



RENCONTRES NATIONALES  
SANTÉ EN QUARTIERS POPULAIRES

La participation en santé de proximité  
des habitants et usagers des centres,  
maisons, et pôles de santé

# SYNTHÈSE DES ÉCHANGES

Jeudi 21 et vendredi 22 septembre 2017  
Cité des Arts de Chambéry





RENCONTRES NATIONALES  
SANTÉ EN QUARTIERS POPULAIRES

La participation en santé de proximité  
des habitants et usagers des centres,  
maisons, et pôles de santé

# SYNTHÈSE DES ÉCHANGES

Jeudi 21 et vendredi 22 septembre 2017  
Cité des Arts de Chambéry



# Sommaire

<b>Organisation et participation aux Rencontres Nationales</b> .....	<b>6</b>
1. Membres liés à l'organisation et partenaires.....	6
2. Les chiffres de la participation.....	6
<b>I. Préface</b> .....	<b>7</b>
1. Histoire des Rencontres Nationales de la Santé en Quartiers Populaires.....	7
2. Les Rencontres Nationales à Chambéry.....	8
3. Dynamique participative et mobilisation des habitants.....	9
4. Pourquoi le CGET encourage cette initiative, avec quelles attentes ?.....	10
<b>II. Rappel du programme</b> .....	<b>11</b>
1. Jeudi 21 septembre.....	12
2. Vendredi 22 septembre.....	12
<b>III. Contexte, enjeux, et présentation d'expériences</b> .....	<b>13</b>
1. Discours introductif.....	13
2. Table-ronde d'ouverture.....	14
3. La bourse aux expériences.....	19
<b>IV. La participation en soins primaires en quartiers populaires :     vers une synthèse ...</b> .....	<b>33</b>
1. Méthodologie des groupes de travail : le « gros débat ».....	33
2. Ce qu'en disent les participants.....	35
a) La place des usagers.....	35
b) Les changements de pratiques professionnelles.....	47
c) La médiation en santé.....	52
3. Préconisations pour la participation en santé de proximité dans les quartiers populaires.....	56
4. La plénière de clôture.....	61
<b>V. Liste des participants</b> .....	<b>64</b>

## Membres liés à l'organisation et partenaires

### LE COMITÉ DE PILOTAGE

#### ACSBE Saint-Denis

Emilie HENRY  
Directrice

Didier MENARD  
Président

Souad OSMANI  
Usager citoyen

Asta TOURE  
Médiatrice santé

#### Pôle de Santé Chambéry Nord

Priscilla BONNEFOY  
Agent de médiation en santé

Jean-Noël BOUTET DE MONVEL  
Membre associatif du Conseil d'Administration

Julie CACHARD  
Diététicienne - Doctorante en santé publique

Jean-Louis CORREIA  
Président - Médecin Généraliste

Adèle DE BARACE  
Interne en médecine générale

Jean Claude LIEVRE  
Usager

El Hadji NDIAYE  
Habitant administrateur

Alizé POTIE  
Etudiante en Education Thérapeutique du Patient

Karine TARONDEAU  
Diététicienne - Communication

Pablo VIEIRA  
Chargé de mission

#### PSIP Saint-Martin d'Hères

Sophia CHATELARD  
Médecin généraliste

Dominique LAGABRIELLE  
Médecin généraliste

Jean-Yves MILLET  
Patient citoyen

#### Le Village2Santé (Echirolles)

Yann CHEVALIER  
Assistant social

Benjamin COHADON  
Coordonnateur

#### MSP en projet - Le Mans

Kahina AMOKRANE  
Usagère

Sylvie CHEVENTNER  
Médiatrice santé

Marie-Ange LECOMTE  
Médecin généraliste

#### MSP Pyrénées-Belleville

Mady DENANTES  
Médecin généraliste

#### Maison de santé du Neuhof (Strasbourg)

Catherine JUNG  
Médecin généraliste

#### CGET

Clémence BRE  
Chargée de mission santé

#### IRDES

Cécile FOURNIER  
Chercheuse

#### DDCSPP Savoie

Patrick LEBLANC  
Délégué du préfet à la politique de la ville

#### Ville de Chambéry

Corinne DUFFAUD  
Responsable service « santé publique et handicap »

#### UDAF Savoie

Catherine ROULET  
Directrice des Pôles

#### CISS Auvergne Rhône-Alpes

Lydie MATEO  
Chargée de mission territoriale

### RÉDACTEURS ET RELECTEURS DU RAPPORT

#### Rédacteurs

Julie CACHARD,  
Jean-Louis CORREIA,  
Pablo VIEIRA

#### Relecteurs

Cécile FOURNIER,  
Pierre LOMBRIL,  
Marjorie PROVENT

### SOUTIENS INSTITUTIONNELS

- Commissariat Général à l'Egalité des Territoires (CGET)
- Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)
- Agence Régionale de Santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes
- Ville de Chambéry

## Les chiffres de la participation

# 176

PARTICIPANT-ES  
SUR LES DEUX  
JOURNÉES

#### Catégories :

66 « professionnels de santé » (38%)

49 « autres professionnels » (28%)

35 « habitants/usagers/ représentants » dont 8 conseillers citoyens (20%)

22 « représentants d'institutions » (13%)

#### Provenance géographique :

55 personnes de l'agglomération de Chambéry (31%)

25 de l'agglomération Grenobloise (14%)

21 d'Ile-de-France [Paris / St-Denis, principalement] (12%)

Autres : Strasbourg, Marseille, Le Mans, Toulouse, Poitiers, Maubeuge, Saint-Dizier, Périgueux...

# I. Préface

## 1. Histoire des Rencontres Nationales de la Santé en Quartiers Populaires

### Par Didier Ménard

Didier Ménard est médecin généraliste, président de « l'Association Communautaire Santé Bien Être - La Place Santé », centre de santé communautaire, à la cité du Franc-Moisin à Saint Denis. L'ACSBE coorganise depuis 2011 les Rencontres Nationales des structures d'exercice collectif en quartiers populaires. Il est membre du bureau de la FFMPs et préside la Fédération d'Île-de-France des MSP. Il travaille pour transformer le système de distribution des soins en un authentique système de santé

### Les Journées de la santé en quartiers populaires, une histoire qui a commencé à Saint-Denis en 2011

L'organisation d'une offre de santé adaptée aux besoins de la population n'est pas chose aisée dans un quartier populaire. C'est ainsi qu'à la cité du Franc-Moisin à Saint Denis (93) l'Association Communautaire Santé Bien Être (ACSBE) réalise régulièrement depuis 1992 des diagnostics des besoins de santé afin de vérifier si son projet de santé associatif est bien en phase avec ce qu'attendent les habitants.

En 2007, suite à une nouvelle période d'incertitude par la perte de subventions, il fut décidé de faire un nouveau diagnostic pour adapter notre projet à une potentielle perte de moyens. Ce diagnostic réalisé avec le comité d'usager révéla une profonde inquiétude de la population avant tout quant à la continuité de l'offre de soins. En effet, les habitants avaient bien perçu que les professionnels du quartier prenaient de l'âge. Il était donc légitime de se poser la question de qui allait assurer la relève. Si nous voulions éviter cette rupture de l'offre de soins au départ à la retraite des médecins, infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, il fallait anticiper. Qui pouvait faire ? Comment faire ? Le constat était partagé : il serait difficile de faire venir au Franc-Moisin des nouveaux professionnels pour prendre le relais des aînés. En accord avec l'ensemble des acteurs de la santé, il fut confié à l'ACSBE le soin de porter un projet de continuité de l'offre de santé au sein de ce quartier populaire. Pendant 3 ans, nous avons travaillé avec les professionnels du quartier, la commune de Saint-Denis, l'ARS, le CGET de l'époque, à élaborer un projet qui permettrait la poursuite de l'offre de santé. Après moult événements, le projet d'ouverture d'un centre de santé communautaire

porté par l'ACSBE vit le jour et la Place Santé ouvrit en octobre 2011.

Elle regroupe sur le même site une offre de soins avec 5 médecins généralistes ayant une spécialité de gynécologie médicale, une offre « sociale » autour de l'accès aux droits (principalement santé) avec 5 médiatrices en santé, une activité de promotion de la santé et de prévention par des ateliers collectifs et de musicothérapie. Une équipe de 18 salariés travaille à la Place Santé.

Lors de la construction du projet, l'Acse – agence nationale pour l'égalité des territoires – qui existait avant le CGET, nous confia la mission de penser notre projet dans une forme de reproductibilité, c'est-à-dire pouvant servir d'exemple pour d'autres structures d'exercice collectif installées au sein des quartiers populaires. C'est ainsi qu'est né le projet des rencontres nationales des équipes travaillant à l'offre de santé au sein des quartiers populaires (Maisons de Santé, Pôles de Santé, Centres de Santé). Une première rencontre eut lieu à Saint-Denis en mars 2011 ; elle rassembla une trentaine de participants et proposa des recommandations pour l'élaboration d'un projet de santé en quartier populaire. Rendez-vous fût pris pour 2013 et l'équipe de la Maison Médicale Dispersée du quartier Moulins à Lille se proposa pour organiser la rencontre. Puis ce fût à Strasbourg en 2015 avec la MSP du Neuhof, et en 2017 à Chambéry avec le Pôle Santé Chambéry Nord.

A chaque fois, l'auditoire était plus conséquent. La connaissance d'expériences ici et là sur l'ensemble du territoire conforta l'idée première qu'il y avait besoin de maintenir l'offre de soin et de santé auprès des populations en précarité et en vulnérabilité, et qu'il existait une spécificité des pratiques de santé en quartiers populaires. Tout cela méritait bien d'en partager les contenus et de débattre du comment continuer à faire, tout en faisant mieux.

Entre les Rencontres Nationales, des ateliers thématiques furent organisés au Franc-Moisin sur des sujets comme la gestion des structures d'exercice collectif, la recherche de financements, l'éducation thérapeutique et, déjà, la participation des habitants ...

L'important à retenir est **qu'il existe bien une spécificité à l'exercice de la santé au sein des quartiers populaires, que dans cet exercice la médecine ne peut être dissociée de la question sociale, que l'implication des habitants dans la promotion de la santé et les actions de santé publique ouvrent des possibilités**

**inexplorées au développement de la prévention en France.** Professionnels du soin, du social, habitants, associations, élus, chercheurs ; nous sommes tous mobilisés pour assurer la continuité de l'offre de soins et de santé.

Ce qui se joue dans cette dynamique va bien plus loin que la seule adaptation aux besoins de la population ; les projets de santé que nous portons nourrissent aussi la démocratie en santé, œuvrent à plus de justice sociale et contribuent à lutter contre les inégalités de santé si présentes dans nos quartiers.

## 2. Les Rencontres Nationales à Chambéry

### Par Julie Cachard

Julie CACHARD est gestionnaire du Pôle de santé Chambéry Nord et a co-organisé ces Rencontres. Elle est en charge plus particulièrement du volet « recherche » sur la participation en santé de proximité, dans le cadre de sa thèse de santé publique. Elle exerce en tant que diététicienne et tabacologue dans le quartier des Hauts de Chambéry.

Ces événements sont portés depuis plusieurs années par des équipes de soins primaires qui s'investissent dans des projets de santé publique à l'échelle de leur territoire d'exercice. Elles se réunissent une fois par an pour partager leurs pratiques et organisent tous les deux ans un séminaire de travail intersectoriel à plus grande échelle.

Suite au succès rencontré lors des Rencontres de Strasbourg en 2015, portant autour de la question « un quartier populaire est-il un territoire de santé ? », l'idée de proposer une nouvelle édition a germé lors du bilan de clôture et le thème de la participation en santé s'est vite imposé. L'équipe chambérienne, présente depuis les premières éditions, faisait partie du comité d'organisation

des Rencontres 2015. Très inspirés par le petit guide de la participation en santé de proximité<sup>1</sup>, les chambériens ont proposé d'aborder cette thématique d'actualité lors de prochaines Rencontres et de porter la responsabilité de l'organisation de cette prochaine manifestation. C'est ainsi que le rendez-vous fut pris !

Différentes étapes et deux ans de préparation ont été nécessaires pour aboutir à la réalisation de ce projet. Un comité de pilotage a été mis en place composé pour moitié d'acteurs locaux (cf. composition du comité de pilotage). Ce comité s'est réuni une première fois les 15 et 16 décembre 2016. Deux jours de travail collectif, pour développer une première réflexion commune sur le sujet, suivis de neuf mois d'expérimentations d'actions participatives variées, portées par une dizaine d'équipes de soins primaires. Ce temps long a permis de construire les bases méthodologiques mais aussi idéologiques du projet. Ce comité de pilotage a été consulté à trois autres reprises (en mars, mai et juin 2017) et

des contacts répétés ont eu lieu entre l'équipe chambérienne organisatrice et les équipes développant localement un projet participatif. Ce soutien a notamment pu être assuré grâce à la présence au Pôle de Santé de Chambéry d'un chargé de mission dédié.

L'un des objectifs principaux, a fortiori au regard de la thématique de ces Rencontres, fut celui de l'implication des patients et plus largement des habitants des quartiers populaires dans le projet. Pour atteindre ce but, le comité de pilotage, lui-même en partie composé d'acteurs non professionnels, s'est appuyé sur différentes méthodes participatives. La proximité et l'aspect concret des actions furent de vrais atouts, tout comme le choix d'une temporalité sur plusieurs mois, le temps de créer les partenariats dans la confiance.

L'autre objectif, également pensé dès le départ, fut celui de la capitalisation. Des chercheurs et des étudiants ont pour cela rejoint très tôt le projet qui s'est construit progressivement sur un mode de recherche-action. Les partenariats avec les institutions, locales à nationales, ont également été renforcées par leurs présences au comité de pilotage.

Les équipes qui, dans plusieurs villes de France, avaient développé des actions avec les habitants et les patients, sont venues alimenter la première partie des Rencontres de leurs expériences. Les actions ont fait l'objet de présentation en ateliers, restituées sous la forme d'une « Bourse aux expériences ». Strasbourg, Poitiers, Suresnes, Paris/Belleville, Chambéry, Saint-Denis, Echirrolles, Saint-Martin-d'Hères, Le Mans... Au total, neuf équipes de soins primaires en quartiers populaires ont donc activement construit ces Rencontres, grâce à leurs projets originaux associant systématiquement habitants et/ou patients.

1 <http://www.femasac.fr/telechargements/file/89-le-petit-guide-de-la-participation-en-sante-de-proximite-femasac-ffmps.html>

### 3. Dynamique participative et mobilisation des habitants

#### Par Pablo VIEIRA

Pablo VIEIRA est chargé de mission santé publique au Pôle de Santé Chambéry Nord, dont l'un des rôles est de développer et accompagner les démarches participatives avec les usagers et habitants de Chambéry-le-Haut. Au sein de l'équipe chambérienne, il a contribué à l'organisation de cet événement, en partenariat avec la direction de l'ACSBE à Saint-Denis.

En tant que chargé de mission « participation », mon rôle transversal dans l'organisation de ces Rencontres Nationales m'a permis d'avoir une place privilégiée et d'adopter une vision d'ensemble de l'évènement. Pendant les Rencontres, certains participants ont émis des craintes quant à une éventuelle future diffusion de « spécialistes de la participation », qui imposeraient des méthodologies et des solutions miracles, y compris au détriment des dynamiques locales. Partageant ces interrogations, j'ai pour ma part davantage eu un rôle d'appui. Un appui logistique, d'abord, permettant que l'accueil des participants et intervenants au sein de la Cité des Arts et des divers ateliers se fasse dans de bonnes conditions. Un appui pour les équipes de soins primaires partenaires, ensuite, afin d'assurer le suivi des actions participatives menées, leur présentation en atelier lors des Rencontres, ainsi que le lien et les échanges entre ces équipes. Enfin, un appui au sein du Pôle de Santé Chambéry Nord afin de proposer et concrétiser la construction de deux ateliers avec les professionnels et les usagers. Cela démontre l'importance d'une fonction dédiée, notamment pour les aspects très concrets des démarches participatives : planifier une réunion, l'animer, proposer des comptes-rendus en s'adaptant aux divers participants (par exemple, tous n'ont pas l'habitude de communiquer par courriels). Autant d'aspects difficiles à mener pour des professionnels de santé en exercice.

Avec 35 présents (environ 20% des participants), les chiffres démontrent le succès de la mobilisation des habitants et usagers. Le travail de mobilisation en proximité des équipes de soins primaires a porté ses fruits, démontrant que le processus de construction des Rencontres Nationales a créé une dynamique dans la durée qui dépasse le seul cadre de l'évènement chambérien de septembre 2017. Ce travail de fond a également été soutenu et accompagné par le CGET dont le financement a permis de faciliter la venue des habitants des quartiers populaires avec une prise en charge intégrale des frais de transport et d'hébergement. Une analyse qualitative doit cependant compléter ces données chiffrées. En effet, la mobilisation habitante est parfois allée au-delà des seuls participants aux Rencontres : pour prendre

l'exemple de Chambéry, au moins trois usagers ayant participé activement à la construction des ateliers n'ont finalement pas pu être présents les 21 et 22 septembre. Les obligations professionnelles, familiales et les problématiques de santé ont également été des obstacles à la venue d'habitants et d'usagers intéressés, en provenance de villes plus lointaines. C'est ainsi que la catégorie « habitants » présente le plus grand écart entre inscrits et participants effectifs. Plutôt qu'un point négatif, ce constat dit certainement quelque chose sur la nécessaire adaptation des modes de participation en santé de proximité : participation aux actions locales et/ou aux événements nationaux, participation considérée dans la durée ou valorisation des engagements ponctuels... Autant de formes et de formats possibles présentés et discutés lors de ces journées. Les chiffres ne laissent pas non plus paraître la diversité des profils. Aux côtés des usagers des centres et maisons de santé, au moins huit conseillers citoyens étaient présents, en lien ou non avec les structures de soins primaires. Cette mobilisation s'est faite par l'intermédiaire de certaines équipes de soins primaires ou directement par le biais du CGET et des délégués au Préfet à la Politique de la Ville des départements concernés.

La place des habitants et usagers a donc été interrogée à tous les niveaux : comité de pilotage, interventions en plénières et en ateliers, modes d'animation... En conclusion, ces Rencontres Nationales doivent être elles-mêmes regardées comme une expérience participative à grande échelle, avec ses apports et ses limites. Mais si la question de l'implication des habitants et usagers des quartiers populaires devient une évidence lors de la prochaine édition, j'estime que ces Rencontres 2017 auront alors permis de franchir un palier.

## 4. Pourquoi le CGET encourage cette initiative, avec quelles attentes ?

### Sébastien JALLET

Commissaire général délégué à l'égalité des territoires et Directeur de la ville et de la cohésion urbaine, regrette de ne pouvoir être présent ce jour. Mme Bré, chargée de mission santé au CGET, qui a suivi la préparation de ces Rencontres, le représente aujourd'hui. Pour rappel, le CGET, qui soutient l'organisation de ces journées, est un service du premier ministre avec pour mission le renforcement des capacités des territoires et la réduction des inégalités territoriales

### Clémence Bré, Chargée de mission santé - CGET

« Mesdames, Messieurs, bonjour.

C'est un plaisir d'ouvrir ces Rencontres nationales « Santé en quartiers populaires » dédiées à la participation des habitants et usagers.

Je souhaite tout d'abord saluer les deux structures co-organisatrices de ces journées, le Pôle de santé de Chambéry-Nord et l'association communautaire santé bien-être de St-Denis. Je salue également l'ensemble des participants (habitantes et habitants ; conseillers citoyens ; médiatrices ; professionnel.le.s du soin ; actrices et acteurs du champ social et médico-social et de la politique de la ville) qui ont fait le déplacement en Savoie aujourd'hui.

Suite aux journées organisées à Lille et Strasbourg avec le soutien du CGET, ces rencontres 2017 de Chambéry sont à nouveau l'aboutissement d'un travail collectif, impulsé par des professionnel.le.s des soins primaires fortement investie.s dans 11 quartiers de la politique de la ville. Il s'agit d'une démarche ambitieuse, qui a pleinement associé des habitant.e.s et des chercheur.e.s, aux côtés de professionnel.le.s du soins, volontaires pour questionner leurs pratiques et co-inventer de nouvelles « manières de faire » de la santé au sein de leurs structures et dans leurs territoires.

Dès cette après-midi, des expériences de participation vont vous être présentées par ces territoires. Ces exemples pourront, je l'espère, conforter les maisons, centres et pôles de santé qui font déjà l'expérience de la participation. Elles permettront aussi d'outiller les structures prêtes à « passer le pas » de la mise en œuvre de démarches participatives.

En ouverture de ces journées, le commissaire général délégué à l'égalité des territoires m'a chargée d'adresser trois messages principaux au collectif de travail que vous constituez :

■ Premièrement, rappeler que la politique de la ville a joué un rôle précurseur en matière de participation des habitants. Et c'est précisément le champ de la santé - au travers des approches en santé communautaire - qui a joué un rôle pionnier dans la promotion des démarches participatives qui nous réunissent aujourd'hui. Les quartiers prioritaires demeurent sans conteste des territoires préfigurateurs et innovants.

Parmi les innovations récentes, il y a en particulier les conseils citoyens, généralisés par la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine de 2014. Près de 1 200 conseils dotés d'un collège « habitants » se consolident progressivement. Ils constituent de bons relais pour faire entendre l'avis des habitants, notamment en matière de santé, dans le cadre des instances décisionnelles des contrats de ville.

■ Le deuxième message porte sur l'extension tout à fait positive d'une « culture de la participation », qui gagne progressivement un ensemble de politiques publiques et notamment la santé. Ainsi, la stratégie nationale de santé, qui va prochainement être renouvelée, réaffirme la place des usagers au titre des démarches innovantes pour améliorer notre système de santé.

■ Enfin, concernant l'actualité des prochains mois, le CGET souhaite indiquer que les quartiers prioritaires de la politique de la ville moins dotés en médecins ont vocation à intégrer pleinement le futur de plan de lutte contre la désertification médicale. En complément des approches géographiques et quantitatives, la question de l'accessibilité des soins méritera nous le pensons d'être également abordée sous l'angle de la qualité de démarches déployées et de leur adaptation aux besoins des habitants, comme vous le faites aujourd'hui.

Je terminerai ce propos introductif en insistant sur la qualité du programme de ces journées, qui offre l'opportunité à toutes et à tous de produire de la connaissance et des recommandations sur les apports des démarches participatives en santé dans les quartiers prioritaires. Le CGET, aux côtés des autres partenaires de ces journées - la Direction générale de l'offre de soins, l'agence régionale de santé et la ville de Chambéry - sera attentif à vos travaux.

Bonnes journées à toutes et tous, et bons travaux. »



## RENCONTRES NATIONALES SANTÉ EN QUARTIERS POPULAIRES

## II. Rappel du programme

**21 et 22  
septembre  
2017, à la Cité  
des Arts de  
Chambéry**

---

Après une présentation du contexte et des enjeux en plénière d'ouverture, les participants ont travaillé autour de trois thématiques « fil rouge » : la place des usagers, les changements de pratiques professionnelles, la médiation en santé. Le premier jour, la « Bourse aux Expériences » visait à apporter du contenu concret, empirique, à partir des retours d'expériences et à formuler les ques-

tionnements, travaillés le deuxième jour lors du « Gros Débat », et permettant d'aboutir à des préconisations. Lors de la plénière de clôture, plusieurs participants (habitante, médiatrice, médecin, représentant d'association) ont été invités à s'exprimer sur leur vécu de ces Rencontres Nationales de la Santé en Quartiers Populaires.

