Emmanuel	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FRANCO Patricia	Physiologie - Pédiatrie
GHESQUIERES Hervé	Hématologie
GILLET Pierre-Germain	Biologie Cell.
HAUMONT Thierry	Chirurgie Infantile
LASSET Christine	Epidémiologie., éco. Santé
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique – Médecine Interne
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique.,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie
PASSOT Guillaume	Chirurgie Générale
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale
REIX Philippe	Pédiatrie -
ROUSSET Pascal	Radiologie imagerie médicale

TAZAROURTE Karim
THAI-VAN Hung
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra
TRINGALI Stéphane
VOLA Marco
WALLON Martine
WALTER Thomas
YOU Benoît

Médecine Urgence
Physiologies - ORL
Anatomie et cytologie pathologiques
O.R.L.
Chirurgie thoracique cardiologie vasculaire
Parasitologie mycologie
Gastroentérologie – Hépatologie
Cancérologie

PROFESSEUR ASSOCIE sur Contingent National

PIERRE Bernard

Cardiologie

PROFESSEURS - MEDECINE GENERALE (2^{ème} Classe)

BOUSSAGEON Rémy
ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE

DUPRAZ Christian
PERDRIX Corinne

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction	
MASSIGNON Denis	Hématologie – Transfusion
RABODONIRINA Meja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1^{ère} Classe)

BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hygiène .hospitalière.
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques
DESESTRET Virginie	Cytologie – Histologie
FRIGGERI Arnaud	Anesthésiologie
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie
GISCARD D’ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction	
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire
PERROT Xavier	Physiologie - Neurologie
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie cellulaire

RASIGADE Jean-Philippe
NOSBAUM ép ROSSIGNOL Audrey
SUJOBERT Pierre
VALOUR Florent
VUILLEROT Carole

Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
Immunologie
Hématologie - Transfusion
Mal infect.
Médecine Physique Réadaptation

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BOLZE Pierre-Adrien
DEMILY Caroline
HALFON DOMENECH Carine
JAMILLOUX Yvan
KOPPE Laetitia
PETER DEREK
PUTOUX DETRE Audrey
RAMIERE Christophe
SKANJETI Andréa
SUBTIL Fabien
VISTE Anthony

Gynécologie Obstétrique
Psy-Adultes
Pédiatrie
Médecine Interne - Gériatrie
Néphrologie
Physiologie - Neurologie
Génétique
Bactériologie-virologie
Biophysique. Médecine nucléaire.
Bio statistiques
Anatomie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

SUPPER Irène

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANNAT Guy
BERLAND Michel
CAILLOT Jean Louis
CARRET Jean-Paul
ECOCHARD René
FLANDROIS Jean-Pierre
DUBOIS Jean-Pierre
LLORCA Guy
MATILLON Yves
PACHECO Yves
PEIX Jean-Louis
SAMARUT Jacques
TEBIB Jacques

Physiologie
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Chirurgie générale
Chirurgie Orthopédique
Bio-statistiques
Bactériologie – Virologie; Hygiène hospitalière
Médecine générale
Thérapeutique
Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
Pneumologie
Chirurgie Générale
Biochimie et Biologie moléculaire
Rhumatologie

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au Président du jury : Monsieur le Professeur Yves ZERBIB.

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse, malgré le contexte récent. Votre engagement pédagogique, votre volonté d'instaurer les sciences d'humaines au sein de la formation, votre écoute bienveillante face à certaines difficultés rencontrées pendant l'internat, ont été précieux pour moi et je vous en remercie grandement. Votre expérience professionnelle en quartier populaire m'aidera pour l'éclairage de mon travail.

Aux membres du jury

A Monsieur le Professeur Philippe MICHEL,

Merci de me faire l'honneur de participer au jury de thèse. Votre spécialité de santé publique et votre participation au rapport sur la démocratie sanitaire m'ont été indispensables pour cette recherche.

A Monsieur le Professeur Alain MOREAU,

Merci de me faire l'honneur de participer au jury de thèse. Je connais votre ouverture aux pratiques alternatives. Je vous remercie d'ailleurs de m'avoir fait découvrir cette belle expérience qu'est la méditation de pleine conscience. Vos travaux de recherche dans le domaine de l'éducation thérapeutique apporteront aussi un éclairage à cette recherche.

A mes Directeur et Directrice de thèse :

A Madame le Docteur Sofia PERROTIN :

Merci d'avoir accepté de m'encadrer pour ce travail. Merci pour ta disponibilité, ta patience, la richesse de nos échanges, le temps et l'énergie passés lors de la triangulation et aussi la patiente relecture de mes pavés. Merci d'avoir partagé votre temps si précieux. Je te souhaite toute la réussite que tu mérites dans vos nombreux projets universitaires, professionnels et familiaux.

A Monsieur le Docteur Philippe LEFEVRE :

Merci d'avoir accepté de codiriger cette thèse. Nous nous sommes rencontrés pour la première fois à l'institut Renaudot avec la TROUPE du RIRE. Tes collègues et toi partagiez, quelques années plus tôt, la même volonté d'alternative que nous. Quelques années plus tard, à Chambéry, après m'avoir écoutée, tu m'as finalement proposé un sujet de thèse et je t'en remercie. J'espère l'avoir traité avec le plus de rigueur possible. Merci d'avoir partagé ton expérience dans la santé communautaire, et pour tes relectures bienveillantes.

A Auriane, Pauline, Thomas, les modérateurs des focus group :

Merci pour l'intérêt que vous avez porté au projet. Votre expérience en animation a largement participé à la qualité des entretiens. Merci enfin pour le temps que vous y avez généreusement consacré.

A toutes celles et ceux qui ont accepté de participer à cette étude

Merci d'avoir consacré un peu de votre temps si précieux. Merci pour votre engagement dans ces magnifiques projets qui ont continué à m'inspirer tout au long de mon travail. Merci de m'avoir fait confiance. J'espère porter au mieux votre parole, et que ce travail participera à planter d'autres petites graines qui feront naître des projets qui apportent tant de satisfaction.

Et à tous les professionnel.le.s, usager.e.s des centres de santé communautaire

Pour votre engagement professionnel et personnel dans ces lieux de partage et de co-construction.

A tous les patients qui ont croisé mon chemin depuis le début de mes études

Vous vous êtes confiés, vous m'avez accordé votre confiance, vous m'avez permis d'apprendre à écouter, à examiner. C'est à votre contact que j'ai grandi, que j'ai réfléchi, que je me suis remise en question, que je me suis parfois révoltée par désaccord avec un système. Merci de m'avoir permis tout cela. Je continue de grandir à vos côtés chaque jour.

Et bien sûr, sans aucune hiérarchie (ce n'est pas trop mon truc)

Aux ami.e.s de MEDSI puis de la TROUPE du RIRE

A toutes ces heures passées à rêver, partager, chercher, construire, dé-construire. A notre passion commune pour l'esprit critique. Aux petits projets réalisés ensemble. Sans vous, ces études auraient été bien différentes. Vous m'avez permis de tenir et d'arriver là où je suis aujourd'hui. Pour tout ça merci les copains copines.

A l'équipe de santé commune

A ma rencontre avec l'équipe de création : merci de m'avoir accueillie dans le projet, merci pour l'énorme travail réalisé avant mon arrivée, et pour le travail quotidien encore aujourd'hui. Merci à toutes les autres arrivées ensuite : le projet est lancé et promet de très belles choses. Il m'apporte grande satisfaction. Merci à tout.e.s les usager.e.s qui nous ont déjà fait confiance. A toi Cécile pour ton éclairage bibliographique pour ce sujet. A toi Sandrine qui part vers de nouveaux horizons bientôt : merci pour toute l'énergie que tu as mise dans le projet. Merci pour tes éclairages, ton écoute toujours bienveillante. Je te souhaite tout le bonheur que tu mérites. Tu vas nous manquer.

A Touria, la maman de Fatim qui nous régale régulièrement avec ses petits plats, et qui participera à la confection de mon pot de thèse.

A mes co-gepeurs et à notre tuteur le Docteur Humbert de Freminville

A nos échanges, avec ou sans jeux, avec ou sans bouteille, à nos débats, à nos désaccords, mais toujours bienveillants.

Et à toi Marie, qui est surtout aujourd'hui une amie. Merci pour ta joie de vivre.

A mes co-internes

Des nuits, des journées à l'hôpital, mais heureusement de la solidarité, des goûters. Merci à vous tout.e.s.

Aux équipes paramédicales de psychopathologie du développement, de pédiatrie de Fleyriat, des urgences de Roanne, de gériatrie croix rousse

Vous m'avez accueillie dans vos équipes, m'avez fait confiance, et surtout m'avez beaucoup appris. Et on a bien rit. Alors pour tout ça, merci.

A mes maîtres de stages (ambulatoires et hospitaliers)

Merci pour votre investissement dans l'enseignement, et le partage d'expérience et de connaissance.

A l'équipe de Montrevel en Bresse et aux patients

Merci de m'avoir permis de réaliser mes premiers pas de médecin généraliste. Un merci tout spécial aux supers secrétaires (Nath, Sandrine, Steph), et à la super Jacqueline.

Au docteur Xavier Faudot-Bel

Mon médecin traitant depuis toujours, dont je suis loin maintenant, mais qui a toujours su exercer une médecine très humaine, au plus proche des besoins de chacun. Merci pour votre dévouement sans limite. Prenez soin de vous.

A la bande de la fac de Paris (Gilou, Kissou, Barzouk, Val, Farah, Béné, Aude, Anais)

Merci pour tout ce temps passé ensemble, contre vents et marées, pour les soirées, les skis, les bons repas, les séances de psychothérapie de soutien. Merci pour nos retrouvailles régulières des quatre coins de France (et d'outre mer).

Et Blandine

Petite mention spéciale pour toi Duval qui nous accompagne à Lyon. Une amitié née sur le pont d'un bateau. Puis des fous rires, des larmes, des projets toujours plus fous, où le « matériel ne suit pas » toujours. Reste comme tu es. Et « A Taaaaaablllle »

A mes amies d'adolescence Marie et Fred

Merci d'être toujours fidèles. Vous me manquez. Marie merci pour nos midis piscine, nos petits dîners, nos soirées, nos déjeuners, nos heures de blablas et les vacances passées ensemble. Fred, à nos fous rires dans le RER, à nos longues ballades aux Ibis, à toutes nos confidences. Tu sais toute l'admiration que j'ai pour toi.

A Tiphaine et Delphine

Nos amies précieuses et courageuses. A cette belle année 2019 pour accueillir votre petite princesse. On l'attend avec impatience pour la mettre sur les skis.

A nos supers ex voisin.e.s : Clara, Nico, Sophie et Marine

Merci pour toutes les soirées passées ensemble. Merci de nous avoir accueillies au 51. Les filles, on n'a pas fini de faire le tour des bars de la Croix Rousse.

Aux copains, copines voileux (voileuse.s) : Elo (et Simon), Mouton, Bénichou, Marine, Flo... Merci pour toutes ces saisons de folies. Et bon vent.

A mes parents

Merci de m'avoir laissé développer mon esprit critique ; merci de m'avoir laissé m'indigner, de m'avoir laissé sortir du moule. Merci aussi bien sûre de m'avoir soutenue tout au long de ces trèèèè longues études. Et Dad merci pour ces heures de relectures.

A Marie ma sœur et à Jo

Merci d'avoir supporté une petite sœur qui prenait pas mal de place. Merci de m'avoir emmenée à mon premier festival, d'avoir essayé de m'apprendre à faire des fiches synthétiques (mission impossible), bref de m'avoir appris la vie. Je te souhaite, toi et Jo, tout le bonheur que vous méritez, au rythme des marées. Merci de quitter la Bretagne pour venir trinquer.

A Cédric mon frère et à Chloé (mon amie d'été devenue belle-sœur)

Cédric, désolée que tu aies arrêté la guitare pour que je puisse préparer le concours de PCEM1. Au final, le trombone te va aussi bien. Bon voyage à vélo de l'alternative. Merci pour ces riches échanges. Et avec ma Chlo-Chlo je vous souhaite des supers projets dans les mois qui arrivent. Merci de traverser la France pour fêter ça.

A mes grands-parents qui me font l'honneur d'assister à ma soutenance malgré les kilomètres.

A Mam, et à Edouard parti trop tôt

Merci pour tes ces vacances passées à tes côtés. Merci pour tes encouragements, et pour l'affection que tu nous portes.

A Papi Yves et à Mamie partie trop tôt

Tu m'as transmis le goût de l'esprit critique, de la liberté de penser, l'intérêt pour les choses de la terre et de la mer. Merci pour tout ça. Mamie serait fière je pense.

A toi Papi Philippe et Geneviève

Merci de m'avoir toujours soutenue dans ce long parcours, en prenant régulièrement des nouvelles. Je sais que vous attendiez ce moment depuis longtemps. J'espère que vous apprécierez le moment.

A mes Oncles, Tantes (Sophie, François, Didier, Cath, Fred, Isa, ma Bribri, Véro, Tristan, Nath, Mark, Bruno, Carole)

Merci pour toute l'affection que vous me portez. Merci pour tous ces bons moments passés. Un petit mot de courage spécial pour toi Sophie, Tante Courage. A toi et François, merci du gros effort que vous faites pour venir me soutenir.

A mes cousin.e.s des quatre coins du monde

Merci pour tous ces moments passés, ces fous rires, ces boites. A ceux que je ne vois pas souvent mais à qui je pense.

A la famille Gras

Aurélie à Montrouge, Vic à Caluire, vous m'avez toujours accueillie. Merci pour tout.

A ma belle famille

Je me suis vite sentie comme dans la famille. Merci d'avoir su m'accueillir. Merci pour les week-end et vacances passées ensemble.

Et bien sûr, à toi Lucile

Un amour né sur les skis (ce n'était pas gagné). Depuis, tu éclaires ma vie. Merci de me faire confiance dans mes/nos projets les plus fous. Merci pour nos magnifiques voyages. Merci de supporter mon désordre. Merci pour ces dernières semaines de soutien logistique et affectif. A ton tour Doud maintenant : à ta réussite. A nos projets futurs proches ou lointains. Je t'aime.

ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé
ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France
ANRU : Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine
ASV : Atelier Santé Ville
BDSP : Banque de Données en Santé Publique
CDS : Centre de Santé
CLS : Contrat Local de Santé
CHUC : Comité Habitant Usager Citoyen
COREQ : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSC : Centre de Santé Communautaire
CUC : contrat urbain de cohésion sociale
ETP : Education thérapeutique du Patient
FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé
FG : Focus Group
FNCS : Fédération Nationale des Centres de Santé
GRCS : Groupement régional des Centres de Santé
HAS : Haute Autorité de Santé
HAD : Hospitalisation à Domicile
HPST (loi) : Hôpital, Patients, Santé, Territoire
IDE : Infirmier.e Diplômé.e d'Etat
ISNI : InterSyndicale Nationale des Internes
ISTS : Inégalités Sociales et Territoriales de Santé
MSP : Maison Santé Pluridisciplinaire
MG : Médecin Généraliste
NHS : National Health Service
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PRS : Plan Régional de Santé
QPV : Quartier Prioritaire de la Ville
ROSP : Rémunérations sur Objectif de Santé Publique
SEPSAC : Secrétariat Européen des Pratiques de Santé Communautaire
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SSR : Soins de Suite et Rééducation
T2A : Tarification à l'Activité
ZUS : Zone urbaine sensible

TABLE DES MATIERES

CONTEXTE.....	17
INTRODUCTION.....	35
MATERIEL ET METHODE.....	38
I- Type d'étude :	38
II- Méthodologie de la recherche documentaire.....	39
III- Elaboration du guide d'entretien.....	39
IV- Population étudiée (ou constitution de l'échantillon)	41
V- Posture du chercheur et journal de bord	42
VI- Réalisation des entretiens	42
VII- Recueil et gestion des données.....	43
VIII- Analyse des données	44
IX- Aspects éthiques et réglementaires	44
RESULTATS	46
A. Description de la population	46
B. Analyse des résultats	50
I- Création d'un collectif	50
II- Création d'un projet de santé communautaire.....	58
III- Lien complexe avec l'institution.....	76
IV- Logistique	85
DISCUSSION.....	105
A. ANALYSE DES DONNEES CONFRONTEES A LA LITTERATURE	105
I- Les centres de santé communautaire : une alternative à l'insatisfaction et à la souffrance professionnelle de certains professionnels de santé ?.....	105
II- Les centres de santé communautaire et la promotion de santé pour réduire les inégalités sociales en santé s'installent difficilement en France	107
III- La participation des usagers, élément central de la santé communautaire ...	113
V- Création du collectif et pérennité du collectif : freins et leviers.....	115
VI- Modèle de financement à l'acte : réponse incomplète pour la santé globale.	116
B. FORCE ET FAIBLESSE DE L'ETUDE.....	123
I- Choix de la méthode.....	123
II- Constitution de l'échantillon.....	123
III- Recueil des données	124
VII- Analyse des données	125
C. PERSPECTIVES	126
BIBLIOGRAPHIE	130
ANNEXES	136

Table des légendes

Tableau 1: Les repères du Secrétariat Européen des pratiques de santé communautaire (SEPSAC) quant à l'action communautaire en santé.....	24
Tableau 2 : Description de la population des FG.....	49
Tableau 3 : Description de la population des entretiens semi-dirigés.....	49
Tableau 4: Analyse thématique :	98
Tableau 5 : Echelle de Arnstein (niveaux de participation)	114
Tableau 6 : Les propriétés des systèmes de paiement	120
Figure 1 : Les déterminants de la santé, modèle de CSDH/CDSS.....	19
Figure 2 : Les déterminants de la santé, modèle de Dahlgren and Whitehead, 1991	19
Figure 3 La modélisation des étapes de création de centres de santé communautaire	102
Figure 4 : Des objectifs de la réforme de financements aux outils utilisés.....	122

CONTEXTE

Au XXIème siècle, il existe différentes manières de penser la santé et d'exercer la médecine. En France, l'état du système de santé en soins primaires est marqué par la situation du médecin généraliste libéral isolé évoluant dans un environnement professionnellement cloisonné. Ce système montre de plus en plus ses limites, notamment pour faire face aux inégalités de santé. Face à ce constat, des professionnels se mobilisent et s'engagent dans des projets innovants (1). Parmi ceux-là, on retrouve les centres de santé communautaire, encore peu connus. Pour comprendre les enjeux portés par ces centres de santé communautaire, il semble nécessaire de procéder à une contextualisation (définitions et historique).

QU'EST CE QU'UN CENTRE DE SANTE DIT COMMUNAUTAIRE ? Concepts et définitions

1. Les centres de santé parmi les lieux de soins primaires

En France, en soins primaires, il existe différents groupements de professionnels de santé qu'il est important de savoir distinguer (2) :

- La **maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)** est un regroupement de professionnels de santé libéraux autour d'un projet de santé commun. Selon un rapport du Sénat (2) le nombre de MSP en 2017 était de 910, 1100 en 2018 (et 300 en projet) d'après la FFMPS (3) (contre 20 en 2008).

- Le **pôle de santé** est le regroupement constitué entre professionnels de santé libéraux et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et de services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire, et de groupements de coopération sociale et médicosociale. (Art. L.6323-4 du Code de la santé). (4)

- Le **centre de santé** est un lieu de soins de proximité avec des équipes salariées pluriprofessionnelles ou monodisciplinaires (centre de soins infirmiers ou dentaires par

exemple). 1933 (contre 1220 en 2012) centres de santé étaient recensés selon la Direction Générale de l'Offre de Soins en 2017, dont 350 sont pluri-professionnels. (5)

2. La santé communautaire pour réduire les inégalités en santé

a. Définitions

Santé :

La définition de la santé est marquée par un tournant au cours du XXème siècle. Etre en bonne santé signifiait ne pas avoir de maladie. Mais à partir du 20^e siècle, et notamment à travers la définition que l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en donne dans sa Constitution en 1946, « état de complet bien-être physique, mental et social » (6), la définition de la santé devient positive. Cette évolution est le résultat d'un mouvement général en amont, notamment d'une prise de conscience des dimensions psychosociales de la santé mais aussi du développement de la prévention (7).

Cette définition implique donc que les acteurs de la santé ne soient pas limités au domaine médical uniquement mais à l'ensemble des personnes pouvant agir sur les déterminants de la santé (secteur éducation, culture, urbanisme, logement, loisirs...) (8).

Notons tout de même qu'une définition trop ouverte, c'est le risque d'une médicalisation excessive, ce qui a été critiqué comme une « pathologisation de la vie ordinaire » (7).

Déterminants de la santé :

Ce sont les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations. Les facteurs qui influent sur la santé sont multiples et agissent les uns sur les autres.

Les canadiens, par exemple en ont retenu douze (9) :

1. le niveau de revenu et le statut social;
2. les réseaux de soutien social;
3. l'éducation et l'alphabétisme;
4. l'emploi et les conditions de travail;
5. les environnements sociaux;
6. les environnements physiques;
7. les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles;

8. le développement de la petite enfance;
9. le patrimoine biologique et génétique;
10. les services de santé;
11. le sexe;
12. la culture.

L'état de santé d'une personne se caractérise donc par des interactions complexes entre plusieurs facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques. Il existe divers modèles explicatifs de ces déterminants de la santé. En voici deux exemples (10,11) :

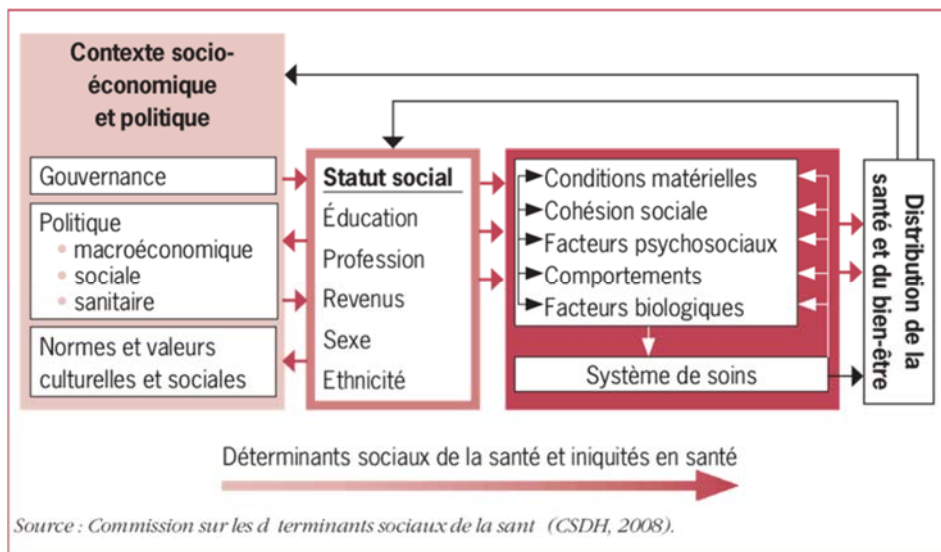


Figure 1 : [modèle CSDH/CDSS \(rapport de la commission des déterminants sociaux de la santé\)](#)

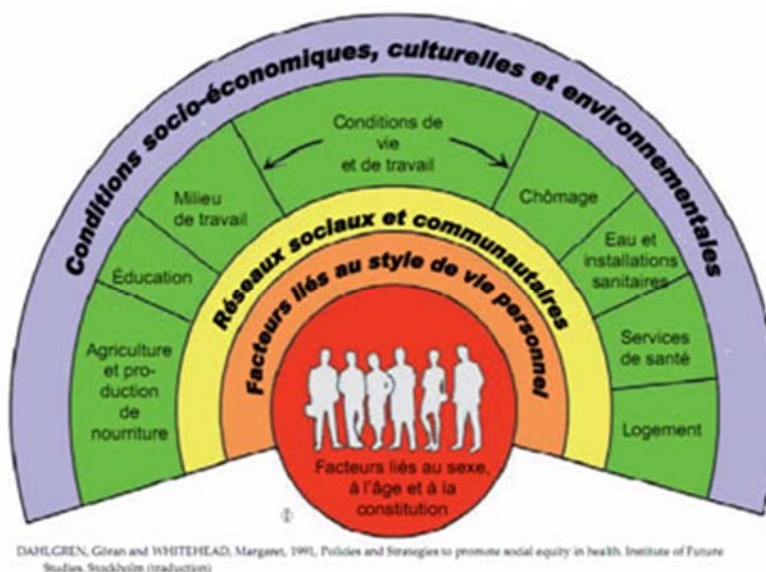


Figure 2 : les déterminants de la santé, modèle de Dahlgren and Whitehead, 1991

« Si le poids respectif de chaque déterminant n'est pas connu, il a cependant été montré par des travaux épidémiologiques et de socio-épidémiologie que **les comportements individuels défavorables à la santé** (*consommation de tabac, d'alcool, mauvaise alimentation, sédentarité, etc.*) dont on sait qu'ils exposent à des facteurs de risque responsables de pathologies connues pour être les premières causes de décès dans de nombreux pays (*cancers, maladies cardiovasculaires, etc.*) **ne sont pas prépondérants pour expliquer les inégalités de santé observées** et ne peuvent à eux seuls les expliquer. Les comportements préjudiciables à la santé apparaissent associés aux positions inégales que les personnes occupent dans la hiérarchie sociale et l'état de santé résulte de l'action de déterminants socio-environnementaux. Les travaux de recherche en épidémiologie sociale et géographie de la santé apportent des éclairages nouveaux sur les déterminants sociaux qui bousculent l'approche biomédicale de la santé qui prédomine encore en France. Ils documentent, de façon convergente, la connaissance des inégalités sociales de santé et celle des liens avec les déterminants sociaux. » (12)

La connaissance des déterminants de santé nous amène à nous interroger sur l'approche à avoir pour améliorer la santé des personnes : agir sur les comportements des individus (éducation à la santé) ou sur son environnement. Ainsi, « dans les pays industrialisés où les principales causes de mortalités sont les maladies chroniques, on prend pour acquis que la solution passe par des gens qui se nourrissent mieux, qui arrêtent de fumer et qui font de l'exercice physique. Ils deviennent donc les responsables de leur état de santé et des maladies qui les affligent. C'est ce qu'on appelle « blâmer la victime ». Or, depuis les années 1980, la connaissance des déterminants de la santé donne une image beaucoup plus nuancée et réaliste de la responsabilité individuelle en matière de santé. » (13)

Promotion santé :

La promotion de la santé est définie par l'OMS comme « un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes ».

La promotion de la santé ne se limite donc pas à chercher à modifier les comportements et modes de vie individuels, mais s'étend à une action sur les déterminants de la santé. Elle vise à accroître le pouvoir d'agir des personnes et des collectivités sur ces déterminants. La participation de la population est un principe d'intervention essentiel de la promotion de la santé. (14)

La Charte d'Ottawa (1986) (15) définit trois stratégies fondamentales pour la promotion de la santé :

- le plaidoyer pour la santé : c'est-à-dire la combinaison d'actions individuelles et collectives pour obtenir des engagements politiques, une acceptation sociale et des soutiens institutionnels pour atteindre des objectifs de promotion de la santé,
- le développement du pouvoir d'agir des personnes et des groupes par la mise en œuvre de stratégies globales d'empowerment,
- la médiation comprise comme le soutien à l'engagement de toutes les parties prenantes (acteurs, décideurs, chercheurs, population), à leur travail en coopération et en réseau intersectoriel.

La charte cite par ailleurs les actions pour promouvoir la santé :

- élaboration de politique pour la santé
- création d'environnements favorables
- renforcement de l'action communautaire
- acquisition d'aptitudes individuelles
- réorientation des services de santé

Santé communautaire :

Reflet d'un historique riche et mal connu, le terme même de « santé communautaire » a fait l'objet de plusieurs publications (16). Terme souvent incompris (pour les pays en voie de développement, pour les pauvres, réservé aux politiques d'extrême gauche...), parfois discrédité par les pouvoirs publics (17), assimilé au communautarisme, la « santé communautaire » exprime des réalités diverses.

L'OMS la définit comme un « processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent, en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités ».

Dans la même lignée, la Charte de promotion des pratiques de santé communautaire élaborée par l'Institut Théophraste Renaudot en 2000 (18) en donne les principales caractéristiques :

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

Si la santé communautaire n'est pas simple à définir, on peut citer plus facilement le terme d'action communautaire en santé qui traduit la volonté d'identifier les besoins de santé à l'échelle locale, puis générer une dynamique qui mobilise les membres d'une collectivité. L'action communautaire s'actualise sur des pratiques multiples et diversifiées (création de ressources et de services, transformations sociales, éducation populaire...) qui poursuivent des objectifs de justice sociale, de solidarité, de démocratie, de répartition plus juste des richesses, d'égalité entre les hommes et les femmes ainsi qu'entre les peuples. Ces actions sont menées avec un souci d'éducation et de fonctionnement démocratique afin de favoriser l'autonomie des personnes et des communautés (empowerment) (19).

Ainsi, dans cette pratique, S. Motamed (20) nous explique que la « santé est améliorable dans un environnement transformé par ceux qui développent ensemble les capacités d'agir avec un intérêt commun ». Ce regard éloigne, sans le rejeter, l'écoute des

plaintes et de leur traitement. On « privilégie la prévention comme paravent de la maladie, et comme démonstration du pouvoir d’agir de chacun ».

L’exemple de la création du lieu de vie intergénérationnel de Meunier rappelle que la santé communautaire implique une importante participation du public dans sa propre santé, permettant à la fois de resserrer les liens sociaux, de développer les compétences pouvant permettre de rassurer individus et communautés sur leur capacité à faire aux situations difficiles.

La participation des individus différencie donc la santé communautaire de la santé publique. Si la santé publique gère, administrativement, la situation sanitaire d’une collectivité qui reste passive, la santé communautaire nécessite, elle, la participation des membres de la communauté. La santé publique laisse la décision aux professionnels de santé et aux politiques, alors que la santé communautaire laisse la décision aux membres de la communauté ; les professionnels de santé ne sont que des personnes ressources (8).

Les démarches communautaires en santé tentent donc de comprendre les problèmes de santé de territoire avec l’ensemble des acteurs concernés, à savoir ceux qui travaillent (les professionnels), ceux qui militent (les élus, les associations) et ceux qui vivent (les habitants) sur ce territoire.

Elles s’appuient ainsi sur plusieurs principes (21) :

- la santé est liée à un ensemble de facteurs qui ne touchent pas un individu mais l’ensemble de la communauté
- la médecine n’apporte pas toujours une approche globale de la santé
- les comportements des individus sont difficiles à changer ; leur implication favorise le changement.

En synthèse, le Secrétariat européen des pratiques communautaires en santé (SEPSAC), association internationale créée en 1986, vise à tisser des liens pour développer des pratiques de santé novatrices. Il a élaboré une liste des principaux repères des démarches communautaires en santé (22).

Des repères relatifs à une approche en promotion de la santé	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avoir une approche globale et positive de la santé 2. Agir sur les déterminants de la santé 3. Travailler en intersectorialité pour la promotion de la santé
Des repères spécifiques à la stratégie communautaire	<ol style="list-style-type: none"> 4. Concerner une communauté 5. Favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction 6. Favoriser un contexte de partage de pouvoir et de savoir 7. Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté
Un repère méthodologique	<ol style="list-style-type: none"> 8. Avoir une démarche de planification par une évaluation partagée, évolutive et permanente

Tableau 1 : Les repères du Secrétariat Européen des pratiques de santé communautaire (SEPSAC) quant à l'action communautaire en santé

Empowerment :

La traduction littéraire de ce moment est « l'autonomisation ». Pour Marie-Hélène Bacqué, il s'agit d'un processus par lequel un individu ou un groupe acquiert les moyens de renforcer sa capacité d'action, de s'émanciper. (23)

Une longue histoire se cache derrière ce mot mais son utilisation a débuté aux Etats Unis au début du XXème siècle (24). Dans le glossaire de la BSP (25), l'empowerment est défini comme « processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leurs vies et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique. Leur estime de soi est renforcée, leur sens critique, leur capacité de prise de décision et leur capacité d'action sont favorisées. Même des personnes avec peu de capacités ou en situation de précarité sont considérées comme disposant de forces et de ressources. Les processus d'empowerment ne peuvent pas être produits, seulement favorisés. »

L'institut Renaudot, association ayant pour but la promotion santé, par le développement et le renforcement des démarches communautaires, représente la franche française du SePSaC. La définition proposée par l'Institut de l'empowerment est la suivante (26): « processus de mobilisation des ressources personnelles et collectives permettant aux individus et aux groupes d'être davantage auteurs / acteurs de leur vie et dans la société, dans une perspective d'émancipation et de changement individuel et sociétal. »

Les démarches communautaires ont notamment pour objectif le développement de cet empowerment individuel et collectif. Ces démarches impliquent un changement dans les pratiques des professionnels du sanitaire et du social. Ces derniers sont formés pour repérer un symptôme, une difficulté (diagnostic) puis pour trouver une solution pour y répondre. Il

s'agit là d'un rôle d'assistance. Le professionnel se trouve dans une forme de toute puissance (investie parfois comme cela par les patients et usagers). N'ayant pas toujours les réponses attendues, ils se retrouvent régulièrement dans des situations d'impuissance, et adresse alors à un autre professionnel, en étiquetant la problématique de « psy », « social »... Dans les démarches communautaires on cherche au contraire à s'appuyer sur les ressources de la personne pour imaginer ensemble des solutions, en acceptant de ne pas tout savoir sur l'autre, de ne pas avoir des réponses à tous les problèmes. C'est ce que P.Lefèvre (ouvrage du « Je au nous ») appelle « l'impuissance créatrice » (27). Cette dynamique de création peut s'exprimer à l'échelle individuelle, mais aussi à l'échelle collective lors d'ateliers de groupe par exemple.

