



Master 2

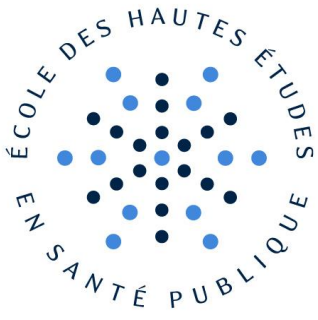
**Pilotage des Politiques et Actions en Santé
Publique**

Promotion : **2013-2014**

Date du jury : **septembre 2014**

**L'organisation de la prévention dans les
regroupements de professionnels de santé de
premier recours**

Elsa RICARD



EHESP

Remerciements

Je tiens à remercier,

Monsieur Emmanuel RICARD, délégué du service prévention et promotion du dépistage de La Ligue nationale contre le cancer, pour son écoute et ses précieux conseils,

L'équipe du service prévention et promotion du dépistage pour leur accueil et leur gentillesse,

L'ensemble du personnel de La Ligue nationale contre le cancer pour leur sympathie,

Madame Christine GARDIN, Chargée de prévention au Comité du Bas-Rhin de la Ligue du cancer pour son aide et son chaleureux accueil.

Monsieur François-Xavier SCHWEYER et Monsieur Philippe LEROY, responsables du Master PPASP, pour leur grande disponibilité et leur soutien,

L'ensemble de mes camarades du Master PPASP pour leur encouragement,

Ainsi que mon précieux et irremplaçable correcteur, mon oncle Jean-Louis.



EHESP

Sommaire

Introduction	- 3 -
1 Cadrage de l'enquête.....	- 11 -
1.1 La commande de La Ligue Nationale contre le Cancer.....	- 11 -
1.2 Les notions essentielles à l'enquête	- 13 -
1.2.1 La notion de premier recours.....	- 13 -
1.2.2 L'organisation de l'exercice coordonné des soins de premier recours.....	- 15 -
• Les centres de santé : regroupement pluri-professionnel historique.....	- 16 -
• Maisons et pôles de santé : regroupements de professionnels de santé libéraux autour d'un projet commun.....	- 17 -
• L'encadrement juridique de ces regroupements	- 18 -
1.2.3 La notion de prévention et de promotion de la santé.....	- 20 -
2 Démarche et méthode.....	- 22 -
2.1 La revue de littérature	- 22 -
2.2 Méthodologie de l'enquête	- 23 -
3 Les résultats de l'étude.....	- 26 -
3.1 Les sept leviers à prendre en compte avant de réaliser des actions de prévention ..-	26 -
3.1.1 La nécessité d'adapter la formation des professionnels de santé	- 27 -
• La formation initiale	- 27 -
• La formation continue.....	29
3.1.2 Création de lien avec les acteurs et les habitants du territoire.....	- 30 -
• Le diagnostic local de santé.....	- 30 -
• Prise en compte des caractéristiques du territoire.....	- 32 -
• Impliquer les habitants du quartier pour assurer l'efficacité des actions de prévention.....	- 34 -
• Créer un lien avec les autres acteurs du territoire pour assurer la pratique d'une santé globale.....	- 35 -

3.1.3	Analyse des besoins sanitaires des habitants : le projet de santé.....	- 37 -
3.1.4	Une coordination pluridisciplinaire interne nécessaire à la réalisation du projet.....	- 39 -
	• La coordination administrative	- 39 -
	• La coordination « médicale ».....	- 41 -
3.1.5	Les ENMR : dans l'attente de la généralisation	- 43 -
3.1.6	Un système d'information manquant de pluri professionnalité.....	- 46 -
3.1.7	La dynamique sociale	- 49 -
3.2	Des exemples d'initiatives d'actions de prévention : analyse de la faisabilité et des clés de succès	- 51 -
3.2.1	Projet de Saint Denis, la place santé : Promotion du frottis	- 51 -
	• Le centre de santé	- 51 -
	• L'action de promotion de dépistage avec une approche communautaire	- 52 -
3.2.2	L'élaboration d'un projet de santé pour un pôle de santé.....	- 55 -
3.2.3	Les actions de prévention d'un comité de la Ligue dans un maison de santé puri-professionnelle.....	- 57 -
4	Discussion & Recommandations	- 60 -
	Conclusion.....	- 63 -
	Bibliographie	- 67 -
	Liste des annexes	- 72 -

Liste des sigles utilisés

ADEMAS : Association pour le Dépistage des Maladie du sein en Alsace

ADN : Acide désoxyribonucléique

ALIAM : L'Alliance des ligues francophones Africaines et Méditerranéennes contre le cancer

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

ASV : Atelier Santé Ville

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

CA : Conseil d'Administration

CD : Comité Départemental

CDAS : Centre Départemental d'Action Social

CDS : Centre de Santé

CHUC : Comité Habitants Usagers Citoyens

CISS : Collectif Inter associatif sur la Santé

CIT : Carte d'Identité des Tumeurs

CODES : Comité Départemental d'Education à la Santé

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRSA : Commission Régionale de Santé et de l'Autonomie

CSP : Code de la Santé Publique

CSS : Code de la Sécurité Sociale

ENMR : Expérimentation aux Nouveaux Modes d'Expérimentation

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FEMASIF : Fédération d'Ile de France des Maisons et Pôles de santé

FEMASSAC : Fédération des Maisons et Pôles de santé en Franche Comté

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

FNCS : Fédération Nationale des Centres de Santé

FNORS : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INPES : Institut National de Promotion et d'Education à la Santé
INSEE : Institut National de Statistique et des Etudes Economiques
IRDES : Institut de Recherche et d'Etude en Economie de la Santé
LNCC : Ligue Nationale contre le Cancer
SI : Système d'Information
SNS : Stratégie Nationale de Santé
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PPASP : Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique
PSP : Pôle de Santé Pluri-professionnel
PTS : Pacte Territoire Santé
SIP : Système d'Information Partagé
UICC : Union for International Cancer Control
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
ZUS : Zone Urbaine Sensible

Introduction

« *Les professionnels de santé ont la volonté de passer d'une médecine d'organe à une médecine de la personne avec une vision populationnelle.* » Le Docteur Ménard rapporte ces propos au regard de l'évolution des pratiques professionnelles en santé. Les professionnels de santé ont de plus en plus la volonté d'améliorer la prise en charge du patient en l'intégrant dans une démarche de santé globale qui implique une vision populationnelle. Cette nouvelle manière de travailler s'organise à l'échelle des soins de premier recours.

Les soins de premier recours sont définis par le Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS) comme une optimisation de la réponse aux besoins de santé de nos concitoyens quand leur situation ne nécessite pas l'accueil ou le retour à l'hôpital. (CISS, 2010)

Nous avons observé ces dernières décennies, une augmentation des inégalités d'accès aux soins sur le territoire français. Cette problématique est devenue une priorité politique française de santé. En effet, selon le Professeur VIGNERON, il est possible de distinguer deux types d'oppositions entre les zones de fragilité et celles de dynamisme. L'opposition entre la France rurale et de la France urbaine¹ et entre la France des riches à la France des pauvres. C'est en analysant les chiffres de la mortalité le long du RER B², qu'il a pu constater « *qu'en moins d'un quart d'heure de trajet, le risque de mortalité est quasiment doublé selon que l'on habite une cité défavorisée ou un quartier chic.* »

Il semble important d'indiquer que le secteur des soins primaires, et plus largement des soins ambulatoires, répond à la partie la plus importante de la demande des soins (Bourgueil et al..., 2014)³. Il est nécessaire de veiller à réduire les inégalités d'accès aux soins sur le territoire français.

En réponse aux problématiques de déserts médicaux, la Ministre de la santé Marisol TOURAINE a élaboré le Pacte Territoire Santé⁴. Ce Pacte est composé de trois grands axes : changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins, transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé et investir dans les territoires isolés.

¹ 1% de la population vivant dans 4% des communes françaises se trouve à plus de 15 minutes de trajet d'un médecin généraliste (Coldefy et al..., 2007)

² Annexe 1 : Carte « la vie et la mort le long du RER B » du Pr Vigneron

³ Enquête ESPE 2010, 85% des personnes déclarent recourir au moins une fois dans l'année à un médecin généraliste.

⁴ Pacte Territoire Santé : pour lutter contre les déserts médicaux, février 2014.

Chaque axe comprend trois engagements, les 5, 6 et 12 sont relatifs au regroupement des professionnels de santé.

C'est pourquoi, les maisons et pôles de santé pluri-professionnels fleurissent de toute part dans le paysage sanitaire français. Ces regroupements de professionnels de santé autour d'un projet commun ne sont pas seulement une réponse à la désertification car ils ont pour finalité de se réunir pour continuer à exister, ils le font car ils ont envie de faire autre chose, de travailler et de se poser les questions différemment.

Le terme de regroupement se définit par l'exercice dans un même lieu d'au moins deux professionnels de santé, il recouvre des formes variées : mono-disciplinaire, pluridisciplinaires et pluri professionnelles, qui associent des médecins avec plusieurs professionnels de santé (Afrite et al..., 2013).

L'exercice regroupé se développe chez les médecins généralistes, il est passé de 43% en 1998 à 54% en 2009, néanmoins cet exercice reste largement mono-disciplinaire (Afrite et... 2013). Seulement 14,31% des regroupements sont pluri-professionnels selon le baromètre santé de 2009 de l'Institut National de Promotion et l'Education à la Santé (INPES). Loin d'être majoritaires ils se positionnent comme une voie d'avenir de l'exercice médical en médecine de ville (Baudier & Thomas 2009, Juilhard et al 2010). De plus, trois quart des maisons de santé sont situées dans des bassins de vie à dominante rurale regroupant un tiers de la population métropolitaine. Ces regroupements permettent de travailler différemment, ils laissent une grande place à la formation, l'encadrement des étudiants, et les professionnels s'appuient plus régulièrement sur des outils informatiques (Afrite et al... 2013).

L'accent est donc mis sur cette nouvelle manière de travailler, qui au-delà de la volonté politique séduit de plus en plus les jeunes médecins. En effet, ces structures permettent de répondre aux attentes des médecins : partage des charges et des tâches ainsi que les possibilités de remplacements (Audric, 2004 ; Bourgueil *et al.*, 2009 ; Beauté *et al.*, 2007 ; Aulagnier *et al.* , 2007). De plus, travailler au sein d'un regroupement de professionnels de santé c'est une volonté de faire de la santé globale, en créant un parcours du patient au sein de la structure. Ainsi, pour élaborer un parcours de soins global, trois étapes doivent être

remplies : un plan de soins, la prise en compte de l'environnement de vie du patient et l'accompagnement qui lui est proposé (CISS, 2014). Sur ce point, le Docteur VUATTOUX, lors de l'université francophone de santé publique a indiqué que les maisons de santé sont l'avenir de la promotion de la santé et qu'elles permettent aux professionnels de santé de premier recours d'exercer leur métier d'une autre manière.

Les professionnels travaillant en coordination s'efforcent de changer le modèle, alors que jusqu'à présent, la prévention est renvoyée à des dispositifs collectifs essentiellement financés par d'autres organismes (Etat, Collectivités locales, entreprises) que l'assurance maladie (Garros, 2009). Pourtant la prévention et la promotion de la santé sont affichées comme une priorité politique actuelle, dans la Stratégie Nationale de Santé (SNS), Marisol TOURAINE indique que « *Notre système de santé doit donner toute sa place à la prévention et à la promotion de la santé, outils négligés depuis des décennies, levier majeur de réduction de la mortalité et de la morbidité évitables, ainsi qu'à la prise en compte des déterminants de santé qui agissent en amont sur l'évolution de notre état de santé.* (SNS, 2013) ».

Les associations réalisant des actions de prévention en santé pourraient donc collaborer avec ces regroupements pluri-professionnels pour mettre en place une organisation de la prévention dans ces structures de soins de premier recours.

- Présentation de l'association La Ligue contre le cancer

J'ai réalisé un stage de cinq mois et demi à la Ligue nationale contre le cancer à Paris au sein du service de prévention et de promotion du dépistage.

La Ligue nationale contre le cancer est une association loi 1901 créée en 1918, elle est reconnue d'utilité publique, son financement repose essentiellement sur la générosité du public. Elle regroupe actuellement 700 000 adhérents et plusieurs milliers de bénévoles.

La Ligue contre le cancer est une structure fédérale gouvernée par un Conseil d'administration. Ce conseil fixe les grandes orientations stratégiques et politiques de la Ligue.

Cette fédération est composée de 103 comités recouvrant le territoire français. Ces comités sont autonomes et indépendants. Tous les comités départementaux sont dirigés par un

président, bénévole, élu par un conseil d'administration composé également de bénévoles. Les comités départementaux ont pour mission de relayer les actions de la Ligue au plus près des citoyens. Chaque Comité comprend des structures d'information et promotion de la santé, de soutien et de coordination indispensables à ceux qui luttent contre le cancer. Le siège de la Ligue, a lui une fonction de support. Le service prévention notamment est force de proposition mais ce sont les Comités qui définissent leurs orientations et choisissent finalement de mettre en place un projet ou d'utiliser un outil proposé.

Le Ligue est présente également à l'international, en effet la Ligue est un membre fondateur de l'Union internationale contre le cancer (UICC). Cette organisation mondiale comprend aujourd'hui plus de 700 membres dans 155 Etats. L'UICC aide au renforcement des structures et développe aussi un plaidoyer pour la lutte contre le cancer. La Ligue fait également partie de l'Alliance des Ligues Francophones Africaines et Méditerranéenne contre le cancer (ALIAM) qui regroupe 77 associations dans 22 pays. Enfin, elle est également membre de l'European Cancer League.

La Ligue a quatre grandes missions qui sont la recherche, l'aide pour les malades, le respect des droits, la prévention et la promotion des dépistages.

La Ligue est actuellement le premier financeur non gouvernemental de la recherche contre le cancer. Elle a réalisé des avancées très importantes dans le traitement et la qualité de vie des malades en soutenant des projets qui vont de la recherche fondamentale jusqu'au lit du patient. Elle optimise les sommes qui lui sont confiées en finançant des programmes de recherche rigoureusement sélectionnés par un conseil scientifique. En tant qu'acteur, la Ligue développe également des programmes dans le domaine de la recherche en cancérologie en France, comme par exemple la Carte d'Identité des Tumeur (CIT), ce programme de recherche permet de classer les tumeurs par leurs caractéristiques génétiques. Il doit son essor aux développements des technologies des puces ADN qui permettent de déterminer les caractéristiques moléculaires de chaque tumeur. Ces caractéristiques permettent d'assurer de meilleurs diagnostics. Il en résultera alors une prise en charge personnalisée et adaptée à chaque patient. Aujourd'hui, plus de 9000 tumeurs sont répertoriées, regroupant vingt pathologies différentes. Le programme CIT n'a pas d'équivalent en France et a des retentissements au niveau mondial.

La Ligue a également un service d'aide pour les malades. En effet, dès l'annonce du diagnostic, la Ligue est présente aux côtés des malades et de ceux qui les entourent. Porte-parole des personnes malades, elle organise une veille sur les répercussions sociales de la maladie. Elle s'implique aux côtés des acteurs institutionnels, associatifs et des professionnels soignants pour adapter les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement aux besoins des personnes. Elle organise également de nombreux soutiens directement auprès des personnes concernées (accueil, information, soutien moral, accompagnement thérapeutique et social (aides financières)).

De plus, la Ligue dispose d'un service juridique car elle est un acteur important des politiques de santé et elle agit pour mobiliser la société face au cancer, la Ligue s'érige en porte-parole des personnes malades et de leurs proches et œuvre auprès des institutions et des entreprises afin de promouvoir les droits des patients et des usagers du système de santé.

Le service prévention de la Ligue nationale contre le cancer

Le service de prévention et de promotion du dépistage est celui dans lequel j'ai réalisé mon stage. Le délégué à la prévention est le Docteur Emmanuel Ricard, médecin de santé publique, le service est composé de trois chargées de mission. Yana Dimitrova est chargée de la prévention tabac, Delphine Proeres est en charge de l'éducation à la santé et enfin Nathalie Clastres a pour mission les questions de dépistage, de la prévention soleil et des inégalités d'accès à la prévention. Deux assistantes travaillent au sein de l'équipe : Halima Arriouach s'occupent des affaires des trois chargées de missions et Raja Neffati assiste le délégué à la prévention le docteur Ricard.

Ainsi, l'association consacre une part importante de ses ressources humaines et financières à quatre thématiques principales de prévention : la lutte contre le tabac, celle liée à la consommation d'alcool et à l'alimentation, l'éducation à la santé des plus jeunes et la promotion des dépistages organisés. Par ailleurs, la Ligue s'engage avec des partenaires autour de nombreux autres sujets tel que la prévention solaire.

Appuyer les grandes campagnes nationales de promotion des dépistages, tout en assurant une présence durable et articulée sur tous les territoires par des actions de proximité est une ambition soutenue de la Ligue contre le cancer. Elle s'appuie dans le fonctionnement de l'organisme, sur un travail relatif à la professionnalisation des acteurs de prévention et une démarche structurante dans l'identification des besoins, l'intégration de priorités régionales dégagées dans les travaux menés au sein des Agences régionales de santé.

L'action en éducation à la santé est constituée par divers concours, la diffusion d'agendas en milieu scolaire, la diffusion d'une revue trimestrielle destinée au 9-13 ans Clap santé et la mise en place de diverses actions auprès des jeunes.

Au-delà du soutien à des projets novateurs, des expositions sur l'activité physique et l'alimentation ont été mis en place et les bracelets pour la promotion des dépistages lors de Mars Bleu et Octobre Rose ont été créés.

La Ligue est l'initiatrice du Plan « Sortir du tabac », elle met tous les moyens en œuvre pour que le tabagisme et ses conséquences soient une grande cause sociétale. Divers projets ont été initiés pour lutter contre le tabagisme. La chargée de mission a notamment été à l'origine du projet « espace sans tabac » qui incite les villes à interdire le tabac devant les écoles maternelles et primaires ainsi qu'au sein des aires de jeux et les parcs d'attractions. La Ligue est très investie dans la mise en place du paquet neutre. Elle a créé notamment un logiciel d'auto information Nicomède. La Ligue mène également une étude sur la représentation du tabac dans les films cinématographique, j'ai eu la possibilité de réaliser le cahier des charges avec la Ligue.

Enfin, en matière de prévention et de promotion des dépistages, la lutte contre les inégalités constitue un axe primordial pour la Ligue contre le cancer. Cette volonté s'inscrit dans les valeurs de la Ligue contre le cancer et répond aux orientations générales de la politique de santé définies dans les recommandations du Haut conseil en santé publique et du Plan cancer. C'est pourquoi agir en prévention dans des regroupements de professionnels de santé installés dans des territoires marqués par les inégalités d'accès au territoire pourrait avoir un intérêt pour La Ligue.

- L'intérêt d'agir en prévention dans des regroupements pluri-professionnels pour La Ligue contre le cancer

En effet cette réflexion est importante pour La Ligue contre le cancer car elle investit d'importantes ressources dans ses interventions en prévention. La Ligue a intérêt à agir au sein de ces regroupements pour principalement cinq raisons.

La première raison est celle de la proximité. En effet, la Ligue est une fédération composée de comités départementaux recouvrant la totalité des départements français. Pourtant nombreux sont les comités qui réalisent la plupart de leurs actions dans la ou les grandes villes du département où sont installés leur local. Les maisons, pôles et centres de santé sont eux le plus souvent implantés dans des zones sous-dotées en professionnel de santé, ce qui permettrait aux comités de la Ligue d'intervenir dans l'ensemble de leur département et de mieux déployer leur action sur le territoire.

Le deuxième intérêt est relatif aux inégalités de santé. La Ligue contre le cancer a pour mission de réduire les inégalités de santé, sachant que les maisons et pôles de santé sont implantés dans des zones défavorisées en termes de soins. Selon l'IRDES, trois quart des maisons de santé sont réparties dans des espaces à dominante rurale. Dans ces espaces, les maisons de santé sont situées dans des bassins de vie plutôt défavorisés en termes d'offre de soins, voire dont les populations ont un état de santé dégradé (IRDES, 2013). La Ligue pourrait donc assurer son implication dans les inégalités de santé à travers une intervention dans ces regroupements.

Le troisième intérêt est le cadre pluri-professionnel qu'apportent ces regroupements. En effet, ils sont la plupart du temps composés de médecins, infirmiers et kinésithérapeutes. Mais il peut y avoir aussi des orthophonistes, pédicures, psychologues, assistantes sociales ou autres médecins spécialistes... Cette coordination entre les professions permet de créer une dynamique, elle est donc garante du suivi et du soutien des professionnels dans les actions de la Ligue.

Le quatrième intérêt est plus structurel, en effet dans les maisons et centres de santé, les professionnels sont regroupés sous le même toit. Souvent une grande salle de réunion est prévue, dans laquelle des actions de prévention peuvent y être réalisées avec une file active

de patients suffisante pour garantir une forme de pérennisation des actions. En effet, grâce à l'importante file active de patients qu'il y a dans les regroupements, la Ligue peut alors toucher davantage de personnes. Nous pouvons également noter que la simple diffusion de documents d'informations papiers disposés dans les salles d'attente toucherait un grand nombre de personnes. D'autant plus que les patients du regroupement sont souvent des personnes du territoire, il est donc possible de faire des actions plus ciblées par exemple sur l'âge des habitants. Les personnes adhéreront alors davantage aux messages de prévention.

