



---

**Master 2**  
**Pilotage des politiques et actions en**  
**santé publique**

Promotion : **2017-2018**

**PEPITO**

**P**etite **E**nfance **P**rioritaire **I**nterventions **T**ransversales **O**rganisées  
**Un projet de santé publique porté par des**  
**professionnels libéraux de premier recours**



---

Amelyne Le Duc  
Septembre 2018



---

# Remerciements

---

Mes remerciements,

En tout premier lieu à Annie, qui fut mon repère pendant ce stage, pour sa générosité, et tous ces moments d'échanges,

À toutes les « Pépites », Marie, Françoise, Dominique, Laure, Laura, Marine, pour leur accueil chaleureux au sein du Comité de pilotage de PEPITO,

À Emmanuel Allory et François Xavier Schweyer pour leur accompagnement bienveillant,

À l'ensemble des professionnels de santé de l'ASVB pour m'avoir fait découvrir et partager leur univers,

À Arnaud Campéon pour m'avoir guidée vers PEPITO,

À tous les professionnels rencontrés, de santé ou d'ailleurs, qui ont contribué à enrichir cette expérience,

À ma famille, qui m'a soutenue en toutes circonstances dans cette aventure un peu folle,

Puissent ces quelques lignes leur traduire ma gratitude.

*Amelyne LE DUC*

*Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2017-2018*

---

# Sommaire

---

Introduction.....	1
Soins primaires et regroupement pluriprofessionnel libéral .....	1
Terrain de stage.....	2
Missions.....	3
Problématique.....	4
Méthodologie .....	5
Annonce du plan .....	6
1 Avenir Santé Villejean-Beauregard, une association à l’ancrage territorial qui s’inscrit dans une histoire locale .....	7
1.1 Perspective historique : de l’association Villejean-Santé (1978-1989) à l’ASVB (2012-aujourd’hui).....	7
1.2 L’ASVB.....	10
1.3 Entre rupture et continuité : de l’Association Avenir-Santé à l’ASVB .....	19
2 Le projet PEPITO : un projet collectif de santé publique .....	22
2.1 Une priorité pour le quartier : Les difficultés des apprentissages et du comportement chez l’enfant .....	22
2.1.1 Le QPV de Villejean.....	22
2.1.2 Les difficultés d’apprentissage et de comportement chez les enfants .....	23
2.1.3 Le public du projet PEPITO .....	24
2.2 Emergence et structuration .....	25
2.3 Actions et modalités d’intervention.....	29
2.3.1 Actions structurantes et transversales.....	30
2.3.2 Actions collectives .....	32
2.3.3 Actions individuelles.....	33
2.4 Modèle logique.....	34
2.5 Fonctionnement .....	39
3 Analyse d’une démarche innovante et expérimentale .....	41
3.1 Une démarche d’innovation et de traduction.....	41
3.2 Une démarche expérimentale.....	47
3.3 SWOT .....	54
Conclusion .....	57

Une démarche de santé publique en soins primaires.....	57
Perspectives .....	59
Bibliographie .....	63
Liste des annexes .....	I
Annexe 01. Copie du tract annonçant la création de l'association Villejean-Santé. ....	II
Annexe 02. Perspective historique - Tableau comparatif de certaines évolutions entre l'association Avenir-santé (1978-1989) et l'ASVB (2012-aujourd'hui).....	III
Annexe 03. Affiche présentant l'ASVB. ....	V
Annexe 04. Charte de l'ASVB. ....	VI
Annexe 05. Tableau de composition du bureau au 03.07.2018. ....	VII
Annexe 06. Vue d'ensemble du parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages. HAS, 2017.....	VIII
Annexe 07. Poster présentant le dispositif PEPITO.....	IX
Annexe 08. Chronologie détaillée des actions PEPITO (septembre 2017 – août 2018). ....	X
Annexe 09. Référentiel d'évaluation du dispositif. ....	XVI
Annexe 10. Liste des travaux écrits réalisés pendant le stage.....	XVII
Annexe 11. Exemples de visuels créés dans le cadre du stage. ....	XVIII



---

## Liste des sigles utilisés

---

AAC : Appel A Candidature

AAP : Appel A Projet

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

AMSP0 : Association de Médecine au Service de la Population de l'Ouest

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASVB : Avenir Santé Villejean Beauregard

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CDAS : Centre Départemental d'Action Sociale

CERFA : Centre d'Enregistrement et de Révision des Formulaires Administratifs

CGET : Commissariat Général à l'Egalité des Territoires

CMP : Centre Médico Psychologique

CMPEA : Centre Médico Psychologique pour Enfants et Adolescents

CMPP : Centre Médico Psycho-Pédagogique

CMU-C : Couverture Maladie Universelle - Complémentaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRSM : Conseil Rennais de Santé Mentale

CRTLA : Centre de Référence des Troubles du Langage et des Apprentissages

CSP : Code de la Santé Publique

DSPH : Direction Santé Publique et Handicap (Ville de Rennes)

DQNO : Direction de Quartiers Nord-Ouest

ENMR : Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération

ESP : Équipe de Soins Primaires

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FAS : France Assos Santé

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

FIR : Fonds d'Intervention Régional

FISS : Fonds pour l'Innovation du Système de Santé

IEN : Inspecteur de l'Éducation Nationale

IRIS : Ilots Regroupés pour l'Information Statistique

*Amelyne LE DUC*

*Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2017-2018*

ISS : Inégalités Sociales de Santé  
ISTS : Inégalités Sociales et Territoriales en Santé  
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale  
MAS : Maison Associative de la Santé  
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
MG : Médecin Généraliste  
MQV : Maison de Quartier de Villejean  
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle  
MSP-MS : Maison de Santé Pluriprofessionnelle Multi-Sites  
NMR : Nouveaux Modes de Rémunération  
PAT : Plan d'Actions Territorial  
PDS : Professionnels De Santé  
PEPITO : Petite Enfance Prioritaire Interventions Transversales Organisées  
PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale  
PMI : Protection Maternelle et Infantile  
PRAPS : Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus Démunis  
PRE : Programme de Réussite Educative  
PRS : Projet Régional de Santé  
QPV : Quartier Prioritaire de la politique de la Ville  
RA : Règlement Arbitral  
RCPA : Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle Ambulatoire  
REP : Réseau d'Education Prioritaire  
SIP : Système d'Information Partagé  
SISA : Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires  
SNS : Stratégie Nationale de Santé  
SSE : Service Santé Enfance (Ville de Rennes)  
TDAH : Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité  
TSA : Trouble Spécifique des Apprentissage  
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie



« La subtilité humaine déployée dans ce travail de bricolage est prodigieuse<sup>1</sup> ! »

« Tout seul on va plus vite, Ensemble on va plus loin<sup>2</sup>. »

---

<sup>1</sup> Edgar Morin cité par Quero-Le Jean, A-C. 2017. Expériences des réseaux dans les troubles des apprentissages. Article écrit pour le congrès de l'AFPA, Association Française de Pédiatrie Ambulatoire. Nantes. Novembre 2017. Non publié.

<sup>2</sup> Proverbe africain. Cité dans le rapport moral du Président de l'ASVB lors de l'AG du 6 juin 2018.

*Amelyne LE DUC*



## **Introduction**

Le présent mémoire a été réalisé dans le cadre d'un stage de Master 2 Pilotage des Politiques et Actions en santé Publiques (EHESP). Ce stage a été effectué au sein d'une association, porteuse d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), qui regroupe des professionnels de santé libéraux. De manière liminaire, il paraît important de présenter succinctement quelques données de cadrages permettant de contextualiser le propos qui sera développé par la suite. Le projet PEPITO, qui est l'objet de ce travail, est piloté et coordonné par des professionnels de premier recours, qui œuvrent collectivement à apporter des réponses aux problèmes de santé publique auxquels ils sont confrontés sur leur territoire d'exercice. Ils adoptent une vision élargie de la santé, intégrant la prévention. Il convient en premier lieu d'apporter quelques éclairages sur ces différentes dimensions.

### **Soins primaires et regroupement pluriprofessionnel libéral**

Lors de la Conférence internationale d'Alma-Ata en 1978, les soins primaires sont définis comme « le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. » (OMS, 1978). La déclaration idoine souligne l'importance des soins de santé primaires pour les sociétés, en ce sens qu'ils doivent permettre de garantir à tous un égal accès aux soins dans une visée de justice sociale et d'équité. Dans le contexte actuel de tensions économiques, la santé de proximité et son organisation représentent un enjeu majeur pour notre système de santé. La reconfiguration des soins de premier recours est une priorité affichée des politiques de santé depuis déjà plusieurs années. Elle est en effet porteuse d'opportunités pour les pouvoirs publics confrontés à l'accroissement continu des dépenses de santé (Fillaut et Douguet, 2016). Cette volonté est réaffirmée par le Gouvernement dans la Stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022 dont l'un des axes est de « transformer l'offre de santé des territoires pour répondre aux nouveaux besoins de la population ». La SNS préconise en ce sens de « structurer les soins primaires pour assurer la qualité et la continuité des prises en charge » puisque ceux-ci « constituent [...] la pierre angulaire de toutes les politiques de santé », notamment en termes de prévention.

Les nouvelles formes de structurations des soins de premier recours impliquent le développement de modes d'exercice basés sur le travail collectif et la pluridisciplinarité (maisons médicales, réseaux, pôles puis maisons de santé pluriprofessionnelles). Ceux-ci tendent progressivement à s'affirmer comme alternative à l'exercice libéral individuel, dispersé et isolé. Ce mouvement

*Amelyne LE DUC*

*Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2017-2018*

s'accompagne d'une redéfinition et d'une redistribution des rôles et périmètres d'actions des différents professionnels, pour permettre, à l'échelle d'un territoire, l'amélioration de la prise en charge et de la réduction des ruptures dans les parcours de santé des habitants.

Un autre aspect majeur des transformations à l'œuvre est le changement de paradigme sous-jacent, puisqu'elles sont porteuses d'une vision élargie de la santé, qui s'éloigne du modèle biomédical et curatif pour promouvoir un modèle global et préventif. Cécile Fournier (2015) considère que les approches préventives et éducatives sont à envisager comme « promot[rices] de la démarche pluriprofessionnelle » et que les pratiques induites sont « des catalyseurs de transformation des soins primaires » qui participent à la construction d'« une définition extensive de la prévention ». (Fournier, 2015)

La maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) Rennes Nord-Ouest s'inscrit dans cette dynamique. Elle est portée par l'association Avenir Santé Villejean-Beauregard (ASVB), qui regroupe des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, qui interviennent en première ligne sur le territoire du quartier Villejean-Beauregard, situé au Nord-Ouest de Rennes. Elle développe, de manière complémentaire, des actions de coordination et des actions collectives de santé publique. Le projet PEPITO (Petite Enfance Prioritaire Interventions Transversales Organisées) est l'une de ces actions de santé publique. Il s'agit d'un dispositif territorial<sup>3</sup> innovant de coordination des parcours de santé pour les enfants présentant des difficultés des apprentissages et/ou du comportement. PEPITO intervient dans l'accompagnement individuel des familles, mais également auprès de l'ensemble des acteurs du territoire afin de favoriser le repérage et la prise en soins précoces des enfants. Il procède d'une approche collective de santé publique, populationnelle et communautaire.

## **Terrain de stage**

Le stage de Master 2 est un stage « long », qui, dans mon cas, s'inscrit dans un parcours professionnalisant. Il se déroule au sein de l'association ASVB pendant six mois, de février à août 2018. L'objet<sup>4</sup>, définit en amont, porte sur un des projets développés par l'association : PEPITO. Le stage intègre deux versants, l'un très opérationnel, de participation à la vie du projet qui s'accompagne d'un travail sur l'évaluation du dispositif, l'autre, plus distancié, consiste à étudier la genèse du projet et son fonctionnement. Tout au long du stage, ces deux versants s'alimentent l'un l'autre selon une démarche itérative, afin de dégager une compréhension globale du dispositif.

---

<sup>3</sup> Le terme « territorial » est utilisé ici à dessein, car il s'agit d'une initiative ascendante, *bottom-up*. Le terme « territorialisé » renvoie quant à lui au mouvement inverse, selon logique descendante, *top down*. (Ces précisions sont issues du cours de Master 1 de Santé publique de Blanche Le Bihan).

<sup>4</sup> Le stage avait été réfléchi en amont et était en conséquent bien « balisé ».

Je travaille au quotidien avec l’infirmière coordinatrice, dont je partage le bureau, et l’épaule sur toutes les dimensions du projet. Je participe aux Comités de pilotage, aux différentes rencontres avec les partenaires et les financeurs, aux actions collectives, d’information et de communication. L’encadrement du stage est assuré par Emmanuel Allory, Président de l’ASVB, Maître de conférences associé et Directeur adjoint du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Rennes, qui est mon tuteur. Je le rencontre<sup>5</sup> selon une périodicité hebdomadaire ou bimensuelle. Il m’aide à construire mon raisonnement, à m’orienter, à me recentrer aussi. La dimension universitaire est étayée par François-Xavier Schweyer, enseignant-chercheur en sociologie à l’EHESP. Nous nous rencontrons mensuellement ou une fois tous les deux mois. Il me conseille sur la littérature à mobiliser, les concepts que je peux utiliser et me guide dans la construction du mémoire.

J’assiste aux différents temps d’échanges qui jalonnent la vie de l’association : réunions de Bureau, Conseils d’Administration, Assemblée Générale. Aux actions de coordination aussi : Commission enfance, Concertations médico-psychologiques. Je découvre des personnes, des métiers, des énergies, des volontés. Et ce « tout » collectif qui est bien plus que la somme de ses parties mais qui ne serait rien sans elles.

Je suis dans une situation d’entre deux, « entre engagement et distanciation » (Fassin, 1999<sup>6</sup>). Je suis partie prenante de la vie du projet, mais je dois également me distancier du terrain pour l’écriture du présent mémoire sur « l’objet » PEPITO. Il me manque pour ce faire une vision d’ensemble. C’est la thèse de Cécile Fournier (2015) qui me l’apportera, et les conseils avisés de François-Xavier Schweyer qui me guideront.

## **Missions**

La mission première qui m’est assignée est d’« accompagner et participer à l’organisation des parcours de santé dans le cadre du dispositif PEPITO sur la MSP en lien avec l’infirmière coordinatrice des parcours (rencontre avec les partenaires, les professionnels de santé) ». En ce sens, je participe aux Comités de pilotage, et à leur préparation si nécessaire (ordre du jour, préparation de documents, synthèses, comptes rendus). Cela me permet d’observer en interne la façon dont les décisions se construisent collectivement, comment se dessinent les orientations. Je participe également aux diverses réunions avec les partenaires et les financeurs (Comité des financeurs, réunions avec la Direction des Quartiers Nord-Ouest pour le Contrat de ville,

---

<sup>5</sup> Pour échanger spécifiquement sur le stage. Nous nous rencontrons à d’autres occasions dans le cadre de la vie de l’association.

<sup>6</sup> Cité par Fournier, 2015.

Commission santé restreinte, rencontre avec l'assistante sociale de la CARSAT...). Je prends part aux actions de communication (CRSM, inauguration de Familles en mouvement...) et suis associée en ce sens à la représentation, toujours collective, du dispositif. J'assiste aux actions collectives (formations pluriprofessionnelles et actions grand public) et aide en amont l'infirmière coordinatrice à leur organisation (préparation de mails pour rappeler les dates aux participants, réalisation des fiches de présence, aide « logistique » à la mise en place des interventions, modalités d'évaluation...). Je contribue au travail de communication en réalisant les flyers et affiches pour les actions grand public. Je participe à l'élaboration des outils PEPITO (fiche de rendez-vous initial, outil de recueil des données (tableau de bord)).