Education populaire :

Il n'existe pas de définition communément admise de la notion d'éducation populaire. Il s'agit d'un courant de pensée qui vise essentiellement à l'amélioration du système social et l'épanouissement individuel et collectif, en dehors des structures traditionnelles (famille) et institutionnelles (enseignements). Elle vient s'inscrire dans une perspective d'émancipation individuelle et collective. Elle ne se limite pas à la diffusion de la culture « académique », elle reconnaît aussi la culture dite « populaire » (ouvrière, des paysans, de la banlieue...). Elle accorde une égale dignité à toutes les classes de la société (28).

b. Contexte historique

i. **Du social à la santé : L'action communautaire, une stratégie pertinente pour agir sur l'environnement socio-politique**

L'action communautaire s'est d'abord développée dans le champ de l'éducation et du social. Cet historique est rappelé par Martine Bantuelle (Sacopar), Philippe Mouyart (CLPS de Charleroi-Thuin), Marianne Prévost (Fédération des maisons médicales), en 2013, dans le guide pour la pratique de l'action communautaire (22) :

« Dans les années 30, aux États-Unis, l'École de Chicago (composée essentiellement de sociologues) développait, dans des quartiers populaires, des projets d'organisation communautaire basés sur la participation des habitants : ils portaient d'une critique des théories psychosociologiques en vogue à l'époque, qui avaient tendance à psychologiser les comportements délinquants.

En Amérique latine, dans les années 60, le développement communautaire tente de favoriser l'intégration des groupes marginaux aux processus de modernisation. Au même moment, le pédagogue brésilien Paulo Freire développe le concept et les méthodes de l'éducation populaire, fondés sur une articulation entre l'éducation, le développement de l'identité et l'organisation de groupes populaires en acteurs sociaux. L'action collective vise ici à transformer les structures sociales qui affectent la vie quotidienne de ces populations. Ces idées sont portées par un fort courant d'opinions et de pratiques.

En Europe, le monde anglo-saxon est précurseur. Dès le XIX^e siècle, de jeunes universitaires s'installent dans les quartiers pauvres pour instruire les gens et, découvrant leurs conditions de vie, en cherchent les causes pour les modifier. Ensuite, après la seconde guerre mondiale, des projets communautaires canalisent les initiatives privées en vue de susciter des réponses rapides aux problèmes économiques et sociaux de l'après-guerre, les pouvoirs publics ne sont que plus tardivement impliqués dans ces dynamiques.

Plus tard encore, dans les années 60, des projets de développement communautaire voient le jour dans plusieurs pays européens : ils se nourrissent des expériences menées par les mouvements sociaux qui ont précédé et aussi des mouvements culturels autogestionnaires. Ces expériences visent bien souvent à renverser les rapports de force et à restituer aux habitants une part de pouvoir sur différents aspects de leur vie. »

ii. **Promotion santé pour la santé globale et la réduction des inégalités en Santé**

Dans ce même guide, les auteurs ont résumé les repères historiques de la promotion de la santé : « En 1946, dans le contexte de reconstruction de l'après-guerre, les Nations-Unies organisent la première conférence internationale de santé travaux de cette conférence aboutissent à définir la santé de manière positive, et à affirmer qu'elle constitue un droit universel. Dans la déclaration qui suit, la santé est définie comme «un état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas en l'absence de maladie ou d'infirmité» et est reconnue «comme un droit fondamental pour tous».

Le rapport Lalonde (29), paru en 1974 met en évidence l'impact des environnements sur la santé et le rôle que doivent jouer les secteurs, autres que le secteur sanitaire, en faveur de la santé de tous. Influencer les comportements sans agir sur les déterminants de la santé pour modifier les environnements, ne produit que des résultats limités et peu durables.

En 1978, la Conférence internationale des soins de santé primaires se réunit à Alma Ata. Elle constate que des inégalités flagrantes persistent au niveau sanitaire entre pays développés et pays en développement ainsi qu'à l'intérieur même des pays. Ces inégalités sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables. La Déclaration d'Alma Ata préconise, pour y répondre, de développer les soins de santé primaires en tant que partie intégrante du système de santé national. Ils constituent le premier niveau de contact des personnes, des familles et de la communauté avec les services de santé ; pour en renforcer l'accès, il faut les rapprocher le plus possible des lieux où les gens vivent et travaillent.

En 1986, la Première conférence internationale pour la promotion de la santé produit la charte d'Ottawa, qui inscrit la définition de la santé globale de 1946 dans une vision positive : «La santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ...». La promotion de la santé est définie comme un «processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et elle est agie par «un ensemble de pratiques spécialisées et de stratégies diversifiées visant le changement des comportements humains et des environnements sociaux liés à la santé». La promotion santé doit se faire au travers d'une « participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification ».

iii. Participation usagers en France

Le petit guide de la participation en santé de proximité retrace les principaux repères historiques de l'évolution de la participation des usagers (30) :

- **1945 : Sécurité sociale** : création d'un système de protection sociale universel et solidaire. Il associe, au sein des conseils d'administration des caisses d'assurance maladie, des représentants de la société civile (syndicats).
- **1980 : association de malades** : Avec l'apparition du SIDA et les premiers scandales sanitaires, l'implication de la société civile dans le domaine de la santé s'accélère. Les associations de malades se multiplient et deviennent de plus en plus puissantes.
- **1986 : Charte d'Ottawa, participer pour maîtriser sa santé**
- **1991-1998 : les usagers dans les établissements médicaux-sociaux** : le décret n°91-1415 du 31 décembre 1991 instaure la présence des usagers et des familles dans les conseils d'établissement des institutions sociales et médico-sociales. L'ordonnance Juppé de 1996 et le décret du 2 novembre 1998 officialisent la représentation des usagers dans ces établissements.
- **1997 : les usagers contribuent aux programmes de santé** : le décret n°97-360 du 17 avril associe les usagers à l'élaboration des programmes régionaux de santé (PRS) et aux conférences de santé.
- **2002 : démocratie sanitaire** : La loi n°2002-2 du 2 janvier rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi n°2002-303 du 4 mars relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé consacrent pleinement la démocratie sanitaire. Des droits sont garantis aux usagers du système de santé avec une approche aussi bien individuelle (accès à l'information, au dossier médical..), que collective (participation des usagers dans les instances de santé).
- **2004 : Débats publics** : la loi n°2004-806 du 9 août, relative à la politique de santé publique, prévoit « l'organisation de débats publics sur les questions de santé et les risques sanitaires ».

- **2009 : les outils de la démocratie sanitaire** : la loi du 21 juillet, dite « loi HPST » (hôpital, patients, santé, et territoires), renforce les outils de démocratie sanitaire, notamment au travers des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA). Pour le ministère, chaque CRSA est un « organisme consultatif qui concourt par ses avis à la politique régionale de la santé » au plan stratégique régional de santé » et aux « projets de schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et de l'organisation médico-sociale ».

- **2014 : la démocratie sanitaire : pilier de la politique de santé ?** La stratégie nationale de santé définie par le ministère de la santé et des affaires sociales en 2013 fait de la démocratie sanitaire un pilier de la politique de santé. Le projet de loi de santé publique d'octobre 2014 affirme une vision élargie de la santé qui intègre la prévention et la promotion de la santé : une approche qui appelle normalement la participation des usagers-citoyens. Il prévoit aussi de renforcer l'autonomie des patients en simplifiant le parcours de soins et en mettant en place un service public d'information. Enfin il envisage un système de recours collectifs des usagers victimes.

Participation des usagers légiférée mais avec des limites sérieuses :

Si la loi prévoit une réelle participation des usagers en France, la participation reste souvent limitée à l'information, et à la concertation des usagers, et ne permet pas suffisamment de « prendre en compte les enjeux de pouvoir, les inégalités et la conflictualité dans le débat démocratique, dans une perspective de transformation sociale ». (31)

Par ailleurs, le système de représentation est essentiellement descendant (à l'initiative des pouvoirs publics), et centré sur la défense des usagers.

Enfin, c'est un mode de participation qui donne une place à la représentation des usagers, mais qui n'est pas ouvert à l'implication des citoyens.

Exemple de participation habitante en soins primaires : 1^{er} centre en France se reconnaissant en santé communautaire (32).

Création du centre de santé municipal des Epinettes à Evry (91) dans les années 1980 : les habitants au cœur du projet. Les habitants d'un quartier d'Evry (ville nouvelle) ont fait la demande de la création d'un centre de santé pour une médecine alternative. L'association

« Evry Santé » regroupant habitants, élus, professionnels de santé. Puis un médecin, Philippe LEFEVRE, choisi par les habitants (les candidats passaient des entretiens auprès de ces derniers) s'est installé en libéral. L'équipe s'agrandie progressivement et le centre de santé ouvre en 1981. Les habitants sont d'emblés impliqués dans les orientation du centre, les temps de consultation, l'accueil.

3. Dispositifs existants en France

Ateliers santé ville (ASV) : promotion de la santé dans les quartiers prioritaires

« La politique de la ville vise à réduire les inégalités territoriales et s'intéresse aux quartiers prioritaires qui cumulent difficultés sociales, économiques et urbaines. Dans la suite de la Charte d'Ottawa, elle s'est saisie de la santé, initialement considérée comme une question strictement médicale et individuelle et devenue un enjeu social. La création des Ateliers Santé Ville (ASV) en 1999 a permis de formaliser une démarche visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). » (33)

Les ASV s'articulent avec les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) (34). Dans la suite, les contrats de ville (2000-2006), puis les Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS 2007-2014) ont inscrit la santé comme une forte priorité. À l'interface entre l'intervention sociale urbaine et l'action de santé (35), la démarche ASV met en œuvre des actions de promotion de la santé et de santé communautaire dans les territoires urbains les plus défavorisés. Son cadre de référence a été pensé de façon très flexible afin de pouvoir s'adapter aux réalités locales.

Les caractéristiques structurantes (36) sont :

- Une démarche projet en :
 - réalisant un diagnostic local partagé et
 - définissant et en mettant en œuvre et évaluant une programmation locale de santé
 - une construction de partenariats et de réseaux
 - mettant en synergie les acteurs publics, associatifs et professionnels
 - développant une approche transversale et intersectorielle, par les déterminants de santé
- Une recherche de participation des habitants en engageant une démarche de santé communautaire
- Une territorialisation de l'action en s'inscrivant dans une dynamique locale

« L'atelier santé ville constitue une démarche d'ingénierie de projet, de coordination d'acteurs, et de programmation d'actions de santé au service de la réduction des inégalités sociale et territoriales de santé ; elle s'applique dans un cadre partenarial au profit des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville, selon les termes de la circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ASV dans le volet santé des contrats de ville (2000-2006) »

Différentes études ont montré que la démarche ASV contribuait aux stratégies de réduction des inégalités sociales de santé (37).

Le haut conseil en santé publique en a reconnu la validité et l'opérationnalité. (38)

CLS :

Le Contrat Local de Santé (CLS) est un outil de mise en œuvre de la politique régionale de santé au sein des territoires, porté conjointement par les Agences de Santé et les collectivités territoriales pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Il est l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations (38). Il a connu un important déploiement depuis leur création par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST). Son objectif est de :

- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé,
- Améliorer la santé de la population, en intervenant le plus tôt possible et tout au long de la vie sur les facteurs de risque, ainsi que sur les déterminants socio-environnementaux,
- Mettre en œuvre des solutions pour une offre de santé de proximité répondant aux besoins locaux de la population, notamment les personnes dites « vulnérables ».

Le contrat local de santé est défini comme un une approche participative (démarche de démocratie sanitaire) et intersectorielle (c'est-à-dire mobilisant des acteurs du champs sanitaire et social, et des autres politiques publiques)

AVANTAGES ET DIFFICULTES DES PROJETS de santé communautaire en France

LES CENTRES DE SANTE COMMUNAUTAIRES POUR REDUIRE LES INEGALITES ET AMELIORER LA SANTE EN AGISSANT SUR LES DETERMINANTS DE LA SANTE

Donc, les projets de centre de santé communautaire sont construits en réponse à des données connues de la science :

La plupart des pathologies sont évitables : elles dérivent de facteurs qui se situent largement en amont de leur émergence. Nombreuses sont les études qui montrent le lien entre dégradation des conditions de vie et apparition de maladies (40–42).

La part attribuable aux facteurs « sociaux et environnementaux » (problèmes financiers, situation professionnelle, conditions de travail, nombre de personnes par pièce, salubrité de l’habitat...) pèserait pour 80 % dans la constitution des inégalités de santé, soit directement, soit indirectement par leur influence sur les facteurs comportementaux (43). Mais comme cité précédemment, le rapport Lalonde rappelle l’importance d’une action sur l’environnement.

La santé est liée, de manière très complexe, à un ensemble de facteurs qui ne touchent pas les individus au hasard, il s’agit donc d’une problématique collective.

DIFFICULTES AUXQUELLES SONT CONFRONTES LES CENTRES DE SANTE COMMUNAUTAIRE

La question des difficultés de ces centres de santé communautaire n’a jamais vraiment été directement traitée dans la littérature. Pourtant, depuis la chartre d’Ottawa, les auteurs se sont interrogés sur les difficultés d’application de la santé communautaire en France. En voici quelques exemples :

Dans un article présentant les difficultés traversées par La case santé (44) (centre de santé communautaire à Toulouse), l’auteur Henri Santiago SANZ en 2000, explique notamment :

« La notion de santé communautaire a encore du mal à trouver sa place dans le lexique en la matière de notre pays. Certainement en raison de traditions verticales très jacobines et d’une définition très restrictive du mot “communautaire“, confondu avec “communautariste“

avec ses pré- supposés d'ethnicisme et d'entre-soi. »

« Alors que « de nombreuses études montrent le lien entre l'apparition des maladies et la dégradation des conditions de vie: cancers, diabète, obésité, stress », et alors même que le président de la CPAM de la Haute-Garonne, la qualifie de « structure de santé remarquable qui parvient à toucher des publics que d'autres établissements n'arrivent pas à prendre en charge », alors même que le sérieux et l'efficacité de son travail en termes de prévention et donc en économie de coûts sont reconnus, aucun financement pérenne ne stabilise ce centre de santé. »

Pour comprendre les difficultés de création de ce type de projet, il semble aussi important de comprendre les changements induits par les démarches communautaires, citées dans la littérature :

- Changement de position des professionnels : formés à un rôle d'assistance. Il y a donc la nécessité de formation (45)
 - « Le changement d'habitudes induit par la prise en compte des « non-professionnels » comme « acteurs et partenaires de travail » et « émetteurs d'avis autorisés » implique des coûts en temps et un effort personnel d'ouverture et de compréhension. (46)
 - L'importance de la place des savoirs profanes, le changement de positionnement des professionnels est aussi décrit par Virginie Halley (16)
 - La charte de L'institut Renaudot (18) décrit une modification nécessaire dans la relation « de domination » soignant-soigné par une relation « d'échange-négociation-information ».

Jean Luc Véret (47) aborde lui aussi la question des formations initiales sanitaires et sociales inadaptées pour l'exercice de la santé communautaire. En effet, il décrit 3 déplacements majeurs à opérer pour exercer en santé communautaire :

- Ils sont formés à l'action individuelle, et il faut passer à l'action collective.
- Ils abordent les questions de santé par la souffrance et la maladie, et il leur faut considérer la population comme a priori saine et aborder la santé en

termes de santé positive, de bien-être.

- Ils sont formés à la «prise en charge» des usagers, qui implique toujours une part de déresponsabilisation, et ils ont à passer à un accompagnement de personnes et de groupes considérés comme acteurs de leur santé, c'est-à-dire leur propre projet de vie

S.Motaned (20) nous rappelle aussi que dans les années 70, apparaît une séparation entre les différents pays autour des stratégies sanitaires : d'un côté les pays qui font le choix d'une approche collective (prévention, accès aux soins médicaux de base pour tous) ; de l'autre, les pays (dont la France) font le choix d'une médecine hautement technologique, en laissant peu de place à la prévention, et peu de place à la compréhension et la résolution d'un environnement générateur de maladie. Dans ces pays, le médecin est plutôt formé à la gestion de la maladie qui n'est qu'une petite contribution à l'état de santé d'une population.

Le développement de la santé communautaire nécessite de mettre en place de nouveaux processus de d'accompagnement, et bouleverse les rapports de pouvoir traditionnels. Elle exige donc un changement de comportement des professionnels de santé et des élus qui doivent être à l'écoute, associer la population, faciliter l'expression des groupes constitués et les intégrer dans les processus de décision (30).

INTRODUCTION

En France, les autorités de santé reconnaissent le médecin généraliste comme pivot du système de soins (48). Sa définition européenne (49) rappelle son rôle de coordination, son approche multidimensionnelle (individuelle, familiale et communautaire), sa vision globale des problèmes de santé dans leur dimension physique, psychologique, sociale, culturelle, existentielle, son rôle dans la santé publique de la communauté, dans la promotion et l'éducation à la santé

Cette définition nous amène à considérer, comme l'OMS, la santé de manière globale, prenant en compte les caractéristiques sociodémographiques et les environnements des personnes qui influencent leur santé que nous appellerons des déterminants de santé. Les déterminants de santé sont regroupés en plusieurs catégories : environnement global (social, économique, politique, culturel...), milieu de vie (famille, travail, hébergement, communauté...), systèmes (santé, éducations...), facteurs individuels (biologique, comportemental...).

La connaissance de ces déterminants, notamment les études britanniques, dirigées par Michael Marmot (50–53), mettent en lumière l'effet du revenu sur la santé des personnes et nous aident à comprendre les inégalités sociales de santé. Ces dernières ne cessent de s'accroître, malgré les progrès techniques de la médecine.

La santé communautaire est définie par l'OMS comme un « processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent, en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités ». La démarche en santé communautaire s'appuie sur un repérage collectif des besoins et des ressources et sur la participation de l'ensemble des acteurs concernés (politiques, administratifs, habitants, spécialistes...) (18).

Ainsi, la santé communautaire, constituant une stratégie au sein des démarches de promotion de la santé définie dans la charte d'Ottawa, pourrait être un outil pour la réduction des inégalités sociales de santé. En effet, les démarches communautaires en santé tentent de comprendre les problèmes de santé de territoire avec l'ensemble des acteurs concernés, à savoir ceux qui travaillent (les professionnels), ceux qui militent (les élus, les

associations) et ceux qui vivent sur ce territoire (les habitants), visant donc à agir directement à la source des problèmes identifiés collectivement.

Depuis les années 1970 des « maisons médicales » se sont développées après les contestations de 1968, pour tenter de lutter contre les inégalités sociales de santé (15). Les professionnels de santé trouvaient la médecine trop technique, inégalitaire et soignant plus que ne prévenant la maladie. Le modèle médical paternaliste dominait, laissant pas de place ni à la collaboration médecin patient ou à la collaboration(54) interprofessionnelle. Ces maisons médicales rassemblaient des équipes pluridisciplinaires (accueillant.e.s, médecins généralistes, infirmier.e.s, kinésithérapeutes, travailleurs social, psychologues). Leurs objectifs étaient répondre aux besoins par une offre de soins globaux (prenant en compte les aspects médico-psycho-sociaux et environnementaux) et intégrés (englobant les aspects curatifs, préventif, palliatif et la promotion santé), de participer, avec d'autres acteurs de la vie sociale, à un processus d'évaluation des besoins de la communauté, rechercher de solutions et promouvoir l'autonomie des personnes et la participation citoyenne. L'ancrage dans le quartier, la participation à des dynamiques locales, une démarche qui valorise le savoir et les compétences populaires et les articulent avec ceux des professionnels, l'interpellation des pouvoirs publics au sujet de problématiques influençant l'état de santé des populations ont été mis en place pour répondre aux objectifs de la charte des maisons de santé. Les maisons médicales belges s'appuient sur une dynamique de participation communautaire : elles identifient les besoins des usagers et mettent en place des actions collectives à partir des besoins identifiés. En 2018, 175 maisons médicales belges prenaient en charge 370 000 usagers (54). Au Québec, au début des années 70, les premiers centres locaux de services communautaires voyaient le jour (55) pour des territoires bien délimités. Leurs missions, par approche globale, multidisciplinaire et communautaire, étaient d'améliorer l'état de santé et de bien être des individus de la communauté. Parmi les valeurs sous tendues au sein des CLSC on retrouvait le renforcement du partenariat avec les organisations issues de la communauté, la reconnaissance et la valorisation des personnes et des communautés en adaptant les approches et les services à leurs besoins et à leurs valeurs, et en travaillant à réduire les inégalités socio-économiques (56). L'esprit des CLSC qui plaçait l'utilisateur et la santé globale au cœur de la démarche de soins, n'est plus aujourd'hui une réalité. En effet, depuis le désengagement financier de l'Etat, la réalisation de partenariats public-privé, les CLSC sont devenus de lourdes machines administratives, qui ont perdu l'ambition de proximité qu'ils avaient à la création.

En France, des centres de santé communautaire, dont les projets de santé s'inspirent des éléments figurant dans la Charte d'Ottawa se sont créés, à partir des années 2000. Notons qu'un premier centre de santé municipal, avec un projet de santé communautaire, avait ouvert à Evry dans les années 1980. Défendant aussi la promotion santé, et partageant des valeurs communes aux maisons médicales belges et des centres locaux de services communautaires au Québec tels que ces derniers avaient été pensés initialement, les centres de santé communautaire sont encore minoritaires en France, contrairement à leurs « équivalents » belges et québécois. Il semble que le développement de ce type de structures pourrait réduire les inégalités sociales de santé. Cependant, ces dernières sont peu nombreuses sur le territoire français (à notre connaissance il en existe cinq sur le territoire en 2019). . Alors que dans d'autres pays, un développement important s'est opéré depuis un demi-siècle. Les éléments de la littérature traitaient surtout des difficultés pour la promotion santé et la santé communautaire à s'imposer en France, On retrouve par exemple que la santé communautaire implique une répartition des savoirs et des pouvoirs entre les professionnels et les populations (16), (15) la nécessité de passer à vision collective et non uniquement individuelle de la santé (47), (18), et les difficultés de financements des projets de promotion santé (44). Cependant, l'absence de données dans la littérature concernant cette disparité entre la France et d'autres pays nous a conduit à mener cette recherche.

Notre hypothèse de travail était que les freins à la création et à la pérennisation sont nombreux et limitent le développement de ces structures en France. Une identification des difficultés rencontrées permettrait d'accompagner les porteurs de projets.

Question de recherche

Quels sont les freins et les leviers rencontrés lors de la création de centre de santé communautaire en France ?

Objectifs de la thèse:

Primaire : Explorer les freins et les leviers lors de la création de centre de santé communautaire en France, auprès de leurs créateurs.

Secondaires :

- Comprendre dans quels contextes sont nés ces projets
- Explorer les éléments permettant la pérennité de ces centres

MATERIEL ET METHODE

I- Type d'étude :

a. Choix recherche qualitative

Le choix d'une étude qualitative a été fait pour explorer les freins et les leviers qui sont rencontrés lors de la création des centres de santé communautaires.

b. Choix méthode de recueil des données

Le recueil des données s'est fait sous trois formes : focus group dans l'ensemble des centres de santé communautaire de France, entretiens semi dirigés et temps d'observation une journée entière dans les différents espaces de chaque centre.

i. **Choix du focus group**

Pour le recueil des données, des entretiens collectifs (focus group) ont été réalisés. Ce choix a été fait afin de favoriser l'émergence de toutes les opinions (57). L'émulsion du groupe permet l'élaboration d'un savoir riche, en suscitant une discussion ouverte répondant à une logique de créativité. Cette méthode permettait aussi de favoriser l'implication du milieu exploré, en lui donnant la parole et en le reconnaissant expert d'un vécu personnel. La méthode semblait d'autant plus appropriée que la population concernée a une grande expérience du travail collectif ; nous avons donc émis l'hypothèse qu'une telle méthode n'inhiberait pas la parole de chacun mais serait plutôt stimulante. Les participants avaient en commun la participation à la création d'un centre de santé communautaire.

Les critères COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative) ont été utilisés pour mener à bien ce travail selon recommandations de bonnes pratiques (58).

ii. **Evolution de la méthode de recueil des données**

Les difficultés de recrutement ou la non participation des habitants au focus group nous ont amené à proposer une participation sous la forme d'entretiens semi-dirigés.

II- Méthodologie de la recherche documentaire

La recherche bibliographique a été réalisée en plusieurs étapes :

- Une phase exploratoire de décembre 2016 à septembre 2017 : Lors de cette phase, des rencontres avec différents acteurs de la santé communautaire ont permis de réfléchir et d'établir une problématique pertinente dans l'état actuel de la science.
- Un rendez-vous avec un bibliothécaire de la bibliothèque universitaire de la faculté de médecine de Lyon Est a eu lieu en décembre 2017. Les bases de données utilisées ont été : PubMed, google Scholar, Sudoc, Cairn, BDSP, Pascal et Francis. Les mots clefs et les termes MESH utilisés ont été, selon les différentes bases de données : « centre de santé » / health centers , « centre de santé communautaire »/ « community health centers », « santé communautaire » / « community health », « déterminants de la santé », « promotion santé ».

Une exploration de la littérature grise a aussi été effectuée sur la base de données de l'Institut Renaudot (association), à partir du moteur de recherche Google, en interrogeant les différents acteurs de la santé communautaire en France sur leurs références bibliographiques, et notamment sur les rapports d'activité des différents centres de santé.

- Une veille documentaire a été réalisée jusqu'à la soutenance de la thèse.

Les références ont été confrontées par un étudiant en master de recherche en sciences humaines réalisant son mémoire sur la participation des usagers en santé.

Le logiciel ZOTERO© a été une aide pour la gestion de l'ensemble de ces données.

III- Elaboration du guide d'entretien

Le travail bibliographique exploratoire, les rencontres préalables avec des personnes impliquées dans des projets de santé communautaire en France (notamment rencontrées lors d'un congrès à Chambéry sur la participation des usagers en quartier populaire), l'expertise du

directeur de thèse et co-président de l'institut Renaudot Philippe LEFEVRE, ainsi que l'expérience méthodologique de la directrice de thèse Sofia PERROTION, ont permis l'élaboration de la trame du premier guide d'entretien.

a. Description du guide

Le canevas comportait une trame de questions ouvertes et de relance afin d'explorer les thèmes abordés :

- L'historique de la création (contexte ...)
- Les freins et les difficultés rencontrés lors de la création
- Les leviers permettant de dépasser les freins
- La pérennité de ces structures
- La participation
 - o Des habitants
 - o Des professionnels

Le canevas a été revu et corrigé par mes directrice et directeur de thèse.

Il a également fait l'objet d'une triangulation des chercheurs lors d'un atelier méthodologique sur la recherche qualitative organisée par des enseignants de médecine générale de la faculté de Lyon. Cet atelier a permis de travailler sur la question brise glace, et sur l'articulation des différentes grandes questions.

b. Evolution du guide

Un premier test sans enregistrement a été réalisé d'une part lors de l'atelier « méthodologie recherche qualitative » pour m'assurer de la bonne compréhension, de la fluidité des questions. Le canevas a été progressivement retravaillé au fur et à mesure des différents focus group afin de le rendre de plus en plus performant.

c. Notes pendant les focus group

L'observatrice prenait des notes pendant les entretiens. Il s'agissait d'une part de relever les points à approfondir, les éléments de relance, sans interrompre les personnes interrogées pour les laisser aller au bout de leur raisonnement. Il s'agissait aussi de noter les éléments de langage non verbal, les silences ...

IV- Population étudiée (ou constitution de l'échantillon)

a. Sélection et critères d'inclusion de l'échantillon

La population cible de l'étude était les créateurs de centre de santé communautaire en France.

- Critères d'inclusion :

- Avoir plus de 18 ans
- Avoir été acteur de la création d'un centre de santé communautaire.

- Critères d'exclusion :

- Créateurs de centre de santé avec une orientation non communautaire, et notamment les centres de santé municipaux...

b. Procédure de recrutement

Les projets de centre de santé communautaire étant assez variés, il semblait important que l'échantillon soit composé de différents centres.

Il en existe moins d'une dizaine en France, donc le recrutement est relativement limité. Nous avons déjà des contacts établis lors de rencontres dans le passé dans les différents centres. Nous avons donc contacté un membre dans chaque centre de santé communautaire par mail ou par téléphone. Nous présentions la thématique de la thèse, les critères d'inclusion, et demandions s'il était possible de réunir 5 à 8 personnes pour un focus group. La demande était que le groupe soit le plus varié possible, incluant des acteurs de la création (tout corps professionnels, habitants, politiques). Nous avons veillé à ce qu'aucun facteur ne vienne entraver la prise de parole (notamment l'absence de supérieur hiérarchique direct). Après leur accord et la constitution du groupe, nous convenions d'un rendez-vous dans leur centre de santé.

L'organisation des groupes a eu lieu entre le 20 février 2018 et le 2 juillet 2018.

Les entretiens se sont déroulés dans l'ordre d'acceptation et de disponibilité, en veillant à l'équilibre des groupes (répartition de différents professionnels en particuliers).

Pour le recrutement des entretiens semi-dirigés, ce sont les professionnels eux-mêmes qui ont proposé à des habitants ou des acteurs de la création de participer. Leurs coordonnées étaient alors transmises à la chercheuse afin de convenir d'un lieu et d'une date de rencontre.

Le recrutement s'est arrêté lorsque l'ensemble des centres à orientation santé communautaire en France a été rencontré, à l'exception du projet dont faisait partie la chercheuse. Nous nous sommes déplacés dans quatre villes de France que l'on ne pourra pas citer afin de respecter l'anonymat. Il n'y a pas eu de recherche de saturation des données puisque l'échantillon n'était pas extensible.

V- Posture du chercheur et journal de bord

Un journal de bord a été tenu. Il comportait le lieu, les caractéristiques et coordonnées des différents participants, les conditions dans lesquelles se sont déroulées les focus group, ainsi que les émotions et ressentis à la fin des échanges. Des observations relatives au lieu dont l'importance pour la recherche est centrale ont aussi été recensées.

VI- Réalisation des entretiens

a. Les investigateurs

Pour des raisons logistiques (éloignement géographique entre les différents centres), l'animation de ces focus group a été menée par différents modérateurs ayant tous une expérience en animation de focus group.

Un contact par mail puis téléphonique avait lieu afin de présenter le projet, le guide d'entretien, et le partage des temps de parole (entre observatrice et modérateur).

Pour le dernier focus group et pour les entretiens semi-dirigés, faute de modérateur disponible, la modératrice était la chercheuse.

b. Lieu des entretiens

Le focus group a été réalisé dans les centres de santé. Cela nous a permis un temps d'observation, d'imprégnation du lieu, des différents espaces (en particuliers celui des salles d'attente), et un temps de visite et de présentation.

c. Déroulement des séances de focus group et des entretiens semi-dirigés

En début de séance, le modérateur a distribué aux participants une feuille de consentement à être enregistrés et une fiche de données descriptives.

Les entretiens débutaient par la présentation de la thématique de l'étude, le rappel du choix de recrutement : les personnes avaient été choisies pour leur rôle en tant que créateurs de centre de santé communautaire, puis l'obtention du consentement oral pour l'enregistrement et l'utilisation des données retranscrites anonymisées (qui complète le document écrit). Il a été aussi précisé que l'intérêt du focus group résidait dans les échanges et le débat. Afin de faciliter la retranscription, il était demandé à chaque prise de parole de débiter par son prénom.

De manière concomitante, une prise de notes des verbatim, les éléments de communication non verbale et éventuellement les points non abordés par le modérateur afin qu'ils puissent être repris en fin de focus group, se sont établis par la thésarde (observatrice).

Les entretiens collectifs ont été menés par un animateur (différent pour chaque focus group) qui s'appuyait sur le guide élaboré par le chercheur. L'animateur était une personne ayant une expérience du focus group. Un contact par mail puis téléphonique avait eu lieu afin de présenter le projet, le guide d'entretien, et le partage des temps de parole.

d. Matériel utilisé lors des séances

Les entretiens ont été enregistrés grâce à un dictaphone (Sony® IC Recorder ICD-B16) et à un logiciel d'enregistrement (application dictaphone, sur IpodtouchApple®) avec un microphone multidirectionnel.

VII- Recueil et gestion des données

Tous les entretiens ont été retranscrits rapidement (dans les jours qui ont suivi l'enregistrement) intégralement par la chercheuse sur le logiciel Microsoft® Word pour Mac 2011 version 14.4.7. Les données non verbales nécessaires à la compréhension ont été ajoutées. (Certaines parties permettant d'identifier les participants ont été censurées dans les annexes afin de respecter l'anonymat des personnes interrogées.)

VIII- Analyse des données

Les entretiens ont été écoutés et analysés dans l'ordre du recueil des données.

Une analyse manuelle a été effectuée par l'investigatrice seule au fur et à mesure de chaque retranscription des quatre focus groupes, de façon verticale et selon une méthode d'analyse intuitive, en surlignant les données pertinentes. Les entretiens ont été relus à plusieurs reprises afin d'avoir une analyse la plus exhaustive possible. Une deuxième analyse a été réalisée lorsque les quatre entretiens ont été terminés. Chaque verbatim (unité d'analyse) pertinent ou intéressant a été noté et ensuite regroupé par thème en rassemblant les données des quatre focus group et des entretiens semi-dirigés. Une analyse horizontale a permis de repérer les occurrences des thèmes et sous-thèmes. La triangulation des résultats a été réalisée en présence de la directrice de thèse et de la chercheuse, après que chacune ait analysé les données de manière indépendante. Cette mise en commun consensuelle a ensuite permis de créer différents thèmes et sous thèmes permettant d'assurer la crédibilité des résultats.