Le dernier intérêt est d'ordre politique. En effet, agir dans ces regroupements permettrait à La Ligue de participer à une nouvelle conception du parcours de santé, comme il a été défini selon le CISS, plus adapté et plus global. La Ligue aurait la possibilité d'insérer la prévention dans celui-ci et de son inclusion dans ce qui devrait être le projet de la structure de premier recours.

Ainsi au regard des nombreux projets et montages de maisons de santé en France et de l'intérêt qu'y trouverait La Ligue à mener des actions de prévention et de promotion de la santé dans ces regroupements de professionnels, une enquête qualitative m'a été confiée afin de faire un état des lieux et de savoir comment et à quelles conditions les actions de prévention et de promotion de la santé réalisées par une association partenaire du regroupement de professionnels de la santé pourraient fonctionner.

Avant de débiter cette enquête qualitative une précision de la commande de La Ligue Nationale contre le cancer et de certaines notions pour plus de clarté est indispensable. Une deuxième partie sera consacrée à la démarche et à la méthodologie de l'enquête, après quoi une analyse des résultats sera exposée et illustrée par trois exemples rencontrés au cours de l'enquête. Enfin ces résultats seront discutés dans une dernière partie et des recommandations pour les Comités Départementaux de la Ligue seront proposées.

1 Cadrage de l'enquête

1.1 La commande de La Ligue Nationale contre le Cancer

Au regard des intérêts que La Ligue pourrait avoir à intervenir dans ces regroupements pluri-professionnels et de la priorité politique de les soutenir, la commission d'information prévention et dépistage a décidé de réaliser une enquête qualitative sur l'organisation de la prévention dans les regroupements. Cette enquête aurait pour finalité l'obtention de recommandations facilitant le travail des chargés de prévention des comités de La Ligue dans leur projet.

Le service prévention de la Ligue nationale m'a donc confié cette enquête à l'occasion de mon stage de fin d'études. Après discussion avec le délégué à la prévention, le Docteur Ricard, nous avons convenu que cette enquête sera menée sur le territoire de la métropole française, qu'elle concernera les maisons et pôles de santé pluri professionnelles et les centres de santé bénéficiant du dispositif des nouveaux modes de rémunération. Pour plus de précision, il a aussi été convenu que nous ne traiterons pas dans cette enquête des maisons médicales de gardes, ni des maisons de prévention.

La problématique que j'ai définie pour mener l'enquête est la suivante :

Les regroupements pluri-professionnels coordonnés bénéficiant de la rémunération de groupe modifient le paysage de l'offre de soins. Les soins de premier recours sont mis en avant afin de désengorger les urgences hospitalières et de permettre des soins prenant en compte l'ensemble du parcours de santé. L'objectif est de fournir des soins de plus grande qualité, ainsi que garantir l'accès à tous aux soins. Ces regroupements grâce à leur caractère pluri professionnels et leur localisation (zones sous-dotées) sont des lieux favorables au développement et à l'amélioration des pratiques de préventions. Sur ce point le site de Fédération Française des Maisons Pluri professionnelles de Santé indique : « *La majorité des professionnels de santé qui travaillent en maison de santé cherchent à élargir leur offre de soins à leurs patients à celle de santé publique organisée sur un territoire* ». De plus, le financement du temps de coordination, de l'éducation thérapeutique (diabète et risque cardio-vasculaire) et de coopération via notamment les ENMR et les infirmières ASALEE vont peut-être permettre de développer les actions de promotion de la santé.

Malgré l'amélioration des pratiques du premier recours la prévention reste toujours négligée dans notre système de santé⁵, c'est pourquoi il semble judicieux de mener une étude sur la place de la prévention dans les regroupements pluri-professionnels.

Ainsi il est intéressant d'étudier les interactions entre ces regroupements de professionnels de santé de premier recours et la mise en œuvre de la prévention et de la promotion de la santé : Dans quelles conditions la promotion de la santé se met-elle en œuvre dans les structures de soins coordonnées de premier recours ?

Afin de répondre à cette question, il faudra se poser les questions suivantes :

Le projet de santé d'une structure de soins de premier recours mentionne-t-il la prévention ? Comment ? Dans quelle mesure ? Quelle définition les acteurs apportent-ils à la promotion de la santé ?

Concrètement quels sont les actes de promotion de la santé et qui les exerce ?

Les professionnels sont-ils formés pour cette mission ? Quelle est leur représentation de la promotion de la santé ?

S'il existe des actions de prévention comment sont-elles organisées ? Quelle sont les pathologies prévenues ? Par qui ? Quel en est le suivi ? Existe-t-il des partenaires (Associations, Comité Départemental d'Education pour la Santé (CODES),...) ? De quel financement est-il possible de bénéficier ?

Quelle est l'action des ARS, URPS et Commission Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) sur cette problématique ? De quel accompagnement ils font bénéficier les structures

Qu'en disent les professionnels ? Les autorités de tutelles et les financeurs ? Les usagers ?

⁵ Annexe 2 : Comparaison de la dépense courante en santé de 2011-2012

Elsa RICARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique –

1.2 Les notions essentielles à l'enquête

Afin d'établir une corrélation entre la prévention (et la promotion de la santé) et l'exercice regroupé de premier recours, nous allons tout d'abord définir ces notions.

1.2.1 La notion de premier recours

C'est en 1978, lors de la déclaration d'Alma Alta, que l'OMS inscrit pour la première fois la notion de soins primaires dans ses orientations politiques. Cette notion internationale de soins primaires se rapporte donc aux soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination (OMS, 1978). Cette notion des soins primaires est porteuse d'une ambition de justice sociale visant à garantir l'accès de tous à des soins de base.

L'American Institute of Medicine a précisé cette notion en 1996 : « *les soins primaires sont des prestations de santé accessibles et intégrées, assurées par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire une grande majorité des besoins individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté* ». En effet, il y a un réel besoin de changement des systèmes de santé en raison de la transition épidémiologique, selon un médecin de pôle de santé, « *Les découvertes scientifiques ont transformé toute une série de maladies qui étaient avant rapidement mortelles en maladies chroniques, ainsi l'organisation qui existait avant est très peu efficace par rapport à ces maladies car la réponse n'est pas médicamenteuse* ». Le médecin généraliste doit donc être la porte d'entrée du patient et il doit l'accompagner dans la prise en charge de la santé, il fait le lien entre son patient et le système de santé.

Cette notion a été affinée par l'OMS qui indique que l'organisation territoriale des soins en niveau de recours est le meilleur système pour garantir l'accessibilité aux soins, qu'elle soit géographique, financière ou sociale (OMS, 2006 ; Bärnighausen et Bloom, 2011).

Les soins primaires ont été repris dans les politiques sanitaires et sociales des pays européens, nous pouvons relever trois types d'organisations des soins primaires (Bourgueil et al..., 2009) :

- Le modèle normatif hiérarchisé : un système organisé autour des soins primaires et régulé par l'Etat (Espagne, Finlande, Suède) ;
- Le modèle professionnel hiérarchisé : le médecin généraliste comme pivot du système (Royaume-Uni, Pays-Bas, Australie, Nouvelle-Zélande) ;
- Le modèle professionnel non hiérarchisé : une organisation à l'initiative des acteurs (Allemagne, Canada, France).

En France, la prise en compte des soins primaires est assez récente, l'offre de soins territoriale a été longtemps organisée, d'une part autour de l'implantation des infrastructures hospitalières publiques et d'autre part avec la régulation de l'implantation libérale de la médecine de ville par la loi du marché. La médecine de ville reposant ainsi sur le principe de la liberté d'installation des médecins qui était appelé à s'autoréguler. La France se heurte alors à deux problématiques, une offre de soins importante et une inégalité de répartition territoriale des professionnels de santé. La mise en place du *numerus clausus* en 1971 a amplifié davantage ces inégalités. En effet, la réduction de la démographie médicale couplée à l'augmentation de la population a eu pour conséquence de conduire à l'extension des zones sous-dotées, voire non dotées, et souvent qualifiées de « déserts médicaux » (Berland, 2005 ; Bernier, 2008 ; Vigneron, 2011).

Le gouvernement a réagi à deux reprises en 2004 avec la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie créant la notion de médecin traitant et celle de parcours de soins. C'est en 2009 lors de la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite loi HPST « Hôpital, Patient, Santé et Territoire » que la notion de premier recours a été définie. Cette notion est inscrite dans l'article L.1411-11 du Code de la Santé Publique (CSP) qui dispose :

« L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-16 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7. Ces soins comprennent :

1° *La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;*

2° *La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;*

3° *L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;*

4° *L'éducation pour la santé.*

Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux. »

Les soins de premier recours sont donc relatifs à une notion de soins de proximité territoriale marqués du sceau de la prévention et de l'éducation à la santé. Les regroupements pluri professionnel de soins de premier recours doivent donc recouvrir l'ensemble des soins édictés ci-dessus.

La modification organisationnelle de la santé a entraîné de nombreuses évolutions. L'une des évolutions les plus marquantes dans la plupart des pays modernes est le développement d'une pratique plus collective et interprofessionnelle des médecins, qui peut prendre en compte deux formes principales : l'exercice au sein de cabinets de groupe ou de centres de santé, et des modes de regroupement. (Bourgueil et al..., 2007)

1.2.2 L'organisation de l'exercice coordonnée des soins de premier recours

Le système de santé historiquement fondé sur la liberté et l'individualisme des acteurs, a eu pour conséquence de jeter le discrédit sur tous les dispositifs collectivement organisés, considérés soit comme de moins bonne qualité médicale et réservés aux plus nécessiteux, soit contraire à la charte de la médecine libérale (Garros, 2009). Seuls les centres de santé dans les proches banlieues parisiennes ont été conservés. De plus, les professionnels de la santé s'étaient inscrits dans un modèle hiérarchique.

L'évolution de la société et la transition épidémiologique résultant des succès des recherches scientifiques a conduit à une réflexion sur l'organisation du système de santé. Selon Bertrand GARROS⁶ deux changements ont modifié cette organisation de la

⁶ B.GARROS, *Maison de santé, chaînon manquant de l'organisation ambulatoire ?*, SFSP, Santé publique, vol.21, p.7 -16, 2009.

médecine de premier recours. Le premier est un début de réflexion sur l'intérêt d'une pratique moins isolée afin d'améliorer la qualité de leur travail et de leur condition de vie. Le second changement est le développement de la santé « communautaire », qui consiste à apporter une réponse aux besoins en partant d'une vision populationnelle dans le cadre d'une approche globale des déterminants de la santé et d'une logique de « promotion de la santé ».

Ce concept était assez ancien il a été remis au goût du jour avec une approche territoriale par la Direction Interministérielle à la Ville dans les Atelier Santé Ville (ASV) grâce aux diagnostics de santé.

Ces diverses évolutions se sont traduites par une volonté de se regrouper, renforcées grâce aux priorités politiques de réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins.

Il est vrai que depuis une décennie nous observons dans le paysage sanitaire un renforcement des centres de santé et le développement de nombreux projets et création de maisons et pôles de santé. Ces regroupements assurent une activité de soins sans hébergement avec une obligation pour les centres et une possibilité pour les MSP/PSP de réaliser des actions de prévention et de promotion de la santé.

Nous définirons tour à tour ces divers regroupements et leur encadrement juridique récent.

- Les centres de santé : regroupement de pluri-professionnels historique

Les centres de santé, anciennement appelés les « dispensaires », sont des regroupements de professionnels de santé dans des zones le plus souvent urbaines et précaires. Selon un rapport de l'IGAS, ils accueillent, de fait, en général, des populations plus précaires que la moyenne nationale des médecins libéraux (IGAS, 2013). Ils sont définis par les articles L.162-32 et L.162-32-3 du code de la sécurité sociale, selon lesquels l'assurance maladie et les centres de santé doivent mettre en œuvre un accord tous les cinq ans indiquant les obligations respectives mais aussi les modalités d'organisation de la prévention et les mesures pour favoriser l'accès aux soins.

Les centres de santé ont de nombreuses caractéristiques en effet les professionnels sont salariés de l'organisme de gestion qui peut être soit une collectivité territoriale, soit un

organisme sans but lucratif ou encore un établissement de santé. D'autre part, les centres de santé pratiquent le tiers payant. De plus, ils sont obligés de réaliser des actions de prévention et de promotion de la santé, selon le Code de la santé publique. En effet, ils développent une réflexion sur laquelle la recherche d'une pratique médicale globale inclue une dimension de prévention individuelle et de promotion collective de la santé (IGAS, 2013). Ainsi la plupart des centres de santé s'inscrivent dans un projet collectif qui s'adresse à une population. Des usagers participent aux instances décisionnelles de certains centres de santé (Collin et Acker, 2009).

Ils sont aujourd'hui selon l'IGAS au nombre de 1220 et ils assurent une offre de soins très importante dans les quartiers précaires même si ils ne représentent que 2,4% des dépenses de santé ambulatoire.

Le problème est qu'ils fonctionnent avec des difficultés, toujours selon l'IGAS, leur fragilité financière est due à une mauvaise gestion qui est elle-même liée aux modalités de financement. Afin de trouver une solution l'assurance maladie et les gestionnaires de centres de santé ont débuté des négociations fin mai 2014 sur un « forfait de gestion regroupé » (Les Echos, mai 2014).

- Maisons et pôles de santé : regroupements de professionnels de santé libéraux autour d'un projet commun

Il faut d'abord faire la distinction entre maison et pôle de santé, une des différences notables repose sur le bâti, dans la maison de santé les professionnels de santé travaillent au sein des mêmes murs, c'est une personne morale. La notion de pôle de santé est définie par l'article L.6323-4 CSP : « *Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.* » Ainsi une maison et/ou un centre de santé peuvent être inclus dans un pôle de santé.

Les maisons de santé sont composées de professionnels médicaux ou paramédicaux libéraux.

Aujourd'hui, si on parle énormément des maisons de santé c'est qu'elles résultent de diverses évolutions des besoins de la population, des professionnels mais aussi en raison de la transition épidémiologique. L'évolution des maladies a conduit à une augmentation importante des maladies chroniques et donc à une nouvelle prise en charge sous forme de parcours de santé. Les professionnels ont également une volonté de travailler différemment en étant soutenu par une équipe et d'organiser un vrai parcours du patient. En effet les maisons de santé sont perçues comme une sorte d'aboutissement qui fait espérer autant les professionnels que les responsables politiques. Les uns et les autres y voient la solution pour supprimer leurs difficultés et pour donner un sens complet à leur action (Garros, 2009).

Néanmoins les maisons et pôles de santé n'ont pas une obligation légale de réaliser des actions de prévention et de promotion de la santé, toujours selon l'article L.6323-4 CSP : *« Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5. »* Il en est de même pour les MSP à l'article L.6323-4 CSP.

Il faut souligner que les maisons de santé ont été largement incitées par les pouvoirs publics davantage pour lutter contre la désertification médicale, que pour organiser des actions de prévention pluri-professionnelles. Le Pacte Territoire Santé a rappelé cette priorité en insistant sur les inégalités d'accès aux soins sur le territoire.

Un encadrement juridique a été apporté à ces regroupements, ces dernières années notamment avec la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) le 19 décembre 2007 et la loi HPST en 2009.

- L'encadrement juridique de ces regroupements

C'est l'article 44 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2008 qui nous offre pour la première fois une définition des maisons de santé : *« elles assurent des activités de*

soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les MS sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux. »

Cette première définition sera accompagnée de la mise en place d'une Expérimentation sur les Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR), également compilée dans la LFSS n° 2007-1786 de 2008 modifiée par la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 : *« Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2008 et pour une période n'excédant pas sept ans, portant sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé prévus à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique et des maisons de santé mentionnées à l'article L. 6323-3 du même code, complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant, sur le fondement d'une évaluation quantitative et qualitative de leur activité réalisée à partir des informations transmises par l'organisme local d'assurance maladie dont ils dépendent. »*

Cette expérimentation a été mise en œuvre en 2010, elle permet d'assurer un financement pour l'amélioration de la coordination des soins et de proposer de nouveaux services aux patients. Ce financement de groupe vient se cumuler au financement à l'acte perçu par les médecins, qui est un financement de l'assurance maladie pour chaque consultation. Cette expérimentation comporte trois modules : la mission de coordination, l'éducation thérapeutique du patient et la coopération.

En 2014, la troisième vague a été lancée car les négociations conventionnelles ont été prolongées pour la fin de l'année. Actuellement, 111 MSP et 36 CDS participent aux expérimentations (modules 1 et 2) et 113 IDE et 300 médecins ont rejoint début 2013 le module consacré aux coopérations entre professionnels de santé (dispositif Action en santé en équipe (ASALEE))⁷. La troisième vague de janvier 2014 inclut 150 nouvelles structures dans l'expérimentation⁸. Les conditions d'intégration de nouveaux sites aux modules de cette vague sont notamment la précarité de la patientèle pour le module 1 et la priorité donnée au déploiement dans les zones caractérisées par des difficultés dans l'accès aux

⁷ ASALEE, Action de Santé Libérale En Equipe, association regroupant des médecins et des infirmiers dans le but d'améliorer la qualité des soins, notamment des patients atteints de maladies chroniques. Elle a été lancée en 2004, elle représente la seule de coopération entre les professionnels de santé portant sur les soins de premier recours. (Bourgueil et al..., 2008)

⁸ Instruction ministérielle N°DSS/2013/429 du 31 décembre 2013 relative aux modalités d'inclusions dans les expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) en 2014

soins ou une précarité particulière à la patientèle. (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2014)

Afin d'être éligible aux ENMR certaines conditions sont requises notamment celle de regrouper sous la forme d'une Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoire (SISA) Les SISA ont été créées par la Loi n°2011-940 du 10 août 2011 dite Loi Fourcade. Depuis une instruction de la Direction Générale des Finances Publiques du 23 mars 2012, 4 F-2-12, les regroupements de professionnels de santé sont obligés de s'ériger en SISA afin d'obtenir les rémunération collectives et de se les partager dans un cadre juridique et fiscal sécurisé.

D'autres obligations peuvent incomber à ces regroupements mais cela dépend des ARS, par exemple, en Bretagne l'élaboration d'un projet de santé est indispensable pour obtenir les nouveaux modes de rémunération. De plus, les ARS peuvent également se fonder sur des critères de sélection complémentaires établis sur la base de leurs priorités locales.

1.2.3 La notion de prévention et de promotion de la santé

C'est en 1986 lors de la première conférence de promotion de la santé que la Charte d'Ottawa a été adoptée. Elle a été ratifiée en 1998 par la France. Cette Charte permet d'encadrer la notion de promotion de la santé :

« Processus global qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et la santé des personnes. »

La promotion de la santé entre donc dans une logique « bottom-up », c'est-à-dire que les besoins sont définis par les patients et non par les professionnels de santé. La charte d'Ottawa a fixé cinq axes d'intervention : « Elaborer une politique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles, réorienter les services de santé. »

De plus la Charte indique que la promotion de la santé n'est pas seulement que la santé c'est le complet bien-être de l'individu ce qui veut dire que les acteurs du territoire vont devoir travailler ensemble afin de répondre aux besoins des habitants.

La notion de promotion de la santé a été rappelée par la déclaration de Sundsvall et la déclaration de Jakarta en 1997. En 2005 la Charte de Bangkok donne une nouvelle orientation à la promotion de la santé en réclamant une cohérence politique, des investissements et la formation de partenariats entre les gouvernements, les organisations internationales, la société civile et le secteur privé dans le cadre de quatre engagements fondamentaux (OMS, 2005)

On ne peut pas évoquer la promotion de la santé sans parler de la santé communautaire. La santé communautaire c'est une santé participative. Les membres d'une collectivité géographique ou sociale réfléchissent en commun sur leur problème de santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces besoins. C'est ainsi que l'action communautaire pour la santé désigne des efforts collectifs déployés par les communautés pour augmenter leur maîtrise des déterminants de la santé afin d'améliorer cette dernière (Nutbeam, 1998).

La prévention est définie par l'OMS⁹ mais sa vision est limitée à une vision biomédicale. C'est le glossaire des termes de santé publique internationaux qui nous offre une définition globale de la prévention qui est une : « *Actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister à une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé.* » (Rusch, 2003). Ainsi, la prévention consiste à agir sur des facteurs de risques environnementaux ou comportementaux. Les facteurs de risques sont « *tout évènement ou caractéristique associés à une probabilité accrue de la maladie* ». (Sarafino, 998)

⁹ Prévention est définie par l'OMS comme étant l'ensemble des mesures visant à réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps.

La prévention est une priorité politique, notamment depuis la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Santé. Néanmoins elle reste toujours le parent pauvre des stratégies sanitaires. En effet selon l'INSEE, il n'y a eu aucune augmentation des dépenses en prévention entre 2011 et 2012 alors que les dépenses pour les malades ont augmenté de 2.2%.

C'est pourquoi le financement de groupe des maisons, pôles et centres de santé, ouvre une brèche dans l'organisation d'action de prévention et de promotion de la santé, en sortant de la rémunération à l'acte encore pierre angulaire symbolique de l'exercice libéral (Garros, 2009).