# 1. Jeudi 21 septembre

## 13h30 – 15h00 : Séance plénière d'ouverture

- Intervention du Commissariat Général à l'Égalité des Territoires (CGET)
- Table-ronde : contexte et enjeux de la participation dans les soins primaires en quartiers populaires

**Animateur :** Jean-Louis CORREIA (Médecin Généraliste)

**Avec :** Jean-Luc PLAVIS (Patient expert) et Jean-Noël BOUTET DE MONVEL (habitant membre du Conseil d'Administration du Pôle de Santé Chambéry Nord)

Julie CACHARD (Diététicienne au Pôle de Santé Chambéry Nord) et Didier MENARD (Président de l'ACSBE – La Place Santé)

Pierre LOMBRAIL et Cécile FOURNIER (Chercheurs en santé publique)

## 15h30 – 18h30 : Bourse aux expériences

1. De la préretraite du cabinet médical libéral en désert médical, à la construction d'une MSP multi-sites avec des habitants en quartier populaire ■ **MSP en construction (Le Mans)**
2. Les différents niveaux et modalités d'implication dans un projet des habitants dans un quartier : l'expérience de l'ACSBE ■ **ACSBE – La Place Santé (Saint-Denis)**
3. Une expérience de co-construction entre soignants et militants pour une médecine de proximité et de prévention ■ **Centre de Santé des Trois Cités (Poitiers)**
4. Un centre socio-culturel, outil pour la participation des usagers dans un pôle de santé ■ **Pôle de santé des Envierges (Paris)**
5. Intégrer les usagers dans la gouvernance d'un Pôle de Santé : apports et obstacles ■ **Pôle de Santé Interprofessionnel (Saint Martin d'Hères)**
6. Le diagnostic communautaire au sein d'un quartier : retour d'expérience ■ **Village 2 Santé (Echirolles)**

7. Travailler un programme d'éducation thérapeutique avec des patientes ■ **Pôle de Santé Chambéry Nord (Chambéry)**

8. Regards croisés sur le poids dans un quartier populaire ■ **MSP du Neuhoef (Strasbourg)**

9. Rôle du patient-expert dans la construction d'une Maison de santé et la coordination des projets patients ■ **MSP des Chênes (Suresnes)**

10. La médiatrice : une facilitatrice de la relation habitants / professionnels ■ **ACSBE – La Place Santé (Saint-Denis)**

11. La médiation en santé au sein d'un dispositif innovant (IMPACT) : effets sur l'autonomie et l'implication des usagers ■ **Pôle de Santé Chambéry Nord (Chambéry)**

12. Pluridisciplinarité sanitaire et sociale : une nécessaire association au service du parcours de santé de l'utilisateur ■ **Village 2 Santé (Echirolles)**

## 18h15 – 19h15 : Séance plénière

Préparation des ateliers thématiques du lendemain matin à partir des thématiques de travail relevées lors de cette première journée

## 19h15 : Buffet dînatoire dans le hall d'accueil de la Cité des Arts

# 2. Vendredi 22 septembre

## 9h30 – 12h30 : Ateliers thématiques

**Thème 1 :** Quelle place pour les usagers ? De quelle manière peuvent-ils participer ?

**Thème 2 :** Quel impact de la participation sur les pratiques professionnelles ?

**Thème 3 :** Quelles attentes vis-à-vis de la médiation et de l'accompagnement santé ?

Au sein de chaque grande thématique, les participants se retrouvent en petits groupes et échangent autour de questionnements construits à partir des partages d'expériences de la veille. Professionnels, habitants, représentants des collectivités publiques, chercheurs,

produisent des connaissances et des éléments de solutions.

## 12h30 – 13h00 : Évaluation de la rencontre en groupes

Les sous-groupes se reforment afin d'élaborer collectivement une évaluation de leurs expériences des Rencontres Nationales

## 14h – 15h30 : Conclusion des Rencontres Nationales et ouvertures sur la suite

- Retour des participants lors de la plénière
- Mot de clôture des organisateurs

### III. Contexte, enjeux, et présentation d'expériences

#### 1. Discours introductif

##### Françoise BOVIER-LAPIERRE

Françoise BOVIER-LAPIERRE est adjointe au Maire déléguée à l'action sociale, à l'enfance, au handicap, à l'hygiène et à la santé publique et Vice-Présidente du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Chambéry

« Bonjour à toutes et à tous, Permettez-moi tout d'abord d'excuser Monsieur le Maire, retenu par d'autres obligations.

Il m'a chargée de vous accueillir ici à Chambéry à la cité des Arts, qui abrite un conservatoire de rayonnement régional et une école municipale d'arts.

Vous avez choisi Mesdames et Messieurs les organisateurs ce lieu de culture symbolique de notre ville pour organiser les Rencontres Nationales de la Santé en Quartiers Populaires 2017.

Ce choix témoigne de votre engagement dans une approche globale de la santé telle qu'elle est définie par l'OMS. Permettez-moi de rappeler cette définition :

« La santé est un état complet de bien être à la fois physique, mental et social, ce n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité ».

Cette définition implique et vous le savez bien que la santé d'une population est déterminée par une multitude de facteurs individuels, sociaux, économiques, et environnementaux.

Elle est liée aux conditions de vie, elle est liée à l'habitat, à l'accès à l'emploi, à l'éducation, aux ressources. Toutes les actions en faveur de la santé que vous menez et sur lesquelles vous réfléchissez sont à la croisée du social, de l'insertion, de l'éducation et des soins.

La participation des habitants est un enjeu important dans la mise en place, l'animation et l'évaluation des actions menées. Cette démarche participative des habitants, qui n'est pas forcément naturelle en matière de santé, joue un rôle dans l'évolution des soins primaires en France. Il est donc nécessaire de réfléchir aux moyens à développer pour une véritable participation des usagers et donc des habitants, aux impacts de leur véritable participation sur les pratiques professionnelles, aux attentes et aux besoins des habitants



en matière de médiation, d'accompagnement santé et de prévention des pathologies.

Nous sommes tous convaincus que la santé de chacun sera d'autant meilleure qu'il en sera le co-constructeur et qu'aura été développée une approche de proximité au plus près des besoins des populations, une approche basée sur la participation citoyenne. Cette participation doit être conçue comme une démarche qui s'inscrit dans la durée, dans la confiance. C'est nécessaire, et vous le savez, d'aller au-delà de la simple consultation des habitants. Il faut s'orienter vers une co-construction, seul moyen pour les habitants de s'engager pleinement dans le projet-santé de leur quartier.

Il sera nécessaire je pense de renforcer encore les compétences des acteurs locaux, de développer la participation active des habitants à toutes les phases des programmes de promotion de la santé, de favoriser tout ce qui permet de se rencontrer et de travailler ensemble, d'analyser collectivement pour y remédier les principaux dysfonctionnements et les principales barrières en matière d'accès aux droits, d'accès à la prévention et aux soins.

Vous le savez bien, la santé pour tous au sens de la définition de l'OMS est un facteur déterminant de la lutte pour l'égalité des chances et de la réduction significative des inégalités sociales et territoriales

Une ville, en matière de bonne santé pour ses habitants, en particulier pour ceux vivant dans les quartiers populaires :

- doit être vigilante à l'existence d'une bonne collaboration entre les différents acteurs en vue de permettre une bonne articulation entre ce qui relève du volet politique de la ville et ce qui relève des soins proprement dits.

- doit promouvoir la participation de la population sur les questions de santé et veiller à ce que la prévention et la promotion de la santé soient en cohérence avec les autres politiques publiques qui concourent à l'amélioration de la santé des habitants sous tous ses aspects.

J'arrêterai là mon intervention. En effet j'ai promis à vos organisateurs, et en particulier à M. Correia, d'être brève. J'espère avoir respecté mon engagement.

Bon travail fructueux à toutes et à tous au cours de ces deux journées dont l'objectif essentiel est d'aider les acteurs de terrain et les habitants que vous êtes à mettre en œuvre la meilleure stratégie de promotion de la santé.

Merci à chacun d'entre vous. Vous êtes des acteurs indispensables de la cohésion sociale d'une ville. »

## 2. Table-ronde d'ouverture

### Pierre LOMBRIL

Pierre LOMBRIL est Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, à l'Université Paris 13. Directeur adjoint du Laboratoire Educations et Pratiques de Santé EA 3412, il est responsable de la mention de Master Santé Publique de l'Université Paris 13. Trésorier adjoint de la Société Française de Santé Publique, il est également président de la commission spécialisée prévention de la CRSA d'Île de France et président de PromoSanté Île-de-France.

En guise d'introduction, et d'un point de vue de chercheur, quelques points de vigilance.

**Concernant l'objet pour commencer : l'assistance est familière de la distinction entre « soins » et « santé » ;** si les difficultés d'accès aux soins sont réelles et s'aggravent, l'enjeu est plus large, celui de faciliter l'accès à la santé, par une action conjuguée des soins et d'interventions sur les conditions d'une bonne santé.

« **Quartiers populaires** » ensuite : il y a quelques années, c'était encore un objet de fierté que de se réclamer du peuple, c'est devenu au moins autant un facteur de stigmatisation. Faut-il pour autant parler de quartiers prioritaires comme la Politique de la Ville ? Il n'est pas sûr que l'on évite la stigmatisation ce faisant et on risque en sus de suivre le mouvement

de restriction du domaine couvert par la Politique de la Ville et d'oublier nombre de quartiers qui seraient susceptibles de bénéficier d'initiatives telles que celles qui sont présentées dans ces rencontres.

Distinguer soins et santé est important ensuite au regard des connaissances scientifiques qui se sont accumulées montrant à la fois des inégalités d'accès aux soins et d'accès à la santé.

**Les difficultés d'accès aux soins tiennent d'abord à l'inégalité d'accès aux droits sociaux** (du fait de leur coût, de la complexité administrative qui pèse sur ceux qui sont le moins familiers avec les « formalités », etc.). **Mais elles tiennent aussi à la façon dont sont organisés et délivrés les soins :** la com-

plexité des parcours occasionne des ruptures plus fréquentes pour les plus fragiles ; la complexité des questions de santé nécessite une adaptation linguistique et culturelle des soins que la médiation ne peut assurer seule sans une mobilisation conjointe des professionnels et des organisations (rapelons que d'après l'OCDE, c'est la moitié de la population qui est en difficulté avec la compréhension de repères simples de la vie de tous les jours).

Mais **l'accès à la santé suppose par ailleurs réunis ce que la Charte d'Ottawa appelait des prérequis** (logement, emploi, revenus, accès à l'éducation, etc.), c'est dire l'importance du travail intersectoriel (avec l'assurance maladie, mais avec les autres secteurs de la vie en collectivité, qui ont trait aux conditions de vie et de travail de tout un chacun).

**Intersectorialité et participation des personnes et publics concernés sont les deux clés de la lutte contre les inégalités sociales de santé.**

Mais revenons aux **quartiers populaires**. Si les conditions de vie y sont plus difficiles qu'ailleurs, du fait de la rareté de l'offre de services, publics et privés, du fait des multiples sources de précarisation de la vie de leurs habitants, **c'est aussi avec les ressources de ces derniers, le support social qu'ils procurent, qu'il faut travailler.** C'est ce dont témoigne la mobilisation de médiateurs issus de la communauté, qui travaillent en bonne intelligence avec des professionnels qui ont fait le choix de relever ces défis en équipes pluri-professionnelles avec un engagement que je salue.

**Didier MENARD**

Didier Ménard est médecin généraliste, président de « l'Association Communautaire Santé Bien Être - La Place Santé », centre de santé communautaire, à la cité du Franc-Moisin à Saint Denis. L'ACSBE coorganise depuis 2011 les Rencontres Nationales des structures d'exercices collectif en quartiers populaire. Il est membre du bureau de la FFMPs et préside la Fédération d'Île-de-France des MSP. Il travaille pour transformer le système de distribution des soins en un authentique système de santé.

**Le travail avec les institutions apparaît aujourd'hui à nous, qui travaillons dans les quartiers populaires, comme une évidence. Il n'en a pas été toujours ainsi.**

Il faut considérer que **pour la médecine, ce partenariat est une innovation.** En médecine libérale comme pour les centres de santé, les institutions de l'Etat, DASS, DRASS, ARH n'étaient pas présentes. Aujourd'hui, avec les ARS, tout est à construire. Avec l'Assurance Maladie, les relations sont plus constantes puisqu'elle rembourse le soin et à ce titre le Médecin Conseil intervient régulièrement dans la pratique des soignants. Mais cette intervention qui s'apparente à un contrôle est source de conflits avec les soignants.

Cette rencontre entre acteurs de terrain et institutions n'a rien de naturel. Il nous a fallu nous entendre et nous comprendre et, aujourd'hui encore, cela reste compliqué.

**Les logiques d'interventions des uns et des autres ne sont pas naturellement complémentaires :** l'une est descendante et obéit à une commande institutionnelle, l'autre est montante et vise à résoudre un problème concernant les acteurs de terrain. Il suffit de voir comment fonctionnent les appels à projets qui ne sont pas vraiment des moments d'entente cordiale, ou les contrats d'objectifs qui sont pluriannuels mais renégociés tous les ans.

Cependant, petit à petit, l'Etat et les collectivités locales ont découvert que **certains soignants pouvaient s'organiser pour porter des politiques publiques concernant la prévention, l'éducation, la citoyenneté...**

Cette découverte s'est d'abord faite à la marge du système de soins et c'est l'épidémie du Sida, la toxicomanie, la précarité qui nous ont poussés les uns et les autres à la collaboration. Il ne faut pas oublier l'histoire.

**Ce qu'il nous reste aujourd'hui à construire à partir de notre expérience commune de collaboration, ce sont de véritables espaces de négociation de proximité où nous pourrions mettre en œuvre des réponses plus pertinentes aux besoins de santé des populations.** C'est l'enjeu de ces rencontres de construire sur la question de la santé ces espaces de concertation. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) sont-elles ces lieux de concertation de tous les acteurs du territoire ?

Nous pouvons le souhaiter. Mais ce sera à condition qu'ils ne deviennent pas des lieux d'expression d'un corporatisme revendicatif qui oppose les uns aux autres, ce qui signerait alors leur échec.

Les expériences qui seront présentées lors de ces deux journées montrent que cela est non seulement possible, mais absolument nécessaire – même si cela est mal parti, avec l'arrêt des contrats aidés, un combat de plus à mener.

**Ce que montre l'histoire récente, c'est que notre système de distribution des soins est en transition vers un système de santé centré sur le mieux-être de la population et non plus sur la maladie de la personne.**

Ce qui est difficile d'assumer dans cette transition, c'est le changement culturel, c'est modifier les représentations négatives que nous avons les uns des autres.

Mais la chance immense dans nos quartiers populaires est que, confrontés à la souffrance sociale, nous sommes devenus capables de sortir de nos schémas formatés et étriés du soin pour nous ouvrir à la citoyenneté et cela, grâce à nos patients : les habitants de ces quartiers.

Si nous pouvons entraîner dans ce changement de culture nos partenaires institutionnels, alors je suis convaincu que ces espaces de concertation de proximité trouveront naturellement leur place.

## Cécile FOURNIER

Cécile Fournier est médecin de santé publique et sociologue. Actuellement Maître de recherche à l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), et chercheure associée au Laboratoire éducation et pratiques en santé (LEPS), elle s'intéresse aux pratiques préventives et éducatives développées par les professionnels de soins primaires, et aux transformations des pratiques soignantes dans des dispositifs innovants d'exercice regroupé pluriprofessionnel.

Avant de parler d'organisations locales, je voudrais revenir sur le contexte actuel.

Aujourd'hui, les problèmes de santé deviennent de plus en plus complexes, à la fois parce qu'une personne peut avoir plusieurs problèmes de santé, souvent étroitement liés à une problématique sociale, mais aussi parce que, lorsqu'il s'agit de trouver des réponses à leurs besoins, il y a des inégalités entre les personnes en matière de ressources personnelles et dans leur environnement.

Face à ces situations et pour répondre à ces besoins, de nombreux professionnels de santé estiment que leurs pratiques et leurs conditions de travail solitaires sont inadaptées. En soins primaires, avec le soutien des politiques et des financeurs, ils sont de plus en plus nombreux à s'engager dans de nouvelles manières de travailler, à plusieurs, et dans la construction de nouvelles organisations. **Donner la**

**possibilité à des habitants ou des usagers du système de santé de participer à ces constructions fait partie des changements expérimentés.**

Les recherches auxquelles j'ai été associée ces dernières années m'ont amenée à croiser toutes sortes de configurations où la participation des habitants, usagers ou patients est recherchée et construite petit à petit, à différents niveaux.

Je voudrais en donner 4 exemples, correspondant à 4 niveaux de participation, qui ne sont pas exhaustifs :

**1<sup>er</sup> niveau : à un niveau individuel, dans la relation de soin, des professionnels de santé tentent de faire participer davantage les personnes qui les consultent.** Les professionnels essaient aujourd'hui de s'organiser pour cela : des médecins généralistes adaptent leur temps de consultation ou organisent des consultations dédiées à des échanges ayant une dimension éducative ; d'autres travaillent avec des infirmières dans le cadre du dispositif Asalée, qui permet aux patients de disposer de temps d'échanges avec une infirmière dans le cabinet de leur médecin. Une étude récente montre que certains médecins n'osent pas proposer ce type d'approche, mais qu'ils le font plus facilement si les patients le leur demandent. Il y a aussi une mobilisation individuelle des patients à encourager, et il existe par exemple des formations ou des guides pour aider les patients à préparer

les questions à poser en consultation.

**2<sup>ème</sup> niveau : à un niveau généralement collectif, depuis la fin des années 90, des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) se sont développés à l'hôpital, dans des réseaux de santé, dans des associations de patients.** Ils se développent aussi en ville. L'implication de patients ou de membres de leur entourage dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes se structurent progressivement, ce qui correspond à une recommandation nationale. Il existe des formations et de nombreux témoignages de patients, dits patients intervenants, patients ressources, ou encore patients experts.

**3<sup>ème</sup> niveau : au-delà de l'ETP et des maladies chroniques, il existe des organisations innovantes.** On peut citer l'exemple des maisons de santé pluriprofessionnelles, ou encore des centres de santé, qui sont des regroupements de professionnels autour de projets communs, représentant de nouvelles manières de travailler. Des études ont montré que le fait de travailler dans un même lieu et d'élaborer ensemble un projet de santé changeait l'approche des professionnels : ils ne sont plus là seulement pour répondre à des demandes individuelles de personnes qui viennent les consulter, mais ils peuvent identifier et prioriser des problèmes de santé collectifs dans leurs territoires. Avec l'aide des acteurs locaux, dont font partie les usagers, ils peuvent inventer des réponses à ces problèmes. Certaines structures ont un comité d'usagers, ce dont peuvent témoigner Jean-Luc Plavis et Didier Ménard dans cette table ronde. La Franche Comté, qui est pionnière en ce domaine, a publié en 2015, sous la direction de Patrick Vuattoux, un « Petit guide de la participation en santé de proximité », très concret et fourmillant d'exemples. Jean-Luc Plavis et Didier Ménard y ont d'ailleurs contribué !

**4<sup>ème</sup> niveau : à un autre niveau encore, il existe des dispositifs qui permettent à des patients de participer à la formation des soignants à l'université (médecine, pharmacie, études dentaires ou infirmières...) ou encore à la formation de leurs pairs, à l'image de la récente formation *hemomooc.fr* conçue par l'Association française des hémophiles avec des professionnels de santé. D'autres dispositifs permettent aux patients de participer à des recherches, comme celle menée actuellement par 15 associations avec le pôle de ressources en ETP d'Ile de France, pour explorer ce que recouvre l'accompagnement d'une personne avec une maladie chronique.**

Enfin, les habitants / usagers / patients peuvent jouer un rôle de représentation dans divers types d'instances (conférences régionales de santé, comités hospitaliers, programmes d'ETP, comités de quartier...) ou être consultés dans le cadre de diagnostics de territoire.

**Malgré tout, la mise en place de démarches participatives rencontre encore de nombreux freins : il s'agit d'un changement de culture, non seulement pour les professionnels, mais aussi pour la population, et il existe de fortes résistances au changement, sous-tendues par des enjeux**

de savoir et de pouvoir. Toutefois, les quelques exemples cités, et bien d'autres encore, montrent qu'il y a de nombreuses occasions à saisir pour les usagers afin de faire entendre leurs voix, leurs besoins, et participer à construire des réponses, en commençant à un niveau souvent très local.

**Les expériences menées montrent que ce type d'implication apporte beaucoup aux usagers qui participent et à la communauté qu'ils représentent, mais aussi aux professionnels qui disent que ces collaborations ré-enchantent et redonnent sens à leurs pratiques.**

### Julie CACHARD

Julie CACHARD est gestionnaire du pôle de santé Chambéry Nord et a co-organisé ces Rencontres. Elle est en charge plus particulièrement du volet « recherche » sur la participation en santé de proximité, dans le cadre de sa thèse de santé publique. Elle exerce en tant que diététicienne et tabacologue dans le quartier des Hauts de Chambéry.

« Pour pouvoir se développer à l'échelle des soins primaires, la participation doit être inscrite dans les projets et les statuts des maisons et pôles de santé. Les conditions de sa mise en œuvre doivent être pensées progressivement, au rythme des actions menées localement et des réflexions des acteurs.

Je vais vous présenter deux exemples, l'un concernant l'évolution de l'objet de l'association « Pôle santé Chambéry », l'autre concernant plus directement l'offre en santé.

C'est en 2010-2011 que l'association du pôle de santé de Chambéry Nord a vu le jour. Au départ, il s'agissait surtout de rassembler les visions de professionnels médicaux et paramédicaux exerçant en libéral sur un même territoire autour du portage commun d'un projet de santé.

Cette première étape a permis de fédérer une communauté de professionnels, ce qui n'était déjà pas rien. Bien que les habitants aient toujours eu une place, cette dernière restait informelle et minoritaire. Il faudra attendre quelques années, que parvienne à maturité une organisation pluri-professionnelle, pour qu'en 2013, la mise en place d'un collège « habitants » au sein du Conseil d'Administration de l'Association soit effective. Cette étape est une reconnaissance de la légitimité des habitants et des patients dans la gouvernance du pôle de santé. L'exemple de Chambéry est loin d'être la norme, de nombreuses structures restent gérées uniquement par des professionnels. Le Pôle de santé est en pleine réflexion pour permettre la participation à différents ni-

veaux. Pour les projets de prévention par exemple, lorsque l'on met en place un groupe de travail sur la thématique de l'obésité pédiatrique. Il s'agit de coordonner l'existant, de créer de nouvelles interventions locales et pour cela, il nous est naturel de faire appel aux acteurs professionnels pour composer le groupe : Pôle de santé, PMI, santé scolaire...des médecins, des infirmiers, des diététiciens...Et pourquoi ne pas associer les parents ? les médiateurs ? C'est pertinent, mais cela pose du coup la question du « comment ». Idem pour l'offre de soin, avec les groupes thérapeutiques comme par exemple l'ETP diabète. Quelle place pour les patients, les aidants, dans la construction des programmes, l'animation et l'évaluation des séances ?

Ces Rencontres sont une opportunité pour trouver des éléments de réponses au travers les expériences variées qui seront présentées en ateliers cet après-midi et dans l'élaboration collective de nos préconisations que nous formulerons en petits groupes de travail demain. »

## Jean-Luc PLAVIS

Jean-Luc PLAVIS, fort de son expérience de malade chronique, s'est engagé dans l'accompagnement des personnes souffrant de pathologies chroniques ou de troubles psychiques. Il veille à la bonne coordination des parcours et des projets patients dans une maison de santé pluriprofessionnelle dont il est co-fondateur. Son accompagnement vaut pour les personnes malades, les proches, les professionnels de santé, les institutions, les organisations. Il est aussi membre de France Assos Santé.

---

Jean-Luc Plavis a travaillé à la construction d'une maison de santé à Suresnes (92). La question s'est posée de la **participation des usagers** : leur permettre de prendre part à la vie de la MSP, à certains enjeux. Une commission des usagers a été créée dans laquelle les habitants peuvent porter des réclamations sur leur prise en charge. Des « soirées du savoir » sur l'obésité, le diabète, etc. seront proposées aux habitants et animées par un binôme : un professionnel de santé et un acteur associatif.

De même, l'équipe de la maison de santé a proposé à Jean-Luc Plavis de **coordonner les projets patients de la structure**. Activité bénévole, son objectif est de co-construire l'offre de soins autour de filières de soins et d'accompagnement innovantes, permettant une prise en charge globale de la personne, avec comme logique d'« Apprendre ensemble de nos expériences pour apprendre comment marcher mieux ».

Ces filières duplicables sur toutes pathologies s'appuient sur l'expertise hospitalière, la coordination du parcours par l'équipe de la MSP, et l'accompagnement par l'intermédiaire d'une association de patients et/ou **un patient-expert formé et professionnalisé**, en capacité d'agir en transversalité sur les similitudes entre les pathologies et le vivre avec une maladie ou un trouble psychique.