Une autre de mes missions consiste à « élaborer et réaliser l'évaluation du dispositif. Les temps : décrire le contexte, les déterminants (partenariats, implication des professionnels), les temps et le processus de mise en place du projet Pepito ». Ce volet « évaluation » s'inscrit plus largement dans un travail de production écrite de dossiers destinés à obtenir des financements pour le projet. Il s'agit, en avril 2018, de la rédaction du CERFA pour le Contrat de ville, et, en juillet 2018, de la lettre d'intention pour intégrer le dispositif de financement issu de l'article 51 de la dernière Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) ainsi que le cahier des charges afférent. Il s'agit à la fois de poser un cadre d'évaluation facilitant à l'avenir cette activité, mais aussi de réaliser le bilan de cette (presque) première année d'activité. Dans cette optique, j'ai établi une chronologie détaillée des actions à partir de septembre 2017 (date de l'obtention des premiers financements). Le contexte de l'émergence du dispositif PEPITO est retracé dans la partie 1 du présent mémoire. Une évaluation *ex post* par voie électronique de la satisfaction des participants aux formations pluriprofessionnelles a par ailleurs été mise en œuvre. L'ensemble de ces productions, si elles ont pu être initialement réalisées de manière isolée, ont toutes fait l'objet d'un travail collectif de relecture, de correction et d'enrichissement, soit par l'ensemble des membres du Comité de pilotage, soit avec Emmanuel Allory. Mon intervention s'inscrit donc de manière plus générale dans le travail de plaidoyer et de légitimation initié par les promoteur.trices du dispositif, notamment pour obtenir les financements nécessaires à la poursuite du projet.

## **Problématique**

Le questionnement qui a servi de fil conducteur au présent mémoire est : *Comment et dans quelle mesure le projet PEPITO procède-t-il de l'amélioration de l'accès aux soins des enfants présentant des difficultés du comportement et/ou des apprentissages ?* Cette question principale induit plusieurs sous-questions, qui intègrent deux dimensions. Tout d'abord, en interne, *Comment le projet PEPITO fonctionne-t-il ? Quel est son mode de gouvernance et quelles sont les dynamiques*

*sous-jacentes ? Mais également en externe, Quelles sont les relations avec les partenaires ? Avec les financeurs ? Quels sont les processus à l'œuvre ?*

## **Méthodologie**

La méthodologie et les cadres théoriques utilisés dans ce mémoire sont principalement issus de la sociologie. Le recueil de données s'est basé sur l'observation participante, dans le cadre de mon travail quotidien au sein de l'association et lors des diverses interactions et rencontres avec les partenaires et financeurs. Une prise de note systématique m'a permis de conserver des idées ou des mots capturés sur le vif. En parallèle de l'observation, j'ai réalisé quelques entretiens semi-directifs auprès de différents acteurs parties prenantes du dispositif : un médecin retraité ayant travaillé plus de 30 ans sur le quartier de Villejean, la directrice d'un réseau intervenant dans la coordination de parcours d'enfants dans les Côtes-d'Armor, deux professionnelles ayant participé à l'élaboration des formations pluriprofessionnelles dans le cadre de PEPITO, trois membres du Comité de pilotage. J'ai également retranscrit partiellement une intervention d'une médecin, aujourd'hui retraitée, membre du Comité de pilotage, lors d'une présentation de la MSP qu'elle a réalisée à destination de professionnels de santé. J'ai choisi dans le présent rapport de ne pas mettre de guide d'entretien type en annexe, celui-ci ayant varié et été adapté très soupagement et librement en fonction de l'interlocuteur. J'ai également choisi de ne pas annexer les *verbatim* de ces entretiens, par soucis (tant que faire se peut) d'anonymat. Il est à noter que certaines retranscriptions ont été très partielles puisque j'ai sélectionné les parties complémentaires au matériau que j'avais déjà à disposition.

C'est une démarche qualitative qui est adoptée, dont les éléments d'analyse s'appuient essentiellement sur les travaux sociologiques de Cécile Fournier (2015) sur les MSP (notamment la sociologie de la traduction) et les travaux de François-Xavier Schweyer (2010a) sur les réseaux (afin d'appréhender la démarche expérimentale). Deux outils viennent compléter cette approche, il s'agit dans un premier temps d'un outil issu de l'approche évaluative québécoise<sup>7</sup>, le modèle logique<sup>8</sup>. Cet outil vise à expliciter les différents objectifs du projet et leurs articulations afin d'en permettre l'évaluation. Il est utilisé ici dans une visée prospective et globale. Il permet d'appréhender le dispositif dans son ensemble, d'illustrer les dynamiques à l'œuvre et de formuler des hypothèses initiales quant aux résultats théoriques. Une matrice SWOT, outil issu du marketing,<sup>9</sup> est également intégrée à ce travail, afin de formaliser et présenter de manière

---

<sup>7</sup> A ce propos, voir Christian Dagenais, C. Valéry Ridde, V. et al. 2012. *Approches et pratiques en évaluation de programmes*. Collection « Paramètres », Presses Universitaires de Montréal, 480 p.

<sup>8</sup> Cet outil est présenté dans le cadre du cours de Françoise Jabot en Master 2 PPASP sur la démarche évaluative.

<sup>9</sup> Etant issue d'un cursus d'AES, le marketing fait partie des enseignements dont j'ai bénéficié dans le cadre de la licence.  
Amelyne LE DUC

synthétique les points positifs (forces) et négatifs (faiblesses) du dispositif. Mais également d'identifier les éléments de son environnement qui peuvent influencer favorablement (opportunités) ou défavorablement (menaces) sur son développement. Ce sont ainsi plusieurs approches théoriques et outils qui sont mobilisés et combinés afin d'éclairer l'objet « PEPITO ».

### **Annonce du plan**

Afin de comprendre ce qu'est le projet PEPITO, il convient, à titre préalable, de s'intéresser à l'association porteuse du projet, notamment selon une perspective historique. Dans un second temps, nous nous intéresserons au dispositif lui-même, en décrivant son périmètre et ses modalités d'interventions. Une troisième partie sera consacrée à l'analyse des processus à l'œuvre, notamment en termes de traduction et d'expérimentation.



# 1 Avenir Santé Villejean-Beauregard, une association à l'ancrage territorial qui s'inscrit dans une histoire locale

Afin de comprendre le contexte de l'émergence du projet PEPITO, il est nécessaire, dans un premier temps, de resituer dans quelle perspective historique est née l'association ASVB, et, dans un second temps, de décrire quel est son objet et son fonctionnement. Dans un troisième temps, nous nous intéresserons aux continuités et évolutions entre les deux périodes.

## 1.1 Perspective historique : de l'association Villejean-Santé (1978-1989) à l'ASVB (2012-aujourd'hui)

*Il était une fois... L'association Villejean-Santé*

C'est autour d'un projet commun de Centre de Santé Intégré<sup>10</sup> (qui ne verra jamais le jour) que se sont mobilisés de jeunes médecins issus pour beaucoup de la « génération 68 ». Ces derniers, remettant en cause l'exercice individuel de la médecine axé sur le curatif et le paiement à l'acte, souhaitaient faire émerger un nouveau mode d'exercice, salarié, donnant une large place à la prévention et au travail collectif (entre professionnels médicaux et paramédicaux, mais également « élargi » avec les travailleurs sociaux et les usagers), permettant le développement des capacités individuelles des personnes, sur le modèle de l'*empowerment*. C'est à partir cette conception de la santé qu'est née, en 1978, l'association Villejean-Santé.

*Un territoire d'intervention : le quartier de Villejean*

Le choix de s'installer dans le « jeune » quartier de Villejean, a été motivé par de nombreuses raisons, exposées par l'un des médecins à l'origine de l'association Villejean-Santé « *quand je suis arrivé à Rennes, j'ai rencontré aussi quelques autres jeunes médecins qui venaient de terminer leurs études [...], et on a eu cette idée d'essayer de susciter la création d'un centre de santé. Et on a exploré un petit peu où se poser. Et on a choisi le quartier de Villejean, pour différentes raisons, c'était un quartier où il y avait une mixité sociale, ça c'était un point important, et c'était surtout un quartier où il y avait une vie associative extrêmement [...] riche et dynamique, qui prête à porter un petit peu le projet. Et puis en termes de densité médicale, il y avait des médecins libéraux, mais c'était une densité qui était relativement plus faible que la moyenne, donc ça nous paraissait des éléments favorables* » (Entretien n°2, médecin retraité). Le quartier de Villejean est donc choisi par ces jeunes médecins qui décident de s'installer sur le territoire en libéral, temporairement, le temps que leur projet de centre de santé

---

<sup>10</sup> Sur un modèle déjà expérimenté dans certains centres de santé intégrés, notamment à Saint-Nazaire, à Saint-Lô et à Grenoble

voit le jour. Cette installation en libéral, qu'ils pensaient transitoire, s'est accompagnée de la création de l'association Villejean-Santé afin de pouvoir développer dès lors des actions concrètes auprès des habitants du quartier.

#### *Focus sur : les ressources préexistantes*

L'association Villejean-santé ne s'est pas construite *ex-nihilo*. Elle s'est adossée sur des ressources préexistantes ayant favorisé son émergence. Tout d'abord dans le champ de la santé, de par sa proximité avec l'AMSPO (Association de Médecine au Service de la Population de l'Ouest), créée deux ans auparavant (1976), qui intervenait sur le bassin rennais. Cette association « *regroupait un certain nombre de médecins, à la fois quelques médecins libéraux, et des médecins hospitaliers, qui avaient envie de... C'était quand même pas très longtemps après 68, et de réfléchir à une autre forme de santé, qui fasse plus de place à la prévention, à l'éducation sanitaire, et qui ne se limite pas au colloque singulier qui était le maître mot de la médecine libérale, et qui remette en question le paiement à l'acte.* » (Entretien n°2, médecin retraité). Certains des membres fondateurs de l'AMSPO, praticiens hospitaliers<sup>11</sup>, exerçaient sur le site de Pontchaillou, et ont notamment permis l'ouverture du centre d'IVG au CHU de Rennes, à laquelle s'opposait le chef de service de gynécologie de l'époque, malgré le vote de la Loi Veil de janvier 1975.

La création de l'association Villejean-Santé s'est également adossée au tissu associatif dynamique du quartier, notamment l'Association des Résidents de Villejean (ARV), née avec le quartier « *à l'époque, elle regroupait énormément de monde, elle était extrêmement représentative de la population de Villejean. C'était une force de pression, même sur la municipalité* » (Entretien n°2, médecin retraité).

Ainsi, le tract de la création de l'association Villejean-Santé est co-signé de nombreux acteurs : l'AMSPO et l'ARV, comme nous venons de l'évoquer, mais également le Planning Familial, La CSCV (Confédération Syndicale du Cadre de Vie), la Croix d'Or (association « *d'anciens buveurs* »), la Fédération Cornec (l'ancêtre de la FCPE, fédération de parents d'élèves), sans oublier les travailleurs sociaux et les usagers.

#### *Répertoire d'actions*

Le répertoire d'actions est formalisé dès les débuts de l'association (notamment dans un tract<sup>12</sup>), et inclut diverses formes d'interventions collectives, complémentaires à l'intervention individuelle des médecins au sein du colloque singulier. Il s'agit d'actions de réunions d'informations, de formations, de groupes d'échanges, de mise à disposition de ressources pour la population. Des « *animations sur les problèmes de santé, contraception sexualité, maladies infantiles, relations médecin-malade et*

---

<sup>11</sup> Entre autre Olivier Saboureau (neurologue) et Dominique Chevet (néphrologue).

<sup>12</sup> Retranscrit en annexe 01.

*groupes de parents* » (Entretien n°2, médecin retraité). Un médecin, aujourd'hui retraité, décrit par exemple des groupes d'échanges pour les femmes enceintes, afin de discuter sur le vécu des grossesses, animés par les médecins de l'association. Certaines des actions étaient menées en collaboration avec d'autres acteurs du quartier, comme des groupes d'échanges pour les parents, co-animés par un médecin de l'association et une psychologue du CMPP. Des actions grand public à plus large échelle étaient également organisées sous forme de réunions publiques sur des sujets tels que le sommeil ou encore l'alimentation.

#### *Les motivations : un engagement en santé publique*

L'engagement de ces jeunes médecins, que l'on peut qualifier de « militants » puisqu'ils tentaient de mettre en cohérence leur système de valeurs (et la représentation de la médecine sous-jacente), pour partie hérité de mai 68, avec l'exercice concret de la médecine qu'ils pratiquaient au quotidien auprès de la population villejeannaise. La logique qui procède de la création de l'association Villejean-santé est donc majoritairement liée à un engagement éthique<sup>13</sup> de la part de ses initiateurs. Cette approche était à l'époque hétérodoxe, elle divergeait du modèle curatif dominant, isolant par là même ses défenseurs. « *Les syndicats de médecins libéraux et le conseil de l'ordre se sont levés farouchement contre le projet. On était minoritaires dans le corps médical, on était très très minoritaires.* » « *Pendant de nombreuses années, on était un îlot, [...] on était vécu de façon très hostile par les autres médecins généralistes du quartier.* » (Entretien n°2, médecin retraité). D'ailleurs, le projet de Centre de Santé Intégré, au cœur du projet initial de l'association, ne verra jamais le jour, faute de relais politiques suffisants<sup>14</sup>.

#### *La dissolution de Villejean-Santé*

L'aventure Villejean-Santé prendra fin en 1989, provoquée « *par l'essoufflement* » de ses porteurs. « *Le travail bénévole, ça fonctionne bien quand on a l'enthousiasme. Mais au bout d'un moment, on se fatigue, on s'épuise. Et il y a eu donc un épuisement, et petit à petit il y avait de moins en moins d'énergies et donc toutes ces actions collectives qu'on menait se sont essoufflées* » (Entretien n°2, médecin retraité). Ce médecin souligne qu'à l'époque, la totalité du travail collectif était réalisée bénévolement, sans aucun financement, ce qui a contribué à éroder la dynamique de départ.

---

<sup>13</sup> Tel que décrit dans Parizot *et al*, 2013, faisant référence au *comportement rationnel en valeur* au sens de Weber, qui se distingue de l'engagement intéressé, qui se reporte au *comportement rationnel en finalité*, toujours au sens de Weber.

<sup>14</sup> Malgré le changement de coloration politique lors des municipales de Rennes en 1977 et lors des élections nationales de 1981.

## 1.2 L'ASVB

Plus de vingt ans après la disparition de Villejean-Santé, une nouvelle association de professionnels de santé se constitue sur le territoire de Villejean-Beauregard.

### *Naissance de l'ASVB*

L'idée de créer une association, qui deviendra plus tard l'ASVB, a émergé, lorsque « *[La ville de Rennes] a pris l'initiative de faire une commission santé qui [s'est déroulée] en janvier 2011. [...] on est une trentaine, a à peine se connaître. Et qu'est-ce qui a mobilisé en fait, le déplacement à cette réunion, c'est la problématique, qu'il y avait à l'époque, de la perspective de la loi sur l'accessibilité des locaux* » (Entretien n°1, médecin retraitée).

L'association Avenir Santé Villejean-Beauregard (ASVB) naît en 2012. Les raisons majeures qui procèdent à sa création sont plus « pragmatiques » que dans le cas de Villejean-Santé et issues d'un double constat. C'est l'obligation d'accessibilité<sup>15</sup> aux personnes en situation de handicap pour les établissements recevant du public (ERP) à compter du 1er janvier 2015 qui est à l'origine de la mobilisation des professionnels du quartier. En effet, une majorité des établissements du quartier ne répondait pas à cette exigence. « *À Villejean on était tous en demi étages, enfin il y avait très peu de cabinets qui étaient aux normes.* ». En conséquence, il devient difficile de recruter de jeunes médecins, cette spécificité rendant le quartier peu attractif « *une des raisons pour laquelle on n'arrivait pas à attirer des jeunes, c'était cette difficulté de locaux inadaptés* » (Entretien n°1, médecin retraitée).

### *Engagement, engagements*

Si cette forme d'engagement que l'on peut qualifier d'intéressé était prédominante au départ, elle cohabitait cependant avec une forme d'engagement éthique de la part de certains professionnels de santé, dont plusieurs étaient déjà adhérents du temps de l'association Villejean-Santé. C'est le cas de cette médecin, qui explique ainsi sa présence à la commission santé organisée par la ville en 2011 « *Et moi j'avais une autre raison d'être là, qui était un peu, enfin, personnelle, non, parce que c'était de la santé publique, mais je venais de faire un [...] DU d'adolescence. Et j'étais assez préoccupée par la question de l'accès de la contraception aux mineur.e.s* » (Entretien n°1, médecin retraitée). C'est ainsi la synergie de ces deux types d'engagements, non exclusifs, qui est à l'origine de l'ASVB. Ils sont d'ailleurs complémentaires, puisque pour agir positivement sur la santé des habitants, il est nécessaire qu'un maillage territorial le plus fin existe au préalable. Or celui-ci, ou le maintien de celui-ci, repose sur la capacité d'un territoire à être attractif et à attirer de jeunes professionnels afin d'assurer leur

---

<sup>15</sup> Issue de la loi du 11 février 2005.

renouvellement et leur pluralité. Ainsi, la levée des contraintes matérielles de mise aux normes des lieux d'exercice constitue un prérequis à l'installation de jeunes professionnels de santé sur le quartier.