Maintenant que nous avons défini la commande et les notions essentielles pour l'étude, nous pouvons maintenant nous intéresser à la démarche et à la méthode utilisées pour réaliser cette enquête.

2 Démarche et méthode

Afin d'organiser mon enquête j'ai procédé en deux étapes, dans un premier temps une recherche documentaire et dans un second temps une consultation des acteurs de terrain.

2.1 La revue de littérature

La revue de littérature permet principalement d'obtenir les éléments de contexte et de définir les notions essentielles de cette étude. Le livre de Dominique Dépinoy « *Maison de santé une urgence citoyenne* » offre de nombreuses définitions ainsi qu'un état des lieux sur les regroupements pluri-professionnels en France.

Après de nombreuses lectures sur les implantations des maisons et centres de santé, j'ai pu me positionner sur le choix des régions dans lesquelles l'étude pourrait être intéressante. Les travaux de l'IRDES notamment ont été une aide au cadrage de l'étude notamment « *Maison et pôle de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France* » et les deux volets de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération.

Néanmoins peu d'évaluation existe sur les regroupements pluri-professionnels qui restent encore récent. De plus il y a très peu de données sur les soins de premier recours, car l'ARS n'en dispose pas et l'Assurance Maladie ne les communique pas.

Sur la prévention et la promotion de la santé, je me suis basée sur de la lecture académiques pour définir les notions de prévention et promotion de la santé tel que « *Santé Publique, Economie de la santé* » de la collection des essentiels en IFSI et du site internet de l'INPES.

Il y a très peu d'évaluation car il est difficile de réaliser des évaluations quantitatives et qualitatives sur les impacts de la prévention. Toutefois l'IRDES a mené une enquête sur « La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2 », cette enquête se base sur les principaux résultats de l'expérimentation ASALEE.

Les textes juridiques permettent également de délimiter le cadre législatif dans lequel se développent les maisons de santé avec la Loi HPST et les LFSS, ainsi que par les mesures gouvernementales comme le Pacte Territoire Santé. La Stratégie Nationale de Santé permet également de situer la prévention dans les préoccupations des pouvoirs publics.

De plus, les nombreux rapports de l'IGAS sur les centres de santé ou encore le rapport demandé par la Ministre de la santé et des sports, la Secrétaire d'Etat à la Politique de la Ville, et le Secrétaire d'Etat à l'Aménagement du Territoire sur « Le bilan des maisons et des pôles de santé et Les propositions pour leur déploiement de 2010 » sont des apports essentiels pour envisager la situation actuelle et les priorités à venir.

2.2 Méthodologie de l'enquête

Après avoir délimité le sujet de l'étude grâce à la problématique et la définition des notions, j'ai adopté une démarche empirique. Pour cela, j'ai décidé de centrer mon étude sur trois régions de France métropolitaine.

J'ai tout d'abord fait le choix de la région Ile de France pour des raisons pratiques de transports et également car c'est une région où de nombreux centres de santé sont implantés. J'ai ensuite choisi l'Alsace car la chargée de prévention du Comité du Bas Rhin de La Ligue intervenait dans une maison de santé depuis plus de deux ans. Mon troisième choix était la Franche Comté car c'est une région à l'initiative de nombreuses maison de

santé qui est très dynamique notamment grâce à la FEMASAC (Fédération de régionale des maisons et pôle de santé de Franche Comté) néanmoins je n'ai eu aucun retour de mes demandes d'entretien, sinon que des réponses m'indiquant qu'ils ne réalisaient aucune action de prévention. J'ai ensuite choisi la région Rhône Alpes pour les mêmes raisons et où j'ai rencontré le même problème qu'en Franche Comté. Je me suis donc tournée vers la région Bretagne qui est également une région à l'initiative de nombreux regroupements pluri-professionnels et où j'avais la chance d'avoir des contacts grâce aux nombreux projets réalisés dans le cadre du Master 2 PPASP.

Après avoir défini le territoire où se réaliserait l'enquête, j'ai dû élaborer un panel des professionnels que je devais rencontrer pour que cette enquête soit la plus proche de la réalité du terrain. Il était important de rencontrer des professionnels de santé de formations différentes, médecins généralistes et infirmières. J'ai rencontré des coordinatrices de maisons de santé et des responsables administratives de centres de santé.

J'ai eu la chance de réaliser des entretiens avec des précurseurs de l'exercice regroupé et de la santé globale le docteur Ménard du Pôle de santé de Franc Moisin à Saint Denis et le Docteur Traynard de la maison de santé de la Granges au Belles à Paris. J'ai également pu m'entretenir avec le président de la FFMPS, Pierre de HASS.

Enfin, j'ai choisi de rencontrer des acteurs institutionnels de la santé comme des chargés de mission de l'ARS, de l'URPS ainsi que des villes. Cette étude manque d'un regard de professionnels de santé ruraux où j'ai eu peu de contact mais où je me heurtais aussi à une problématique de déplacement. Elle manque également de la vision des paramédicaux notamment des kinésithérapeutes souvent présents dans ces regroupements. Ainsi, j'ai rencontré plus d'une vingtaine de personnes au cours de ces entretiens sachant que parfois je m'entretenais avec eux de manière informelle :

Alsace :

- Une chargée de mission prévention des comités départementaux du Bas Rhin de La Ligue
- Des médecins généralistes de la Maison de santé du Bergopré à Schirmeck
- Une infirmière et un médecin de la maison de santé du Neuhof à Strasbourg
- Docteur Schlegel, Président de l'URPS médecin d'Alsace
- Rencontre avec des patients de la maison de santé des Bergopré
-

Bretagne :

- Chargée de mission à la santé publique dans une mairie de Bretagne
- Un médecin généraliste à l'initiative d'un projet de pôle de santé en Bretagne
- Une chargée de mission de l'URPS médecin Bretagne
- Chargée de mission au pôle de l'offre de soins de premier recours et de la gestion du risque à l'ARS Bretagne
- Une infirmière ASALEE dans le pôle de santé de Maurepas à Rennes
- Une chargée de mission prévention de La Ligue d'Ille et Vilaine contre le cancer

Ile de France :

- Docteur Traynard, médecin généraliste dans la maison de santé de la Grange aux Belles à Paris
- Un médecin généraliste à la maison de santé Val de France à Villiers le Bel
- Le Docteur Ménard, généraliste dans un pôle de santé d'Ile de France, président du Fédération française des maisons et pôle de santé d'Ile de France
- Directrice de l'URPS infirmier d'Ile de France
- Coordinatrice d'un atelier Ville Santé de la Ville d'Aubervilliers
- Un chargé de mission de l'URPS médecin Ile de France
- Une coordinatrice de pôle de santé et de la Fédération Française des maisons de santé en Ile de France
- Une responsable des regroupements de professionnels de santé ARS Ile de France
- Deux responsables administratives de centres de santé municipaux à St Ouen et à Aubervilliers
- Une infirmière coordinatrice du centre de santé municipal d'Aubervilliers.

Niveau national :

- Pierre de Hass, le président de la Fédération Française des maisons et pôle de santé

Après avoir défini ce panel, j'ai élaboré la grille d'entretien, car mon étude étant une enquête qualitative je devais réaliser une grille d'entretien semi-directif¹⁰. J'ai souvent adapté ma grille selon les professionnels que je rencontrais.

¹⁰ Annexe 3 : La grille d'entretien

Enfin, j'ai retranscrit et relu les entretiens¹¹, ce qui m'a permis de définir une grille d'analyse¹² qui se base sur sept éléments qu'on peut nommer leviers car ils sont nécessaires dans la mise en œuvre d'actions de prévention et de promotion de la santé dans les regroupements de professionnels de santé.

3 Les résultats de l'étude

Après avoir analysé les sept leviers essentiels à la mise en œuvre d'actions de prévention pérennes et coordonnées au sein des regroupements de professionnels de santé, nous pourrions illustrer leur efficacité avec trois exemples de prévention qui fonctionnent autour d'un projet commun territorial.

3.1 Les sept leviers à prendre en compte avant de réaliser des actions de prévention

Au cours de l'enquête, nous avons constaté que sept conditions devaient être remplies par l'équipe pluri-professionnelle afin que les regroupements se tournent vers des pratiques de santé globale et communautaire. Ces conditions sont les leviers essentiels à la mise en œuvre des actions de prévention. Nous pouvons les citer ainsi

- 1- Le premier levier est la formation qui aujourd'hui doit s'adapter à ces nouvelles pratiques de la santé.
- 2- Le deuxième est la construction d'un lien avec les acteurs du territoire et les habitants qui est capitale pour assurer les futures actions du regroupement.
- 3- Le troisième levier découle largement du précédent c'est le projet de santé qui doit se réaliser collectivement au sein du regroupement en y impliquant les acteurs et les habitants du territoire.
- 4- Le quatrième levier est la coordination qui permet la réalisation des actions et il une réelle cohésion du groupe pluri-professionnels

¹¹ Annexe 4 : Les entretiens

¹² Annexe 5 : Schéma d'analyse des entretiens

- 5- Le cinquième permet une réelle efficacité des actions qui sont la rémunération de groupe grâce aux ENMR
- 6- Le sixième est l'acquisition d'un système informatisé, partagé et sécurisé, garantissant un lien entre les professionnels
- 7- Le dernier levier est de ne pas négliger l'aspect social dans les actions de prévention et de promotion de la santé qui semble essentiel pour préserver leur équilibre.

Ces sept leviers sont nécessaires pour le bon fonctionnement de l'équipe et pour développer des projets de santé publique sur le long terme. Au cours des entretiens, les professionnels comme les institutionnels les ont tous évoqués.

3.1.1 La nécessité d'adapter la formation des professionnels de santé

La formation des professionnels de santé n'est pas encore assez adaptée ni aux nouvelles pratiques de travail en groupe, ni à la volonté affirmée des professionnels d'avoir une vision populationnelle de la santé et d'exercer une pratique globale de la santé. Pourtant la formation est un levier essentiel pour réaliser des actions de santé publique en particulier sur l'apprentissage de la gestion de projet, du travail en groupe ainsi que sur l'acquisition des connaissances de la prévention et de la promotion de la santé. Néanmoins ces dernières années des formations continues notamment en éducation thérapeutique du patient se sont développées.

- La formation initiale

Selon le Docteur Dominique DEPINOY, dans son ouvrage « *Maison de santé, une urgence sanitaire* », il est nécessaire de rénover la formation des professionnels de santé notamment des médecins. Il faut notamment améliorer la préparation à l'exercice ambulatoire, les stages en médecine générale sont trop peu nombreux. De plus une réelle absence d'enseignement spécialisé dans le premier recours existe.

Les formations initiales des professionnels de santé ont de nombreuses lacunes d'une part dans l'exercice d'une équipe pluri-professionnelle en soins de premier recours et d'autre part dans la pratique de la prévention et de la promotion de la santé.

En effet, dès la formation et même dès le concours d'entrée un fossé se construit entre chaque profession de santé, aucun cours n'est délivré en commun et les infrastructures ne

sont pas communes. Les futurs professionnels ne se côtoient pas et n'ont que très peu de connaissances sur le champ d'activités des autres professionnels de santé.

L'exercice de la médecine en France s'est structuré autour de l'activité des médecins, positionnant les « auxiliaires » ou les « para » médicaux comme des aides pour l'activité médicale, sous la seule responsabilité des médecins, plutôt que dans des rapports de collaboration ou de coopération pour prendre en charge des patients. (Matillon, 2003).

Alors que l'organisation en regroupements pluri-professionnels est en train de se développer dans tout le pays, le processus de formation n'a pas changé. Le cursus universitaire doit s'orienter sur le travail en équipe qui doit également passer par des stages dans ces regroupements, et malgré la priorité affichée dans le Pacte Territoire Santé pour que 100% des étudiants réalisent un stage en médecine générale, le problème est qu'il y a encore trop peu de regroupement pluri-professionnel pour accueillir des stagiaires.

Ce qui est d'autant plus regrettable car au sein des regroupements de nombreux stagiaires réalisent des projets de santé publique en parallèle à leurs apprentissages de la consultation médicale. Car il faut souligner que dans la formation des médecins à la prévention est très peu présente et qu'elle est même parfois optionnelle. De plus, l'enquête a montré que le savoir des professionnels sur la prévention restait très théorique ou se bornait aux dépiquages et aux vaccins.

Afin d'illustrer l'encadrement des stagiaires au sein d'un regroupement, trois exemples présenteront comment cet encadrement peut s'organiser et comment les problématiques de la prévention et du travail en équipe peuvent être abordées au cours de ces stages.

En Ile de France dans un pôle de santé, une élève en SASPAS a réalisé une action de santé publique dans le cadre de son stage : *« On travaille sur la difficulté de la population qui est peu francophone (problème d'écriture et de lecture), on travaille avec les pharmaciens sur la compréhension des ordonnances et la compréhension des traitements, l'an dernier on a travaillé sur la question des médicaments et de la pharmacie à domicile et sur l'automédication, et cette année on a travaillé avec une thésarde de médecine générale sur des pictogrammes pour identifier des pictogrammes permettant d'être mieux compris pour les mettre sur les ordonnances et de travailler avec les médecins. »*

En Alsace, aussi, une maison de santé a demandé à une de ces étudiantes de mettre en place une action de santé : « *On a présenté un projet tabaco, intégré tabaco et dépistage de la BPCO, on voulait faire de la spirométrie, on s'était acheté un spiromètre, pendant 6 mois une interne faisait des spirométries tous les jeudis matin, elle l'a fait pendant 3 mois, on aurait voulu continuer cette action-là a montré que les gens étaient très intéressés notamment les fumeurs, il y avait des demandes de relais pour arrêter de fumer, plus que le dépistage de BPCO en tant que tel.* » Cette expérience a pris fin en raison d'un refus de financement de l'ARS motivé selon l'Agence par l'absence d'un caractère préventif de l'action.

Enfin le troisième exemple est en Bretagne où un professionnel a eu l'idée d'intégrer des étudiants dans le diagnostic de territoire, ce qui leur permet d'avoir une vision populationnelle de la prise en charge médicale : « *il y a des travaux tests qui ont été menés pour recenser les attentes des associations de patients de Villejean. Il y a quatre thésards qui travaillent là-dessus pour l'instant on élabore la problématique sous forme d'entretiens et de questionnaires.* »

Toutefois, il n'y a pas uniquement qu'en formation initiale que l'apprentissage du travail de groupe et des actions de prévention et de promotion de la santé doit se faire, mais il doit se réaliser tout au long de l'exercice de la profession.

- La formation continue

Avec l'apparition des maisons de santé, de nombreuses formations à l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) se sont développées dans les regroupements de premier recours. En effet, les programmes d'ETP, qui visent à aider le patient à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique¹³, a été longtemps réalisés au sein des structures hospitalières peuvent ainsi se mettre en place dans les soins de ville et donc au plus près des citoyens. Il est donc important pour les professionnels de santé d'acquérir les connaissances nécessaires à la prise en charge sous forme d'éducation thérapeutique des patients, qui est une démarche assez différente de la transmission d'une information de prévention.

¹³ Rapport de l'OMS-Europe, publiée en 1996, *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health care Providers in the field of Chronic Disease*, traduit en français en 1998.

L'ARS a donc créé des pôles ressources car plus de 80% des programmes d'ETP sont hospitaliers alors que les malades chroniques sont suivis par leur médecins traitants, les missions du pôle ressources sont celles d'entraîner les professionnels de santé aux pratiques éducatives, de les accompagner à la mise en œuvre de programmes d'ETP validés, participer à des actions de sensibilisation aux pratiques d'ETP, appuyer les dynamiques locales en ETP, impulser et accompagner les actions de recherche, impliquer les représentants des usagers (Pôle de ressource francilien). Cette formation est d'environ 40 heures et elle peut être suivie par l'ensemble des professions de santé.

Les infirmières ASALEE suivent une formation à l'ETP mais aussi une formation au système d'information partagée pour cela elles partent en compagnonnage : « *Nous avons 40H de formation ETP obligatoires notamment sur le diabète à PARIS.*

Et il y a trois jours de compagnonnage, on passe trois jours sur le terrain, on est avec une infirmière en poste, et on assiste au suivi, c'est une mise en pratique. On voit tous les protocoles avec les infirmières. Puis on doit passer un jour avec une infirmière qui a le même logiciel que les médecins avec qui on va travailler. »

La formation ne peut, à elle seule, permettre aux professionnels d'avoir toutes les clés en mains pour apprendre à travailler en pluri-professionnalité et sur des actions de santé publique. Lorsque les professionnels décident de se regrouper ils doivent s'organiser entre eux dès la mise en œuvre du projet de santé mais aussi en amont avec les autres acteurs du territoire lors du diagnostic du territoire. Les étapes du diagnostic de santé et du projet de santé sont essentielles pour les futures actions de santé publique.

3.1.2 Création de lien avec les acteurs et les habitants du territoire

Afin de pratiquer de la santé globale et de la santé communautaire, il est nécessaire de travailler avec les acteurs du territoire et avec les habitants. Ce lien doit être créé dès l'élaboration du diagnostic local de santé et ensuite entretenu tout au long de l'existence du regroupement.

- Le diagnostic local de santé

Le diagnostic local de santé est une démarche d'analyse de situation donnant lieu à concertation et propre à fonder un processus de programmation de santé. Il doit se distinguer d'un simple état des lieux reposant sur la collecte et l'analyse des informations

disponibles pour le territoire (rapports, données statistiques...), toutefois considéré ici comme une des composantes de la démarche du diagnostic local de santé (FNOR, Guide à destination des maîtres d'ouvrage d'un diagnostic local de santé). C'est une étape essentielle d'un projet en santé tel qu'un regroupement.

En effet, les maisons de santé dans la définition de leur projet, dans leur organisation comme dans leur suivi et dans leur évaluation auront beaucoup à gagner à utiliser cette connaissance de la population rattachée à chaque médecin traitant (Garros, 2009). Il est nécessaire de connaître les caractéristiques sanitaires et sociales de la population du territoire avant de définir son projet. Il est important de faire un diagnostic local de santé.

Le diagnostic local de santé permet donc de mener une réflexion concertée avec le territoire sur les problématiques de santé. Cette concertation est un premier pas vers un maillage territorial des acteurs, ils doivent donc se montrer visibles et se positionner dans la dynamique future du territoire sur le plan sanitaire et social. Le diagnostic est donc une étape essentielle où les acteurs territoriaux doivent s'impliquer. L'ensemble des regroupements interrogés ont réalisé en amont un diagnostic local de santé, avec deux démarches différentes : populationnelle ou pathologique.

Ce diagnostic est souvent élaboré par la structure avec l'appui de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) ou de la collectivité territoriale, ou avoir déjà été fait dans le cadre d'un contrat local de santé.

A Rennes par exemple, le diagnostic local de santé est fait avec l'URPS des médecins libéraux et la direction santé publique de la ville de Rennes. Un professionnel de santé explique que son équipe est en train d'élaborer le projet de santé : « *Le diagnostic du territoire, c'est connaître la population du bassin sur lequel on travaille, mais les professionnels qui travaillent depuis 30 ans sur le territoire connaissent la population, et ils ont une certaine expertise sur ce qui faut faire, attention je ne dis pas qu'elle est suffisante mais elle est très intéressante.*

Le diagnostic a été fourni par la ville qui a été fait par des statisticiens, la population est donc jeune étudiante et précaire. Quand on dit population jeune on dit accès à la contraception, Prévention MST, IST c'est l'axe gynéco, on a tout un axe aussi pédiatrique », mais il ajoute plus tard dans l'entretien : « *J'ai besoin de la vision des habitants car d'une part elle est pertinente et d'autre part ce qu'on met en place c'est pour eux.* »

Le diagnostic doit donc inclure énormément d'acteurs afin qu'ils soient au plus proche des réalités. Il va permettre ensuite d'élaborer le projet de santé qui orientera les actions du regroupement en fonction de ces données.

- Prise en compte des caractéristiques du territoire

Prendre en compte les caractéristiques du territoire ne se borne pas seulement aux données sanitaires et sociales. C'est aussi apprendre sur la culture, les mœurs et l'histoire de la population résidente. En d'autres termes, les professionnels ne peuvent pas avoir la même approche entre les habitants d'un territoire urbain et sensible, que d'une zone rurale avec une population âgée, agricole ou ouvrière à faible démographie: *« Il y a pas un discours il y a autant de discours que de personnes, la prévention doit être adaptée. Je parlais avec un collègue en milieu rural, sur le fait de ne plus utiliser des pesticides, sur le lien pesticide et cancer, on ne peut pas aller voir les agriculteurs et leur dire d'arrêter les pesticides ! Mais, comme il y a l'amicale on va profiter pour parler du bio, sans culpabiliser entre les méchants et les bons. »* A travers ces propos le Docteur Ménard explique qu'il faut travailler avec une vision populationnelle. L'offre médicale et préventive doit être adaptée aux caractéristiques sociales et culturelles de la population résidente. En effet, l'aspect social n'est pas suffisant il est essentiel d'adapter à la culture sinon l'action n'aura aucun impact.