La prévention, le parcours de soins, de santé et de vie (contextes : émotionnels, familiaux, sentimentaux, sociaux, professionnels...) sécurisent la prise en charge et la continuité du soin dans le temps, en territoire de proximité, au plus près du lieu de vie des personnes concernées.

**La maison de santé à Suresnes, par sa situation géographique et sa mixité sociale** (6 résidences sociales, des appartements privés de standing et une zone pavillonnaire)  **vise à assurer une égalité d'accès aux soins pour tous.**



### 3. La bourse aux expériences

De la préretraitte d'un cabinet médical libéral dans un désert médical, vers la construction d'une MSP multisite avec des habitants en quartier populaire

#### Maison de Santé Pluridisciplinaire en construction (Le Mans)

#### PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE

Professionnels et habitants portent un projet de maison de santé pluriprofessionnelle multisite dans les quartiers Sud du Mans. Le cheminement entre professionnels a débuté lors des *Rencontres Nationales* de Lille en 2012. Le projet s'inscrit dans une approche innovante et globale de la prise en charge du public en privilégiant les compétences de chaque professionnel et en valorisant l'implication

des usagers. L'objectif est centré sur la demande et l'accompagnement du patient, dans une démarche visant à lutter contre l'isolement professionnel, au sein d'un quartier de 30 000 habitants dans lequel une partie des soins ne peut être réalisée chaque jour par manque de médecins généralistes.

#### SYNTHÈSE DE L'EXPÉRIENCE PRÉSENTÉE

Depuis début 2017, une Maison de Santé Pluridisciplinaire se construit à travers la rédaction de son projet de santé. Le cheminement commun usagers / professionnels, la démarche d'aller vers les institutionnels et les partenaires, la mise à profit de l'expérience d'autres MSP afin de faciliter la démarche, sont proposés à la critique lors des *Rencontres Nationales*.

#### Déroulement de l'atelier, sous forme de forum d'échanges :

Les participants ont été accueillis autour d'une carte du quartier et de la problématique de la désertification médicale. L'expérience a été présentée à travers quatre dimensions.

- 1/ Un calendrier des réunions a été affiché, représentant les participants selon leur fonction (professionnels, usagers, conseiller citoyen...), le temps de participation des usagers aux différentes réunions et les partenaires impliqués, sollicités, rencontrés.
- 2/ Les déroulés des réunions d'usagers ont été présentés, ainsi que les attentes qu'ils y ont exprimé.

3/ La médiatrice en santé a présenté son rôle à titre individuel auprès des patients et dans l'appui à la participation des usagers.

4/ Une animation organisée au sein des Quartiers Sud autour de la santé a été présentée :

- Des affiches « métiers de la santé » ont été posées, avec un panneau spécifique présentant le métier de médiatrice en santé.
- Animation « agir pour sa santé » : une activité « haltères » a été animée par un usager (coach sportif) et a eu un grand succès auprès des jeunes visiteurs.
- Construction d'un « mur de la maison de santé » : les habitants ont été invités à noter ou faire noter leurs questions et leurs propositions.

## ÉCHANGES AVEC LES PARTICIPANTS

Les échanges ont porté sur des éléments très concrets de l'expérimentation participative présentée, et ont ainsi posé des questions plus larges.

- **Les modes de recrutement des usagers**, les avantages et les limites de la cooptation par les professionnels, le recrutement par les usagers.
- **Les modalités favorisant la participation des usagers en réunion** : mode d'animation, fréquence, durée, nombre de participants, prise des comptes-rendus (dans ce cas, la médiatrice).
- **L'impact de la participation des usagers** sur la participation des professionnels, ainsi que sur les points de vue des professionnels et des usagers.

- **L'engagement du médecin** : bénévolat ou militantisme ? Quelle transférabilité à d'autres structures ?
- **La médiation en santé** : freins et avantages d'une médiatrice issue du quartier ; modalités d'accès des usagers ; formation.
- **La formation des professionnels de santé** : les usagers et les médiatrices ne devraient-ils pas y intervenir ?
- **Le rôle du conseil citoyen** : c'est un espace où l'habitant a la parole, participe à des projets, à la « vie de la Cité ». Il est relatif à l'ensemble du territoire et pas seulement à la santé. L'interrogation porte sur son impact sur les décisions de la Ville.

Les différents niveaux et modalités d'implication dans un projet de santé des habitants dans un quartier : l'expérience de l'ACSBE

### Association Communautaire Santé Bien-Être – La Place Santé (Saint-Denis)

L'Association Communautaire Santé Bien-Être porte un centre de santé associatif appelé la Place santé et propose des accompagnements dans l'accès aux droits en santé, des consultations médicales et des activités de prévention et de promotion de la santé. Le

travail en équipe est une dimension forte du projet. L'équipe pluriprofessionnelle est composée de médecins, de médiatrices santé, d'une musicothérapeute, d'accueillantes et d'administratifs.

## PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE

## SYNTHÈSE DE L'EXPÉRIENCE PRÉSENTÉE

La présentation a cherché à mettre en regard la vision de la participation des habitants par l'équipe et par les habitants eux-mêmes. Pour l'équipe de la Place santé, la place des habitants est ancienne et constitutive du projet de santé. Elle contribue à la « bonne santé » des personnes mais au-delà, joue aussi un rôle important dans l'amélioration du vivre dans le quartier (mobilisation citoyenne).

### Formes multiples de la participation à l'ACSBE :

- **Le comité habitants usagers citoyens** a été mis en place à l'ouverture de la Place santé. Il doit permettre de discuter des problématiques de santé du quartier avec les habitants, de faire des propositions sur des projets pour améliorer la mise en œuvre, donner leur avis sur des propositions de projets ou des projets en cours, ou encore discuter des difficultés des habitants en rapport avec l'association et avec l'équipe.

- **Le petit déjeuner** est un temps de rencontre organisé tous les lundis matin de 9h30 à 10h30. L'objectif est de créer un moment d'échange hebdomadaire sur la vie du quartier, utile à la fois pour les habitants et les professionnels de l'association. C'est une porte d'entrée vers les autres activités de l'association.
- **Les ateliers collectifs** qui au-delà du cabinet médical ont une visée « thérapeutique » et participent en tous cas à la construction de parcours de santé adaptés. Ils sont de plus en plus « prescrits » par les médecins, bien éprouvés par le succès du sport sur ordonnance. L'orientation est également possible par les médiatrices santé. L'offre (convivialité ; amélioration de l'estime de soi ; musicothérapie, bien être et relaxation ; activité physique adaptée ; « mieux manger » adapté à différents publics ; ateliers thématiques) reflète la diversité des problématiques et permet de travailler sur de multiples déterminants sociaux de la santé.

- **Récemment, l'équipe a travaillé sur sa capacité à « sortir des murs » ou « aller vers ».** Le constat de départ est que beaucoup d'habitants ne connaissent pas les activités de l'association en dehors des consultations médicales. Les activités collectives sont fréquentées par un petit groupe de personnes qui sont là depuis longtemps. Le groupe est théoriquement ouvert mais il peut sembler difficile d'accès pour les nouveaux venus. L'idée est venue à l'équipe de remédier à cette situation en proposant des actions périodiques dans le cadre de journées thématiques afin d'aller à la rencontre des habitants du quartier, notamment ceux qui ne fréquentent pas le centre de santé.

Ces différentes modalités de participation ont donc des visées différentes allant de l'information, en passant par la consultation, recherchant le partenariat ou visant une vraie délégation de pouvoir dans d'autres cas.

#### Retour des professionnels et des usagers sur l'expérience participative :

Une rencontre organisée le 26 mai 2017 pour préparer les rencontres de Chambéry a permis de questionner l'histoire des habitantes présentes avec l'association, les formes de participation et ce qu'elles en retirent. Un premier outil, la ligne de temps, a été utilisé pour mettre en lumière la première rencontre entre ces habitantes et l'association. Il leur a ensuite été demandé de formuler ce qu'elles retirent de leur participation au projet de l'association. Les réponses qui ont été présentées au groupe relèvent du soutien et de l'auto-support, du renforcement des savoirs

et des compétences individuelles, de l'apprentissage du vivre ensemble et aussi de l'élaboration collective du groupe (actions, revendications, projets...).

Du point de vue de l'équipe comme des habitants, la participation a donc des objectifs variés. Dans cette perspective, il n'est pas étonnant qu'elle prenne des formes variées dont chacune a son importance.

#### Enjeux de la démarche participative :

Malgré son expérience assez ancienne, l'ACSBE est confrontée, comme les autres acteurs s'impliquant dans des démarches de participation, à des enjeux quotidiens :

- **La mobilisation ne se décrète pas !** Il est possible de la faciliter ou de la soutenir tout au mieux en créant des conditions favorables.
  - Il reste extrêmement compliqué pour nos groupes et pour les habitants qui les composent de **passer du « je » au « nous »**, c'est-à-dire de dépasser sa situation personnelle pour élaborer une parole et un plaidoyer collectifs.
  - **La mobilisation est inégale en fonction des publics**, il est par exemple extrêmement difficile de rejoindre les hommes.
  - **Les groupes sont théoriquement ouverts mais ils ont tendance à rapidement se refermer sur eux-mêmes** (priviliégiant la dimension auto-support), devenant difficiles d'accès aux nouveaux venus.
  - **Notre comité habitants, usagers, citoyens n'a pas de rôle statutaire dans la gouvernance associative.** C'est peut-être un défi à relever à terme pour la structure.
- 
- **La difficulté à mobiliser** fait écho aux réalités de nombreux participants à l'atelier. De manière spécifique, il est effectivement extrêmement difficile de mobiliser les hommes. Il faut adapter les thématiques. Certaines structures ont tenté de les mobiliser en proposant des activités collectives ciblées sur la santé au travail.
  - Il peut être facilitant de commencer par tenter de **mobiliser les personnes en tant qu'usagères du centre de santé sur leurs problématiques de santé respectives.**
  - L'activité « **petit déjeuner** » donne lieu à **discussion**, elle semble particulièrement intéressante pour élargir les discussions à la santé sur les quartiers et au vivre ensemble de manière plus globale.

- **Il est important d'accepter d'avoir des moments de convivialité où les problématiques de santé ne sont pas directement abordées.** Même les usagers nous disent qu'ils en ont besoin, ils veulent s'extraire de leurs problématiques de santé qui les accompagnent au quotidien. Parler d'autres choses leur fait aussi beaucoup de bien !

## ÉCHANGES AVEC LES PARTICIPANTS

Une expérience de co-construction entre soignants et militants pour une médecine de proximité et de prévention

## Centre de Santé des Trois Cités (Poitiers)

### PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE

Le Centre de Santé des Trois Cités de Poitiers a ouvert fin 2015, avec plusieurs médecins généralistes, une secrétaire, des personnes pour le ménage, ses habitants militants. De multiples services ont pu voir le jour, portés grâce à l'implication des habitants : soins de

proximité, aides matérielles et administratives, rencontres thématiques se font ainsi dans le cadre d'une médecine de proximité, de prévention, et participative.

### SYNTHÈSE DE L'EXPÉRIENCE PRÉSENTÉE

- **Au milieu des années 2000, la contestation contre un projet de rénovation mobilise les habitants** qui construisent avec la CLCV (association de défense des locataires), le centre socioculturel, le comité de quartier, l'idée d'un contre-projet.
- **Entre 2009 et 2013, une concertation et un diagnostic santé sont réalisés**, montrant un besoin unanime des habitants pour une meilleure prise en compte de la santé. Le diagnostic est réalisé grâce à l'appui d'une consultante nationale et de 32 habitants formés. Il met en avant le renoncement aux soins, le manque d'écoute, d'adaptation de l'information, une prévention inadaptée...
- **Les habitants se mobilisent afin de recruter des soignants salariés et rechercher des moyens financiers.** Ils créent en avril 2015 *l'Association de Gestion du Centre de Santé des Trois Cités*. Soignants, habitants et associations partenaires du quartier en font partie.
- **Le Centre de Santé ouvre fin 2015**, avec 3 médecins généralistes et une secrétaire. Les patients sont pour beaucoup des réfugiés et des mineurs.
- **Un partenariat se construit autour de la prévention avec la CARSAT, le CCAS, les centres socioculturels**, dont l'objectif est de proposer des rencontres mensuelles entre experts soignants ou malades, et les habitants, sur l'un des 40 thèmes identifiés par le diagnostic de santé.
- **Des groupes d'échanges en prévention sont également constitués autour de projets collectifs** (exemple : comparer l'effet des pratiques culturelles sur la santé). 48 adultes aux profils divers (parents d'élèves, communautés étrangères, seniors...) ont ainsi pris part à ce cadre en 2017.
- **Actuellement**, une commission comprenant 5 personnes indépendantes de l'association et le médecin coordinateur a été constituée ; son rôle est d'étudier ce qu'est une Société Coopérative d'Intérêt Collectif (SCIC) et d'en informer les membres du CA. L'objectif est d'avoir une structure plus solide et d'associer un plus grand nombre d'habitants et de partenaires.

### ÉCHANGES AVEC LES PARTICIPANTS

Les échanges ont porté sur des éléments très concrets de l'expérimentation participative présentée, et ont ainsi posé des questions plus larges.

- **Les oppositions rencontrées**, les divergences, et en particulier « l'hostilité » du conseil de l'ordre des médecins
- **Le sens politique du projet**, notamment devant l'adversité rencontrée par rapport aux institutions
- **La place du salariat** par rapport au libéral et la convergence salariés / libéraux dans les quartiers
- **L'équilibre du budget** et les modes de rémunération des salariés
- **Précisions sur la méthodologie du diagnostic initial**

## Un centre socio-culturel, outil pour la participation des usagers dans un Pôle de Santé

### Pôle de Santé des Envierges (Paris)

#### PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE

Le Pôle de Santé des Envierges a été créé en 2010 avec la vocation d'un projet de santé commun : améliorer la coordination entre les professionnels pour parfaire la qualité des soins et contribuer à l'équité des soins, notamment pour les plus fragiles. Le centre socio-culturel Archipélia a été créé en 2002 ; c'est un « lieu de rencontre », « espace de

réflexion », « projets » ... à l'initiative des habitants. Les deux structures sont membres l'une de l'autre et se localisent dans le quartier des Hauts de Belleville (Paris 20<sup>ème</sup>). La population est de 4000 habitants et s'est bâtie par des vagues successives d'immigration.

#### SYNTHÈSE DE L'EXPÉRIENCE PRÉSENTÉE

##### ■ La rencontre du Pôle de Santé et d'Archipélia.

La rencontre de ces deux entités a été complexe. Les professionnels de santé doivent oser pousser la porte et appréhendent la réaction des habitants et des professionnels du centre socio-culturel. Concrètement, l'échange entre les représentants de ces structures peut s'effectuer par quelques mots, un numéro de téléphone ou d'une adresse mail. Elle peut donner naissance à une longue collaboration basée sur des objectifs communs : le bien-être des habitants, la mixité sociale, culturelle et intergénérationnelle. Le fait de faire alliance pour un objectif commun donne de la force, crée un réseau, un lien de confiance. La construction a besoin de disponibilité et d'ouverture de la part des professionnels.

■ **Comment arriver à rentrer dans le centre socio-culturel ?** La rencontre peut être issue de diverses façons : une anecdote, un professionnel de santé qui donne rendez-vous à un de ses patients dans le centre social, par une connaissance, une personne relais, une médiatrice... A Archipélia, la notion de hiérarchie entre les personnes qui la fréquentent et qui y travaillent n'existe pas. On est « que des personnes, et non une profession ou un patient ». Il y a une volonté de décloisonnement.

##### ■ Les actions citées sont le fruit du travail du centre social, pôle de santé et des usagers.

- Atelier prévention du surpoids « du plaisir de manger à la santé » : atelier nutrition
- Lundi femmes solidaires : le centre socio-culturel convie le pôle de santé
- Halte-garderie : mise en place d'ateliers tels que le goûter des parents

- Débats « la sociale » ; journée internationale Violences faites aux femmes. Les professionnels de santé du Pôle des Envierges abordent la question des violences lors des consultations.

- Cartographie : outil de partage collectif qui recense les connaissances de l'ensemble des personnes qui participent au projet.

##### ■ Principaux questionnements.

- **Le secret professionnel** : s'occuper des habitants en lien avec le centre socio-culturel sans divulguer des informations personnelles du patient.

- **Les professions libérales** : travailler ensemble et non en compétition pour améliorer la prise en charge du patient.

A travers ces explications et exemples, un centre socio-culturel se révèle être un levier pour favoriser la participation des usagers.

## ÉCHANGES AVEC LES PARTICIPANTS

### Similitudes :

- **Posture du professionnel de santé vis-à-vis d'une structure sociale** : à savoir comment les rencontrer, passer le pas dans le centre socio-culturel et construire ensemble un travail (en établissant un lien de confiance) dans le but d'améliorer la participation des usagers et conduire à l'amélioration des soins.
- **Méconnaissance de certains lieux du territoire**, arrondissement, quartier,... tant des professionnels que des habitants / usagers : regrouper les connaissances de chacun permettrait d'optimiser la connaissance du territoire et de ses habitants qui y vivent
- **Nécessité d'une co-construction**

### Limites :

- **Question des subventions en lien avec la participation des usagers**

- **Analphabétisme**

### Ouverture :

- Rendre les activités (culturelles, sportives, ...) accessibles à tous
- **Le/la médiateur/médiatrice comme élément clé pour la participation des usagers ?**

Intégrer les usagers dans la gouvernance d'un Pôle de Santé :  
apports et obstacles

### Pôle de Santé Interprofessionnel (PSIP), Saint-Martin-d'Hères

Le Pôle de Santé Interprofessionnel (PSIP) de Saint-Martin d'Hères est une maison de santé hors les murs qui a pour rôle de regrouper des professionnels de santé souhaitant améliorer le service rendu aux personnes. Le patient devient acteur pour sa santé, reconnu comme partenaire respecté, accompagné

et soutenu. Le Pôle de Santé est présent sur une quinzaine de sites, comporte une cinquantaine de professionnels ; dix professions sont représentées ; les patients-habitants-citoyens participent à la vie associative ; la ville et une dizaine d'associations sont partenaires des projets.

## PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE

## SYNTHÈSE DE L'EXPÉRIENCE PRÉSENTÉE

- **Historique de l'association** : l'association s'est construite dans un contexte de prise de conscience des liens entre état de santé et comportements (exemple : comportements sexuels et VIH). L'association a été redynamisée en 1982 avec une ouverture de l'adhésion à tous les professionnels. La collaboration a démarré entre professionnels ainsi que le lien avec les collectivités territoriales. Les professionnels présents sur le quartier ont dans leur culture l'importance de la prévention et de la promotion de la santé.
- **Intégration de représentants d'habitants / patients** : le PSIP s'est inspiré du Pôle de Santé Chambéry Nord. Le Conseil d'Administration a été ouvert à de nouveaux collègues et une enquête a été menée auprès des professionnels et des habitants.

- **Ecart de représentations sur la posture des représentants (collège 3)** : 9 habitants et usagers représentants. Les perceptions étaient très différentes au sujet des actions à mener, des relations avec les professionnels. Les professionnels souhaitaient une intégration dans l'association alors que les représentants souhaitaient être en retrait, avec la création d'une deuxième association. Finalement, seulement 4 représentants se sont investis et il n'en reste plus que deux. La majorité avait des revendications mais ils craignaient d'être « au service de », d'être « dépendants » en faisant partie de l'association.

- **Professionnels** : intégration de nouvelles postures dans leurs pratiques

## ÉCHANGES AVEC LES PARTICIPANTS

- Une coordinatrice peut-elle avoir un apport méthodologique auprès des usagers / représentants d'usagers participants ?
- Curiosité des participants sur le vécu des représentants d'usagers
- Niveaux de participation : quels « pouvoirs » accordés aux habitants ? Quelle temporalité pour l'intégration des usagers dans la gouvernance ?

- Quels liens entre la mobilisation des habitants et celle des usagers ?

- Les décisions se prennent-elles lors des Conseils d'Administration ? Ou plutôt lors de groupes de travail ?

## Le diagnostic communautaire au sein d'un quartier : retour d'expérience

### Le Village 2 Santé (Echirolles)

*Le Village 2 santé* est un lieu de soin et un lieu de vie organisé autour de services et d'activités à destination des habitant-e-s des quartiers de Village 2 à Échirolles, de Grand Galet à Pont-de-claix et des alentours, ainsi que de celles et ceux qui y travaillent. Il cherche à permettre un meilleur accès à une bonne santé par la mise en

place d'un accueil inconditionnel, de soins primaires médicaux et paramédicaux de qualité, d'activités de promotion de la santé, de soutien à l'accès aux droits, et de lutte contre les inégalités sociales, contre les discriminations, contre le racisme et le sexisme, qui tuent plus que les maladies.

#### PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE

#### SYNTHÈSE DE L'EXPÉRIENCE PRÉSENTÉE, DÉROULEMENT DE L'ATELIER, ÉCHANGES AVEC LES PARTICIPANT-E-S

- **Présentation sous forme d'un petit film** (15 minutes) qui retrace l'expérience, les enjeux, et les problématiques (disponible sur internet). Le groupe a été divisé en deux sous-groupes, avec, à chaque fois, un professionnel du centre et une ou deux habitantes.

- **Les échanges ont tourné d'abord autour de questions pratiques sur la démarche**, notamment sur le temps de travail, les outils utilisés, le nombre de professionnel-le-s ayant participé, pourquoi ce quartier, etc. **Le fonctionnement du pré-projet et l'histoire ont ainsi été expliqués.** Au début, il y avait cinq personnes motivé-e-s par l'idée de créer leur propre structure de santé de premier recours, sur le modèle de la *Case Santé* à Toulouse, un centre de santé communautaire. Ils ont assez rapidement eu envie, pour de nombreuses raisons, de créer ce centre dans un quartier populaire. Après des recherches qui comprenaient trois critères (quartier à taille humaine, en manque de médecine de premier recours, dans une municipalité qui ne serait pas hostile au projet), le choix a été arrêté sur le Village 2 à Échirolles. Après avoir rencontré les professionnel-le-s du centre social, créé de la confiance, et testé les enquêtes conscientes sur elles et eux, ils ont commencé à avoir accès à des habitant-e-s volontaires et continué ce travail. En même temps, ils participaient aux événements du quartier et ont organisé plusieurs réunions publiques pendant ces trois ans. A ce moment, ils étaient environ 8 personnes dans l'équipe, et ont toutes et tous participé à cela même si le temps disponible n'était pas le même pour tout le monde. Il y avait alors une personne salariée en CDD sur cette

mission précise, ainsi qu'une autre personne en CDI sur l'ensemble du projet (alternance de travail salarié et de chômage pendant 5 ans).

- **Les habitantes ont pu dire comment elles avaient vécu cette époque.** Au début, il y avait une certaine appréhension de voir arriver des « médecins » habillé-e-s comme « des babacools sur le retour » qui venaient faire leur « petite action humanitaire ». Puis petit à petit, au fil des discussions, des moments où « ils étaient là juste pour discuter avec nous et pas forcément que de leur projet », des moments de convivialité lors des fêtes du quartier, cette appréhension a disparu pour faire place à une autre : « est-ce qu'ils vont réussir à ouvrir le centre de santé ? ». L'attente a été longue, et parfois les habitant-e-s restaient longtemps sans nouvelle.

- **Mais la dynamique était créée**, et surtout elles avaient la certitude que les médecins n'étaient pas venus « étudier le zoo » mais bien construire un projet sur le long terme avec les bonnes volontés du quartier, au service des habitant-e-s du quartier. Leur parole leur semble prise en compte, et notamment parce qu'en faisant de l'aller-vers, en frappant aux portes, en rencontrant les gens chez eux, cela permet à de nombreuses personnes de donner un avis alors que ces personnes n'auraient jamais parlé.

## Pôle de Santé Chambéry Nord (Chambéry)

### PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE

Le Pôle de Santé Chambéry Nord rassemble une cinquantaine de professionnels de santé du quartier des Hauts de Chambéry. La mise en œuvre du dispositif « IMPACT » au sein de l'Espace Ressource Santé, espace dédié au cœur du quartier, permet d'accompagner des personnes en situation médico-sociale com-

plexe, avec le support de soins individuels et collectifs. La médiation en santé y occupe une position centrale, en facilitant notamment le lien usagers / professionnels, le décloisonnement médico-social et les habitudes de travail entre acteurs.