Les thèmes et sous -thèmes ont été retranscrits dans un tableau thématique.

Le logiciel Excel® a été utilisé.

IX- Aspects éthiques et réglementaires

a. Réglementation

Pour ce travail de recherche, conformément à loi Jardé, il n'y a pas eu de déclaration au comité de protection des personnes puisqu'il ne s'agit pas d'une « recherche impliquant des personnes humaines ». Ce travail rentre dans le cadre des recherches descriptives rendant compte du fonctionnement de structures et services existants, et relevant parfois plus de l'évaluation des organisations que du champ de la recherche (au sens de la loi Jardé) » (59)

Conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (60), et abrogeant la directive 95/46/CE, ainsi qu'à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée, le traitement de données mis en œuvre dans le cadre de cette étude a fait l'objet d'une inscription au registre des activités de traitement de l'Université

Claude Bernard Lyon 1, agissant en tant que responsable dudit traitement, sous la référence n°2019/004.

b. Confidentialité

Selon le code de santé publique toutes les personnes appelées à prendre connaissance de l'étude sont tenues au secret professionnel.

Les internes ont été informés de l'étude, du temps de passation et de l'utilisation des données dans un langage clair par une fiche descriptive.

c. Conflit d'intérêt

La chercheuse déclare comme lien d'intérêt de faire elle-même partie de création d'un projet de centre de santé communautaire. La triangulation des données était donc indispensable. Afin de limiter au maximum les biais induits par ce lien d'intérêt, un journal de bord a été réalisé avant le premier entretien, afin de réaliser un travail sur les postures du chercheur (et notamment les a priori sur le sujet).

d. Archivage des données

Aucune donnée brute ou nominative informatisée ne sera conservée à l'issue du travail. Seul le format papier et anonymisé sera conservé au bureau des thèses et référencé.

RESULTATS

A. Description de la population

L'échantillon des focus group se composait de 21 personnes ayant participé à la création de centres de santé communautaire, âgées de 30 à 68 ans, professionnelles ou bénévoles d'un centre de santé communautaire. □ 12 femmes et 9 hommes ont été interrogés. Les focus group ont duré de 75 à 251 minutes, avec une moyenne de 155 minutes.

L'échantillon des entretiens semi-dirigés se composait de 3 femmes, âgées de 33 à 44 ans professionnelles ou usagères d'un centre de santé communautaire. □ Les entretiens ont duré de 17 à 68 minutes, avec une moyenne de 49 minutes.

La description de l'échantillon des focus group est présentée dans les tableaux ci-dessous

	Age	Sexe	Profession	Statut actuel dans le centre de santé	Expérience en lien avec création CSC	Habitant(e) du quartier
PE1	33	H	Coordinateur	Salarié	Animation en éducation populaire, expérience associative solidarité internationale	Non
PE2	30	F	MG	Salariée	Collectif d'étudiants, expérience associative solidarité internationale, éducation populaire	Non
PE3	35	H	Kinésithérapeute	Salarié	Travail en collectif professionnel	Non
PE4	43	H	AS	Salarié		Non
PE5	49	F	Médiatrice	Salariée		Oui

	Age	Sexe	Profession	Statut dans le centre de santé	Expérience en lien avec création CSC	Habitant(e) du quartier
PE6	57	F	Musicothérapeute	Salariée		Non
PE7	56	F	Coordinatrice ludothèque	Bénévole /secrétaire de l'association	Expérience associative sur le quartier	Non
PE8	68	H	MG retraité	Bénévole/ président de l'association	Expérience syndicale	Non
PE9	44	F	Educatrice spécialisée	Bénévole/membre du CA		Non
PE10	41	H	AS	Salarié	Militantisme (immigration, banlieues)	Non
PE11	43	H	Gestionnaire	salarié		Non
PE12	30	H	MG	Salarié	Militantisme (« sans-papiers »)	Non
PE13	36	F	MG	salariée	PASS, centre orthogénie	Non
PE14	42	F	MG	salariée	Expérience estudiantine en quartier populaire	Non
PE15	34	F	MG	salariée	PASS psy, expérience associative, remplacement dans CSC	Non
PE16	36	F	MG	Bénévole/ membre du CA	Collectif d'étudiants militants	Non
PE17	56	F	Médiatrice	salariée	Médiatrice dans le milieu associatif	oui

	Age	Sexe	Profession	Statut dans le centre de santé	Expérience en lien avec création CSC	Habitant(e) du quartier
PE18	45	H	Gestionnaire coordonnateur	salarié		Non
PE19	34	F	IDE	Salariée	DU psychiatrie, DU santé communautaire,	Non
PE20	42	H	IDE	Salarié	DU soins et santé communautaire en milieu tropical, expérience associative	Non
PE21	33	F	MG	Salariée	Collectif d'étudiants militants, expérience associative (santé communautaire, prostitution)	Non

Tableau 2 : Description de la population des FG

	Age	Sexe	Profession	Statut dans le centre de santé	Expérience en lien avec création CSC	Habitante du quartier
A1	44	F	Sans	Usagère	Membre du conseil citoyen, vie associative	oui
E1	38	F	Coordination régionale centre de santé	Aucun		NR
I1	33	F	Agent de surface	Salariée	Oui	oui

Tableau 3 : Description de la population des entretiens semi-dirigés

B. Analyse des résultats

Les quatre thèmes principaux abordés par les créateurs étaient :

- La création d'un collectif qui était la première étape nécessaire du processus ; elle nécessitait des échanges permanents et des modifications en fonction des expériences
- La création d'un projet de santé communautaire sur un territoire défini, également écrit de manière progressive, en interdisciplinarité, et en intégrant la population dès le début du processus.
- Les relations laborieuses avec les institutions publiques, relations néanmoins nécessaires pour la mise en place d'un centre de santé communautaire.
- Des étapes logistiques nécessaires à la mise en place du centre de santé

Les thèmes et les sous-thèmes sont regroupés dans le tableau 4 à la fin des résultats.

I- Création d'un collectif

Les créateurs définissaient la création du collectif comme l'une, voire la première étape de la création de ces centres de santé communautaire.

e. Construction progressive du collectif

Les créateurs décrivaient des étapes ayant permis au collectif d'exister.

i. Temps d'échange nombreux dès la création

PE2 : « *On a quand même passé beaucoup de temps sur notre fonctionnement interne. »*

PE3 : « *Il y a beaucoup d'espaces qui sont dans notre fonctionnement dédiés à ça, dédiés à l'échange »*

PE15 : « *tout ce temps qu'on a passé ensemble c'était aussi pour définir quels étaient nos objectifs communs et se créer une identité de collectif »*

ii. Modification permanente du fonctionnement par l'expérimentation

PE5 : « *Le travail de séminaire qu'on fait chaque année, je dirais plutôt que cela nous permet de re-questionner nos façons de faire* »

PE2 : « *tout ça a été brassé, re-brassé, avec des fonctionnements qui ont été re-réfléchis.*»

PE15 : « *il y a eu des réunions où c'était le bordel où on sortait supers énervés, où personne ne s'écoutait ; je pense qu'on a intégré presque inconsciemment des outils de l'ordre du tour de parole, de l'ordre d'écoute bienveillante de l'autre* »

iii. Gestion difficile des ressources humaines

La dynamique d'équipe avec les recrutements, les départs était plutôt décrite comme quelque chose de difficile à gérer.

PE4 : « *il y en a qui sont partis du projet, il a fallu les remplacer (...) on le savait dès le départ. C'est juste que cela fait drôle quand on est dans une phase de pré projet.* »

PE2 : « *Après du coup on s'était retrouvés à revoir chaque personne en individuel pour lui dire un peu la réponse quoi. C'était ça les entretiens après. On ne l'avait pas du tout pensé au départ mais c'était quand même très bizarre.* »

La gestion des ressources humaines a été facilitée par :

Instance extérieure :

PE18 : « *Il y a des membres qui intègrent le CA car on commence à toucher des choses qui ne sont pas simples comme les ressources humaines et on se rend compte que d'avoir une instance autre que les professionnels qui sont dans le jus, ça peut être bénéfique* »

L'existence d'une direction :

PE13 : « *Cela peut limiter un peu le bordel, les conflits : c'est quelqu'un qui tranche, avec nos arguments à chacun* »

iv. Inclusion du personnel d'accueil dans le projet

Les créateurs décrivaient ce poste comme un poste central qui nécessite d'être inclus dans le projet. Plusieurs équipes décrivaient les difficultés engendrées par une mauvaise inclusion de ces professionnels.

PE7 : « *il y a une grande partie qui est importante : le personnel d'accueil qui reçoit les usagers ; et il y a tout un travail qualitatif sur les postures d'accueil, la pluri professionnalité (...); quelque part, cela l'a inclus dans la dynamique, dans une équipe vraiment pluri professionnelle* »

Certaines équipes décrivaient aussi les difficultés à recruter des accueillants.

PE13 : « *Les plus grosses difficultés qu'on a eues c'est pour les postes d'accueil (...) que c'est un boulot super dur, où ils se prennent tout dans la tronche, où ils ne sont pas forcément formés pour ça.* »

v. Intégration de nouveaux professionnels à différentes étapes du projet nécessitant une préparation en amont

A1 : « *comment ils intègrent les remplaçants ... comment créer ce lien, comment ils les mettent dans la dynamique ? Il faut garder cette vigilance.* »

PE4 : « *Je me souviens quand j'ai intégré le groupe, j'ai lu les documents, les comptes rendus de l'année précédente.* »

vi. Gestion de l'investissement

Les collectifs décrivaient différentes formes de gestion de degré d'investissement des différents professionnels.

Volonté d'engagement équitable

PE1 : « *c'est à dire qu'on pouvait accepter que des personnes ne soient pas là un Mardi dans le mois (...). Du coup ça permet d'avoir du temps pour penser des choses* »

Liberté d'engagement

PE15 : « *on s'est posés et on s'est dit, on parlait un peu de la souveraineté, c'est à dire qu'on s'est dit « ceux qui sont là aux réunions sont là, ceux qui ne veulent plus, ou pas venir, bah ils ont le droit de ne pas venir* »

b. Professionnels d'horizons différents créant un socle commun

i. Construction de l'inter professionnalité

L'inter professionnalité impliquait de passer de métier individuel vers un travail collectif, alors que cela semblait peu transmis lors des formations initiales.

A1 : « Ce serait super qu'il y ait une petite formation pendant les études de médecine, sur « c'est quoi l'exercice en équipe, c'est quoi la pluri-professionnalité, avec des pairs. C'est quoi la gestion de l'égo ? La gestion du pouvoir. »

PE8 : « c'est comment faire de l'individuel qui a été bien culturellement enseigné, à un projet collectif qui apporte plus de satisfaction que l'exercice individuel »

Cela impliquait aussi une hétérogénéité socio-culturelle pouvant être une force et une difficulté pour le collectif.

PE15 : « ça ce n'est pas simple quand on vient tous de pleins de milieux et de formation et de vie différentes »

PE13 : « je pense que c'est important d'avoir une mixité (...) Le fait qu'il y ait eu des médiatrices qui parlent arabe, qui parlent le soninké ; à un moment on avait même eu une nana à l'administration qui parlait le tamoul »

L'inter professionnalité permettait le partage des compétences.

PE8 : « c'est de construire un projet de santé partagé qui associe toutes ces compétences »

PE4 : Expliquer à quelqu'un, dans la consultation médicale, qu'est ce que c'est que l'invalidité, qu'est ce que c'est que la médecine du travail, qu'est ce que le handicap »

PE2 : « c'est assez soulageant, en consultation de médecine, il y a, et surtout beaucoup quand tu bosses dans des quartiers populaires et tout ça. Mais du coup il y a plein de problématiques sociales qui t'arrivent qui sont très médicalisées »

Cela nécessitait aussi un travail autour des enjeux de pouvoirs en lien avec les différents métiers.

PE2 : « j'ai l'impression qu'on est assez conscients des enjeux, notamment des enjeux de temps de travail, des enjeux de responsabilité, diverses, de pouvoir, de rapport de pouvoir, et qu'on les travaille tout le temps. »

ii. Nécessité de partir de l'humain

PE21 : « ne pas trouver un lieu et les remplir avec des gens mais plutôt des gens qui se forment pour trouver un lieu ; et c'est comme ça que ça marche. C'est les gens qui montent le projet et on ne remplit pas les murs. »

Argument pour les financeurs

A1 : « au niveau de l'ARS, le fait que cela soit une équipe de professionnels de santé qui monte la structure c'est hyper bien reçu parce que justement ils ne veulent plus de coquille vide »

Lien affectif dans le groupe

PE17 : « je pense que c'est une famille qui se connaît bien »

PE6 : « cette association c'est une histoire d'amour depuis le début »

PE9 : « on était très proches en plus (...) C'était un peu la famille : on était tout le temps ensemble. »

iii. Collectif soudé pour porter projet commun

Co-construction d'une identité commune

PE16 : « je trouve qu'il y a des différences mais ce qui compte c'est les objectifs terminaux qui sont partagés. »

PE14 : « Je pense que quand on a travaillé les fondamentaux, c'était important, que tout le monde soit d'accord là-dessus. C'est un document sur lequel on a bossé au début. »

PE15 : « les objectifs qu'on s'est donnés c'est une petite part de chacun de nous, les objectifs qu'on se donne n'ont finalement été pris que collectivement ; du coup chacun s'y retrouve (...) on a une identité commune »

PE4 : On a tous travaillé nos fiches de postes. Et collectivement parce qu'on travaille ensemble en équipe.

Valeurs communes fortes supérieures aux valeurs individuelles

PE15 : « On a décidé collectivement de ne pas continuer avec une des médecins qui était dans le projet, dans la réflexion avec nous. Parce qu'elle avait posé des postures qui ne correspondait pas à l'énergie du groupe. »

PE13 : « il y avait cette nana qui était aux préparatifs et qui n'est pas restée sans doute parce qu'elle n'était pas comme nous. »

PE2 : « est-ce que j'ai confiance politiquement en cette personne »

Création de protocoles

PE13 : « On a besoin de protocole ; justement pour pouvoir garder cette unité de travail. »

Nécessité de confiance dans le groupe et d'un portage commun

PE15 : « le moment vraiment marquant de on se fait confiance quand les autres ne sont pas là ; ce qui est important c'est le chemin qu'on est en train de faire ensemble, peut être plus que le résultat »

PE14 : « cela suppose que tous les professionnels partagent le projet et le défendent. »

c. Facteurs ayant permis au collectif de tenir sur la longueur et la pérennité de l'équipe

PE1 : « On n'a pas été loin d'exploser en plein vol pour des raisons qu'on ne pouvait pas commencer. »

Ces créations de centres de santé communautaire étaient de longs parcours mettant parfois les collectifs en difficulté. Les professionnels décrivaient les outils qu'ils avaient mobilisés afin de tenir sur la longueur.

i. Organisation d'évènements positifs et valorisants

A1 : « Faire des journées ouvertes fun et ludiques avec leurs patients ; en tout cas faire des projets positifs. »

ii. Célébrer les victoires

PE2 : « C'était une journée de célébration. On a voulu faire un peu une fête parce qu'on avait l'accord de la Mairie par rapport au quartier »

A1 : « Avoir aussi des moments de célébration ; des moments de fête en disant : on a fait ça, c'était cool. »

iii. Maintenir des temps conviviaux

PE13 : « je suis convaincue de ça pour lutter contre la souffrance au travail. Et partager autre chose que le travail (...) Ça libère des tensions énormes »

A1 : « Surtout cultiver le after-work : cultiver le fait d'avoir des liens et pas juste le fait de partager les patients »

iv. Accompagnement extérieur par des associations d'éducation populaire

PE1 : « il y a eu besoin de trouver comment fonctionner ensemble. Assez rapidement on a fait appel aux coopératives d'éducation populaire »

PE21 : « on a travaillé avec une association, qui gère à la fois des thèmes qui nous concernait mais aussi avec des outils d'éducation populaire que eux nous amenaient »

v. Garder un collectif à taille humaine

A1 : « pour la pérennité c'est peut être garder une taille humaine qui permette que tout le monde se connaisse. »

PE15 : « régulièrement l'équipe grandit, donc ça dilue encore plus les choses. Et ça rend encore plus difficile : quand tu es en affinité à 4, 5, 6, tu parles, tu t'engueules... mais quand tu es 20-25 »

vi. Fierté et bonheur apporté par le projet

PE4 : « on se l'est approprié collectivement, et je trouve ça chouette. »

PE1 : « On est sur un haut niveau de ce que cela nous permet d'être en collectif, des portes que cela nous ouvre, et de ce qu'on se permet de faire »

PE3 : « Les retours de nos usagers, usagères sont excellents (...) j'ai l'impression qu'on peut se nourrir de ça dans l'équipe pour se dire que cela va durer (...) Il y a déjà des choses de l'ordre de la santé qui se passent sans nous, qui est ici et qui continuent dehors... C'est des résultats qui font du bien »

vii. Création d'un outil de travail satisfaisant

PE3 : « je trouve ici, pour moi ce centre c'est une réponse positive à tous les questionnements sur nos contextes de travail (...) Voilà on s'est créé ce cadre-là de travail donc en fait euh bah on y est bien (...) ça a tendance à être agréable. »

PE20 : « on vient tous de milieux qui nous plaisent (...) mais quand même ce sont des choses que l'on n'a pas créées nous et il y a toujours des petites choses qui ne nous vont pas. Donc on crée notre idéal en changeant »

viii. Soutien possible au sein de l'équipe

PE19 : « Tu savais que tu pouvais aller et venir et que les autres continuaient pendant que toi tu pouvais un peu recharger les batteries »

PE15 : « être vigilant de ne pas être dans un truc sacrificiel (...) cela a aussi fait émerger d'autres mobilisations du reste du groupe. »

ix. Construction personnelle en parallèle

PE15 : « je me suis rendue compte qu'à l'instant T des réunions j'étais moi-même en train de grandir beaucoup dans ce collectif »

x. Organisation de rituels annuels

Ces évènements permettaient une cohésion, des moments de cohésion, une réflexion commune et actualisée du projet en vu de son éventuelle amélioration.

PE14 : « il y a des temps de convivialité »

PE7 : « l'objet de ce séminaire, c'est vraiment de réunir toute l'équipe en même temps sur une journée, pour partager de l'expérience individuelle et faire du collectif autour du projet »

xi. Résilience

PE15 : « moi le jour où je me suis dit que j'allais vraiment rester dans ce projet, c'est le jour où j'ai accepté le fait de me dire : peut être qu'il ne se fera pas. »

La création du collectif était une étape essentielle au projet, citée comme l'une des premières, voire la première, dans la création des centres de santé communautaire. Il s'agissait donc de partir de l'humain et non de partir du projet pour commencer.

La construction du collectif était progressive ; elle a été possible grâce à des temps d'échange nombreux, une modification permanente du fonctionnement par l'expérimentation, l'intégration réfléchie de nouveaux membres. Les difficultés décrites dans cette création du collectif étaient, pour certains : l'intégration du personnel d'accueil dans le projet, la gestion des ressources humaines.

Des professionnels d'horizons différents se retrouvaient pour créer un socle commun. Cela nécessitait donc la construction d'une équipe pluri-professionnelle et la co-construction d'un projet avec une équipe soudée.

Les facteurs ayant permis la pérennité du collectif étaient notamment l'organisation de rituels annuels, un collectif à taille humaine, l'existence de temps conviviaux, le soutien au sein de l'équipe, l'accompagnement extérieur...

II- Création d'un projet de santé communautaire

a. Historique de la création

L'historique de chaque projet était très dépendant du contexte local, et était **influencé par les personnalités des créateurs.**

PE1 : « *Quand on ouvre on essaye de n'avoir rien laissé au hasard. Et c'est plutôt un fonctionnement qui nous est, enfin moi en tout cas, assez agréable* »

PE1 : « *On est perfectionniste sur des trucs et on a encore pleins de choses à régler et à faire* »

PE10 « *On est quand même obligé de dire que sans ce tempérament de ... je ne sais si on aurait été au bout ou si on aurait eu ce toupet.* »

PE10 : « *Ce qui a facilité les trucs à la création c'était un peu ce côté fonceur, et effectivement bricoleur, c'est à dire surmonter les obstacles, les épreuves les uns derrière les autres, les surmonter avec parfois du bricolage c'est sûr.* »

Les projets ont pu aboutir grâce aux **rencontres régulières et nombreuses entre créateurs.**

PE1 : « *On est quand même un groupe qui pendant 4 ans on s'est vu, on a banalisé nos mardis soirs pendant 4 ans quoi.* »

PE15 : « *C'était un très gros investissement qui n'a fait qu'augmenter avec le temps et sur la dernière année c'était une ou deux réunions par semaine ; et on posait des RTT pour pouvoir aller à des réunions en journée.* »

Ils décrivent une **phase de réflexion poussée autour de cette création.**

PE4 : « *c'était quand même 4 années de réunions hebdomadaires, voir plusieurs fois par semaine, sur pleins de thématiques, pas seulement que l'ouverture, mais aussi la construction de l'équipe, la construction des métiers, le partage sur les métiers ; et puis des formations aussi sur certains sujets ensemble (...) Le budget il avait été travaillé à la consultation prêt, bien avant d'ouvrir.* »

E1 : « *Ce n'était pas un projet de santé FAKE. Du coup leur document était un peu gros mais au moins ils y ont bossé. Ce n'était pas juste « on va bosser en équipe ». Ils ont vraiment été mettre de comment ils allaient bosser ensemble, comment le centre il va fonctionner après, à quel moment on dit oui on dit non, jusqu'où on va dans l'accompagnement, qu'est ce que cela veut dire faire un lieu d'accueil café, mettre du sens derrière chaque chose* »

Les centres ont pu être créés grâce à une phase exploratoire avec plusieurs **outils mobilisés** :

Recherche documentaire :

PE16 : « donc cela nécessite quand même de réfléchir à mort sur ces concepts, pour pouvoir après le défendre auprès de soi-même et des autres ; cela nécessite d'avoir beaucoup pensé, lu. »

PE10 : « Il y avait quand même une grosse différence entre lui et nous parce que lui il avait déjà un bagage théorique assez poussé au niveau de tout ça. »

Rencontre avec les pairs et compagnonnage en France et à l'étranger

PE10 : « il avait beaucoup cherché des alternatives. Et en France il n'y en a pas beaucoup, même encore aujourd'hui, donc c'est à l'étranger qu'il a cherché les alternatives, en tout cas des sources d'inspiration. Lui a été en Belgique avant qu'on le connaisse, voir les maisons médicales belges. Et puis ensuite on est allé ensemble au Québec, en 2006 visiter les centres locaux de santé communautaire »

PE16 : « on avait dès le départ rencontrer, auparavant même, rencontré le centre de santé de... , et que du coup ça nous faisait aussi une base de réflexion qui nous faisait envie. »

Apport de la recherche et des sciences humaines et sociales

PE15 : « avec le labo d'anthropologie (...) vraiment prendre un temps d'aller vers » que cela soit de rencontre vers les professionnels que vers les habitants et prendre aussi de la hauteur grâce aux anthropologues. »

PE8 : « faire un travail, de recherche action (...) qui a fait donc un diagnostic des besoins de santé du quartier (...) qui a abouti à un processus de création du centre de santé. »

PE8 : « on a souvent été accompagnés d'autres sociologues qui sont venus nous aider »

La bonne connaissance et compréhension du territoire

PE8 : « dans l'ADN de l'association, on est nés d'une recherche action, c'est à dire nés de sociologues, de médecins de santé publique pour porter une nouvelle approche de la sociologie en venant s'immerger dans un territoire »

La réalisation d'un diagnostic communautaire

PE1 : « Ce qu'on a appris dans le diagnostic communautaire c'est le lien des habitants dans le quartier, comment les gens s'épaulent, les différents lieux, les histoires des lieux du quartier, ça c'est ultra précieux. »

Les créateurs décrivaient **une phase d'utopie initiale**, puis une nécessaire adaptation avec la réalité du terrain.

PE1 : « *on était plus juste des jeunes gens qui se réunissions dans des appart pour discuter de la vie en rêvant d'un projet* »

PE15 : « *je trouve qu'il fallait être vachement vigilant et être aussi assez humble en disant : ok nous on a des envies mais on va rencontrer des personnes qui ont des besoins* »

PE21 : « *c'est après avoir rêver à ce qu'on voulait qu'on est passé à l'aspect pratique* »

PE20 : « *il y a les choses qu'on a gardé, il y a les choses sur lequel on est revenu (notamment l'égalité salarial) parce qu'il y a la réalité qui nous a fait lâché un peu* »

L'historique des projets a aussi été marqué par des **crises** pouvant aller jusqu'à la menace d'abandon du projet, mais ayant finalement permis de faire évoluer le projet

PE8 : « *on a dit : ok on repart, mais on commence par les fondamentaux : et ces fondamentaux on les a voulus comme la base d'un projet qui allait évoluer* »

b. Implantation dans un quartier populaire

Etape majeure dans la création des centres de santé communautaire, la question de l'implantation était longuement travaillé.

i. Choix du quartier

Le choix du quartier s'était fait selon plusieurs critères :

Devant répondre à un besoin

PE1 : « *il y avait l'idée de s'installer dans une zone où il y a en avait besoin* »

PE15 : « *dans ce quartier là où personne ne s'était installé les dernières années* »

En lien avec les acteurs locaux

PE21 : « *On a rencontré aussi les milieux associatifs et finalement ils nous ont dit qu'il y avait assez d'acteurs médicaux- sociaux sur le quartier. Donc ils nous ont dit qu'il y aurait plus pertinent dans un autre quartier* »

Taille du quartier en rapport avec taille de l'équipe

PE1 : « *On ne veut pas, on ne sera jamais une équipe de 50 personnes. Et du coup pour pouvoir répondre à la demande, il faut quand même avoir à peu près une taille qui répond à la demande* »

Politique local non défavorable

PE1 : « *une ville qui serait, si ce n'est contente de nous voir débarquer, au moins, pas réticente à cette idée là* »

ii. Questionnements suscités

Au début des projets, les créateurs s'interrogeaient sur l'implantation dans un quartier populaire, avec des enjeux de légitimité.

PE21 « *On est tous un peu des bobos de la plaine blancs qui avons fait de longues études mais comment on arrive sur un quartier plus racisé* »

PE1 : « *On se pose des questions de comment arriver sur le quartier parce qu'on se dit qu'on est euh des petits blancs, des petites blanches, de milieu euh, en tout cas de la petite bourgeoisie intellectuelle française qui arrivons avec nos gros sabots voilà.* »

iii. Nécessité de l'accompagnement

PE1 : « *Du coup c'est pas mal ça qui nous a poussé à nous rapprocher des SCOP d'éduc pop qui, à l'époque, se posait AUSSI beaucoup de questions sur ces rapports là, de travailler avec des outils d'éducation populaire, euh, comme l'enquête conscientisante.*»

iv. Importance de la participation à la vie du quartier

PE1 : « *on participe à la vie du quartier, on est sur la fête du quartier, on est dans les lieux où il se passe des choses dans le quartier.* »

E1 : « *C'est un maillage qui se fait avec tous les acteurs du quartier (...) aux sous des écoles, à la kermesse, au tout début avant qu'ils ne s'installent, on les a invités à venir, à se présenter, à faire du aller vers.* »

v. Partenariat avec les acteurs du territoire

PE16 : « *les liens se sont tissés entre les différents acteurs à pleins de moments différents, qui ont pu croire au projet, à cause de la disponibilité des gens aussi* »

A1 : « passer 3 ans sur le terrain, à créer du lien avec les usagers, les habitants, les partenaires, pour se faire connaître. Mais du coup je suis sûre que leur centre il marche pour ça»

c. Vision globale de la santé et promotion santé

Une des caractéristiques du projet pour les créateurs était la vision globale de la santé. Cette vision regroupait plusieurs valeurs s'exprimant dans le projet.

i. Vision politique de la santé

PE10 : « il y avait l'idée que la santé c'était politique. Et du coup d'envisager la santé comme un objet politique ; »

PE4 : « Mais quand même vous aviez posé beaucoup de bases politiques d'intention et tout ça. Et du coup il y avait un angle politique assez euh, et des volonté assez euh, qui ont marqué tout le projet. Et encore aujourd'hui. »

ii. Vision positive de la santé

E1 : « La santé communautaire c'est prendre le patient dans tous les volets. Partir du principe que la santé ce n'est pas que la maladie. »

iii. Place centrale de la prévention

PE9 : « L'origine du projet, les éléments, c'est quand même de faire en sorte d'intégrer la prévention pour que les gens consultent moins souvent.»

iv. Réduction des inégalités sociales de santé

PE14 : « le but des centres de santé communautaires, c'est la lutte contre les inégalités sociales de santé.»

Pour réduire ces inégalités, les créateurs inscrivait dans leur projet les objectifs suivant :

Prise en compte des déterminants de la santé

PE2 : « un document qu'on a appelé le rapport d'étape du diagnostic communautaire. Et voilà, et c'est un peu sur la santé dans le quartier, Avec les déterminants de la santé dans le quartier.»

E1 : « *C'est prendre en compte tout ce qui va agir dans la vie du patient. C'est prendre en compte son cadre de vie, c'est prendre en compte l'endroit où il vit, la façon dont il vit, ses revenus, prendre l'individu en entier et pas prendre en compte l'individu comme un malade* »

Favoriser accès aux soins pour tous

PE4 : « *les valeurs portées par le projet étaient déjà assez présentes et définies : favoriser l'accès aux soins pour tous.* »

Répondre aux besoins de santé du territoire

PE15 « *il y a la mode de l'institution, les mots clefs que l'on doit mettre dans les appels à projet et puis il y a les besoins réels du terrain.* »

E1 : « *Le fait qu'ils faisaient des ateliers où ils nous demandaient ce qu'on voulait, ce dont on avait réellement besoin.* »

v. Existence d'ateliers collectifs avec méthode d'éducation populaire

Répondant à une vision collective de la santé, des ateliers de groupe étaient organisés. Les créateurs y voyaient plusieurs bénéfices :

Créer du lien

PE13 : « *lutter contre l'isolement, créer du lien, moi je le vois beaucoup comme ça : voir du monde, se rendre compte qu'ils ont des qualités dans la reprise de confiance en soi.* »

PE5 : « *que tu as touché à quelques aspects de ce travail collectif pour dire ce qui est isolement, créer du lien* »

Démédicaliser : la santé n'étant pas que l'affaire des médecins et des professionnels de santé

PE2 : « *Toi tu es médecin et tu ne sais pas trop quoi faire d'autre au final que de médicaliser. Et du coup d'avoir d'autres choses possibles à faire, ça fait du bien. Tu as l'impression de mieux travailler en fait.*»

Alternative aux prescriptions médicamenteuses

PE14 : « *les ateliers collectifs c'est important parce que si on veut ne pas trop prescrire de médicaments, bah ça peut être une réponse pour répondre à pas mal de problèmes de santé* »

Partage des savoirs, valorisation des savoirs expérientiels

PE3 : « *je me suis rendu compte que mettre les gens ensemble, causer de problèmes en commun, ça fonctionnait beaucoup mieux que moi tout seul.* »

PE3 : « *Du coup pour moi ça a du sens de partir de l'expérience des gens et de la mettre en commun, de reconnaître cette expertise collective, versus l'expertise des soins disant experts de la santé formés aux sujets qui ne vivent pas forcément les situations et qui en ont donc une vue très éloignée.* »

Redonner du pouvoir d'agir en modifiant les postures des soignants

PE3 : « *Dans ma pratique, je passe énormément de temps à donner aux gens quelle est la clef de leur propre santé ; à rendre je veux dire, pas à leur donner car ils l'ont mais on leur a repris dans un certain système où on a des gens hauts placés qui ont une position dominante et qui disent « c'est comme ça que vous irez bien ».*

PE7 : « *c'est le travail d'éducation populaire où petit à petit, par les actions qui sont faites, on va permettre aux personnes de sortir de certaines difficultés, sans être dans l'injonction* »

PE3 : « *un groupe sur les problèmes de..., je me suis rendu compte que le contenu que moi j'amenais n'avait aucun sens et surtout n'avait pas d'intérêt parce que les gens qui vivent leur ... sont largement capable d'échanger entre eux sur leurs problèmes, avec leurs mots* »

Les postures soignantes plus horizontales étaient aussi défendues dans le cadre de la relation individuelle soignant soigné.

PE14 : « *c'est aussi ce qu'on défend que le médecin il ne sait pas tout ; il n'est pas détenteur de tout le savoir ; des fois on apprend ensemble* »

d. Médiation en santé avec présence d'une habitante dans le collectif de professionnels

La médiation santé était une autre valeur forte présente dans la plupart des projets. Elle apportait plusieurs bénéfices mais était encore limitée par de nombreux freins. Sa généralisation pourrait être possible grâce à certains leviers.

i. Forces

Amélioration de la qualité des soins et le relation de confiance soignant soigné

PE13 : « ça favorise la confiance. »

PE13 : « Je pense aussi qu'elles nous ont défendues parfois pour des personnes qui avaient l'impression qu'on ne prenait pas en compte leur demande. »

Favorise accès aux soins et à la santé globale

PE5 : « nous on s'appuie sur le côté culture de la personne pour l'emmener à prendre soin de lui. »

PE7 : « La médiatrice n'est représentante d'aucune institution donc c'est beaucoup plus facile pour un habitant d'aborder, de lui faire confiance, de d'abord poser l'histoire »

Transmission de connaissances aux professionnels de santé et aide à la compréhension des besoins

PE8 : « la place des médiatrices en santé : c'est elles qui ont formé les médecins à la santé communautaire et pas l'inverse. »

PE20 : « on est une coquille vide et on doit la remplir avec les habitants d'ici »

Tiers pour faire coller idéaux au réel

PE20 : « nous on arrive avec nos grandes idées de liberté de la femme, d'émancipation, la contraception, les avortements ; et je me souviens d'une réunion avec E1 et le centre social des solidarités où j'ai découvert que ce n'était pas ça que les gens voulaient »

PE20 : « je pense que si on n'avait pas l'éclairage de E1 sur plein de sujets ou d'ambiance ça marcherait pas pareil. »

ii. Freins

Mépris de certains professionnels hors du projet

PE5 : « je me suis présentée médiatrice, il y avait des professionnels qui disaient « non mais c'est n'importe quoi ; il ne manquait plus que ça ; appelons un chat par un chat » ».