Par exemple, à Saint Denis, territoire caractérisé par une population urbaine, migrante, précaire et jeune, cette population a un rapport à la médecine différent : *« La majorité des femmes sont de confession musulmane le rapport au corps, à la sexualité et donc au frottis n'est pas simple par rapport à l'homme, à la culture mais ça ne veut pas dire qu'on ne peut pas le faire. »*

Le pôle de santé a alors eu l'idée de recruter des médiatrices qui habitent dans le quartier, parce qu'elles connaissent la population, une confiance s'est établie : *« On a trouvé un moyen original de faire le lien avec les habitants, pour le faire, on a professionnalisé des personnes de la communauté qui étaient déjà aidantes pour la communauté, on a repéré des gens qui savaient déjà aider les autres dans leur communauté, soit d'origine ethnique, soit essentiellement habitant sur le quartier ce sont les médiatrices. A qui, on a ajouté, à leur savoir-faire profane sans l'étouffer et au contraire en le revalorisant, le savoir-faire*

professionnel qu'est-ce que le système social, qu'est-ce que l'accompagnement à la personne. »

Le travail entre les médiatrices et les habitants a permis de créer une réelle dynamique sur le territoire « *Ces médiatrices ont permis que les ateliers collectifs qu'on organise autour des questions de santé soient animés et portés autour d'une culture en phase avec la vie des habitants car eux-mêmes sont habitants du quartier, eux-mêmes sont dans ces mêmes problématiques, et au cours de la participation aux ateliers collectifs (une dizaine) se dégage une partie de la population qui veut en faire plus qui ne se contente pas de participer mais qui veulent être acteur c'est sur la base de ces acteurs qu'on a constitué le Comité Habitant Usager Citoyen. »* Ces médiatrices donnent une dimension sociale au pôle car les patients sont conscients que leurs exigences culturelles et sociales seront respectées lorsqu'ils se rendront au pôle, ils viennent alors plus sereinement se confier sur leur état de santé. Il est nécessaire de prendre en compte les dimensions sociales et culturelles lorsqu'on fait de la santé car sinon les actions ou les consultations n'ont pas d'impact favorable sur le patient.

Outre les médiatrices, les infirmières ASALEE ont également un rôle à faire entre les habitants et le territoire. Elles peuvent aller se promener avec les patients pour faire de la promotion à l'éducation physique, à cette occasion elles vont à la maison de quartier ou dans les espaces de social partagé. Elles expliquent aussi quelles se renseignent ce qu'offre le territoire pour que leurs conseils soient réalisables : « *On ne peut pas leur dire d'aller acheter des fruits si ils n'ont pas un rond il faut leur donner des petits tuyaux, par exemple Leader Price le mardi les fruits et légumes sont à prix coutant. Il faut partir de ce qu'ils sont. »*

Prendre en compte tous les déterminants de la santé pour améliorer l'offre de soins est une première étape dans la dynamique territoriale, mais il est aussi important que le patient maîtrise sa santé et les décisions en santé prises sur son territoire.

- Impliquer les habitants du quartier pour assurer l'efficacité des actions de prévention

La santé communautaire est au cœur des politiques actuelles, nous sommes aujourd'hui dans une dynamique où la communauté veut être un acteur de sa santé. Donner sa place aux habitants dans le processus décisionnel est capital, la décision sera plus légitime et sa faisabilité sera renforcée. Par exemple, en 1999 dans l'Etat d'Oregon aux Etats Unis d'Amérique, l'Oregon Health Plan Policy Research a décidé d'impliquer la population à la définition du panier de soins offerts. La composition de ce panier a eu beaucoup plus de légitimité et a été mieux acceptée par les bénéficiaires lorsqu'il y a eu des dysfonctionnements. Afin que les projets ou les politiques de santé soient plus efficaces il faut se concerter avec la population pour qu'elle puisse donner son opinion qui doit bien sûr être pris en compte et ne pas être qu'une consultation.

Au cours de l'enquête nous avons pu observer diverses manières d'impliquer les habitants, en premier lieu il y a l'implication à travers la prise de décision concertée.

Par exemple à Saint Denis un comité des habitants a été créé au sein d'un centre de santé afin d'impliquer les habitants dans l'analyse des besoins ainsi que dans les décisions afférentes aux actions de la maison de santé : *« Ces transformations sont beaucoup plus importantes que la simple désertification, si à travers le développement de l'exercice collectif on se pose la question de la place des habitants sur leur participation. On a un avantage c'est qu'on a fait ça il y a très longtemps on a beaucoup d'avance on a un Comité Habitants Usagers Citoyens. Le CHUC a un statut un peu particulier car dans les milieux populaires comme ici, c'est fondamental que les habitants des quartiers populaires participent comme usagers, ils doivent être acteurs de leur santé mais pour ça il ne suffit pas de le décréter ça se construit et ça été très long l'association existe depuis 22 ans. »*

Ce comité a montré une très grande mobilisation des citoyens qui se sont encore plus impliqués dans la vie du quartier. De plus fédérer la population sur un même projet permet de tisser des liens sociaux entre les habitants.

La seconde manière d'impliquer les habitants c'est en les intégrant dans la démarche de prévention tel que le réalise La Ligue dans le Bas Rhin avec l'aide des bénévoles dans les actions au sein de la maison de santé. Les bénévoles font partie d'une équipe de prévention et avec la chargée de mission ils sensibilisent les patients de la maison de santé à la

prévention des cancers et aux dépistages. La Ligue recrute de nombreux bénévoles à qui elle peut offrir des formations en prévention. Les bénévoles sont souvent sollicités pour les actions près de chez eux ce qui permet de maintenir un lien entre la Ligue et un niveau très local.

La dernière manière d'impliquer les habitants est « de faire avec », comme les médiatrices qui sont présentes pour accompagner les patients dans le parcours de soins sur le plan administratif et également dans l'orientation du système de santé. Ou encore c'est le cas également des infirmières ASALEE qui accompagnent les patients dans leurs actions comme la marche à pied, elle initie aux bonnes pratiques afin qu'ils ne soient pas perdus avec une simple ordonnance.

- Créer un lien avec les autres acteurs du territoire pour assurer la pratique d'une santé globale

La volonté de pratiquer de la santé globale doit passer par une connaissance de la population du territoire mais aussi une connaissance des autres acteurs comme les travailleurs sociaux qui connaissent bien les caractéristiques sociales des habitants mais aussi les collectivités territoriales qui peuvent aider à trouver des locaux ou encore appuyer les dossiers devant les financeurs. Il faut donc veiller à impliquer tous les acteurs et pour cela il faut être visible, se faire connaître auprès des autres professionnels. Travailler ensemble est essentiel pour créer une réelle dynamique de territoire et pour aller dans le même sens et ne pas faire des projets en opposition ou des mille-feuilles de projets semblables. Le travail d'équipe pluri-professionnel doit se faire hors des murs du regroupement car se coordonner avec les autres professionnels donnera une vision transversale et donc globale des projets offerts à la population.

En effet, selon le Docteur Ménard de Saint Denis, depuis la transition épidémiologique, il faut que les méthodes de travail évoluent. « *Nous ne sommes plus maintenant dans la logique (j'ai un diagnostic donc j'ai un soin ou une prescription). On ne va plus soigner les maladies mais les personnes. Or si je me mets à soigner les personnes, il y a tout un champ qui apparaît où on est impliqué mais qui ne nous concerne pas directement ce n'est pas le médecin qui a la réponse c'est toute une série d'autres professionnels qui va falloir*

mobiliser et impliquer dans la démarche thérapeutique afin que la personne puisse bénéficier de tout ce qui peut l'aider pour éviter les complications. »

Il faut donc essayer de créer des liens avec les différents professionnels, pour ça il faut aller vers eux et parfois briser certaines représentations, un médecin breton explique à ce sujet : *« Il faut travailler ensemble avec le territoire et pour travailler ensemble il faut se faire connaître et se reconnaître. Il faut que ce soit une démarche de tous. Je viens de rencontrer la nouvelle directrice du Centre Départemental d'Action Sociale (CDAS) et là on se rend compte que les représentations des autres sont fausses car elle pensait qu'on bossait en secteur 2 et c'est pourquoi ils n'orientaient pas les gens vers nous. »* Briser les représentations c'est aussi donner une certaine visibilité à la structure, car s'implanter comme professionnels de santé au milieu du territoire ne suffit pas il faut s'impliquer dans la vie locale car *« les autres structures ont tellement peu l'habitude de travailler avec toi qu'on t'oublie toujours, alors que si tu es organisé en maison de santé ça change un peu les rapports de force, ce changement est en train de se faire »*, selon le Docteur Ménard.

Il est nécessaire d'aller vers les acteurs, de briser les représentations et d'essayer de travailler ensemble pour mettre en œuvre un parcours de soins mais aussi faire de la santé globale. Il ne faut pas négliger un seul acteur, par exemple dans un regroupement un des médecin s'est rapproché du juge des enfants pour qu'ils puissent ensemble aider les familles et les accompagner dans leurs difficultés : *« Il faut toujours avoir en tête, que chaque problème que je repère, je me dois de trouver une réponse ! Et du coup ça t'emmène dans des situations fantastiques, je me suis rapprocher du juge des enfants. On a pas le droit de se parler théoriquement moi j'ai le secret médical. Et pourtant on s'occupe des mêmes personnes, on a mis en place des procédures ensemble. On met des projets pour soigner par exemple votre alcoolique violent. On travaille ensemble avec l'alcoolologue, et après au bout d'un an on va voir le juge. C'est rarissime mais pourtant c'est ça la vraie vie. Car si on retire les enfants à une personne comme ça il s'effondre totalement, et moi je suis en colère ! »*

Travailler avec les acteurs du territoire, c'est aussi et surtout travailler avec la ville. Au cours de cette enquête deux services de santé publique communaux ont été rencontrés. Les communes sont très mobilisées, elles sont, il est vrai, dépendantes de la politique de la

ville, toutefois depuis la mise en place des « Ateliers Santé Ville »¹⁴ (ASV) de nombreuses villes ont aidé à l'élaboration d'actions de promotion de la santé.

Elles travaillent aussi pour l'amélioration de l'offre en santé dans la ville. Une commune bretonne propose de réaliser le diagnostic territorial, d'organiser des commissions santé sur chaque quartier, ou encore de proposer des lieux avec un loyer négocié pour créer des maisons de santé. Les communes peuvent donc être une ressource pour les maisons de santé, elles peuvent aussi subventionner des actions de prévention et de promotion de la santé.

La coordinatrice ASV d'une commune d'Aubervilliers travaille avec le centre de santé municipal, ces actions de santé sont organisées intramuros, mais elle peut aussi mobiliser des professionnels du centre. Ils ont créé en 2001 une maison des pratiques du bien-être, qui recueille les attentes des habitants, répond à leur questions, informe sur les activités de la ville ainsi que des droits. Les professionnels du centre interviennent sur plusieurs besoins retenus notamment la vaccination et la constipation. Ils se sont aperçus que les personnes ne sortaient pas de leur quartier et ne venaient donc pas jusqu'à le centre de santé. On retrouve ici le principe des Ateliers Santé Ville selon Haut Conseil de Santé Publique : « *Transversalité, intersectorialité et promotion de la santé constituent des clés d'actions ASV sur les déterminants sociaux de la santé au niveau le plus local.* »

Le travail avec l'ensemble des acteurs du territoire doit se réaliser dès l'élaboration du projet de santé.

3.1.3 Analyse des besoins sanitaires des habitants : le projet de santé

Le projet de santé est écrit pour définir ce que la population concernée va trouver comme mode de réponse à sa demande de soins. Selon la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé, le projet de santé doit aborder les modalités de la réponse aux demandes de soins programmés et non programmés, les modalités de prise en charge des maladies chroniques, l'organisation de la prévention et du dépistage, voire de l'épidémiologie.

Au cours de l'étude nous avons pu identifier trois types de projets de santé, le projet administratif, le projet réfléchi en équipe et le projet fondé sur le parcours du patient.

¹⁴ Les Ateliers Santé Ville ont été mis en place en 2000 par l'OMS
Elsa RICARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique –
Sciences Po Rennes – 2013-2014

Le projet administratif est celui qui a fait l'œuvre d'aucune concertation d'équipe ou de la population. Il entre simplement dans les obligations administratives qui incombent au regroupement. Un médecin breton indique à ce titre : *«Le projet de santé est obligatoire mais c'est du pipeau »*. Un professionnel d'une maison de santé en Alsace explique qu'elle a téléchargé son projet de santé sur internet lorsqu'ils ont fait peu de modifications. Pourtant, certaines ARS valident les projets de santé pour que les regroupements puissent toucher un financement, *« on conclut avec eux une convention avec un livrable pour qu'ils obtiennent un financement. On fixe des objectifs avec eux »*, néanmoins il n'existe aucune sanction si les objectifs ne sont pas atteints. Le projet de santé est donc parfois une étape négligée, pourtant, il est le début de la coordination et il permet aux professionnels de définir une orientation pour leur regroupement.

Le deuxième cas est celui d'un projet réfléchi en équipe. C'est-à-dire qu'il entre vraiment dans la volonté de l'ARS ils se basent sur les problématiques locales et les professionnels se réunissent avec la volonté de réaliser un projet et d'atteindre des objectifs. A Rennes comme dans les centres de santé rencontrés une telle dynamique de projet a été mise en œuvre.

Enfin une dernière dynamique de projet qui sort des bases fixées par l'ARS est fondée sur le parcours patient. Ces projets sont souvent postérieur à la création juridique des regroupements on retrouve ce type de projet à Saint Denis ou également à la Grande aux Belles dans le 10^{ème} arrondissement de Paris. Ces professionnels travaillent énormément sur le projet avec les acteurs du territoire mais aussi avec les habitants. Par exemple, en Ile de France, un centre de santé associatif a réalisé une expérience unique, elle a souhaité intégrer les habitants dans le diagnostic du territoire : *« On a intégré les habitants dans nos réflexions surtout quand on a fait un diagnostic de santé sur le territoire, ils ont donc rédigé des questionnaires avec nous, et ensuite comme ils disent ils ont « déambulé » dans la cité et ils ont porté le questionnaire et on a analysé ensemble le questionnaire. »*

Néanmoins, il semble parfois difficile d'organiser et conduire un tel projet, il faut vraiment une cohésion de groupe et des soutiens extérieurs, le président de la Fédération Régionale des Maisons et Pôles de Santé d'Ile e France (Femasif) explique à ce sujet : *« Aujourd'hui moi à la Fémasif j'accompagne les gens dans leur projet de santé, je vois que les médecins*

libéraux, infirmières et kinés qui veulent se réunir ne mesurent pas de suite que de passer d'une pratique organisée autour de l'organe à une médecine à soigner des organes est difficile. »

La volonté de faire un travail différent et de s'impliquer autrement dans la prise en charge du patient, ce n'est pas aussi simple en pratique à organiser. Comme nous l'avons évoqué précédemment, les professionnels ne sont pas formés pour travailler en groupe et à la gestion de projet en santé publique, ils vont alors se heurter à des difficultés dont ils n'avaient pas prévues au départ.

3.1.4 Une coordination pluridisciplinaire interne nécessaire à la réalisation du projet

La coordination est une notion organisationnelle, le petit Robert de 2006 la définit ainsi : *« agencement des parties d'un tout selon le plan logique, pour une fin déterminée ».*

Dans les regroupements pluri-professionnels, on retrouve deux types de coordination: une coordination administrative et une coordination « médicale ».

La coordination « médicale » est l'harmonisation des activités des acteurs afin de réaliser un parcours de santé des patients du regroupement. Cette coordination entre les professionnels de santé doit débuter dès la mise en œuvre du projet de santé et doit perdurer au fil de l'exercice regroupé.

La coordination doit être pérenne, pluri-professionnelle et elle doit se baser sur une relation de confiance pour que le regroupement fonctionne.

L'autre type de coordination est administrative qui permet de gérer les affaires administratives du regroupement.

- La coordination administrative

La coordination administrative est selon les entretiens une personnes qui va permettre de réaliser des tâches, qui sans elle, incombent aux professionnels de santé qui les réalisent dans un temps qui n'est donc plus destiné à leur activité première de soins.

Une chargée de mission de l'URPS explique à ce sujet *« c'est tellement énorme le travail d'un coordinateur administratif qui fait tout, par exemple en Bretagne on a une maison de santé où le coordinateur a une formation de gestion des établissements médicaux privés, il fait la gestion du pôle, le lien avec le prestataire informatique ou encore il organise le planning des gardes kinésithérapeutes et des ETP. »*

C'est également le rôle des responsables administratives dans les centres de santé, qui réalisent toutes les tâches administratives afin que les professionnels ne consacrent qu'aux activités de soins.

Il est donc clair que devant l'étendu des tâches réalisées par le coordinateur, nous pouvons affirmer que ce poste décharge les professionnels de santé de la structure d'un lourd fardeau administratif et leur dégage du temps pour pourquoi pas réaliser des missions de prévention.

La coordination administrative a des missions très importantes, 78,6% des MSP ont recruté un coordinateur administratif selon une étude Bourguignonne de 2014. Cette étude a été réalisée sur trente MSP dans la région de Bourgogne, pionnière dans le développement de l'exercice regroupé.

Il est vrai que le poste de coordinateur administratif est essentiel pour un regroupement car il permet aux professionnels de santé de dégager du temps pour réaliser d'autres missions qui peuvent être des consultations ou des projets de prévention par exemple. De nombreux professionnels ont admis au cours de cette étude que ce type d'exercice permettait de les soulager des tâches administratives. En effet, l'ensemble des tâches de comptabilité, de secrétariat ou encore tous les autres actes administratifs avec l'assurance maladie représentent du temps non consacré aux patients. Donc lorsque les professionnels sont regroupés les tâches sont bien évidemment plus lourdes mais le recrutement d'un professionnel de la coordination peut se faire car il y a un partage du coût salarial.

Ainsi les missions qui peuvent incomber à ce coordinateur sont très larges, l'étude de la région Bourgogne a répertorié les tâches : gérer les salariés, choisir les prestataires extérieurs, effectuer les demandes de financements, assurer le suivi des relations avec le financeur, assurer le suivi des comptes bancaires, régler les factures courantes, rédiger les rapports d'activité, réaliser des enquêtes de satisfaction auprès des usagers, assurer la mise en œuvre des actions de prévention individuelle et collective, conseiller et orienter le patient et sa famille, contacter les soignants ou autres infrastructures sanitaires, contacter les acteurs sociaux, gérer un remplacement d'un professionnel de santé, gérer le planning des étudiants, assumer l'entretien des lieux.

La coordination administrative est nécessaire mais non suffisante à la mise en œuvre d'actions de prévention, il est indispensable alors d'organiser une coordination dite « médicale ».

- La coordination « médicale »

Au cours de l'enquête, il est apparu évident que la coordination administrative ne suffisait pas, les professionnels de santé doivent également se coordonner. Les professionnels parlent alors de coordination « médicale » alors que cette coordination doit toucher l'ensemble de professionnels de la structure et elle commence souvent chez les professionnels paramédicaux notamment chez les kinésithérapeutes avec les gardes pour les bronchiolites du nourrisson.

Dans un premier temps cette coordination doit permettre de comprendre comment fonctionner ensemble, elle est souvent à ce stade mono-disciplinaire. Les professionnels se réunissent une fois par semaine au cours de cas médicaux complexes ou sur l'organisation de protocole. Ces coordinations de médecins, infirmiers, ou encore kinésithérapeutes doivent être pérennes avant de passer au stade de la pluri-professionnalité. La coordination pluri-professionnelle passe également par la messagerie sécurisée du dossier médical partagé qui permet de faire un lien entre les professionnels de la structure, avec dès le départ une formation commune, mais aussi au cours des diverses réunions, du temps de travail et des projets...

Ensuite le second stade est la pluri-professionnalité de la coordination qui peut s'organiser également par des réunions. Cette coordination permettra la mise en œuvre du parcours de santé du patient. Les professionnels vont donc parler de cas complexes en indiquant quel est le rôle de chacun dans l'organisation des soins du regroupement. Ce travail de coordination va permettre de briser les représentations de chaque profession sur l'autre et de créer une dynamique de regroupement où chacun a les mêmes valeurs.

Enfin, le troisième stade sera une coordination transdisciplinaire avec l'élaboration de projets en santé telles que la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique du patient ou encore des actions de prévention adaptés à un besoin de la population. Une

relation pérenne s'est construite sur le long terme, le regroupement pourra donc offrir des actions qui s'inscriront également sur le temps. Il est important de ne pas imposer la mise en place d'actions sans qu'il ait une réelle coordination des professionnels. La pérennité de la coordination va peut-être conduire à des modifications du projet de santé avec une vision préventive voire de santé communautaire.

La coordination ne doit pas seulement s'organiser à l'occasion de réunions, mais elle doit être aussi informelle ce qui permet de créer des liens tous les jours et donc de renforcer la cohésion de groupe.

La plupart des maisons de santé ont rappelé que la coordination était très souvent informelle : *« Tous les jours on travaille largement ensemble, on a vraiment la perception plus prégnante que c'est beaucoup plus fluide dans la prise en charge du patient. On est plus réactif si on a besoin de quelque chose on passe chez les uns et chez les autres. »*

Enfin, une coordination pluri-professionnelle peut également se créer entre les médecins et les infirmières autour de projet de santé. Actuellement en France deux expérimentations permettent cette coordination ayant pour but l'amélioration du parcours du patient le premier se rapporte à l'article 70 de LFSS de 2012 et le second est le dispositif ASALEE. Nous allons présenter tour à tour des exemples de mises en œuvre de ces expérimentations.

