

# Intégration de la promotion de la santé dans les lieux d'exercice regroupés

**Rodolphe Viault,**  
gestionnaire,  
directeur  
de l'Institut  
Théophraste  
Renaudot.

.....

*Encore longue est la route qui mène de l'ancien paradigme - lutter contre la maladie en dispensant des soins - au nouveau paradigme - produire de la santé ensemble, professionnels et usagers - et pour que la promotion de la santé et les lieux d'exercice regroupés puissent co-habiter. Il faut en avoir l'ambition !*

.....

1. Article L6323-3.  
Créé par Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 - art. 44.

En France, les lieux d'exercice regroupés sont traditionnellement constitués soit de cabinets de groupe développés par la médecine libérale, soit de centres de santé municipaux, associatifs ou mutualistes.

La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) de juillet 2009 ajoute à cet environnement les maisons de santé pluridisciplinaires censées apporter une solution à la question centrale de la démographie médicale et dont les missions avaient été précédemment décrites : « Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux »<sup>1</sup>.

Au-delà de l'hexagone, les maisons médicales, les centres de santé communautaires ou les maisons de santé communautaires répondent aux mêmes exigences de santé de proximité.

Ces lieux d'exercice regroupés ont le point commun d'offrir une offre de soins de premiers recours. Au-delà, quel que soit le type de dispositif, la question est celle d'associer la promotion de la santé au projet de santé du dispositif et plus largement de lier ces réponses organisationnelles au projet de santé du territoire. C'est l'objet de cet article.

## De nécessaires changements de paradigme...

### Du soin à la santé...

Même si cet axe a largement été décrit depuis plus de 30 ans, les expériences de terrain, que l'Institut Renaudot a pu acquérir, montrent qu'il y a encore du travail ! Considérer la santé non seulement comme l'« absence de maladie » mais également comme « un état de bien-être physique, psychique et social », réconcilier le préventif et le curatif ne sont pas nécessairement des données déjà acquises. Même à un niveau institutionnel, lorsque l'on constate que, par exemple, l'Agence régionale de santé d'Ile de France va consacrer moins de 1 % de son budget à la prévention, nous pouvons nous dire qu'il y a encore à convaincre...

Cette première étape concerne les institutions, les professionnels intervenants dans ces dispositifs mais aussi les habitants, usagers, citoyens qui les côtoient et les élus des territoires sur lesquels ils s'établissent. Ceux-ci ont ce cheminement à faire et doivent être accompagnés dans ce sens.

Interrogés sur les problèmes de santé du territoire, il n'est pas rare que les professionnels parlent d'offre de soins, question importante, nécessaire mais insuffisante.

### Du secteur de la santé à l'intersectorialité...

De même, la prise en compte des secteurs déterminants de la santé, c'est-à-dire de tous les secteurs de l'action publique et privée, si elle se conçoit aisément en théorie, reste difficile à intégrer aux pratiques, tant le niveau de complexité est important. Environnement, éducation, logement et urbanisme, transports, social, sport,... sont autant d'exemples de secteurs impactant fortement la santé mais le "travailler ensemble" reste entravé d'obstacles, tant les visions sont parcellaires et spécialisées, tant les structures organisationnelles sont cloisonnées, tant les enjeux sont méconnus.

**Mots clefs :** santé communautaire, territoire, promotion de la santé, déterminants de la santé, participation, usagers.



### **De l'intersectorialité à la communauté... vers la complexité du territoire**

Enfin, et c'est à notre sens là un point central, il s'agit pour les porteurs de projets de ces dispositifs, en général professionnels et/ou élus, d'être à l'écoute des préoccupations des habitants, de leur redonner une place dans la vision partagée de la santé du territoire, de les reconnaître comme détenteurs de savoirs profanes et disposant de ressources pouvant être utilisées dans le cadre d'une réponse commune et adaptée. C'est là un des enjeux de l'appréhension d'un territoire vécu et complexe en santé.

La promotion de la santé a, en effet, « pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer ». Il s'agit, au-delà des questions de santé, de rendre les habitants acteurs, de leur redonner une place de citoyen dans la cité grâce à cette démarche de capacitation. Estime de soi, développement des connaissances individuelles, développement du lien social, réductions des inégalités... sont autant d'effets bénéfiques des démarches communautaires.