### *La force du collectif*

C'est la modification du rapport de force avec la ville, issue du collectif, qui est recherchée par la trentaine de professionnels à l'origine de l'ASVB. Celle-ci concerne, dans un premier temps, la volonté de négocier collectivement plutôt qu'individuellement avec la municipalité sur l'aménagement urbain afin de trouver des solutions aux problèmes d'accessibilité. « *Un médecin généraliste qui avait l'expérience du réseau alcool, qui avait déjà une expérience de travail en groupe, qui a dit "il faut qu'on se constitue en association loi 1901, pour faire le poids par rapport à la ville" »*. Cette stratégie du collectif sera payante puisque « *On a obtenu quand-même une révision du PLU [plan local d'urbanisme] qui a marché. Tout ça, c'est quand même grâce au pôle de santé, enfin, qui était pas encore un pôle, mais on a créé quand même un rapport de force face à la ville en disant "bah voilà, sinon il n'y aura pas de jeunes médecins à arriver sur le quartier", voilà. Donc révision du PLU »* (Entretien n°1, médecin retraitée).

### *Structuration et montée en charge*

En parallèle de ce volet portant sur la négociation avec la municipalité, l'association va se structurer progressivement. Elle développe des liens avec l'ARS, notamment en participant en 2013 au Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS). Elle obtient par la suite de l'ARS une subvention afin de financer l'intervention d'un bureau d'études et de conseils en santé publique pour les accompagner dans l'écriture d'un projet de santé. Ce projet de santé, après un rejet initial car il prévoyait le financement d'actes libéraux, est finalement validé après réécriture à la rentrée 2014. L'ASVB devient alors gestionnaire du Pôle de santé Rennes Nord-Ouest (la terminologie a changé depuis, le Pôle est devenu la Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) Rennes Nord-Ouest). Le projet de santé intègre deux objectifs principaux : améliorer l'accès aux soins des patients et améliorer la coordination et la communication entre les professionnels de santé du quartier. Une Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) est créée en 2015. Une première salariée, secrétaire de l'association, est recrutée pour 4 heures hebdomadaires à partir de septembre 2015. Une seconde salariée, infirmière coordinatrice, est recrutée pour la coordination du pôle en juin 2016 (20% équivalent temps plein). En janvier 2017, suite au lancement d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) et d'une hausse du temps dédié à la coordination de la MSP, son temps de travail est augmenté de 40%. Par ailleurs, depuis septembre 2017, le financement

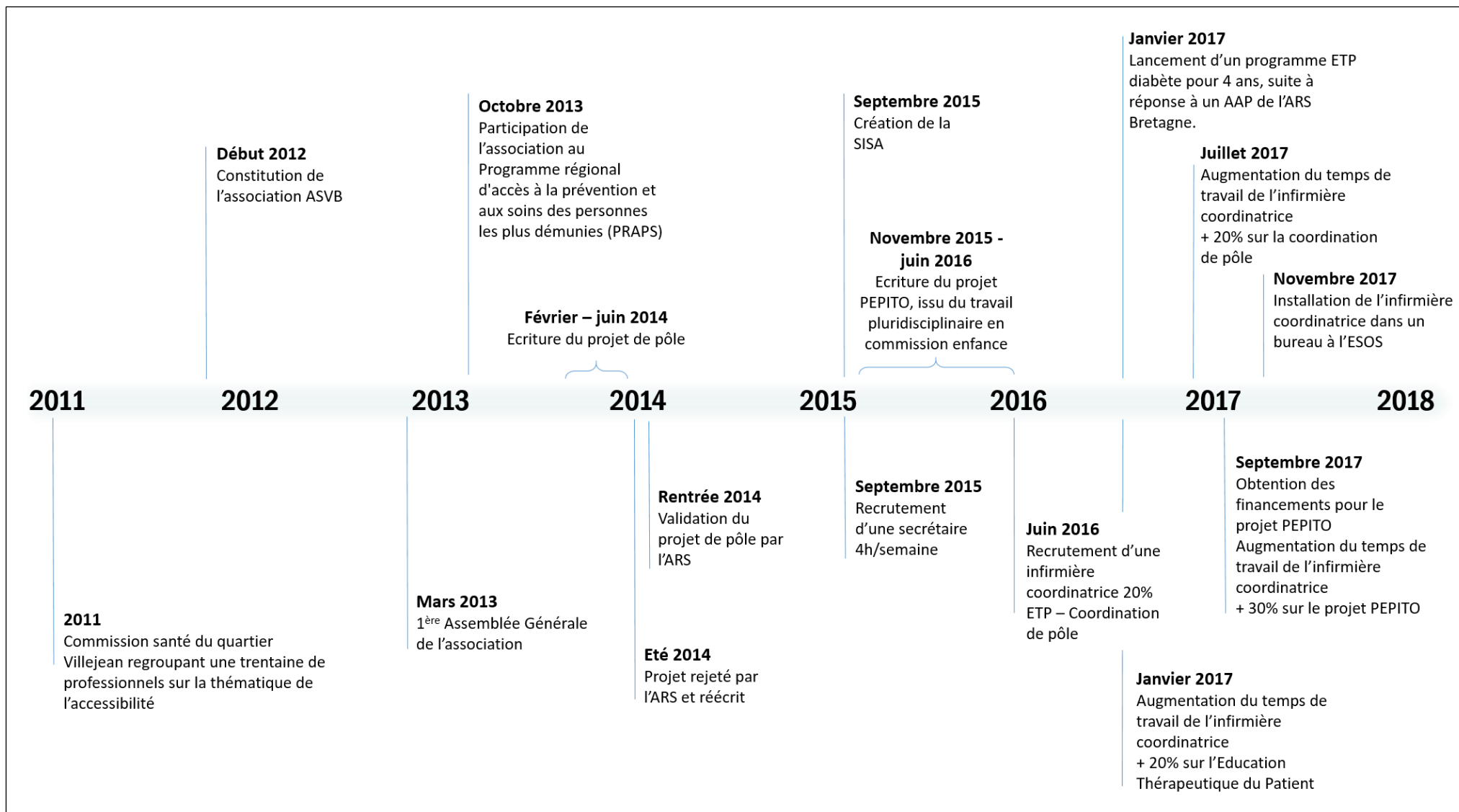
du projet PEPITO a permis une nouvelle augmentation de son temps de travail à hauteur de 30%<sup>16</sup>. Depuis novembre 2017, l'infirmière coordinatrice dispose d'un bureau situé à l'Espace Santé Olivier Sabouraud (ESOS) dans le quartier de Villejean.

La structuration s'illustre également par la formalisation de normes, sous-jacentes dans le projet de santé mais jusque lors principalement implicites. Progressivement, celles-ci prennent une forme plus explicite, avec l'adoption d'une charte en décembre 2017, après un travail collectif et pluriprofessionnel d'écriture de plusieurs mois. Le règlement intérieur, actuellement en cours de finalisation, a suivi le même type de travail préliminaire.

---

<sup>16</sup> Voir Figure 3. Répartition du temps de travail de l'infirmière coordinatrice, p.16.

Figure 1. Chronologie de la structuration de l'ASVB



Depuis la création de l'ASVB, le nombre d'adhérents a progressivement augmenté, particulièrement les premières années, pour atteindre plus d'une soixantaine de membres en 2015. Ces quatre dernières années, l'effectif s'est stabilisé entre 60 et 64 adhérents. Ainsi, le nombre d'adhérents a quasiment doublé depuis la naissance de l'association.

Tableau 1. Evolution du nombre d'adhérents de l'ASVB

Année	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Adhérents	Environ 30-35	37	46	63	60	63	64

Source : Secrétaire ASVB. Pour 2012 : chiffres recueillis auprès de médecins retraitées.

### *L'ASVB aujourd'hui*

En 2018, l'association regroupe 64 adhérents, professionnels de santé libéraux du quartier : médecins (généralistes, pédiatre, gynécologues), pharmaciens, professionnels paramédicaux (masseur-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, podologue, psychomotriciens, orthoptiste). Elle intègre en outre quelques salariés (préparatrices en pharmacie, secrétaires médicales, infirmières « Asalée »). Ces professionnels sont répartis sur une vingtaine de sites sur le quartier Villejean-Beaugard, c'est pourquoi on parle d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle Multi-Sites (MSPMS). Les réunions du bureau, composé de 11 membres, sont mensuelles (hormis au mois d'août), le conseil d'administration, composé de 26 membres, se réunit trois fois par an, l'assemblée générale, annuelle, rassemble les 64 membres de l'association, ainsi que des partenaires invités (usagers, associations partenaires, Ville de Rennes...).

L'association a la volonté d'inclure les habitants du quartier, c'est pourquoi des usagers sont invités à l'Assemblée Générale et sont membres de droit au Conseil d'Administration. Lors du Conseil d'administration qui s'est tenu le 3 juillet 2018, une habitante du quartier a été élue vice-présidente de l'association.

### *Le fonctionnement de l'association*

L'écriture et la validation par l'ARS d'un projet de santé a permis la création d'une MSP. La MSP est définie par l'article L6323-3 du Code de la Santé Publique (CSP) qui dispose que « La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours [...] peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. » L'ASVB est l'association gestionnaire de la MSP Rennes Nord-Ouest. La forme juridique de cette MSP est une Société Interprofessionnelle de



Soins Ambulatoires (SISA), société permettant de délivrer des honoraires aux professionnels de santé de l'association pour les temps d'activité coordonnée, qui sont rémunérés par le compte de la SISA. L'ASVB et la SISA sont liées par une convention permettant de transférer les fonds issus de l'Accord Conventionnel interprofessionnel (ACI) sur le compte de l'association. Les rémunérations des salariées sont réalisées à partir du compte de l'association.

Figure 2. Fonctionnement de l'ASVB

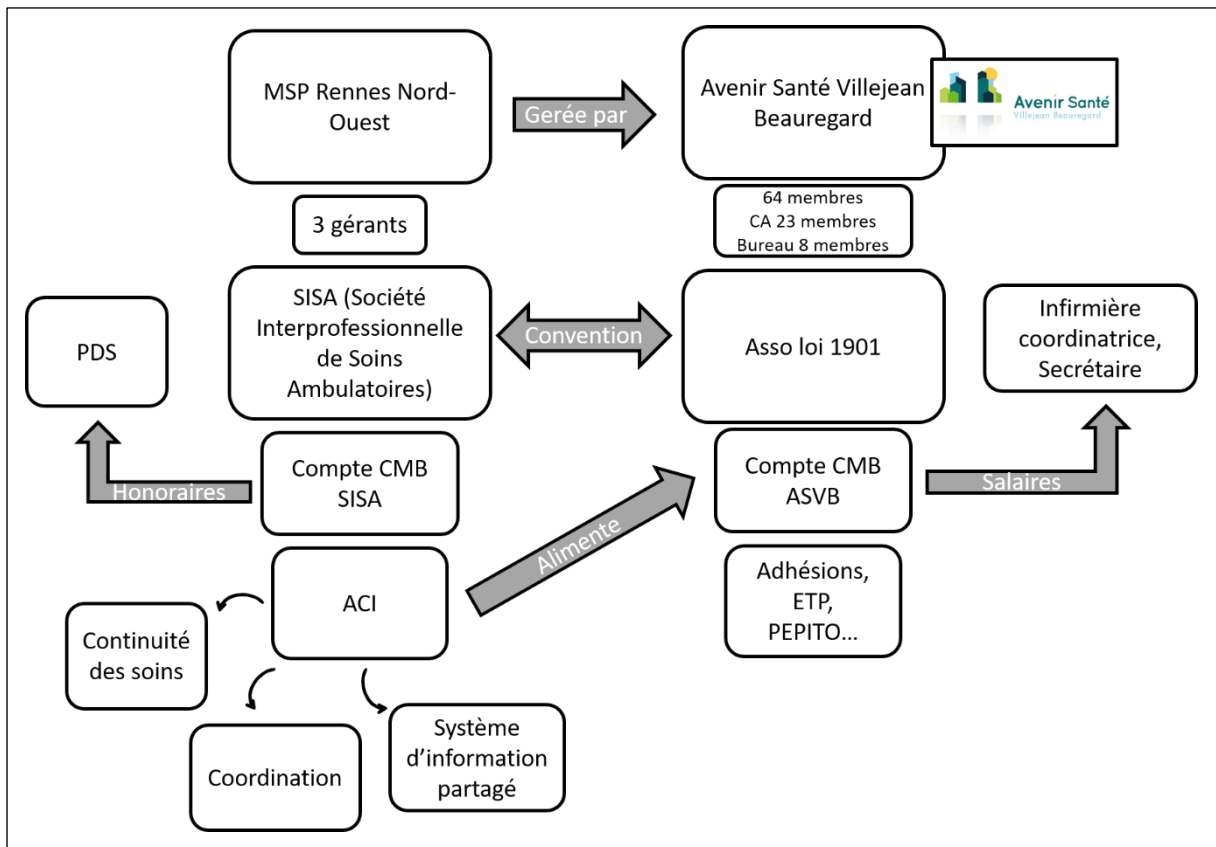


Schéma : Emmanuel Allory, présenté lors de l'Assemblée Générale du 06.06.2018

### Le financement de l'association

La source principale de financement de l'ASVB est l'Accord Conventionnel interprofessionnel (ACI). La logique de ce dispositif est de permettre un élargissement des modes de rémunérations des professionnels de santé. Il représente une alternative au paiement à l'acte afin de soutenir le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel. L'ACI, signé le 20 avril 2017, fait suite à un Règlement Arbitral (RA) mis en place en 2015, qui généralisait les Nouveaux Modes de Rémunération (NMR). Il s'agit d'un accord signé entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et une large majorité de syndicats représentatifs des professionnels de soins primaires. Le financement est fonction de nombreux critères, mesurés par des indicateurs, organisés autour de trois axes : accès aux soins, travail en équipe et système d'information partagé.

L'ASVB reçoit également des fonds de l'ARS pour deux projets spécifiques : le projet ETP diabète, mis en place à partir de janvier 2017, et le projet PEPITO, qui a reçu ses premiers financements en septembre 2017. Enfin, une partie des produits est issue des adhésions des membres de l'ASVB. Celle-ci reçoit également une subvention de la ville au titre du soutien aux associations.

### Les salariées

La secrétaire (4 heures hebdomadaires) est chargée de réaliser et de diffuser les programmes de la semaine, les comptes rendus des réunions de bureau, du conseil d'administration et de l'assemblée générale. Elle participe à la diffusion d'informations utiles pour les membres de l'ASVB. Elle prend également part à certaines actions de l'association (Formation en éducation thérapeutique de patient, Rallye vie affective et sexuelle...). Actuellement, une augmentation de 2 heures hebdomadaires de son temps de travail est en discussion, pour réaliser des tâches de comptabilité afin d'alléger le travail des trésorier.e.s.

Le temps de travail de l'infirmière coordinatrice, recrutée initialement sur un 20% ETP à partir de juin 2016, n'a cessé d'augmenter. Elle est aujourd'hui à 90%. Véritable « couteau-suisse » pour la MSP, la polyvalence et l'adaptabilité ne sont pas les moindres de ses qualités. Elle endosse plusieurs missions dans le cadre de son poste de coordinatrice.