D'une part, nous avons l'expérimentation de l'article 70 de la LFSS de 2012, visant à améliorer l'organisation et la coordination des parcours de santé des personnes âgées afin de prévenir les recours évitables à l'hospitalisation et de coordonner les soins en sortie d'hospitalisation. Il a été mis en place dans une maison de santé en Bretagne, la chargée de mission de l'URPS explique à propos de la coordination : *« Par exemple, une infirmière coordinatrice dans une maison de santé qui travaille sur l'expérimentation de l'article 70, pour la prise en charge des personnes âgées amont et aval qui s'occupe de coordonner le projet et de repérage des patients elle a un rôle quasiment de gestionnaire de cas, elle est infirmière de formation. »*

D'autre part, il y a le dispositif Action de Santé Libérale en Equipe (ASALEE) permet au médecin généraliste de recruter une infirmière qui réalisera des consultations de prévention sous forme d'éducation thérapeutique du patient. Ces consultations portent sur quatre

thèmes : le dépistage et suivi du diabète de type 2, le suivi des patients à risque cardiovasculaire, le dépistage de la BPCO et suivi des patients tabagiques ainsi que le repérage des troubles cognitifs. Elles ne réalisent que de l'éducation thérapeutiques du patient et ne font aucune autres consultations, elles passent souvent près d'une heure avec chaque patient afin de faire des bilans de compétences et de leur offrir les outils et méthodes nécessaires au maintien de leur état de santé. Ces infirmières travaillent en collaboration avec les médecins. Cette coordination permet de créer une réelle dynamique de confiance dans la maison de santé car elles ont accès aux dossiers médicaux des patients des médecins de la maison de santé.

La coordination doit se faire dès l'élaboration du projet de santé pour que l'exercice pluri-professionnel s'organise sur des bases solides.

3.1.5 Les ENMR : dans l'attente de la généralisation

Comme nous l'avons évoqué précédemment cette rémunération de groupe a été créée avec la loi de 2008 et existe depuis 2010. La troisième vague a été lancée en janvier 2014, dans l'attente les négociations entre l'assurance maladie et les syndicats de professionnels de santé.

Ces rémunérations de groupe viennent en complément des rémunérations fondées sur le paiement à l'acte. Ces nouveaux modes de rémunérations sont actuellement une expérimentation.

C'est dans une volonté politique de renforcer le maillage territorial que cette expérimentation a été mise en œuvre.

Elle est pilotée par la Direction de sécurité sociale, l'Expérimentation aux Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) est mise en œuvre au niveau local par les ARS, qui sont notamment en charge de la sélection et du suivi des sites. Ces nouveaux modes de rémunération sont un contrat passé entre l'ARS et une structure volontaire représentant un collectif de professionnels composé à minima de médecins généralistes et d'infirmières. Ce contrat porte sur des montants forfaitaires distincts du paiement à l'acte, mais non substitutifs, en contrepartie d'amélioration attendue en termes de qualité des soins et d'efficience et sans obligation en matière de modalité d'allocation des ressources versées.

L'hypothèse sous-jacente est que le paiement forfaitaire favorise une meilleure performance de structures collectives que le paiement à l'acte (AFRITE al., 2013).

Les ENMR offrent aux regroupements un financement hors de celui alloué pour chaque acte défini par l'assurance maladie. Ainsi cette nouvelle rémunération dite de groupe permet donc de financer la coordination médicale et administrative ou encore une coordination autour d'un projet de santé publique. Pierre de HASS, président de la FFMPS, explique qu'ils ont demandé à ce que cette rémunération ne soit pas contrainte dans son utilisation pour que les professionnels puissent se lancer dans des projets. Cette rémunération de groupe offre donc des perspectives dans le travail collectif de regroupement. Le module 2 finançant les programmes d'ETP sont aussi un levier pour travailler en collectif intégrant le patient au cœur d'un projet.

Cette rémunération de groupe est pour tous un élément nécessaire pour travailler ensemble en coordination et pour réaliser des projets. En effet, en Ile de France un centre de santé a décidé que les nouveaux modes de rémunération financerait cinq heures par semaine tous les médecins afin qu'ils réalisent des projets de santé publique. Pour d'autres comme en Alsace ils financent un poste de coordinateur permettant d'offrir du temps aux professionnels de santé. Dans la plupart des centres de santé ils financent le temps de coordination des professionnels de santé. Une responsable administrative m'explique à ce titre : *« l'ENMR finance le temps de réunion des professionnels de santé car quand ils sont en réunions ils ne sont pas en consultation. »*

Néanmoins, l'absence de pérennité de ce financement est un problème, les négociations conventionnelles sur la rémunération de groupe ont été reportées pour la fin de l'année de 2014. La première séance du 28 mai 2014 de la négociation conventionnelle interprofessionnelle a tourné court en raison de divergence sur le cadre initial de ces négociations. Deux autres devraient avoir lieu en juillet et la décision du cadre juridique d'un éventuel accord est renvoyée à la décision d'un groupe de travail spécifique qui doit se réunir au ministère de la santé (avec le ministère, l'Assurance Maladie, l'UNPS et les autres syndicats), (Le quotidien du médecin, 2014).

Lors des négociations, la présidente du Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (Sniil) a affirmé sur la rémunération de groupe: *« La rémunération de groupe on voudrait que ce soit autre chose »*, en citant la prévention, l'éducation thérapeutique et les

protocoles de bonnes pratiques¹⁵. Ces longues négociations pourraient permettre d'assurer un cadre à la prévention et à l'éducation thérapeutique.

Il est pourtant important de pérenniser ce financement qui permettrait aux professionnels de pouvoir s'appuyer sur celui-ci afin de réaliser des projets de grande envergure et sur le long terme. Ils n'osent pas devant la non-généralisation de cette rémunération se lancer dans les projets par crainte de devoir l'annuler faute de financement, ce qui serait dommageable pour les patients et les professionnels déjà investis dans le projet.

Par exemple, le poste de coordinateur financier jusqu'en septembre en Alsace n'est pas remplacé faute de pérennisation de la rémunération de groupe : *« On touche les NMR du module 1 mission coordination, on a pu embaucher une coordinatrice il y a deux ans. Elle s'occupe des relations avec les autres partenaires du quartier et des réseaux, et de la coordination intra maison de santé, malheureusement elle nous quitte fin mai. Enfin on avait une coordinatrice ! (...) On ne peut pas payer un temps de coordination énorme, car on n'a pas les sous. Mais c'est quand même à mon avis nécessaire. Puis personne ne nous dit que c'est pérenne. »*

Une responsable administrative indique également : *« Le problème de la pérennité est vraiment problématique pour mettre des actions au long terme »*

Le Docteur Ménard demande la généralisation pour faire évoluer la médecine de groupe et réaliser des actions de santé globale, un médecin précurseur de la santé communautaire indique à ce titre :

« Je milite pour la génération des NMR. Si on perd ça on revient à la préhistoire. On a jamais tant de rapport de force favorable mais on est à la merci des conservatismes, on est que 10% organisé en MSP, les 90% pèsent plus dans la balance. Ce qui nous pousse c'est la réalité des problématiques de santé c'est le 80% des dépenses de santé sur les 20 % des maladies, c'est le principe de réalité des financeurs ce n'est pas mon discours sur le pôle de santé les pauvres ils en ont rien à foutre. Si on arrive à démontrer qu'on réduit les dépenses de santé en faisant de la prévention, en réduisant les AVC qui coûtent très cher,

¹⁵ Sandra JEGU, *Un collectif pour les soins primaires voit le jour*, Hospimédia, Dialogue social, 27 juin 2014.

on est plus entendu, c'est un autre langage. Les études qualitatives, comme celle de l'Irdes sur le suivi des diabétique qui est meilleur en MSP qu'en individuel. »

L'expérimentation ne finance pas seulement la coordination mais elle finance aussi les programmes d'ETP. Des programmes d'ETP sont de plus en plus proposés dans les maisons de santé, les plus rencontrés au cours de cette étude sont ceux sur la thématique du diabète. Ils sont souvent organisés avec un médecin, une infirmière, un kinésithérapeute et un podologue. Certains ont des problèmes pour recruter, d'autres pour conserver la file active des patients dans les programmes : *« l'ETP au titre d'un autre financement mais c'est hyper dur ils n'arrivent pas à recruter. L'idée est de toujours travailler binômes médiatrice et médecin. On a un médecin qui travaille sur des fiches patients sur le diabète. Sur l'ETP il ne faut pas être trop programme centré car ça ne marche pas, les programmes spécifiques aux soins de ville ne fonctionnent pas, il faut inventer autre choses. »* selon la coordinatrice de la Femasif.

Les programmes d'ETP sur la thématique des cancers n'existent pas dans les regroupements pluri-professionnels, ils sont proposés plus souvent dans les instituts régionaux de cancer. Néanmoins les autres programmes d'ETP, sur le diabète ou encore la BPCO, luttent également contre le cancer, en incitant les patients à adopter une meilleur hygiène de vie.

Enfin les ENMR finance aussi le dispositif ASALEE sous l'égide du module 3 relatif à la coopération.

Les regroupements outre la rémunération de groupe auxquels ils sont éligibles à certaines conditions, peuvent également bénéficier d'aide à la mise en place d'un système d'information partagé.

3.1.6 Un système d'information manquant de pluri professionnalité

La coordination, qui est la plus-value de l'exercice regroupé, doit être appuyée par la possibilité de partager l'ensemble des informations concernant les patients pour les professionnels médicaux et paramédicaux du regroupement.

Avant d'expliquer l'importance d'un système d'information partagé dans un regroupement il est nécessaire de définir quelles en sont les règles et les composante. L'article 1110-4 CSP al 3 à 7 donne l'autorisation aux professionnels de santé d'échanger les informations

d'un patient à la condition que la personne soit dûment avertie et qu'elle donne son consentement. Cet échange peut être papier mais il est de plus en plus informatisé. Trois types de système d'information partagé permettent de s'échanger les informations :

- La messagerie sécurisée permet d'échanger entre les professionnels de santé des mails et des données à caractères personnels.
- Le Dossier Médical Partagé permet aux professionnels de partager les informations de santé de leurs patients nécessaires à la coordination des soins, on y retrouve toutes les données médicales anciennes et actuelles. Il existe un DMP mis en place par le gouvernement néanmoins certains professionnels organisent ce DMP à l'échelon du regroupement.
- Le système d'information intégré est un pro-logiciel de gestion qui permet d'avoir une unique base de données et donc de partager toutes les données avec les autres professionnels du regroupement avec l'acceptation du patient. Ce système permet de partager toutes les activités de la structure.

Le système d'information partagé permet de faire le lien autour d'un patient, les professionnels peuvent s'échanger tour à tour des informations qui vont permettre de prendre en compte les difficultés encourues par le patient. Lorsque le système d'information est intégré il assure un vrai parcours du patient entre les différents professionnels de santé. Le système d'information partagé est donc une base pour la santé globale car il permet d'échanger sur le patient et de trouver une solution pluri-professionnelle adaptée aux besoins de celui-ci. De plus, ce système permet également d'obtenir des données en santé est donc permettre à terme la réalisation des actions de prévention adaptée. Enfin, il est composé d'un système d'alerte vaccination et dépistage permettant de garder les patients de la maison de santé dans un processus de dépistage stable et organisé.

En effet, le système d'information partagé permet tout d'abord de faciliter le travail en équipe, une responsable administrative explique : « *Ça a été mis en place il y a trois ans, le dossier informatisé est parfait avant on avait des dossiers papiers qui étaient plus ou moins lu, l'information est facilité par l'informatisation du dossier* ». Pour les infirmières

ASALEE le partage des dossiers patients est essentiel pour réaliser leur consultation d'éducation thérapeutique, pour elles, s'est un gage de confiance entre elles et les médecins. Elles ont également un logiciel ASALEE qui leur permet d'inscrire les données sur leur patient et d'ajouter des informations : *« Je peux avoir des chiffres sur ma patientèle. Je note toutes mes activités que ce soit des échanges, de la formation, ou de l'encadrement de stagiaire (campagnonnage), ou encore de l'autoformation. Et ça c'est envoyé à l'ARS. Je reçois un texto de mon boss me disant que je dois tout rentrer car après c'est envoyé à l'ARS. L'ARS peut savoir combien il y a de patients, s'il y a une amélioration ou non. Ils savent donc s'il y a plus de patients atteints de diabète. En plus, je peux poser des questions sur la plateforme et les ingénieurs répondent rapidement. »*

Le président de la FFMPS ajoute que le système de santé est nécessaire au bon fonctionnement de la coordination, mais aussi ce système peut permettre d'avoir des données de santé sur le territoire : *« Nous n'avons aucune donnée de santé par territoire, l'ARS n'en a pas et l'assurance maladie ne veut pas en donner. Pourtant ces données nous permettraient de mieux cibler la prévention. Mais depuis que le ministère a imposé la mise en place du système d'information dans les MSP et PSP on va pouvoir rattraper notre retard phénoménal sur ce problème. Sur mon territoire nous avons trente maisons de santé équipées de ce système et nous souhaitons que dans dix ans toutes le seront et qu'on pourra enfin avoir des données. »* Obtenir des données sur la santé d'une population d'un territoire peut permettre au long terme de faire des actions ciblées et permet de pouvoir analyser l'efficacité de ces actions

De plus, il explique qu'un des autres avantages de ce système c'est qu'il fournit des alertes dépistages et vaccins : *« Nous avons un programme de vaccinations et de dépistages ce programme existe grâce à la base de données du système d'informations partagées, on peut entrer les données des patients sur le prochain vaccin ou dépistage. Nous consultons chaque trimestre les alertes et nous leur envoyons un courrier à chaque personne qui est dans l'alerte vaccin ou dépistage. Obtenir des données en santé permettrait à termes de réaliser des actions de prévention adaptées aux problématiques de santé repéré par la base de données. »*

Néanmoins, au cours de l'enquête certains professionnels ont fait part de leur réticence à utiliser ce système trop complexe, chronophage et pas assez sécurisé. Un médecin explique qu'elle a fait 14 clics avec sa souris d'ordinateur pour inscrire un vaccin. L'infirmière ASALEE passe environ 15 minutes par patient pour inscrire ses informations sur les deux logiciels.

Un médecin qui travaille sur un projet de pôle de santé en Bretagne précise sur ce sujet : *« Qu'est-ce qu'un SI, l'idée est d'avoir une messagerie sécurisée pour pouvoir travailler entre nous, ça c'est acquis par l'ensemble des acteurs. Sinon il n'est pas encore envisagé de mettre un SI sur l'ensemble du pôle. Il faut savoir qu'il y a un vrai écart entre les professionnels sur le quartier et ce que pense l'ARS. Et un DMP est juste une utopie pour l'instant de certains administrateurs et de certains « pensant » des projets de santé. A l'heure actuelle les professionnels de santé du PSP ne sont pas mûrs pour ce SIP. Il faut l'installer progressivement. C'est plus réalisable et recommandable en MSP et CDS, en PSP sur le plan de la faisabilité c'est plus difficile. »*

L'Union Régionale des Professionnels de Santé de Bretagne nous indique que dès qu'un professionnel leur fait part d'un projet, elle leur propose de les accompagner sur la mise en œuvre d'un système d'information à travers des formations sur cet outil.

3.1.7 La dynamique sociale

Lorsqu'un regroupement prévoit une action de prévention ou de promotion de la santé il ne doit pas oublier le caractère social. En effet, la dimension sociale d'une action préventive à l'échelle territoriale est nécessaire pour l'efficacité de celle-ci mais aussi pour sa pérennité.

Dans un premier temps, l'aspect social doit être considéré en amont dans la prise en compte des caractéristiques sociales de la population cible. Par exemple, comme nous l'avons vu précédemment à Saint Denis, le rôle des médiatrices est celui d'un intermédiaire entre les demandes de la population marquée par leurs problématiques sociales et l'offre des professionnels de santé. S'il n'y a pas d'adaptation de l'offre à la demande, les actions n'auront aucun impact. De plus, outre l'absence d'impact, la mise en œuvre des actions non adaptées ne touchent pas les plus défavorisés. Une étude de l'Université d'Ottawa démontre que les plus pauvres ne sont pas capables de s'identifier. Ils se disent : “ C'est

bien beau de faire du sport ou manger des légumes, mais on n'a pas de vélo, et les fruits, ça coûte plus cher que le macaroni ” », explique la Dr Raynault. Une campagne pour la consommation de fruits et légumes frais peut donc avoir pour effet d'améliorer l'assiette des mieux nantis uniquement. Sans compter que, dans les quartiers défavorisés, il y a souvent plus de dépanneurs et de restaurants offrant de la malbouffe que de fruiteries (A.DAoust-BOISVERT, 2012). Cette étude illustre parfaitement l'adaptation nécessaire pour un réel impact des actions de prévention. Cette question a été soulevée également en France par Pierre Chauvin, géographe de la santé, qui a démontré que selon le quartier où l'on habite le taux d'obésité diffère et que dans les quartiers les plus pauvres le nombre de fast food est plus élevé (P.CHAUVIN et al..., 2005)

Dans un second temps, il est nécessaire de s'intéresser à la dimension culturelle à prendre en compte lors de la réalisation d'une action de santé. On ne peut pas parler de frottis donc de sexualité à des personnes dont la sexualité est culturellement problématique. Ou encore il va être indispensable d'adapter les régimes alimentaires de certaines personnes avec leur habitude ou avec leur régime culturels. Il ne faut donc pas négliger l'aspect culturel dans les actions car leur cible ne sera jamais atteinte.

Enfin au cours de l'action, il est nécessaire d'assurer une socialisation du groupe ciblé par l'action. En effet, si on veut que l'action se pérennise il est nécessaire qu'il ait une réelle dynamique de groupe. L'apport social de l'action a été démontré avec les actions de prévention du comité du Bas Rhin de La Ligue contre le cancer dans une maison de santé en zone rurale. En effet, les bénéficiaires de l'action nous ont indiqué « *nous participons aux activités physiques en groupe et dans les activités culinaires proposées car au-delà des conseils pour notre santé, nous y rencontrons du monde* ». Il ne faut donc pas négliger le bénéfice social d'une action préventive qui permet d'assurer le fonctionnement, l'impact et la pérennité de l'action.

Au cours des trois illustrations suivantes, qui montrent l'intérêt de travailler sur les leviers pour obtenir des actions préventives efficaces, le rôle social aura une place importante.

3.2 Des exemples d'initiatives d'actions de prévention : analyse de la faisabilité et des clés succès

Afin d'illustrer les propos précédents, il est indispensable de prendre trois exemples d'organisation de la prévention et de promotion de la santé dans les regroupements pluri-professionnels de soins de premier recours. Dans ces exemples les conditions posées auparavant ont permis la faisabilité de ces actions. Tour à tour nous allons appréhender trois approches différentes communautaires, professionnelles et associatives.

3.2.1 Projet de Saint Denis, la place santé : Promotion du frottis

Le pôle de santé de Saint Denis s'est constitué de manière mixte, il est composé d'un centre de santé associatif, d'un cabinet infirmier du quartier et de deux autres cabinets d'un autre quartier. Cette construction s'est faite avec l'objectif de travailler avec l'ensemble du territoire (Quartier des Francs Moisins à Saint Denis).

Nous allons étudier ici l'organisation du centre de santé associatif et son action de promotion des dépistages du cancer du col de l'utérus par le frottis.

- **Le centre de santé**

Comme nous l'avons évoqué précédemment ce centre est pluri-professionnel et a recruté cinq médiatrices. Tout le personnel (professionnels de santé ou autre) reçoit la même rémunération. Le président de l'association le Docteur Ménard justifie ce choix : « *J'estime que le travail produit et que la compétence de chacun à la même valeur car chacun est un maillon de la chaîne et si un maillon casse, la chaîne est fragilisée. Par exemple, une personne a un cancer et on lui apporte un repas à domicile. Cette personne qui apporte le repas et qui aide la personne à la même valeur que le professeur d'université qui a décidé du grand traitement anti-cancéreux. C'est vrai que ça n'a pas la même nature mais ça a la même valeur.* »

Le centre travaille donc en collectif, un vrai lien existe entre les professionnels et il est d'autant plus fort que le quartier où est installé le centre est marqué par des problèmes de précarité et la population est majoritairement d'origine migrante. Les médiatrices sont donc

là pour créer du lien, recevoir et répondre aux besoins des habitants sur leurs droits par exemple. La maison a également recruté des interprètes car de nombreux patients ne parlent pas le français.

Et enfin le centre de santé travaille en étroite collaboration avec le Comité Habitant Usager Citoyen (CHUC), il respecte ses décisions, accompagne ses projets, et surtout écoute leurs conseils.