Absence du métier dans le code de santé publique

PE8 : « il y a le vieux débat que tu vas encore rencontrer c'est la reconnaissance de ton statut, non pas par la preuve que ce que tu fais est nécessaire, mais parce que tu n'es pas dans le code de santé publique »

iii. Leviers

Professionnalisation et création référentiel métier

PE8 : « *On continue parce qu'on a beaucoup participé au référentiel métier de la médiation en santé, aux articles de lois. Les médiatrices ont été invitées au Sénat pour aller défendre leur métier* »

e. Participation habitante

La participation habitante était plutôt décrite comme une valeur que comme une fin en soi.

PE3 : « *La participation ça fait aussi partie de notre philosophie et elle vient se loger à chaque endroit.* »

Par ailleurs, les créateurs s'accordaient sur l'existence d'espaces de participation non prévus par les professionnels.

PE10 : « *on est étonné à chaque fois de la façon : quand il y a urgence, menace, la structure est attaquée, la façon dont les gens se sentent propriétaires de la structure, les usagers.* »

PE2 : « *voir la participation à tous les endroits où elle est vraiment, de voir qu'il y en a plein, même si on ne s'en rend pas compte* »

Certains créateurs rappelaient la nécessité de maintenir l'égalité entre tous les usagers malgré la participation.

PE13 : « *peut-être que les personnes du CHUC à un moment se sont senties patients privilégiés ; pour nous c'était impensable de privilégier certains par rapport à d'autres*
Enjeu majeur de la promotion de la santé, les créateurs décrivaient les freins et les leviers à la participation.»

i. Freins à la participation

Ne correspond pas toujours à un besoin exprimé par les habitants

PE10 : « *Il y a beaucoup de choses où on pense qu'il faudrait mais peut être qu'on est totalement à côté de la plaque et que ce n'est pas comme ça qu'il faut envisager les choses* »

Décalage entre ambition et la réalité :

PE10 : « *Dans tous les écrits il y a une phrase : donner la place aux usagers, participer aux décisions... mais à un moment donné on s'est quand même retrouvés face à une réalité (...).*

Il y a eu plein de tentatives, peut être maladroitement, qu'il faudrait reprendre aujourd'hui pour analyser »

PE2 : *« nous on attend vachement que les gens participent parce que c'est le cœur du truc. Les gens n'ont pas que ça à foutre. »*

Eloignement géographique des usagers

PE11 : *« on est sur un quartier mais en réalité la fréquentation du centre de santé par les habitants du quartier est minoritaire par rapport à l'ensemble des usagers. »*

Représentation d'une posture verticale

PE10 : *ils nous disaient « oui mais nous on ne sait pas, c'est vous ».*

ii. Levier à la participation

La thématique vient répondre à un besoin :

PE11 : *« les gens y trouvent un espace collectif où s'investir sur leurs préoccupations sur la dimension collective »*

Projet modulable selon les besoins

PE15 : *« ce qui est important c'est de pouvoir créer un lieu une fois que les besoins émergeront et d'être vraiment super ouvert et super malléable (...) je trouve ça chouette parce que c'est maintenant, en voyant les gens en consultation, en rencontrant en salle d'attente, qu'il y a des choses qui émergent »*

PE3 : *« il faut créer les conditions pour lesquelles elle arrive, laisser des portes ouvertes, et laisser cette dynamique là se mettre en place »*

Espaces libres pour permettre l'appropriation

PE4 : *« laisser d'autres espaces pour que les gens puissent s'en emparer. »*

Posture des professionnels

PE10 : *« il y a un truc essentiel c'est l'attitude qu'on peut avoir au quotidien avec les usagers. »*

PE3 : *« avoir un niveau d'exigence pas trop fort envers nous, et envers les habitants non plus quoi, pour ne pas les mettre encore une fois dans une situation d'injonction à participer »*

E1 : « *Je pense que si cela avait été porté par d'autres personnes, cela n'aurait pas fonctionné de la même façon. Je m'y serai intéressée, peut être plus de loin, mais moins investie quand même. »*

Existence d'espaces dédiés

PE4 : « *On l'a visibilisé. Il y a un espace où on vient réfléchir, les ateliers, mais après aussi la place des habitants dans la structure, où est-ce qu'ils participent, où est-ce qu'ils ont de l'information. »*

Définir clairement les niveaux de participation attendue selon les espaces

PE2 : « *d'être clair de quand on va décider on va décider, et quand on vous demande juste votre avis et que c'est nous qui décidons, que là on est juste là pour échanger et qu'il n'y a pas d'enjeux de décisions. »*

Temps conviviaux pour créer lien entre professionnels et usagers

PE13 : « *je trouve ça génial ce moment convivial (...) cela va avec l'idée que je défends que le médecin c'est une personne normale ; et que le patient ne soit pas dans un rapport d'infériorité par rapport au médecin. »*

Echange réciproque vie du quartier/vie du centre

PE1 : « *C'est parce que nous on participe à la vie du quartier, que des gens, inter individuellement participent à la vie du centre. »*

Place de l'accompagnement et de l'éducation populaire pour faciliter la participation

PE2 : « *On s'est formé, on continue de se former sur les enjeux de participation dans les quartiers populaires »*

PE4 : « *si la participation fait partie de l'ADN de la structure, c'est aussi qu'il y avait des compétences au tout début justement dans le groupe initial, beaucoup d'expérience sur l'éducation populaire »*

f. Projet vu par les professionnels de santé

i. Forces du projet

Amélioration conditions de travail

PE3 : « le bien être en tout cas que, à titre personnel, que je trouve ici, pour moi ce centre c'est une réponse positive à tous les questionnements sur nos contextes de travail qu'on pouvait avoir avant »

Implantation dans le quartier favorisant la pérennité

PE2 : « il y a quand même l'ancrage dans le quartier, le soutien des habitants qui participent à la pérennité de ce genre de structure. Parce que si ça disparaît ça ne va pas se passer comme ça. »

E1 : « C'est un maillage qui se fait avec tous les acteurs du quartier. »

Possibilité d'un équilibre vie privée/vie professionnelle

PE18 : « tous les plannings ont été faits pour les gens ils s'y retrouvent ; il y a des gens qui ne bossent pas le lundi, d'autres pas le vendredi »

PE14 : « on avait pas envie d'être des libéraux qui n'ont pas de vie, qui travaillent comme des fous »

Travail en accord avec ses valeurs

PE10 : « C'est inestimable d'avoir créé son outil de travail, et de pouvoir tous les jours défendre des valeurs auxquelles tu crois, et d'être payé pour faire ça. »

PE12 : « en gros tu es dans une continuité de tes valeurs et de ce que tu défends au quotidien dans ta vie personnelle, et militant »

PE2 : « Pour moi c'était plutôt soulageant la santé communautaire parce que, pour moi, ça vient quand même rassembler des trucs qui étaient plutôt divisés dans ma vie(...) : l'éduc pop et la pratique du soin. »

Amélioration de la qualité des soins

PE14 : « On a un travail pluridisciplinaire avec plein d'outils comme les médiatrices (...) ça peut améliorer la qualité aussi »

PE7 : « on est plus armé pour agir »

PE13 : « comme on échange beaucoup entre nous, ça c'est aussi pour un souci de qualité. »

PE1 : « on est un centre de santé, mais on accompagne des gens aux prudhommes, on va animer des groupes dans des foyers de personnes âgées sur l'alimentation, on tourne dans tous les sens, on fait plein de choses. »

Possibilité de dépasser les limites institutionnelles

PE11 : « dans plein d'autres contextes professionnels, la capacité à agir est bloquée, voire il y a une tutelle qui dit « ça on ne s'en occupe pas » (...) et là on est dans un environnement de travail qui permet de lever ces limites là et ça étend plutôt la capacité à agir ».

PE1 : « On est sur un haut niveau de ce que cela nous permet d'être en collectif, des portes que cela nous ouvre, et de ce qu'on se permet de faire, que dans pleins d'autres endroits on se dirait : « bah non ça ce n'est pas notre métier, ce n'est pas notre boulot ».

Lieu d'expérimentation

PE5 : « pour moi ici c'est presque un laboratoire »

PE1 : « on apprend, on fait des erreurs, des fois on fait des choses bien »

Socle solide, travaillé, réfléchi

PE7 : « les fondamentaux ça s'impose à toutes les personnes de l'association, y compris les soignants : c'est à dire que c'est comme une charte qu'ils s'engagent à respecter »

PE11 : « ça fait des années qu'on décrit notre projet de la même manière, avec deux axes : à l'intérieur ça n'arrête pas de bouger, mais l'architecture du projet elle est solide et ça, ça joue beaucoup. »

PE3 : « avoir réglé le côté pratique, pragmatique, voire politique, qu'on pouvait triturer avant d'avoir les gens entre nos mains, ça me mettait à l'aise »

A1 : « quand ils sont arrivés ils savaient pourquoi ils étaient là et du coup à la première emmerde dans l'équipe ils ne sont pas partis en disant ouais mais c'est bon ça me gave. Il y a un côté "le projet, il est investi quoi !" ».

Fierté et satisfaction du travail accompli

PE3 : « Il y a déjà des choses de l'ordre de la santé qui se passent sans nous, qui est ici et qui continue dehors. C'est des résultats qui font du bien »

PE1 : « on propose une qualité de travail pour nous et pour les usagers qui franchissent la porte qui est quand même assez haute »

PE11 : « c'est plutôt enthousiasmant. »

PE5 : « je trouve que c'est quelque chose de formidable ce qu'on est en train de vivre là »

ii. Difficultés à la création du projet de santé

Le terme de militant risquant de discréditer le projet

PE18 : « moi ce terme de militant, il me gave. Parce que je ne vois pas en quoi notre travail il est plus militant qu'un autre »

PE21 : « sur le côté militant je pense que c'est complètement un rôle de défense de la part des autres ; c'est comme quand on te traite de gauchiste ; ça décrédibilise ta pensée »

Projet « risqué »

A1 : « C'était un pari un peu fou. »

PE10 : « la plupart des prises de risque c'est obligatoire »

Création énergivore avec risque d'usure

PE15 : « c'est aussi les 7 ans d'investissement bénévole qu'il a fallu avant pour monter »

PE16 «la difficulté d'implication que cela a nécessité (...) c'était un truc de ouf ; ce qui a contribué à faire que je suis partie. »

Nécessite compétences autres que le métier

PE10 : « ici c'est mon local, il faut que je sache comment ça marche, comment ça fonctionne, il faut que je sache comment ça fonctionne la coordination administrative, il faut que je sache comment fonctionne un budget. Je ne suis pas juste dans mon univers pour lequel j'ai un diplôme »

iii. Leviers à la création du projet de santé

Projet venait répondre à un besoin d'alternative professionnelle après expérience antérieure difficile

PE16 : « Il fallait qu'on trouve d'autres moyens de travailler que ce qui nous était proposé parce que cela n'allait pas marcher »

PE10 : « il ne se voyait absolument pas dans des structures traditionnelles : ni hospitalière, ni en libéral. »

PE1 : «A la base il y a quand même un point de vue collectif aux études de médecine, à la violence de ces études, à une critique radicale de cette façon de faire de la santé en France. »

Expérience collective antérieure

PE1 : « *cela faisait un moment qu'on travaillait ensemble sur des projets associatifs et tout ça, sur l'animation de groupe* »

PE10 : « *La rencontre elle se fait par le réseau (...) militant associatif autour des questions de discrimination, d'égalité des droits* »

PE16 : « *Bah disons que cela a commencé quand on se rencontrait déjà dans ... qui consistait à réfléchir sur la pratique de la médecine plutôt sur un niveau politico-social et qui servait du coup aussi à échanger sur nos expériences professionnelles diverses et variées et nos frustrations et nos difficultés.* »

Engagement personnel fort à la création

PE17 « *Il faut se le dire et il faut être fier de le dire aussi parce que je voyais quand ils venaient chez ... jusqu'à plus de minuit et pourtant ils ont travaillé toute la journée* »

A1 : « *ce n'est pas possible que cela soit des non professionnels de santé vu le niveau d'engagement qui est demandé* »

PE4 : « *ça a été intense quand même* »

g. Habitants dans le projet

i. Accueil du projet par les habitants

Plusieurs habitantes avaient pu exprimer leur ressenti au début du projet qui avait pu évoluer au cours du temps :

Atypie :

E1 : « *Quand ils ont présenté le projet, on a tous trouvé ça un peu particulier, on n'avait pas l'habitude (...) On était intéressés mais un peu étonnés quand même*»

Incompréhension initiale

PE17 : « *Ils m'ont parlé du projet mais à vrai dire je n'avais pas très bien compris mais j'ai compris qu'il y allait avoir des médecins qui allaient s'installer dans le quartier.* »

E1 : « *On ne comprenait pas bien ce que cela représentait la santé communautaire. C'était un peu flou.* »

PE17 : « *Quand ils ont fini, je leur ai dit que je n'avais rien compris. Tout le monde m'a pris dans un côté pour m'expliquer.* »

Irréaliste :

E1 : « *c'est bien beau leur truc, c'est un peu utopique mais comment ça peut fonctionner pour de vrai.* »

PE17 : « *coup ils ont parlé de l'égalité (ndrl : égalité salariale), je leur ai dit : mais ce n'est pas possible ; j'ai dit que j'adhérais à ces idées mais que cela n'était pas faisable.* »

E1 : « *« mais qu'est ce que c'est que ces hippies sur le retour qui arrivent avec leurs idées toutes belles ». On s'est dit malheureusement ils vont vite déchanter.* »

Soutien initial des créateurs plutôt que le projet

E1 : « *ils y mettaient tellement de conviction aussi qu'on avait envie de les soutenir parce qu'ils y croyaient et qu'on voit bien que c'est des gens bien. On voit que HUMAINEMENT c'est des gens intéressants. C'est pour ça aussi qu'on veut les soutenir* »

E1 : « *Je crois que, au départ, c'est plus encore les personnes que le projet que je soutenais.* »

ii. Vision de la relation avec les médecins du centre

Le lien entre les professionnels et les habitants était central dans ces projets. Des habitantes ont pu faire part de leur vision de la relation qu'elles entretenaient avec les médecins de ces centres.

Relation horizontale et égalitaire en décalage avec représentation hiérarchique et inégale

E1 : « *Quand je viens ici, que je peux donner mon avis sur les choses, je me sens bien, après quand je repars parce que j'ai l'impression d'avoir fait quelque chose d'utile.* »

E1 : « *d'habitude le médecin est en haut ; c'est pas horizontal. Il sait, nous on ne sait pas. C'est particulier de voir qu'il y avait une relation d'égalité on va dire* »

Médecins accessibles

PE17 : « *Je me sens bien au château, je me sens bien avec l'équipe. J'avais peur aussi de travailler avec les médecins ensemble et tout ça ; et je me disais « qu'est ce que je vais dire » mais bon c'est la réalité, j'y suis et je suis contente.* »

E1 : « *parce qu'ils ne sont pas différents de nous ; c'est des personnes entre guillemets normales ; ils sont proches, humains et puis ils sont rigolos aussi* »

Relation amicale

E1 : « *Et puis à force de les revoir tout le temps, je sais que quand je viens ici, j'ai l'impression de voir des amis* »

E1 : « *Déjà on avait l'habitude de se faire la bise.* »

Inhabituelle et nécessitant une adaptation

E1 : « *Il n'y avait pas ce décalage qu'on a d'habitude avec le médecin. Et cela ne m'a pas vraiment dérangée mais ça m'a déroutée.* »

Construction progressive d'une confiance réciproque

E1 : « *Au fur et à mesure de les fréquenter on a compris à quoi ça correspondait et puis ça correspondait aussi à notre vision de choses (...) Je suis partie avec eux dans les collocs et là j'ai compris exactement.* »

h. Perception des autres professionnels de santé du projet

Les créateurs faisaient part de leurs échanges avec d'autres professionnels de santé au sujet du projet.

Incompréhension notamment de la médiation et donc de la place des habitants dans le projet

PE5 : « *ce n'est pas évident de se retrouver face à des professionnels qui te lancent des regards, ou te disent des mots où tu es obligée de te justifier* »

PE5 : « *ça continue et ça n'en finira jamais ; on trouvera toujours des gens qui diront « c'est n'importe quoi, vous ne faites pas du soin (...) Parce qu'eux ne savent pas ce que c'est la médiation.* »

Existence d'enjeux de pouvoir

PE8 : « *On en est encore là. Des professionnels qui ont des compétences sur le soin, arriver à dire « attend il y a des femmes, et en plus elles sont bizarres, majoritairement elles n'ont pas la même couleur que nous, et elles viennent nous dire qu'elles ont une place importante dans le soin ? ? »*

PE8 : « *parce qu'ils ont peur de perdre du pouvoir* »

PE7 : « *de faire tomber les barrières de domination et de suprématie* »

Tentative de démotivation par les anciens

A1 : « je me souviens de vieux médecins qui disaient : « oh on a rencontré des bandes de jeunes ils veulent créer un centre communautaire ; ils veulent se payer que dal. C'est très bien ; c'est beau ; mais dans 15 ans ils seront comme nous. »

A1 : « ils en avaient marre d'entendre ce discours-là : « mais vous n'y arriverez pas, vous arriverez pas à vous rémunérer »

Les facteurs principaux ayant favorisés la création des projets de santé communautaire étaient les rencontres nombreuses et régulières entre créateurs, l'existence d'une phase exploratoire (recherche documentaire, rencontre avec les pairs, participation des sciences humaines et sociales), le travail approfondi d'implantation dans le quartier, l'évolution du projet avec les réalités du terrain, expérience collective antérieure des créateurs, l'accompagnement extérieur. Le projet venait répondre à un besoin d'alternative professionnelle pour les créateurs.

Les freins principaux étaient la difficulté à faire comprendre les valeurs du projet (la médiation, la promotion santé, la vision politique de la santé), le caractère énergivore de la création avec le risque d'usure, la nécessité de compétences variées pour les créateurs. Le terme de militantisme risquait de discréditer le projet.

La participation habitante était une valeur centrale du projet. Elle était notamment favorisée par les postures des soignants, l'existence d'espaces dédiés, un projet modulable selon les besoins, une information claire sur le niveau de participation attendue.

Ces projets imposaient une relation soignant-soigné horizontale, parfois amicale, avec un partage des savoirs et des pouvoirs. Il y avait aussi le passage à une vision plus collective de la santé.

III- Lien complexe avec l'institution

Le lien entre les créateurs du projet et les institutions était marqué par une forme de co-dépendance.

PE15 : « on s'est rendu compte qu'il y avait toute une part où c'était eux qui avaient besoin de nous. (...) Du coup on était aussi en posture de pouvoir négocier aussi sur ça. »

PE8 : « On a la fois donné du contenu à des dispositifs mais aussi on dépend de ces dispositifs : ils ont besoin de nous (c'est eux qui le disent) et on a besoin d'eux. Donc on a une relation qui est un peu ambivalente avec l'institution »

a. Ressenti difficile des professionnels

Les créateurs ont exprimé un ressenti difficile autour de leur relation avec les institutions. Plusieurs sentiments ont ainsi été exprimés.

Combat :

PE15 : « on a quand même dû bagarrer »

PE7 : « l'attaque a été faite l'année dernière contre les associations par le gouvernement »

PE11 : « Les crises elles permettent ça : de poser des réalités via des rapports de force »

PE10 : « On était tous des militants associatifs ; on avait tous un passé de militant associatif. Donc la bagarre cela ne nous faisait pas peur à se laisser effrayer par un discours institutionnel »

PE10 : « d'une bagarre à l'autre on arrivait à obtenir plus de trucs »

Colère

PE1 : « on continue à être très énervés »

PE1 : «le conseil départemental qui a une mission de santé et de social, refuse toujours après un an et demi de nous voir ! ça me rend beaucoup plus fou que d'autres choses »

PE10 : « ils n'ont jamais été foutus de prendre la mesure de ce qui était en train de se monter »

Sentiment d'injustice et ressenti d'abandon des quartiers populaires

PE1 : « c'est pas vrai n'y a pas de sous pour les quartiers. Il y a des sous pour des projets absurdes (...) on va devoir emprunter nous-mêmes 500000 euros sur 20 ans pour pouvoir construire un centre de santé »

PE18 : « si les quartiers étaient moins abandonnés ; il y a même pas d'eau quoi sur un quartier comme ça avec un terrain de sport ! »

Méfiance initiale

PE11 : « il y avait une franche hostilité »

PE1 : « c'est qui ces jeunes là « sous ta capuche » qui se sont permis de penser qu'ils vont ouvrir des centres de santé »

PE8 : « je me rappelle, les institutions regardaient ça de manière un peu suspecte ; ce n'est pas des professionnels les habitants »

PE1 : « Le directeur du centre social nous a dit : « on est obligé de se dire quand il y a des groupes comme ça, des recherches, qui arrivent sur un quartier, si les gens viennent voir le zoo ou pas »

Epuisement et sentiment de violence liés aux négociations

PE1 : « c'est un truc qui a été vraiment violent, dur et long »

PE3 : « ça a été quelque chose à discuter non stop »

PE9 : « c'était long »

PE1 : « ça été un calvaire, et du coup ouais il a fallu 5 ans pour qu'on acte quelque chose qui nous convienne et à eux et à nous »

b. Relation chaotique initiale

Lors de la création, les groupes de professionnels décrivaient une relation chaotique avec les institutions pouvant être expliquée à la fois par l'incompréhension du projet par ces dernières, par un mépris envers le collectif de professionnels, mais aussi par des enjeux de communication.

i. Incompréhension du projet par institutions

Plusieurs éléments ont été cités pour expliquer cette incompréhension.

Atypie

PE2 : « la nana de l'ARS qui était faite pour accompagner les projets de maison de santé, centre de santé dire : « ce n'est jamais comme ça que cela se passe »

PE1 : *Il faut voir qu'on était une équipe vraiment très jeune, très atypique aussi »*
« ça montrait déjà tout le décalage, déjà à l'époque (...) ça leur paraissait complètement farfelu »

Nouveauté

PE7 : *« on a un peu essayé les plâtres »*

PE12 : *« on est plus que très minoritaire »*

PE20 : *« il y a eu une étape de pédagogie avec l'institution : ce que je trouvais dur c'est que souvent c'était nous qui leur apprenions les dernières lois, le rapport de l'IGAS »*

Projet hors du cadre institutionnel

PE6 : *« on ne rentrait jamais dans les cases »*

PE8 : *« il ne correspond pas au modèle qu'ils ont en tête »*

Absence de reconnaissance des professions non médicales

PE8 : *« cela a été refusé parce que les médiatrices ne sont pas des professionnels de santé reconnus »*

PE4 : *« Je dirais c'est plus une étroitesse dans les idées, quelque chose qui est plutôt basé sur le vieux modèle les médecins sont en libéral et puis voilà. »*

Décloisonnement sanitaire et social des projets se confrontant à une vision maladie et médico-centrée de la santé portée par les institutions

PE9 : *« il n'y avait rien qui correspondait à nous, à notre fonctionnement de santé globale »*

PE9 et PE10 : *« c'était le modèle qui associe santé et social qui n'allait pas ; (...) ils ne voyaient pas comment ils allaient nous financer »*

Préférence du libéral au salariat

PE11 : *« si on gratte un peu, on se rend bien compte que c'est surtout les MSP qui vont avoir les oreilles attentives des collectivités »*

PE15 : *« ils ont beaucoup insisté pour qu'on soit des libéraux, qu'on soit une MSP »*

Sémantique communautaire

PE16 : *« les difficultés c'était le mot communautaire »*

PE3 : « rien que l'appellation « communautaire » (...) il a fallu que vous défendiez, que vous expliquiez ce terme qui fait sens pour nous mais contre sens pour les institutions qui entendent communautarisme »

Expérience d'échec antérieur

PE15 : « C'était l'époque où tous les centres de santé étaient en train de couler. »

Déni de la difficulté d'accès aux soins

PE1 : « On s'est vu retoquer à ... par un élu qui d'ailleurs à l'époque était front de gauche, qu'il n'y avait AUCUN problème d'accès aux soins à Grenoble, et que du coup il fallait qu'on déguerpisse. »

ii. Mépris envers le collectif de professionnels

Outre le projet en lui-même, le collectif était parfois aussi la cible de remarques négatives.

Jeunesse

PE1 : « Je pense qu'il y a un jeunisme mais vraiment fort des institutions. Pas forcément un jeunisme méchant mais justement un jeunisme bienveillant, justement encore plus perfide c'est à dire « ah ces jeunes ils sont sympathiques ils ont des grandes idées »

Manque de crédibilité

PE2 : « au début passer un peu pour des charlots auprès des institutions ; enfin il y a des gens qui nous regardent à l'ARS et qui nous disent « c'est qui c'est gens, qu'est ce qui veulent faire ? ».

PE10 : « on ne nous prenant pas au sérieux »

PE9 : « Elle nous disait que c'était de la « médecine de foire » »

Vision utopiste

PE2 : « ils verront bien »

PE3 : « ça ne durera pas »

iii. Rôle central de la communication entre l'institution et les professionnels pour la réussite du projet

La communication a été limitée par plusieurs freins :

Manque d'expérience

PE16 : « *il fallait qu'on réponde à des appels à projet qui étaient assez spécifiques, et en même temps on se disait qu'on n'était pas légitimes ; mais il fallait y répondre pour avoir des sous* »

Absence de connaissance du langage institutionnel par les professionnels

PE18 : « *il y a un langage à parler qui n'est peut-être pas celui que tu parles dans tes murs. Il faut les bonnes personnes* »

PE21 : « *On avait l'impression qu'on était des professionnels de santé et qu'on n'arrivait pas à parler aux techniciens des subventions.* »

PE10 « *nous on n'avait pas la pratique du dialogue avec les pouvoirs publics.* »

Décalage entre la pensée théorique institutionnelle et la réalité du terrain

PE8 : « *nous, notre territoire, il ne correspond pas au modèle qu'ils ont dans la tête (...) il y a la rencontre entre la logique institutionnelle qui est une logique ascendante, et la logique issue du terrain* »

PE8 : « *nous on milite pour qu'il y ait un lieu de rencontre de construction, d'élaboration où chacun se respecte* ».

Absence de continuité du personnel institutionnel

PE8 : « *dans les institutions, les AS changent souvent et il faut à chaque fois refaire un peu la formation* »

PE15 : « *on a eu affaire à des techniciens dans les institutions qui se renouvellent extrêmement régulièrement. Il y a un moment où tous les ans on était convoqués et on nous demandait c'était quoi notre projet* »

Personne dépendante

PE8 : « *On a toujours trouvé dans l'institution des gens qui ont un rapport à leur propre institution beaucoup plus proche de nos valeurs à nous, et qu'ils aient des espèces d'alliance thérapeutique* »

PE9 : « *il y avait une animosité d'une personne de la DRAS qui nous avait dans le nez* »

Absence de fédération comme organisme de défense et de lobby

PE21 : « *on n'a pas de fédération malheureusement encore* »

La communication a aussi pu être améliorée par certains leviers.

Existence de personne ressource parmi les professionnels ou extérieure pour communiquer avec les institutions

PE18 : « *Aujourd'hui c'est un métier de monter des demandes de subvention, construire des budgets* »

PE21 : « *X qui n'est pas soignante mais qui du coup a l'habitude de gérer des budgets, de parler sous avec les institutions, qui était connue des institutions. Il y avait donc tout un lien personnel de confiance.* »

Alternance entre le rapport de force pour obtenir financement et compromis pour maintenir lien

PE16 : « *avoir les capacités à faire des compromis qui vont être porteurs et qui vont faire qu'on va trouver les sous* »

Absence de demande de financements pour les frais de fonctionnement

PE1 : « *nous on débarquait en disant qu'on ne leur prendrait pas un sous d'argent de fonctionnement, ce qu'on fait toujours d'ailleurs maintenant. Et du coup, à ..., ils ont au moins entendu cette phrase-là* »

c. Moyens mis en œuvre pour avancer

En plus des leviers mis en place pour améliorer la communication, de nombreux moyens ont été mobilisés pour faire avancer le lien entre les professionnels et les institutions.

i. Multiplication des échanges et médiatisation

La multiplication des lieux et formes d'échanges, avec les institutions permettait d'améliorer le lien avec les institutions. Les différents espaces de participation cités étaient :

Congrès :

PE1 : « *Aujourd'hui il y a une fan attitude ; les gens sont fans de nous, ils nous invitent partout, discuter de tout et de rien (...) ça a l'air presque bizarre, on est les têtes de gondoles des collocs* »

Participations aux débats politiques :

PE8 : *« on a beaucoup participé au référentiel métier de la médiation en santé, aux articles de lois. Les médiatrices ont été invitées au sénat pour aller défendre leur métier (...) On a comme tradition de faire avancer les choses au niveau institutionnel, et on est reconnu là-dessus. »*

Médias :

PE8 : *« tu vois aussi le documentaire « ... » a joué un rôle important car il a été diffusé ; cela a permis de faire passer cette idée là. »*

Réseaux sociaux :

A1 : *« ce que je trouve chouette aussi dans leur projet c'est qu'ils ont ce côté alternatif mais ils utilisent quand même les outils modernes : Facebook, pub, on parle de nous, aller dans les congrès, communiquer. »*

ii. Informer les partenaires et financeurs de l'avancée du projet

A1 : *« il y a tous les partenaires du quartier, l'ARS pour les tenir régulièrement au courant du projet, et ne pas venir que pour quémander en disant direct on a besoin d'argent, montrer aux gens le sens du projet et ensuite les besoins financiers mais pas arriver direct avec les besoins. »*

iii. Appui sur les réseaux

PE15 : *« en fait le président était présent hier à la journée des centres de santé et ils ont parlé des centres de santé communautaire (...) « on peut vous soutenir, on a pleins de pistes à vous donner » »*

A1 : *« Quand on se sert bien des réseaux on peut garder sa raison d'être et aller chercher les infos dont on a besoin et le soutien dont on a besoin. »*

iv. Participations aux espaces préexistants pour favoriser les partenariats

PE1 : *« on fait des efforts vis à vis de ces institutions, pour rentrer dans le jeu des espaces qu'elles proposent (...); on est ultra disponibles mais aussi parce que cela se joue aussi dans des rapports de partenariats »*

v. La persévérance permettait finalement d'obtenir des réponses

PE1 : « *petit à petit on montre qu'on n'est pas juste des idéalistes, et qu'en fait on est dans une capacité de travail assez importante, et c'est ça qui petit à petit va dénouer des choses vis à vis des institutions sur « ah ouais mais en fait ils vont aller au bout donc, il y a un moment où, bon, il va peut être falloir discuter avec euh ; c'est pas juste des hurluberlus ».*

PE21 : « *on a quand même persisté »*

PE1 : « *Il a fallu leur montrer qu'on irait au bout comme on l'avait pensé, et que les portes on va les ouvrir, même si on doit foutre des coups de pieds dedans »*

vi. Réflexion territoriale comme argument de crédibilité et de professionnalisme

PE21 : « *il n'y a pas souvent des médecins généralistes qui pensent aux enjeux de santé publique notamment et du coup on avait une certaine crédibilité au niveau des techniciens de l'ARS »*

PE2 : « *ce truc là a circulé de partout dans les institutions et a quand même vachement contribué à ce qu'on se dise « ok ils ont quand même fait du boulot »*

vii. Diagnostic communautaire comme expertise et améliorant la compréhension du projet

PE1 : « *institutionnellement on nous appelait déjà, entre ce rapport d'activité et l'ouverture, pour notre expertise sur la façon de faire un diagnostic de santé (...) Du coup ça a apaisé les tensions d'un peu de partout.»*

PE2 : « *ils ont aussi mieux compris ce qu'était la santé communautaire avec ce truc, sur les déterminants de la santé et tout (...) notamment à la Métro qui aujourd'hui nous soutient pas mal, et dans pas mal d'institutions. »*

viii. Recueillir des données pour prouver résultats

PE11 : « *il y a des démonstrations qui commencent à être faites ; ils mettent en avant des réalités, des types de personnes accueillies, des problématiques auxquelles on se confronte »*

PE11 : « *on peut montrer aussi qu'en fait c'est économe comme modèle »*

ix. Co-construction du modèle de financement avec les institutions

PE11 : « *Pendant plusieurs mois, on va, toute l'équipe, de manière séparée, travailler avec les services de l'ARS (...) on va avoir des temps de travail en commun, où on va creuser tout*

ce qui faisait originalité dans ce modèle, mais dans le détail d'organisation, combien ça coûte, comment il faut financer... »

x. Existence de crises avec menace de fermeture ayant permis de remobiliser les financeurs

PE7 : *« C'est quand on a pris cette décision d'arrêter que cela a fait un petit électrochoc au niveau de certaines instances institutionnelles »*

PE1 : *« c'est la question de l'urgence, ils sont allés chercher 200 000 euros quand ils sentaient qu'on n'était pas loin de se barrer »*

Rassembler les financeurs en urgence

PE11 : *« Mettre tout le monde autour de la table : tous les financeurs, tous les services concernés, y compris s'ils devaient poser des limites »*

Faire venir sur le terrain pour montrer le projet

PE10 : *c'était la première fois qu'ils se mettaient dans une posture de venir sur place entendre, comprendre comment ça fonctionnait*

La création des centres de santé communautaire a été marquée par un lien complexe de co-dépendance avec les institutions.