### SYNTHÈSE DE L'EXPÉRIENCE PRÉSENTÉE

Il s'agit d'une expérience participative d'élaboration d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient « Douleurs chroniques » avec deux usagers. En voici les principaux aspects.

■ **Historique de la démarche.** Les réflexions ont d'abord débuté entre professionnels, et basées sur leur expérience. Il y a ensuite eu l'idée d'intégrer des usagers (initiative des professionnels), après des refus de validation du programme par les institutions.

■ **L'intégration des usagers.** Les deux usagers ont été « cooptées » par les professionnels de santé. Elles ont toutes les deux pris part à un programme d'ETP dans le passé et sont directement concernées par la douleur chronique. Elles ont cependant un recul très différent par rapport à leur vécu douloureux.

■ **Les parcours des usagers.** Ils expliquent pourquoi elles « participent » aujourd'hui. Pour l'une, il y a eu un cheminement, l'acceptation de la chronicité, grâce notamment aux échanges avec les pairs. Pour la seconde, il y a eu un rapport difficile aux professionnels autour de cette maladie invisible, un sentiment de manque de légitimité. Mais son expérience

d'un programme d'ETP, en partie « imposé » par le médecin, a été plutôt bénéfique. Elles ont une envie de partager.

■ **Leur rapport avec les professionnels.** Certains professionnels doivent sortir de leur « toute puissance », se rendre compte qu'il n'y a pas que des patients mais des « personnes ». Les usagers peuvent aussi apprendre à relativiser la position des « professionnels ». Ce fut le cas pour une usager lorsqu'elle a appris que son médecin avait un cancer.

■ **Les apports des usagers dans la démarche.** Le groupe de travail entre professionnels et usagers s'est basé sur un outil existant « Kit-Kad ». Les usagers ont beaucoup amené la question des « aidants naturels », en proposant notamment qu'ils puissent assister aux séances. Elles ont insisté sur l'importance des images, notamment dans la séance autour des médicaments. Enfin, une séance bilan collective à 3 ou 6 mois a également été proposée.

### ÉCHANGES AVEC LES PARTICIPANTS

■ **Discussion autour de la signification de l'ETP** (parallèle fait avec les thérapies communautaires intégratives)

■ **Terme « éducation » et attentes des usagers :** certains peuvent être demandeurs de « leçons », qu'on leur apprenne des choses théoriques. Lorsqu'il y a trop d'échanges informels, certains peuvent ainsi avoir l'impression qu'il s'agit d'une perte de temps. Le terme « éducation » ne participe-t-il pas au maintien des rapports de pouvoir ?

■ **Difficulté de rencontrer les patients-usagers :** paradoxe entre injonction et autonomie.

■ **Place des usagers : co-animation et/ou modération ?** Dans cette expérience, il est éventuellement prévu que les usagers prennent part à l'animation sur des choses très concrètes, afin de transmettre leur expérience. Un participant suggérerait que leur rôle puisse être de recruter de nouveaux patients et de « veiller à ce que tout le monde trouve sa place dans le groupe ».

## Regards croisés sur le poids dans un quartier populaire

### MSP du Neuhof (Strasbourg)

#### PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE

La Maison de santé du Neuhof à Strasbourg regroupe sous le même toit différentes professions de la santé, médicales et paramédicales. Elle est composée de 17 médecins généralistes avec une orientation forte sur la formation : cinq associées sur six sont universitaires et la maison de santé reçoit

plus de 20% des internes de chaque promotion de médecins généralistes. Elle a également créé en 2014, l'Association Cité Santé, qui mène des actions de prévention et de sensibilisation sur le quartier.

#### SYNTHÈSE DE L'EXPÉRIENCE PRÉSENTÉE, DÉROULEMENT DE L'ATELIER, ÉCHANGES AVEC LES PARTICIPANT-E-S

- Il s'agit d'un **travail de recherche-action prévu sur 4 ans sur le surpoids et l'obésité**, en collaboration avec la ville et l'Université en lien avec un laboratoire de recherche : le SAGE (Sociétés, Acteurs, Gouvernement en Europe). Le pari est de modifier les pratiques par une recherche-action, en organisant des rencontres entre professionnels et habitants.
- Il est prévu de rencontrer tous les professionnels qui s'occupent du poids d'un côté, et les habitants de l'autre. L'analyse de ces entretiens est ensuite remise à tout le monde en même temps. Exemple : quel est le vécu des patients lorsqu'on les pèse ?
- Constat de départ : les médecins sont en difficulté sur la prise en charge de l'obésité. C'est un enjeu de santé publique particulièrement important sur les QPV et le recours aux diététiciennes est faible pour des raisons financières notamment.
- **La recherche est en cours**, avec l'apport d'étudiants. Il s'agit d'enregistrer des consultations auprès de 11 médecins généralistes travaillant en milieu précaire.

Il y a un **travail de repérage des patients partenaires** et une élaboration de séances d'éducation à la santé avec ceux-ci.

Il y a à la fois une grille quantitative et une grille qualitative.

- Cette étude a un impact sur les étudiants en médecine générale, qui découvrent le milieu précaire, et pour qui « cela va marquer leur expérience professionnelle de médecin généraliste ».
- Les questions qui se posent : comment se passe la prise de poids ? Qui demande à être pesé ? A quel moment de la consultation, la question du poids est abordée ? Qui pose les questions ? Quels sont les temps de parole ?

#### L'étude a deux objectifs à terme (projet sur 4 ans) :

- Changer les pratiques professionnelles, en donnant des outils aux médecins en plus de leur prise de conscience
- Co-construction d'un programme d'Éducation Thérapeutique avec les habitants (et projet de focus group)

Les échanges avec les participants ont tourné autour du poids, des origines de l'obésité.

## PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE

La MSP des Chênes à Suresnes est une structure collective rassemblant des professionnels en santé (médecins généralistes, sage-femme, orthophoniste, pédicure, podologue, psychologue, infirmière, pharmacien d'officine) et un Patient-Expert.

Elle dispose d'une Commission Des Usagers et travaille en pôle de santé avec les acteurs

et structures du territoire. Elle innove sur des projets pilotes pour les patients, comme une filière de soins et d'accompagnement dans les Troubles des Conduites Alimentaires, duplicable sur d'autres pathologies (Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin, obésité...).

## SYNTHÈSE DE L'EXPÉRIENCE PRÉSENTÉE

■ **L'objectif était de présenter l'implication d'un Patient-Expert dans la construction de la structure collective.** Le Patient-Expert est intégré dans la gouvernance de la Maison de Santé et a participé à l'élaboration du projet de santé. Il coordonne aussi les projets patients de la MSP et préside la Commission Des Usagers.

■ A partir d'un noyau dur (médecin généraliste, professeur associé au Département de médecine générale de Paris-Descartes), d'un pharmacien d'officine et d'un Patient-Expert, l'objectif a été de **rencontrer les institutions** pour les mobiliser sur le projet, obtenir leur soutien et constituer une équipe de professionnels de santé souhaitant travailler en MSP.

■ **Les difficultés abordées, c'était de partir d'un projet qui n'était pas accepté sur le territoire par la déléguée à la santé de la ville** (ville du 92), et d'une réticence de l'ARS IDF, du fait du lieu d'installation, peu connu comme prioritaire par l'Agence.

■ **Une autre difficulté, la méconnaissance des professionnels de santé** des conditions structurelles, financières pour un tel projet, ainsi que l'absence de contact avec les institutions.

■ **Dernière problématique pour les professionnels rejoignant le projet :** la participation d'un Patient-Expert, qui était au départ considéré comme un simple observateur gênant et critique.

## ÉCHANGES AVEC LES PARTICIPANTS

**Les échanges se sont déroulés autour de l'engagement du Patient-Expert.**

- Le pourquoi de son engagement dans un projet de professionnels de santé
- Si son activité était financée et donc rémunérée
- Sa relation avec les professionnels de santé
- Sa place dans la MSP

**Des questions étaient posées sur l'approche du Patient-Expert dans sa participation :**

■ L'importance d'avoir un Patient-Expert ayant pris du recul sur sa propre expérience, sur sa relation aux soins ; avec une vision large, transversale sur les pathologies.

■ L'utilité aussi que le Patient-Expert puisse s'inscrire dans la culture de l'erreur et non de la faute vis-à-vis des professionnels dans les dysfonctionnements éventuels soulevés par les usagers de la MSP, notamment dans le cadre de la Commission Des Usagers.

■ Le rôle du Patient-Expert pour faire le lien entre les différents acteurs du soin, la population, les institutions, et qu'il puisse soutenir les professionnels dans leurs démarches.

■ La question du statut du Patient-Expert : comment est-il formé, quelles valeurs doit-il défendre, quelle éthique, et si nécessaire quelle rémunération ?

## La médiatrice, une facilitatrice de la relation habitants / professionnels

### Association Communautaire Santé Bien-Être – La Place Santé (Saint-Denis)

#### PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE

L'Association Communautaire Santé Bien-Être porte un centre de santé associatif appelé la Place santé et propose des accompagnements dans l'accès aux droits en santé, des consultations médicales et des activités de prévention et de promotion de la santé. Le

travail en équipe est une dimension forte du projet. L'équipe pluriprofessionnelle est composée de médecins, de médiatrices santé, d'une musicothérapeute, d'accueillantes et d'administratifs.

#### SYNTHÈSE DE L'EXPÉRIENCE PRÉSENTÉE

**Illustration par des exemples concrets des différentes situations où la médiatrice en santé peut intervenir, et comment son travail peut s'articuler avec celui du médecin généraliste :**

- **La médiation permet de faciliter le travail du médecin.** Exemple du suivi d'une patiente non francophone par un binôme médiatrice/ médecin généraliste, dans le cadre d'un suivi global et du suivi d'une maladie chronique. La médiatrice, au-delà du rôle de traduction et d'explication à la patiente, permet au médecin de mieux comprendre progressivement le contexte culturel et familial afin de mieux adapter la prise en charge.
- **La médiation permet de faciliter la compréhension individuelle du parcours de soins par le patient.** Exemple du suivi d'une patiente ayant une pathologie neuropsychiatrique complexe, sans médecin traitant, avec des problèmes socio-familiaux importants. La médiatrice peut accompagner la personne vers la reprise des soins et d'un suivi global, peut l'aider à mieux comprendre et construire son parcours de soin. La médiatrice et le médecin généraliste peuvent ensemble faire le lien entre les professionnels du champ social et du champ médical pour adapter le parcours de soin à la personne.
- **La médiation permet de développer le pouvoir d'agir sur la santé des habitants sur un quartier.** Exemple des stands montés dans le quartier en extérieur et coanimés par une médiatrice et des usagers : impliquer les usagers dans le choix des thèmes (préparer son voyage à l'étranger, santé et droits de la femme, tabac, etc.) et dans l'animation permet d'être pertinent et de toucher plus d'habitants.

Exemple de rencontre habitants membres du Comité Habitants Usagers Citoyens – médiatrices – médecins : expression des attentes des usagers et des difficultés rencontrées par les médecins, par exemple sur la question de demande d'antibiotiques.

#### Les enjeux pour les professionnels :

- Travailler sur la santé globale du patient dans toutes ses composantes
- Meilleure prise en compte de l'environnement du patient, y compris les freins éventuels à un traitement
- Faciliter la parole du patient, la compréhension de sa demande
- Modifie la vision du médecin par les patients : plus accessible, il a un rôle hors du cabinet. Le dialogue en est facilité
- Meilleure compréhension du territoire, veille sur des enjeux de santé sur le quartier, sur les événements du quartier

#### Les enjeux pour les usagers :

- Faciliter l'accès à la consultation en limitant l'effet d'institution, en facilitant l'accès aux droits santé (limiter le renoncement aux soins)
- Améliorer le suivi : compréhension du diagnostic et du traitement, prévenir les mauvaises observations
- Améliorer la compréhension de l'organisation de l'offre de soins et de prévention, mieux utiliser et comprendre le système de soins
- Placer l'usager dans une démarche de prévention et le rendre acteur de sa santé

#### La reconnaissance de la médiation santé :

En 2016, article 90 de la loi de modernisation du système de santé :

« La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités. »

Il existe à présent un référentiel métier réalisé par la HAS et une charte de référence, mais il reste à conquérir la généralisation de la médiation en santé au sein des CDS et MSP et la reconnaissance du statut :

→ Soit au code de la santé publique avec un financement Assurance Maladie

→ Soit au code de la fonction publique avec un financement Collectivités territoriales

## ÉCHANGES AVEC LES PARTICIPANTS

---

■ **Traduction / interprétariat** : toutes les langues ne peuvent pas être parlées par les médiateurs. Parfois, il y a des besoins de « traduction » même si la personne parle français. C'est le travail du médiateur pour reformuler, réexpliquer.

■ **Secret professionnel / secret partagé** : Il faut redire l'importance du secret professionnel qui concerne les médecins généralistes, les kinés, les infirmiers, mais aussi les médiateurs, les professionnels du champ social... Il faut également apprendre à partager des informations au service du patient et se poser régulièrement la question : quelles informations avons-nous besoin de partager pour améliorer la prise en charge de cette personne ?

■ **Comment porter la parole de l'indignation ? Entre accompagnement individuel et plaidoyer collectif.**

→ Questionnement éthique autour de l'accompagnement de patients auprès de professionnels qui font des refus de soins aux patients porteurs de CMU complémentaire : continuer à accompagner la personne qui garde le choix du professionnel de santé et « dénoncer » le professionnel qui ne respecte pas la loi.

→ Difficultés rencontrées pour l'affiliation des bébés nouveaux-nés à la sécurité sociale : continuer à accompagner les parents dans leurs démarches, et faire remonter les difficultés rencontrées vers les maternités et l'assurance maladie pour trouver des solutions.

L'accompagnement individuel demande beaucoup d'énergie et d'investissement avec risque de « s'habituer à la misère » Comment garder de l'énergie pour faire remonter les dysfonctionnements observés au sein des institutions ? Il est important que le collectif (centre de santé, maison de santé, etc.) ait ce rôle de plaidoyer qui ne peut pas être porté par les professionnels seuls

■ **La question de la formation/recrutement des médiateurs et les différences entre accompagnateurs/médiateurs/infirmier ASALEE/assistante sociale.** Comment former au mieux les médiateurs ? Comment expliquer aux financeurs les différences entre médiation santé et assistante sociale ? Les médiateurs ne peuvent pas remplacer les assistantes sociales. Beaucoup d'équipes se sont montrées très intéressées par la médiation en santé et ont posé des questions sur le statut, le financement, etc.

## La médiation en santé au sein d'un dispositif innovant (IMPACT) : effets sur l'autonomie et l'implication des usagers

### Pôle de Santé Chambéry Nord (Chambéry)

#### PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE

Le Pôle de Santé Chambéry Nord rassemble près de 60 professionnels de santé du quartier des Hauts de Chambéry. La mise en œuvre du dispositif « IMPACT » au sein de l'Espace Ressource Santé, espace dédié au cœur du quartier, permet d'accompagner des personnes

en situation médico-sociale complexe, avec le support de soins individuels et collectifs. L'agent de médiation y occupe une position centrale, et permet notamment le décloisonnement médico-social et les habitudes de travail entre acteurs.

#### SYNTHÈSE DE L'EXPÉRIENCE PRÉSENTÉE

■ **Principes de base du dispositif IMPACT** : l'orientation des usagers se fait généralement par un médecin traitant, ou un autre professionnel. Le dispositif est à destination d'habitants, avec une pathologie chronique et des difficultés sociales. Un parcours de soin est coordonné avec un intervenant clinique d'appui / accompagnateur santé et l'utilisateur bénéficie temporairement de soins de support individuels et collectifs.

■ **Méthodologie de l'atelier** : trois réunions ont été organisées avec les professionnels et les usagers afin de préparer cet atelier. Lors de la première réunion, il a été demandé aux usagers leur vision du travail de médiation (titre du poste, missions, qualités nécessaires...)

■ **Vision des usagers** : ce qu'ils « voyaient » de la fonction d'agent de médiation (ils ne connaissaient pas le terme comme tel), c'était un rôle d'accueil, de secrétariat, d'aide aux droits à la santé, de rappels des rendez-vous, d'organiser des réunions, de faire le lien entre les usagers et les professionnels.

■ **Le suivi dans le cadre d'IMPACT** se fait en lien avec le **médecin traitant**. Par ailleurs, un **Intervenant Clinique d'Appui (ICA) / accompagnateur santé**, formé à l'éducation thérapeutique, « coordonne » les parcours de soin individuels.

L'accueil de permanences de la CPAM au sein de « l'Espace Ressource Santé », et donc le lien, permet de faciliter l'accès aux droits en santé. Cela peut également se faire dans l'autre sens (assurés orientés vers le dispositif).

■ **« L'autonomie »**. Est-ce que le dispositif – temporaire – est favorable à l'autonomie ? Se pose par exemple la question des relances téléphoniques de la part de l'agent de médiation. Aussi, quels relais en externe ? Quelle sortie du dispositif ?

La participation peut être une ressource : exemple d'un usager qui a un projet de constitution d'un groupe de paroles comme suite à sa participation à un soin de support collectif dans le cadre d'« IMPACT ».

#### ÉCHANGES AVEC LES PARTICIPANTS

Etant donnée la variété des points abordés, l'atelier s'est principalement construit à travers des échanges avec les participants.

■ Les usagers interrogent et critiquent la notion **d'autonomie**.

■ Le rôle central de l'agent de médiation pour la **mise en lien** : les professionnels ne peuvent travailler seuls.

■ Les **limites** de l'action de l'agent de médiation qui peut être mis en difficulté en allant trop loin dans son accompagnement (remplace le psychologue, l'assistant social, etc.).

## Pluridisciplinarité sanitaire et sociale : une nécessaire association au service du parcours de santé de l'usager-e

### Le Village 2 Santé (Echirolles)

#### PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE

*Le Village 2 santé* est un lieu de soin et un lieu de vie organisé autour de services et d'activités à destination des habitant-e-s des quartiers de Village 2 à Échirolles, de Grand Galet à Pont-de-claix et des alentours, ainsi que de celles et ceux qui y travaillent. Il cherche à permettre un meilleur accès à une bonne santé par la mise en place d'un accueil inconditionnel, de soins primaires médicaux et paramédicaux de qualité, d'activités de promotion de la santé, de soutien à l'accès aux droits, et de lutte contre les inégalités

sociales, contre les discriminations, contre le racisme et le sexisme, qui tuent plus que les maladies.

Présentation de l'équipe et de sa composition : 1 Coordinateur et 2 Coordonnateurs médico-sociaux ; **sanitaire** : 4 Médecins généralistes, 1 Kinésithérapeute, 1 Orthophoniste, 1 Infirmière ASALEE ; **social** : 2 Accompagnants en Soins Sociaux (ASS) (1 Assistant de Service Social, 1 Éducateur spécialisé), 1 médiatrice paire en santé.

#### SYNTHÈSE DE L'EXPÉRIENCE PRÉSENTÉE

##### Présentation des outils mis en place dans le cadre spécifique de la pluridisciplinarité :

- Secret médical partagé entre tous les membres de l'équipe.
- Rencontres individuelles hebdomadaires entre les soignants et les assistantes sociales de secteur.
- Réunion pluriprofessionnelle de deux heures hebdomadaire.
- Possibilité de consultation et/ou d'entretien en pluriprofessionnalité.
- Présentation de l'expérience vue au travers du regard d'une habitante ayant été accompagnée tant sur le volet sanitaire que social.
- Présentation du poste de médiatrice paire, en construction actuellement
- Beaucoup de questions autour de la médiation, son rôle, ses objectifs, ses outils, ses limites aussi. Le constat est que les expériences (et profils) de médiateur-trice-s sont très différents selon les lieux et les structures.
- Temps d'échange sur la possibilité (ou non) de faire évoluer le regard des usager-es sur les professionnel-les : rendre les médecins « accessibles », dédramatiser les travailleurs sociaux et leur rôle, notamment en quartier populaire. Fonction de la médiation comme passerelle entre les professionnels et les habitant-es. Fonction de traduction aussi, d'un « monde » à l'autre, dans les deux sens.
- Questions sur le fonctionnement interne du Village2Santé : organisation, autogestion, égalité salariale, financements, etc...
- Questions autour de l'outil dit « d'aller-vers », pratiqué tant par la médiatrice que par les assistantes sociales de secteur (porte-à-porte avec un questionnaire de « santé sociale »)
- Temps d'échanges autour de l'accueil, sa fonction soignante, son rôle facilitateur et englobant pour le reste du travail, sa fonction cruciale de lieu d'échanges informels et de construction d'identité collective.

#### ÉCHANGES AVEC LES PARTICIPANTS

## IV. La participation en soins primaires en quartiers populaires : vers une synthèse

### 1. Méthodologie des groupes de travail : le « gros débat »



Le « Gros Débat » est la méthode d'éducation populaire qui a été choisie afin d'approfondir les trois thématiques définies par le comité de pilotage (préséminaire de décembre 2016) pour ces Rencontres Nationales :

- Thématique 1 : quelle place pour les usagers ? De quelle manière peuvent-ils participer ?
- Thématique 2 : quel impact de la participation sur les pratiques professionnelles ?
- Thématique 3 : quelles attentes vis-à-vis de la médiation et de l'accompagnement santé ?

Ces thématiques avaient été préalablement abordées par le biais des partages d'expériences lors de la première demi-journée.

La méthode d'animation visait à atteindre les objectifs suivants :

- Permettre l'expression de tous les participants, et croiser des regards d'horizons divers
- Travailler dans la continuité des expériences présentées et des problématiques posées par ces expériences
- Aboutir à des recommandations concrètes, à deux niveaux : à destination des équipes de soins primaires et à destination des institutions publiques

Le procédé était le suivant :

1) La veille de l'animation : choix des énoncés par les équipes organisatrices. Il s'agit de verbatims recueillis par les animateurs du « Gros Débat » lors des ateliers de la veille, à des moments pendant lesquels les échanges étaient particulièrement animés. Ces verbatims ont été choisis pour susciter le débat, faire ressortir les problèmes, et réfléchir à leur résolution « dans l'idéal », mais aussi dans la pratique. C'est une technique d'éducation populaire, permettant d'être concret et de parler à tous les publics.

2) Le jour de l'animation : répartition des participants au sein des 3 grandes thématiques (une salle par thématique), tenant compte des vœux exprimés avant les Rencontres

3) Présentation des énoncés par les animateurs  
4) Répartition des participants autour des énoncés de leur choix, dans des sous-groupes comprenant au maximum 6 personnes. Un sujet peut être choisi par plus de 6 personnes et être traité par deux groupes ou plus.

5) Chaque sous-groupe approfondit la question, en 3 étapes d'environ 30 minutes chacune :

- 1- Quel est le problème / la question posée ?
- 2- « Baguette magique » : quel serait l'idéal ?
- 3- Et maintenant, concrètement, que peut-on faire ?

Pendant les échanges, Cécile FOURNIER (chercheuse) et Patrick VUATTOUX (expert) ont circulé entre les tables de discussion avec un rôle d'animateur des débats.

6) A la fin de chaque étape du « Gros Débat », un rapporteur reprend de manière relativement détaillée les échanges. Le compte-rendu est remis aux organisateurs.

Les retours écrits pouvaient ainsi alimenter les Actes des Rencontres.

#### Les points positifs :

Professionnels, habitants, institutionnels se sont côtoyés dans un cadre d'échange horizontal, dans des conditions devant permettre l'expression de toutes et tous (petits groupes, thématique au choix).

#### Limites :

Les groupes par thématique et « sous-groupes » par énoncé ont été constitués en fonction des vœux des participants, menant à certains déséquilibres : par exemple, la thématique 3 était largement investie par les médiatrices en santé et certains énoncés n'ont été travaillés qu'entre professionnels alors que les habitants étaient davantage représentés au sein d'autres thématiques.

Les écrits issus des petits groupes de travail étaient parfois difficiles à retranscrire (écriture à la main pas toujours lisible, des phrases à double sens, des manques de clarté ou des parties insuffisamment développées pour en comprendre le sens).