Ce centre défend de nombreuses valeurs notamment celle de pratiquer de la santé globale en impliquant les habitants du quartier. En effet, la santé communautaire est au cœur de leur projet, ils ont inscrit dix fondamentaux sur leur site internet dont les cinq premiers sont relatifs à de la santé communautaire de la promotion de la santé : *« La santé n'est pas un état mais un processus au dimension multiple ; les acteurs de santé ne se limitent pas aux seuls acteurs de soins et incluent les habitants ; la pratique du centre de santé vise à ce que l'utilisateur devienne l'acteur principal de sa santé et plus globalement acteur de santé ; le centre lutte contre les inégalités de santé en favorisant l'accès aux soins et en tentant d'agir sur l'ensemble des déterminants de santé ; la proximité c'est notamment d'être ancré dans les réalités du quartier sans exclusion d'habitants d'autres quartiers, de prendre en compte la personne dans sa globalité mais aussi de permettre l'émergence de l'intérêt commun, pour produire de l'engagement citoyen. »*

De plus, les médecins bénéficient de cinq heures sur leur temps pour réaliser des actions de santé publique. Ces actions peuvent être : la mise en place de pictogramme sur les médicaments qui seront compris par les personnes qui ne lisent pas le français, un rapprochement ville-hôpital, ou encore l'organisation d'une campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus.

- L'action de promotion de dépistage avec une approche communautaire

Depuis plusieurs années, le centre de santé élabore une action relative à la promotion du dépistage du col de l'utérus en incitant les femmes du quartier à aller voir le médecin pour faire un frotti.

A cette fin, ils ont recruté des médecins femmes avec un diplôme universitaire de gynécologie. Le territoire est caractérisé par une forte représentation de la communauté musulmane, les femmes font donc souvent le choix d'être suivies par des médecins femmes.

De plus le territoire est marqué par une forte présence de familles monoparentales (22%) dirigées par des femmes.

Aussi, la population jeune importante d'environ 40.8% des habitants a moins de 25 ans.

Il faut donc accompagner ces personnes qui souvent ont du mal à s'orienter dans le système de santé français en raison de sa complexité et parfois de la non connaissance de la langue française. De plus ces populations sortent peu du quartier il faut donc soit les accompagner soit amener les soins préventifs dans le quartier.

Au regard de ces caractéristiques : « population jeune et féminine », la promotion du dépistage du cancer du col de l'utérus au sein du quartier est une action pertinente.

C'est pourquoi il est essentiel de partir des spécificités du territoire pour adapter la prévention et pour qu'elle ait un réel impact sur la population, le Docteur Ménard justifie ce principe :

« Je pars des besoins de santé de la population, comment je peux aider une personne à régler son problème de santé, or à un moment donné je me rends compte que la prévention va jouer un rôle important. Prenons le dépistage du cancer, ici nous avons des spécificités de territoire, dans le 16^{ème} arrondissement la plupart des femmes ont leur gynécologue, il leur fait faire des examens gynéco, des frottis, mammographies, on n'a pas un gradient d'inégalité sur l'accès au dépistage dans les populations les plus aisées, ça a été démontré. Dans les quartiers populaires, c'est beaucoup plus complexe, car la prévention apparaît d'emblée comme un temps qui va se heurter à plusieurs problèmes le rapport à son propre corps, le rapport à la maladie tant qu'on a pas de douleur on est pas malade, le rapport au signifiant de la prévention : « si on me fait un frottis, on va voir si j'ai un cancer et si j'ai un cancer je vais mourir, moi je veux pas savoir je suis dans le dénis car j'ai mes enfants à m'occuper. » Donc il faut convaincre qu'il va être utile de faire un frottis va nécessiter un travail beaucoup plus important que de rappeler à une femme du 16^{ème} arrondissement de pas oublier son frottis et qui a déjà un rendez-vous avec son gynéco et à 90 euros la consultation il peut bien faire un frottis. Ici on n'est pas dans cette problématique-là, chaque problème qui empêche à la prévention doit être affronté en tant que tel, ici il ne suffit pas que le médecin le dise. »

Ils ont ensuite dû mettre une stratégie ensemble car le rapport au corps est un premier problème, mais le coût de la consultation en est un aussi :

« Il y a tout ce que je disais sur la difficulté, bon d'abord il a fallu négocier pour que ça ne coûte pas cher et que ça soit pris en charge pour envoyer le frottis et recevoir les résultats. »

Après avoir négocié et communiqué sur l'action, il y avait encore une bonne partie de la population qui n'allait pas se faire dépister. Ils ont donc décidé d'entamer une réflexion avec les médiatrices du centre en les associant au projet c'est ainsi qu'elles les ont mis en garde : *« elles nous ont dit « Oulala ce n'est pas si simple que ça ! ». »*

Faire un frotti, c'est faire un examen gynécologique et selon elles, à partir de là on va parler sexualité alors que chez la plupart des femmes de ce quartier c'est l'homme qui leur explique ce qu'il faut savoir sur ce sujet. Il faut donc avancer sans se précipiter et adapter avec précision l'action, ils ont eu donc l'idée d'intégrer le CHUC dans leur réflexion sur ce projet, le président du centre nous explique comment s'est déroulée la réflexion :

« Première réunion avec le CHUC sur cette question ça a complètement dévié, on est parti sur des questions de sexualité et la première discussion est : qu'est-ce qu'on fait aux femmes excisées ? Car si on fait des frottis on fait un examen, le médecin va mettre un spéculum et il va observer et s'il voit que la femme a été excisée : il en parle ou il n'en parle pas ? Il va vouloir en parler, d'autant plus que l'hôpital de Saint Denis ouvre une chirurgie réparatrice clitoridienne. Les médecins ici trouvent que c'est super, on va proposer à toutes les femmes excisées une réparation clitoridienne, car dans notre culture à nous c'est un tel traumatisme, une telle violence qu'on ne la supporte pas. Mais les médiatrices ont mis un frein car si on propose à toutes les femmes excisées d'avoir une réparation vous rentrez dans un champ difficile, car vous allez parler de leur sexualité et du plaisir sexuel, il faut y aller mollo. C'est notre troisième réunion où on travaille là-dessus. Du coup c'est une étape indispensable à franchir, et donc à vouloir faire du dépistage on fait un travail sur la sexualité. Et la violence faite aux femmes à émerger de ces échanges. On voit bien que dans un quartier comme le nôtre, la succession d'évènements qui se sont passés vont faire remonter à la surface un certain nombre de problèmes tabous et ce n'est pas facile de faire émerger tout ça. Les jeunes médecins qui participent à ça avec les médiatrices étaient effondrés en expliquant qu'en parlant de clitoris, 3/4 femmes ne savaient pas que ça existait. Elles n'ont pas eu de cours d'éducation sexuelle et les seuls qui leur en ont parlé sont les hommes. Et donc du coup on parle avec les femmes et les femmes nous disent qu'est-ce qu'on dit à nos filles, est ce

qu'en tant que parent on parle de sexualité à nos enfants, dans des cultures où c'est tabou où il a une profonde violence quelque part même du fait de ne pas en parler. Donc on parle la dessus on fait des conférences. »

Les médiatrices et les médecins à la suite de cette réflexion ont souhaité poursuivre en organisant des ateliers collectifs à thème. Ces ateliers réunissent des femmes du quartier, elles cuisinent ensemble avec les ingrédients qu'on leur a acheté. Ensuite un débat est organisé avec une personne invitée, la thématique actuelle est sur la violence faite aux femmes. Ils sont organisés deux à trois fois par mois.

La démarche communautaire qu'on rencontre dans cet exemple permet de démontrer deux choses. D'une part qu'il y a une réelle volonté des habitants de prendre leur santé en mains. D'autre part la faisabilité et la légitimité de projet est plus importante car il y a eu une réflexion commune et une décision prise en fonction de celle-ci.

Les actions fonctionnent notamment car les leviers exposés précédemment sont mis en œuvre dans ce centre de santé, on y retrouve le caractère social et le lien avec le territoire avec l'action des médiatrices et l'implication du CHUC. Il y aussi la coordination des professionnels qui renforce la cohésion de groupe autour de ce dépistage avec l'implication également des étudiants stagiaires. Et enfin l'obtention de la rémunération de groupe permet la réalisation de cette action.

3.2.2 L'élaboration d'un projet de santé pour un pôle de santé

En Bretagne, région pionnière du développement des MSP et PSP, nous avons rencontré une association qui souhaite s'organiser sous la forme d'un regroupement pluri-professionnel. Ils ont envie de créer un vrai projet autour de prévention sur un quartier prioritaire de la ville. Ce quartier est marqué notamment par une population jeune et précaire. Après avoir réalisé le diagnostic du territoire auprès de la population et des médecins avec l'aide de quatre thésards en médecine, l'association a débuté l'élaboration du projet de santé.

L'association de professionnels de santé se donne du temps pour élaborer son projet de santé. Pour cela ils se réunissent régulièrement afin de partir sur une base solide : *« Actuellement on a une salle de rencontre qui nous est mis à disposition par l'association*

des résidents du quartier qui nous permet de nous rencontrer chaque semaine pour l'élaboration du projet. »

Ils essayent de négocier avec les acteurs du territoire ou avec la ville pour qu'une fois organisé en pôle de santé ils aient toutes les clés en main pour lancer les actions. *« Les actions de prévention pour l'instant se faisaient dans les cabinets c'est intéressant, les collégiens allaient directement dans les lieux de soins. Là on est en discussion avec la ville pour qu'ils nous mettent à disposition des locaux, notamment sur l'espace social commun, pour nous mettre à disposition des cabinets de consultations pour l'ETP. »*

Ensuite ils doivent travailler sur le contenu, en ayant en tête les données obtenues lors du diagnostic de santé. Ils sont en train de mener une réflexion de groupe pour définir les orientations des actions de prévention qu'ils souhaitent prendre.

« Tout dépend ce qu'on met dans le projet de santé, nous à l'heure actuelle on est plus porté sur des actions de prévention que sur de la coordination. Nous sommes constitués en association avec six membres du bureau qui coordonnent les actions, il y a quatre groupes de travail chacun sur une thématique différente : la gynécologie (contraception), la pédiatrie, la santé mentale et la promotion de l'exercice physique. »

Cette association veut travailler en amont avec le territoire pour avoir une vraie visibilité et renforcer la faisabilité des actions futures. L'idée est donc de travailler avec les animateurs de quartier qui interviennent dans les collèges, lycées, et centres sociaux. Par exemple, elle voudrait donc coordonner les activités pour promouvoir l'activité physique.

Après avoir soulevé la problématique de la structuration en pôle, où les professionnels ne travaillent pas sous le même toit, un médecin de l'association m'explique la finalité du projet : *« Notre volonté sur le Pôle était de mettre un espace de prévention, La Ligue pourrait y intervenir. Un espace de prévention peut être un espace d'échanges, d'informations, et de prévention. On voudrait mettre ça dans un des espaces du pôle pour l'instant c'est compliqué mais dans le long terme il va y avoir un local qu'on veut transformer. Il y a aussi un local dans l'espace social commun, où la ville place différents services sociaux et à l'entrée il y a un espace pour mettre en place des actions de prévention. »*

La ville a une place importante, elle propose de nombreuses aides notamment sur le diagnostic de santé qui a été aussi réalisé par l'URPS médecin. La ville impulse aussi la dynamique de territoire en organisant des commissions santé dans un souhait d'organiser démocratie sanitaire participative. La ville peut être un partenaire financier, elle propose aussi d'appuyer les demandes auprès de l'ARS.

Cet exemple montre que l'implication doit se dérouler dès l'élaboration du projet de santé et que pour que ça fonctionne, il faut que le projet intègre le principe de santé globale. Le projet doit impliquer la population et les acteurs du territoire dans la réflexion, un responsable de la Femasif dit à ce sujet : *« Nous avons considéré dans notre projet que le médecin doit travailler avec les médiatrices et les assistantes sociales, mais aussi ils doivent travailler avec les populations pour conduire des projets avec d'autres acteurs sur le territoire et ne pas faire que de la consultation. Cette évolution est directement portée par les maisons de santé, je ne dis pas que toutes les maisons de santé fonctionnent comme ça, mais celles qui vont durer vont être confrontées à ce problème-là. »*

Le travail réalisé sur le projet de santé doit être long et précis car il permet de fédérer l'ensemble des professionnels mais aussi de se donner des orientations en se fixant des objectifs. Pour que ce projet se réalise les leviers ont également été actionnés tel que le travail sur le projet de santé, la création de lien avec les acteurs et les habitants du territoire et l'implication d'étudiant dans le diagnostic local de santé.

3.2.3 Les actions de prévention d'un comité de la Ligue dans un maison de santé professionnelle

Le Comité de la Ligue contre le cancer du Bas-Rhin a mis en place depuis plus de deux ans des actions de prévention au sein de la maison de santé de la Vallée de la Bruges. C'est à la demande d'un médecin de la maison de santé que la Ligue a commencé à intervenir dans ce regroupement. Un important travail en amont avait été réalisé entre le président du comité et un médecin de la maison de santé afin d'analyser la faisabilité du projet.

Les diverses actions menées sont relatives à la promotion du dépistage et la prévention des risques liés aux cancers.

Lors des mois de promotion du dépistage, la chargée de mission de la Ligue intervient dans les salles d'attente pour faire de la promotion du dépistage, elle a suivi les campagnes nationales pour réaliser cette action (octobre rose contre le cancer du sein, mars bleu contre le cancer colorectal, et juin vert (ancienne campagne de dépistage pour le cancer du col de l'utérus)).

Outre le dépistage elle propose des activités ou fait intervenir un professionnel de santé, chaque mois La Ligue organise une thématique différente.

Les autres thématiques sont le tabac, le soleil, l'alimentation et l'activité physique.

Ces actions de prévention sont réalisées sous forme individuelle et collective.

Sur le mois Tabac, elle fait intervenir une tabacologue qui fait des consultations sur un accompagnement au sevrage plusieurs fois dans le mois, mais elle organise aussi avec la tabacologue des groupes de parole.

Sur le mois Soleil, deux dermatologues font deux demi-journées de consultation. Il est nécessaire de souligner qu'il n'y a pas de dermatologue sur le territoire.

Pour le mois promotion de l'activité physique, trois activités sont proposées la gym douce, le qi gong, et de la marche nordique.

Et enfin pour le mois alimentation, une diététicienne intervient pour faire des consultations et des ateliers culinaires « Echangeons ensemble notre façon de cuisiner. » sont organisés avec l'aide de supermarché et dans un restaurant.

L'information sur ces actions est passée par trois manières, par un affichage dans la maison de santé à l'entrée, dans les salles d'attentes mais aussi sur un chevalet dans chaque salle de consultation. L'information est également passée par tous les partenaires tels que la communauté des communes de la Vallée de la Bruche. Enfin la chargée de prévention de La Ligue a monté un fichier informatisé d'adhérents aux actions où est répertorié toutes les personnes avec leurs coordonnées ainsi que selon leur facteur de risque ce qui permet de trier selon les besoins de chacun selon les actions proposées.

La Ligue intervient dans un premier temps en faisant une présentation de la thématique du mois avec les différentes actions. Pour les actions de promotion du dépistage la chargée de

mission s'installe avec des bénévoles à l'entrée de la MSP ainsi que dans les salles d'attente. Ce qui permet d'ouvrir un dialogue et d'installer une confiance avec les patients, l'association peut répondre à leur appréhension face au dépistage ou même à la maladie.

La Ligue essaye de faire sortir ses actions de la MSP et d'aller à la rencontre de patientèle d'autres professionnels de La Vallée. Elle a fait aussi des actions dans le supermarché MATCH de la Ville de Schirmeck où elle a pu faire également un atelier culinaire.

Ces actions sont cofinancées par la Mutuelle Sociale Agricole, le groupe REUNICA, le régime local, et l'ARS. La Ligue pour ses actions dans la MSP a également des partenaires co-financeurs : Association pour le Dépistage du Cancer Colorectal en Alsace (ADECA), ADEMAS (Association pour le Dépistage des Maladies du Sein, EVE association cancer du col de l'utérus, La Ligue Nationale contre le cancer, supermarché match, l'hôtel restaurant Velleda, les structures institutionnelles (Caisse Primaire d'Assurance Maladie Bas-Rhin, Caisse d'Assurance Retraite Santé Au Travail, Conseil Général, communauté de communes, et les professionnels de santé hors de la MSP et les professionnels de la MSP.

L'intervention de La Ligue dans cette MSP est très intéressante. En effet, la chargée de mission prévention a procédé par étape en commençant par la visibilité. Elle a tout d'abord énormément communiqué sur la Ligue et ses actions, et puis petit à petit sur les dépistages et les activités prévues. Avec les bénévoles elle va dans les salles d'attentes et discute avec les patients. Elle explique que souvent une fois sorti de la salle d'attente les gens continuent à discuter sur le cancer, le dépistage ou les activités. De plus, avec son fichier informatisé elle peut relancer plus facilement sur les activités futures et selon les besoins des personnes. Il faut souligner que le bassin de vie où est installé la MSP est marqué par une population vieillissante. Elle a donc ciblé ses actions en fonction de la population comme par exemple la marche nordique ou les ateliers culinaires.

Cet action a obtenu des résultats satisfaisants, par exemple pour les activités physiques où il se retrouvait à six auparavant toutes ces activités sont désormais complètes avec plus de 20 participants. Aussi certaines personnes se sont inscrites à des activités régulières qui avaient été initiées par la Ligue. Enfin un sentiment de bien-être a été aussi évoqué par les habitants qui disent apprécier faire des activités de groupe avec des personnes du même territoire, car des liens se créaient.

Malgré la grande implication de La Ligue dans la maison de santé, il est intéressant d'observer que les professionnels médecins du regroupement ne s'impliquent peu dans la prévention voire se désimpliquent voire reposent leur mission de prévention sur les épaules de La Ligue. Ils le justifient par un manque de temps et ils n'orientent pas vraiment les patients vers La Ligue car elle intervient dans les salles d'attente.

L'approche associative doit donc essayer de construire les actions avec les médecins, leur proposer sans imposer, et être présent sans s'ingérer dans leur travail.

De plus, ici l'aspect social et la création du lien avec les acteurs du territoire sont importants, ils permettent d'assoir les actions dans la durée. La coordination des professionnels de santé, absente lors de l'enquête, aurait pu permettre d'impliquer davantage de patients dans les actions et de créer une dynamique de groupe.

4 Discussion & Recommandations

Comme nous venons de le voir avec l'exemple de La Ligue du Bas Rhin des actions de prévention fonctionnent dans les maisons de santé.

Il est indispensable de s'assurer de l'existence des sept leviers étudiés avant de réaliser des actions de prévention et de promotion de la santé, sans quoi elles n'auront aucun des impacts escomptés.

Comme nous avons pu le souligner précédemment La Ligue a de nombreux intérêts à intervenir en prévention dans ces regroupements. Et elle est même parfois sollicitée par les collectivités territoriales comme pour le Comité de l'Ardèche où une communauté des communes lui a demandé d'intervenir dans une maison de santé. Cependant il est important de prendre en compte les sept leviers pour assurer une réelle pérennité et efficacité des actions.

A la suite de cette enquête, les recommandations que nous pouvons apporter aux chargés de mission prévention des comités départementaux de La Ligue contre le cancer sont les suivantes :

- La Ligue doit essayer de se rendre visible dès la formation des professionnels de santé et dès l'initiation du regroupement des professionnels. Cette visibilité peut passer par une présentation de La Ligue contre le cancer par ses missions et ses actions de prévention. Cette présentation peut se faire au sein d'un enseignement sur la prévention et le dépistage ou à travers un salon dédié au jeune professionnel de santé. Les outils de prévention de La Ligue (Clap santé (magazine de prévention pour les jeunes) ou encore le colon tour (Colon géant promouvant le dépistage du cancer colorectal) pourront être présentés.

Au sein de présentation il faudra veiller à ne pas prendre le rôle d'un professeur, se centrer sur le projet et ne pas faire un cours sur le cancer et les moyens de prévention.

- Il est indispensable de créer un lien avec les différents acteurs dès l'élaboration du projet de santé en s'assurant une visibilité dans le regroupement mais aussi sur le territoire. Les comités de La Ligue doivent s'inscrire pro-activement dans un territoire, actuellement la création des Contrats Locaux de Santé peut l'aider. Ils permettent d'organiser sur trois les actions de santé et de prévention sur le territoire. Les Comités de La Ligue ont tout intérêt à se positionner dès la signature de ce contrat avec la collectivité, les institutions de santé, et les autres partenaires. Si elle se positionne dès la mise en œuvre du CLS, elle pourra plus facilement proposer ces actions au cours de l'élaboration du projet de santé.

S'il n'y a pas de CLS, elle devra aller à la rencontre des divers professionnels du regroupement afin de leur proposer de réaliser en collaboration des actions de prévention.

L'action proposée doit être négociée pour qu'elle soit plus acceptée par l'équipe pluri-professionnelle et qu'elle soit donc plus légitime lors de sa mise en œuvre. Il est nécessaire alors de rappeler que les actions de prévention de La Ligue sur les addictions, la nutrition et l'activités physiques font partie des quatre facteurs sacrés « The Holy Four » avec les maladies sexuellement transmissibles qui sont des facteurs de risques à de nombreuses maladies. Donc La Ligue en prévenant le cancer aide à la prévention d'autres maladies telles que les maladies respiratoires, cardiovasculaires ou encore le diabète...

- Les comités départementaux doivent s'impliquer dans les actions du territoire (Association d'habitants). Ils doivent réfléchir à la possibilité de proposer des

actions en partenariat avec d'autres acteurs. Néanmoins lors de la mise en œuvre La Ligue doit veiller à préserver une bonne visibilité lors de la mise en œuvre des actions.