Les créateurs ont exprimé des ressentis difficiles (violence, combat, injustice, abandon des quartiers populaires, épuisement, non reconnaissance du travail fourni).

La relation initiale était chaotique, en lien avec plusieurs freins : l'incompréhension du projet par les institutions, un mépris envers le collectif de professionnels, et des difficultés de communication.

Des moyens ont finalement été mis en œuvre pour avancer : multiplication des échanges et médiatisation, appui sur les réseaux, réflexion territoriale comme argument de crédibilité et de professionnalisme, réalisation d'un diagnostic communautaire, menace de fermeture ayant permis de remobiliser les financeurs.

IV- Logistique

a. Envahissante

Certains créateurs décrivaient une phase logistique importante pouvant envahir la réflexion du projet de santé.

PE15 « *Au début c'était plutôt un échange, un débat d'idées ; (...) c'est un temps qui a été assez important et après assez rapidement on s'est fait prendre dans les enjeux très pratiques.* »

b. Volet économique

i. **Accompagnement pour recherche de subventions**

N'y étant pas formés en tant que soignants, plusieurs groupes abordaient la nécessité de bénéficier d'un accompagnement pour la recherche de financements à la création.

PE21 : *Il y a une autre personne qui nous a permis d'arriver au projet c'est X (qui gérait le planning pendant 8 ans, qui n'est pas soignante mais qui du coup a l'habitude de gérer des budgets, de parler sous avec les institutions). On avait l'impression qu'on était des professionnels de santé et qu'on n'arrivait pas à parler aux techniciens des subventions.*

A1 : « *On a repris les différents financements : Métro (Métropole), FSE (Fond Social Européen), etc. ; mon rôle c'était surtout de les aider à prendre du recul sur ce qui était faisable, pas faisable. Je leur ai donné plusieurs contacts.* »

ii. **Financement création**

La phase de création était une phase complexe à financer. Les créateurs ont utilisé plusieurs moyens pour cela.

Temps de bénévolat pouvant créer des inégalités dans le groupe

PE2 : « *on a passé du temps à chercher des sous pour ce pré-projet, c'est-à-dire pour pouvoir embaucher des gens pour ce temps de travail* »

PE17 « *eux c'était le bénévolat, leur temps ; j'ai admiré aussi ce côté-là de l'investissement sur le projet.* »

PE2 : « *les problèmes, enfin c'est classique dans une équipe de bénévoles, et en plus ce n'était pas que des bénévoles vu que Benji était salarié, de décalage d'investissement, en même temps dû à plein de facteurs, que en même temps les gens ayant des métiers différents (...) que du coup des décalages de pouvoir potentiellement dans le projet.* »

Chômage

PE2 : « *à un moment, on n'avait plus de sous, donc ça a été le chômage qui a financé nos temps de travail* ».

PE9 : « *On a bricolé beaucoup aussi ; il ne faut peut être pas le mettre mais moi j'étais aux ASSEDIC, toi aussi.* »

Investissement de fonds propres

PE2 : « *il faut quand même se rendre compte que pour réussir à monter ça, on a mis des fonds propres (et pas mal même) dans une association.* »

Financement spécifique de la phase exploratoire du quartier

PE15 : « *on a été financés pour enquête action innovante par l'ARS, qui a permis, avec le labo d'anthropologie et avec le salariat à mi temps d'un d'entre nous, un an avant l'ouverture, de vraiment prendre un temps d »'aller vers » que cela soit de rencontre vers les professionnels que vers les habitants et prendre aussi de la hauteur grâce aux anthropologues.* »

Par ailleurs il existe des freins au financement de cette création.

Soutien dépendant du contexte politique local

PE11 « *En 2010, il y a changement de culture (...) il (directeur général ARS 1) il a reçu le projet de manière bien plus favorable que n'importe quel autre correspondant de n'importe quelle autre institution* »

PE7 : « *Il y a un frein il est financier : de convaincre les institutions, et ça c'est au gré des politiques* » ;

PE1 : « *On se retrouve toujours dans des enjeux politiques. Et ça c'est des freins et des avantages, selon le moment politique. Typiquement heureusement qu'on a chopé à peu près, enfin qu'on était dans une démarche de 200 000 euros avant le changement politique à la région, quoi.* »

A1 : « au niveau des politiques, c'est tellement dépendant de la préoccupation du moment de la préoccupation de la ville, du politique »

Livraison d'un projet tout fait

PE3 : *on est arrivés avec ce projet clef en main, tout bien ficelé ; ils n'ont pas besoin d'attirer le collectif là à ce moment là. D'un point de vue de l'aide qu'on pourrait nous apporter sur le territoire, ça joue en notre défaveur. »*

A1 : « quand on arrive avec un projet tout prêt, la commune ne ressent pas le manque de professionnel puisque les professionnels sont là en disant on veut s'installer (...) c'est logique en stratégie politique. »

Absence de désertification médicale complète à la création :

PE3 : « On est arrivés presque trop tôt dans la zone ; on est arrivés avant que cela soit le drame au niveau sanitaire ici »

Mais il existait aussi des leviers.

Financement en lien avec le territoire

PE1 : « il y avait l'idée de s'installer dans une zone où il y a en avait besoin, enfin pour être utiles à cet endroit là, et aussi parce que c'est là où potentiellement il y a des aides. »

E1 « Ils vont se mettre en zone sensible. Les villes ont envie que cela bouge là-dedans ; donc c'est un peu facilitant pour trouver des aides des communes. »

Capacité du collectif à faire des compromis sur le projet pour obtenir des financements

PE15 : « c'est un sujet que l'on n'a pas vraiment choisi ; on se l'est fait imposer ; au moment où la ville a enfin décidé de nous louer le lieu, ils nous ont fait comprendre qu'il ne fallait pas qu'on s'appelle centre de santé communautaire »

PE21 : « c'est un jeu d'équilibriste constant de mots clefs sur un dossier, et dans la pratique, comment on garde notre cap de santé politique »

iii. Financement fonctionnement

L'autre volet du financement était celui du financement des frais de fonctionnement (dont les salaires) des centres de santé communautaire qui était assurés par différents moyens.

Appels à projets annuels mais incertains

PE9 : « *Cela ne nous a pas empêché de demander des subventions. On a déposé des dossiers d'appels à projets ; et du coup il y avait différents thèmes autour de la prévention* »

PE15 : « *mais on stresse quand même. En fait ce n'est pas tant qu'ils vont nous en donner que la manière d'avoir de l'argent sur du fonctionnement c'est de répondre à des appels à projets extrêmement pointus. Et du coup qui nous permet d'avoir un financement tous les ans ; mais c'est toujours extrêmement précaire.* »

Actes

PE1 : « *il y a une rentabilité directe de notre activité, avec les actes, avec le fait qu'il y a la sécurité sociale* »

PE20 : « *Le plus gros de nos entrées c'est la carte vitale et le paiement à l'acte* »

Emplois aidés :

PE7 : « *Il y avait deux trois expériences à proximité, sur les femmes relais ; qui n'étaient pas sur le champ de la santé, mais vraiment sur le champ social et culturel ; Ces trois expériences, c'étaient les emplois aidés, dispositifs d'insertion subventionnés, ont amené le ministère (Aubry à cette époque), a réfléchi à proposer le dispositif adulte relais (...) Aujourd'hui on est toujours sur ce dispositif : ici on a encore deux postes de médiatrice financés par ce dispositif.* »

Financements privés :

PE11 : « *SID action qui a voulu soutenir au moins sur une phase de démarrage. Cela n'aurait pas tenu sans ces crédits là. Car c'était quand même beaucoup d'argent.* »

La recherche de financement par les équipes était marquée par une volonté d'autonomie pour différentes raisons.

Volonté d'indépendance

PE4 : « *on a fait le choix d'être indépendants de la part de subvention, et du coup c'est quand même la pierre angulaire* »

PE1 : « *un des piliers sur lequel on a construit notre équilibre budgétaire, c'est pas plus de 20% de notre budget doit dépendre de subventions, d'appel à projet.* »

A1 : « Si c'est un truc géré par les Mairies ça fait très peur à l'ARS car ça va être très lié au politique et donc ça peut fermer. »

A1 : « Au début je pense qu'ils avaient un peu le sentiment d'être récupérés par tout le monde. »

De nombreux freins limitent l'obtention de financements à la hauteur des besoins.

Fluctuation des subventions

PE7 : « on avait perdu des financements ; c'était super difficile »

PE9 : « c'était la baisse des subventions ; ça a commencé en 2008. Puis à peu près tous les deux ans. On a failli fermer. »

Absence d'engagement pérenne des financeurs générant une angoisse important pour les membres des centres de santé communautaire

PE10 : « 2006-2008 : on n'a quasiment aucun financement public »

PE9 : « à chaque fois c'est du rajout ; c'est vraiment parce qu'on a appelé à l'aide »

PE11 : « c'est du soutien, mais ce n'est pas du financement de fonctionnement »

Non reconnaissance de la santé globale avec volonté forfait global

PE20 : « dans notre philosophie ce serait plutôt la médecine au forfait qui nous conviendrait (qui conviendrait au pays entier) »

PE9 : « Le fond du problème c'est le mode de financement d'un centre de santé communautaire comme celui-là ; ce n'est pas du tout satisfaisant d'être financé à coup de demandes de subventions. C'est l'histoire du forfait global. »

Absence de financement de la prévention

PE9 : « L'origine du projet c'est quand même de faire en sorte d'intégrer la prévention pour que les gens consultent moins souvent. Et on se retrouve dans un truc complètement paradoxal de devoir augmenter les actes. »

PE13 : A partir du moment où on ne fait pas que du soin qui rapporte, ça pose forcément la question de « comment on fait ? »

A1 : « puis il y a le non financement du principe de santé communautaire, enfin trouver des financements pour de la prévention oui, mais uniquement pour faire une action ponctuelle très ciblée. Donc pour faire des groupes, faire émerger par les patients leurs problématiques,

faire des actions avec les patients leurs problématiques, ce n'est quand même pas ce qui est le plus facilement finançable. »

Pérennité du budget par des salaires bas

PE1 : *Pour être plutôt pénard, on a des niveaux de salaires, on a décidé des salaires égalitaires ; on a des niveaux de salaires qui ne sont pas forcément très hauts mais au moins on est pénards la dessus.*

Mais inquiétude de la pérennité de la structure pour certaines classes de professionnels avec ces salaires bas

PE2 : *« mais est ce qu'on continuera à trouver des médecins qui veulent bien être payés 1700 euros par mois, en leur vendant bien du rêve mais du coup est ce que ça, ça tiendra bien dans le temps ? ça c'est quand même un gros truc. »*

c. Enjeux de recrutement pérennes des médecins

i. Freins

Vision individuelle de la santé et médico-centrée transmise en formation initiale notamment

PE8 : *« on est dans des professions de santé dans la démarche médicale mais aussi formés à l'exercice individualiste et que la force de ce projet, c'est que tout en respectant la dimension individuelle de la relation avec le patient, on est en capacité de dépasser ça pour construire un projet collectif ; et c'est ce passage qui est difficile. »*

PE12 : *« Parmi les freins, il y a des facteurs liés dans la manière dont on nous apprend l'exercice de la médecine en France (...); je pense qu'avant même l'internat, au sein même des études médicales, il faudrait enseigner la santé globale. On nous apprend la médecine comme la maladie, comme le corps malade, mais l'objet du corps malade n'est pas lié qu'à la médecine. »*

Crainces non spécifiques à l'installation

PE12 : « *Il y a l'ambiance plus globale des médecins qui ne s'installent plus : les médecins qui au lieu de mettre 3 ans, mettent 10 ans à s'installer, avec cette sensation et ce besoin de liberté ; un rapport à l'installation et à l'enfermement que cela peut créer. »*

Immaturité professionnelle en début d'internat

PE11 : « *Ces jeunes médecins que l'on voit ici, bah sur les 50 ou 60, on en a vu peu qui ont dit : moi je veux faire ça, et veux faire ça demain. On en a vu beaucoup qui ont dit : ça m'intéresse mais je pars 6 mois faire autre chose ; quand je reviens j'aurais 2 mois mais je repars après 8 mois. »*

Formation à l'exercice libéral

PE12 : « *dans la formation médicale, on nous apprend à faire un business plan pour créer un cabinet de médecine générale : on ne nous apprend pas ce qu'est un centre de santé, ce que c'est d'être salarié (...), on est clairement orientés vers un travail de médecine libérale. »*

Contraintes liées au salariat

PE14 : « *Le salariat c'est super mais c'est des contraintes aussi : il faut poser ses vacances, il faut faire ses horaires. C'est des contraintes qu'un médecin n'a pas forcément envisagées pour sa vie professionnelle. »*

ii. Leviers

Temps de travail permettant équilibre vie privée/vie pro

PE14 : « *on est assez exigeant dans le soin que l'on veut apporter aux gens, à la qualité de notre accueil ; et en même temps on veut pouvoir le soir, quand on a fini, on ferme la porte, et profiter de notre vie à nous. »*

PE13 : « *médecin heureux, patients heureux »*

Maîtrise de stage pour faire connaître le projet et lien avec les facultés

PE12 : « *je suis arrivée comme bénévole via le groupe d'interne qui travaille sur la question du droit de séjour pour raison médicale ; j'ai fait mon dernier stage de SASPAS ici ; ensuite j'ai signé le contrat pour être salarié »*

A1 : « Ce qui peut favoriser la pérennité, c'est de communiquer (...) dans les facts, montrer ce qui se fait (...), et être maître de stage pour que des internes puissent expérimenter et que ça leur donne goût, et donc pouvoir recruter. »

d. Volet juridique

i. Centre de santé et non pas une Maison de Santé Pluridisciplinaire pour décloisonner le sanitaire et le social notamment

PE18 : « Eux (l'institution) ils voulaient qu'on se mette en MSP (...); mais nous on n'était pas des libéraux installés qui voulions se regrouper »

PE15 : « la question de l'équilibre financier dont on a été super conscient dès le début alors qu'une MSP où il n'y a pas de salariat où il n'y a pas forcément énormément de gens qui ne passent pas la carte vitale (...) nous on était tellement dans un truc décloisonné de faire du médico psycho-social qu'on savait depuis le début qu'on aurait des médiateurs santé, des accueillants, des infirmiers qui ne seraient pas sur un travail à l'acte mais plutôt sur de la prévention. »

ii. Statut associatif pour salarier, impliquant un cadre légal

PE15 : « Au début quand on a créé l'association Z on n'était pas du tout sur un truc avec un président ou un trésorier secrétaire même si on était obligés pour des raisons pratiques de déclarer comme ça à la Préfecture. »

PE2 : « après dans cette année là, ce qu'on a fait, euh, enfin un des 1ers constats c'était qu'on avait besoin de temps de travail sur ce projet et qu'on ne l'avait pas, et que voilà, et que du coup on a décidé d'embaucher PE1, du coup de créer une association, qui allait permettre d'embaucher PE1, en mettant des sous initialement c'était des fonds à nous »

iii. Volonté de rester dans le droit commun

Plusieurs groupes de créateurs ont rappelé leur volonté que le projet soit inscrit dans le droit commun, et ne soit pas un lieu en marge réservé à une tranche de la population.

PE1 : « il y a un moment, on est dans le système de santé, on est dans l'agglomération aussi. On n'a pas décidé d'ouvrir un squat autogéré de santé (...) Et du coup vu qu'on n'a pas fait ce choix, il y a un moment il faut être en lien avec tout le monde aussi, et il y a vraiment de l'intérêt à y être, et pour nous, et pour les usagers. »

PE15 : « C'était extrêmement important à la fois de proposer autre chose que ce qui existe ; mais en même temps de ne pas être sur un dispensaire ou si un truc comme ça existe à médécins du monde : on voulait être sur du droit commun (...) d'être un lieu où on est des médécins généralistes où on est du 1^{er} recours comme dans n'importe quel autre quartier. »

iv. Mode de gouvernance

Horizontale

PE15 : « Et dès le début le collectif a été pensé sur des prises de décisions en collectif. »

PE9 : « l'organisation c'était clair que c'était en autogestion dès le début. Cela ne s'est d'ailleurs même pas posé, cela n'a pas été trop formulé, c'était une évidence. »

Hierarchique avec une direction

PE13 : « sous la forme actuelle, c'est plutôt quelqu'un qui nous facilite le travail dans le sens où elle arbitre sur certaines questions, sur l'accueil ; c'est important d'avoir une directrice qui rappelle le cadre qu'il faut que cela soit fait, c'est vrai, que les horaires soient faits (...) j'ai l'impression que cela ne m'empêche pas de donner mon avis »

e. Lieu d'accueil et de soin

Plusieurs groupes de créateurs décrivaient les difficultés rencontrées pour obtenir un lieu adapté à leur projet.

Les exigences des professionnels pour ce lieu étaient les suivantes :

Lieu de soin et de bien être

PE15 : « Pour créer un lieu où on est plus dans le soin, dans le vivre ensemble, c'était important que les gens aient l'impression de rentrer dans une maison que dans un hôpital »

PE17 : « Maintenant les gens disent « on est bien on est chez nous » »

PE15 : « les discours des patients qui sont arrivés les 1ers jours en nous disant : « on est déjà à moitié soigné » » le fait qu'il y ait un lieu aussi beau, aussi grand.

Implanté dans le quartier

PE1 : « c'est que un jour ce centre de santé il soit totalement intégré à la vie du quartier, que la vie du quartier elle y passe, et que du coup on y fasse un peu partie de la vie du quartier »

Accessible pour les habitants

PE20 : « tous ces habitants qui ne connaissaient ce château que de l'extérieur, qui ne savaient pas qu'il y avait des peintures à l'intérieur alors que cela fait 40 ans qu'ils côtoient le château ; c'était un peu comme une réquis' »

PE21 : « sur ce lieu il y a vraiment une histoire politique de partage des richesses »

Permettant le bien être au travail pour les professionnels

PE18 : « c'est aussi pour moi une grande source de motivation. Si je travaillais en bas d'une barre, je ne sais pas si je resterais de la même manière au château. »

PE15 : « cela joue beaucoup sur la motivation des salariés »

Existence d'espace(s) d'appropriation possible par les habitants

PE4 : « laisser d'autres espaces pour que les gens puissent s'en emparer. »

Finalement, les professionnels et les habitants décrivaient le lieu comme :

Lieu d'accueil

E1 : « Il y a l'accueil déjà qui joue beaucoup ; le fait que quand y arrive, on y est bien. On est bien accueilli »

Lieu de confiance

PE5 : « Comme ils disent les habitants, quand ils viennent ici, « on est chez nous », ce n'est pas comme la Mairie. « on se sent bien, on est comme chez nous » ; il y a ce sentiment de confiance qui est établi. »

E1 : « Et on est bien accueilli. C'est comme ça qu'arrive la confiance. »

Lieu vitrine

PE15 : « Il y a un impact énorme avec les partenaires, tout le monde veut voir le lieu »

Lieu de vie

PE21 : « c'est aussi de démedicaliser, ça c'est hyper important : ne pas être dans des lieux aseptisés tout blanc, mais plutôt quelque chose de vivant »

f. Adaptation des patients à une nouvelle structure et nouveaux soignants

Comme dans toute création de structure, mais plus encore dans ces lieux inhabituels, les patients ont dû s'adapter, avec des plaintes diverses.

Modification des prises en charges :

E1 : « on ne lui a pas donné de médicaments alors qu'elle avait l'habitude d'en avoir. Et ensuite elle a été très réticente en disant : « je ne comprends pas ces médecins ; moi, mon médecin il me donne ça, les antibiotiques automatiquement quand j'ai ça, je me connais bien. » Et là, elle est revenue il n'y a pas si longtemps, et elle a changé son, euh, ça va mieux. »

PE14 : « qu'il y avait une représentation des patients de se dire « le médecin est là pour prescrire ». et voilà ; nous ce n'est pas forcément comme ça qu'on voit notre rôle. »

PE15 : « c'est à dire que le ... qui est là à la base plutôt pour faire remonter des idées, partager des projets etc., était devenu une sorte de maison des plaintes. Et essentiellement centré sur notre manière de travailler c'est à dire de prescrire peu, peu d'antibiotiques. »

PE14 : « c'est le lot de tout médecin qui s'installe après un médecin qui n'a pas les mêmes habitudes. Voilà, comme on était nouveaux, en plus on a été taxés de jeunes, d'incompétents. »

Modification de la temporalité de prise en charge :

E1 : « En tant qu'usager on n'a pas la même temporalité qu'en tant que professionnel et quand on n'est pas bien on veut tout de suite. Et quand on dit non on ne peut pas, c'est compliqué. Moi mon médecin quand je l'appelais j'avais rendez-vous tout de suite. »

Désaccord organisationnel avec les soignants :

E1 : « elle avait son fils qui avait une rage de dents. Et ils n'ont pas pu le prendre. Elle était depuis le début avec nous à les défendre. Et son mari l'a très mal pris. Il a dit « ils ont du temps pour donner un café et pour discuter avec nous, mais pas pour prendre du temps pour soigner mon fils quand il est malade » ».

PE15 : « il y a des gens qui continuent à ne pas forcément apprécier notre fonctionnement. »

Engagement politique revendiqué :

E1 : « *C'est ce qui a été abordé à par des usagers : on veut bien parler de tout mais il ne faut pas faire de politique ici, ce n'est pas le lieu. Parce qu'on doit pouvoir soigner tout le monde. »*

Après la création du collectif, et la construction du projet de santé, les étapes plus « logistiques », décrites parfois comme **envahissantes**, ont été : l'élaboration d'un **budget pérenne**, la recherche de **financements** (pour la phase de création et pour le fonctionnement), l'obtention d'un **lieu de soin et d'accueil** adapté au projet, la **construction juridique** du centre (statut, gouvernance) avec pour volonté de rester dans le **droit commun**.

SYNTHESE DES RESULTATS

Au total, les principaux freins à la création des centres de santé communautaire retrouvés dans cette étude sont : la gestion des ressources humaines, la difficulté à faire comprendre les valeurs du projet (la médiation, la promotion santé, la vision politique de la santé), le caractère énergivore de la création avec le risque d'usure, la nécessité de compétences variées pour les créateurs, la relation complexe avec l'institution (en lien avec l'incompréhension du projet par les institutions, un mépris envers le collectif de professionnels, et des difficultés de communication), l'absence de financement pérenne pour la santé globale, l'obtention d'un lieu adapté au projet.

Les principaux leviers sont : les accompagnements extérieurs, les outils d'éducation populaire, l'existence d'un collectif soudé grâce à des temps d'échange nombreux, une modification permanente du fonctionnement par l'expérimentation, l'intégration réfléchie de nouveaux membres, la co-construction d'un projet commun, le travail d'interprofessionnalité ; un projet de santé solide grâce à des rencontres nombreuses et régulières entre créateurs, l'existence d'une phase exploratoire (recherche documentaire, rencontre avec les pairs, participation des sciences humaines et sociales), le travail approfondi

d'identification des besoins et d'implantation dans le quartier, l'évolution du projet avec les réalités du terrain, l'expérience collective antérieure des créateurs, l'accompagnement extérieur, les postures des soignants se voulant horizontales favorables aux partages des savoirs et à la participation des usagers, l'existence d'espaces dédiés à cette participation ; la satisfaction apporté par le projet qui venait répondre à un besoin d'alternative professionnelle pour les créateurs. Les leviers ayant permis l'amélioration des relations avec l'institution étaient : multiplication des échanges et médiatisation, appui sur les réseaux, réflexion territoriale comme argument de crédibilité et de professionnalisme, réalisation d'un diagnostic communautaire, menace de fermeture ayant permis de remobiliser les financeurs.

Tableau 4 : Analyse thématique

<p>CREATION DU COLLECTIF</p>	<p><u>Construction progressive du collectif</u> Temps d'échange nombreux dès la création Modification permanente du fonctionnement par l'expérimentation Gestion difficile des ressources humaines Inclusion du personnel d'accueil dans le projet Intégration de nouveaux professionnels à différentes étapes Gestion de degrés d'investissement</p> <p><u>Professionnels d'horizon différents créant un socle commun</u> <u>Construction de l'interprofessionnalité :</u> hétérogénéité socio-culturelle partage compétences enjeux de pouvoir de l'individuel au collectif</p> <p>Partir de l'humain Collectif soudé pour porter projet commun</p> <p><u>Facteurs ayant permis au collectif de tenir sur la longueur et pérennité de l'équipe</u> Organisation d'évènements positifs et valorisants Célébrer les victoires Maintenir des temps conviviaux Accompagnement extérieur par des associations d'éducation populaire Garder un collectif à taille humaine Fierté et bonheur apporté par le projet Création d'un outil de travail satisfaisant Soutien possible au sein de l'équipe Construction personnelle en parallèle Organisation de rituels annuels Résilience</p>
------------------------------	---

CREATION D'UN PROJET DE SANTE COMMUNAUTAIRE

Historique de création

Influence de la personnalité des créateurs

Rencontres régulières et fréquentes

Phase exploratoire et outils mobilisés :

Recherche documentaire

Rencontre avec les pairs et compagnonnage en France et à l'étranger

Apport de la recherche et des sciences humaines et sociales
bonne connaissance et compréhension du territoire
réalisation d'un diagnostic communautaire

Implantation dans un quartier populaire

Choix du quartier

Questionnements suscités

Accompagnement nécessaire

Importance de la participation à la vie du quartier

Partenariats avec les acteurs du territoire

Vision globale de la santé et promotion santé

Vision politique de la santé

Vision positive de la santé

Place centrale de la prévention

Réduction des inégalités sociales de santé

Ateliers collectifs et éducation populaire

Médiation et habitante dans le collectif de professionnels

Amélioration de la qualité des soins et la relation de confiance
soignant soigné

Favorise accès aux soins

Aide à l'identification des besoins

Tiers pour faire coller idéaux au réel

Projet vu par les professionnels

Amélioration conditions de travail
Implantation dans le quartier favorisant la pérennité
Possibilité d'un équilibre vie privée/vie professionnelle
Travail en accord avec ses valeurs
Amélioration de la qualité des soins
Possibilité de dépasser les limites institutionnelles
Lieu d'expérimentation
Socle solide, travaillé, réfléchi
Fierté et satisfaction du travail accompli
Le terme de militant risquant de discréditer le projet
Projet « risqué »
Création énergivore avec risque d'usure
Nécessite compétences autres que le métier
Projet venait répondre à un besoin d'alternative
Engagement personnel fort à la création

Participation habitante

Projet modulable selon les besoins
Espaces libres pour permettre l'appropriation
Posture des professionnels
Existence d'espaces dédiés
Définir clairement les niveaux de participation attendue selon les espaces
Temps conviviaux pour créer lien entre professionnels et usagers
Echange réciproque vie du quartier/vie du centre
Place de l'accompagnement et de l'éducation populaire pour faciliter la participation

Habitants dans le projet

Accueil du projet par les habitants
Vision de la relation avec les médecins du centre

**RELATION
COMPLEXE AVEC
L'INSTITUTION**

Ressenti difficile des professionnels

- Combat
- Colère
- Sentiment d'injustice et d'abandon des quartiers populaires
- Méfiance initiale
- Epuisement et sentiment de violence liés aux négociations

Relation chaotique initiale

- Incompréhension du projet par institutions
- Mépris envers le collectif de professionnels
- Rôle central de la communication pour la réussite du projet

Moyens mis en œuvre pour avancer

- Multiplication des échanges et médiatisation
- Informier les partenaires et financeurs de l'avancée du projet
- Appui sur les réseaux
- Participations aux espaces préexistants pour favoriser les partenariats persévérance
- Réflexion territoriale comme argument de crédibilité et de Professionnalisme
- Diagnostic communautaire comme expertise et améliorant la compréhension du projet
- Recueillir des données pour prouver résultats
- Co-construction du modèle de financement avec les institutions
- Existence de crises avec menace de fermeture ayant permis de remobiliser les financeurs

Envalissante

Volet économique

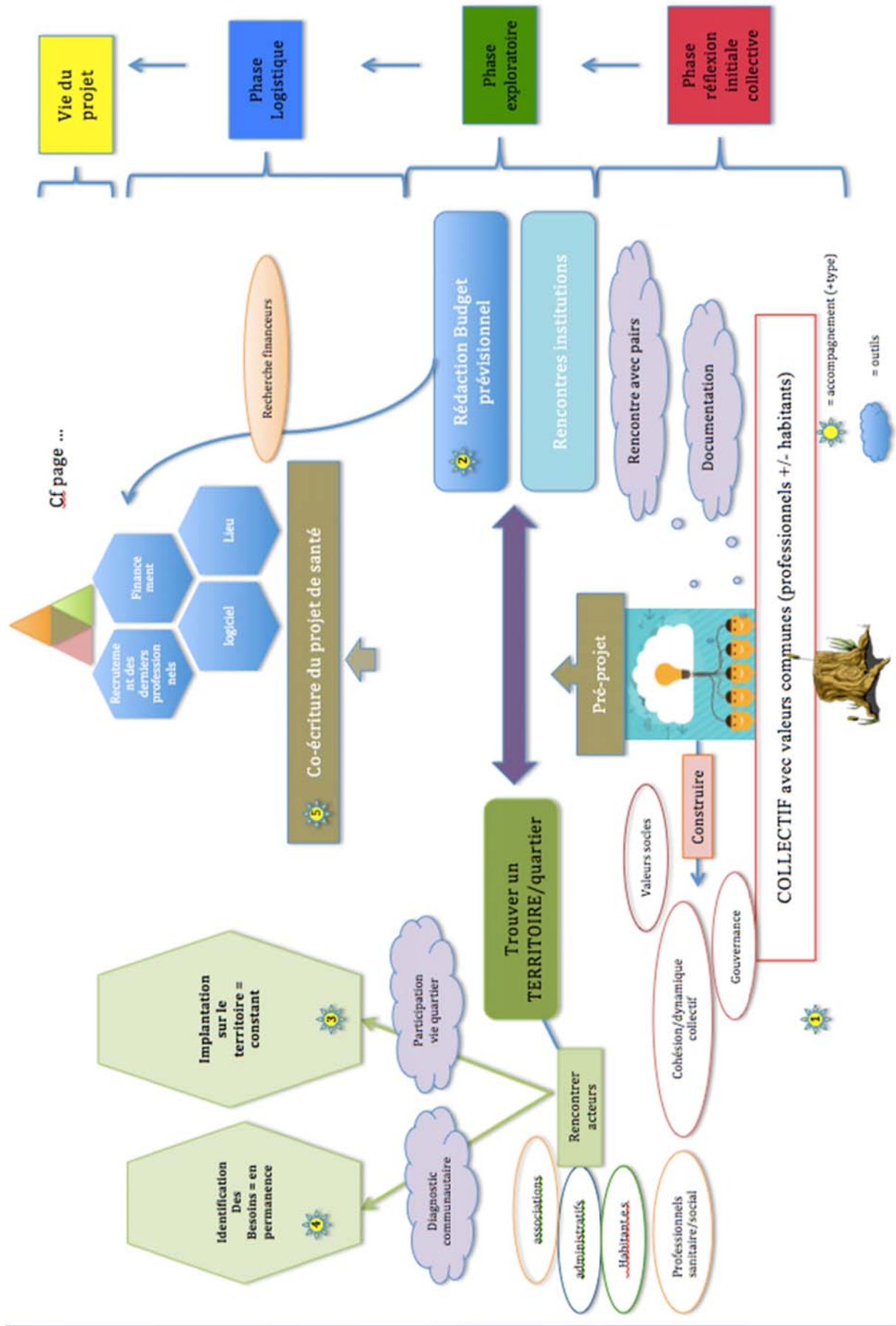
- Financement de la création
- Financement du fonctionnement

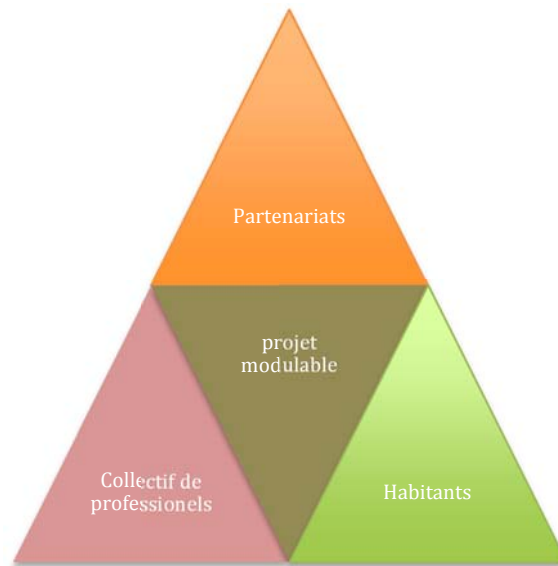
Enjeux de recrutement pérenne des médecins

<p>LOGISTIQUE</p>	<p><u>Volet juridique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Centre de santé et non MSP Statut associatif Rester dans le droit commun Gouvernance <p><u>Lieu d'accueil et de soin</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Lieu de soin et de bien être Implanté dans le quartier Accessible pour les habitants Permettant le bien-être au travail pour les professionnels Existence d'espace(s) d'appropriation possible par les habitants Lieu d'accueil Lieu de confiance Lieu vitrine Lieu de vie
--------------------------	--

Ci-après :

Figure 3 : La modélisation des étapes de création de centres de santé communautaire





LEGENDE : quelques sources d'accompagnements possibles



1. Pour le travail du collectif, la gouvernance : SCOP formation/éducation populaire : scop la turbine à graines, scop l'orage, scicabulle, crefad...