Pour éviter au maximum les interprétations erronées, les écrits peu clairs n'ont pas été pris en compte. On estime à 10% les écrits évincés.

## Thématique 1

---

### Quelle place pour les usagers ? De quelle manière peuvent-ils participer ?

La parole collective existe dans les quartiers, il suffit de la chercher !

Habitants, professionnelle

On ne peut pas monter d'actions sur le long-terme parce qu'elles dépendent des subventions

Professionnels : coordinateurs, administratif, représentant d'institution

C'est dur de mobiliser, même quand on est bien implantés

Groupe. 1 : Pluriprofessionnel, habitante

Groupe. 2 : Pluriprofessionnel, habitants

Groupe. 3 : Pluriprofessionnel, habitant

Il faut que les professionnel-les participent à la vie du quartier

Médecins, conseillers citoyens

On ne sert à rien en tant qu'habitant-es dans les instances de gouvernance !

Habitants (ou représentants) et coordinatrice

Les professionnels connaissent souvent mal les territoires où ils ou elles travaillent

Pluriprofessionnel, conseillère citoyenne

Est-ce que notre envie de faire participer n'est pas une envie de manipuler ?

Médecins, cadre du social

Arrêtez de nous parler de santé, nous on veut parler d'autres choses !

Pluriprofessionnel intersectoriel, usagers

Le monde des professionnels et le monde des habitants : c'est quand même différent !

Pluriprofessionnel, habitants

On n'a jamais vraiment de pouvoir de décision quand on participe !

Représentant d'usager, chargés de mission, chercheuse, agent d'accueil, psychologue

## Thématique 2

---

### Quel impact de la participation sur les pratiques professionnelles ?

L'expérience vécue vaut plus que l'expertise professionnelle

Pluriprofessionnel intersectoriel, une représentante d'institution

Ca va prendre deux fois plus de temps d'impliquer les habitants

Professionnel de santé, administratif, représentante d'institution, patient-expert

Les habitants ramènent de l'émotion dans des pratiques professionnelles trop froides

Mixte

Les participants ne sont plus de simples habitants ; inversement, ce ne sont pas n'importe quels habitants qui viennent participer

Groupe. 1 : médecins, habitant

Groupe. 2 : Intersectoriel, représentant d'institution

Quand on est acteur d'une maison, centre de santé, on ne peut plus y être soigné

Professionnels de santé, administratif, représentante d'institution, Habitante

Travailler avec des habitants amène les professionnels à remettre en question leurs privilèges

Professionnels de santé, administratif

## Thématique 3

---

### Quelles attentes vis-à-vis de la médiation et de l'accompagnement santé ?

Médical sans social ? Impensable ! La médiation, une solution ?

Médiatrices, médecin, chargée de mission

La médiation, c'est pour les pauvres !

Médiatrices, chargée de projet, médecin

La médiation santé, ça nécessite une formation professionnelle

Médiatrices, infirmière

Faire du porte-à-porte, c'est rentrer violemment dans l'intimité des gens

Médiatrices, médiateurs, infirmière

Equipe pluriprofessionnelle, un danger pour le secret médical ?

Pluriprofessionnel, chercheur

Pluriprofessionnel :  
plusieurs professions de santé

Intersectoriel :  
professionnels de la santé  
et du social



## 2. Ce qu'en disent les participants

### a) La place des usagers

#### « La parole collective existe dans les quartiers, il suffit d'aller la chercher »

##### CONSTATS

« Il ne faut pas aller chercher la parole collective mais créer les conditions pour qu'elle émerge »

- Beaucoup d'individus isolés ne veulent pas partager une parole collective
- Certaines personnes pensent porter une parole collective qui ne représente qu'elles
- Il faut un intérêt commun pour qu'une parole collective émerge
- Beaucoup de petits groupes existent, qui ont chacun leur intérêt propre

##### « IL FAUDRAIT »

« Les habitants portent eux-mêmes le projet et ne sont pas seulement « consultés » »

- Prise en compte réelle de la parole collective qui émerge (pas seulement dans les textes)
- Créer les conditions qui permettent l'émergence et l'organisation d'une parole collective (plutôt qu'aller la chercher) : lieu, confiance
- Laisser la parole émerger mais pas que des mots, devenir acteur (et pas seulement être écouté)
- Regrouper les « petits groupes » par un intérêt commun pour une parole collective respectant l'hétérogénéité des différents petits groupes
- Un lieu commun et une ou plusieurs personnes qui fédèrent / organisent : ces organisateurs peuvent venir de l'intérieur ou de l'extérieur du quartier
- Désigner, choisir, coopter les personnes du quartier qui seront missionnées pour recueillir la parole collective : « les rassembleurs »
- Créer des lieux ou des occasions qui permettent de faire émerger une parole collective (par les rencontres, par l'échange)
- Créer des outils qui laissent la parole libre aux habitants. Exemple : un journal
- Fédérer autour d'un intérêt commun

## « On ne peut pas monter d'actions sur le long-terme parce qu'elles dépendent des subventions »

### CONSTATS

« C'est souvent plus simple de lancer des nouveaux projets que de les pérenniser »

- De quels problèmes de financement parle-t-on ? Création ou fonctionnement ? Ce ne sont pas les mêmes volets ni les mêmes financements.
- Lorsqu'on parle de subventions, de financements, c'est qu'on part avec un produit déficitaire. Est ce qu'on peut se permettre de créer des produits déficitaires ? (on ne peut pas vivre sur un déficit, question de budget)
- Cela nécessite aussi d'avoir un fond de roulement. De s'habituer à fonctionner autrement
- Il y a des arbitrages et des choix politiques dont on est tributaire
- Comment être attractif pour les professionnel-le-s ?
- Difficultés à envisager des projets sur le long terme
- Il y a aussi peu de porte-parole dans les quartiers qui seraient mobilisables pour faire du travail politique vis à vis des élu-e-s.

### « IL FAUDRAIT »

- Nouvelles approches dans les pratiques. Notamment par la médiation en santé pour orienter, faire le lien, se réimplanter dans les secteurs
- Des habitant-es qui osent participer
- Interprétariat pour toutes et tous
- Pouvoir se concentrer sur son travail et pouvoir le faire correctement
- Réimplanter le service public pour ne pas se substituer à l'État
- Simplifier l'accès aux droits, réhumaniser le soin
- Avoir des subventions pérennes sur plusieurs années pour un même projet
- Faire reconnaître nos besoins pour avoir des subventions adéquates
- Pour se pérenniser, il faut de l'investissement. Exemple : coordinateur/coordinatrice, chargé-e de projet,...)
- Utiliser la santé pour faire parler les quartiers : faire revivre les quartiers, redonner le rôle d'acteur-trice, agir sur les déterminants collectifs.
- Temps
- Ecoute
- Confiance
- Laisser le choix
- Ne pas parler que de santé
- Des médiatrices et des interprètes
- Une infirmière de santé publique
- Des locaux pour accueillir
- Des services publics
- Des commerces de proximité
- Des logements décents
- Des loisirs, des activités : culturelles, sportives, en famille
- Plus de professionnels de santé, des spécialistes
- Des échanges culturels, du partage des savoirs de chacun
- Plus de sécurité, moins de violence
- Sortir des murs
- Déambulation
- Exemple : participation des médecins aux groupes de marche
- Liens avec les partenaires : écoles, collèges lycées ; services civiques...
- Aller vers les habitants pour qu'ils viennent vers nous
- Comités d'usagers citoyens

## « C'est dur de mobiliser, même quand on est bien implantés »

### CONSTATS

« La personne qui se mobilise doit y trouver son intérêt et avoir une certaine estime de soi »

- Pour se mobiliser, il faut être disponible dans sa tête, dans son planning (pas de problème de service)
- Les usagers mobilisés sont-ils des mobilisateurs ?
- L'usager vient uniquement consulter un professionnel de santé. Relation PS/Patient uniquement
- Santé individualiste, repli sur soi, autres priorités
- Pas de lieu où se retrouver
- Professionnels de santé peu accessibles
- Illisibilité des démarches / dispositifs des structures existantes
- Société multiculturelle

### « IL FAUDRAIT »

« Ne pas exiger une mobilisation permanente : participation ponctuelle »

- Mobiliser : rattacher des gens à une cause
- Les patients doivent savoir qu'ils peuvent être acteurs de leur propre santé
- Respect et estime de l'autre et de soi-même
- Respect des différences et des choix de chacun
- Avoir la volonté de s'ouvrir aux autres, compréhension des besoins de chacun
- Fluidité de la communication, accès à l'information, plus de fracture numérique
- Budget pour créer des lieux de convivialité et restructurer les quartiers (lieu ouvert 24h/24)
- Plus de barrière « professionnels de santé / patients »
- Système de santé associatif, de proximité avec un maillage territorial cohérent
- Temps de convivialité
- Identifier les besoins des usagers/habitants pour trouver des sujets fédérateurs
- Identifier et trouver des personnes qui font déjà le lien
- Activer les ressources existantes : recenser associations, structures existantes et s'appuyer dessus. Créer un pont.
- Informer les usagers, rendre les informations lisibles, et également autrement que par l'écrit
- S'appuyer sur les médiateurs, les bailleurs sociaux, les institutions
- Il n'y a plus de gardien (concierge) dans les immeubles : donc trouver un référent mais le motiver (rémunération)
- Organiser une réunion d'information : professionnels de santé, associations de quartier, habitants, avec un repas partagé. Eventuellement constituer un comité représentatif
- Casser les codes du rapport patients / professionnels de santé ; participer aux fêtes de quartier, par exemple. Aller à la rencontre des habitants.
- Faire une vraie place à l'usager et pas seulement de consultant. Dans un premier temps, rendre la structure accueillante et conviviale

## « C'est dur de mobiliser, même quand on est bien implantés »

### CONSTATS

- Est-ce que les habitants se sentent eux-mêmes intégrés ? Question de l'identité
- Implanter et mobiliser, c'est antinomique
- Qui est vraiment implanté dans les quartiers ? Comment aider à bien implanter les gens ?
- Il y a des préjugés, par exemple « tu roules pour le maire »
- On ne mobilise pas de la même façon les différents publics.
- Il faut se décentrer de ce qu'on pu mettre en place les professionnels de santé pour aller là où sont les habitants.
- La démarche de parler « au nom du groupe » n'est pas automatique

### « IL FAUDRAIT »

« Apprendre à passer du « je » au « nous », l'importance du groupe, c'est l'apprentissage de la citoyenneté »

- Valorisation des enfants ; insister sur l'unicité de chacun
- Absence d'a priori, dignité de chaque être humain
- Apprendre à parler au nom de soi
- Posture de respect mutuel, bienveillance
- Coordinateurs et médiateurs « à tous les coins de rue » pour faire les liens
- Les premières actions ne seraient pas centrées sur la santé mais sur le vivre-ensemble
- Organisation d'une structure de santé comme non pas un lieu privé mais un lieu de vie, de passage, lieu quotidien qui n'est pas lié uniquement à la santé. Lieu où les usagers peuvent partager leurs connaissances sur la santé ; recueillir le savoir ; lieu d'échanges ; bibliothèque de savoirs médicaux du monde entier.
- Professionnels de santé systématiquement formés à l'éducation thérapeutique du patient
- Leviers : un lieu ouvert et décentré ; des personnes ressources : une thématique qui intéresse.
- Intégrer les patients dans les démarches pour développer la démocratie citoyenne (sans forcément passer par des instances de gouvernance)
- Travail avec des chercheurs en sociologie, psychologie... pour se rendre compte du bénéfice des actions
- Enseignants, direction, infirmiers scolaires, parents, planning familial, professionnels de santé devraient se mobiliser pour faire sortir les collégiens dans les cabinets médicaux et permettre des temps d'échanges sur la vie sexuelle et affective. Cela bougerait les lignes des professionnels et apporterait aux jeunes.
- Travail avec les écoles, les crèches autour du sommeil, l'alimentation, le lien parents-enfants, sur les lieux d'origine de chaque enfant.
- Prendre du temps systématiquement dans l'approche socio-environnementale du patient (dans les consultations)
- Mettre une carte du monde dans les cabinets / en salle d'activité où chaque usager pourrait mettre une étiquette sur le pays d'où il vient.
- Aménager les lieux de consultation, petit-déjeuner pour tous les habitants, lieu d'échanges autour du café dans une maison de santé
- S'appuyer sur des médiateurs / passeurs pour rencontrer les habitants dans leurs lieux de vie (exemple : lieux de culte)

## « Il faut que les professionnels participent à la vie du quartier »

### CONSTATS

« Participer à la vie du quartier, c'est pouvoir se voir en dehors des temps de consultation »

- Tous les professionnels n'évoluent pas à la même vitesse
- Certains professionnels de santé sont plus impliqués que d'autres
- Les professionnels de santé ne vivent souvent pas dans le quartier où ils travaillent
- Vivre dans son quartier pour un professionnel de santé l'expose à être tout le temps sollicité ; problème d'intimité
- Chassé-croisé entre le professionnel de santé qui va dans son quartier et les habitants du quartier qui quittent le quartier pour aller travailler (il faut aussi être disponible le soir ou le matin pour ces actifs)
- Quelle place une structure de santé peut et doit avoir sur l'organisation de la vie du quartier ?
- Comment rester professionnel quand on a une relation de connivence avec les patients ?
- Comment se mettre « à nu » face à un professionnel de santé avec qui on a une relation amicale ?
- Différence entre participer à la vie du quartier et être ami avec tous les habitants
- En tant que professionnel de santé, on a forcément des infos sur la vie du quartier par les histoires personnelles des patients
- Le simple fait de travailler dans un quartier, c'est participer à la vie du quartier
- Les envies du professionnel de santé pour son quartier ne correspondent pas forcément aux attentes des habitants
- Où place-t-on la limite entre vie privée et vie professionnelle ?
- Est-ce que le professionnel de santé a par sa place, un impact plus important sur les actes citoyens ?
- Quel est l'objectif de la participation des professionnels de santé dans la vie du quartier ?

### « IL FAUDRAIT »

- Tous les professionnels de santé sont au même niveau d'implication, tout le monde avance à la même vitesse
- Dans l'idée, les habitants comprennent que les professionnels de santé aient envie de s'impliquer dans la vie du quartier
- Dans un monde idéal, il faut qu'on puisse se poser des questions librement ; il y aurait plus de confiance entre les professionnels de santé et les usagers et on pourrait parler librement
- On pourrait savoir ce qui est le mieux pour le quartier et pour tout le monde. Pas seulement les envies individuelles.
- Dans un monde idéal, les habitants seraient à l'origine des initiatives
- On aurait le temps d'expliquer aux patients notre fonctionnement, nos contraintes professionnels
- Dans l'idéal, on pourrait être impliqués dans nos pratiques professionnelles avec les patients et avoir le temps pour des actions plus « politiques » qui ont un impact dans la vie du quartier
- On pourrait faire des repas de quartier
- Rencontrer les patients et créer un comité d'usagers habitants citoyens
- On développerait des ateliers cuisine adaptés avec les patients
- On pourrait construire ensemble la santé de demain
- Chacun serait un moteur pour l'autre

« Tenir un stand sur un marché de quartier pour faire des actions de santé ; recueillir l'avis des habitants sur leurs attentes »

- Il y aurait des activités culturelles intéressantes à partager entre les professionnels de santé et les habitants
- Dans un monde idéal, chacun aurait le choix de faire ce dont il a envie
- Dans un monde idéal, chacun aurait envie de vivre dans son quartier
- On parlerait un langage commun, tout le monde se comprendrait
- On ne serait pas obligés de se battre pour financer ses projets
- Il faut faire de la prévention, de l'information à la santé auprès des jeunes
- Actions ciblées sur l'éducation sexuelle des jeunes coordonnées avec le planning familial
- Demander l'avis du conseil de quartier / conseil citoyen : quels thèmes faut-il aborder ?
- Il faut connaître l'ensemble des ressources du quartier, de la ville : les associations, les centres sociaux, les institutions
- Afficher une carte des ressources dans la salle d'attente et des outils pour les faire connaître
- Etablir des liens avec les différentes structures du quartier et faire des concertations avec les structures.  
Exemple : convention avec le CMP : consultation avancée dans la maison de santé en dehors des locaux du CMP pour ne pas croiser tous les patients psy
- Avoir un lieu commun de travail. Exemple : pôle de santé où chaque professionnel de santé a son lieu d'exercice dans des immeubles, mais en plus un local où tout le monde peut se retrouver pour les actions communes
- Ateliers entre la ville et le quartier. Exemple : atelier « fête de fin d'année » ; ils ont abordé le thème des pétards et des voitures brûlées au Nouvel an en présence du médecin qui en fait ne devait pas être là, et ce dernier a finalement pris contact avec des associations, ce qui a été bénéfique pour ses patients (le médecin est sorti de son rôle)
- Quand le médecin est impliqué dans une structure annexe, ça permet de faciliter l'accès à ces structures pour les patients
- Réunion avec les patients autour de thèmes précis pour recueillir leur avis, leurs appréhensions afin de pouvoir mieux les comprendre et mieux les soigner
- Intérêt d'avoir un médiateur / une médiatrice dans l'équipe de soin
- Impliquer les patients en leur faisant prendre conscience de leurs capacités, de leur potentiel
- Utiliser des méthodes d'éducation populaire pour faire travailler ensemble les différents acteurs (patients, professionnels de santé, politiciens, habitants)

## « On ne sert à rien en tant qu'habitant-es, dans les instances de gouvernance »

### CONSTATS

- Les habitants ne se sentent pas représentatifs donc pas légitimes
- Le rôle de l'habitant dans l'instance n'est pas défini, il est mal expliqué, donc il n'est pas compris
- Les enjeux du débat de l'instance ne sont pas suffisamment explicites
- Il n'y a pas de place pour la discussion, l'analyse, le débat
- Les habitants ne sont pas formés à la prise de décision et à la compréhension des enjeux discutés
- Les animateurs de réunion ne sont pas formés aux techniques d'animation participative de réunion
- Ils n'y ont souvent pas de pouvoir décisionnel suffisamment fort pour être en position de contre-pouvoir

### « IL FAUDRAIT »

- Des représentants habitants formés aux rouages, aux enjeux
- Des animateurs de réunions formés aux méthodes participatives, ainsi que pour différencier les idées exprimées et synthétiser
- L'ARS finance des formations
- Dans les instances importantes (CA), patients habitants citoyens ont 25% de voix minimum
- Un lieu physique visible pour les patients habitants citoyens (dans le MSP, le CDS...)
- Les habitants recueillent l'avis de ceux qu'ils représentent avec des outils de consultation
- La majorité des représentants d'habitants patients citoyens usagers vivent dans le quartier du projet
- Les habitants se constituent d'eux-mêmes en collectif
- Penser à un professionnel qui prend le rôle de pivot usagers / soignant
- Organiser une réunion « professionnels / habitants » pour co-construire la définition des rôles au CA et le circuit d'informations usagers professionnels et sur quel périmètre
- Solliciter le CISS pour être accompagné et formé
- Se faire connaître des conseils citoyens et associations de quartier en attendant de construire la légitimité, et demander s'il y a des questions de santé qui sont remontées
- Tenter d'organiser une formation d'usagers pour renforcer l'estime de soi, aider à se forger une opinion, que les habitants soient convaincus par leurs idées. Ainsi, ils seront convaincants.
- A mon niveau de professionnel, essayer de convaincre mes décideurs de me laisser les aider à animer les grosses réunions pour les rencontres participatives
- Dédier les cotisations des usagers aux actions des usagers
- Me questionner systématiquement en tant que professionnel sur comment faire participer un habitant
- Convaincre mes collègues d'accepter qu'un habitant intègre nos réunions (commissions de prévention...)

« Les professionnels devraient avoir le réflexe de demander aux habitants de participer, donner leur avis, co-construire »

## « Les professionnels connaissent souvent mal les territoires où ils et elles travaillent »

### CONSTATS

- Où s'arrête le territoire ? Les territoires peuvent s'aborder de différentes manières. La question est-elle purement géographique ? Par exemple : territoire de vie, professionnel, culturel, urbanisme / architecture, prioritaire, asso/commerces/services/écoles...
- L'interprofessionnalité. Est-ce que les professionnels de santé se connaissent tous bien ?
- Les problèmes des professionnels sont-ils aussi ceux des habitants ? Les problèmes que les professionnels identifient pour les habitants en sont-ils réellement ?
- Les professionnels connaissent-ils bien le maillage institutionnel de leur territoire ?

### « IL FAUDRAIT »

« Il faudrait un travail en transversalité entre professionnels du territoire : professionnels de santé, services sociaux, associations »

- Un recueil de la parole et des besoins des habitants à l'occasion du recensement par des questionnaires / entretiens
- La participation des professionnels de santé à la vie du quartier (fête des voisins, fête du quartier)
- La participation des professionnels de santé au conseil citoyen et au conseil de quartier
- Les habitants participent et s'investissent dans les projets de santé
- Implication des professionnels de santé dans les projets du territoire (aménagement / urbanisme / équipement)
- Prendre contact avec la coordination Atelier Santé Ville
- Création d'amicales de professionnels de santé
- Création d'une coordination élargie entre les différents professionnels du territoire (professionnels de santé, associations, bailleurs...)
- Création d'une plateforme coopérative (internet) de type Wikipédia
- Mise en place de réunions pluriprofessionnelles ouvertes aux habitants
- S'appuyer sur des habitants relais
- Proposer un café ouvert à tous les professionnels du quartier et aux habitants une fois par mois pour capter la parole des habitants sans la formaliser, dans le centre de santé du quartier
- Mise en place de soirées à thème (ciné-club) dans le centre de santé. Par exemple : les violences faites aux femmes
- Se retrouver autour d'un projet de quartier (exemple : jardins partagés)
- Participer à la dynamique du quartier

## « Est-ce que notre envie de faire participer n'est pas une envie de manipuler ? »

### CONSTATS

- De qui est l'envie ? ARS, professionnels, usagers ? Se pose la question du commanditaire du projet, celui qui l'initie, définit les objectifs, l'envie.
- Pour des soignants, le risque d'être accusés/pris en défaut dans le diagnostic des usagers peut être un frein
- Paradoxe de la notion de « faire participer ». Si injonction, plus de participation par définition.
- S'il n'y a pas d'initiative d'un collectif de professionnels, est-ce qu'il peut y avoir une mobilisation spontanée ?
- Souvent, la mobilisation partagée se produit en période de crise, situation qui fait bouger les usagers. Mais idéalement, il faut travailler en amont.
- Faut-il attendre la situation critique ? Créer la crise ? La légitimité est moins évidente hors-crise.
- Les différences de niveau d'information / de capacité d'expression sur les problématiques créent la possibilité de manipulation
- Problème d'arriver avec une problématique déjà définie en amont
- La situation de précarité crée une méfiance ; public souvent déçu car justement souvent utilisé / manipulé. Il y a donc un problème de confiance.
- « Nous » (professionnels) sommes-nous prêts à transférer du pouvoir pour sortir de la manipulation ? Donc à céder le nôtre en partie ?