- Il faut s'assurer également que la coordination au sein du regroupement soit pérenne et pluri-professionnelle pour que les actions soient soutenues par l'équipe. Il est possible d'organiser des réunions avec l'équipe de professionnels de santé ou de travailler en collaboration sur certaines actions avec eux. Il est très important de veiller à ne pas empiéter sur leur travail et de ne pas leur imposer des tâches supplémentaires. En effet, les professionnels ont un emploi du temps très chargé et s'occupent de personnes dans un état de vulnérabilité il faut réaliser un exercice difficile qui consiste à se maintenir à l'écart pour ne pas gêner dans le travail des autres tout en se montrant visible pour réaliser les actions de prévention et de promotion du dépistage.

Il est nécessaires de souligner que la relation entre les associations de malades et les médecins généralistes est parfois complexes car les médecins rencontrent une large diversité de maladie et donc ne peuvent pas connaître toutes les associations comme un spécialiste peut le faire avec sa spécialité. La Ligue doit donc être visible sans trop s'insérer dans le travail des généralistes. En effet, l'essentiel n'est cependant pas la connaissance spontanée des associations mais bien la capacité à pouvoir le moment venu avoir accès à une information fiable (FX SCHWEYER et al..., 2006).

- Il est nécessaire de s'assurer que les actions sont adaptées à la population, à ses besoins et à leurs demandes, et qu'elles aient dans leur déclinaison pris en compte le caractère social, capital pour la pérennité de l'action. La Ligue peut participer au diagnostic local de santé, si elle ne l'a pas fait elle doit le prendre en compte en amont de l'élaboration de ses actions, les caractéristiques sociaux-culturelles doivent également être intégrées. Il est nécessaire de prendre en compte la dimension sociale de l'action qui lui apportera une réelle efficacité et également un vrai retour pour ceux qui l'ont mis en place.
- Les Comités de La Ligue qui souhaitent réaliser des actions au sein de regroupements doivent s'intéresser aux systèmes d'information. En effet, les

applications d'alertes dépistages et vaccins que comporte ce système pourrait être un réel outil de promotion de dépistage ciblé. Le système d'information pouvant également obtenir des données sur la santé du territoire, il serait intéressant dans bénéficier pour réaliser des actions en adéquation avec les problématiques relatives au cancer sur le territoire. Il est très important de veiller à respecter le secret médical.

Les Comités de La Ligue doivent réaliser des actions pertinentes épidémiologiquement, socialement et culturellement au regard de la population à laquelle elle s'adresse. Il est intéressant pour les chargés de missions prévention d'intervenir dès le début du projet afin d'y avoir une place et peut être aussi de pouvoir bénéficier d'une petite part des ENMR. Le chargé de mission de La Ligue doit s'intéresser aux professionnels les plus pro-actifs en prévention en particulier les infirmières ASALEE si il y en a une dans le regroupement. De plus, les chargés de mission doivent intégrer les bénévoles dans leur action de prévention, elle doit les former à aller à la rencontre des gens pour leur parler de dépistage ou des actions de La Ligue. Une formation des bénévoles est nécessaire car le public de la salle d'attente est un public vulnérable auprès duquel il faut intervenir avec discrétion et sensibilité.

Enfin le chargé de mission de La Ligue doit réaliser une évaluation par l'intermédiaire d'un questionnaire de satisfaction afin de développer et d'adapter les actions et d'avoir un retour sur leur efficacité (nombre d'inscrits à des salles de sport après une action sur l'activité physique, par exemple).

Conclusion

Afin de conclure cette enquête il semble intéressant rappeler l'expérience de l'organisation des regroupements pluri-professionnels et la place de la prévention au sein de ces derniers dans un autre pays. Nous présenterons donc la création et l'organisation des coopératives de santé au Québec, dans lesquelles nous retrouvons deux aspects importants de notre étude.

D'une part l'approche communautaire que nous avons pu longuement étudier avec l'exemple du pôle de santé de La Place Saint Denis qui est au cœur de son fonctionnement, ou encore avec le futur pôle de santé de Rennes où l'association des habitants joue un rôle important dans la définition du projet de santé. En effet, les regroupements ont vocation

dans une logique de parcours du patient de placer celui-ci comme acteur dans la prise en charge de sa maladie ce que l'on appelle : l'empowerment.

D'autre part le second aspect est celui du développement local. En effet, les regroupements sont, comme nous l'avons précédemment évoqué, un levier à la réduction des inégalités d'accès aux soins de premiers recours. C'est pourquoi de nombreuses aides institutionnelles à constituer des regroupements pluri-professionnels existent. Ainsi il a pu parfois être constaté que les regroupements de professionnels libéraux étaient empreints d'approches relevant d'habitudes de professionnels ou d'affiliation à des logiques administratives ou d'effet d'aubaine.

C'est pourquoi il semble important d'identifier clairement la motivation des professionnels pour que les regroupements soit dans une dynamique proactive et unie. De plus, il est nécessaire d'impliquer les décideurs afin s'obtenir une analyse des besoins de la prévention et de décider en collaboration les actions à adopter. Pour sortir de ces habitudes centrées soit sur les réponses par les services ou par une logique administrative et garantir un rapprochement entre les besoins et les demandes de services. Nous allons donc vous proposer l'étude des coopératives de santé pour illustrer cette comparaison.

Le Québec a, depuis quelques années, engagé ces modifications mais ce n'est ni les médecins ni les politiques qui ont priorisé ces modifications mais les citoyens eux-mêmes. En effet, au Québec, le système rencontre un important problème sur les déserts médicaux, il est vrai que dans cette vaste province du Canada les professionnels de santé ne couvrent pas uniformément le territoire. Les habitants, las de devoir faire des kilomètres pour trouver un médecin, se sont ainsi regroupés afin de créer une coopérative de santé. Une coopérative est définie par le ministère de l'économie du Québec comme une personne morale regroupant des personnes ou des sociétés qui ont des besoins économiques, sociaux ou culturels communs et qui, en vue de les satisfaire, s'associent pour exploiter une entreprise conformément aux règles d'action coopérative. Les coopératives sont un bel exemple de la volonté des citoyens de s'engager dans la communauté. Le Québec compte 3 300 entreprises coopératives, et 8,8 millions de membres dans les coopératives¹⁶. Nous retrouvons ces coopératives dans les secteurs de la finance, de l'alimentation, de l'habitation ou encore dans les milieux scolaires.

La première coopérative de santé a été construite dans les années 1990 à Saint Etienne des

¹⁶ Site internet du conseil québécois de la communauté et de mutualité :

<http://www.coopquebec.coop/fr/statistiques.aspx>

Elsa RICARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique –

Grès par le leadership de la caisse Desjardins locale. La ville venait de voir partir son dernier médecin et se trouvait sans ressource médicale. Les citoyens se sont alors mobilisés afin de bénéficier d'un service de santé à proximité. La formule de coopérative de solidarité a très vite fonctionné, car il n'y a pas la recherche d'une rentabilité mais de satisfaction de la population. Cette coopérative et celles qui s'en sont suivies montrent à quel point l'individu peut prendre part dans les décisions de santé qui les concernent et l'organiser selon ses besoins. La ville de Saint Etienne des Grès compte aujourd'hui 11 médecins et le Québec compte environ 40 coopératives de santé.

Dans le contexte actuel québécois la participation citoyenne dans ce système de santé se fait donc à travers les coopératives de solidarité de santé. Ces coopératives permettent à l'individu de prendre des décisions au sein d'un groupe afin de satisfaire leur besoin commun, elles peuvent s'identifier à une participation authentique. Elles sont définies ainsi par le ministère de l'économie du Québec : Une coopérative est une personne morale regroupant des personnes ou des sociétés qui ont des besoins économiques, sociaux ou culturels communs et qui, en vue de les satisfaire, s'associent pour exploiter une entreprise conformément aux règles d'action coopérative. Ces formes de participation citoyenne au sein d'un collectif d'individus démontrent que la volonté de s'impliquer dans la communauté est réelle. Il est également possible de constater que ces coopératives ont un impact positif car elle assure la satisfaction des besoins des citoyens.

Il s'agit d'un processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leur vie et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de de changement de leur environnement social et politique. Au Québec de plus en plus de coopératives de santé vont plus loin dans cette démarche en intégrant une méthode japonaise Hans Kai qui consiste à créer, sur une base volontaire, des groupes comportant de 5 à 20 personnes résidant à proximité les unes des autres qui vont s'engager pour une période d'environ trois ans à se rencontrer tous les mois pour un petit examen médical collectif. Pression artérielle, taux de cholestérol dans le sang, taux de glycémie seront mesurés afin de prévenir les problèmes de santé. (Ross, 2009) Cette méthode permet de mener des actions de dépistage et de prévention où les participants apprennent ainsi à mesurer leurs indicateurs de santé tel que prendre sa tension, rencontrent divers professionnels de la santé qui leur offrent des conseils et des outils pratiques pour mieux manger, bouger plus, gérer son stress, etc. L'objectif est de se responsabiliser par rapport à sa propre santé.

L'empowerment et le développement local sont donc au cœur de ce nouveau type de regroupement, la prise en charge de la santé en premier recours est dans un processus de changement où les associations telle que La Ligue ont toute leur place pour offrir les outils et l'aide nécessaire pour développer la prévention et la promotion de la santé.

Bibliographie

Ouvrages collectifs :

C. RUMEAU-PICHON, F. MIDY, *Coopération entre professionnel de santé, Guide méthodologique*, Tome 1, Conditions de succès et retour sur les expérimentations de 2004 à 2007, HAS, juillet 2010.

M. AULAGNIER, Y.VIDEAU, J-B.COMBES, R.SEGBAH, A-PARAPONARIS, P.VERGER, B.VENTELOU, *Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en PACA, Pratiques et organisation des soins*, volume 38 n°4, oct-dec 2007.

M.P. COLIN, D. ACKER, *Les centres de santé : une histoire, un avenir*, SFSP, Santé Publique, vol.21, p.57-65, 2009.

L.MORIN, C.FOURY, P.BRIOT, A.PERROCHEAU, J.PASCAL, *Modalités d'application du « disease management » concernant l'organisation et la rémunération des professionnels aux USA, en Allemagne et en Angleterre : perspectives pour la France*, SFSP, santé publique, p.581-592.

Monographies :

CODELFY, COM-RUELLE, LUCAS, GABREDELI, MARCOUX, *Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2007*, IRDES, 2007.

B.GARROS, *Maison de santé, chaînon manquant de l'organisation ambulatoire ?* SFSP, Santé publique, vol.21, p.7 -16, 2009.

D.DEPINOY, *Maison de santé, une urgence citoyenne*, édition de la santé, balises, 2011.

D.NUTBEAM, *glossaire de la promotion de la santé*, OMS, 1998

E. HUBERT, *Mission de concertation sur le médecin de proximité*, La ligue contre le cancer, nov 2010.

E.RUSCH, *Glossaire des termes de santé publique international*, adsp, n°43, 2003.

F. SIMON, *Maison de santé pluri professionnelles et déontologie médicale, Ordre national des médecins, conseil national de l'ordre*, déc 2008.

G. IMBERT, *L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie*, Recherche en soins infirmiers, p.23-34

M. MORIN, *Parcours de santé*, Armand Colin, Paris, 2004

M.SERIN, *Maison de santé et service à la population : pour une autre organisation de notre système de santé ?* SFSP, Santé publique, vol 21, p.67-71, 2009.

SARAFINO, *Health Psychologie. Biopsychosocial Interactions*. New York, John Wiley, 3^e ed, 1998.

Rapports :

D.ACKER, *Rapport sur les centres de santé*, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, Directions de l'hospitalisation et des soins, juin 2007.

FNOR, *Guide à destination des opérateurs d'un diagnostic local de santé*, mai 2012.

F.BEAUDIER, M.C. CLEMENT, *Recommandations : concevoir et faire vivre une maison de santé*, SFSP, Santé publique, Vol.21, p.103-108, 2009.

HAS, *Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopérations entre les professionnels de santé ?* Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDES, avril 2008.

Recommandations : concevoir et faire vivre une maison de santé, séminaire national maison de santé Besançon.

Primary care: American's Health in a New Era, Institut of Medecine of the National Academies, Janvier 1996.

Le CISS, « Parcours du patient », « parcours de soins », « parcours de santé », « parcours de vie » ?, Février 2014.

Le CISS, *Médecine et soins de proximité*, 2010.

JC. ETIENNE, C. CORNE, *Les enjeux de la prévention en matière de santé, Les avis du conseil économique, social et environnemental*, les éditions journaux officiels, 2012

C.GENISSON, A.MILON, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la coopération entre professionnel de santé*, sénat session ordinaire 2013-2014, n°318.

P.GEORGES, C.WAQUET, J. PART, *Les centres de santé : Situation économique et place et place dans l'offre de soins de demain*, Inspection générale des affaires sociales, juillet 2013.

Articles de presse :

A.DAoust-BOISVERT, *Inégalité en santé : « Les fruits ça coûte plus cher que les macarons »*, Le devoir, 2012

N.ROSS, *Santé communautaire, le Hans Kai fait son entrée au Québec*, Ma Presse, 2009.

Littérature scientifique

E.CADOT, J.MARTON, P.CHAUVIN, *Inégalité sociale et territoriale de santé : l'exemple de l'obésité dans la Cohorte SIRS, agglomération parisienne, 2005*, INSERM, URMS 707, équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, UPMC, Université de Paris 6.

G.CHEVILLARD, J.MOUSQUES, V.LUCAS-GABRIELLI, Y.BOURGUEIL, S.RICAN, *Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux : Deuxième volet de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR)*, Questions d'économie de la santé, IRDES, n°190, Sept 2013.

G.LEVASEUR, FX.SCHWEYER, C.DUPONT, *Le partenariat entre les associations d'usagers et les médecins généralistes*, Santé Publique, Vol 18, 2006.

G. POUTOUT, P. AUGES, MH. CABE, JL.PEPIN, D.BOGARD, M.LECARPENTIER, *Réalisation d'une étude sur l'évaluation qualitative des expérimentations de coopération entre professionnels de santé*, HAS, février 2008.

J.MOUSQUES, Y.BOURGUEIL, F.DANIEL, A.AFRITE, *L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins : Objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération*, Questions d'économie de la santé, IRDES, n°189, juillet-août 2013.

L.HENART, Y.BERLAND, D.CADET, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, Ministère du travail, de l'emploi, et de la santé, janvier 2011.

S.MASSIN, A.PARAPONARIS, M.BERNHARD, P.VERGER, M.CAVILLON, F.MIKOL, B.VENTELOU, *Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers*, études et résultats, DRESS, ORS, URPS médecin libéraux, février 2014, n°873.

Y. BOURGUEIL, A. MAREK, J. MOUSQUES, *Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France*, Questions d'économie de la santé, IRDES, n°127, nov. 2007.

Y. BOURGUEIL, A. MAREK, J. MOUSQUES, *Trois types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle Zélande*, Questions d'économie de la santé, IRDES, n°141, avril 2009.

Littérature grise :

A. APERT, *Rapport de stage : Stage au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire, maison de santé Michelet*, Master 1 Santé Publique Université de Rennes 1 et EHESP, 2012.

Sites internet :

Site internet de la Fédération Française des Maisons et des Pôles de Santé :

<http://www.ffmps.fr/>

Site internet de la Fédération Nationale des Centres de Santé :

<http://www.fncs.org/>

Site internet medcost sur l'expérience du panier de soins en Oregon :

http://www.medcost.fr/html/economie_sante_eco/eco_260800b.htm

Textes juridiques et réglementaires :

Article L.6323-1 du Code de la Santé Publique relatif aux centres de santé

Article L.6323-3 du Code de Santé Publique relatifs aux maisons de santé pluri professionnelles

Article L.6323-4 CSP relatif aux pôles de santé

Circulaire n°SG/2012/145 du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional

Circulaire NOR N°EATV1018866C du 27 juillet 2010 relative au lancement d'un plan d'équipement en maison de santé en milieu rural

Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, OMS, 12 septembre 1978

Elsa RICARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique –

Sciences Po Rennes – 2013-2014

Instruction ministérielle N°DSS/2013/429 du 31 décembre 2013 relative aux modalités d'inclusions dans les expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) en 2014

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 (ENMR)

LOI n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 (Prolongement ENMR)

Stratégie Nationale de Santé, Madame la Ministre Marisol Touraine du 23 septembre 2013

Liste des annexes

Annexe 1 : La Ville, la Vie, la Mort dans Paris et ses banlieues au long du RER B, E.Vigneron,

Annexe 2 : les dépenses courantes de santé en 2012, INSEE,

Annexe 3 : La grille d'entretien de l'étude

Annexe 4 : Les entretiens pour l'étude

Annexe 5 : Le schéma d'analyse

Annexe 1 : La Ville, la Vie, la Mort dans Paris et ses banlieues au long du RER

B, E. Vigneron,

La Ville, la Vie, la Mort dans Paris et ses banlieues au long du RER B

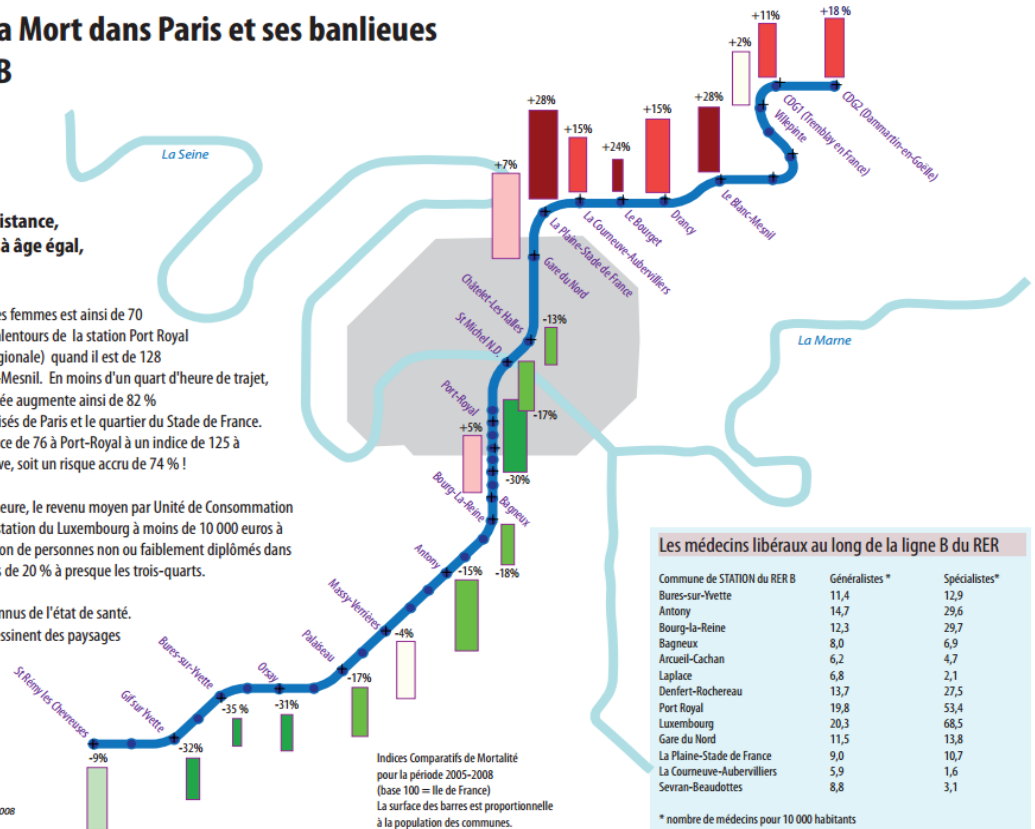
A quelques kilomètres de distance, le risque moyen de mourir, à âge égal, varie du simple au double.

L'indice Comparatif de mortalité des femmes est ainsi de 70 dans le VIème arrondissement aux alentours de la station Port Royal (-30 % par rapport à la moyenne régionale) quand il est de 128 à La Plaine Saint-Denis ou au Blanc-Mesnil. En moins d'un quart d'heure de trajet, le risque de mourir une année donnée augmente ainsi de 82 % entre les arrondissements les plus aisés de Paris et le quartier du Stade de France. Pour les hommes on passe d'un indice de 76 à Port-Royal à un indice de 125 à Saint-Denis et de 132 à La Courneuve, soit un risque accru de 74 % !

Dans le même temps d'un quart d'heure, le revenu moyen par Unité de Consommation passe de 37 000 euros autour de la station du Luxembourg à moins de 10 000 euros à La Courneuve tandis que la proportion de personnes non ou faiblement diplômés dans la population adulte passe de moins de 20 % à presque les trois-quarts.

Or, ce sont là des déterminants reconnus de l'état de santé. Par leur concentration même, ils dessinent des paysages socio-sanitaires tranchés que l'on ne soupçonne guère tandis que le RER B parcourt les 70 km de sa ligne.