2 et 3. Pour identifier les besoins, et travailler l'implantation dans un quartier, puis susciter la participation : scop la turbine à graines, scop le contrepied, Institut Renaudot, chercheurs en sciences humaines (sociologues, anthropologues...)...

4. Pour l'écriture du budget prévisionnel : GRCS (groupement régional de centre de santé), FNCS (fédération national des Centres de santé)...

5. Pour l'écriture du projet de santé : GRCS, FNCS, FFMPS...

Pour tous : les paires dans les autres centres de santé communautaire

DISCUSSION

A. ANALYSE DES DONNEES CONFRONTEES A LA LITTERATURE

I- Les centres de santé communautaire : une alternative à l'insatisfaction et à la souffrance professionnelle de certains professionnels de santé ?

Plusieurs créateurs ressentaient la nécessité de trouver une alternative professionnelle après des expériences professionnelles ou des études médicales vécues avec souffrance. La mise en place d'un projet différent les motivait et cette motivation était essentielle et nécessaire pour la réussite des créations.

a. La souffrance des étudiants en médecine et des jeunes médecins comme incubateur pour la création

Deux tiers des étudiants en médecine, et jeunes médecins hospitaliers présentaient en 2017 (61), une anxiété, 27,7%, des symptômes dépressifs, et 24% d'idées suicidaires. Cette étude était descriptive et n'en expliquait pas l'étiologie. Les conditions de travail (non respect des droits, exposition aux remarques sexistes, racistes ou homophobes), le statut de l'externe pourraient en être responsable, selon l'ANEMF en 2012 (62). Dans cette enquête 30% des répondants ne s'estimaient pas satisfaits de leurs études.

b. Qui est à l'origine de ces centres de santé communautaire : sont-ils isolés ? *Des mobilisations diverses pour modifier la formation médicale et trouver des alternatives pour une santé globale*

La volonté d'alternative décrite par les créateurs ne semble pas isolée puisque différents professionnels d'horizons différents se mobilisent depuis plusieurs dizaines d'années. La prédominance du modèle biomédical au cours des cursus semblent inquiéter certains philosophes et sociologues. (63), (64)

Des collectifs d'étudiants en santé ont été créés et ont travaillé collectivement l'autoformation, parfois à contre-courant des revendications syndicales. Ils défendaient des valeurs de solidarité, une vision globale de la santé, et souhaitaient mettre en évidence les

enjeux politiques qui traversent le monde de la santé (et absents dans la formation médicale initiale). (65)

On ne peut quantifier ces mouvements étudiants, mais d'autres encore s'expriment régulièrement dans une revue « pratiques, cahiers de la médecine utopique » qui associe les regards des professionnels de santé et des sciences humaines et sociales.

Ces mouvements ne sont pas récents : en 1974, des soignants posaient dans la Charte du syndicat de médecine (66) générale des fondamentaux similaires. Leurs utopies s'exprimaient sous la forme d'USB (Unité Sanitaire de Base) dont une seule a existé en France entre 1983 et 1986 à Saint Nazaire. Ces lieux, à contre-courant du climat politique de l'époque, n'ont pas pu perdurer (67).

La généralisation des centres de santé s'était, à cette époque, aussi heurtée à de nombreux freins, en dépit des solutions qu'elle apportait à la crise de la médecine générale.(68)

Cécile Fournier a suivi les créateurs d'une MSP dans un quartier prioritaire et doute de la collaboration des acteurs de soins primaires pour une approche de santé publique. Idéal non atteint au Québec (69), l'hypothèse émise par l'auteure est celle « d'une utopie nécessaire aux professionnels pour rester engagés dans des pratiques difficiles, notamment auprès de populations en situation de précarité ? ».

c. Une autre alternative : la médiation pour l'amélioration de l'accompagnement des personnes par les professionnels de la santé

L'accès au droit et aux soins, est décrit comme une priorité dans la lutte contre les inégalités de santé, lorsqu'on sait que 26% de la population métropolitaine âgée de 18 à 64 ans a déclaré avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. (70). La médiation semblait aussi être une force pour les créateurs dans la réussite de leur projet, et décrite comme un levier pour les professionnels accompagnant des personnes en situation de précarité. Les missions de la médiation dans le cadre de ces centres de santé sont diverses (71) : aider des personnes en difficulté dans leurs démarches de soins et de prévention : accès aux droits, accompagnement individuel et collectif, concertation pluri-professionnelle, aide à la compréhension du diagnostic, du traitement et du parcours de soin... Les usagers exprimaient leur satisfaction face à ce dispositif. De façon empirique, les médiatrices estiment que la résolution du problème (ouverture des droits, coordination...) est obtenue environ 3 fois sur 4 (72). Cependant, la médiation semble venir pallier un manque de service public.(73)

d. Equilibre vie privée/vie professionnelle

Certains des créateurs citaient comme besoin la nécessité d'un équilibre vie privée/vie professionnelle, alors que d'autres rappelaient les difficultés engendrées par ce type de projet, notamment en termes d'engagement à la création, et au moins dans les premières années d'installation. La thèse de médecine générale d'Elsa Lemaignant (74) compare la qualité de vie des médecins généralistes exerçant en ambulatoire (salariés vs libéraux) en Rhône-Alpes. Il semblait que le statut de salarié, à conditions de travail équivalentes, pourrait améliorer le niveau de satisfaction subjectif, le niveau de qualité de vie global, et celui lié à la santé. Cependant, le mode d'exercice ne semblait pas modifier l'exposition aux situations aux risques professionnels. Par ailleurs, les centres de santé communautaire étant, pour la plupart en autogestion, d'autres paramètres sont à prendre en compte, en lien avec la vie du collectif notamment ; la volonté d'indépendance de ces centres, ainsi que la part importante de postes non reconnus par le financement à l'acte et insuffisamment reconnus par l'accord national. Ces éléments ajoutent une contrainte financière et donc une source potentielle d'anxiété pour les professionnels, par rapport aux centres de santé pris en compte dans cette étude dont les modalités d'organisation ne peuvent être comparées à celles des centres de santé de notre thèse.

II- Les centres de santé communautaire et la promotion de santé pour réduire les inégalités sociales en santé s'installent difficilement en France

Le mouvement de promotion de santé, et donc de la Charte d'Ottawa, peine à institutionnaliser sa vision de la santé publique en France. (75) Un des résultats principaux de l'étude était la difficulté à la mise en place d'un projet de santé communautaire en France fondé sur les valeurs de la promotion santé, ainsi que son incompréhension auprès des institutions. Différents éléments de la littérature apportent des éléments de compréhension.

a. Les freins à la promotion santé et changements de pratiques nécessaires

Modifier les comportements ou agir sur les environnements : vers quelles responsabilités?

Historiquement, la déclaration d'Alma Ata, puis la Charte d'Ottawa, venaient s'imposer comme une alternative au paradigme biomédical en cherchant à agir sur les environnements plutôt que sur les comportements des individus (75).

Ce débat autour du choix pour les stratégies d'amélioration de la santé, entre les actions sur les environnements ou sur les individus est largement traité par Réal Morin dans un article comparant la promotion santé en France et au Québec (13). En France, pour améliorer la santé de la population, l'accent est mis sur des mesures ciblant les individus. Le Québec insiste d'avantage sur des mesures ciblant les environnements. Entre les années 1970 et 1980, un important mouvement de recherche et d'expérimentations visant les changements de comportements. Nombreuses théories psychologiques, s'appuyant sur des fondements théoriques solides, visait la prédiction ou le changement planifié de comportements (76).

Avec l'étude des notions d'attitudes, de connaissances, de croyance, d'apprentissages cognitifs, affectifs ou psychomoteurs, plusieurs auteurs ont proposé des modèles très élaborés de planification d'interventions d'éducation visant la modification des comportements. Les théories sont largement reprises par le monde du commerce et des affaires. (74)

Pourtant, on s'est rapidement rendu compte qu'influencer les comportements individuels était une tâche difficile, qui donnait des résultats très limités, s'il n'y a pas d'action qui vise à agir sur les environnements dans lesquels les gens vivent. (78)

D'autres professionnels issus des sciences humaines (79) s'insurgent contre les messages de prévention visant les comportements néfastes des individus, et imputant à chacun la responsabilité de sa santé. Ils rappellent qu'en parallèle, ces discours culpabilisants passent aussi sous silence la responsabilité industrielle et politique dans la nocivité de notre environnement quotidien. Il ne s'agit certes pas, pour l'auteure, de renoncer aux discours de santé publique. Mais elle suggère qu'il faut faire la part entre une responsabilisation nécessaire et une culpabilisation illégitime. « Mettre en place d'un côté une véritable éducation à la santé, qui permette aux individus de prendre conscience de la dangerosité de certaines habitudes ou pratiques. Mais il faut aussi assumer une certaine fermeté politique face à des pressions industrielles et économiques qui épuisent les individus ou sacrifient des populations lourdement exposées à des éléments toxiques ». Qu'il s'agisse de l'alimentation industrielle, des toxiques présents dans les solvants, peintures, les plus précaires sont souvent

ceux qui y sont les plus exposés, majorant une fois de plus les inégalités de santé. D'autres professionnels, (80) dans le champ de l'éducation à la santé, s'interrogent sur l'efficacité et le caractère éthique de leurs interventions sur les individus se situant au bas de l'échelle sociale. En effet, comme déjà explicité précédemment, s'intéresser uniquement aux facteurs intra-individuels des comportements de santé (connaissances, attitudes, compétences), revient à « attribuer implicitement la responsabilité exclusive de leurs choix, de leurs comportements, et en conséquence de leurs échecs », à ceux qui sont déjà désavantagés en termes de ressource et d'opportunité. Considérer que les personnes malades comme responsables de leur état de santé (en raison de leur comportements vis-à-vis des soins, ou d'habitudes de vie) est contraire aux principes affichés dans la charte d'Ottawa (81).

Géraldine Bloy souligne, elle aussi, « la normativité sociale et la violence symbolique des messages relatifs aux styles de vie jugés malsains, presque toujours ceux des classes populaires ».(82)

Le médecin généraliste et la promotion santé : des freins importants

Si ces débats autour de la responsabilité individuelle de l'état de santé pourraient concerner principalement les politiques de santé publique, le médecin généraliste a un rôle central dans la prévention, l'éducation à la santé et la promotion santé.(82) Rappelons qu'en France, quand il est question de promotion santé, c'est plutôt d'éducation à la santé dont il est question. (75) Une étude qualitative à partir d'une centaine d'entretiens de médecins généralistes, visant à explorer la diversité des positionnements des généralistes en prévention primaire. L'auteure conclut que finalement il ne s'agit pas uniquement de s'intéresser aux pratiques de prévention des médecins généralistes puisque ces dernières ne seraient que déclinaisons locales de ce qui a été pensé plus en haut, (83) , pour finalement imposer des normes de vie des personnes. L'auteur décrit aussi les problèmes de positionnement des professionnels censés mettre en œuvre ces dispositifs (bien-fondé scientifique ou moral, bonne manière de les évoquer en consultation face à la diversité des leurs patients). Ces questions autour de l'autorité médicale peuvent se rapprocher de celles posées par Foucault autour des biopouvoirs en son temps.

Méconnaissance de la santé communautaire et de la promotion santé :

La méconnaissance des données relatives aux enjeux de santé communautaire (et donc à la promotion de santé), étaient citées dans notre étude comme l'un des freins à son application en France, d'une part par la confusion entre la promotion santé et l'éducation à la santé.(75), et d'autres part la méconnaissance de leur efficacité et leur efficience. (84)

Des enjeux économiques comme frein à la promotion de la santé :

Une autre difficulté de la promotion santé serait qu'elle ne peut être défendue par des groupes dont les intérêts économiques sont contraires(85) : son application serait donc limitée par la pression des groupes industriels (alimentation, tabac...).

Caractère subversif du projet

Dans la littérature, un autre élément est cité comme frein à l'inscription de la promotion santé dans les institutions de l'Etat : le caractère subversif du projet. Les exemples cités sont : remettre les citoyens au cœur des décisions qui les concernent, ainsi que l'avenir de leurs enfants, et dénoncer les risques liés à certaines pratiques commerciales. (86)

La promotion santé : Vers un partage des savoirs entre professionnels et usagers : changement de postures nécessaires

La bio-médicalisation était la suite logique de la révolution pasteurienne mais dominait alors le champ de la santé et des institutions de recherche et de formation sur lesquelles se fondait la légitimité des professionnels. Une des autres conséquences est la suivante : « le progrès scientifique vient conférer à ceux qui détiennent la connaissance médicale une autorité et une légitimité à prescrire ce qui doit être fait pour résoudre les problèmes de santé publique délégitimant ainsi la contribution de la population. »(75) La promotion santé s'inscrit dans une reconnaissance des savoirs des populations, et vient donc à l'encontre de la toute puissance médicale.

b. Education thérapeutique, éducation populaire et promotion santé : quelles postures pour répondre aux besoins des usagers ?

Les créateurs expliquaient vouloir partir des besoins des usagers et patients. Ils s'interrogeaient notamment sur leurs postures, exprimant la volonté de laisser au second plan leurs postures d'experts et donc leurs savoirs théoriques (« savoirs froids »), au profit des savoirs expérientiels/de vie (« savoirs chauds »). Ces éléments se rapprochant des questionnement de Cécile Fournier sur l'ETP (87). Les démarches d'éducation thérapeutiques, et de promotion santé imposent une vigilance sur quatre éléments principaux que l'on retrouve dans les entretiens :

- L'attention donnée au vécu, aux souhaits des personnes et la possibilité de participer aux décisions.

- L'articulation des différents professionnels (dont les patients-intervenants) : Cela implique de travailler sur les enjeux de pouvoirs présents au sein des équipes, mais aussi à intégrer les savoirs expérientiels des patients-intervenants (et même des patients non intervenants et donc non formés), et donc à repenser le pouvoir médical et son savoir théorique, pour s'éloigner d'une vision bio-médico-centrée, et vient bousculer le modèle très hiérarchisé des professions de santé.
- Le pouvoir de la médecine sur les choix de santé et par là les conditions de l'avènement d'une démocratie sanitaire.
- L'objectif fixé par ces pratiques qui peuvent être plus ou moins émancipatrices : Favorisent-elles plutôt l'adhésion aux prescriptions des soignants, ou bien la capacité des personnes à faire leurs propres choix en matière de santé ?

L'éducation populaire, un levier pour la réalisation des projets de santé des centres de santé communautaire

Les créateurs citaient le rôle de l'éducation populaire comme levier à la création, mais aussi tout au long du projet. Brigitte Sandrin met en évidence une convergence de valeurs entre la charte de promotion de la santé et celle de l'éducation populaire : équité sociale, démocratie par la participation individuelle et communautaire, coopération, respect de la personne et de son environnement(88). Les méthodes d'éducation populaire développées, inspirées de la pédagogie de la libération, du brésilien Paulo Freire, visent à faire avec ceux qui sont concernés et non pas à leur place, en se basant sur les besoins des personnes.. Pour P. Freire, il ne s'agit pas d'apprendre ni de transmettre à l'interlocuteur, mais plutôt de rechercher avec lui les moyens de transformer le monde dans lequel il vit. Les connaissances se construisent dans le dialogue. Si on le transpose à la relation soignant-soigné, ou lors des séances d'ETP, on en revient ainsi à la reconnaissance des savoirs des patients comme un élément indispensable à la relation. Le médecin n'est plus l'expert, mais apprend lui-même au contact du patient. Cela nécessite avant tout, pour l'éducation thérapeutique, d'avoir un programme ancré sur la réalité des personnes. Plus tard, Ira Shor défendra une pédagogie émancipatrice en laissant le programme se construire à partir des besoins des apprenants. De nouveau, si l'on transpose à l'ETP, on se rend compte que les sessions sont souvent organisées autour des connaissances à transmettre ou des compétences à acquérir : les messages à délivrer, le déroulement sont prévus à l'avance ; il s'agit donc d'une démarche contraire à une éducation émancipatrice : quelle que soit la méthode utilisée, même si les

outils permettent une participation et une expression des patients, il s'agit d'un modèle vertical de transmission, et non d'une co-construction. Dans les théories de Freire et Shor, les savoirs théoriques ne viennent pas clore le débat mais plutôt le nourrir. Finalement, il s'agit avant tout de connaître l'objectif qui est fixé lorsqu'un soignant ou un éducateur s'engagent dans une action de prévention, de promotion de la santé ou d'éducation thérapeutique : cherche-t-on à lui donner plus d'autonomie pour être capable de répondre aux attendus du soignant ? Ou cherche-t-on à lui redonner du pouvoir d'agir pour faire ses propres choix relatifs à sa santé en lien avec sa réalité et ses besoins, même s'ils ne sont pas ceux attendus dans les recommandations de bonnes pratiques?

c. Une vision politique de la santé : agir sur les environnements seuls ne suffit pas à réduire les inégalités sociales de santé

Créer des environnements favorables à la santé exige nécessairement d'intensifier la lutte contre la pauvreté, et contre les écarts de l'état de santé entre les groupes de la société (13). R. Morin cite un exemple de programme de soutien intensif pour les familles les plus pauvres au cours de la grossesse et dans les cinq premières années de vie de l'enfant. Ce programme est construit à partir des meilleurs modèles étudiés dans le monde. Malgré tout, les recherches québécoises sur ce type d'intervention montrent qu'aucune gamme de services ne réussira à contrer complètement les effets de la pauvreté et le transfert intergénérationnel, maintes fois observé, du phénomène de la pauvreté. Il s'agit donc de la nécessité de s'attaquer aux causes structurelles de la pauvreté. On comprend là la dimension politique de la santé telle qu'elle est citée dans les entretiens. On comprend aussi que le soutien de ces projets soit très dépendant du mouvement politique en cours.

d. Difficultés de communication entre professionnels et institutions : Incompréhension des projets comme frein à leur développement

Parmi les autres difficultés citées pour permettre la création d'un centre de santé communautaire, on retrouvait des enjeux de communication avec les institutions, en lien notamment avec un décalage de langage. Ce décalage de langage était aussi le reflet d'un décalage de culture professionnelle retrouvé dans une publication de Cécile Fournier (89). On retrouvait un certain nombre de difficultés communes à la création des centres de santé communautaire, installés dans ces mêmes quartiers comme la nécessité de traduire le projet sous une forme acceptable par les autorités. Il y a eu des tentatives de traduction entre plusieurs domaines de pratiques (ceux de la clinique, de la santé publique, des politiques, des

managers, des financiers, et même des sciences sociales). Tout cela nécessite des compétences que la plupart des créateurs n'avaient pas à l'origine. Les leviers proposés sont de plusieurs ordres : par exemple celui de l'accompagnement extérieur, incluant dans leurs équipes des personnes formées au langage institutionnel.

e. Bonne implantation sur le territoire comme levier pour la création des centres de santé communautaire

Par ailleurs, les créateurs faisaient aussi part des leviers qui leur avaient permis de mener à bien leur projet dont la nécessité d'une bonne implantation dans le territoire, avec l'ensemble des acteurs (institutionnels, associatifs, du sanitaire, du social...) (90,91). Cette coordination est le plus souvent limitée aux acteurs issus du sanitaire et du social, notamment grâce à l'organisation récente des CPTS. Marquant une volonté d'amélioration de la prise en charge de la population et de leur territoire, et sortant de la vision solitaire de la médecine de premiers recours qui existait dans le passé, ces regroupements ne devraient pas négliger les acteurs du champ associatif. Ces derniers permettent à la fois le lien avec les habitants ; et surtout, leur connaissance du territoire est riche.

III- La participation des usagers, élément central de la santé communautaire

Les créateurs ont cité plusieurs éléments comme levier à la participation : postures favorables des professionnels :

- la question des postures a été en grande partie traitée dans le paragraphe précédent,
- l'existence d'espaces dédiés : ces espaces sont présents dans les rapports d'activité des différents centres qui ne pourront être cités pour le respect de l'anonymat. On y retrouve des espaces d'échange, de décisions avec une volonté d'égalité usagers - professionnels (1 voie = 1 vote), de débats, de co-construction (vie du centre, envies, besoins, révoltes) regroupant des usagers, des professionnels. Les usagers peuvent aussi faire partie des conseils d'administration et de comités spécifiques (souvent appelé CHUC : comité habitant usager citoyen). On retrouve dans ces espaces l'identification des besoins et donc l'adaptation possible du projet à ceux-ci. D'autres espaces comme « l'accueil libre » peuvent aussi être un lieu de recueil.

La formulation claire du niveau de participation attendu était citée par les créateurs comme un facteur de réussite de participation habitante. Plusieurs modèles existent pour différencier ces niveaux de participation, dont l'échelle de Arnstein.

L'échelle de la participation de Sherry ARNSTEIN - 1969		
8	Contrôle citoyen : une communauté locale gère de manière autonome un équipement ou un quartier.	Pouvoir effectif des citoyens
7	Délégation de pouvoir : le pouvoir central délègue à la communauté locale le pouvoir de décider un programme et de le réaliser.	
6	Partenariat : la prise de décision se fait au travers d'une négociation entre les pouvoirs publics et les citoyens	
5	Conciliation : quelques habitants sont admis dans les organes de décision et peuvent avoir une influence sur la réalisation des projets.	Coopération symbolique (tokenisme)
4	Consultation : des enquêtes ou des réunions publiques permettent aux habitants d'exprimer leur opinion sur les changements prévus.	
3	Information : les citoyens reçoivent une vraie information sur les projets en cours, mais ne peuvent donner leur avis.	
2	Thérapie : traitement annexe des problèmes rencontrés par les habitants, sans aborder les vrais enjeux	Non-participation
1	Manipulation : information biaisée utilisée pour « éduquer » les citoyens en leur donnant l'illusion qu'ils sont impliqués dans le processus.	

Tableau 5 : échelle de Arnstein (niveaux de participation)

Pour comprendre les niveaux de participation possibles des usagers et des patients en France, il est nécessaire de reprendre l'historique de la participation (cf. partie « contexte »). Le principal constat retrouvé dans la littérature (30) consacrée à la démocratie sanitaire, est que la participation des usagers se retrouve principalement dans les instances de représentation. La participation directe des citoyens à la santé n'est pas incitée, et peu développée. C'est aussi ce que relève le rapport « l'An II de la démocratie sanitaire ». (31) Il propose neuf recommandations dont la nécessité de développer une « politique de formation et de recherche en faveur de la participation des usagers, à destination des professionnels », « la participation aux projets des services et des pôles », « permettre aux plus vulnérables de s'impliquer dans les mécanismes de participation » (avec notamment la formation de binôme avec un médiateur). En effet, la participation des usagers doit notamment permettre de répondre aux besoins des usagers, y compris ceux qui sont toujours absents des espaces d'expression et de décisions.

V- Création du collectif et pérennité du collectif : freins et leviers

Dans l'ouvrage « micropolitique des groupes. Pour une écologie des pratiques collectives » (92), les auteurs s'appuient sur les réussites et les échecs de collectifs militants, pour proposer des formes d'organisation. Cet ouvrage aborde les mêmes éléments que ceux apportés par les créateurs. Le chapitre « rôles » nous rappelle «de ne pas oublier l'aspect nécessaire de la lenteur dans le processus collectif», comme le disaient certains créateurs. Cécile Fournier rappelle, elle aussi que le fonctionnement pluri-professionnel est un « processus lent de transformation des modalités d'interaction et des cultures professionnelles » (89). En effet, de manière plus large que les collectifs de professionnels, l'hétérogénéité au sein d'un groupe est une caractéristique commune à tous les collectifs (associatifs, militants ou non, bénévole ou non, professionnels...). Cette hétérogénéité était décrite par les créateurs comme une force et parfois comme un frein. Starhawk dresse ainsi une série de portraits éthologiques de « rôles implicites » que l'on retrouve peu ou prou dans la plupart des groupes (93). Il s'agit de rôle qu'une personne aura spontanément tendance à prendre d'un groupe (timide, orateur...). L'identification de ces rôles permet notamment, de ne pas considérer ces différences comme des fatalités, et favorise ainsi une expression mieux répartie de la parole de chacun. Ces rôles peuvent aussi être vus et reconnus comme des forces (le « corbeau » anticipe les problèmes, le « dragon » permet de rester connecter aux aspects pratiques...).

D'autres créateurs abordaient le risque d'un investissement devenant sacrificiel. Cette précaution était aussi relevée dans « micro politique des groupes ». Mais les auteurs ne cherchaient pas à incriminer les individus si certains quittent le projet après un épuisement lié à celui-ci, mais cherchaient plutôt à penser l'organisation du collectif pour éviter cela.

Cécile Fournier a montré que le travail collaboratif sur le projet de santé favorisait la confiance, la connaissance mutuelle et l'émergence d'un travail collectif.

Les créateurs citaient la nécessité de la cohésion du collectif autour d'un projet commun. Il est avéré que l'augmentation de la « proximité » entre professionnels constitue un élément majeur pour favoriser le travail coopératif. Cette notion de « proximité » peut être décomposée en cinq dimensions, comme le propose Boschma (94) : géographique, organisationnelle, sociale, cognitive (rappelant ainsi les valeurs communes des créateurs dès le départ), institutionnelle. La co-construction d'un socle commun était décrite comme un élément central au projet, tout comme la nécessité d'adaptation permanente du projet et du fonctionnement interne à partir de l'expérience et des retours des usagers, comparables

respectivement à la charpente (qui correspond au socle), et au mouvement interne. La charpente définit un certain nombre de repères. Le mouvement interne permet au groupe d'évoluer au sein de cette charpente.

Les créateurs abordaient la nécessité de connaître et de travailler sur les enjeux de pouvoir qui existent dans chaque groupe. Il s'agissait d'abord de les identifier, de les nommer, puis de les travailler en permanence. Foucault remarque ainsi que « dire qu'il ne peut pas y avoir de société sans relation de pouvoir ne veut pas dire que celles qui sont données sont nécessaires, ni que de toute façon le « Pouvoir » constitue au cœur des sociétés une fatalité incontournable ; mais que l'analyse, l'élaboration, la remise en question des relations de pouvoir, et de « l'agonisme » entre relation de pouvoir et intransivité de la liberté, est une tâche politique incessante ». (95)

VI- Modèle de financement à l'acte : réponse incomplète pour la santé globale

Un des freins à la création des centres de santé communautaire était l'absence de financement prenant en compte la réalité de leur projet, c'est-à-dire la prise en charge globale de la santé, le décloisonnement entre le sanitaire et le social, les actions de préventions (et notamment les actions collectives), la participation habitante, la médiation en santé. Pour comprendre ces enjeux de financement, il faut d'abord connaître le mode de financement actuel des soins en France, les alternatives étrangères, et les projets possibles d'évolution actuellement envisagés pour répondre aux enjeux actuels relatifs à la santé de la population.

Les principaux enjeux actuels sont :

- l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques (89) qui nécessitent un exercice coordonné entre professionnels du sanitaire et du social, l'augmentation du temps nécessaire à la prise en charge de ces patients
- la reconnaissance des déterminants de la santé nécessitant une prise en charge adaptée aux besoins des populations, pouvant être différentes d'un territoire à l'autre, et ne pouvant se limiter à la prise en charge médicale isolée. L'idée étant de pouvoir démedicaliser la médecine, faire diminuer la consommation de médicaments et d'intervention médicale grâce à une prise en charge plus globale, et non uniquement curative. (96)
- l'augmentation des inégalités de santé sur le territoire (97)

- le vieillissement de la population
- une volonté de la part de l'Etat de contrôler les dépenses de santé

Les papiers retrouvés dans la littérature pour aborder le financement de la santé en France dans le cadre des soins primaires abordent souvent cela sous l'angle du revenu des médecins généralistes. Bien que la médecine générale occupe une place centrale et reconnue dans le système de santé, il s'agit là plutôt d'explorer le financement global des soins.

En France actuellement, la rémunération des médecins généralistes est répartie majoritairement sur la part d'activité (tarification à l'acte) pour 87%, contre 13% de part forfaitaire. Pour les paramédicaux en ville, l'écart est plus marqué encore : 98% d'actes pour 2% de forfait. Pourtant, de nombreuses critiques ont été faites sur le paiement à l'acte. Parmi celles-ci on retrouve l'absence de dimension collective dans les prises en charge, une nomenclature n'intégrant pas la prévention, la globalité, le psychosocial mais privilégiant les interventions ponctuelles (56). La tarification à l'acte incite à privilégier les actes remboursés sans qu'ils ne soient nécessairement rentables sur le plan sanitaire. Des études ont notamment reconnu l'existence de comportement de demande induite (98).

Dans le chapitre du Handbook of Health Economics qu'il consacre au comportement du médecin, McGuire (2000) propose la définition suivante : « la demande induite existe quand le médecin influence la demande de soins de son patient dans un sens différent de l'intérêt maximal du patient, tel qu'il est identifié par le médecin ». Cela a pu être montré en médecine générale notamment lorsque la densité médicale est forte et que des médecins augmentent le nombre d'actes pour maintenir leur revenu, puisqu'il existe un lien direct entre le revenu des médecins généralistes et le nombre d'actes réalisés, qu'ils le soient ou non dans l'intérêt premier du patient. Ces pratiques sont aussi retrouvées à l'hôpital. La tarification à l'acte est aussi un frein à l'approche populationnelle (il n'est pas prévu de recueil des données de santé local en soins de premiers recours, en vue d'une politique de santé publique adaptée). (96) Il n'y a pas, avec cette tarification de valorisation de la qualité ni de la coordination de soins pertinents. (97)

On lui reconnaît cependant son efficacité pour la médecine curative, notamment chez les patients non atteints de pathologie chronique (97). Une comparaison internationale a bien montré que le système de soins en France est efficace pour la médecine curative mais en retard, voire défaillant, pour la médecine préventive (99). Un article portant sur les missions de santé publique des médecins généralistes rappelle que « la pénétration des démarches de santé en médecine générale doit s'accompagner des mesures permettant de la libération de temps médecin. Sans cela, le médecin généraliste ne pourra s'investir dans le recueil de

données, leur analyse, les choix et décisions en matière d'organisation du travail de santé publique de l'unité de santé à laquelle il appartient » (incluant ses confrères, et les autres acteurs locaux : ville, quartier, communauté de commune). Cette vision multipartenaire rejoint une vision de santé communautaire. Il reconnaît aussi « la nécessité d'une organisation différente du travail et l'indemnisation des professionnels investis hors de la réalisation des actes quotidiens face aux patients », sortant ainsi de l'unique colloque singulier médecin-patient. (90)

Une base forfaitaire est versée aux médecins généralistes depuis 1997 (mise en place du médecin référent). Depuis les années 2000, les médecins reçoivent une partie de leur rémunération sous forme forfaitaire rémunérant la qualité des soins (suivi des patients en affection longue durée...). A partir de mars 2009, sous la base du volontariat, les médecins traitant peuvent aussi être rémunérés à la « performance » sur des objectifs (ROSP) de dépistage (cancers...), de prévention (vaccination...), de suivi des pathologies chroniques, d'efficience des prescriptions (utilisation systématique de génériques)... Cette ROSP a pu être critiquée par un certain nombre de médecins refusant d'y adhérer, comme en témoigne la thèse de Lanja ANDRIANTSEHENO HARINALA(100) portant, par une approche qualitative, sur les raisons exprimées de ce refus. Le syndicat de la médecine générale, syndicat voulant réinscrire la médecine dans le champ du politique et du social, (à ne pas confondre avec le syndicat des médecins généraliste France), la décrit comme « un outil de rémunération qui incite financièrement à pratiquer selon des critères discutables qui peuvent entrer en contradiction avec les intérêts ou les souhaits du patient », « un objet comptable au service de ses (CNAM) finances et un moyen d'amadouer les médecins ». En 2010 des mesures d'incitation au renforcement d'exercice pluri professionnel (sous la forme de MSP, de pôle ou de centre de santé) avec les Expérimentations de nouveaux mode de rémunération (ENMR). Elles visent à financer des activités de coordination de nouveaux services aux patients (éducation thérapeutique collective, coopération...). La FNCS (fédération nationale des centres de santé) dénonçait cependant la répartition inéquitable des financements entre maisons et centre de santé.

Voyons maintenant quelques exemples à l'étranger. Les avantages et les inconvénients des différents modes de financement sont résumés dans le tableau 6, issu d'une synthèse documentaire(101), et ayant pour force de ne pas se limiter à une question d'efficience, en explorant aussi l'amélioration de la qualité des soins.