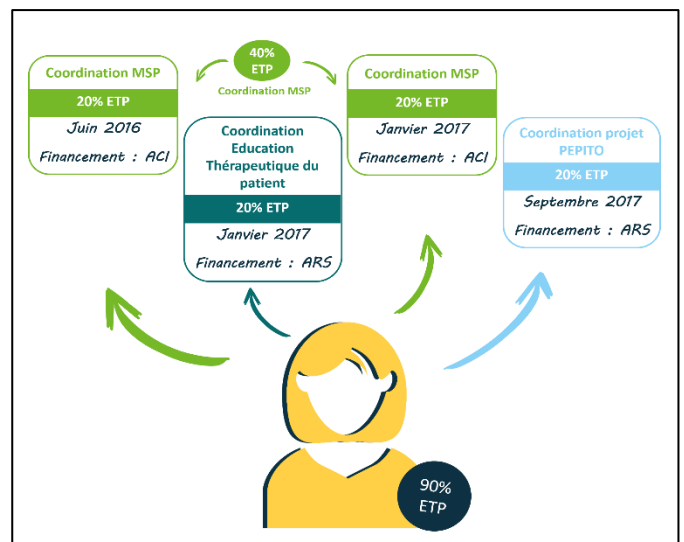
Deux jours par semaine (40%) sont consacré à la coordination de la MSP. Une journée par semaine (20%) est dédiée à l'Education thérapeutique du patient. Enfin, une journée et demi par semaine (30%) est consacrée à la coordination du projet PEPITO et à l'accompagnement des familles. Elle a

réalisé une formation en 2016-2017 à l'EHESP spécifique au travail de coordination en MSP intitulée « Animateur de regroupements pluriprofessionnels de soins primaires ».

### Localisation

Salariée de l'association depuis juin 2016, l'infirmière coordinatrice de l'ASVB a un temps pratiqué le nomadisme entre les différents sites de la MSP. Elle est installée depuis fin novembre 2017 dans un bureau situé à l'Espace Santé Olivier Sabouraud, dans le quartier de Villejean. Cet Espace regroupe cinq associations intervenant dans le champ de la santé : la Maison Associative de la Santé (MAS), le

Figure 3. Répartition du temps de travail de l'infirmière coordinatrice



Bistrot Mémoire, le Réseau périnatal « Bien Naître en Ille-et-Vilaine », France Assos Santé Bretagne et l'ASVB. Le regroupement de ces associations sur un lieu unique et la proximité immédiate favorisent les échanges entre les salariés de ces différentes associations. Il n'est pas rare non plus de croiser des usagers naviguant d'une structure à l'autre en fonction de la raison les ayant amenés à se rendre à l'Espace Santé.

Ainsi, l'ASVB articule un dispositif issu du modèle militant (assemblée générale, conseil d'administration, bureau) et un dispositif d'entreprise (fonction d'employeur, gestion de fonds publics). Suite à l'augmentation substantielle des fonds issus de l'ACI pour 2018-2019 (le budget ACI a quasiment triplé par rapport à la période précédente), la structuration de l'association devrait être renforcée par une augmentation du temps de travail de la secrétaire. La création d'un poste de directeur salarié chargé du suivi des ressources humaines quelques heures par semaine est également en réflexion.

#### *Répertoire d'actions*

Afin de soutenir et d'enrichir l'échange entre les différents professionnels de santé du territoire, de nombreuses actions de coordination sont mises en place au sein de l'ASVB : réunions de concertations pluriprofessionnelles ambulatoires (RCPA), protocoles de coordination, temps de rencontre avec des acteurs extérieurs. De nombreux groupes et commissions thématiques sont également organisés, portant sur des situations anonymisées qui seront ensuite discutées entre professionnels présents : Commissions enfance, Commissions pleurs-périnatalité, Concertations gynéco, Groupe santé des femmes, Concertations médico-psychologiques, Groupe interculturelité. Ces différents temps d'échanges permettent de développer l'interconnaissance et de débattre collectivement afin de dégager des pistes pour répondre à des situations qui mettent en difficulté le professionnel dans leurs pratiques individuelles.

En complément, des actions collectives de santé publique sont mises en œuvre, il s'agit notamment de l'Education Thérapeutique du Patient et du projet PEPITO. D'autres actions ponctuelles sont organisées, comme le rallye vie sexuelle et affective pour les collégiens du quartier et d'animations dans le cadre du Moi(s) sans tabac.

#### *Des garde-fous pour limiter l'épuisement et/ou le désengagement des professionnels*

De nombreux éléments participent à la création d'un environnement favorable à la pratique pluriprofessionnelle et limitent ainsi les risques de désengagement des professionnels. Ces éléments ont également pour effet de réduire le phénomène de personne-dépendance. Il s'agit en premier lieu d'un intérêt particulier porté à bienveillance et la convivialité « À un moment donné, on a été obligé

Amelyne LE DUC

de se mettre à s'occuper de la convivialité. Parce que on était dans le travail, le travail, le travail... Et il y en a qui ont cette énergie-là et d'autres... Maintenant il y en a dans l'association qui sont délégués à la convivialité ». « Veiller à la bienveillance. On a aussi été obligés de s'occuper de ça parce que : "Telle réunion, untel a dit ça..." Aussi des circuits de communication parallèles Non. Tout est transparent, on fait toujours du répondre à tous. On fait, voilà, des règles... Enfin, on a expérimenté qu'on en avait besoin » (Entretien n°1, médecin retraitée). Par ailleurs, des mécanismes ont été mis en œuvre pour limiter l'épuisement des membres de l'association, notamment sur des postes qui demandent un investissement considérable. Ainsi, la présidence est tournante. L'embauche de l'infirmière coordinatrice et de la secrétaire décharge également les adhérents, puisqu'elles s'occupent des tâches de coordination et de secrétariat. Elles interviennent en appui aux professionnels libéraux, et leur permettent de se recentrer sur leur cœur de métier, ce qui est d'autant plus important compte tenu de la démographie médicale en tension. L'ACI permet pour partie de rémunérer les salariées mais également les temps de coordination des professionnels libéraux. Une jeune paramédicale explique la plus-value de cette rémunération alternative au paiement à l'acte « Parce que c'est de l'engagement personnel, mais aussi professionnel. C'est-à-dire que tous ces temps-là, on les prend sur notre temps de consultations. [...] Et du coup c'est renoncer aussi à cette rémunération, enfin à ce salaire-là entre guillemets. Et je trouve que c'est important de pouvoir valoriser, enfin de pas être sur du bénévolat. [...] c'est du travail, donc dès l'instant où c'est du travail, je trouve ça cohérent que ce soit rémunéré. ». Elle souligne cependant l'importance de l'engagement des professionnels « ça ne fait pas tout, c'est-à-dire que on aurait des rémunérations mais personne de dynamique, ça marcherait pas non plus. C'est-à-dire qu'on a quand même un groupe de professionnels qui est vraiment engagé, et convaincu de ce qu'il fait, et passionné aussi de ce qu'il fait. Et c'est ça qui fait que ça fonctionne je pense » (Entretien n°4, professionnelle paramédicale). Il y a une volonté au sein de l'ASVB de réduire la hiérarchie symbolique entre les professions et une recherche d'horizontalité. Le travail pluriprofessionnel se caractérise notamment par des relations interprofessionnelles moins hiérarchisées et donc plus égalitaires entre professionnels médicaux et paramédicaux. La gouvernance au sein de l'ASVB se caractérise par une culture interprofessionnelle dans laquelle le *leadership* est partagé entre les différentes professions « il y a une grande place aussi, ce qui m'a agréablement surprise, c'est que à la base c'est quand même une association composée majoritairement de médecins, et je trouve qu'il y a une grande place de faite aussi pour les professionnels non-médicaux ; Et à plusieurs reprises il y eu justement des perches qui nous ont été tendues par des médecins "Tiens, ce serait bien qu'il y ait plus de kinés, ou plus d'autres corps de métier présents lors des commissions notamment". Donc c'est bien. [Une situation] de déploiement des potentialités de l'ASVB » (Entretien n°4, professionnelle paramédicale). En ce sens, l'ASVB est le théâtre d'une démocratisation des relations professionnelles. Un intérêt particulier est également porté au respect de la liberté d'engagement de chacun. L'engagement n'est ni permanent,

ni exclusif, à l'instar de la situation décrite dans certains centres de santé de Grenoble par Parizot *et al* (2013) « Le sentiment d'appartenance est fort sans être exclusif, le modèle culturel lie sans étouffer. » C'est ce qu'illustre le mot de la fin du rapport moral du Président, lors de l'AG du mercredi 6 juin 2018 « Je nous souhaite à tous une excellente prochaine année en n'oubliant pas que *nul n'est irremplaçable* et qu'au sein du *collectif*, nous devons croire en *la capacité de chacun de développer et mobiliser ses propres ressources*, car elles sont *précieuses*. » Ce sont donc deux cultures, à la fois une culture individuelle et une culture collective, qui s'articulent au sein de l'ASVB (Fournier, 2015). Le modèle culturel à l'œuvre est à rapprocher du « modèle communautaire » qui « définit des organisations qui se caractérisent par la force des normes de relation entre collègues (plus déterminantes que les règles formelles) et par des modalités de fonctionnement délibérément souples et aménagées localement. » (Parizot *et al*, 2013<sup>17</sup>).

### **1.3 Entre rupture et continuité : de l'Association Avenir-Santé à l'ASVB**

Même si une vingtaine d'années les sépare, il existe une certaine forme de filiation entre Villejean-Santé et l'ASVB. Tout d'abord parce qu'une partie des jeunes médecins qui investissaient le territoire à la fin des années 70 - début 80, ceux-là même qui ont créé Villejean-Santé, ont fait toute leur carrière sur le quartier. On les retrouve donc en 2011-2012 lors de l'émergence de l'ASVB : « *il y a eu un temps d'interruption [...] entre ces deux associations, mais les graines étaient semées quand même, et il y avait toujours cette envie de travailler ensemble, qui ne s'est jamais éteint, entre médecins* » (Entretien n°2, médecin retraité). Certaines activités, initiées du temps de Villejean-Santé, n'ont jamais cessé, c'est le cas des concertations entre les médecins généralistes et les gynécologues « *les concertations mensuelles qu'on avait avec le cabinet de gynéco [...] un vendredi par mois. Après c'est passé à tous les deux mois, mais sans interruption pendant plus de 30 ans, et ça continue toujours* » (Entretien n°2, médecin retraité). Mais, sans conteste, ce qui lie les deux époques c'est l'engagement éthique des professionnels en faveur de l'amélioration de la santé des habitants du quartier et la volonté de faire du travail collectif et pluridisciplinaire une force au service de cet objectif.

Toutefois, il existe un certain nombre d'évolutions notables entre les deux périodes. Tout d'abord, la sociologie du quartier de Villejean a sensiblement changé. Ainsi, dans les années 70, « *c'était pas un quartier aisé, loin de là, mais il y avait une mixité. Il y avait une partie importante de la population quand même qui était en précarité, mais il y avait quand même une grosse proportion de classes moyennes : beaucoup d'enseignants, beaucoup de gens qui travaillaient à Pontchaillou, des infirmiers, des travailleurs sociaux... et qui sont maintenant peu nombreux dans le quartier* ». Aujourd'hui, le profil social du territoire s'est transformée « *la précarisation du quartier... les gens ils sont dans des questions*

---

<sup>17</sup> En référence aux travaux de sociologie du travail réalisés par Renaud Sainsaulieu.

*de survie à Villejean aujourd'hui.* » Cette mutation s'est accompagnée d'un étiolement des associations d'habitants, très actives dans les années 70, notamment l'ARV qu'un médecin considère à présent « *squelettique* » (Entretien n°2, médecin retraité).

Le contexte de démographie médicale a lui aussi changé. A l'époque d'Avenir-Santé, « *il y avait un climat de concurrence et quand on s'installait quelque part, ceux qui étaient en place avait l'impression qu'on venait leur manger leur pain* » tandis qu'à l'heure actuelle, « *l'inquiétude des médecins, c'est plutôt la surcharge. Donc ça apaise les choses au niveau relationnel* » (Entretien n°2, médecin retraité). Ainsi, les générations actuelles sont moins exposées aux tensions de concurrence du fait d'un contexte de démographie médicale décroissante, qui est en outre favorable à l'émergence de nouvelles formes d'exercice coordonné en réponse à la demande accrue à laquelle ils doivent faire face.

La rémunération des professionnels de santé dans les années 80 reposait exclusivement sur le paiement à l'acte. Ainsi, toutes les activités réalisées dans le cadre d'Avenir-Santé étaient entièrement bénévoles, ce qui est l'un des facteurs ayant mené à l'érosion de la dynamique de départ. L'ASVB, depuis la création de la SISA en 2015, reçoit des financements issus de l'ACI permettant le paiement d'honoraires aux professionnels pour les activités pluriprofessionnelles et la rémunération de salariées. Dans un souci d'horizontalité, le choix a été délibérément pris de rémunérer tous les professionnels aux même taux, qu'ils soignent médicaux ou paramédicaux. Ce financement rend plus attractif l'exercice coordonné et compense (en tout ou en partie) le manque à gagner par rapport à une activité de consultations. Seuls restent exclusivement bénévoles les temps consacrés au dispositif associatif : bureaux, CA, AG. Le financement ACI ne doit cependant pas occulter le fait qu'à la création de l'association, les temps consacrés aux actions étaient entièrement bénévoles puisque la création de la SISA n'intervient qu'en 2015 (alors que l'association naît en 2012). Le quasi-triplement de l'ACI permet à l'heure actuelle une rémunération des adhérents à hauteur de 70 euros de l'heure. Cependant, lors d'une période transitoire, celui-ci s'élevait à deux euros « symboliques ». Par ailleurs, le taux horaire actuel n'était pas connu des professionnels en amont de leur implication dans les différentes activités de l'association, et le taux prévu était plutôt de l'ordre de 35 euros l'heure.

Par ailleurs, il est à noter une différence quant à la composition des deux associations. Villejean-Santé avait un périmètre plus restreint que l'ASVB au niveau des professionnels de santé, mais elle intégrait plus largement les travailleurs sociaux et les usagers « *Les pharmaciens, par exemple, ils étaient totalement absents de notre démarche en 70-80. Les pharmaciens totalement, les infirmières on les voyait pas non plus, on avait une kiné, les autres kinés n'étaient pas du tout dans le coup* » « *on avait beaucoup plus de relations et d'actions communes avec les travailleurs sociaux et les usagers* ». Quant à l'ASVB, « *elle est plus étendue au niveau des professions médicales et paramédicales* » (Entretien n°2,

médecin retraité). En effet, celle-ci intègre une quinzaine de professions différentes, notamment six pharmaciens et une trentaine de paramédicaux.

Un autre facteur qui a évolué est le positionnement face aux institutions. Tout d'abord, il est important de souligner que le projet de Villejean-Santé était hétérodoxe, en rupture avec la culture dominante, puisque la finalité souhaitée au départ était la création de centre de santé intégré, qui remettait en cause l'exercice libéral « *les syndicats de médecins libéraux et le conseil de l'ordre se sont levés farouchement contre le projet. On était minoritaires dans le corps médical, on était très très minoritaires* » (Entretien n°2, médecin retraité). Il y avait donc une dimension politique et militante très forte, qui avait tendance à isoler les promoteurs du projet. Le projet qui émerge en 2012 est plus *consensuel*, moins politique, en ce sens qu'il ne remet pas en cause l'exercice libéral et se saisit des opportunités nouvelles, dont les partenariats avec les acteurs institutionnels, notamment la ville de Rennes et l'ARS. Ce positionnement procède d'une logique d'ouverture, et s'est construit progressivement « *La ville de Rennes a commencé à s'intéresser à ce qu'on faisait, ça a commencé à se dire, l'ARS commençait à être au courant, la ville nous a dit "mais rencontrez l'ARS" nous on se dit "qu'est-ce qu'on va faire avec l'ARS ?" [...] Et, bah petit à petit, on a appris à ne pas se méfier de la Ville, à penser que l'ARS était peut-être utile [...] Mais ça a mis un peu de temps tout ça, ce n'était pas dans notre culture de base [...] Et puis, petit à petit, c'est venu* » (Entretien n°1, médecin retraitée). Ainsi, l'ASVB a su saisir les opportunités lorsqu'elles se présentaient et construire un cadre favorable au développement de ses actions.