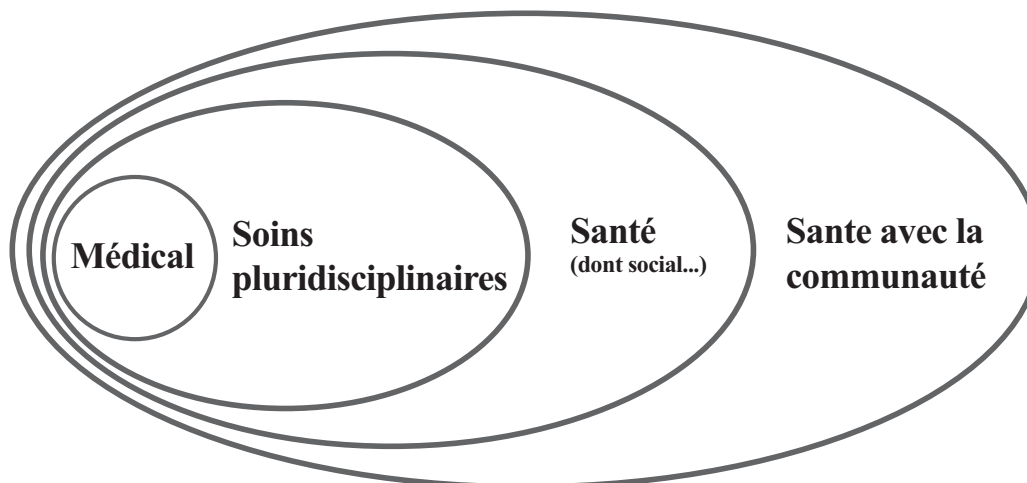
Par exemple, lors de l'une de nos expériences dans l'Eure, nous avons pu vérifier la pertinence de développer un volet de promotion de la santé sur ce territoire rural au sein du projet de

maison de santé car, si l'accès aux soins était globalement assuré, l'information ne circulait pas, ni entre professionnels des secteurs sanitaire et social, ni entre habitants et professionnels. En outre, la coordination des prises en charge (personnes âgées, petite enfance, patients présentant des troubles psychiques...) apparaît dans ce nouveau contexte plus facile à travailler. La démarche mise en place permet également de faire évoluer les représentations de l'urgence et de la proximité fréquemment présentes chez les habitants et les professionnels.

Mettre en œuvre une réponse en termes de santé et non strictement en termes de soins se heurte parfois à des visions marchandes, de part de marché, de concurrence, d'intérêts économiques de tous ordres dont la santé est aussi objet. Il importe donc que le politique, entendez les élus et leurs bras armés administratifs, s'en mêle pour défendre l'idée d'une santé partagée, l'idée d'une santé commune, collective... et pourquoi pas communautaire ! Par exemple, parfois, ce type de projet peut être enfermé dans une simple opération immobilière, strictement privée ou associant des fonds publics.

S'il apparaît donc facile de s'entendre autour de ces évolutions paradigmatiques, la mise en œuvre de l'action doit les refléter, à chaque

*Parfois, de l'intérêt privé à l'intérêt général*



étape de la démarche. C'est ce que nous vous proposons maintenant de regarder.

### Le discours de la méthode...

Tout d'abord, et c'est un facteur important que nous avons pu repérer dans la pratique, il convient d'interroger le projet de santé de territoire et non seulement la réponse potentielle qui pourrait émerger, résulter d'un lieu d'exercice regroupé. Poser la question de l'outil, du moyen, avant celle de la fin, de l'objectif à atteindre est un mal connu des acteurs en santé. Les opportunités en termes de financements fléchés (par exemple, en ce moment en France, sur les maisons de santé pluridisciplinaires) ou de visibilité politique (inauguration de la nouvelle maison de santé, articles dans les journaux)... peuvent être les facteurs explicatifs de telles démarches. Fréquemment, il faut ainsi résister aux impératifs « Aidez-nous à monter notre maison de santé ! », pour interroger l'existant, pour savoir si cette réponse est la meilleure étant donné le contexte local, pour, aussi, s'assurer de la faisabilité d'un tel projet.

Par ailleurs, pour l'Institut Renaudot, dont l'objectif statutaire est la promotion de la santé, la stratégie communautaire, l'une des cinq stratégies de la charte d'Ottawa doit être privilégiée car, nous semble-t-il, susceptible, à elle seule, d'entraîner les quatre autres. C'est dans cet esprit et avec le bagage théorique décrit ci-dessus que nous intervenons.

### Déjà, lors de la phase de diagnostic préalable à la mise en œuvre

Le diagnostic territorial préalable à la construction d'un projet de structure d'exercice regroupé n'est pas seulement un diagnostic de l'offre de soin mais d'une représentation de la situation partagée par l'ensemble des acteurs (habitants, élus, professionnels). Le diagnostic concerne autant les problèmes / attentes / préoccupations repérés (le mot de besoin sur-utilisé n'est à dessein pas repris ici !) que les ressources du territoire qui peuvent être sollicitées (acteurs libéraux, centres de santé, acteurs du champ social, associations, habitants...). Le diagnostic est une étape importante du processus qui doit permettre la réappropriation et le portage du projet par l'ensemble des acteurs concernés. Les porteurs doivent notamment s'entendre sur des valeurs communes, préalable incontournable à la co-construction et à la co-opération. Souvent les diagnostics statistiques seuls sont inopérants en termes de dynamiques territoriales.

La méthodologie peut par exemple alterner entre conduite de groupes homogènes (par groupes d'acteurs), de groupes mixtes ayant pour objectif la confrontation des représentations, de plénières de restitution - action...