### « IL FAUDRAIT »

« Faire comprendre qu'il y a un intérêt commun à travailler ensemble, que la participation, c'est gagnant-gagnant »

- Habitants et soignants développent un respect et une confiance mutuelle, ce qui permet de travailler ensemble
- Des animateurs dans lesquels tout le monde a confiance ; un lieu, idéalement neutre ?
- Egalité d'accès à l'information et du pouvoir de décision
- Représentativité du groupe d'habitants : permet d'exprimer l'avis de tous, y compris les « invisibles »
- Conscience d'un enjeu politique par les deux groupes : participer ensemble à la vie de la cité
- Verbaliser la conscience du risque de manipulation pour l'éviter
- Connaissance essentielle du réseau associatif local, pour rentrer en contact, établir la confiance
- Surmonter ses peurs / angoisses. Essayer quitte à mal faire, l'erreur est formatrice
- Faire le même travail de diagnostic des besoins / envies au sein du groupe soignant que ce qu'on attend des usagers. Cela permet de verbaliser ses projets / objectifs pour éviter de les confondre avec ceux des usagers.
- Trouver des outils d'animation / communication pour définir les représentations ; lorsqu'une doléance individuelle semble revenir, proposer d'ouvrir un groupe d'usagers avec un animateur extérieur pour faire émerger les besoins puis faire le lien avec l'équipe du centre de santé dans un deuxième temps. Cela nécessite un financement.
- Identifier les personnes ressources dans le réseau, les compétences de chacun
- Garder en tête le risque permanent de manipulation

## « Arrêtez de nous parler de santé, nous on veut parler d'autres choses ! »

### CONSTATS

---

- « Parler » : comment aborder la personne, quels modes de communication ? Magazines, médias, télé ? Consultations médicales ?
  - Est-ce que ça rend malade de parler de santé en permanence ?
  - Santé : physique, psychologique, et autres aspects de la vie
  - « Autres choses » : centre d'intérêts. Temps que les « soignants » prennent avec les « patients ».
  - « Vous arrêtez de parler, laissez-nous la parole. Ecoutez-nous. »
- 

### « IL FAUDRAIT »

---

« Partager nos compétences, des dialogues patients / soignants plus constructifs »

- S'adapter aux besoins du patient : temps de consultation, d'écoute.
- Accès aux soins pour tous. Parler de la vie plutôt que des « maladies ».
- Augmenter les lieux d'espaces de médecine parallèle et les lieux de détente.
- Créer du partenariat entre professionnels de santé et toutes les structures ressources du territoire : sportives, culturelles, partenaires sociaux, hôpital, famille... Prise en charge globale du patient.
- Trouver le temps de faire des entretiens pluridisciplinaires pour des situations complexes
- Dispositifs et structures existantes : se connaître localement, se rencontrer régulièrement

## « Le monde des professionnel-les et le monde des habitant-es : c'est quand même différent ! »

### CONSTATS

« Attente au contraire du généraliste de l'écoute, d'un intérêt plus large que l'ordonnance. « Ecoute et sortir de la molécule » »

- Lors des CA d'un Pôle de Santé, la parole des professionnels et les débats sont un peu loin des préoccupations des habitants. Il est plus facile dans d'autres domaines de la santé d'ouvrir l'avis des habitants (comme l'urbanisme).
- Il est difficile de passer de la parole individuelle à collective (exemple : préparation des Rencontres). Dimension intime de la santé, avec souvent une vision plus restreinte que le cadre de vie.
- Les professionnels sont très déconnectés de la réalité car ils n'habitent pas le quartier. Ils restent dans le champ socio-sanitaire, derrière leur bureau (exemple : médecins)
- Le « monde des professionnels » : devoir de bosser beaucoup pour comprendre les compétences techniques ; les gens viennent pour des compétences techniques. Le généraliste doit se former, n'a pas le temps de boire de café.
- Attente au contraire du généraliste de l'écoute, d'un intérêt plus large que l'ordonnance. « Ecoute et sortir de la molécule ».
- Il est dommage de devoir mettre de la médiation partout
- Exemple « alimentation plus saine » : tous concernés, les habitants et les professionnels. « Magasin solidaire » en lien avec l'association » Pôle de Santé : concret de l'action commune.
- Compétences professionnels / habitants : expertises de chaque côté
- Il y a plusieurs façons d'habiter ; on s'implique plus ou moins dans la vie du quartier
- Problème de l'urgence : médecins comme « soldats » face aux problématiques graves des personnes. Une rencontre des mondes face aux problèmes de la pénurie d'offres de soins.

### « IL FAUDRAIT »

« Reprendre en équipe les actes du Colloque et à partir de ça, questionner les habitants sur leurs attentes, leurs besoins ? Qu'est-ce qu'ils voudraient qu'on fasse ensemble ? »

« Organiser des journées portes ouvertes dans les maisons de santé, co-écrire les supports de communication comme les newsletters, les dépliants, les messages de prévention. »

- Des professionnels en exercice regroupé (centre de santé, MSP)
- Prendre le temps d'expliquer le nouveau mode de fonctionnement, ce que cela implique pour l'usager, en plus ou moins
- Des habitants moins pris par leurs quotidiens et qui aient du temps et de la place dans leur tête pour des projets collectifs
- La prévention dès le plus jeune âge
- La municipalité joue le jeu
- Davantage de communication, de coordination entre les professionnels
- Des repas équilibrés faits et partagés par les professionnels et les habitants, une fois par semaine
- Les professionnels ont le temps de boire un café avec les habitants
- Un local avec espace convivial
- L'embauche de nouveaux professionnels (dont les médiatrices) tout en étant vigilant de garder la démarche collective, le travail en équipe, initiée du fait notamment du manque de médecins.
- Mettre en place un « cahier de roulement » pour l'implication des habitants dans la structure, pour une implication à tour de rôle et une responsabilisation, mais sans que ce soit trop lourd.
- Continuer la réflexion sur l'implication des usagers avec une structure (centre socio-culturel)
- Travailler à mettre en place un poste de médiation, fondamental pour le lien avec les habitant-es
- Chambéry : poursuivre le projet de magasin solidaire en lien avec le pôle de santé.
- Evoquer le thème de la santé (au sens large) au conseil de quartier, car jusqu'à présent pas de commission santé
- Créer des espaces d'expressions libres ; nécessité de décroisonner car paroles spécialisées (problématiques, genre, âge..)
- Collège d'usagers au sein du CA : formation et accompagnement nécessaire sur le long-terme par des structures externes ou des professionnel-les dédié-es à la promotion santé. Cela demande du temps et des moyens, la participation et la cogestion ne se décrètent pas.

## « On n'a jamais vraiment de pouvoir de décision quand on participe »

### CONSTATS

« « Participer » ne veut pas forcément dire « décider » »

- Inégalités entre catégories d'acteurs (selon leur position) mais aussi au sein de chaque catégorie (par exemple, les usagers de classes moyennes sont sur-représentés).
- Inégalités liées à l'environnement social, au vécu, au sentiment de manque de compétences, de respect pour les professionnel-le-s. Cela pose également la question de l'auto-exclusion des habitant-es.
- « Participer » ne veut pas forcément dire « décider » mais être entendus / écoutés, avoir une capacité d'agir / sentir qu'on a de l'influence sur du concret / du quotidien des personnes concernées (être acteurs des projets), sentir que c'est efficace / voir des résultats tangibles.
- Problème de la défiance envers les institutions, le politique : freins politiques, institutionnels, culturels

### « IL FAUDRAIT »

« Co-formations entre professionnels et usagers pour apprendre à se connaître / travailler ensemble »

#### Un pouvoir d'agir égalitaire, malgré des inégalités sociales préexistantes, qui mènerait à :

- De la confiance chez les habitant-e-s
- De l'autonomie (collective et individuelle) : création d'une dynamique collective (à l'échelle d'un groupe, d'un quartier) et à l'échelle individuelle, autonomie dans son parcours.
- De l'adhésion aux décisions prises (légitimité des décisions)
- De la contribution (pas de logique descendante)
- Une prise en compte de la diversité des points de vue (dont les minorités)
- Des réponses aux besoins des personnes
- Une ouverture à une vision globale de la santé (décloisonnement)
- Une meilleure gestion / utilisation des fonds publics et des énergies / des ressources.
- Une meilleure pertinence des politiques publiques (et un investissement des acteurs économiques et sociaux)
- Une participation qui est intégrée / au cœur de la culture commune de la démocratie. C'est un acte quotidien
- Une réduction des inégalités sociales.

#### Redonner de la confiance et du sentiment de compétence aux habitant-es.

- Prise en compte des demandes des habitants. Consultation des habitants (dont les minorités)
- Technique du « plus petit pas possible » : chercher une solution concrète à la demande : peut aider à développer la confiance dans les institutions / le sentiment d'auto-efficacité.
- Aller vers plutôt que faire venir (exemple des maraudes/ aller voir les gens du voyage plutôt qu'attendre qu'ils et elles viennent dans les structures).

#### Donner les cadres :

- Pour diversifier, les habitant-es impliqué-es du point de vue de l'âge / des situations sociales
- Prévoir des formations pour les professionnels de santé et sociaux (capacité à s'effacer, laisser la parole, faciliter la parole et la participation, laisser de côté leurs attentes, partir du point de vue des usager-es) et pour les usager-es (prise de parole, etc.).
- Ne pas parler directement de santé / maladies pour ne pas faire peur. Se renouveler dans chaque rencontre. Techniques d'animation.
- Cultiver le faire-ensemble / ne pas cloisonner des professionnels de la participation et dans le même temps, prévoir / avoir des personnes ressources sur la logistique pour ne pas faire porter toute l'organisation sur du bénévolat.
- Avoir accès à des locaux au cœur des quartiers. -> pour cela, argumenter auprès de la ville (arguments possibles : la sécurité des professionnels et des habitants ; la lutte contre la désertification médicale).
- Ne pas avoir peur du temps long, mais tenir les personnes informées de l'avancée des projets. = faire des réunions régulières (tous les deux mois) + des affichages (avec des dessins).
- Prévoir des étapes progressives (pas seulement sous forme de réunions) ; arrivée d'un nouveau professionnel dans un centre, puis d'un autre, etc.

#### Sur l'organisation des réunions et pour une répartition égalitaire des prises de parole :

- Clarifier l'objectif / l'objet / les niveaux de participation
- Donner / poser les règles / principes de fonctionnement : temps de parole, tours de parole...
- Avoir une partie des financements pour des projets portés par les habitant-es
- Valoriser / encourager le bénévolat au sein des quartiers. Favoriser la reconnaissance. Exemple : articles dans journaux locaux....

## b) Les changements de pratiques professionnelles

## « L'expérience vécue vaut plus que l'expertise professionnelle »

### CONSTATS

---

- Paradoxe entre le pouvoir des professionnel-les et leur impuissance
- L'expertise professionnelle tient-elle compte de la réalité individuelle de la personne ?
- Comment redonner la parole, le « pouvoir » aux personnes avec leur expérience de vie, sans démagogie ?
- Les savoirs techniques tiennent-ils compte (ou répondent-ils) de l'expérience de vie ?
- Qui rapporte les expériences de vie individuelles au collectif ?

### « IL FAUDRAIT »

---

- Prise en compte des expériences de vie, mise à profit des savoirs pour la guérison : « alliance d'êtres humains »
- Accès à la formation gratuite pour se développer / se former sur la question ; se dégager de sa pratique, prendre du recul
- Prendre le temps avec les gens pour connaître vraiment l'histoire de vie
- Une à deux heures par patient mais cela pose la question de l'autofinancement et du paiement à l'acte
- Une reconnaissance financière et statutaire des savoirs et des connaissances « experts »
- La fin du cloisonnement des métiers, que chacun puisse être compétent dans tous les champs
- Formations de professionnels santé / social
- Prise en compte de la souffrance, de la vulnérabilité des professionnel-les
- Revaloriser la place des femmes et les métiers « féminins »
- Mise en place de co-formations professionnels / patients
- Placer des personnes dans les instances ; aller chercher la parole là où elle se trouve ; développer le travail pair (place dans les équipes)
- Favoriser le décloisonnement santé / social (place du social dans les instances, etc.).

« Ne plus mettre le médecin au cœur de la vie, de santé de la personne »

## « Ça va prendre deux fois plus de temps d'impliquer les habitant-es »

### CONSTATS

---

- Définition des attentes des professionnel-les et le attentes des habitant-es
- Temps disponible limité et contraintes pour les habitant-es comme les professionnel-les
- Difficultés à mener une action face au temps de l'institution ou des financements
- Possibilité d'une remise en cause coté professionnel-les
- Problème de compréhension de la part des institutions pour l'implication des habitant-es dans l'évaluation

### « IL FAUDRAIT »

---

- Trouver les personnes ressources pour mobiliser les habitant-es
- Projets portés par les habitant-es / usager-es (santé environnementale et culturelle)
- Réaliser les projets dans les quartiers prioritaires afin de permettre le mieux vivre
- Les professionnel-les trouvent leur place parmi les habitant-e-s pour traiter les problématiques
- Reconnaissance mutuelle dans le lien soigné / soignant et avec les institutions
- Convention de financement dans le temps avec les institutions (reconnaissance)
- Égalité du savoir des professionnel-les et du savoir du quotidien des habitant-es
- « Pouvoir » partagé
- Organiser des manifestations (stand)
- S'appuyer sur les acteur-trices de proximité
- Interroger les habitant-es
- Concilier les attentes des professionnels et des habitants
- Projets portés par les habitant-es : définir une organisation performante et s'y tenir

« Seul on va plus vite mais à plusieurs on va plus loin »

## « Les habitant-es ramènent de l'émotion dans des pratiques professionnel-les trop froides. »

### CONSTATS

---

- Variation de la notion d'émotion en fonction des individus
  - Manque de personnalisation, de prise en charge globale, de communication
  - Peut-on aider/soigner sans tenir compte des émotions de la personne ?
  - Hiérarchie professionnel-les / usager-es
  - La question du temps (attente, parcours, temps de consultation) peut engendrer une froideur
  - La technicité engendre-t-elle une rigidité ?
- 

### « IL FAUDRAIT »

---

« Les temps d'attente pourraient devenir utiles, les salles d'attente pourraient être le lieu d'actions participatives, être équipés de boîtes à suggestions et de panneaux d'affichage avec les actions en cours, être un lieu qui favorise l'expression des patients.

« Travailler avec les habitant-es, n'est-ce pas plutôt laisser de la place ? »

- Rétablir un lien de confiance entre soignant et soigné
- Permettre l'équité des soins
- Du temps pour les professionnel-les pour expliquer, être à l'écoute durant la consultation
- Flexibilité du temps de consultation : adapter le temps au patient, temps de marge
- Des prises en charge et accompagnements pluridisciplinaires
- Mettre en place des partenariats
- Diagnostic du territoire (offre)
- Habitant-es acteurs et actrices : dans leurs parcours de soin, dans leur quartier, dans l'organisation de la structure de soin
- Valoriser la communication des habitant-es, avec plus d'instances d'habitant-es
- Co-formations et associer les habitant-es aux démarches d'évaluation
- Rendre l'environnement propice aux habitant-es et aux professionnel-les de santé
- Intégrer les professionnel-les de santé dans la vie du quartier
- Mettre en place de réunions d'information
- Organiser des journées portes ouvertes dans les maisons de santé, co-écrire les supports de communication comme les newsletters, les dépliants, les messages de prévention.
- Chiffrer le temps associatif, l'évaluer et laisser une trace écrite pour pouvoir communiquer et le valoriser

## « Les participant-es ne sont plus de simples habitant-es... Et inversement : ce ne sont pas n'importe quel-les habitant-es qui viennent participer... »

### CONSTATS

- Comment accompagner l'investissement durable des habitant-es usager-es citoyen-nés ?
- Quel cadre proposer ? Quelle place laisser ?
- Comment toucher les habitant-es les plus éloigné-es ?
- La représentativité peut-elle être un problème ? Peut-elle être au détriment de la dynamique de groupe ? Faut-il vraiment représenter tout le monde ? « On ne pourra jamais faire participer toutes les personnes »
- Comment concilier santé individuelle et santé collective/communautaire ?
- Comment solliciter le « tout venant » ?
- Comment faciliter la disponibilité temporelle, psychologique, sociale ? (accorder du temps et de l'énergie pour participer en plus des autres impératifs de la vie quotidienne)
- Comment transformer les revendications en quelque chose de plus construit ?
- Comment trouver l'équilibre, la place entre le patient « alibi » et le « tout pouvoir » ?
- Comment valoriser l'expertise de certains habitant-es sans qu'on les fasse sortir du lot ?
- Problème de cloisonnement des populations : les gens ne se parlent pas.

### « IL FAUDRAIT »

« Redonner une légitimité à la parole des habitant-es, en formant des habitant-es relais et leaders »

« En formant les professionnel-les à laisser la parole aux habitant-es, que ça fasse partie de la formation initiale Pour créer une dynamique, pour mobiliser les habitant-e-s il faut participer à la vie du quartier, être présent, maintenir un lien »

- Un espace de concertation qui ne soit pas uniquement un espace d'information
- Travailler l'empowerment
- Mettre en lumière les compétences (différentes) des habitant-e-s, partir de ça, continuer de les travailler
- Introduire la démocratie participative dans la culture des gens (ex : écoles autogérées par enfants au Japon). L'autogestion d'une structure (absence de hiérarchie dans une structure) pourrait aider à décroquer les professionnel-le-s des habitant-e-s.
- Une mobilisation collective, une responsabilisation collective
- Que les leaders ne soient pas leaders de tout, que chacun connaisse les limites de son rôle
- Créer des groupes d'analyse de pratique pour les habitant-es et participant-es (type formation continue)
- Être dans une application concrète de la participation pour que les gens y croient.
- Lancer une démarche nationale avec des objectifs donnés, une enveloppe dédiée, une évaluation, des résultats. Des appels à projets co-construits, un accompagnement du début à la fin. Personnes et locaux désignés.
- Mise en place de poste de médiateur santé :
  - formations croisées apprenants / apprentis,
  - personne ressource en devenir,
  - facilitateur de mise en relation,
  - santé communautaire mise en avant
  - Formation par les pairs
- Support, aide pour les professionnels :
  - formation croisées
  - Inverser les relations apprenant/apprentis
  - ne plus avoir de rapport hiérarchique
  - se servir des outils à disposition (éducation populaire...)
- Co-formation habitant-e-s – Pro : croiser les savoirs sur des thématiques précises (sans nécessairement se cantonner au format co-formation d'ATD quart monde) - formation continue où :
  - n'importe qui peut venir et sortir de cette formation quand il veut
  - dans un lieu où se rencontrent les différentes associations,
  - où l'on est vigilant-e-s aux problèmes de compétition entre les associations.
- Développer de nouveaux dispositifs
- Créer un observatoire

## « Quand on est participant-e, acteur / actrice d'une maison ou d'un centre de santé, on ne peut plus y être soigné-e »

### CONSTATS

---

- Enjeu du secret médical / secret professionnel et de l'accès aux informations. Comment gérer le secret partagé ? Cela renvoie à la question de la formation.
  - Trop de proximité ne risque-t-il pas de créer une gêne ?
  - Problème du groupe de travail : présence de médecins, institutionnels mais pas de soignés.
- 

### « IL FAUDRAIT »

---

« Développer des partenariats avec les associations, s'inscrire dans un territoire en interactivité, ne pas oublier les institutions, être dans la confiance »

« Poser la question au patient-e /expert-e qui va accéder à ce statut s'il accepte ou pas d'être encore soigné au centre de santé »

- Il faut se structurer professionnellement et avoir un effet miroir sur sa pratique
- Avoir confiance en soi-même et s'ouvrir à une pratique en équipe car la confiance est établie, se sentir en sécurité (car la confiance est l'antidote à la défiance)
- Conserver son identité, réussir à ce que chacun garde son rôle, dans un espace de santé qui est un espace d'échanges où l'on accepte de travailler en groupe et en partage
- Apprendre à maîtriser son rôle, accepter de changer de posture
- La communication établie sur une base transparente
- Définir les règles du jeu pour établir et maintenir la confiance - écrire les règles ensemble pour créer et dynamiser la participation collective
- Écrire une charte de fonctionnement
- Formation commune entre professionnel-le-s et soigné-e-s – ne pas oublier les aidant-e-s
- Rémunérer le/la patient-e/expert-e, le/la médiateur-trice
- Partager des moments informels de convivialité
- Humaniser, rendre plus simple la relation
- Mettre en place un fonctionnement collaboratif qui valorise les compétences de chacun

## « Travailler avec des habitant-es amène les professionnel-les à remettre en question leurs privilèges (salaire, statut d'expert, temps de parole,...). »

### CONSTATS

- Induit une idée de relation inégale qu'il faudrait rééquilibrer. Questionne la posture du professionnel – Ramener de l'horizontalité
- Savoirs experts qui nieraient les savoirs profanes
- Les groupes « professionnels » et « habitants » ne sont pas homogènes. Exemple : médecins / secrétaires, habitants qui sont aussi professionnels, etc.
- Privilèges comme freins à la participation des habitant-es : nécessité de lister les privilèges et de les conscientiser pour avoir une action participative. Mais qui peut lister les privilèges ? N'est-ce pas plutôt ceux/celles qui ne les ont pas ? Le problème étant qu'il n'y a que des professionnels dans le groupe de travail.
- Il y a des privilèges dont on est conscient-es et d'autres pas. Les plus dangereux sont ceux dont on n'est pas conscient-es. Comment prendre conscience des privilèges ? Comment créer des espaces de conscientisation ?
- La problématique se pose dès l'initiative du projet : le professionnel peut se positionner en non-sachant devant des « privilèges » des habitants, leur connaissance du quartier. C'est au professionnel de s'intégrer.
- Un médecin qui souhaite renoncer à ses privilèges peut être mal vu par les habitant-es : craintes d'avoir un médecin au rabais.
- On peut voir des choses comme un privilège ou un handicap en fonction des contextes. Exemple : une secrétaire postule en centre de santé mais ne met pas sur son CV qu'elle parle arabe alors que c'est un « super savoir »
- « Faire participer », c'est déjà une injonction
- Travailler avec les habitant-es, n'est-ce pas plutôt laisser de la place ?

### « IL FAUDRAIT »

- Il faut que la question de la rémunération de tous les engagements soit posée et discutée : rémunération, bénévolat... Est-ce que les autres « gains » sont suffisants ? Exemple : reconnaissance sociale, engagement, amélioration des pratiques...
- Tout le monde, professionnel-les et habitant-es auraient une égalité de pouvoir et auraient les mêmes compétences et conscience des problèmes
- Les décisions seraient consensuelles, sans vote, avec un vrai consensus (et non « mou »)
- Le temps nécessaire de prendre les décisions
- Chacun se sente à l'aise et légitime pour débattre, poser ses questions et exprimer son point de vue, avec des méthodes d'animation permettant cela.
- Toutes les formes de savoirs seraient reconnues à égalité : expertises posées comme complémentaires et pas nécessairement conflictuelles
- Il y aurait des lieux pour exprimer les désaccords, avec possibilité de débattre
- On arriverait à passer du « je » au « nous »
- Aller dehors
- Se décaler de la réalité
- Choisir/accepter un regard extérieur
- Se former à l'animation, aux modalités de prise de décision - Développer des co-formation (ex : ATD quart monde, Respects 73) pour apprendre à travailler ensemble
- L'exercice pluriprofessionnel permet de réintégrer les pratiques
- Commencer par un diagnostic partagé pour faire émerger dès le début les savoirs d'un territoire et remettre en question le statut d' « expert » des professionnel-les de santé - projet de santé construit entre professionnel-le-s et usager-e-s
- A travailler au début du projet mais aussi tout du long
- Laisse un temps/ des espaces pour les habitant-e-s ou les professionnels où on s'interroge sur le pouvoir (ex : Fleur du pouvoir/flower power)
- Être exigeant-e sur la méthode pour éviter les simulacres de participation, les dérives - Règles sur le temps de parole, prise de parole.
- Interroger la question du salaire avec les habitant-e-s
- Donner de la valeur au temps → prévoir une règle dans l'organisation pour protéger les temps souvent perçus comme « improductifs », mais qui permettent d'améliorer les pratiques
- Reposer la question de l'engagement des professionnel-le-s et usager-e-s selon les contextes, périodes de la vie. Aborder la question militante et professionnelle.
- Poser un cadre, lister les pouvoirs, identifier ceux qui peuvent être partagés et ceux qui ne le sont pas (licenciement, ressources humaines...)

« Inscrire les apports et les limites dans les statuts. »

## c) La médiation en santé

### « La médiation, c'est pour les pauvres ! »

#### CONSTATS

« On pense que la médiation en santé s'adresse à tous car elle est un appui pour toute personne qui n'a pas l'information et l'écoute. Et ce besoin d'appui ne dépend pas que de la situation financière : barrières psychologiques dans l'accès aux soins, autoestime, manque de confiance. »

#### « IL FAUDRAIT »

« La médiation doit permettre l'entrée dans une démarche de soins selon les envies et les valeurs des gens. »

- Comment porter ce travail sans entrer dans un discours stigmatisant ?
- Qu'est-ce qu'être pauvre ? « Isolé intellectuellement, financièrement, dans l'environnement... » ?
- Affirmation qui crée un clivage entre les bons riches qui comprennent et les « mauvais pauvres » qui ne comprennent pas. Or la réalité est bien plus complexe. Mais si la médiatrice en santé est un outil pour mieux soigner, on ne veut pas la placer dans les quartiers favorisés, car cela va accentuer les inégalités sociales de santé. Donc on se trouve dans une position contradictoire : on a besoin de faire financer et reconnaître l'utilité de la médiation en santé dans les quartiers populaires mais on ne veut pas appuyer un discours qui impliquerait que c'est dans ces questions que les gens sont peu autonomes, incapables...
- Attention au discours politique autour de la médiation en santé comme la baguette magique dans les quartiers populaires : cela peut être culpabilisant pour les personnes en situation de précarité.