## 2 Le projet PEPITO : un projet collectif de santé publique

### 2.1 Une priorité pour le quartier : Les difficultés des apprentissages et du comportement chez l'enfant

#### 2.1.1 Le QPV de Villejean

Villejean est un quartier prioritaire de la politique de la Ville (QPV). Dans les catégories du ministère de la ville, maintenant inscrites dans la loi, les quartiers prioritaires sont les 1500 quartiers français les plus pauvres (concentration de populations ayant des ressources inférieures à 60% du revenu médian). Ils regroupent environ 8% de la population métropolitaine. La politique de la ville, centrée sur ces territoires les plus en difficultés, vise à encourager le développement économique, la cohésion sociale et à améliorer le cadre de vie et le renouvellement urbain (Unicef, 2016).

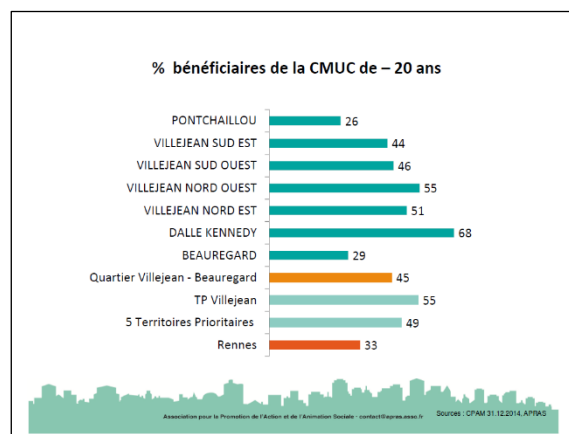
Les QPV sont des quartiers défavorisés, socialement disqualifiés, qui concentrent un certain nombre de difficultés, pouvant être cumulatives : difficultés économiques, difficultés d'accès au marché du travail, mais également discriminations. Depuis les années 80, émergent ce que l'on qualifie aujourd'hui de "nouveaux risques sociaux", qui se traduisent par une montée de la précarité dans toutes ses dimensions<sup>18</sup>. Selon Serge Paugam, le fait de « grandir dans un quartier défavorisé constitue bien en tant que tel un facteur d'inégalité » et en ce sens représente « en lui-même un marqueur social » (UNICEF, 2016).

La population de Villejean se caractérise par une précarité importante. Si l'on compare les taux de bénéficiaires de la CMU-C de moins de 20 ans entre la moyenne rennaise (33%) et le taux sur l'IRIS « Dalle Kennedy » (68%), celui-ci varie du simple au double<sup>19</sup>.

Les familles en situation de précarité cumulent une insécurité sociale et économique qui peut d'une part, avoir un impact sur leur santé physique et psychologique

et, d'autre part, compliquer leur accès aux soins, notamment pour les enfants. Pour cette raison, il

**Figure 4. Pourcentage de bénéficiaires de la CMU-C de moins de 20 ans**



<sup>18</sup> Selon J. Wrezinski les situations de précarité se développent lorsque les conditions concernant « le niveau socio-économique, l'habitat, les réserves financières, le niveau culturel, d'instruction et de qualification professionnelle, les moyens de participation associative, syndicale et politique » sont défavorables. (Wresinski, 1987). (In : « *Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale : le score EPICES »*)

On peut ajouter à cette définition la dimension « situation familiale » (notamment familles monoparentales).

<sup>19</sup> Sources : CPAM 31.12.2014, APRAS.



paraît particulièrement opportun de s'interroger sur l'accès aux soins précoces pour les enfants ayant des difficultés des apprentissages et du comportement dans les quartiers défavorisés.

### *Agir dès le plus jeune âge : un levier de lutte contre les Inégalités Sociales de Santé (ISS) ?*

Les inégalités sociales de santé (ISS) se caractérisent par des disparités observées quant à l'état général de santé entre des groupes sociaux : on trouve une corrélation entre état de santé d'un individu et indicateurs de position sociale (revenus, études, professions...). Selon l'OMS, l'une des mesures qui offre les meilleures chances de réduire les inégalités sociales de santé en l'espace d'une génération est d'investir dans les premières années de l'existence<sup>20</sup> (OMS, 2009).

#### **2.1.2 Les difficultés d'apprentissage et de comportement chez les enfants**

##### *Difficultés et troubles : de quoi parle-t-on ?*

Selon la terminologie utilisée par la HAS (2017) le terme de « difficultés » décrit la plainte constatée à l'occasion d'un premier repérage, celui de « troubles » indique la confirmation par le personnel de santé d'un déficit avéré, persistant malgré les aides. Agir dès que les difficultés sont exprimées procède d'une logique de prévention secondaire (prévention de l'aggravation des difficultés en troubles), et nécessite un repérage précoce des enfants.

##### *Données épidémiologiques*

Il n'existe pas de données épidémiologiques sur les difficultés en tant que telles, c'est pourquoi nous apporterons ici quelques données de cadrage sur les troubles des apprentissages et de comportement. De manière générale, environ 12 % des enfants et adolescents seraient touchés par un ou plusieurs trouble(s) mental(aux) en France aujourd'hui, soit environ un sur huit<sup>21</sup>.

De manière plus précise :

##### ➤ Troubles spécifiques des apprentissages (TSA)

Selon la HAS, les estimations globales issues d'études internationales révèlent une prévalence des troubles spécifiques des apprentissages de l'ordre de 8 %. (HAS, 2017).

##### ➤ Troubles de comportement

Pour les enfants d'âge scolaire, la prévalence du trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est estimée à 5,6%<sup>22</sup> des enfants en France.

---

<sup>20</sup> [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/closethegap\\_how/fr/index1.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/fr/index1.html)

<sup>21</sup> Chiffres issus d'une expertise collective INSERM (2002) présentés par le Dr Carole Fouqueré lors de la plénière de Conseil Rennais de Santé Mentale (CRSM) 2018

<sup>22</sup> En ligne sur :

<http://www.psychom.org/Espace-Presses/Sante-mentale-de-A-a-Z/Troubles-du-comportement-chez-l-enfant> [Article publié le 28 mai 2015, consulté le 16.07.18]

Par ailleurs, la prévalence du trouble des conduites est estimée à 2%<sup>23</sup> pendant l'enfance.

L'estimation de la prévalence de ces différents troubles est complexe et varie en fonction des outils d'évaluation utilisés. De plus, il peut exister un facteur cumulatif entre ces différents troubles.

### *Les différents niveaux de prises en soins*

Le dispositif PEPITO intervient en niveau 1 tel que défini par la HAS<sup>24</sup>. Ce niveau d'intervention intègre les professionnels de premier recours : le médecin de l'enfant (médecin généraliste ou pédiatre), le médecin de santé scolaire (de l'Éducation nationale ou de la municipalité) ou de Protection maternelle et infantile, en lien avec les rééducateurs (orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, orthoptistes) et les psychologues (HAS, 2017). L'intervention d'accompagnement des familles par l'infirmière coordinatrice de PEPITO correspond à un niveau 1 de coordination de parcours, car elle ne dispense pas elle-même de soins.

Le niveau 2 implique l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée. Il concerne les enfants dont la situation nécessite une coordination pluridisciplinaire et une expertise de coordonnateur et de l'ensemble de l'équipe. L'intervention de niveau 2 est assurée en grande partie par des structures médico-sociales : CMPP, CAMSP, CMPEA, CMP<sup>25</sup>. Certains réseaux « Dys » interviennent également à ce niveau. Par exemple le Réseau Arc en Ciel en Côtes-d'Armor, qui fait de la coordination de parcours. Le niveau 3 est un niveau dit « d'expertise » qui fait intervenir les équipes pluridisciplinaires expertes des centres de référence des troubles du langage et des apprentissages (CRTLA) dans les cas de situations « très complexes ». Ce niveau est également en charge de la recherche sur les TSA et de la formation des professionnels.

PEPITO se positionne sur un niveau 1 de coordination et intervient en complémentarité avec les services de PMI, le service santé de la ville de Rennes, la médecine scolaire (niveau 1), le CAMSP, le CMPP et le CMP (niveau 2). L'équipe est également en lien avec le CRTLA adossé au CHU de Rennes.

### **2.1.3 Le public du projet PEPITO**

Le projet PEPITO s'adresse aux enfants de 3 à 9 ans. Les difficultés identifiées par le dispositif comme nécessitant un repérage précoce sont : les difficultés de langage, de motricité, d'attention, de lecture, un décalage dans le développement ainsi que les difficultés du comportement (opposition, agressivité, instabilité, repli, tristesse, peurs, etc...). Le périmètre d'intervention du projet PEPITO est relativement difficile à circonscrire précisément, s'agissant d'une logique préventive. Une professionnelle paramédicale explique ainsi que « *le souci, c'est qu'on a différents degrés en fait de difficultés chez*

---

<sup>23</sup> *Ibid.*

<sup>24</sup> Pour plus d'information, voir : Annexe 06. Vue d'ensemble du parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages. HAS, 2017.

<sup>25</sup> Il s'agit ici d'une spécificité de Villejean qui dispose d'un CMP dédié aux enfants.

*l'enfant. On a des enfants qui peuvent consulter [...] pour un petit retard de développement, ou une maladresse, ou une petite difficulté comportementale ou d'apprentissage mais qui n'est pas encore de l'ordre de la pathologie, qui nécessite qu'on s'en occupe maintenant, sans quoi on s'expose à une aggravation des difficultés et à une dégénérescence vers des troubles et une pathologie. Et en fait, toute cette partie de patientèle se retrouve un peu dans un no man's land au niveau de la prise en charge. C'est-à-dire que ce n'est pas assez lourd pour que ce soit de la MDPH [...] puisqu'on [est] dans quelque chose de l'ordre du préventif et de la prise en charge précoce, avant l'installation de réelles pathologies, et c'est en ça qu'on est en difficulté quand même et qu'il y a une grosse inégalité d'accès aux soins. » (Entretien n°4, professionnelle paramédicale). On retrouve ce constat chez une directrice de réseau qui explique que « A la limite [...] un trouble sévère des apprentissages, il est assez vite repéré, et pris en charge par des structures spécialisées. [...] Le problème c'est les troubles légers à moyens, qu'on repère plus tardivement, avec des enfants qui vont avoir leur estime de soi qui va être quand même abîmée, des parents qui comprennent pas comment fonctionne cet enfant » (Entretien n°3, directrice d'un réseau de santé). La notion de no man's land évoquée par cette paramédicale est intéressante en ce sens qu'elle renvoie à une certaine forme d'invisibilité des situations auxquelles sont confrontées ces familles. Elle souligne également l'existence d'une offre insuffisante ou inaccessible liée à des dysfonctionnements ou déficits de l'offre de service et met en évidence l'importance de cibler les populations les plus fragiles selon une logique d'intervention de type interstitielle (Naiditch et Frattini, 2016).*

## **2.2 Emergence et structuration**

*Constat initial et émergence du projet : une initiative bottom-up et territoriale*

Le projet PEPITO est né d'une initiative ascendante, *bottom-up*, sur la base du constat collectif, partagé par de nombreux acteurs du quartier, qu'il existait des ruptures dans les parcours de santé des enfants et/ou que les prises en soins se révélaient souvent tardives. Ces acteurs sont multiples : les parents confrontés aux difficultés de leurs enfants, les enseignants des écoles maternelles et primaires de Villejean, les professionnels de santé (médecins généralistes, pédiatres, équipe de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), service santé de l'Education Nationale, le Service Santé Enfance (SSE) de la Ville de Rennes, les professionnels paramédicaux), les professionnels de la petite enfance, le Programme de Réussite Educative de la ville de Rennes.

Par ailleurs, les structures médico-sociales de niveau 2 présentes sur le territoire sont en difficulté face au nombre important de demandes de prises en soins. La plupart du temps, ces demandes émanent des parents, orientés par le milieu scolaire ou les professionnels de la petite enfance. Elles sont principalement dirigées vers les structures de niveau 2 (CMP, le CMPP ou CAMSP) actuellement

saturées mais dont les soins sont remboursés. Le CMPP, par exemple, a des délais d'attente de 12 à 18 mois. En 2017, 70 enfants étaient en attente d'une consultation initiale<sup>26</sup>.

### *Mobilisation initiale*

Le projet PEPITO est en cohérence avec le projet de santé de la MSP (qui était alors un « Pôle de santé ») validé en 2014 par l'ARS. En effet, le projet de soins, qui est l'une des composantes du projet de santé, intègre un axe intitulé « La santé des enfants », dont l'un des objectifs alors énoncé était d'« Amorcer des prises en charge pour des enfants de 0 à 7 ans présentant des troubles du comportement et/ou des difficultés d'apprentissage ».

Les acteurs se sont mobilisés dès 2015 à la fois au sein de la Commission enfance de l'ASVB, mais également dans le cadre de la Commission santé du quartier, issue du conseil de quartier et pilotée par la ville de Rennes (instance de démocratie de proximité). Par la suite, un groupe restreint de la Commission santé s'est constitué pour approfondir l'interconnaissance entre acteurs, l'identification des manques et des besoins en termes de soins, mais aussi pour améliorer la coordination et l'orientation du parcours des enfants et de leurs familles. En parallèle, la Commission enfance s'est saisie du sujet et a notamment réalisé une brochure intitulée « Prise en charge précoce – Soutien à la parentalité, Difficultés d'apprentissage et de comportement chez l'enfant ». Cette brochure, initialement destinée aux professionnels, a été conçue dans l'esprit d'un protocole pluri-professionnel. Il s'agit d'un outil, construit collectivement, sur lequel les membres de l'ASVB peuvent s'adosser afin d'optimiser les parcours de santé des enfants. Cette brochure participe en ce sens à l'harmonisation des pratiques. Elle décrit les différentes orientations possibles pour les enfants ainsi que les ressources mobilisables sur le territoire.

### *Objectifs du projet*

Le projet PEPITO s'est construit autour de l'objectif principal de promouvoir le bien-être et la santé mentale des jeunes enfants de 3 à 9 ans. Cet objectif principal se décline en deux axes d'interventions, à la fois une action individualisée d'accompagnement des familles, mais également des actions collectives à destination des acteurs partie prenante dans les parcours des enfants, familles y compris. Ces deux axes sont complémentaires, interdépendants, et sont développés concomitamment.

L'objectif principal est étayé par plusieurs sous-objectifs : réduire les délais d'attente (et par là même l'aggravation des difficultés) et limiter les ruptures de soins des enfants. Il s'agit également de soutenir et de guider les parents confrontés à un système de santé complexe et peu lisible, dans une logique d'accompagnement à l'autonomie (orientation dans le système de santé, recherche de financements).

---

<sup>26</sup> Ces données, recueillies par les promotrices de PEPITO, sont issues du dossier de demande de financement Cerfa du Contrat de ville pour 2017.