### Dans le développement des programmes d'actions, dans leur mise en œuvre, dans tous les processus...

La construction du projet peut se faire dans le cadre d'une démarche communautaire en santé, c'est-à-dire de manière participative selon les ressources et les possibilités du territoire, suivant les huit repères indicatifs du Secrétariat européen des pratiques de santé communautaires (SEPSAC) paru en





2009. Ainsi, le projet de santé de la structure, l'organisation, le pilotage sont autant d'objets internes à définir en commun. Par exemple à Saint-Denis, dans le quartier prioritaire politique de la ville des Francs Moisis, un comité d'Usagers, Habitants, Citoyens a pu se mettre en place et contribuer au projet de la maison de santé sur ce territoire fragilisé. Le niveau ultime de la participation est atteint lorsque ce sont les professionnels qui participent aux actions des habitants !

### La question de la complexité et de l'expertise

La construction du projet suppose souvent l'apport de compétences spécifiques (expertise) sur le plan financier (quel investissement, quel financement, quel besoin en fonctionnement ?), juridique (quelle structure porteuse pour répondre à quel besoin, avec quelle conséquence sur la participation des acteurs ?) et immobilier (quels besoins en bâtiment, quelle localisation ?). Là encore, il faut mobiliser les savoirs profanes, mettre les acteurs au travail pour développer leurs compétences individuelles, psychosociales, citoyennes. La question de l'expertise peut souvent être l'occasion de refermer le projet autour des professionnels mais, comme le disait Clémenceau : « La guerre est une

chose trop importante pour être laissée aux militaires », il en va de même pour la santé et les professionnels de santé.

### Dans l'auto-évaluation accompagnée

L'évaluation est une nouvelle occasion de confronter les représentations, de réorienter l'action et les services de santé. Nous nous situons donc bien ici dans une vision de développement de l'évaluation et non dans une vision de contrôle. Il s'agit bien de faire mieux collectivement et non de juger. Pour préserver l'appropriation de la démarche, il est important que les finalités et les outils de l'évaluation soient également co-construits entre les acteurs.

---

### Une insuffisance de moyens chronique

Passer d'une vision curative de la santé à une vision globale et transversale, que certains qualifient d'utopique, nécessite de repenser en profondeur nos modes de fonctionnement, notamment institutionnels. Par la suite, à un niveau institutionnel d'abord, la question des moyens se pose rapidement même si tout le monde s'entend très vite sur la notion de santé globale. Attention à la méthode du

## Les points de repères du Secrétariat européen de pratiques de santé communautaire - SEPSAC

*Pour construire un projet dans le cadre d'une démarche communautaire en santé,  
de manière participative selon les ressources et les possibilités du territoire :*

1. *Concerner une communauté ;*
2. *Favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction ;*
3. *Favoriser un contexte de partage, des pouvoirs et des savoirs ;*
4. *Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté ;*
5. *Mettre en place un processus d'évaluation partagée et permanente pour permettre une planification souple ;*
6. *Avoir une approche globale et positive de la santé ;*
7. *Agir sur les déterminants de santé ;*
8. *Travailler en intersectorialité.*

discours, c'est-à-dire d'un discours non suivi dans les pratiques et non inscrit dans les budgets ! Rendre obligatoire cette dimension de promotion de la santé, et en contrepartie la financer dans les lieux d'exercice regroupés pourrait être un bon levier.

Sur le terrain, le fait est que les professionnels de santé, libéraux notamment ont de fortes contraintes liées à leur activité et que pour desserrer ces contraintes, il est nécessaire de rémunérer le temps passé à la co-construction entre professionnels et avec l'ensemble des acteurs du territoire. En France, l'expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération (NMR) ouvre la voie à une rémunération forfaitaire des professionnels pour assurer des missions coordonnées, pour développer l'éducation thérapeutique, pour construire la coopération entre les acteurs ou prendre en charge certaines pathologies chroniques.

Plus qu'une histoire de résultats, vous l'aurez compris, il s'agit, pour que la promotion de la santé et les lieux d'exercice regroupés puissent co-habiter, de mettre en œuvre des processus tout au long de la démarche de projet qui vont amener à la convergence des visions des acteurs concernés, préalable au « faire de la santé ensemble » au niveau local, de proximité.

Peut-être s'agit-il là d'une proposition dans l'opérationnalisation de la lutte contre les inégalités sanitaires et sociales, enjeux fréquents de nos politiques publiques. Encore faut-il que les moyens affectés soient à la hauteur des ambitions affichées. ●

## Bibliographie indicative

---

- *Déclaration de l'OMS d'Alma Ata sur les soins de santé primaires*, 1978.
- *Charte d'Ottawa*, OMS, 1986.
- « Boîte à outils - Maisons de santé rurales », MSA, 2006.
- Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire, *Action communautaire en santé : un observatoire international des pratiques*, 2009.
- « Les Maisons de Santé : une solution d'avenir ? », *La Revue de la SFSP*, juillet-août 2009.
- Documents régionaux : Franche Comté, Haute Normandie, Midi-Pyrénées, Nord.
- Juillard J.-M., Crochemore B., Touba A., Vallancien G., *Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement*, 2010.
- Circulaire « Lancement d'un plan d'équipement en Maison de Santé en milieu rural », juillet 2010 + cahier des charges national.
- De Hass P., *Monter et faire vivre une maison de santé*, Ed. Le Coudrier, 2010.