Maisons Médicales Belges : forfait par capitation

Ces maisons médicales pratiquent la « santé intégrée » incluant les approches curatives, préventives, de réhabilitation. En plus de la prise en compte des déterminants de la santé, il y a aussi une approche communautaire où actions de prévention et démarches auprès de la population font partie de la stratégie d'action. La population qui y est soignée est en majorité défavorisée, cumulant des difficultés sociales, économiques. La capitation est un système où l'unité de soins est rétribuée en fonction du nombre d'abonnés auxquels elle assure les soins. Le patient qui s'inscrit dans cette unité de soin s'engage à faire appel à celle-ci qui s'engage à donner les soins. L'assurance (publique, en France la sécurité sociale) s'engage à payer les forfaits. Cette approche permet de ne plus distinguer les actes rémunérés (remboursés selon la nomenclature) et les actes non rémunérés (prévention...). Il n'y a plus non plus de hiérarchie entre les différents professionnels qui participent tous à l'amélioration de la santé globale de la population auprès de laquelle ils interviennent.(56)

Grande Bretagne NHS

La médecine générale qui constitue un des trois piliers du système de santé (avec les services communautaires et les hôpitaux) a une administration séparée qui passe des contrats avec les médecins. La part la plus importante de la rémunération du médecin est un montant fixe annuel (forfait) par patient (capitation), auquel s'ajoutent des frais de fonctionnement et le paiement à l'acte pour certaines prestations (vaccination, visite de nuits...). Depuis 1991, l'évaluation des besoins basée sur des données empiriques permet le calcul d'une capitation pondérée. Parmi les variables on peut retrouver : la proportion de population retraitée vivant seule, la proportion de population active au chômage, la proportion de maladie chronique...

	Paiement à l'acte	Capitation	Salariat
Définition du mode de rémunération	Les revenus dépendent du nombre d'actes effectués, de la composition des actes (plus ou moins rémunérateurs) et du prix des actes (tarifs fixés en France pour les médecins du secteur 1 ; tarifs libres en France pour les médecins du secteur 2 ou aux États-Unis).	Une somme forfaitaire annuelle par patient inscrit auprès du médecin ; son montant peut varier selon les caractéristiques du patient (âge, sexe, maladie chronique, milieu socio-économique...). Elle est indépendante de la fréquence des consultations et du volume de soins prodigués. Le nombre total de patients peut être plafonné.	Un salaire mensuel fixe, basé sur une durée de travail fixée, et indépendant de l'intensité de l'activité pendant ce temps de travail.
Exemples de pays concernés (1)	France (MG + la moitié des MS), Canada, Allemagne, États-Unis	Royaume-Uni (pour les MG)	Finlande (pour les MS), France (pour la moitié des MS), Danemark (pour les MS), Royaume-Uni (pour les MS)
Pour augmenter ses revenus, le médecin doit	Augmenter le nombre d'actes effectués (si les tarifs sont fixés), en augmentant le temps de travail ou en raccourcissant la durée accordée à chaque consultation.	Augmenter le nombre de patients inscrits sur sa liste (si le nombre maximum de patients n'est pas fixé). À nombre de patients fixé, pas de lien entre nombre d'actes et revenu.	Augmenter le nombre d'heures travaillées (heures supplémentaires). À nombre de patients fixé, pas de lien entre nombre d'actes et revenu.
Effets sur les dépenses de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de surproduction de soins : incitation à la multiplication des actes pour augmenter les revenus ; - Incitation à la demande induite (quand la densité est élevée ou quand les tarifs des actes diminuent) ; - Sans « <i>gate-keeper</i> », les patients ont la possibilité de consulter plusieurs médecins pour une même maladie ; - Niveau de dépense connu <i>ex-post</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune incitation à la multiplication des actes et à la demande induite ; - Maîtrise du niveau de dépense <i>ex-ante</i> ; - Systèmes de paiement moins coûteux que le paiement à l'acte. 	
Effets sur la qualité des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Incitation à répondre à la demande et à satisfaire les besoins des patients ; - Soins de qualité ; - Incitation à la productivité (effet néfaste si la durée de la consultation est positivement corrélée à la qualité des soins) ; - Aucune incitation à la prévention : actes curatifs plus que préventifs. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incitation à satisfaire les besoins des patients ; - Faible incitation à la qualité : risque de trop réduire le volume de soins prescrits, le nombre et la durée des consultations si le médecin est responsable d'un budget global (qui inclut aussi les prescriptions) ou de reporter les patients vers d'autres structures (spécialistes, hôpital) si ce n'est pas le cas ; - Aucune incitation à la productivité - Incitation à la prévention et à la prise en charge globale du patient (susceptible de limiter leur production d'actes et donc leur effort). 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible incitation à répondre à la demande et à satisfaire les besoins des patients ; - Faible incitation à la qualité : risque de réduire le temps des consultations et le volume de soins prescrits ; - Incitation à minimiser le nombre de consultations (création de files d'attente) ; - Aucune incitation à la productivité (salaire fixe).
Effets sur l'accès aux soins	- Les dépassements et, plus généralement, la multitude des tarifs des actes médicaux peuvent creuser les inégalités d'accès aux soins.	- Incitation à la sélection des patients les moins « à risque » (d'autant plus lorsque le forfait inclut aussi les médicaments et soins prescrits par le médecin).	- Incitation à la sélection des patients les moins « à risque ».

Notes de lecture :

(1) Il s'agit ici du mode de paiement dominant pour les médecins de chacun des pays. Ainsi, aux États-Unis, la majorité des médecins généralistes et spécialistes sont payés à l'acte, mais certains sont payés à la capitation ou sont salariés.

(2) MG = médecin généraliste ; MS = médecin spécialiste.

Tableau 6 : les propriétés des systèmes de paiement

Devant la nécessité de transformer le financement du système de santé face aux enjeux actuels, le rapport Aubert « Task Force » a été publié début 2019(97). Il s'inscrit dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, lancée en février 2018 par le premier ministre et la Ministre des solidarités et de la santé. Ce rapport rappelle deux défis majeurs

- corriger les éléments « de sous qualités » du système de santé dont la réduction des inégalités de santé
- « maîtriser l'évolution des dépenses de santé sans paupériser le système de santé »

Les constats qui sont fait reprennent certains reproches faits à la T2A : « le financement favorise insuffisamment la qualité, la prévention et la coordination ; et peut inciter à la réalisation de soins non pertinents ». Le rapport rappelle la nécessité d'une vision populationnelle, d'un financement adapté à la diversité des besoins des patients, d'une réorientation du système centré actuellement essentiellement sur le soin curatif, vers le préventif (les modalités relatives à la prévention secondaire et tertiaire sont majoritairement citées, contrairement à la prévention primaire). Les finalités de la réforme sont présentes sur la figure 3. Il s'agit donc d'un financement combiné. Parmi les éléments en lien avec notre travail de thèse, on peut relever : la reconnaissance des conditions de vie (et donc probablement des déterminants de santé) nécessitant une prise en charge adaptée : « le montant du forfait devra différer en fonction de l'état clinique du patient et de son histoire personnelle », l'évaluation de la qualité des soins en partie par la qualité ressentie par les patients, l'existence de besoins spécifiques à chaque territoire (mais ne sont cités dans les cibles que la psychiatrie, la HAD, les SSR, les services d'urgences : aucune mention donc pour les problématiques spécifiques aux quartiers populaires, ni sur les actions communautaires), la reconnaissance de la nécessaire pluri professionnalité (et notamment du secteur social). Le rapport reste tout de même assez médico-centré, avec toujours une volonté marquée d'agir sur les changements de comportements, plus que sur les environnements, donc plutôt au détriment des populations les plus précaires ; il ne figure nul part ni la promotion santé, ni la participation des patients (hormis dans l'évaluation de la qualité). Cela rejoint la même remarque que Cécile Fournier dans la création de certaines MSP « le projet reste très médical, centré sur l'accès aux soins, et non à la santé ». Par ailleurs, le paiement à la performance, qui a créé tant d'inquiétudes auprès de certains médecins à son instauration, est retrouvé, et occupe une place importante. Reste à découvrir comment les indicateurs de qualité seront fixés.

Pour les centres de santé, le projet EPIDAURE-CDS constitue un travail préparatoire de rédaction d'un cahier des charges avant l'expérimentation d'un forfait unique dans les centres

sélectionnés. Le contenu du forfait est en discussion, les modalités pratiques sont en cours de finalisation.

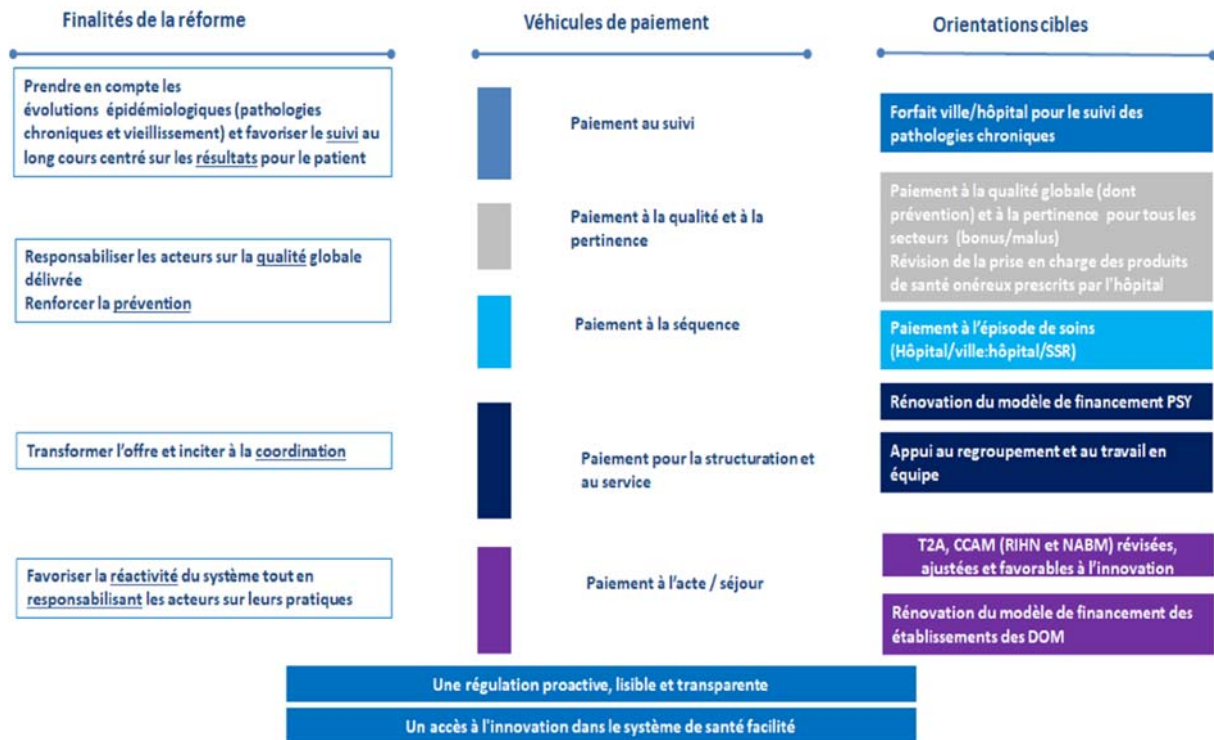


Figure 4 : des objectifs de la réforme de financements aux outils utilisés

Pour ce qui est des centres de santé communautaire, le forfait pourrait permettre de financer les missions non reconnues par la tarification à l'acte et aujourd'hui financées par des subventions majoritairement publiques (qu'il s'agisse de la coordination pluri professionnelle, de la promotion santé et des actions de prévention, de la médiation). Actuellement, les subventions sont majoritairement publiques ; mais il existe déjà un risque « c'est la possibilité qui est offerte aux intérêts privés de financer les MSP et les CDS : des cliniques à but lucratif, des mutuelles, des laboratoires pharmaceutiques... veulent accompagner leur développement. Cela déplace la lutte idéologique : ce n'est plus tant l'opposition entre la médecine libérale et la médecine d'Etat qui est d'actualité, mais celle entre l'organisation de l'offre de santé au service de toute la population et une médecine au service du marché économique. » (102) Par ailleurs, d'autres subventions viennent des appels à projet passés par les fondations. Or, la suppression de l'ISF et donc du don ISF, entraînent une baisse considérable des ressources des plus grandes fondations, laissant imaginer un effondrement de ces financements (103).

B. FORCE ET FAIBLESSE DE L'ETUDE

I- Choix de la méthode

Le choix d'une étude qualitative a été fait pour explorer les freins et les leviers qui sont rencontrés lors de la création des centres de santé communautaires. En effet, il ne s'agissait pas de valider statistiquement une hypothèse mais plutôt d'étudier des phénomènes complexes dans leur milieu naturel. Il n'y avait pas de volonté de quantifier mais plutôt d'explorer, de comprendre et d'analyser une expérience vécue. (104)

II- Constitution de l'échantillon

L'échantillon raisonné en variation maximale a pu être fait pour l'ensemble des variables, grâce à l'existence d'échantillons dans plusieurs centres pluri-professionnels en France.

La saturation des données n'a pas été recherchée puisqu'il existe un nombre limité de centres de santé communautaire en France. Des entretiens dans l'ensemble des centres ont été réalisés, hormis le centre dans lequel travaille la chercheuse.

La méthode de recrutement est critiquable à plusieurs niveaux :

- il a été volontairement décidé de laisser chaque groupe de créateurs choisir les personnes présentes au focus group. Cela peut induire un biais de sélection en favorisant les personnes les plus impliquées ou ayant les plus grandes facilités d'expression
- La chercheuse connaissait la plupart des personnes interrogées. Il peut donc y avoir un biais de désirabilité qui semble tout de même peu probable dans ce contexte. Cela semble plutôt avoir permis une expression libre des participants, sans inhibition.

Dans deux des focus group, des habitants devaient participer aux échanges mais ne se sont pas présentés. Des entretiens semi-dirigés ont donc été proposés pour recueillir leur témoignage. Malgré cela une habitante n'a pas souhaité participer.

Les raisons de la non participation pouvant être évoquées sont :

- o des emplois du temps empêchant de se libérer pendant une longue plage

horaire

- l'anxiété induite par ce type d'échange pour des personnes qui n'en ont aucune expérience
- l'absence de contact direct préalable entre la chercheuse et les interviewés
- Le sentiment de non appartenance au projet ou au collectif.

III- Recueil des données

Forces :

Les modérateurs étaient des personnes extérieures au projet dans trois des focus group, ce qui a permis une plus grande neutralité, évitant notamment d'induire des réponses. De plus, on peut citer une certaine compétence de ceux-ci qui avaient déjà animé plusieurs focus group. Cela a permis de créer un échange convivial, fluide, et productif.

L'existence d'entretiens semi-dirigés a finalement probablement favorisé une expression plus libre des habitantes que lors des focus group initialement prévus.

Le canevas d'entretien a été testé lors d'un atelier de formation, et modifié au fur et à mesure des entretiens pour devenir de plus en plus performant. Cette phase test peut être assimilée à une étude pilote permettant notamment de tester la bonne compréhension des questions.

La retranscription intégrale après enregistrement audio des données par l'observateur en personne et rapidement après l'échange présent permet de garantir une bonne qualité de retranscription. De plus, la présence de cet observateur permet la retranscription des données de langage non verbal. Cela permet aussi de s'assurer de la réalisation complète du guide d'entretien.

Limites :

La clarification des réponses ambiguës n'a pas toujours été possible car l'échange était riche, fluide, et ne pouvait être interrompu. La clarification des réponses ambiguës aurait nécessité un temps bien plus long pour ces focus group. Cependant, en cas de réponses non interprétables, les personnes interrogées ont laissé leurs coordonnées afin de pouvoir être contactées pour donner des précisions.

De plus il n'a pas été toujours possible pour le modérateur d'approfondir certaines thématiques abordées par manque de connaissance d'un sujet complexe.

Malgré l'expérience des modérateurs, il apparaît parfois des biais de suggestion dans la formulation de certaines questions.

Les personnes interrogées avaient très probablement déjà longuement réfléchi lors des temps de groupe dans le cadre professionnel. Il est possible que le discours ne soit donc pas pleinement spontané alors que c'est ce qui est préférentiellement recherché pour les études qualitatives.

De plus, nous avons pu constater que le temps de parole n'avait pas été correctement réparti, laissant ressortir des postures de leaders.

Validation de la retranscription par les participants

La retranscription des entretiens n'a pas été retournée aux participants pour éviter le phénomène d'autocensure. Si les entretiens avaient été corrigés secondairement par les participants, cela aurait pu nuire à la validité de l'étude. Les participants avaient cependant été informés qu'ils pouvaient recontacter à posteriori la chercheuse pour revenir sur certains propos ou se retirer de la recherche.

VII- Analyse des données

L'inexpérience de la chercheuse dans la recherche qualitative ainsi que l'existence d'un lien d'intérêt peuvent induire un biais d'interprétation lors de l'analyse des données. La triangulation des données avec la directrice de thèse a limité ce biais. Il s'est atténué aussi au fur et à mesure des analyses. De plus, la chercheuse a participé à une formation « méthodologie de recherche qualitative » qui a permis de renforcer ses connaissances et d'améliorer ses techniques d'analyse. Enfin, un journal de bord a été réalisé avant le premier entretien, et après chacun d'entre eux, afin de réaliser un travail sur les postures du chercheur (et notamment les apriori sur le sujet).

C. PERSPECTIVES

Nous nous sommes interrogés sur les regards des créateurs de centre de santé communautaire, c'est-à-dire auprès de personnes déjà sensibilisés à ces enjeux. Il pourrait maintenant être pertinent de s'intéresser aux internes de médecine générale ou jeunes médecins dans l'hypothèse d'un futur mode d'exercice.

Une grande partie, abordée largement par les créateurs, n'a pas été traitée dans cette discussion : celle du lien avec les institutions. Les enjeux complexes de cette question dépassent mes compétences de jeune médecin généraliste. Un éclairage par un étudiant en politique de la santé serait indispensable. Cécile Fournier cite « les travaux portant sur les instruments de gouvernement appliqués aux nouveaux instruments des politiques dans le domaine de la santé qui supposent l'action conjointe, plus ou moins articulée, de professionnels de santé, d'institutions de santé publique et d'élus locaux, qui permettraient sans doute d'améliorer la compréhension de ces résistances professionnelles et des conditions de leur dépassement. » (105), (106), (107)

Enfin, d'autres études avec regard sociologique, abordent la création d'une MSP en ZUC(89). Des similitudes sont retrouvées avec notre étude. Cela nous amène à nous interroger s'il ne faudrait pas imaginer un modèle d'exercice regroupé, répondant aux enjeux actuels de la santé, propres aux quartiers populaires, tel que le formule Didier Ménard. Il s'agit donc de dépasser le clivage exercice libéral/exercice en centre de santé, pour permettre la construction d'un modèle de santé globale, centré sur les besoins des populations, en premier lieu les plus précaires.



DELEST, Camille

CONCLUSIONS

La santé ne peut se réduire à l'absence de maladie, elle est le résultat de déterminants sociaux de la santé. Le concept de déterminants sociaux vise notamment à expliquer comment les inégalités sociales se transforment en inégalités de santé. Malgré les progrès croissants de la médecine, malgré les dispositifs mis en place, ces inégalités restent importantes en France et continuent de s'accroître.

La santé communautaire vient s'inscrire dans une stratégie de promotion de la santé, en cherchant notamment à agir sur ces déterminants de la santé. Elle se base sur trois constats : la santé est liée à un ensemble de facteurs qui ne touchent pas un individu mais l'ensemble de la communauté ; la médecine n'apporte pas toujours une approche globale de la santé et les comportements des individus sont difficiles à changer (leur implication favorise le changement). Elle implique notamment le décroisement entre le sanitaire et le social, la participation de l'ensemble des acteurs du territoire (dont les habitants) et le partage des savoirs et des pouvoirs.

Convaincus par la nécessité de repenser le système de soins primaires en France pour répondre à une vision globale et positive de la santé, inspirés initialement des maisons médicales belges et des centres locaux de services communautaires au Québec, des professionnels ont créé, en France, depuis quelques années, des centres de santé. Bien que représentant une réponse adaptée aux besoins de santé, ces lieux sont encore rares.

L'objectif principal de notre étude était donc d'identifier les freins et les leviers à la création de centres de santé communautaire en France.

Pour cela, nous avons mené une étude qualitative, à partir de 5 focus group, 3 entretiens semi-dirigés, et un temps d'observation, auprès des créateurs des centres de santé communautaire de France.

Répondant à un besoin d'alternative pour les professionnels, les projets de santé communautaire ont été créés grâce un travail d'implantation dans le quartier, une phase exploratoire, un investissement important et prolongé des créateurs, un accompagnement extérieur (issu de l'éducation populaire notamment), l'éclairage d'habitants parmi le collectif. Les projets étaient pensés pour être modulables afin de répondre aux besoins des habitants et favoriser leur participation.

La création des centres de santé communautaire a été marquée par un lien complexe de co-dépendance avec les institutions. Les créateurs ont ainsi exprimé des ressentis difficiles. La relation initiale était chaotique, en lien avec plusieurs difficultés : l'incompréhension du projet par les institutions, un sentiment de mépris des institutions envers le collectif de professionnels et des difficultés de communication avec ces institutions.

Des moyens ont finalement été mis en œuvre pour avancer : multiplication des échanges et médiatisation, appui sur les réseaux, réflexion territoriale comme argument de crédibilité et de professionnalisme, réalisation d'un diagnostic communautaire, menace de fermeture ayant permis de remobiliser les financeurs.

La construction progressive d'un collectif soudé interprofessionnel autour de valeurs communes a impliqué des modifications régulières de fonctionnement interne, une gestion des ressources humaines. La pérennité du collectif tenait notamment par l'organisation de temps festifs et positifs, l'existence d'un relais possible, la satisfaction apportée par le projet.

Les étapes « logistiques », décrites parfois comme envahissantes, ont été : l'élaboration d'un budget pérenne, la recherche de financements (pour la phase de création et pour le fonctionnement), l'obtention d'un lieu de soin et d'accueil adapté au projet, la construction juridique du centre avec la volonté de rester dans le droit commun.

Les difficultés de création de ce type de projet sont proches des difficultés à appliquer la Charte d'Ottawa et donc la promotion santé en France. L'étude met en lumière le lien étroit qui peut exister entre politique et santé, lorsqu'on aborde celle-ci sous l'angle de la globalité. Véritable changement de paradigme pour les professionnels et les institutions, ces projets imposent de s'interroger sur leurs postures d'experts, et permettre aux individus d'être les acteurs premiers de leur propre santé. Cela impliquerait aussi de repenser le mode de financement des soins en France.

Une modélisation des différentes étapes de la création pourrait permettre un accompagnement spécifique et adapté. Pour permettre la multiplication de ces centres, un travail pédagogique au sein des institutions et lors des enseignements des études de santé, semble nécessaire.

Après s'être intéressé aux regards des créateurs, déjà convaincus par ces projets, une étude pourrait s'intéresser au regard porté par les soignants n'en faisant pas partie, afin d'explorer leurs freins.

Le Président de jury,

Pr Yves ZERBIB

Signature

Docteur Yves ZERBIB



VU,

Le Doyen de la Faculté de Médecine

et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux



Professeur Carole BURILLON

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 15/02/2019

BIBLIOGRAPHIE

1. case santé. rapport d'activité 2012 case santé. 2012 p. 68.
2. cardoux jean-noël, daudigny Y. mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale. Accès aux soins : l'innovation dans les territoires [Internet]. [cité 10 nov 2018] p. 4. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-686-syn.pdf>
3. FFMPS. FFMPS - Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé [Internet]. FFMPS. [cité 7 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.ffmps.fr/>
4. Code de la santé publique - Article L6323-4 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020887803&dateTexte=&categorieLien=cid>
5. ministère chargé de la santé. chiffres clefs de l'offre de soin, édition 2018 [Internet]. 2018 déc p. 24. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_cc_2018_02_16_a_web_pages_hd.pdf
6. OMS. Constitution de l'organisation mondiale de la santé [Internet]. 1946 juill [cité 7 mars 2019] p. 18. Disponible sur: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
7. Giroux E. soigner : une science humaine. Sciences humaines-les grands dossiers de sciences humaines. déc 2018;(53):7 9.
8. SMITH C, COLLIN J, Centre de Ressources Midi-Pyrénéen pour les Acteurs de la Cohésion Sociale. FRA. La santé communautaire : synthèse documentaire. 2012;33p.
9. Canada A de la santé publique du, Canada A de la santé publique du. Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé [Internet]. aem. 2001 [cité 7 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html#What>
10. Organisation mondiale de la santé, commission des déterminants sociaux de la santé. combler le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de santé [Internet]. 2008. 260 p. Disponible sur: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
11. Whitehead M, Dahlgren G. What can be done about inequalities in health? The Lancet. 26 oct 1991;338(8774):1059 63.
12. INPES. INPES - ISS: Qu'est-ce qui détermine notre état de santé? [Internet]. INPES. 2012 [cité 6 sept 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>
13. Morin R. Agir sur les environnements ou sur les individus : comparaisons France-Québec en promotion de la santé. Sante Publique (Bucur). 2007;Vol. 19(5):439 48.
14. ferron christine, sizaret anne. Promotion de la santé [Internet]. sfsp. 2018 [cité 11 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.sfsp.fr/content-page/item/10263-promotion-de-la-sante>
15. Organisation mondiale de la santé. PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA. 21 nov 1986;6.
16. Fontaines VH des. Vous avez dit « santé communautaire » ? VST - Vie Soc Trait. 1 mai 2017;(134):38 42.
17. Jourdan D, O'Neill M, Dupéré S, Stirling J. Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? Sante Publique (Bucur). 12 juin 2012;Vol. 24(2):165 78.
18. Institut Renaudot. Charte de promotion des pratiques de santé communautaire

- [Internet]. 1998 [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: http://www.institut-renaudot.fr/download/Charte_Institut_Renaudot.pdf
19. Lamoureux H, Lavoie J, Mayer R. La pratique de l'action communautaire,. Presse de l'université du Québec. 2008. 23 p.
 20. Motamed S. Qu'est-ce que la santé communautaire? *Inf Psychiatr.* 15 sept 2015;Volume 91(7):563 7.
 21. Planète Publique. Pour un débat sur la santé plus actif. Rapport étude. fiche 5 : la santé communautaire [Internet]. 2011 [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_Planete_publique_05_Sante_communautaire.pdf
 22. SEPSAC. Action communautaire en santé : un outil pour la pratique [Internet]. [cité 2 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.maisonmedicale.org/Action-communautaire-en-sante-un-outil-pour-la-pratique-2013.html>
 23. Bacqué M-H, Biewener C. L'Empowerment, une pratique émancipatrice? La découverte. 2013. 175 p. (Poche).
 24. Calvès A-E. « Empowerment » : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement. *Rev Tiers Monde.* 2009;n° 200(4):735 49.
 25. BDSP - Glossaire Européen en Santé Publique - Empowerment [Internet]. bdsp. [cité 7 mars 2019]. Disponible sur: <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/Scripts/Show.bs?bqRef=128>
 26. Institut Renaudot. position de l'institut renaudot sur l'empowerment et les démarches communautaires [Internet]. [cité 7 mars 2019]. Disponible sur: http://www.institut-renaudot.fr/download/B01_DCS-et-empowerment.pdf
 27. Lefèvre P. Du Je au nous-construire notre humanité. *chronique sociale.* 2008. 159 p. (comprendre les personnes).
 28. Lepage F. éducation populaire, une utopie d'avenir. *Les liens qui libèrent.* 206 p.
 29. Lalonde M. rapport Lalonde [Internet]. government of canada; 1974 [cité 7 mars 2019] p. 83. Disponible sur: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf>
 30. Vuattoux P, millot sophie, piquet elisabeth. Le petit guide de la participation en santé de proximité, FFMPS, FéMaSac [Internet]. LeComptoir.coop; [cité 5 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.femasco-bfc.fr/documentation/77-patient-citoyen.html>
 31. Compagnon claire. Rapport à la ministre des Affaires Sociales et de la santé. Pour l'An II de la Démocratie Sanitaire. 2014 févr p. 259.
 32. Lefèvre philippe. le centre de santé des Epinettes et la participation des usagers. *avr 2004;(28):104 8.*
 33. Motard C, Tessier S. Les démarches Ateliers santé ville : la promotion de la santé à l'œuvre dans les territoires. *Sante Publique (Bucur).* 29 déc 2016;Vol. 28(6):729 33.
 34. Circulaire DIV DGS du 13 juin 2000 (non paru au journal officiel) sur la mise en œuvre des ateliers santé-ville [Internet]. juin 1, 2000. Disponible sur: <http://i.ville.gouv.fr/index.php/reference/770/circulaire-div-dgs-du-13-juin-2000-sur-la-mise-en-oeuvre-des-ateliers-sante-ville>
 35. Potvin L, Jones CM, Moquet M-J, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Réduire les inégalités sociales en santé [Internet]. Saint-Denis (Paris): Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2012. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>
 36. plateforme ASV. atelier santé ville, plateforme nationale de ressources [Internet]. 2015 [cité 7 mars 2019]. Disponible sur: https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/pnrasv_capitalisation_brochure.pdf
 37. P chauvin, Joubert M, Richard C. Analyse critique du volet santé des contrats

urbains de cohésion sociale. 2009.

38. HCSP. Réduction des inégalités sociales et territoriales de santé : place des Ateliers santé ville [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2013 mars [cité 7 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=352>
39. ARS. Les contrats locaux de santé [Internet]. [cité 7 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/les-contrats-locaux-de-sante>
40. leclerc A, Granjean H, Kaminski M, Lang T. Les inégalités sociales de santé [Internet]. La découverte; [cité 7 mars 2019]. (Recherches INSERM). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-inegalites-sociales-de-sante--9782707132475.htm>
41. HCSP. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2009 nov [cité 7 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=113>
42. HCSP. Indicateurs de suivi des inégalités sociales de santé [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2013 juin [cité 7 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=360>
43. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, République Française. Stratégie nationale de santé, feuille de route. [Internet]. 2013 [cité 7 mars 2019] p. 32. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille_de_route.pdf
44. Sanz HS. Une case de santé dans tous les quartiers... VST - Vie Soc Trait. 25 févr 2016;N° 129(1):22 7.
45. Morel J. actualité du concept de santé communautaire. *Susciter Santé Communaut Santé Conjug.* avr 1998;(4).
46. Bantuelle M, De Henau P-A, Lahaye P, Morel J, Tréfois P. La pratique communautaire dans la promotion de la santé : quelques réflexions. *Suscité Santé Communaut-Santé Conjug.* 1998;(4):30 8.
47. Véret J-L. Le Centre de santé communautaire de Cherbourg-Octeville. *Sante Publique (Bucur).* 2005;Vol. 17(3):485 90.
48. GAY B. Repenser la place des soins de santé primaires en France - Le rôle de la médecine générale. *Rev Epidemiol SANTE PUBLIQUE.* juin 2013;61(3):193 8.
49. Allen J, Heyrman J, GAY B, Ram P. La définition européenne de la médecine générale-WONCA europe [Internet]. 2002. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
50. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet Lond Engl.* 19 mars 2005;365(9464):1099 104.
51. Marmot mickael. *Inequalities in Health.* *N Engl J Med.* 2001;(345):134 6.
52. Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet Lond Engl.* 8 juin 1991;337(8754):1387 93.
53. Siegrist J, Marmot M. Health inequalities and the psychosocial environment-two scientific challenges. *Soc Sci Med* 1982. avr 2004;58(8):1463 73.
54. hubaut A. Maisons médicales: un pur produit de 1968 [Internet]. *Le Soir Plus.* 2018 [cité 7 mars 2019]. Disponible sur: <https://plus.lesoir.be/144586/article/2018-03-09/maisons-medicales-un-pur-produit-de-1968>
55. Mellon J-F. Les Centres de Services communautaires : une expérience au Québec. *Laennec.* 2004;Tome 52(3):39 48.
56. Hambourg C. Santé globale, santé de première ligne, santé communautaire:

- présentation du projet de « la case de santé » à Toulouse [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2005.
57. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, letrillart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. juin 2008;19:142 5.
 58. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):50 4.
 59. Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000025449446&dateTexte=&categorieLien=id>
 60. Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) (Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE) [Internet]. OJ L, 32016R0679 mai 4, 2016. Disponible sur: <http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj/fra>
 61. ISNI, ISNAR, ANEMF, ISNCCA. EnqueteSanteMentale.pdf [Internet]. 2017 [cité 7 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.isni.fr/wp-content/uploads/2017/07/EnqueteSanteMentale.pdf>
 62. ANEMF. Enquête-Conditions de travail et de formation des étudiants en médecine- Chiffres & Ressentis [Internet]. 2013 [cité 7 mars 2019]. Disponible sur: https://www.souffrancedusoignant.fr/images/PDF/enquete_ANEMF_etudiants.pdf
 63. Deschamps J-P. Les sciences humaines, victimes de la trithérapie. Sante Publique (Bucur). 2001;Vol. 13(3):295 9.
 64. Baszanger I. La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale. Sociol Trav. 1983;25(3):275 94.
 65. manifeste du R.I.R.E [Internet]. rire. 2012 [cité 7 mars 2019]. Disponible sur: <https://sites.google.com/site/rirelibre/home>
 66. Le SMG, Syndicat de la Médecine Générale. Charte du Syndicat de la Médecine Générale [Internet]. 1986 [cité 7 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.smg-pratiques.info/Charte-du-Syndicat-de-la-Medecine.html>
 67. Coutant DA du texte, Lacaze J (1946-) A du texte. Hier, une médecine pour demain : le centre de santé de Saint-Nazaire / Daniel Coutant, Jean Lacaze ; préface de Claude Évin,... 1989.
 68. Steffen M. Régulation politique et stratégies professionnelles : médecine libérale et émergence des centres de santé [thèse de doctorat de science politique]. université de grenoble; 1983.
 69. D'AMOUR D, SICOTTE C, LEVY R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. Sci Soc SANTE. sept 1999;17(3):67 100.
 70. Célant nicolas, guillaume stéphanie, rocher au thierry. Enquête sur la santé et la protection sociale. Paris: Irdes; 2012.
 71. rédaction de prescrire. saint-denis : des médiatrices en santé pour répondre aux besoins des habitants. prescrire. oct 2018;(420):777 80.
 72. HAS. référentiel de compétences, formation, et bonnes pratiques : la médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. 2017;70.
 73. icône médiation santé. la médiation santé, une fonction nouvelle entre l'accompagnement pragmatique et l'interpellation du système de santé. 2017.
 74. Lemaignan E. La qualité de vie des médecins généralistes exerçant en

ambulatoire est-elle meilleure chez les médecins salariés que chez les médecins libéraux en région Auvergne-Rhône-Alpes ? [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2017.