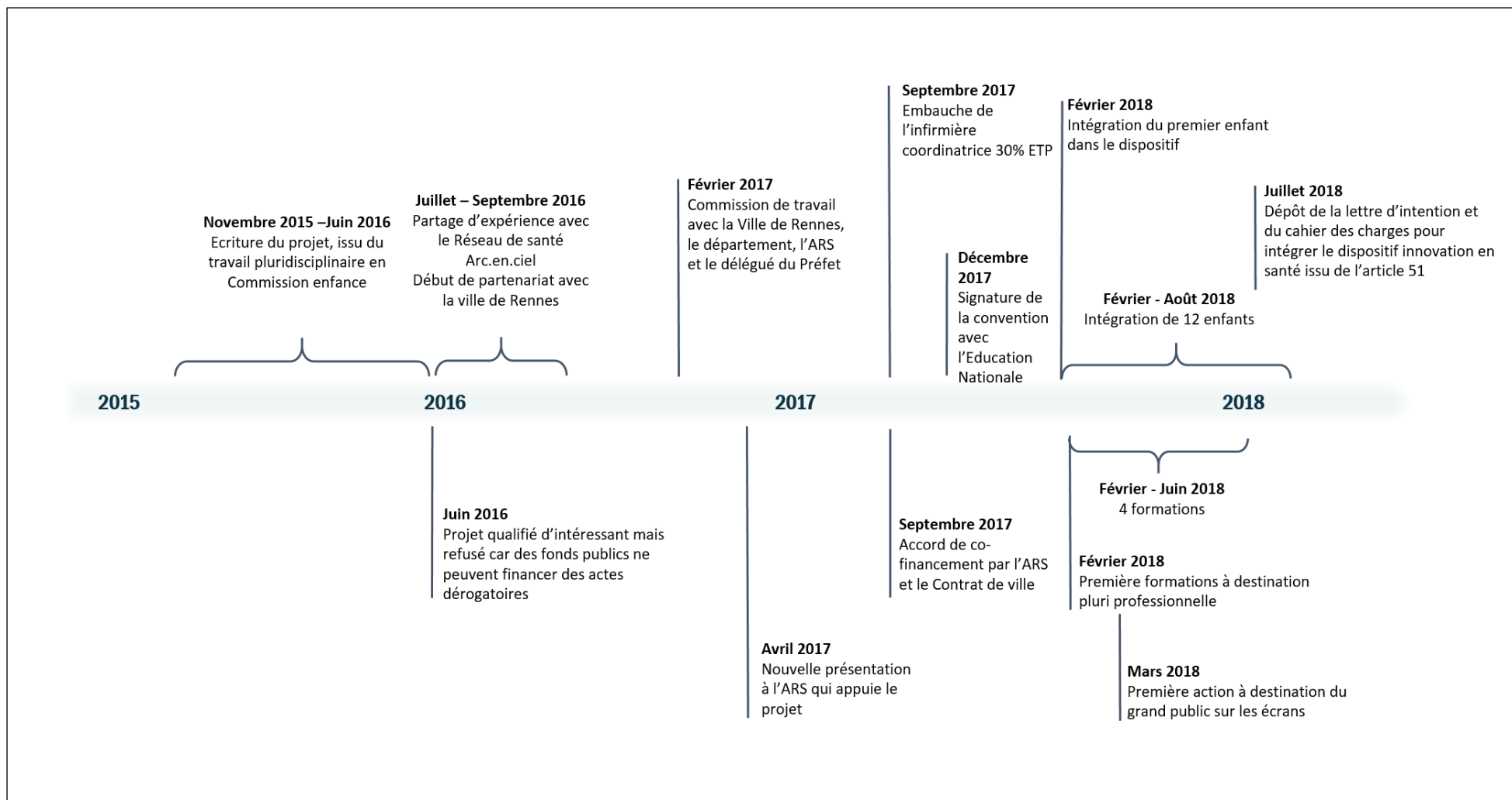
En parallèle des actions collectives sont organisées : actions grand public à destination des habitants du quartier et actions de formations à destination pluriprofessionnelle. Ces dernières concourent à favoriser l'interconnaissance entre les acteurs et ainsi optimiser la coordination des parcours. Elles participent en outre à l'amélioration des pratiques des différents intervenants.

De manière générale, l'intervention procède d'une logique de réduction des ISS sur le territoire, en diminuant l'asymétrie d'information qui impacte négativement l'accès aux soins des familles. Une action de plaidoyer est par ailleurs menée auprès des financeurs potentiels afin de trouver une solution pour les actes non remboursés par la Sécurité Sociale (psychomotricité, ergothérapie et psychologie). En effet, l'un des principaux freins à l'accès aux soins des familles, en particulier les plus modestes, est l'accessibilité financière.

### *Structuration du projet*

Comme décrit précédemment, l'intervention en faveur des enfants est déjà l'un des axes développés dans le projet de santé du Pôle (qui deviendra par la suite la MSP) en 2014. Le projet se construit plus précisément entre 2015 et 2016. Une première demande de financement, dans le cadre du Contrat de ville, est déposée en 2016. Le projet, considéré comme « intéressant » par l'ARS, est alors rejeté car il intègre le financement d'actes non remboursés par la Sécurité Sociale (hors nomenclature). Le projet est alors retravaillé, le volet « actes hors nomenclature » est provisoirement abandonné. La nouvelle mouture, centrée sur l'action de coordination, est proposée au Contrat de ville en avril 2017. Elle aboutit à un financement à partir de septembre 2017, qui permet l'augmentation du temps de travail de l'infirmière coordinatrice de 30% ETP dédiée à PEPITO et le lancement « officiel » du projet. De septembre 2017 à février 2018, une phase de préparation préalable à la mise en œuvre de l'action est lancée. Il s'agit de mobiliser les partenaires et renforcer les partenariats, préparer les actions collectives, créer les outils PEPITO. En novembre 2017, l'infirmière coordinatrice s'installe dans un bureau à l'Espace Santé Olivier Sabouraud, situé à Villejean. Elle dispose dorénavant d'un lieu où accueillir les familles. Une convention entre l'Education nationale et l'ASVB est signée en décembre 2017. En février 2018, l'infirmière coordinatrice commence l'accompagnement de la première famille et le cycle de formations pluriprofessionnelles débute. Une première action grand public sur les écrans se déroule fin mars 2018.

Figure 5. Frise chronologique du projet PEPITO



## *Financement*

Le projet PEPITO est financé depuis septembre 2017 dans le cadre du contrat de ville. Le contrat de ville regroupe 4 financeurs : l'Etat (GCET) et trois collectivités (le Département, Rennes Métropole et la Ville de Rennes). Le partage des financements se fait entre ces quatre acteurs. Il existe en effet un enjeu sur les domaines de compétences de chacun d'entre eux. Pour PEPITO, c'est surtout le Département qui est concerné puisque l'enfance et la PMI dépendent de son champ de compétences. Le projet PEPITO bénéficie d'un co-financement ARS et Contrat de ville. Le Contrat de ville n'est jamais le seul financeur sur un projet. Il intervient toujours en complément d'un autre financeur, en l'occurrence l'ARS. Il procède d'une logique de discrimination positive en soutenant des projets dans les quartiers prioritaires. Dans le traitement du dossier, la Direction des Quartier Nord-Ouest (DQNO) endosse un rôle de « *facilitateur*<sup>27</sup> » (notamment pour les prises de contacts auprès d'autres institutions, en l'espèce il s'agit par exemple du travail de « lien » avec l'ARS), et d'appui en amont à l'association pour le montage du dossier (ce qui facilite par ailleurs son traitement ultérieur). Lorsque le dossier est déposé, une copie est transmise à l'ARS. Dans le cadre du Contrat de ville, le dossier est ensuite présenté par la chargée de mission Politique de la ville de la DQNO aux élus et aux services techniques de la ville de Rennes et de Rennes métropole. Concernant la présentation aux services techniques, cette étape est facilitée puisque certains interlocuteurs connaissent déjà le projet. Dans un second temps, les dossiers sont présentés à l'ensemble des financeurs (une centaine de dossiers sont étudiés). Le projet PEPITO est un projet relativement important (en montant) dans le cadre du Contrat de ville. En 2017, ce sont le Département et la Ville de Rennes qui ont participé au financement. Pour 2018, le CGET (Etat) s'est substitué à la Ville. La part la plus importante du financement (environ 80%) échoit à l'ARS<sup>28</sup> puisque c'est elle qui finance la coordination (30% ETP de l'infirmière coordinatrice). Le Contrat de ville intervient en complément pour le financement des actions de formation et les interventions grand public.

### **2.3 Actions et modalités d'intervention**

Le projet PEPITO intègre plusieurs dimensions, qui se déclinent en différentes actions.

Trois types d'actions :

- Actions structurantes et transversales (Coordination globale du projet)
- Actions collectives (Coordination d'actions)
- Actions individuelles (Coordination de parcours)

---

<sup>27</sup> Terme utilisé par la chargée de mission Politique de la ville de la DQNO.

<sup>28</sup> 2017 : FIR.

### **2.3.1 Actions structurantes et transversales**

#### *L'élaboration des outils*

L'implémentation du dispositif PEPITO a nécessité tout d'abord la conception d'outils, tels que le livret de suivi et la plaquette de présentation du projet. Le livret de suivi PEPITO est remis aux familles lors de l'entrée dans le dispositif. Propriété des parents, il permet le suivi de l'accompagnement de l'enfant par l'infirmière coordinatrice et la communication entre les différents professionnels intervenant dans la prise en soins. Il sert de support à la réalisation d'un état des lieux initial des dispositifs déjà engagés, dans un souci de subsidiarité et de complémentarité. Il s'agit en effet de coordonner les parcours en prenant en compte les autres interventions engagées. La plaquette PEPITO est un document d'information sur le dispositif. Elle est diffusée aux partenaires. Elle est également intégrée au livret remis aux parents, et permet d'informer les professionnels de santé extérieurs au quartier de l'objet et du fonctionnement du dispositif PEPITO. Elle est par ailleurs utilisée à des fins d'information et de communication.

#### *La mise en œuvre de partenariats*

Dans le cadre du projet PEPITO, l'ASVB travaille en partenariat avec de nombreux acteurs. Le dispositif PEPITO est en lien régulier et intervient en complémentarité avec les partenaires suivants : L'Éducation nationale et la médecine scolaire, le service santé enfance (SSE) de la ville de Rennes, les services de PMI, le CAMSP, le CMPP, le CMP. Assurément, le jalon majeur de cette première année d'activité est la signature d'une convention formalisant le partenariat entre l'Éducation nationale et l'ASVB dans le cadre du projet PEPITO. Cette convention constitue le socle nécessaire au développement de la coordination des actions entre l'Éducation nationale et l'ASVB, puisqu'elle permet notamment aux professionnels de l'Éducation nationale d'orienter les familles vers le dispositif, mais également à l'infirmière coordinatrice PEPITO, d'intervenir directement au sein des établissements scolaires. Cette convention a ainsi permis l'accompagnement des premières familles à partir de février 2018 et la mise en place d'un premier cycle de quatre formations à destination pluriprofessionnelle intégrant les enseignants (février à mai 2018). Cette convention est porteuse d'opportunités et ouvre des perspectives quant au développement du projet pour l'année 2018-2019.

Par ailleurs, dans le cadre de PEPITO, l'infirmière coordinatrice de l'ASVB participe une fois par mois à la cellule du Programme de Réussite Éducative (PRE) depuis novembre 2017. Le PRE, initié par la loi de Cohésion sociale de 2005, regroupe des professionnels d'horizons différents (social, Éducation nationale 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degré, socioculturel, prévention spécialisée, santé) qui se concertent collectivement sur des dossiers anonymisés d'élèves du quartier prioritaire de Villejean ayant des difficultés scolaires, selon une approche globale de l'enfant.



L'ASVB s'investit également dans la vie du quartier. Elle était notamment présente au forum des associations 2017, lors duquel elle a pu communiquer sur le projet PEPITO. Elle a par ailleurs participé à la préparation de Famille en mouvement, temps fort de la vie associative du territoire qui regroupe de nombreux acteurs, et a inscrit sa première intervention à destination du grand public sur le thème des écrans dans le cadre de cet évènement. L'ASVB était de plus présente lors de l'inauguration de Familles en mouvement, le 23 mars 2018, ce qui lui a permis de communiquer sur cette intervention et plus généralement sur le projet PEPITO.

#### *Actions d'information*

Des temps de rencontres avec les professionnels de l'Éducation nationale, les familles et les partenaires de la petite enfance ont eu lieu au sein des écoles dès début septembre 2017, lors des petits déjeuners de rentrée. Par ailleurs, conséquence de la signature tardive de la convention avec l'Éducation nationale, des présentations du dispositif ont à nouveau été réalisées en février 2018 à destination des enseignants dans chaque école du quartier de Villejean afin de rétablir le contact et remobiliser les enseignants autour du projet. Il a également été présenté en février aux professionnels libéraux du quartier, membres de l'ASVB, lors d'une réunion d'information du dispositif PEPITO, portant sur l'accompagnement individuel des enfants et les formations à destination des professionnels. Ceux-ci sont informés des évolutions du projet et des évènements afférents via le programme de la semaine adressé chaque lundi à tous les membres de l'association.

#### *Actions de communication*

Dans le cadre du projet PEPITO, l'ASVB a pris part à la Plénière du CRSM (Conseil Rennais de Santé Mentale), organisée par la ville de Rennes le 21 mars 2018, lors de laquelle deux membres du Comité de pilotage ont contribué à l'animation d'un atelier (n°3) ayant pour thème : "repérer et orienter : Atelier interconnaissance". Le dispositif PEPITO a été présenté par une partie du Comité de pilotage lors des 7<sup>es</sup> Journées nationales de la FFMPs (Fédération française des maisons et des pôles de santé), qui se tenaient les 9 et 10 mars 2018 à Nantes. A cet effet, un poster présentant le dispositif a été réalisé et exposé lors du congrès. Ce poster a également été présenté aux acteurs institutionnels lors du comité des financeurs du 23 février 2018 et exposé lors du CRSM du 21 mars 2018. Le projet a par la suite été présenté à Agnès Buzyn<sup>29</sup>, Ministre des Solidarités et de la Santé, lors de sa visite à Rennes en juin 2018.

---

<sup>29</sup> Le samedi 23 juin 2018.

### 2.3.2 Actions collectives

#### Les formations PEPITO

Le dispositif prévoit des temps de formation, animés essentiellement par les professionnels de santé du quartier (psychomotriciennes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychologues, orthoptiste), et ponctuellement des professionnels extérieurs (neuropédiatre, psychomotricienne CMP). Le but de ces formations est de développer l'interconnaissance entre les acteurs, de favoriser l'émergence d'une culture commune et de permettre, *in fine*, une montée en compétence générale des professionnels intervenant sur le quartier. Ces formations sont proposées à la fois aux autres PDS de la MSP, aux enseignants des écoles primaires et aux personnels de la médecine scolaire, aux professionnels du secteur social et médico-social. Pour 2017-2018, quatre formations ont été proposées entre février et mai, sur des créneaux de deux heures en fin d'après-midi (17-19h). Chaque intervention a mobilisé entre 20 et 30 professionnels, comme présenté dans le tableau ci-après :

Tableau 2. Formations à destination pluriprofessionnelle sur les troubles des apprentissages et du comportement chez l'enfant

	Lieu	Total professionnels présents	Total Éducation nationale	Dont PDE**	Dont médecins infirmières
<b>Formation du 22.02.18 : neuropédiatre</b>	Centre social Dalle Kennedy	34	13	9	4
<b>Formation du 27.03.18 : orthophonistes et orthoptiste</b>	ESOS*	22	4	3	1
<b>Formation du 19.04.18 : psychomotriciennes et ergothérapeutes</b>	Ecole primaire Guyenne	22	9	7	2
<b>Formation du 24.05.18 : psychologues</b>	ESOS*	23	9	8	1

\*ESOS : Espace Santé Olivier Sabouraud, 7 rue de Normandie, Rennes.

\*\*PDE : Professeurs Des Ecoles

Chacun de ces temps de formation fait l'objet d'une évaluation *ex-post*, par la diffusion d'un questionnaire numérique permettant à l'ASVB de mieux connaître les attentes des participants dans une optique d'amélioration continue de l'action. Pour l'année scolaire 2018-2019, l'association souhaite conserver le même schéma de formations. Il est par ailleurs à noter que les enseignants viennent sur leur temps personnel, car les formations PEPITO ne sont pas intégrées au programme de formation officiel de l'Éducation nationale. L'ASVB est actuellement en attente d'un retour<sup>30</sup> de l'Inspection Académique afin d'officialiser ces 8 heures de formation dans le programme 2018-2019.

#### Les interventions grand public

Deux interventions grand public étaient prévues pour l'année 2017-2018. L'ASVB a inscrit la première dans le cadre de Famille en mouvement, qui regroupe de nombreux acteurs du quartier. Celle-ci s'est

---

<sup>30</sup> Septembre 2018

tenue le 29 mars 2018 et s'intitulait : « *Écrans, jeux sans écrans et le développement de l'enfant, comment s'y retrouver ?* ». L'ASVB souhaite favoriser la proximité et valoriser les savoirs et l'expertise des professionnels du quartier, qui connaissent la population, ce qui leur permet de concevoir des interventions adaptées. Ainsi la présentation a été co-construite et animée par des professionnelles de la PMI et trois psychomotriciennes du quartier. La deuxième action a été reportée à la rentrée 2018. Le sujet abordé portera sur les émotions. Ces temps d'échanges permettent aux habitants de rencontrer les professionnels de santé dans un cadre différent du colloque singulier et de constater la coordination entre eux. Pour les actions à venir, l'ASVB souhaite continuer à mettre à profit les ressources du quartier. Les sujets seront définis en fonction des demandes exprimées et des besoins identifiés par les habitants du quartier.