© E.Vigneron/NFT 2010
Source des données : INSEEM SCB et INSEE-RP 2008
Calculs et mise en forme : NFT 2010



Annexe 2 : les dépenses courantes de santé en 2012, INSEE,

■ Dépense courante de santé en 2012

Dépense courante de santé en 2012

en milliards d'euros courants

	2011 (r)	2012	2012/2011 (en %)
Dépenses pour les malades	210,1	214,7	2,2
Consommation de soins et de biens médicaux	179,6	183,6	2,2
Soins aux particuliers	132,8	136,5	2,8
Soins hospitaliers	83,1	85,1	2,4
Secteur public	63,4	64,9	2,4
Secteur privé	19,7	20,2	2,6
Soins de ville	45,8	47,3	3,2
Transports de malades	3,9	4,1	5,3
Médicaments	34,6	34,3	-0,9
Autres biens médicaux	12,2	12,8	5,1
Soins de longue durée	17,9	18,5	3,6
Services de soins et d'aide à domicile (SSAD)	1,4	1,5	5,1
Soins aux personnes âgées en établissements	8,0	8,3	4,4
Soins aux personnes handicapées en établissements	8,5	8,8	2,6
Indemnités journalières	12,6	12,5	-0,8
Dépenses de prévention	5,8	5,8	0,1
Prévention individuelle	3,4	3,4	-0,2
Prévention collective	2,4	2,4	0,4
Dépenses en faveur du système de soins	11,9	12,0	1,2
Subvention au système de soins (1)	2,6	2,7	3,8
Recherche	7,5	7,5	0,2
Formation	1,9	1,9	1,6
Coût de gestion du système de santé	14,1	14,4	2,1
Double compte (2)	-3,9	-3,9	-0,7
Dépense courante de santé	238,0	243,0	2,1
en % du PIB	11,9	12,0	///

r : données révisées.

/// : absence de donnée due à la nature des choses.

(1) : prise en charge partielle des cotisations des professionnels de santé.

(2) : recherche pharmaceutique comprise dans les médicaments.

Champ : France.

Source : Drees, comptes de la santé - base 2005.

Annexe 3 : La grille d'entretien de l'étude

Guide d'entretien

Dans quelles conditions la promotion de la santé se met en œuvre dans les structures de soins coordonnées de premier recours ?

→ Quelle est la place de la promotion de la santé dans la territorialisation de la médecine de premier recours ?

→ Comment les programmes collectifs (associatifs) de prévention sont-ils ou peuvent-ils être intégrés dans l'organisation de ces structures ?

Thème 1 : Généralité sur la structure

- Comment s'est mis en place la MSP/le CS/ le PSP ? Qui a été à l'initiative de cette structure ?
- Quels sont les caractéristiques de ce territoire ?
- Quel sont les professions présents dans la structure ?
- Comment s'organise la coordination entre les professionnels de santé ? (Réunions)
- Quels sont les avantages d'une telle structure en prévention ?

Thème 2 : La place de la prévention dans la mise en œuvre de la structure

Sous thème 1 : Généralité sur la prévention

- **Qu'est-ce que la promotion de santé pour vous ? Quels actes recouvrent cette notion ?**

Sous thème 2 : La prévention dans l'élaboration du projet de santé

- **Dans quelle mesure la prévention s'inscrit dans l'élaboration d'un projet de santé en amont de la construction d'une structure de soins coordonnés ?**
 - Comment prenez-vous ou avez-vous pris en compte la prévention lors de la réalisation du diagnostic local de santé ?
 - Avez-vous ou avez-vous été accompagnés par l'ARS ou l'URPS (ou autres organisations) lors de l'élaboration du projet de santé pour la prise en compte de la prévention ?
 - Selon vous quelle est la place de la prévention dans le projet de santé ? Faut-il l'adapter aux besoins du territoire ou suivre les programmes nationaux de prévention ?
 - Après avoir réalisé le diagnostic de territoire (identifiant la prévalence des maladies sur le territoire), la structure doit se tourner vers des associations relatives aux maladies dont la prévalence est la plus élevée ?

Sous thème 3 : La mise en œuvre de la prévention lors de la création de la structure

1. Dans quelles conditions s'opère la mise en œuvre de la prévention dans les structures ?

- Quelles sont les actions en promotion de la santé réalisées dans la structure ?

Est-ce des actions individuelles ou collectives ?

Qui a défini les actions ? Est-ce le référent ? L'équipe de la structure ? Ou est-ce à l'issue d'une concertation avec les usagers ?

Comment sont-elles organisées ? Est-ce des actions de prévention primaire et secondaire ou plutôt des actions tertiaires ?

- Qui fait des actions de prévention dans la structure ?

Est-ce une mobilisation de tous les acteurs ou est-ce un professionnel référent qui organise des actions de prévention ? Si c'est un référent qui est-ce ? Pourquoi est-ce lui ?

- Est-ce en partenariat avec des associations ?

Si oui, lesquelles ? Et quelles sont les actions réalisées ? Si non pourquoi ?

Comment les patients sont-ils référés aux partenaires ?

- Quel public vise ces actions ?

Pensez-vous mener des actions de santé communautaire ? Pensez-vous que les usagers devraient être plus sollicités pour définir les besoins en prévention à prendre en compte ?

- Quelle place laissez-vous aux actions dans votre structure ? Avez-vous une salle pour réaliser des actions ou un lieu dédié à celles-ci ?

- Organisez-vous des actions en lien avec les politiques de prévention nationale ? Ex : Octobre rose, Journée sans tabac.

- Quels sont vos liens avec les structures sociales (point jeunesse ? CCAS ? PMI ?...)

- Avez-vous des programmes d'Education Thérapeutique du Patient ? Comment s'organisent-ils ? (Durée, nombre de participants, qui sont les intervenants ?)

- Pensez-vous que des formations supplémentaires sont nécessaires pour réaliser des actions de prévention ?

- Pensez-vous que le Dossier Médical Personnel partagé par tous les professionnels de la structure permet de développer la promotion de la santé (prévention/ETP/dépistage) ?

Thème 3 : Le financement du temps dédié à la prévention dans les structures de soins coordonnés de premier recours

- Les rémunérations sont-elles suffisantes pour les actes ou les actions de préventions ? Si non, à combien estimez-vous le montant nécessaire ?
- Quelles sont les actions de promotion de la santé pour lesquelles vous souhaiteriez du financement ?

Le financement par les ENMR et le dispositif Asalée

1. Dans quelle mesure s'organise le financement des actions de prévention par les nouveaux modes de rémunération ?
 - Selon vous, qu'ont apporté les ENMR à l'égard des actions de prévention?
 - L'expérimentation a été renouvelée est-ce une bonne chose ? Aurait-t-il fallu la généraliser ?
 - Comment s'organise l'attribution de ce financement ? Quelles actions de promotion de la santé financent les NMR dans la structure ?
 - Que pensez-vous du dispositif ASALEE ?
 - Bénéficiez-vous d'une IDE Asalée ? Si oui, quels sont les changements apportés ? Si non, souhaitez-vous bénéficier de ce dispositif ? Que pensez-vous qu'il puisse apporter à la mise œuvre de la prévention dans votre structure? Quelles sont les actions réalisées par l'IDE Asalée ? Ces actions sont-elles en coordination avec d'autres professionnels ?

Thème 5 : Les enjeux d'avenir sur l'organisation de la prévention au sein des structures de soins coordonnés de 1^{er} recours

- Quelles sont vos attentes sur la problématique de la prévention dans les structures de premier recours ?
- Que pensez-vous du transfert de compétences peut-il être un levier pour la prévention dans l'offre de soins de 1^{er} recours ?

Annexe 4 : Les entretiens pour l'étude

Alsace :

- Une chargée de mission prévention des comités départementaux du Bas Rhin de La Ligue.
- Des médecins généralistes de la Maison de santé du Bergopré à Schirmeck.
- Une infirmière et un médecin de la maison de santé du Neuhof à Strasbourg
- Docteur Schlegel, Président de l'URPS médecin d'Alsace
- Rencontre avec des patients de la maison de santé des Bergopré

Bretagne :

- Chargée de mission à la santé publique dans une mairie de Bretagne
- Un médecin généraliste à l'initiative d'un projet de pôle de santé en Bretagne
- Une chargée de mission de l'URPS médecin Bretagne
- Chargée de mission au pôle de l'offre de soins de premier recours et de la gestion du risque à l'ARS Bretagne
- Une infirmière ASALEE dans le pôle de santé de Maurepas à Rennes.
- Une chargée de mission prévention de La Ligue d'Ille et Vilaine contre le cancer.

Ile de France :

- Docteur Traynard, médecin généraliste dans la maison de santé de la Grange aux Belles à Paris.
- Un médecin généraliste à la maison de santé Val de France à Villiers le Bel.
- Le Docteur Ménard, généraliste dans un pôle de santé d'Ile de France, président du Fédération française des maisons et pôle de santé d'Ile de France
- Directrice de l'URPS infirmier d'Ile de France
- Coordinatrice d'un atelier Ville Santé de la Ville d'Aubervilliers
- Un chargé de mission de l'URPS médecin Ile de France
- Une coordinatrice de pôle de santé et de la Fédération Française des maisons de santé en Ile de France
- Une responsable des regroupements de professionnels de santé ARS Ile de France
- Deux responsables administratives de centres de santé municipaux à St Ouen et à Aubervilliers
- Une infirmière coordinatrice du centre de santé municipal d'Aubervilliers.

Niveau national :

- Pierre de Hass, le président de la Fédération Française des maisons et pôle de santé

Annexe 5 : Le schéma d'analyse

Comment se met en place et s'organise la prévention dans les structures de soins coordonnés ?



« Volonté de passer d'une médecine de l'organe à une médecine de la personne avec une vision populationnelle. » Didier Ménard

Elsa RICARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique –

Sciences Po Rennes – 2013-2014

Coordination :

Recommandations pour prévention	Actions coordonnées	Problématique
<ul style="list-style-type: none"> ○ Coordination → pérenne, pluridisciplinaire, échanges / projet commun réfléchis pluri disciplinairement ○ Participation au rencontre de la FFMPS voire celle spécialisée pour les MSP/PSP en ZUS 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Réunions régulières autour de cas médicaux, protocoles ou sur la réalisation de projets. Réunions informelles. ○ Coordination autour d'un projet (ETP, journée prévention) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Toujours assez professions centré ○ Embauche d'un coordinateur → pb car non pérennité des financements ○ Question sur le poste de coordinateur : -Fait le lien avec les acteurs du territoire -gestion interne de la MSP -Coordinateur médical sur un projet ou qui fait du lien avec les autres acteurs

Territoire :

Recommandations pour la prévention	Actions territoire	Problématique
<ul style="list-style-type: none"> ○ Travailler avec les acteurs du territoire ○ Impliquer les usagers (habitants relais et médiateurs) ○ Cibler la prévention → selon les caractéristiques de la population du territoire ○ Impliquer les citoyens dans le diagnostic de territoire 	<ul style="list-style-type: none"> ○ CUCH à Saint Denis commission des usagers qui décide des actions du PSP ○ Médiateurs (Villejean, St Denis, Aubervilliers) ○ Villejean implication de tous les acteurs du territoire pour le projet de santé ○ Villejean et St Denis implique les citoyens dans la conception du diagnostic de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Différentes représentations de l'autre sur le territoire ○ Pb d'embauche d'un coordinateur du territoire

ENMR :

Recommandations pour prévention	Actions réalisées avec les ENMR	Problématique
Besoin de généralisation → projet LT, recrutement d'un coordinateur, pérennisation des infirmières ASALEE	<ul style="list-style-type: none"> ○ ETP (diabète principalement) ○ ASALEE (Rémunéré par le module 2) ○ Organiser des projets sur le long terme (spiromètre Neuhof) ○ Poste de coordinateur 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Négociation prolongée ○ Voir le nouveau calcul ○ Suivi de l'utilisation des fonds ○ Suivi de l'atteinte des objectifs

Système d'information :

Recommandation pour prévention	Actions SI	Problématique
<ul style="list-style-type: none"> ○ Lien entre les professionnels ○ Alertes prévention ○ Offre des données sur la santé sur le territoire (prévention ciblée) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Alertes dépistages et vaccinations (Pierre de Hass) ○ Lien entre infirmière Asalée et Médecin sur le suivi des patients. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Professionnel non satisfait : difficile à utiliser, préfère la messagerie sécurisée, manque de sécurité ○ Voir le droit des patients et secret médical ○ Souvent partagé seulement avec des médecins

Formation :

Recommandation pour prévention	Actions formations	Problématique
<ul style="list-style-type: none"> ○ Formation initiale : stage en ambulatoire dans les MSP + formation prévention durant le cursus ○ Formation continue : ASALEE, ETP 	Saint Denis projet de santé publique pour tous les médecins + tous les stagiaires	<ul style="list-style-type: none"> ○ Financement de la formation ○ Temps de réalisation de la formation

Prévention :

	Centres de santé	MSP/PSP
<p>Actions de prévention mis en place</p>	<p>ST OUEN :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prévention buccodentaire ○ Dépistage et prévention obésité infantile ○ Prévention drogue ○ Prévention IST ○ Dépistages des cancers cutanés ○ ETP Diabéto ○ Conseillère conjugale dans les PMI ○ Participe à la journée du dépistage des mélanomes ○ Dépistages audition (acouphène) ○ Campagne prévention solaire <p>AUBERVILLIERS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Deux demi-journées par semaine dépistage cancer du sein ○ Planning prévention dans les collègues ○ Centre addictologie ○ Séances publiques de vaccinations une après-midi par semaine + interprète franco-chinois ○ Atelier souffle & asthme ○ Semaine européenne de la vaccination ○ Actions buccodentaire dans les écoles ○ Consultation victimologie ○ Centre de dépistage de la drépanocytose ○ Dépistage auditif ○ Dépistage VIH une après-midi par semaine ○ ETP diabéto 	<p>NEUHOF :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Travailleur social + psychologue → problème d'addiction – aide admi ○ Pathologie du sommeil → dépistage apnée du sommeil (évite l'hospitalisation) ○ ETP Diabète ○ Habitants relais ○ Journée de l'audition → audioprothésiste ○ Renvoi vers activité physique (Strasbourg ordonnance du sport) ○ Dépistage VIH coordination avec Corevih <p>FRANC MOISIN :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Promotion dépistage col de l'utérus ○ Projet de santé publique pour les stagiaires ○ 5h du temps de travail médecins prévention et projet santé publique ○ Travail sur la compréhension des pictogrammes sur les boites de médicament travail avec le pharmacien ○ Travail avec les médiatrices sur les actions de prévention ○ Atelier collectif « Bien être ensemble » asso achète les ingrédients, on prépare le repas puis débat sur une thématique (actuellement prévention sur les violences faites aux femmes) ○ Animation de la salle d'attente tous les lundis aprem sur une thématique différente ○ ETP Diabéto <p>Pierre de HASS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Campagne d'affichage ○ Campagne vaccination → accès sur le territoire EHPAD <p>GRANGES AUX BELLES</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dépistage diabéto <p>MAUREPAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Embauche infirmière ASALEE → Voir différente action diabète, BPCO, trouble cognitif de l'âge. Avantage prend le temps de parler au patient vision globale du patient. <p>SCHIRMECK : Aucune prévention hors Ligue</p> <p>VILLIER LE BEL : ETP diabéto (bon recrutement), info papier</p>

<p>Les projets d'actions de prévention</p>	<p>Mis en place médiateur entre le CDS et les quartiers populaires sur les drogues – ST OUEN</p>	<p>Projet dépistage BPCO avec achat de spiromètre – NEUHOF</p> <p>VILLEJEAN : Volonté de travail sur 4 thématiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gynéco : accès au test de grossesse ○ Adolescence : IST MST ○ Santé mentale : disparition du CMP, travail sur le suivi des troubles psychiques non pris en charge retour d'une infirmière du CMP ○ Pédiatrie : pleurs des nourrissons <p>Volonté d'embaucher des médiateurs Promotion du dépistage des cancers Travail avec les internes sur des projets de SP</p>
<p>Les actions vues des institutions</p>	<p>ARS IDF : Ville de Rennes : Accompagnement dans les projets de promotion de la santé, avec la mise en place de commission de santé. ARS Bretagne : Actions transversales de prévention 5 axes : maladies chroniques, personnes âgées, handicap, soins infantiles, vaccins URPS Bretagne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • St Meen : Actions réseau diabète avec un diabéto bus (jour de marché) informations sur la nutrition, actions de prévention montée entre les gens du pôle • Pays Dauray : fédération bretonne interprofessionnelle de santé : formation des professionnels à la prévention suicide (repérage et prise en charge) • Château neuf du fou : demande de petit matériel de prévention diabète (financement ARS) • Maurepas : Coopération infirmier/ MG sur le repérage et suivi des hyper tendus <p>Ville d'Aubervilliers :</p>	
<p>Les difficultés</p>	<p>Dépendant de la politique de la ville</p>	<p>Pb sur le programme ETP diabète (manque de recrutement) – PIERRE DE HASS Appel à projet INCA – FRANC MOISIN Projet Neuhof non financé par l'ARS - NEUHOF</p>

Autres problématiques :

- Tarification à l'acte → Soins curatif seulement
- Problème de la pérennité des financements
- Réticence de la délégation des tâches (financer par le médecin) Cf. Voir les travaux Irdes
- Refus de certains financements de projets (pas assez prévention ou médiateur) INCA et ARS (Ex : Neuhof et Saint Denis).
- Réticence de l'URPS infirmier :

« Tout d'abord les structures de type Maison ou Pôle de santé ne représentent qu'une part infime des professionnels de santé libéraux (moins de 2.5%) en IDF.
D'autre part, sans être contre ces structures, nous constatons qu'elles créent une distorsion de concurrence en "captant" la patientèle, pouvant conduire à la faillite des autres cabinets libéraux des alentours. En effet, pour les patients il est plus facile de se rendre dans un lieu unique pour voir tous ses professionnels de santé que dans plusieurs. Par

conséquent, faute d'améliorer le maillage territorial sur l'ensemble du territoire, ces MSP, qui concentrent l'offre de soins, peuvent au contraire amener à créer des "zones blanches".

Or cette concentration de l'activité, induite par les MSP, va à l'encontre des besoins territoriaux des infirmiers libéraux qui sont amenés à se rendre quotidiennement chez les patients sur l'ensemble du territoire. »

- Problème de l'évaluation de la prévention (difficile en réalité)

RICARD	Elsa	Septembre 2014
Master 2 Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique		
L'organisation de la prévention dans les regroupements pluri-professionnels de premier recours		
Promotion 2013-2014		

Résumé :

Cette étude porte sur deux priorités des politiques nationales : la promotion de la santé et les regroupements pluri-professionnels de soins de premier recours. Depuis la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) de 2009 et le Pacte Territoire Santé de 2012 la priorité a été donnée au développement et à l'amélioration des soins de premiers recours sur le territoire français. Ces dernières années, nous avons remarqué une évolution de la médecine ambulatoire en France qui s'est caractérisée par un renforcement des inégalités d'accès aux soins sur le territoire. De plus, l'organisation de l'offre de soins en France est largement tournée vers le curatif laissant l'offre préventive en second plan, c'est pourquoi Marisol Touraine a annoncé dans sa Stratégie Nationale de Santé en 2013 donner dans notre système de santé toute sa place à la prévention et à la promotion de la santé.

L'étude menée par le service de prévention de La Ligue nationale contre le cancer, à la demande de la Commission d'Information Prévention et Dépistage, s'intéresse plus particulièrement à l'organisation de la prévention dans les structures d'exercice coordonné des soins de premier recours. Nous avons sélectionné trois régions la Bretagne, l'Île de France et l'Alsace, où des entretiens qualitatifs ont été réalisés auprès des professionnels de santé mais également auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS), des collectivités et des Unions Régionales des Professionnels de Santé. On y trouve deux types de structures les centres de santé qui reposent sur un exercice salarié, gérés par une collectivité, un organisme à but non lucratif ou encore un établissement de santé, les pôles et maisons de santé où les professionnels de santé sont des libéraux. Néanmoins les deux travaillent en équipes pluri-professionnelles rassemblant, selon le site, des médecins généralistes, des dentistes, des infirmiers, des kinésithérapeutes, des diététiciens, des podologues ou encore des orthophonistes. Ces équipes travaillent autour d'un projet de santé qui doit être élaboré en fonction des besoins en santé des habitants du territoire. Ce projet de santé va devoir recenser les différentes actions de prévention qui vont être mis en œuvre dans la structure.

L'intérêt de cette étude pour les actions de prévention de La Ligue repose sur le fait que ces structures sont souvent à l'initiative de médecins très engagés dans les projets de prévention, et que le caractère pluri-professionnel et coordonné des structures permet une prise en charge globale des patients et donc participe à la mise en œuvre de parcours de santé. De plus, de nombreuses maisons et centres de santé disposent d'un financement, notamment, pour les actions de prévention des ARS via l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. Aussi les regroupements pluri-professionnels sont le plus souvent implantés dans des zones défavorisées ou isolées, La Ligue bénéficierait donc d'un champ d'intervention large et cohérent avec sa mission de réduire les inégalités de santé.

Cette étude a permis de dégager sept leviers qui sont essentiels pour organiser des actions de préventions et de maisons de santé dans les regroupements, et sur lesquels La Ligue pourra s'appuyer pour intervenir dans ces regroupements. Ces sept leviers ont été mis en œuvre dans trois grands exemples rencontrés au cours de cette étude, ces expériences entreprennent trois démarches : communautaires, professionnelles, associatives.

A la suite de l'analyse à travers les sept leviers, des recommandations ont été élaborées pour inciter et soutenir les actions de prévention et de promotion de la santé de La Ligue contre le cancer dans ces regroupements pluri-professionnels.

Mots clés : Regroupements pluri-professionnels, prévention, coordination, santé globale

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