- Investir les écoles pour une matière dédiée à l'école sur le système de redistribution, la solidarité, le système de soins, l'administration, la déconstruction à l'école de la « santé » comme renvoyant seulement au « biologique » : travail avec les enfants sur le bien-être, la vitalité, le plaisir...
- Développer des groupes mixtes avec des personnes de milieux sociaux différents, en horizontalité, sur des thèmes transversaux (santé des femmes avec des cadres et des personnes au RSA)
- Communiquer autour des rôles de la médiation à tous les patients : plaquette au centre de santé, en consultation
- Présence accessible à tous sur le quartier : écoles, centre socio-culturels, aller-vers, lieux de vie, sorties, portes ouvertes ...
- Travail avec les enfants : visite du centre de santé, jardin partagé
- Porter un discours plus subtil sur les intérêts de la médiation et ses missions et la nécessité de postes pérennes dans toute intervention et auprès des financeurs
- Être vigilant sur les postures avec les personnes accompagnées : discours non-culpabilisant, être force de propositions concrètes sur les situations rencontrées

## « Faire du porte-à-porte c'est rentrer violemment dans l'intimité des gens. »

### CONSTATS

« Passer chez tout le monde permet de ne pas cibler, stigmatiser »

- Le porte-à-porte est différent de la visite à domicile ; c'est un outil permettant la rencontre des invisibles
- La violence peut se situer dans le fait que la rencontre est non programmée, subie : dépend de l'heure à laquelle on se présente (repas, vacances...) ; est liée au fait de se présenter à plusieurs, ce qui crée un déséquilibre dans la relation.
- Questions autour de la méthode : posture, présentation, questions posées, sonner ou frapper ? De quelle manière annoncer sa venue ?

### « IL FAUDRAIT »

« S'appuyer sur les acteurs du terrain déjà existants : éducateurs, médiateurs de tranquillité, Petits frères des pauvres, infirmières libérales, CCAS... »

- Communication simple et évidente : pas de barrière de la langue
- Entrée facilitée dans les immeubles (exemple : badge du facteur)
- Une formation sur la communication thérapeutique, non violente, non verbale...
- Laisser toujours le choix aux personnes
- Développer une formation sur l'aller-vers
- Prévenir les acteurs du quartier de cette démarche
- Posture : être souriant, ne pas se tenir trop proche de la porte, frapper doucement...
- Avoir une carte professionnelle ou badge avec logo de la ville ou de la structure pour rassurer la personne
- Avoir un flyer lisible, abordable, pour laisser une trace.

## « La médiation santé ça nécessite une formation professionnelle »

### « IL FAUDRAIT »

« Une reconnaissance professionnelle de la part des partenaires »

- Une reconnaissance comme professionnels de santé
- Avoir davantage de connaissances sur le social et la santé ; avoir du contenu « santé » et « social » pour l'accompagnement
- Pouvoir davantage valoriser les expériences ; faciliter les VAE ; effectuer davantage de bilans de compétences
- Pouvoir faire la formation selon l'âge, l'expérience ; avoir plus de droits et de financements à la formation
- Faire en sorte que l'employeur soit partie prenante de la formation
- Simplifier la formation du fait des expériences professionnelles et personnelles
- Faire en sorte d'avoir des formations vraiment au plus près de chez soi et accessibles au médiateur de santé
- Se renseigner sur les formations qui existent
- Avoir l'accord de son employeur
- La possibilité physique de la personne pour participer à la formation
- Aller à la recherche des informations pour conforter son choix
- Être à jour sur les lois et décrets
- Mettre des limites et cadrer le poste de travail

## « Médical sans social ? Impensable ! La médiation, une solution ? »

### CONSTATS

- Cloisonnement entre institutions, professionnel-les, usager-es. Et représentations négatives entre institutions, professionnel-les, usager-es
- Manque de temps dégagé à accompagner la personne par rapport à un contexte contraignant (beaucoup de demandes de rendez-vous, déserts médicaux...) et des engagements des professionnels santé et social différents
- Manque de connaissances des réseaux de partenaires et de « culture réseaux »
- Médecin dans le social : Où sont les limites ?
- Injonctions paradoxales des financeurs du social et du médical : les parcours des personnes ne rentrent pas dans les cases.

### « IL FAUDRAIT »

« Partager des fonctions médicales, médico-sociales et sociales avec des projets communs, en lien avec un contexte, un quartier »

- Une structuration de la collaboration médical/social avec le partage de projet politique
- Se donner le temps de penser un projet : moyens humains, financiers, juridiques
- Définition de la place, du rôle de chacun-e
- La santé dans l'idéal, c'est pouvoir agir sur tous les déterminants de santé
- Repenser le « prendre soin », qui devrait être plus valorisé dans le soin
- Redonner les financements aux personnes pour décider des choix de santé (accompagner les démarches d'intérêt collectif)
- Etre tou-te-s formé-es à « l'empowerment », à la santé communautaire... régulièrement pour se remotiver, se ressourcer, rencontrer, échanger, changer, évoluer...
  - Pour un médecin généraliste, c'est par exemple :
    - Intégrer dans son entretien la question « est-ce que vous avez été victime de violences conjugales ? » pour démarrer un accompagnement et mise en lien avec un-e référent-e d'un centre social
    - Créer le réseau avant, mise en lien des différent-e-s professionnel-le-s pour un accompagnement
    - Impulser une démarche avec différent-e-s professionnel-le-s avec des outils d'animation différents : redonner envie à chacun-e de s'engager collectivement
- Travailler à un financement pérenne pour asseoir un projet de médiation santé dans les maisons de santé, par des échanges d'expériences : faire ça de manière collective pour plus d'impact et de poids

« Emploi d'une médiatrice par un cabinet médical et travailler au décloisonnement »

## « Équipe pluriprofessionnelle, un danger pour le secret médical ? »

### CONSTATS

« Deux cultures différentes : celle de la confiance, de l'accord tacite, colloque singulier de la relation personnelle et orale ; celle de l'administratif, des protocoles et des écrits, procédures, signatures. »

« Attention : trop de procédure risque de conduire à l'immobilisme »

- Une multitude d'intervenants et une multitude de champs d'intervention, de codes déontologiques ou d'absence éventuelle de cadre déontologique : médecins, paramédicaux, psychologues, pharmaciens (entretien confidentiel), auxiliaire de vie (médicaments et VIH), aidant familial, tutelle, bailleurs sociaux (syndrome de Diogène), assistant social, éducateurs activités physiques adaptées...
- Quelle est l'équipe, quel contour, qui en fait vraiment partie, et quelles sont les informations à partager et celles à laisser dans la confidentialité ?
- Un nouvel intervenant (ex : agent de médiation) va-t-il résoudre ou complexifier cette question ?
- Deux cultures différentes : celle de la confiance, de l'accord tacite, colloque singulier de la relation personnelle et orale ; celle de l'administratif, des protocoles et des écrits, procédures, signatures.
- Système d'information numérisé : ouverture de droits : qui décide ? Comment ? Quelles informations partagées ?
- Le patient est-il informé et acteur ? Est-ce le problème de l'utilisateur ou du professionnel ?
- Le délit de curiosité est tracé
- Risques de dérapages de la pratique « pour le bien du patient ». La conscience personnelle est-elle la même pour tous ?
- Attention : trop de procédure risque de conduire à l'immobilisme

### « IL FAUDRAIT »

« Une culture commune, des valeurs partagées (humilité), une connaissance des compétences de chacun, un système d'information utilisé par tous et des zones d'accès définies pour chaque professionnel. Un accès également au patient en l'informant de chaque partage d'information »

- Le téléphone portable comme facilitateur de la coopération
- Contact systématique du professionnel compétent (relation interpersonnelle), toujours disponible et sollicité avec l'accord de la personne concernée.
- Consensus patients/professionnels pour échanger les informations ; avec des patients en capacité de formuler leurs demandes ; avec des professionnels en capacité d'accueillir et de comprendre (sans interprétation, sans représentations, sans filtres) les demandes des patients
- Un même code déontologique, uniforme et égalitaire pour tous les intervenants et une éthique irréprochable des professionnels avec une équipe qui se constitue spontanément autour du patient
- Une culture commune, des valeurs partagées (humilité), une connaissance des compétences de chacun, un système d'information utilisé par tous et des zones d'accès définies pour chaque professionnel. Un accès également au patient en l'informant de chaque partage d'information
- Le professionnel qui détient toutes les informations permet de faciliter « le travail » du patient (pas besoin de « répéter » son parcours)
- Déjà en parler et en avoir conscience par une charte :
  - au niveau des professionnels = groupe de travail en réflexion
  - au niveau des usagers = groupe de travail porté par les maisons de santé
  - Échanger les regards des pros et des usagers sur le secret partagé, sur la confidentialité et sur l'intime
- Faire vivre cette dynamique :
  - chacun au quotidien, réflexivité de sa pratique au quotidien
  - analyse de pratique régulière collective
  - demander l'accord de la personne sur le partage d'infos sensibles et la manière dont elles sont formulées dans le système d'information sécurisé
  - favoriser la participation des personnes elles-mêmes dans ce système de partage

### 3. Préconisations pour la participation en santé de proximité dans les quartiers populaires

#### Mettre en œuvre et faire vivre des projets de santé participatifs

Toutes ces préconisations (non exhaustives) sont issues des Rencontres Nationales.

La participation en santé : c'est quoi, pourquoi ?

Un projet pas tout à fait comme un autre

Il ne s'agit pas d'une fin en soi mais d'un moyen

La participation en santé, telle que définie au cours de ces rencontres, va de la relation entre un médecin et un patient, à l'échelle du soin, jusqu'aux questions relatives à la vie dans la cité et aux déterminants de santé que sont par exemple l'accès à un logement, à l'emploi ou encore aux activités culturelles et sportives.

Au niveau individuel, la participation en santé de proximité vise l'égalité d'accès à l'information et au pouvoir de décision pour sa propre santé.

Au niveau collectif, la participation en santé de proximité concerne, à l'échelle d'un quartier, l'implication des acteurs dans les questions de l'offre de soin et de prévention.

Chaque acteur doit y gagner quelque chose.

« L'aller-vers » : un incontournable

Pour les professionnels comme pour les patients, comment « aller vers » ?

Cela renvoie à l'importance de connaître les ressources du quartier et de s'appuyer sur ces ressources.

Actuellement, les professionnels ne sont pas ou peu formés à prendre en compte l'expérience de vie dans la relation avec le patient, ni la parole collective pour mener des projets de santé.

Les habitants ne se sentent pas non plus légitimes pour participer à la réflexion sur les questions de santé. Il est dit qu'idéalement, la posture participative devrait être enseignée dès le plus jeune âge, devrait faire partie intégrante de notre culture.

Lenjeu est bien de « mettre en lumière les compétences des habitant-es (et des patients) », dans un « fonctionnement collaboratif qui valorise les compétences de chacun ».

Comment faciliter sa mise en œuvre ?

#### 1/ Reconnaître la participation comme indicateur de qualité dans les pratiques professionnelles

Actuellement, le lien entre qualité et participation se résume souvent à la mise en place d'un questionnaire de satisfaction pour les patients, quand il y en a.

Ces travaux confirment qu'il est possible d'aller plus loin et d'envisager de mettre en place une grille de progression avec différents seuils en fonction de la maturité de la démarche participative développée localement. Pour ce faire, un outil spécifique à la participation en santé de proximité en quartier populaire serait encore à construire.

#### 2/ Reconnaître la légitimité et l'utilité de la participation des habitants aux questions de santé, collectives et individuelles

La participation en santé de proximité n'est pas juste légitime, elle est utile.

C'est considérer comme une forme d'efficacité le fait de se donner les moyens et de prendre le temps de construire des réponses avec les habitants et les patients.

Il est par ailleurs nécessaire de développer les partenariats avec les chercheurs afin de mieux connaître les enjeux des différents modèles participatifs et leurs effets.

### 3/ Donner accès à la formation pour tous les acteurs

Le format de formation le plus plébiscité est celui qui rassemble l'ensemble des acteurs, des formations pratiques et concrètes qui permettent d'appréhender ce nouveau mode relationnel ainsi que les limites de l'exercice. Participer à des projets au contact de personnes-relais (habitants ou professionnels) est aussi un moyen d'apprendre en faisant.

Un référent formé (un acteur ou un groupe d'acteurs) à la participation doit être identifié et venir en appui aux autres acteurs, il a un rôle de mobilisateur et de relais. De plus, ces précautions sont nécessaires en raison des risques de manipulation, des enjeux de pouvoir sous-jacents et des relations asymétriques entre les acteurs.

### 4/ Respecter les étapes spécifiques à toute démarche participative

**Importance de travailler autour d'un projet concret et de respecter les étapes.**

Fédérer autour d'un projet commun, préalablement issu des besoins identifiés

Mise en place d'un référent participation pour chaque projet.

Les profils du référent peuvent être variés : Ce peut être un coordinateur, un médiateur, un chargé de projet, un représentant d'usagers, un consultant, un collectif... Qu'il soit habitant ou professionnel, ce référent doit être clairement identifié et reconnu dans ces missions. Il doit connaître les ressources mobilisables sur le quartier.

Se poser la question des objectifs de la participation, pour chaque acteur. Ces objectifs peuvent être individuels et collectifs.

Il y a une étape de diagnostic de l'existant et des besoins non couverts, de ce que l'on souhaite conserver et changer.

Il y a une étape de consensus à trouver avant de se lancer, pour aller ensemble dans la direction choisie. Cette étape peut prendre du temps car elle nécessite de la confiance et la constitution d'un collectif avec des acteurs, a minima deux, issus de différents « mondes ».

**Cela induit une évolution des rapports soignants / soignés et un partenariat entre deux mondes : professionnels et non professionnels.**

- Rendre les enjeux de chaque étapes explicites, la transparence doit être inconditionnelle.
- Importance d'un lieu dédié, avec des horaires d'ouverture adaptés pour permettre la rencontre entre les acteurs.
- Construire et proposer des formations aux techniques et aux enjeux de la participation, pour les professionnels et les habitants.
- L'esprit du projet a également son importance, la confiance envers soi (et ses capacités) et les autres acteurs du projet, la convivialité, la citoyenneté, l'altérité, la liberté sont considérés comme des prérequis.

**L'accessibilité du projet : Un point important, dont il faut se soucier dès le départ**

**Bien que la participation puisse revêtir différentes formes - il ne faudrait surtout pas la réduire à des réunions collectives pour parler santé - les initiatives doivent être lisibles, il doit être le plus simple possible de connaître ce qui se fait et de rejoindre la réflexion.**

**Un lieu dédié est apparu comme indispensable, avec un animateur ou du moins un accueil convivial, avec des horaires d'ouverture larges, une grande salle pour les réunions, un panneau d'affichage des initiatives, des possibilités de participer par écrit ou par la parole, et de l'interprétariat.**

### 5/ Les valeurs qui accompagnent le projet doivent être explicitées et partagées.

**Les démarches participatives authentiquement co-construites nécessitent plusieurs étapes, dont préalablement l'établissement d'une relation de confiance.**

La participation en santé ne peut se développer que dans un contexte de reconnaissance des savoirs et des savoir-faire des habitants et des patients.

Il est fait référence à une démarche de « ré-humanisation » et « d'horizontalisation » du soin, basée sur l'écoute, l'accueil, la convivialité, l'accessibilité, la liberté de parole, la valorisation, l'estime de soi, le respect mutuel, la bienveillance et l'humour, permettant d'établir une confiance entre les acteurs.

## 6/ Une variété d'outils pas forcément spécifiques

Les outils de consultations, les comités de suivi, les formations par les pairs, les techniques d'éducation populaire, d'éducation thérapeutique, d'analyse de pratique, de promotion de la santé, de co-formation peuvent être utilisés.

- Permettre des expérimentations portant sur des formes variées de participation
- Tenir compte des compétences requises pour mener à bien ces expérimentations et de l'investissement que représente la mobilisation de ressources humaines et matérielles dédiées

Parce que les niveaux d'information et de compréhension des enjeux sont différents en fonction des acteurs, il est primordial de choisir des outils d'animation adaptés.

Parce ce que la participation s'adresse à tout le monde, aussi bien aux acteurs du monde institutionnel, politiques, qu'aux habitants en situations médico-sociales complexes, en passant par les professionnels du quartier, elle doit employer des méthodes et des leviers spécifiques.

## 7/ Prendre en considération les notions de temporalité et rendre possible la pérennisation des actions

Il faut que la dynamique soit bien implantée et devienne une habitude de coopération. Le soutien de l'action dans un temps suffisamment long pour permettre sa stabilité est une condition indispensable, au risque de décevoir un public déjà fragilisé.

### Des exemples très concrets ont été décrits lors de ces Rencontres

#### De « l'aller vers » dans les quartiers

- Organiser des réunions d'information
- Rédiger une charte
- Présence des professionnels aux fêtes de quartier, aux fêtes de voisins
- Participer aux projets de quartier, comme les « jardins partagés »
- Tenir des stands, par exemple sur le marché
- Organiser une réunion d'information avec repas partagé
- Atelier cuisine, repas de quartier
- S'appuyer sur les acteurs de proximité comme les centres sociaux / socio-culturels

- Prendre contact avec les conseils de quartiers et les conseils citoyens
- Présence des professionnels de santé aux conseils de quartiers et aux conseils citoyens
- Organiser des réunions entre professionnels de santé et habitants
- Rencontrer les habitants dans les lieux de culte

**Dans l'idéal, « tous les professionnels de santé auraient leur cabinet dans les immeubles avec en plus un espace commun où tout le monde se rassemble pour des actions communes »**

#### Faire vivre la participation au sein des centres, des maisons et pôles de santé

- Proposer des activités de détente et de médecine parallèle
- Organiser une journée « portes ouvertes » de la maison de santé
- Mettre une carte en salle d'attente et les patients peuvent coller une gommette sur le lieu d'où ils viennent
- Proposer des petits déjeuners dans les MSP
- Ouvrir aux habitants les réunions pluriprofessionnelles
- Soirée à thème, ciné-club, plateforme coopérative internet (type wikipedia)
- Café santé ouvert une fois par mois
- Repenser ensemble les salles d'attente et les cabinets
- Utiliser les outils numériques comme une newsletter
- Afficher les ressources du quartier dans les salles d'attente
- Mettre une boîte à suggestion à l'accueil
- Un journal santé qui laisse la parole aux habitants
- Faire un diagnostic local de santé / un diagnostic de territoire
- Réaliser une « enquête consensuelle »
- Constituer un « comité d'usagers »
- Co-construire les rôles des conseils d'administration, le circuit d'information et le périmètre
- Co-écrire les supports de communication
- Fixer ensemble des indicateurs pour servir l'évaluation
- Créer un observatoire-santé, pour mettre en lumière les compétences des habitants

**Chiffrer le temps associatif (participatif) pour le valoriser, le capitaliser, avec une trace écrite**

**Quelques précautions à prendre :**

- Ne pas imposer la participation
- Ne pas imposer de durée ni de condition à la participation
- Ne pas imposer un mode unique ou restreint de participation
- Être exigeants sur les méthodes pour éviter les simulacres de participation
- Être conscient des limites de la participation

**En résumé, les leviers de la mobilisation sont :**

- Des partenariats de qualité
- S'appuyer sur l'existant
- Un projet concret basé sur des objectifs partagés
- Écrire la démarche et diffuser l'information

- Un lieu dédié accessible et ouvert
- Un intérêt commun qui fédère
- Des espaces et des moments de convivialité entre professionnels et habitants/patients
- La légitimité de personnes-relais

**Avec qui prendre contact pour amorcer une démarche participative en santé de proximité ?**

- Les maisons, pôles et centres de santé
- Les conseils citoyens
- Les centres socio-culturels
- Les Ateliers Santé-Ville
- Les associations de représentants d'usagers

**Par Jean-Louis CORREIA**

Médecin Généraliste tabacologue, Co-organisateur des Rencontres, Jean Louis Correia est installé depuis 2008 sur le quartier des Hauts de Chambéry. Président-Gestionnaire d'un Pôle de Santé pluriprofessionnel, il s'investit dans l'organisation de l'offre de soins et dans le montage d'actions de prévention sur le quartier. Il milite pour l'implication des professionnels de santé de terrain dans une approche globale et populationnelle de la santé sur leur territoire d'exercice. Il s'engage également dans l'Atelier Santé Ville (porté par le pôle de santé), la fédération régionale des maisons et Pôles de santé (FEMASAURA) et dans l'encadrement d'étudiants en médecine.

Le monde du soin change, il change constamment et nous nous y adaptons sans cesse. C'est ce que notre intelligence collective nous pousse à faire.

En tant que médecin généraliste exerçant depuis plus de 10 ans dans un quartier populaire et engagé dans la coordination d'un Pôle de santé pluriprofessionnel, j'ai pu observer des changements. Ils sont d'importance et je voulais témoigner des modifications que cela opère dans ma pratique de terrain de la médecine générale.

**« Ceux qu'on appelle patients »**

Dans la pratique médicale, on vit au quotidien la montée en charge des maladies chroniques avec lesquelles, ceux qu'on appelle « patients », vont vivre pendant plusieurs décennies. Nous ne les guérissons plus mais les « accompagnons ». C'est cela qui m'a poussé à inclure dans ma pratique d'autres méthodes de soin, notamment la démarche éducative.

J'ai des compétences techniques, un savoir-faire d'artisan, que je mets à disposition de l'équipe que nous formons, le patient et moi dans cette aventure au long cours qu'est la maladie chronique.

Coconstruire le parcours de soin avec le patient a vraiment été la première graine de participation.

Installé en milieu urbain à Chambéry, je n'avais pas vraiment le sentiment d'être en « difficulté technique » : en cas d'infarctus et sur appel au 15, le patient est efficacement pris en charge par le SAMU, sa coronaire est débouchée en moins d'une heure, quelques jours plus tard, il est à la maison ... Vient alors le moment d'intégrer l'idée de la maladie dans sa vie quotidienne, mesurer et accepter l'impact sur les habitudes de vie, accepter la contrainte irréversible et le soin au quotidien. De plus, quand des fragilités sociales ou des conditions de vies difficiles s'associent à la maladie, mes compétences techniques seules ne sont manifestement pas suffisantes.

J'ai ainsi très tôt perçu une urgence dans la pratique en quartier populaire : L'urgence éducative pour laquelle il fallait de la formation et une organisation.

**« Ceux qu'on appelle usagers »**

Pour mettre en œuvre une démarche éducative structurée à l'échelle d'un quartier, il a fallu construire une organisation. C'est le Pôle de Santé pluriprofessionnel qui nous a permis :

- 1- De constituer une équipe de soins primaires démultipliant le champ des compétences disponibles et une coopération de plus en plus fluide et efficace entre professionnels ;

2- De développer des programmes d'ETP et d'innover en proposant des dispositifs très structurés d'accompagnement des usagers en grande difficulté en couplant aide à l'accès aux droits et accompagnement éducatif pluriprofessionnel au sein d'un lieu unique, mis à disposition par la ville, au cœur du quartier.

Nous n'étions plus de simples professionnels « prestataires de soins » sur le quartier. Nous devenions une sorte d'établissement proposant de l'accompagnement et un service coopératif, destiné tant aux professionnels du secteur qui se sentaient en difficulté face à certaines situations qu'à ceux qui vivaient ces situations difficiles. On a dès lors commencé à les appeler « usagers ».

Nous essayions ensemble de trouver des solutions aux problèmes individuels des patients- usagers... dans une perspective où tous les aspects de la vie quotidienne (soins, droits, logement, isolement social, alimentation, activité physique, ...) pourraient être pris en compte.