### **2.3.3 Actions individuelles**

L'intervention du dispositif PEPITO consiste à coordonner et suivre la prise en soins de l'enfant en partenariat avec la famille et dans le respect du secret professionnel (utilisation de la messagerie sécurisée). Il s'agit notamment de soutenir et de guider les parents confrontés à un système de santé complexe et peu lisible, dans une logique d'accompagnement à l'autonomie (orientation dans le système de santé, recherche de financements...). Le fonctionnement a été conçu pour être aussi souple que possible afin de s'adapter aux spécificités de chaque demande dans un accompagnement individualisé et personnalisé. Le projet se distingue par la pluralité des portes d'accès aux accompagnements : l'adressage vers PEPITO peut être réalisé soit par les écoles, soit par les familles, soit par les PDS, soit par les professionnels du secteur social et médico-social.

L'accompagnement, réalisé par l'infirmière coordinatrice, s'inscrit dans un objectif de prévention de l'aggravation des difficultés d'apprentissage modérées des enfants, par un repérage, une coordination et une prise en soins précoces, en proposant des soins accessibles et adaptés en complémentarité avec les dispositifs de droit commun. L'intervention auprès des familles s'apparente à la « gestion de cas », selon une logique de « parcours » (Fournier, 2015).

L'intégration des enfants au dispositif est intervenue près de 6 mois après le financement de celui-ci. En effet, s'agissant de la première année d'activité, il a été nécessaire, préalablement à l'accueil des familles, d'établir une base solide permettant le développement du dispositif. Ce versant de l'activité a été en outre retardé par l'emménagement dans les locaux de l'espace santé Olivier SABOURAUD au SAUMUROIS qui n'a eu lieu que fin novembre 2017. L'infirmière coordinatrice, devait attendre d'être installée pour pouvoir recevoir les familles. De plus, la signature tardive de la convention avec l'Éducation Nationale, fin décembre 2017, a décalé d'autant le début des accompagnements. Entre février et juillet 2018, ce sont 12 enfants qui ont été intégrés au dispositif.

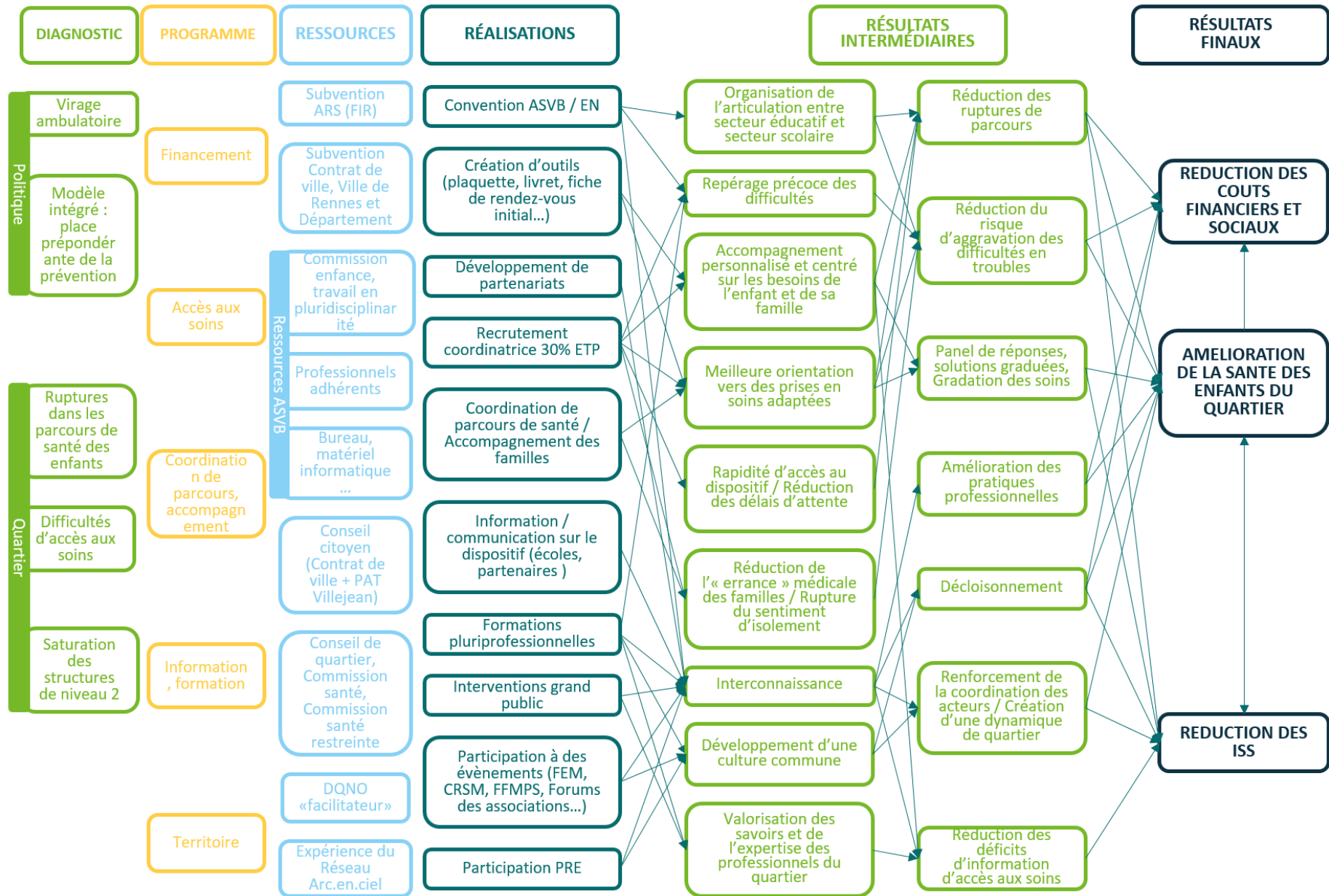
La coordination de parcours autour de chaque enfant est évaluée à sept heures, réparties entre école, familles et professionnels de santé. Elle est matérialisée par le livret de suivi des rendez-vous qui sert à l'évaluation du dispositif.

Dans le cadre des accompagnements PEPITO, il est en outre possible d'organiser des réunions de concertation pluriprofessionnelle pour étayer le niveau 1 ou orienter vers un niveau 2.

## **2.4 Modèle logique**

Afin de comprendre les dynamiques à l'œuvre, un modèle logique initial du dispositif a été construit. S'agissant d'un projet récent, le modèle logique adopte une approche prospective. Il vise à expliciter les différents objectifs du projet et leurs articulations afin d'en permettre une évaluation. Il est utilisé ici comme outil d'analyse. Il présente à la fois des éléments de contextes, les différentes dimensions intégrées au dispositif, les ressources -financières ou non- permettant son fonctionnement, les différentes réalisations ainsi que les chaînes des résultats attendus qui en découlent. Les termes de « résultats intermédiaires » et « résultats finaux » doivent ici être compris comme des résultats « attendus » ou des objectifs. Il serait intéressant, à moyen ou plus long terme de reprendre ce modèle en vue de confirmer ou d'infirmer les différents résultats supposés.

Figure 6. Modèle logique du projet PEPITO



Amelyne LE DUC



### *Diagnostic*

L'accueil au sein de l'ASVB comme terrain de stage, l'intégration au sein du Comité de pilotage PEPITO et les nombreux échanges, qui ont émaillé ces quelques mois, tant avec les membres qu'avec les partenaires, ont permis de poser les éléments de diagnostic explicitant le contexte dans lequel le projet a émergé. Deux niveaux ont été retenus. D'une part, au niveau des orientations politiques nationales, le virage ambulatoire avec de nouvelles configurations des soins primaires, qui induit une approche laissant une large place à la prévention. D'autre part, des éléments de diagnostics propres au territoire, s'illustrant par des prises en soins souvent tardives et des ruptures dans les parcours de santé des enfants, ces phénomènes étant majorés par la saturation des dispositifs et structures de « droit commun » (préexistantes sur le quartier).

### *Programme*

La deuxième étape a consisté à déconstruire le projet afin d'en identifier les différentes dimensions, complémentaires, que sont le financement, l'accès aux soins, la coordination des parcours, la formation / information, tous ces éléments étant fortement ancrés dans une dynamique territoriale.

### *Ressources*

Puis ce sont les ressources sur lesquelles repose le projet qui ont été inventoriées. Le quartier de Villejean-Beauregard dispose d'un maillage territorial complexe mais très riche, porteur d'opportunités et propice au développement de partenariats. Le développement du projet PEPITO a donc pu s'adosser à de nombreuses ressources.

Tout d'abord les ressources de l'ASVB, gérant la MSP Rennes Nord-Ouest :

- Un réseau de professionnels adhérents à l'association, et donc un maillage fin du quartier en professionnels médicaux et paramédicaux. L'ensemble des PDS présente une pratique habituelle de coordination et de collaboration interprofessionnelle avec l'ensemble des PDS du quartier

- L'infirmière coordinatrice, qui coordonne le projet avec le Comité de pilotage, mais réalise également un accompagnement à la coordination de parcours de santé des enfants

- La préexistence d'une Commission enfance au sein de l'ASVB

- Des ressources matérielles (bureau au sein du quartier, matériel informatique) et immatérielles (messagerie sécurisée) déjà utilisées pour les autres actions de l'association

Les ressources issues des instances de démocratie de proximité :

- Commission santé du quartier, issue du Conseil de quartier. Commission santé restreinte.

-Conseil citoyen, participant à l'élaboration du Contrat de ville. Le Contrat de Ville se décline sur le territoire sous la forme du Plan d'Actions Territorial (PAT) de Villejean<sup>31</sup>.

Le soutien méthodologique de la ville de Rennes, et notamment de la Direction des Quartiers Nord-Ouest (DQNO), qui à travers sa chargée de mission politique de la ville a un réel rôle de facilitateur. L'ensemble des partenaires du territoire : Education nationale (avec laquelle une convention est signée) et médecine scolaire, Service Santé Enfance (SSE) de la ville de Rennes, PMI, CMPP, CDAS, CCAS, Centre social, maison de Quartier de Villejean (MQV), association Le Relais...

Les ressources sont également expérientielles avec l'appui du Réseau Arc en Ciel lors du montage et du développement du projet.

Enfin, l'ARS finance la coordination et le Contrat de ville (Département et Ville de Rennes en 2017, Département et CGET en 2018) finance les temps de formation et les actions grand public. L'ACI permet de financer les temps de travail pluriprofessionnel.

### *Réalisations et résultats*

Ces ressources diverses ont permis la mise en œuvre de nombreuses réalisations telles qu'exposées au paragraphe précédent. Ces réalisations concourent *a priori* elles-mêmes à de nombreux changements sous forme de résultats intermédiaires *attendus*. Le projet a été construit de telle sorte que les familles puissent bénéficier d'un accompagnement adapté et individualisé, afin de réduire les ruptures de parcours et l'aggravation des difficultés en troubles. Il ajoute un "maillon", inexistant auparavant sur le territoire villejeannais, au panel des solutions à destination des enfants présentant des difficultés et contribue, en ce sens, à la gradation des réponses envers ce public. Il intervient également pour « outiller » les divers professionnels, notamment les enseignants, afin qu'ils puissent repérer précocement les situations nécessitant une intervention. Par ailleurs, le dispositif procède d'une logique de décloisonnement sectoriel puisqu'il renforce l'interconnaissance entre les différents professionnels (médicaux, paramédicaux, éducatifs, sociaux, médico-sociaux, institutionnels) intervenant sur le territoire. De manière plus générale, le projet participe à la création d'une dynamique de quartier permettant de renforcer la coordination entre les acteurs.

Ce sont sur ces résultats intermédiaires *attendus* que reposent l'atteinte des objectifs finaux (ou résultats finaux *supposés*) du projet, s'inscrivant dans une double finalité sociale et sanitaire. Il s'agit tout d'abord de l'amélioration de la santé des enfants du quartier, qui concourt elle-même à la réduction des inégalités sociales de santé ainsi que des coûts, tant financiers que sociaux.

---

<sup>31</sup> Disponible ici :

<http://metropole.rennes.fr/politiques-publiques/culture-education-vie-sociale/le-developpement-social/le-contrat-de-ville-de-la-metropole/>



## 2.5 Fonctionnement

### *Le rôle clé de l'infirmière coordinatrice*

Le développement du projet PEPITO s'est adossé sur le recrutement, depuis septembre 2017, d'une infirmière coordinatrice. Son action de coordination intervient à 3 niveaux : coordination globale du projet, coordination des actions collectives et coordination de parcours. Dans ces trois dimensions, elle a un rôle central d'interface, de relai d'information. En externe, elle est identifiée par les partenaires. En interne, elle est une personne-ressource « *Je trouve [que l'infirmière coordinatrice], elle est hyper disponible [...] on la sollicite très facilement, et donc pour moi elle a été une bonne ressource* » (Entretien n°4, professionnelle paramédicale).

### *Gouvernance : le Comité de pilotage PEPITO*

Des réunions régulières du Comité de pilotage ont permis de faire vivre et évoluer le projet. Celui-ci, créé en septembre 2017 lors de l'obtention des premiers financements, et se réunit environ deux fois par mois. Il est constitué de l'infirmière coordinatrice et six professionnelles libérales : une ergothérapeute, un médecin généraliste, une psychomotricienne, deux pédiatres retraitées et une gynécologue retraitée<sup>32</sup>. Le choix a été fait d'un mode de gouvernance participatif, permettant à chacune de trouver sa place et de jouer un rôle actif. Ainsi, toutes les décisions et orientations sont discutées et prises de manière collective. Le Comité de pilotage n'est pas un lieu de *consensus mou*<sup>33</sup>. Tous les sujets sont investis, disséqués, débattus. Dès la naissance du projet, la dynamique de groupe se caractérise par une logique pluriprofessionnelle<sup>34</sup> (*leadership* partagé pour permettre une implication des paramédicaux) (Fournier, 2015). C'est le pari de l'intelligence collective qui a été fait, conjugaison de richesse de points de vue. Dans les relations avec les partenaires et financeurs, le positionnement est élaboré collectivement, soit directement en Comité de pilotage, soit par « chaînes<sup>35</sup> » de mails, soit les deux à la fois. Pour souligner le caractère collectif de celui-ci, la plupart des mails sont signés « L'équipe PEPITO ». Une quantité importante d'informations est relayée entre les membres et circule de manière fluide. Des comptes rendus sont rédigés ou réalisés de vive voix pour les membres absentes à telle ou telle rencontre, ce qui permet une actualisation de l'avancée du projet.

---

<sup>32</sup> Seulement des femmes. Nous ne reviendrons pas ici sur le partage genré des tâches, notamment celles afférentes au « care », car ce n'est pas le propos.

<sup>33</sup> Expression utilisée par l'une des membres du Comité de pilotage.

<sup>34</sup> A distinguer des logiques professionnelles (*leadership* gardé par les médecins). Dès le début, le projet était porté par des médecins (pédiatres, gynécologue) et des paramédicaux (orthophoniste, infirmière coordinatrice).

<sup>35</sup> En général, un membre se charge d'une version initiale (mail de sollicitation, réponse à une sollicitation, dossier de demande de financement...). Cette version est relayée à tous les membres du Comité de pilotage, et chacune apporte sa contribution, tant sur le fond que sur la forme. Ainsi, la version finale sera « consolidée » et « enrichie » de tous ces apports individuels.

### *Relation avec les partenaires : le collectif mis en avant*

Selon la même logique, toutes les représentations sont assurées collectivement<sup>36</sup> : temps d'information, participation à divers évènements, réunions institutionnelles, réunions avec les financeurs, les divers partenaires... Cela concourt à un rapport de force plus équilibré dans les activités négociations et permet d'éviter les situations d'isolement, mais également à une certaine forme de visibilité du projet, les membres du Comité de pilotage étant progressivement identifiées comme telles. Cela permet aussi de jouer sur le *turnover* en répartissant les représentations et d'être présent à plus d'évènements, tout en limitant le phénomène de personne-dépendance. La pluridisciplinarité a un impact positif sur la légitimation du projet qui repose entre autre sur l'agrégation des légitimités professionnelles individuelles de ses membres. Par exemple, dans le cadre de la réunion partenariale sur les troubles neurodéveloppementaux organisée par l'ARS en juin 2018, celle-ci souhaitait qu'un médecin soit présent. Cette demande a été l'occasion d'intégrer une jeune médecin en activité au Comité de pilotage, ce qui participe par ailleurs au renouvellement générationnel à l'œuvre au sein de celui-ci.