75. Breton É. La Charte d'Ottawa : 30 ans sans plan d'action ? *Sante Publique (Bucur)*. 29 déc 2016;Vol. 28(6):721 7.

76. Baum. *The New Public Health*. Fourth Edition. Oxford, New York: Oxford University Press; 2016. 720 p.

77. saint-pierre isabelle, Carroll G, Couturier L. *pratiques en santé communautaire*, 2ème édition. chenelière. 2015. 400 p.

78. o'Neill M, Stirling A. Travailler à promouvoir la santé ou travailler en promotion de la santé ? In: *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*. Québec : Les Presses de l'Université Laval. 2006. p. 42 61.

79. Marin C. La tyrannie de la bonne santé. *Sci Hum*. déc 2018;(53):12 6.

80. green jackie, tones keith, cross ruth. *Health Promotion: Planning & Strategies*. London : Sage. 2015. 612 p.

81. sandrin berthon brigitte. A quoi sert l'éducation pour la santé pour pratiquer l'éducation du patient ? *La Santé de l'homme, INPES* [Internet]. mai 2006 [cité 7 mars 2019];(383). Disponible sur:

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/383/06.htm>

82. Bloy G. Échec des messages préventifs et gouvernement des conduites en médecine générale. *Sci Soc Sante*. 2015;Vol. 33(4):41 66.

83. Le Bourhis J-P, Lascoumes P. Les résistances aux instruments de gouvernement. Essai d'inventaire et de typologie des pratiques. In: *Colloque international "Les instruments d'action publique : mise en discussion théorique"*. Paris, France; 2011.

84. International Union for Health Promotion and education (IUHPE). *Shaping Public Health in a New Europe. A Report for the European Commission*. Paris, France; 2000.

85. Alla F. La Charte d'Ottawa a trente ans : doit-elle encore faire référence ? *Sante Publique (Bucur)*. 29 déc 2016;Vol. 28(6):717 20.

86. Deschamps J-P. Une « relecture » de la charte d'Ottawa. *Sante Publique (Bucur)*. 2003;Vol. 15(3):313 25.

87. Fournier C, Troisoeufs A. Éduquer le patient ou transformer l'action publique : un espace d'expression pour les patients. *Sci Soc Sante*. 19 juin 2018;Vol. 36(2):33 41.

88. Sandrin B. Éducation thérapeutique et promotion de la santé : quelle démarche éducative ? *Sante Publique (Bucur)*. 9 juill 2013;S2(HS2):125 35.

89. Fournier C. *Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours: place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes* [Thèse de doctorat]. [France]: Université Paris-Sud; 2015.

90. Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. *Sante Publique (Bucur)*. 1 déc 2008;Vol. 20(5):489 500.

91. Fournier C. Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes. *Sci Soc Sante*. 18 juin 2014;Vol. 32(2):67 95.

92. müller thierry, crabbe olivier. *micropolitiques des groupes - pour une écologie des pratiques collectives*. Amsterdam. 2011.

93. Starhawk. *Périphéries - Femmes, magie et politique*, de Starhawk. *empêcheurs de penser en rond*. 2003. 250 p.

94. Boschma R. *Proximity and Innovation: A Critical Assessment*. *Reg Stud*. 1 févr 2005;39(1):61 74.

95. Dreyfus H, Rabinow P. deux essais sur le Sujet et le Pouvoir. In: MFoucault, un parcours philosophique. Gallimard. Paris; 1984.
96. Mormont marinette. financer une approche globale de la santé. Santé Conjug. déc 2018;(85):23 6.
97. Aubert J. rapport Task Force « réforme du financement du système de santé » : vers un modèle de paiement combiné [Internet]. ministère des solidarités et de la santé; 2019 [cité 7 mars 2019]. Disponible sur: https://www.fnacs.org/sites/default/files/2019_rapport_AUBERT_Reforme_des_mode_d_e_financement_et_de_regulation.pdf
98. DELATTRE E, DORMONT B. La régulation de la médecine ambulatoire en France : quel effet sur le comportement des médecins libéraux? Études Sur Dépenses Santé dossiers Solidar Santé. 03 2005;(1):135 61.
99. Mougeot M. Régulation du système de santé. Paris: Documentation Française; 1999. 203 p. (Les rapports du Conseil d'Analyse Economique).
100. ANDRIANTSEHENOHARINALA lanja. les médecins ayant refusé la rémunération sur objectifs de santé publique/paiement à la performance : une approche qualitative des raisons exprimées de leur refus [thèse d'exercice médecine]. montpellier 1; 2014.
101. Samson A-L. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins? Regards Croisés Sur Econ. 24 avr 2009;n° 5(1):144 58.
102. Ménard D. Ca branle dans le manche. Pour quelles raisons un système de soins libéral, bientôt centenaire, se verrait dans l'obligation de changer? Prat Cah Médecine Utop. oct 2018;(83):57 9.
103. FiDAL secteur fondations, mécénat et entreprise. Evaluation des conséquences de la suppression éventuelle du dispositif fiscal « Don ISF » pour les fondations [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://agence-limite.fr/clients/pasteur/site/suppression-du-don-isf.pdf>
104. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 1 déc 2007;19(6):349 57.
105. callon m, Lascoumes, barthe. Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique. le seuil. paris; 2001. 358 p.
106. Lascoumes P, Simard L. L'action publique au prisme de ses instruments. Rev Française Sci Polit. 17 févr 2011;Vol. 61(1):5 22.
107. meyet sylvain, ribémont thomas, naves M. TRAVAILLER AVEC FOUCAULT - Retours sur le politique [Internet]. harmattan. 2005 [cité 7 mars 2019]. 196 p. Disponible sur: <http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=19027&razSqlClone=1>

ANNEXES

ANNEXES 1 charte d'Ottawa

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 la présente "Charte" en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.

Inspirée avant tout, par l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde, cette Conférence s'est concentrée sur les besoins des pays industrialisés, sans négliger pour autant ceux des autres régions. Elle a pris comme point de départ les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les buts fixés par l'OMS dans le cadre de la stratégie de la Santé pour tous et le débat sur l'action intersectorielle pour la santé, à l'Assemblée mondiale de la Santé.

PROMOTION DE LA SANTE

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.

CONDITIONS INDISPENSABLES A LA SANTE

La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment :

- se loger,
- accéder à l'éducation,
- se nourrir convenablement,
- disposer d'un certain revenu,
- bénéficier d'un éco-système stable,
- compter sur un apport durable de ressources,

· avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé. **PLAIDOYER POUR LA SANTE**

La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie. Divers facteurs - politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques - peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. La promotion de la santé a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé.

MISE EN PLACE DES MOYENS

L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine. Sans prise sur les divers paramètres qui déterminent la santé, les gens ne peuvent espérer parvenir à leur état de santé optimal, et il en est de même pour les femmes que pour les hommes.

MÉDIATION

Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias. Quel que soit leur milieu, les gens sont amenés à intervenir en tant qu'individus, ou à titre de membres d'une famille ou d'une communauté. Les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé sont, quant à eux, particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé.

Les programmes et les stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

ACTIONS POUR PROMOUVOIR LA SANTE

ELABORATION DE POLITIQUES POUR LA SANTE

La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard.

La politique de promotion de la santé associe des approches différentes, mais complémentaires ; mesures législatives, financières et fiscales et changements organisationnels, notamment. Il s'agit d'une action coordonnée conduisant à des politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage d'équité. L'action commune permet d'offrir des biens et des services plus sûrs et plus sains, des services publics qui favorisent davantage la santé et des environnements plus propres et

plus agréables.

La politique de promotion de la santé suppose que l'on identifie les obstacles à l'adoption de politiques pour la santé dans les secteurs non sanitaires, et les moyens de surmonter ces obstacles. Le but doit être de faire en sorte que le choix le plus facile pour les responsables des politiques soit aussi le choix le meilleur du point de vue de la santé.

CREATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES

Nos sociétés sont complexes et interconnectées et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs. □ Les liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu constituent la base d'une approche socio-écologique à l'égard de la santé. Le grand principe directeur, pour le monde entier, comme pour les régions, les nations et les communautés, est la nécessité d'une prise de conscience des tâches qui nous incombent tous, les uns envers les autres et vis-à-vis de notre communauté et

de notre milieu naturel. Il faut appeler l'attention sur le fait que la conservation des ressources naturelles, où qu'elles soient, doit être considérée comme une responsabilité mondiale.

L'évolution des modes de vie, de travail et de loisir doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de créer une société plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail à la fois sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets sur la santé d'un environnement en évolution rapide notamment dans les domaines de la technologie, du travail, de l'énergie et de l'urbanisation - est indispensable et doit être suivie d'une action garantissant le caractère positif de ces effets sur la santé du public. La protection des milieux naturels et des espaces construits, ainsi que la conservation des ressources naturelles, doivent être prises en compte dans toute stratégie de

promotion de la santé.

RENFORCEMENT DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE

La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en oeuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au coeur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions.

Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé. Cela exige un accès total et permanent à l'information et aux possibilités d'acquisition de connaissances concernant la santé, ainsi qu'une aide financière.

ACQUISITION D'APTITUDES INDIVIDUELLES

La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire et une action doit être menée par l'intermédiaires des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes.

REORIENTATION DES SERVICES DE SANTE

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements. Tous doivent oeuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé.

Par delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de la santé doit s'orienter de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé. Les services de santé doivent se doter d'un mandat plus vaste, moins rigide et plus respectueux des besoins culturels, qui les amène à soutenir les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine et qui ouvre la voie à une conception élargie de la santé, en faisant intervenir, à côté

du secteur de la santé proprement dit, d'autres composantes de caractère social, politique, économique et environnemental. La réorientation des services de santé exige également une attention accrue l'égard de la recherche, ainsi que des changements dans l'enseignement et la formation des professionnels. Il faut que cela fasse évaluer l'attitude et l'organisation des services de santé, en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considérés dans son intégralité.

LA MARCHE VERS L'AVENIR

La santé est engendrée et vécue dans les divers contextes de la vie quotidienne, là où l'individu s'instruit, travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments. Elle résulte du soin que l'on prend de soi-même et d'autrui et de la capacité à prendre des décisions et à maîtriser ses conditions de vie; elle réclame, en outre, une société dans laquelle les conditions voulues sont réunies pour permettre à tous d'arriver à vivre en bonne santé.

L'altruisme, la vision globale et l'écologie fondent les stratégies de promotion de la santé. Les auteurs de ces stratégies doivent donc partir du principe qu'à tous les niveaux de la planification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, tous les partenaires, hommes ou femmes, doivent être considérés comme égaux.

L'ENGAGEMENT A L'EGARD DE LA PROMOTION DE LA SANTE Les participants à la Conférence s'engagent à :

- se lancer dans le combat afin de promouvoir des politiques pour la santé et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en faveur de la santé et de l'équité dans tous les secteurs;
- lutter contre les pressions exercées en faveur de produits dangereux, de la déplétion des ressources, de conditions et de cadres de vie malsains et d'une alimentation déséquilibrée; à appeler également l'attention sur les questions de santé publique posées, par exemple, par la pollution, les dangers d'ordre professionnel, l'habitat et les peuplements;
- combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités dues aux règles et aux pratiques de ces sociétés;
- reconnaître que les individus constituent la principale ressource de santé; à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, ainsi que leurs familles et leurs amis, par des moyens financiers et autres, et à accepter la communauté comme principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être;
- réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé; à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, plus important encore, avec la population elle-même;
- reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social et un défi majeur; et à traiter le problème général que posent les modes de vie sur le plan de l'écologie.

Les participants à la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur

engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé.

APPEL POUR UNE ACTION INTERNATIONALE

La Conférence demande à l'Organisation mondiale de la Santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des stratégies et des programmes de promotion de la santé.

Les participants à la Conférence sont fermement convaincus que, si les gens de tous milieux, les organisations non gouvernementales et bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la Santé et tous les autres organismes concernés s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales dont s'inspire cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra réalité.

Annexe 2 : Charte de promotion des pratiques de santé communautaire 1998- Institut Renaudot

Des valeurs partagées, des intentions et des objectifs

Membres de l'Institut Renaudot et de la branche française du Secrétariat Européen des pratiques de santé communautaire, engagés par nos situations diverses, nos travaux de recherche ou nos choix dans des pratiques partenariales, pluridisciplinaires, mêlant ou croisant des activités de soins et des approches sociales ou d'environnement, nous souhaitons poursuivre et développer nos réflexions et nos propositions d'actions avec ceux qui dans leurs divers secteurs d'activités pratiquent le concept de la santé communautaire ou s'y intéressent.

Nous poursuivons par notre démarche, le travail de ceux qui notamment au Québec, ou plus récemment à travers le projet OMS-Ville-Santé ont initié ou développé le concept et les applications de santé communautaire.

Des valeurs partagées

Nous partageons ensemble des valeurs qui fondent notre démarche actuelle autour de la promotion de la santé communautaire :

- une conception globale de la santé qui implique différents secteurs d'activités et justifie de la pluridisciplinarité, □- l'exigence du droit à un accès aux soins de qualité égal pour tous, □une conception démocratique des pratiques qui vise à associer toute personne au maintien, à la préservation ou à l'amélioration de la santé,
- la solidarité qui repose pour partie importante sur un système de protection sociale et de distribution des soins accessibles à tous, □- l'exigence de qualité des réponses curatives et préventives et leur évaluation.

Des objectifs attendus de pratiques de santé communautaire

La reconnaissance pour chaque citoyen de sa place d'acteur de la vie sociale, et la prise en compte des facteurs qui conditionnent son mieux-être, notamment l'habitat, le cadre de vie, l'environnement socio-économique... La modification d'un certain nombre de pratiques est nécessaire pour permettre de nouvelles relations entre les citoyens et les professionnels des secteurs du social et de la santé :

- une approche collective qui remette en cause une approche individuelle dominante en France,
- l'appropriation par la communauté de projets, de moyens, et d'équipements devant répondre à ses besoins,

- le changement de la relation de domination soignant-soigné par une relation "d'échange-négociation-information".

l'environnement, le contexte social, économique, culturel, sanitaire en France, et quelques unes de ses conséquences dans le champ sanitaire et social

L'environnement économique

Les enjeux économiques actuels nous concernent tous, et ont des applications plus ou moins rapides ou visibles sur nos pratiques quotidiennes.

La santé représente un marché en croissance constante, toujours évoqué en terme de dépenses alors qu'il est aussi productif tant pour les personnes que pour l'économie.

Un certain nombre de questions sont posées à tous les acteurs du système de santé et influencent les réponses qu'ils auront à y apporter :

quelle est la hauteur de dépenses de santé acceptable pour les familles ou pour le budget national ?

quels avantages ou inconvénients dans les options publiques ou privées en matière d'assurances, de services de santé ?

quelles réponses pertinentes à l'appel permanent à une bonne gestion ("maîtrise") des dépenses de santé ?

quelles priorités en matière de santé : quelle place pour le curatif, le préventif ? quelle place pour le quantitatif, le qualitatif ?

qui doit définir les priorités et selon quelles procédures ?

quelle place pour les usagers ? comment éviter la logique du plus fort ? L'environnement social

Il peut être caractérisé par une accentuation des inégalités d'accès aux soins , un chômage important, une paupérisation préoccupante, avec les conséquences en terme de marginalisation, d'exclusion ou de fragilisation d'une partie conséquente de la population qu'ils amènent.

La santé de la personne est intimement reliée à son environnement global et à la santé du groupe auquel il appartient.

L'environnement culturel

La citoyenneté a beaucoup évolué. Les institutions et les valeurs protégeant moins les

individus qu'autrefois, les informations se développant très rapidement, le citoyen réclame de plus en plus sa place, connaît de mieux en mieux ses droits, accepte de moins en moins de subir et de n'avoir qu'à suivre des directives.

La tendance à ce que les personnes se considèrent plus comme sujets et davantage comme acteurs se précise. La notion de participation rentre dans les mœurs.

De façon contradictoire la population se dote progressivement d'un pouvoir d'expression, d'interrogation, de dénonciation, de concertation, de négociation et d'évaluation, tandis qu'une autre partie de la population reste assujettie à sa souffrance.

Les besoins et les approches des questions de santé sont fort différentes selon les cultures, les situations sociales, l'âge, le type des pathologies rencontrées.

Les progrès atteints dans le niveau des connaissances et de leur diffusion amène une plus grande exigence de qualité et d'efficacité.

L'environnement sanitaire

Tant que la santé était considérée comme un bien-être dont on ne devait se préoccuper que lorsqu'il y avait déficience, tout pouvoir était donné à la médecine pour "réparer" la santé.

Tant que la maladie était considérée comme la seule conséquence d'une agression extérieure, tout pouvoir était donné au médecin pour lutter contre ces maladies.

La maladie était l'Objet en question, le malade l'Objet victime, et le médecin le Sujet, seul acteur.

Le développement des maladies dégénératives et des maladies chroniques, pour lesquelles le médecin perd de son pouvoir curatif et le malade retrouve une place centrale, a beaucoup fait évoluer la question de la relation médecin-malade, celui-ci réclamant au minimum dignité, sinon participation aux choix des objectifs et des moyens thérapeutiques.

Dans le domaine des pathologies chroniques et psychosomatiques, qui s'est hypertrophié, les seules réponses curatives ou individuelles ne suffisent plus et montrent ici comme ailleurs les limites du "tout curatif". La parcellisation actuelle encore trop grande des réponses sanitaires limite leur efficacité.

La conception globale de la santé élargit à d'autres champs que le sanitaire l'intervention sur les déterminants de la santé.

Il faut souligner que la prise ne compte de façon globale de cette dimension environnementale se pose avec une acuité toute particulière à propos des exclus.

La Santé Communautaire, une réponse novatrice pour influencer sur notre environnement

Une réponse à l'environnement économique

La Santé communautaire utilise au mieux les ressources nécessaires, en refusant toute limitation arbitraire des ressources, pour répondre aux besoins de santé des citoyens :

en posant "communautairement" la question de la (des) réponse(s) les plus efficaces, avec l'organisation et les moyens les plus appropriés et optimisés,

en proposant une réflexion active sur la question de l'organisation du circuit de soins,

en proposant la participation des citoyens,

en proposant de distinguer mieux ce qui relève du système de soins de ce qui relève d'autres secteurs et intervenants. □ Nous pensons ainsi contribuer aux nécessaires critères d'efficacité et d'efficience du système de santé.

Une réponse à l'environnement social

La santé communautaire vise une pratique qui permette à chaque citoyen de trouver une réponse en santé conforme à ses besoins. Elle propose que les dispositifs sanitaires, répondant à des besoins diversifiés, ne soient pas ségrégatifs. Elle est également productrice de lien social et de santé sociale, redonnant à chacun et à chaque groupe une place reconnue et valorisée.

Une réponse à l'environnement culturel

La santé communautaire est affaire de citoyenneté. Elle sera donc une réponse appropriée aux évolutions culturelles constatées. L'exigence de participation des citoyens est salutaire. Elle peut permettre de repousser les limites atteintes par notre système de santé actuel.

La participation revêt ou revêtera des formes diverses et nécessairement innovantes, tâtonnantes, expérimentales (comité d'usagers, conseil d'administration etc...).

Nous proposons de nous appuyer sur la "Charte de l'utilisateur" élaborée à Gand (disponible au centre de documentation de l'Institut Théophraste Renaudot) et de donner toute sa place à la notion de négociation. Le "faire avec" devrait être un élément central pour tous les acteurs et tous les moments des pratiques de santé communautaire : approche des besoins, stratégie, évaluation.

L'utilisation du concept d'"échange-négociation" c'est aussi pour nous l'idée de gestion communautaire des conflits. La complexité des problèmes de santé nécessite un regard polyvalent, un abord multidisciplinaire, un travail en équipe et une pratique inscrite dans la durée.

Une réponse à l'environnement sanitaire

Mieux répondre aux besoins de santé c'est aujourd'hui, tout à la fois mieux les appréhender, partager le diagnostic et les stratégies avec les autres acteurs concernés par la santé, rencontrer et associer la population dans cette démarche.

Le travail d'équipe, le travail en réseau, au delà des mots et des intentions, doit se construire et s'inscrire dans la pratique du long terme.

La Charte de promotion des pratiques de santé communautaire

01 Définir la communauté concernée : une action de santé sera dite communautaire lorsqu'elle concerne une communauté qui reprend à son compte la problématique engagée, que celle-ci émane d'experts ou non internes ou non à la communauté (l'ensemble d'une population d'un quartier, d'une ville, d'un village, des groupes réunis pour un intérêt commun, une situation problématique commune).

02 Encourager, favoriser la participation des personnes, de la population tout à la fois à l'expression de leurs problèmes de santé, à la définition de leurs besoins, leurs priorités, mais aussi à la réalisation et à l'évaluation des actions de santé. Ne plus faire pour des personnes ou une population mais faire avec elles dans une participation-négociation à tous les niveaux de la démarche.

03 Appréhender la santé communautaire dans sa globalité en y intégrant les champs social, économique, culturel et sanitaire.

04 Intégrer dans le champ du sanitaire les activités éducatives, préventives, curatives et sociales.

05 Favoriser l'accessibilité à la santé du point de vue socio-économique, culturel, générationnel ou géographique.

06 Utiliser la démarche de planification : notion de construction d'un plan d'action(s) à partir d'une approche des besoins, de leurs priorités, de la recherche de la meilleure utilisation des ressources, d'une évaluation régulière.

07 S'engager dans une démarche concrète de pratique de santé communautaire c'est pour le professionnel de santé renoncer à sa toute puissance, et accepter de rentrer dans des relations contractuelles et négociées tant avec les usagers qu'avec les groupes avec lesquels il travaille (autres professionnels ou institutions concernées, les collectivités locales...).

Annexe 3 : formulaire de consentement

Je soussigné (nom)

Autorise l'enregistrement audio de l'entretien pour la thèse de médecine de Camille DELEST au sujet de la création des centres de santé communautaire. Cet enregistrement permet la retranscription au mot prêt de l'échange. Les propos seront anonymisés. Les enregistrements seront supprimés à la fin du travail de recherche.

Nom prénom :

Age :

Rôle dans la structure :

Profession :

Expérience associative ou autre ayant pu avoir un lien avec cet engagement dans la création du centre de santé :

Pouvez vous laissé vos coordonnées afin que je puisse vous contacter si besoin :

Souhaitez vous recevoir les résultats de l'étude ? être convié (e) à la soutenance de thèse ?

Annexe 4 : guide d'entretien focus group

Bonjour. Tout d'abord je vous remercie toutes et tous d'être présent aujourd'hui. Je m'appelle Camille DELEST. Je réalise une thèse de recherche dans le cadre de mes études. Le thème de cette thèse porte sur la création de centres de santé communautaire en France. Vous participez donc à ce travail en tant que créateur de structure et je vous en remercie. (Ce travail de recherche pourrait aboutir à la création d'un outil vivant et participatif visant à mettre en lumière les freins, les leviers pour permettre aux structures déjà existantes de rester pérennes, et aux nouveaux projets de s'inspirer du travail déjà effectué.)

Pour ce faire, j'ai besoin de votre expérience, dans le projet de centre de santé communautaire. Tout ce que vous avez à dire sera utile pour moi ; ne vous limitez pas. N'hésitez pas à défendre vos points de vue : Plus il y aura de débat et plus le travail sera riche. Cet échange doit être fait dans le respect de tous, avec bienveillance.

L'entretien sera enregistré afin que je puisse retranscrire par informatique à l'identique l'ensemble des débats qui auront lieu aujourd'hui. Tout sera anonymisé. Vos noms et prénoms ne seront pas cités dans la retranscription finale. Puis j'analyserai l'ensemble des échanges. Je vais faire passer une feuille que vous pourrez compléter par vos coordonnées (mail, téléphone), votre âge, votre rôle dans la structure, qui me permettront de vous joindre si j'ai besoin de précision à distance, ou encore si vous souhaitez recevoir les résultats de l'étude. Je vous laisserai aussi mon mail à la fin si vous souhaitez m'envoyer des compléments de réponse à distance.

Pendant cet entretien, je serai observatrice c'est à dire que je ne prendrai pas la parole.

Je vais maintenant laisser notre animateur présenter les règles concernant ce focus group (bienveillance, prise de parole en s'annonçant, temps de parole...).

Avez vous des questions sur le déroulé ou sur ce que nous vous demandons ?

PARTIE 1 : présentation personnes:

Peut on commencer par un petit tour de table pour chacun puisse se présenter en quelques mots, en racontant le rôle que vous avez eu dans la création du centre, et le rôle que vous avez actuellement dans le centre

PARTIE 2 : POUR BIEN COMPRENDRE VOTRE PROJET, JE VOUS PROPOSE D'ABORDER EN PREMIER L'HISTORIQUE DE LA CREATION ET LE FONCTIONNEMENT DU CENTRE : POURRIEZ VOUS BRIEVEMENT NOUS RACONTER COMMENT LE CENTRE A ETE CREE ?

- Quels acteurs ? Quels outils utilisés ?
- présentation du centre : Pourriez vous me présenter le mode de fonctionnement du centre ?
 - o statuts, mode d'exercice.
 - o caractéristiques propres (les différents rôles, lieux, activités)

PARTIE 2 : FREINS ET LEVIERS LORS DE LA CREATION

- **Quelles ont été les difficultés que vous avez rencontrées tout au long du processus de création du Centre ?**
 - o Quelles sont les contraintes liées à ce mode d'exercice ?
 - o On peut lire dans la littérature que la pratique de la santé communautaire est en décalage avec la vision habituelle de la santé, et implique des changements dans les pratiques, dans la manière d'aborder la santé, qu'en pensez vous ? En bref, avez vous modifier votre manière de travailler/de voir la santé ?
 - o Comment le projet a t il été accepté ?
 - o Connaissez vous des freins qui peuvent limiter la création de centre de santé communautaire en France ?

- **Qu'est ce qui a aidé la création du Centre ?**
 - o Quelle a été la place de la formation pour ce projet ?
 - o Rôle des politiques locales ?
 - o Caractéristiques du territoire, contexte local ?
 - o Energie individuelle...

- **Qu'est ce qui, selon vous permet la réussite pérenne du projet ?**

- **Il me semble qu'une des caractéristiques d'un centre de santé communautaire est la participation de l'ensemble des acteurs. Pourriez vous me dire comment en êtes vous arriver à participer à la création ou à la mise en route d'un centre de santé communautaire?**
 - o Comment avez vous connu la santé communautaire ?
 - o Quel a été votre motivation initiale ? pourquoi un centre de santé communautaire et pas un autre lieu de soin ?
 - o Qu'est ce qui a favoriser votre participation lors de cette création ?
 - Expérience associative, professionnelle, militante ?
 - Désir d'un travail collectif ?
 - Formation antérieure
 - Volonté d'autonomie pour tous ?
 - o Avez vous eu des réticences ou il y a t il eu des choses qui ont pu limiter votre participation ?

PARTIE 3 : ET POUR FINIR, il me reste deux petites questions si vous êtes d'accord.

- Auriez vous des conseils à donner aux personnes qui voudraient créer un centre de santé communautaire ?

Annexe 5 : guide entretien semi-dirigé

Bonjour. Tout d'abord je vous remercie toutes et tous d'être présent aujourd'hui. Je m'appelle Camille DELEST. Je réalise une thèse de recherche dans le cadre de mes études. Le thème de cette thèse porte sur la création de centres de santé communautaire en France. Vous participez donc à ce travail en tant que créateur de structure et je vous en remercie. (Ce travail de recherche pourrait aboutir à la création d'un outil vivant et participatif visant à mettre en lumière les freins, les leviers pour permettre aux structures déjà existantes de rester pérennes, et aux nouveaux projets de s'inspirer du travail déjà effectué.)

Pour ce faire, j'ai besoin de votre expérience, dans le projet de centre de santé communautaire. Tout ce que vous avez à dire sera utile pour moi ; ne vous limitez pas. N'hésitez pas à défendre vos points de vue. Cet échange sera fait avec bienveillance.

L'entretien sera enregistré afin que je puisse retranscrire par informatique à l'identique l'ensemble des débats qui auront lieu aujourd'hui. Tout sera anonymisé. Votre nom et prénom ne seront pas cités dans la retranscription finale. Puis j'analyserai l'ensemble des échanges. Je vais faire passer une feuille que vous pourrez compléter par vos coordonnées (mail, téléphone), votre âge, votre rôle dans la structure, qui me permettront de vous joindre si j'ai besoin de précision à distance, ou encore si vous souhaitez recevoir les résultats de l'étude. Je vous laisserai aussi mon mail à la fin si vous souhaitez m'envoyer des compléments de réponse à distance.

Avez vous des questions sur le déroulé ou sur ce que nous vous demandons ?

PARTIE 1 : Pourriez vous vous présenter, me parlez de vous et me raconter le rôle que vous avez eu dans la création du centre de santé ?

PARTIE 2 : Participation

Il me semble qu'une des caractéristiques d'un centre de santé communautaire est la participation de l'ensemble des acteurs. Pourriez vous me dire comment en êtes vous arriver à participer à la création ou à la mise en route d'un centre de santé communautaire?

- Comment avez vous connu la santé communautaire ?
- Quel a été votre motivation initiale ? pourquoi un centre de santé communautaire et pas un autre lieu de soin ?
- Qu'est ce qui a favoriser votre participation lors de cette création ?
 - Expérience associative, professionnelle, militante ?
 - Désir d'un travail collectif ?
 - Formation antérieure
 - Volonté d'autonomie pour tous ?
- Avez vous eu des réticences ou il y a t il eu des choses qui ont pu limiter votre participation ?
- Qu'est ce que votre participation vous apporte et apporte au centre ?

PARTIE 2 : FREINS ET LEVIERS LORS DE LA CREATION

- **De votre point de vue d'habitant, quelles ont été les difficultés qui ont pu exister lors du processus de création du Centre ?**
 - Comment le projet a t il été accepté ?
 - Quel a été votre ressenti au début du projet ?

- Connaissez vous des freins qui peuvent limiter la création de centre de santé communautaire en France ?
- **Qu'est ce qui, selon vous, a aidé la création du Centre ?**
- **Qu'est ce qui, selon vous permet la réussite pérenne du projet ?**

PARTIE 3 : ET POUR FINIR, il me reste une petits question si vous êtes d'accord.

- Auriez vous des conseils à donner aux personnes qui voudraient créer un centre de santé communautaire ?

DELEST Camille

Création des centres de santé communautaire en France : Freins et leviers.

Etude Qualitative par focus group et entretiens semi dirigés auprès de créateurs en France
n° 4f., 6 tabl.

Th. Méd. : Lyon 2019 ; n°43

RESUME

Contexte : Les centres de santé communautaire, dont les projets s'appuient sur la promotion santé, pourraient être une solution pour la réduction des inégalités sociales de santé. Pourtant ils sont peu nombreux en France, contrairement à d'autres lieux semblables à l'étranger. L'objectif de cette étude était d'identifier les freins et les leviers à la création des centres de santé communautaire en France.

Matériel et Méthode : Une étude qualitative a été réalisée. Le recueil de données s'est fait par 5 focus group, 3 entretiens semi-dirigés de créateurs de centre de santé communautaire dans quatre villes de France.

Résultats : Les freins et les leviers ont été regroupés en quatre grandes thématiques correspondant aux principales étapes de création. La création du collectif a notamment été facilitée par les échanges nombreux, une modification permanente du fonctionnement par l'expérimentation et un accompagnement extérieur. La création du projet de santé communautaire nécessitait une phase exploratoire, un travail d'implantation et d'identification des besoins sur le quartier, une modification du projet confronté à la réalité du terrain. La relation entre les créateurs et les institutions était chaotique, en lien avec l'incompréhension du projet et les difficultés de communication. Les étapes logistiques (recherche financements, obtention d'un lieu adapté, construction juridique) étaient vécues comme envahissantes.

Discussion : Cette étude a montré que ces centres constituaient une alternative satisfaisante pour certains professionnels en désaccord avec le modèle de soins primaires actuel encore trop bio-médico-centré, au prix d'un investissement temporel fort. Ces projets nécessitaient le partage des savoirs et des pouvoirs entre professionnels et usagers afin de rester au plus prêt des besoins de ces derniers, et la reconnaissance d'un modèle de financement global des soins adapté à la prise en charge des déterminants de la santé.

MOTS CLES : Santé communautaire, centre de santé, soins primaires, système de soin, promotion santé, médiation santé, santé publique, médecine générale, organisation des soins, financement des soins,

JURY

Président : Monsieur le Professeur Yves ZERBIB

Membres : Monsieur le Professeur Philippe MICHEL

Monsieur le Professeur Alain MOREAU

Monsieur le Docteur Philippe LEFEVRE

Madame le Docteur Sofia PERROTIN

DATE DE SOUTENANCE : 21 mars 2019

ADRESSE DE L'AUTEUR :

C. DELEST, 51 rue Eugène PONS, 69004 LYON, camille.delest@gmail.com