Ensemble, cela voulait dire avec tous les acteurs que nous pouvions rencontrer sur le territoire : le secteur social et médico-social mais aussi, et surtout, tout le riche et dynamique tissu associatif du quartier.

### **« Ceux qu'on appelle des habitants »**

Dans ces associations, il y avait des associations d'habitants ... des gens qu'on ne voyait que dans le champ de la consultation et qui se mettaient à nous faire découvrir le quartier. Nous sommes sortis de nos murs, nous avons commencé à fréquenter les centres socio-culturels, à découvrir les lieux de vie où certains de nos patients étaient actifs, créatifs, investis, impliqués, dynamiques, motivés... demandeurs de coopération pour améliorer les conditions de vie et l'état de santé global de ce quartier qui avait toujours été le leur et devenait un peu le nôtre.

Ces découvertes m'ont permis de percevoir que ma médecine qui se voulait globale et centrée sur le patient restait en fait dans le strict champ professionnel. Mes pratiques pouvaient s'enrichir des savoirs expérientiels et de la connaissance fine du territoire que seuls pouvaient apporter les habitants.

On pourrait dire : rien de nouveau. Des habitants et des professionnels militants qui se rencontrent dans des quartiers difficiles... Ça existe depuis longtemps. Et c'est vrai qu'il y a beaucoup de repères idéologiques qui ne datent pas de ces dix dernières années.

Mais il se passe quelque chose de différent : le confidentiel et l'expérimental s'affirment, des modèles cherchent à émerger, des démarches qualité s'invitent dans les soins primaires.

Les pratiques sont questionnées, les échanges tracés, des projets de recherches se mettent en place.

Ces journées sont un point de repère important dans ces changements : les soins primaires, par cette présence active au cœur des quartiers, par la confiance qui se crée au fil des ans, par leur structuration croissante ouvrent des possibilités participatives. Des connaissances théoriques et scientifiques émergent de ces démarches, permettant de mieux les comprendre, les suivre, les accompagner et les multiplier. La participation fait partie des axes de travail de la fédération des maisons et pôles de santé, au niveau national comme au niveau régional, travail dans lequel le Pôle de santé Chambéry Nord est pleinement impliqué.

Le monde du soin, et particulièrement des soins primaires en quartier populaire, change.

Et c'est bien ensemble que nous inventerons une idée commune du progrès dans ce champ qui est le nôtre. J'appelle donc tous ceux qui le souhaitent à se lancer dans la démarche et à ne pas hésiter à venir échanger avec nous à Chambéry et au sein de la fédération.

## 4. La plénière de clôture

### Patrick VUATTOUX

Patrick VUATTOUX est vice-président de la FFMPs, responsable de la dynamique MSP Qualité/Recherche au sein de cette fédération. Chef de projet et membre du comité de rédaction du « petit guide de la participation en santé de proximité », il exerce en tant que médecin généraliste à la MSP Saint-Claude à Besançon.

- La participation des usagers-citoyens doit idéalement se faire dans le cadre d'un objectif commun (entre professionnels de santé et usagers) à atteindre ; **la participation est donc un moyen et ne devrait pas être un objectif en soi.**
- La participation ne se décrète pas ; elle peut être facilitée par les professionnels de santé et la mobilisation des usagers se fera d'autant plus forte que le thème est concret et qu'il touche les personnes dans leur dimension émotionnelle
- Les actions participatives en quartiers populaires sont de vrais repères pour mener à bien des actions de participation au niveau de l'offre en santé de proximité bien au-delà de ces quartiers

■ **La FFMPs** qui est à l'origine de l'écriture du « petit guide pour faciliter la participation à la santé de proximité » **continuera à œuvrer pour accompagner les équipes de soins primaires qui souhaitent favoriser la participation citoyenne en santé** (rendez-vous en mars 2018 à Nantes pour les journées nationales de la FFMPs où des ateliers seront, comme chaque année, dédiés à la participation des usagers de l'offre en santé de proximité).

### Ouarda LAMROUS

Ouarda LAMROUS est habitante de Chambéry-le-Haut. Suite à son parcours puis à la participation à un programme d'ETP autour des « Facteurs et Risques Cardio-Vasculaires », elle a contribué en 2017 à l'élaboration d'un programme d'ETP « douleurs chroniques » avec des professionnels de santé du Pôle de Santé Chambéry Nord.

« Ce que m'ont permis ces Rencontres Nationales, c'est déjà **de sortir de chez moi** et de rencontrer d'autres personnes pendant deux jours, ce qui est déjà beaucoup pour moi, avec ma maladie.

Au cours des échanges, je me suis surtout rendue compte que **les professionnels de santé, eux aussi, sont dans la difficulté**, « galèrent », ce qui était intéressant et important à observer. Je vous plains !

C'est une chance d'avoir un Pôle de Santé à Chambéry-le-Haut. Il est parfois dur d'y aller. Mais au final, et avec le temps, on y arrive. »

## Philippe LEFEVRE

Philippe LEFEVRE est co-président de l'Institut Renaudot. En introduction de son intervention, il revient sur son parcours professionnel et associatif.

« Médecin généraliste, formé dans le même moule du SMG (Syndicat de la Médecine Générale) que Didier Ménard, j'ai eu la chance d'être choisi par les habitants d'Evry pour créer avec eux le centre de santé communautaire d'Evry en 1981. Les habitants participaient non seulement à l'embauche des professionnels mais aussi aux actions de prévention et à la gestion du centre. L'Institut Renaudot est une association qui vise à développer les démarches communautaires dans notre système de santé et à soutenir les acteurs (habitants, professionnels, élus, associations, institutions), tant en favorisant les rencontres entre acteurs, qu'en les accompagnant et en les formant si besoin (réseau d'appui que l'on développe dans différents territoires).

J'ai eu beaucoup de plaisir à être parmi vous à ces Rencontres. Depuis les premières *Rencontres Nationales de la Santé en Quartiers Populaires* à Saint-Denis, en 2010, je mesure tout le chemin parcouru : une participation de plus en plus forte, un engagement qui se professionnalise, des acteurs mélangés entre professionnels de la santé, du social et des usagers...

Avec Didier Ménard, nous partageons le constat et la crainte d'un trou après notre génération de médecins généralistes militants ; ici nous voyons de nombreux jeunes médecins

généralistes engagés, peut-être de façon moins militante, mais plus professionnels, sachant où ils vont, avec des outils de dynamique collective (comme le café débat qui a été utilisé dans notre atelier) et d'évaluation.

Comme ATD ¼ Monde l'utilise, à l'Institut Renaudot, nous croyons en la force du croisement des savoirs, partant du principe que nous avons tous des savoirs et que, si nous acceptons de casser les hiérarchies des savoirs, la diversité et la complémentarité des savoirs permettent de construire des réponses d'autant plus adaptées, en particulier dans ces quartiers populaires, et à chaque fois que le contexte est complexe. J'ai remarqué que ce croisement commençait à se faire et il ne demande qu'à se développer.

Enfin, la place de la médiation santé, qui n'est plus réservée exclusivement aux femmes et qui paraît un métier d'avenir. Grâce à la vision et aussi à l'opiniâtreté et à la persévérance de Didier, la médiation santé est maintenant inscrite dans la loi de modernisation de notre système de santé. La médiation en santé vise à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des populations en situation de précarité. C'est un outil particulièrement adapté pour leur faciliter l'accès au système de droit commun, et aussi pour réduire les écarts culturels entre professionnels de santé et ces populations. »

## Marjorie PROVENT

Depuis 2016, Marjorie PROVENT est agent de médiation au Pôle de Santé Chambéry Nord, effectuant un travail de mise en lien entre professionnels de santé, professionnels du social et les usagers, au sein du dispositif « IMPACT » à Chambéry-le-Haut.

Dans un premier temps, les échanges qui se sont déroulés pendant les ateliers ont laissé apparaître que la fonction de médiation en santé pouvait être entrevue de manière très différente, en fonction des structures et des lieux. Cependant, il émane que le point commun est bien de **faire du lien**, de **décloisonner**.

S'est également posée la **question des limites** des missions de l'agent de médiation en santé : ce dernier n'est ni accompagnateur-santé, ni assistant de service social...mais la frontière est souvent tenue avec ces dites fonctions.

Afin de favoriser une bonne coordination avec les partenaires, il est donc important que le rôle de l'agent de médiation en santé soit clarifié avec l'institution pour laquelle il travaille.

Enfin, les **débats autour de la notion d'autonomie** ont démontré que le terme en lui-même ne faisait pas l'unanimité parmi les habitants, renvoyant à **une réalité infantilisante**. En revanche, **les participants ont semblé s'accorder sur la finalité : donner des outils aux personnes, afin qu'elles deviennent actrices de leur propre santé.**

## Didier MENARD

Didier Ménard est médecin généraliste, président de « l'Association Communautaire Santé Bien Être - La Place Santé », centre de santé communautaire, à la cité du Franc-Moisin à Saint Denis. L'ACSBE coorganise depuis 2011 les Rencontres Nationales des structures d'exercice collectif en quartiers populaires. Il est membre du bureau de la FFMPs et préside la Fédération d'Île-de-France des MSP. Il travaille pour transformer le système de distribution des soins en un authentique système de santé.

Ce que nous disent nos rencontres c'est que nous devons être réalistes, c'est à dire demander l'impossible.

Soyons ambitieux, c'est le moins que nous devons aux populations de nos quartiers.

Aujourd'hui, pour demain, avec les habitants, énonçons nos ambitions.

Mais qui est ce « nous » ? Nous sommes les acteurs de santé qui collaborons dans des coopérations non hiérarchiques pour mettre en commun nos compétences, avec celles des usagers pour rendre le plus harmonieux possible l'itinéraire de vie des habitants de nos quartiers.

Nos débats vont permettre de produire des recommandations afin de faciliter l'implication des habitants dans les actions de santé portées par les CDS et MSP

### **Mais notre ambition va bien au-delà :**

- Madame la Ministre veut doubler les structures d'exercices collectifs. Alors faisons en sorte que dans cinq ans, tous les quartiers politique de la ville disposent d'une structure d'exercice collectif

L'implication des usagers est une réalité : facilitons-la. Comment ?

- Demandons à l'assurance maladie et aux syndicats la négociation d'un nouvel avenant de l'ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel) qui reconnaîtra dans les protocoles pluriprofessionnels la participation des usagers au parcours de santé, qui reconnaîtra la co-organisation d'actions de santé publique, et qui la financera.
- « La révolution de la prévention est en route », dit le Premier Ministre. Cela tombe bien : nous sommes des révolutionnaires, notamment de l'innovation, en matière de prévention. Ils ont les mots, nous avons les actes. La richesse des expériences décrites pendant ces deux jours le démontre aisément.

- *La Loi de modernisation du système de santé* inscrit les CPTS à l'ordre du jour de l'organisation territoriale de la santé. Alors, sur nos territoires, adaptons les CPTS à notre réalité et pas l'inverse. Construisons les CPCTS, Communauté Professionnelles **Citoyennes** Territoriale de Santé : nous partagerons l'action et la gouvernance avec les habitants, la politique de la ville nous y aide avec les conseils citoyens.

Remerciements à toute l'équipe de Chambéry qui, par son travail, a permis la bonne tenue de nos 4<sup>èmes</sup> Rencontres, à l'équipe de Saint-Denis, et aux membres du « Copil » qui ont travaillé à construire et à animer nos débats.

Mes amis, je ne sais pas où et quand auront lieu les 5<sup>èmes</sup> Rencontres de notre mouvement, mais je sais que vous y serez parce que nous partageons tous cette formidable ambition de construire le nouveau système de santé, et nous le devons aux habitants de nos quartiers pour les aider à sortir du fatalisme qui les ronge et qui leur fait croire que leur vulnérabilité est normale.

### **Non nous ne sommes pas condamnés à gérer les inégalités sociales de santé : nous sommes réunis pour les réduire.**

Merci pour votre participation si fructueuse.

Bon retour, bon courage, et merci pour cette leçon d'espoir. Et n'oublions pas, comme disait Oscar Wilde :

« Le progrès, c'est la réalisation des Utopies »

## 5. Annexe – Liste des participants

### AUVERGNE- RHÔNE-ALPES

GOISOT Annabelle  
Chargée de mission GRCS

### 01 – AIN Bourg-en-Bresse

RIBAUD Charline  
Médiatrice santé

### 26 – DRÔME Valence

BAHCHACHI Bina  
Agent d'accueil  
et coordinatrice

DEVRETON Emeline  
Responsable pôle  
promotion santé (Ville)

MIQUEY François  
Pharmacien

PERETTI caroline  
Médiatrice santé

### 38 – ISÈRE

BAZIN Juliette  
Médiatrice santé

BUREAU Morgane  
Chargée de mission santé  
publique

### Echirolles

BEGOU Carole  
Professionnelle  
(hors pro. de santé)

BONNABEL Alexandre  
Professionnel de santé

COHADON Benjamin  
Coordinateur centre  
de santé

FRICHET Janine  
Habitante

HADJOU Amara  
Infirmière, accompagnatrice  
santé

KELLER Marie  
Professionnelle de santé

LAVENASSE Clarisse  
Professionnelle  
(hors pro. de santé)

MEZIANI Stéphanie  
Habitante

PETIT Jérémy  
Professionnel de santé

RIVIERE Caroline  
Référente santé (CCAS)

SEHANINE Sambra  
Médiatrice paire en santé

YAHIEL Sandrine  
Habitante

### Fontaine

GOUJON Eline  
Médiatrice santé

VANOYE Jean  
Comité d'usagers  
centre de santé

### Gières

BERTRAND Marie  
Professionnelle de santé

### Grenoble

BOUACHIBA Hassan  
Médiateur Pair en Santé

BOUKRERIS Nadia  
Médiatrice Paire en Santé

BRAMARIE Patricia  
Coordinatrice santé QPV

BURTSCHHELL Anouk  
GRCS Aura

COUVREUR Marine  
Professionnelle de santé

DJENNAT Myriam  
Infirmière

KEBAILI Rachida  
Professionnelle  
(hors pro. de santé)

LAMBOLEZ Sylvie  
Habitante

LOUVION Anna  
Chargée de mission santé/  
précarité

TBEUR Pauline  
Coordinatrice AGECSA

### La Tour-du-Pin

RANE Alvine  
Professionnelle de santé

### Saint-Martin-d'Hères

LAGABRIELLE Dominique  
Médecin généraliste

MILLET Jean-Yves  
Représentant patients,  
habitants

MOUTON Valérie  
Coordinatrice PSIP SMH

### Vienne

SOLAZZI Dominique  
Professionnel de santé

### Villefontaine

GREVERIE Marie  
Habitante bénévole

LAMBERT Jean-Jacques  
Usager bénévole

### 42 – LOIRE

#### Roanne

DELORME Raphaël  
Médiateur santé en QPV

### 69 – RHÔNE

#### Lyon

DELEST Camille  
Interne en médecine  
générale

#### Montagny

GERGAUD Jean-Louis  
Maire

#### Vaulx-en-Velin

LEBLANC Julie  
Professionnelle de santé

REBOUILLAT Alice  
Médecin généraliste

#### Villeurbanne

CHIAMPO Cécile  
Chargée de promotion  
santé

ORIOU Séverine  
Médecin généraliste

### 73 - SAVOIE

#### Aix-les-Bains

BENTALEB Fatiha  
Médiatrice santé

ETELLIN Martine  
Responsable pôle santé /  
social du CCAS

#### Chambéry

AMORELLA Salvatore  
Educateur Activité  
Physique Adaptée

BETTINI Patrick  
Habitant

BONNEFOY-CUDRAZ  
Priscilla

Agent de médiation en  
santé, habitante

BOUCHET Guillaume  
Médecin généraliste

BOUTET DE MONVEL J-N.  
Membre d'une association  
d'habitants « Chambéry  
Cap à Gauche »

BOVIER-LAPIERRE  
Françoise  
Elue de la ville de Chambéry

BUTTARD Marie-Paule  
Infirmière ASALEE

CACHARD Julie  
Professionnelle de santé en  
MSP

CARPENTIER Alexandra  
Interne en médecine  
générale

CATRIX André  
Conseiller citoyen / Habitant

CHARNAIS-HEMONET  
Véronique  
Secrétaire comptable

CLARET Philippe  
Infirmier

COHEN Elisabeth  
Habitante

CORREIA Jean-Louis  
Médecin généraliste /  
Coord. PDS

**COTTON Nadine**  
Psychologue / Promotion santé

**DAILLE Agnès**  
Conseillère citoyenne

**DAMIANI Sarah**  
Habitante, usager

**DE BARACE Adèle**  
Interne en médecine générale

**DE GOER Bruno**  
Médecin au CHRS

**DE MAULMONT Aurore**  
Professionnelle de santé

**DUFFAUD Corinne**  
Ville de Chambéry

**DUMOULIN Annie**  
Représentante des usagers

**FAJEAU Guy**  
Habitant

**FERRIEUX-FRISON Sylviane**  
Diététicienne

**GEORGES Bernadette**  
Médecin généraliste

**GEX Emilie**  
Conseillère en Economie Sociale et Familiale (CESF)

**GUILLIER Ludovic**  
Conseil Départemental de Savoie

**JACQUES Marie**  
Interne en médecine générale

**JACQUIER Rose**  
Professionnelle (hors pro. de santé) – UDAF73

**LAMROUS Ouarda**  
Habitante / usagère

**LEFEBURE Odile**  
Infirmière en santé publique

**MANTOVANI Cynthia**  
Habitante en QPV

**MATEO Lydie**  
Chargée de mission CISS ARA

**MECHTAOUI Atika**  
Infirmière libérale

**MOLLET Loïc**  
Délégué départemental Savoie de l'ARS AURA

**MONNET Sarah**  
Responsable d'unité (ARS)

**NAVET Jérôme**  
Chargé de mission santé

**PATOIS Lucie**  
Professionnelle (hors pro. de santé) (DOC Savoie)

**PAUCHET Fabienne**  
Assistante sociale

**PEREZ Isabelle**  
Habitante d'un quartier populaire

**POTIE Alizé**  
Professionnelle de santé

**PROVENT Marjorie**  
Agent de médiation en santé

**ROSINA Flavy**  
Etudiante « éducatrice spécialisée »

**ROULET Catherine**  
UDAF 73

**ROZIER Françoise**  
Référente de proximité (MRSS)

**SAUVAGE Laurent**  
Pharmacien

**TARONDEAU Karine**  
Diététicienne

**THIEVENAZ Pascale**  
Institutionnelle

**TOURNIER Betty**  
Agent d'accueil CPAM

**VAILLANT Nadège**  
Patiente

**VIEIRA Pablo**  
Chargé de mission santé publique

**VIGNOULLE Jean-Luc**  
Médecin généraliste retraité

**ZOWIEZ-NEUMANN Béangère**  
Ville de Chambéry

## BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

### 25 – DOUBS Besançon

**VUATTOUX Patrick**  
Médecin – Fédération française des maisons de santé

## BRETAGNE

### 32 – ILLE-ET-VILAINE Rennes

**ALLORY Emmanuel**  
Médecin généraliste

**GUYOT Annie**  
Coordinatrice de Pôle de Santé, infirmière

## GRAND EST

### 52 – HAUTE MARNE Saint-Dizier

**FOURNIER Mathilde**  
Interne de médecine générale

**GUYOT Anne**  
Médecin généraliste

**LAGNEY Séverine**  
Coordinatrice

### 67 – BAS-RHIN Strasbourg

**BERTHOU Anne**  
Médecin généraliste

**DESPLATS Marika**  
Médecin généraliste

**HIFI Cherifa**  
Infirmière ASALEE

**JUNG Catherine**  
Médecin

**JUNG Emilie**  
Directrice adjointe « Migrations santé Alsace »

**MEYER Elisabeth**  
Médecin généraliste

**TRIGUEIRO Joana**  
Coordinatrice

**TRYLESKI Pierre**  
Médecin généraliste

**VIDAL Marie-Ange**  
Médiatrice

## HAUTS-DE-FRANCE

### 59 – NORD Maubeuge

**GHOMARI Khadra**  
Conseillère citoyenne, usagère

**MANAA Véronique**  
Conseillère citoyenne

## ILE-DE-FRANCE

### 75 – PARIS Paris

**BAGUE ESQUILAT Karine**  
Animatrice / Médiatrice

**DENANTES Mady**  
Médecin généraliste

**FOURNIER Cécile**  
Chercheuse

**GOSSET Patrick**  
Habitant / Conseiller citoyen

**HADDAM Samia**  
Habitante

**LEVY Dora**  
Médecin

**RODET Laura**  
Future coordinatrice « Pôle de Santé »

**VARROUD-VIAL Michel**  
DGOS

### 92 – HAUTS-DE-SEINE Gennevilliers

**CHOUAÏEB Sonia**  
Coordinatrice territoriale

**Suresnes**

**PLAVIS Jean-Luc**  
Patient-expert

## 93 – SEINE-SAINT-DENIS

### Bobigny

LOMBRAIL Pierre  
Chercheur

### Montreuil

BUISSON Yves  
Conseiller citoyen

LERINC Dragan  
Conseiller citoyen

### Saint-Denis

AIT AHMED Karima  
Habitante de Saint-Denis

ALI Mariama  
Médiatrice santé

BRE Clémence  
CGET

CUNHA Maria  
CGET

FOURNERAT Sylviane  
Secrétaire comptable

HENRY Emilie  
Directrice de l'ACSBE

MACET Ghislaine  
Habitante retraitée

MARIETTE Audrey  
Enseignante-chercheuse  
en sociologie

MENARD Didier  
Président de « l'ACSBE –  
La Place Santé »

PROVOST Anne-Gaëlle  
Médecin généraliste

TOURE Asta  
Médiatrice santé

## NOUVELLE-AQUITAINE

### 24 – DORDOGNE

#### Périgueux

LEROUX Daphnée  
Chargée de mission santé

## 86 – VIENNE

### Poitiers

BOUCHET Hélène  
Habitante, Trésorière  
adjointe de l'association  
de gestion

CHRETIEN Brigitte  
Habitante, Secrétaire de  
l'association de gestion

CORMIER Fernande  
Habitante, Présidente de  
l'association de gestion

DIVOUX Vincent  
Directeur du Centre  
socio-culturel des 3 Cités

### 87 – HAUTE-VIENNE

#### Limoges

ALCOTTE Aude  
Médecin

## OCCITANIE

### 12 - AVEYRON

#### Decazeville

CAMPERGUE Magali  
Infirmière libérale et  
ASALEE

LESPINASSE Solène  
Médecin généraliste

MORIN Fanny  
Médecin généraliste

### 30 – GARD

#### Le Vigan

NGUYEN Angeline  
Médecin

#### Saint-Jean-du-Gard

PROGIN Emilie  
Professionnelle  
(hors pro. de santé)

### 31 – HAUTE-GARONNE

#### Toulouse

AUDRY Scarlett  
Chargée de projet

YAJJOU Nabil  
Médecin généraliste  
(Case de Santé)

## PAYS-DE-LA-LOIRE

### 49 – MAINE-ET-LOIRE

#### Angers

BARRON Nathalie  
Infirmière de santé publique

VARANCE Nathalie  
Agent d'accueil maison  
de santé

### 72 – SARTHE

#### Le Mans

CANEVAL Marie-Christine  
Médiatrice santé

CORNET Manon  
Infirmière libérale

JOANNES-ELISABETH  
Marielle  
Médecin généraliste

LECOMTE Marie-Ange  
Médecin généraliste

MOUHAJER Ahmed  
Patient usager citoyen

NAZAROVA Maddina  
Habitante

PERREUX Josseline  
Habitante et usagère

SIBIRIAKOV Ravil  
Habitant

TOUNOUNGA Jude  
Habitant et usager

## PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

### 06 – ALPES-MARITIMES

#### La Trinité

PILLET Sébastien  
Médecin généraliste

### 13 – BOUCHES-DU-RHÔNE

#### Marseille

AYOUBA Fatima  
Médiatrice

FABRIES Stéphane  
Directeur réseau

LEVAILLANT Thomas  
Interne en médecine  
générale

ROUX Christophe  
Infirmier

---

Contactez les organisateurs :  
santeenquartierpopulaire@  
gmail.com



**Soutiens financiers et institutionnels du projet :**

Commissariat Général à l'Égalité des Territoires (CGET)



Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)



Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes



Ville de Chambéry