### *Une « alchimie<sup>37</sup> » intergénérationnelle*

A l'instar de l'ASVB, la transition intergénérationnelle est une préoccupation des aînées du Comité de pilotage. En effet, trois des promotrices initiales de PEPITO sont aujourd'hui à la retraite (mais restent très actives dans le projet), et elles ont à cœur que celui-ci soit investi par les jeunes générations. Le processus est à l'œuvre, puisque trois jeunes professionnelles ont récemment rejoint l'équipe. Il s'agit d'une ergothérapeute, d'une psychomotricienne et d'une médecin généraliste. Le renouvellement se fait donc progressivement et en douceur, selon un modèle rappelant la cooptation. Il semblerait bien que la relève soit assurée.

---

<sup>36</sup> En règle générale et en fonction des situations, ce sont deux à quatre membres qui assurent la représentation de PEPITO.

<sup>37</sup> Expression utilisée par l'une des membres retraitées du Comité de pilotage lors d'un conseil d'administration.

### 3 Analyse d'une démarche innovante et expérimentale

#### 3.1 Une démarche d'innovation et de traduction

Afin d'analyser le processus d'émergence et de développement du dispositif, il est intéressant de se référer, à l'instar du travail réalisé par Cécile Fournier sur les MSP dans le cadre de sa thèse (2015), aux apports de la sociologie de l'innovation et de la traduction. Ces différents éléments d'analyse sont notamment développés par Michel Callon (1986) et Pierre Lascoumes (1996). Il s'agit, à travers cette approche, de définir le processus selon lequel divers acteurs isolés, aux cultures et logiques différentes, en viennent à partager une vision plus ou moins commune du problème mais surtout s'engagent collectivement à sa résolution. Selon l'approche de Cécile Fournier (2014), « le projet étudié est pensé comme une " innovation", c'est-à-dire comme "l'émergence de nouvelles pratiques sociales" nécessitant des opérations de "traduction" entre différents mondes » (Callon, 1986 ; Akrich *et al.*, 2006<sup>38</sup>). Dès sa conception comme lors des étapes suivantes, il met en relation, donc en "réseau"<sup>39</sup>, divers acteurs impliqués à différents titres [...] selon une configuration "émergente" [...] dans laquelle "identités, intérêts et compétences sont le résultat de traductions provisoires et expérimentales" » (Callon, 1999<sup>40</sup>). Le processus de « traduction », renvoie aux différents concepts de « problématisation », d'« intéressement des acteurs », d'« enrôlement » et de « mobilisation des alliés » (Callon, 1986). Il est important de garder en mémoire que ces quatre concepts ne doivent pas être considérés comme des étapes successives qui s'enchaîneraient linéairement, mais bien comme des composantes d'un tout qui se chevauchent et se « nourrissent » mutuellement. Ainsi, certaines activités concourent-elles à plusieurs de ces dimensions. Les opérations de « traduction » interviennent à divers niveaux, que l'on peut illustrer sous forme de cercles concentriques (comme illustré dans le schéma ci-après) à la fois au sein du Comité de pilotage et de la MSP, mais également dans les interrelations avec les différents acteurs du quartier et dans les rapports avec les financeurs. L'intervention de certains acteurs extérieurs, dans un rôle de « traducteurs » permet une facilitation du processus. Le propos est donc ici d'illustrer les mécanismes à l'œuvre dans le développement du projet PEPITO au prisme de ce cadre théorique.

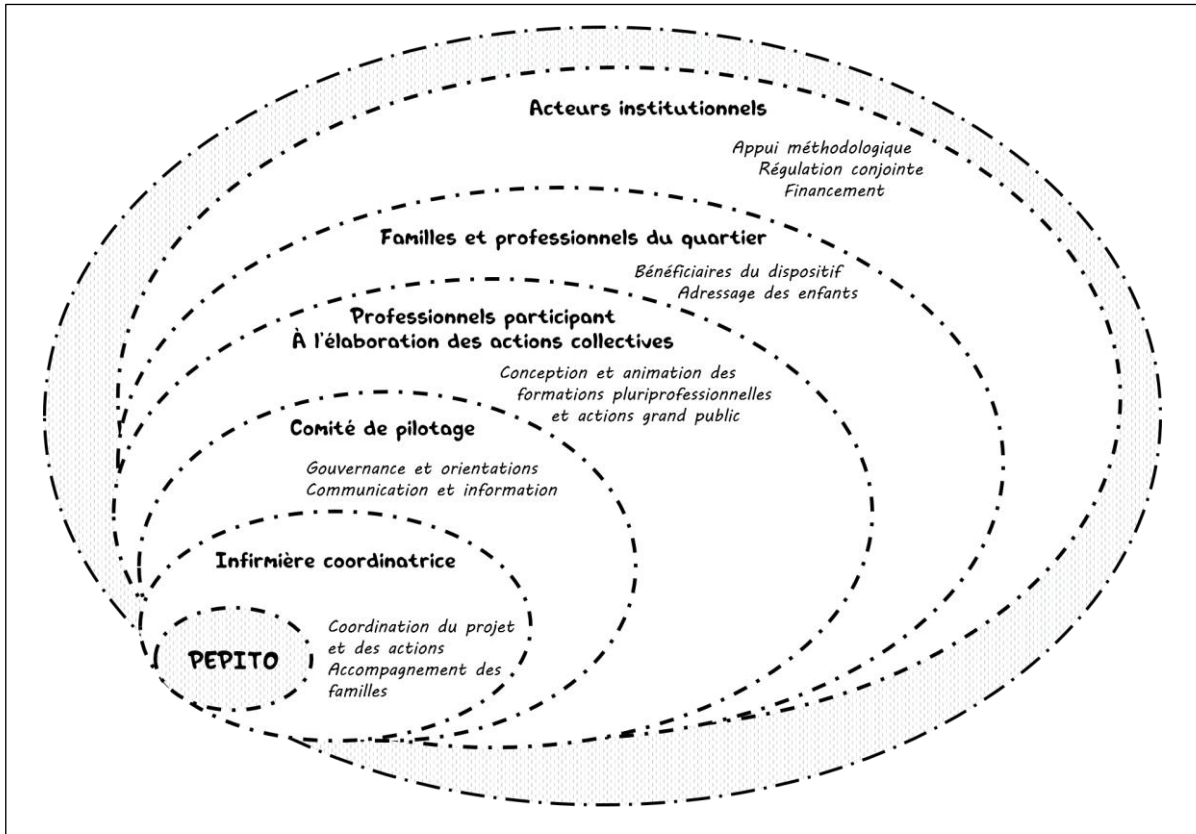
---

<sup>38</sup> Cités par Fournier, 2015.

<sup>39</sup> La sociologie de la traduction est aussi connue sous le nom de « théorie de l'acteur-réseau ».

<sup>40</sup> Cité par Fournier, 2015.

Figure 7. Les différentes « sphères » des acteurs intervenant dans le projet PEPITO.



### Un travail de problématisation

La problématisation initiale des enjeux s'est adossée au constat collectif porté par de nombreux acteurs du quartier, qu'il existait des ruptures dans les parcours de santé des enfants et/ou que les prises en soins se révélaient souvent tardives. Au-delà de la simple formulation d'interrogations, celle-ci participe à la construction des enjeux relatifs à l'accessibilité précoce aux soins des enfants. En outre, elle a permis, *a priori* et étayée par les différentes parti-prenantes du constat initial, une première définition des acteurs concernés par les questions formulées. L'une des spécificités de PEPITO, qui constitue un atout non négligeable, est le caractère collectif du constat, en ce sens que les différents intervenants partagent d'entrée de jeu l'idée qu'une intervention est nécessaire. Ainsi le travail de construction d'un argumentaire visant à démontrer la convergence des intérêts entre les différents acteurs en est facilité, à tout le moins pour ceux ayant participé au constat initial. Par ailleurs, en tant que porteuse et promotrice du projet, la MSP se positionne comme acteur indispensable à la résolution du problème (Callon, 1986). La problématisation initiale sert de base aux actions d'enrôlement (aussi appelées positionnement par Lascoumes, 1996), d'intéressement et de mobilisation (Callon, 1986). Toutefois, elle constitue un objet dynamique qui est amené à évoluer au cours du processus de traduction selon une démarche itérative, alimentée et enrichie par les autres dimensions et influencée par un contexte mouvant.

### *En interne : travail de construction d'un discours commun*

Au sein du Comité de pilotage, un travail de construction d'un discours commun est à l'œuvre. Il passe notamment par une harmonisation de la terminologie utilisée. Ce processus a plusieurs avantages. Il favorise, en interne, l'échange, d'autant plus que chacun de ces termes a été discuté collectivement, ce qui permet d'en dégager une acceptation commune. Ces discussions participent en outre à la définition du périmètre du dispositif et du rôle de chacun<sup>41</sup>. Ainsi, dans de nombreux écrits initiaux du projet, il existait une utilisation indifférenciée des termes « troubles » et « difficultés », avant que le terme « difficultés » soit l'unique vocable retenu, correspondant de manière plus appropriée à l'intervention en niveau 1 de PEPITO et au caractère préventif du dispositif. De même, une normalisation autour des termes « diagnostic », « dépistage » et « repérage » a été effectuée pour ne garder au final que « repérage » s'agissant de l'intervention des enseignants. Ainsi, une jeune psychomotricienne, qui a été sollicitée pour travailler à la finalisation du poster présentant le dispositif<sup>42</sup>, explique qu'à cette occasion « *Il y a juste un mot qui m'a choqué sur l'affiche [...] il y avait le mot dépistage en fait, à l'attention des enseignants [...] diagnostic, c'était même pas dépistage, c'était le mot diagnostic, [...] Et là je me suis dit pour moi c'est juste pas possible de m'inscrire dans quelque chose où on demande aux enseignants de diagnostiquer. [...] donc soit c'est une erreur de vocabulaire, et dans ce cas-là c'est rectifié, voilà, soit je ne m'inscris pas, je me mets en retrait etc. Et en fait c'était vraiment ça, c'était une erreur, ils avaient un peu fait l'amalgame entre les deux mots je pense, ou alors ça avait été mis, attribué aux enseignants, par inadvertance* » (Entretien n°4, professionnelle paramédicale). Cette co-construction du discours<sup>43</sup> permet une homogénéisation de la communication avec les acteurs externes au Comité de pilotage, qu'il s'agisse des professionnels de santé membres de l'association, des partenaires ou des institutionnels. L'environnement complexe et les nombreux cercles d'acteurs dans lesquels s'inscrit PEPITO nécessite par ailleurs un travail d'apprentissage, de connaissance progressive des rôles et périmètres d'interventions de chacune des parties prenantes. « *Ça peut être un peu déstabilisant de dire "je ne maîtrise pas tout", absolument pas tout, en politiques, en institutions et tout, mais en même temps je pense que je ne suis pas la seule, et puis te dire "je vais apprendre au fur et à mesure", je me rassure comme ça* » (Entretien n°7, professionnelle paramédicale). Une fois encore, les échanges collectifs au sein du Comité de pilotage facilitent ce processus d'appropriation.

---

<sup>41</sup> Il est ici fait référence au concept d'« enrôlement » (Callon, 1986) ou « positionnement » (Lascoumes, 1996) permettant « l'interposition dans un réseau d'acteurs et de significations » (*Ibid*).

<sup>42</sup> Le poster PEPITO est présenté en Annexe 07.

<sup>43</sup> D'autres exemple auraient pu être mobilisés ici : « prise en soins » plutôt que « prise en charge », « parcours de santé » plutôt que « parcours de soins ».

### *Ressources externes : le Réseau Arc en Ciel et la municipalité de Rennes*

Le Réseau Arc en Ciel, qui intervient sur la coordination de parcours des enfants ayant des troubles « dys » sur le département des Côtes-d'Armor, s'est révélé un soutien méthodologique précieux dans le processus de construction du projet PEPITO. Fort d'une expérience de plus de 10 ans en coordination de parcours des enfants en niveau 2, son champ d'intervention s'est étendu depuis 2015 à une mission régionale concernant l'appui au développement de dispositifs intervenant dans la coordination de parcours des enfants<sup>44</sup>. Dans ce cadre, il partage son « capital de connaissance [et] de savoir-faire » (Schweyer, 2010a). L'intervention du Réseau Arc en Ciel auprès du dispositif PEPITO, en tant que ressource expérientielle, a pris plusieurs formes, notamment, comme l'explique sa directrice « *on s'est rencontrés à quelques reprises sur Rennes avec l'équipe pour discuter.* » De plus, Arc en Ciel a reçu l'infirmière coordinatrice afin d'échanger et d'observer en situation réelle le mode de fonctionnement interne « *la coordinatrice est venue en stage 2-3 jours* ». Cette intervention se concrétise également par la participation « *à une réunion partenariale avec pas mal de partenaires, dans le cadre du projet PEPITO, notamment les CMPEA, le CRTLA, l'Education Nationale, où j'avais pu présenter effectivement la manière dont, nous, le projet avait émergé et puis ou il en était aujourd'hui* » (Entretien n°3, directrice d'un réseau de santé). Les professionnels du Réseau ont par ailleurs présenté à l'infirmière coordinatrice les différents outils qu'ils avaient élaborés, et certains d'entre eux ont servi de base à la construction de ceux propres à PEPITO. Par exemple, la fiche de rendez-vous initial entre l'infirmière coordinatrice et les familles a fortement été inspirée de celle d'Arc en Ciel. Très prochainement<sup>45</sup>, un temps d'échange a été programmé avec la directrice afin d'élaborer un tableau de recueil des données « au fil de l'eau » sur les différents enfants, en anticipation de la montée en charge du dispositif. Il sera également question de l'opportunité -ou non- que représente la mise en place de Gwalenn, « outil numérique partagé, fruit d'une co-construction régionale et pluridisciplinaire, destiné à faciliter les parcours, et à destination des dispositifs de coordination et leurs partenaires<sup>46</sup> ». De plus, Arc en Ciel permet d'apporter une vision extérieure, distanciée et de plus long terme par rapport au tout jeune projet PEPITO, et en ce sens l'éclairage de professionnels qui « sont déjà passés par là », ont été confrontés à des difficultés - et ont dû trouver des solutions pour les surmonter. Le Réseau Arc en Ciel est également intervenu pour « *de la relecture sur leurs écrits, pour les aider à formuler les choses, les objectifs de manière peut-être un petit peu plus explicite* » (Entretien n°3, directrice d'un réseau de santé). En ce sens, il apparaît comme un « traducteur », expérimenté puisque s'adossant sur plus

---

<sup>44</sup> Réseau Arc en Ciel. 2015. Éléments constitutifs d'une lettre de mission. Deux objectifs sont établis dans ce document. (1) Mieux couvrir le territoire de santé n°7, (2) **Favoriser le développement de parcours coordonnés au niveau régional en appuyant les acteurs locaux.**

<sup>45</sup> Ce temps d'échange est prévu pour le 28.08.2018.

<sup>46</sup> Développement coordonné par le GCS E-Santé Bretagne, plus d'informations ici :

><https://www.esante-bretagne.fr/projets/services-aux-professionnels/gwalenn-outil-numerique-des-coordinations/><

de 10 ans d'activité, fluidifiant les échanges entre PEPITO et ses financeurs (notamment l'ARS), en favorisant l'émergence d'un discours compréhensible et acceptable par les deux parties.

Dans la même logique, PEPITO a bénéficié du concours de la Direction de Quartiers Nord-Ouest (DQNO), qui, par l'intermédiaire de sa chargée de mission Politique de la Ville, a apporté une aide méthodologique à la constitution des dossiers de demandes de financement dans le cadre du dispositif « Contrat de ville ». Ainsi, la DQNO se positionne comme « facilitateur<sup>47</sup> », tant par un travail de mise en cohérence des demandes de financement avec les logiques institutionnelles des financeurs (ARS, Ville de Rennes, Conseil départemental, CGET), que par une implication volontariste de mise en lien pour promouvoir les interrelations entre les différents acteurs<sup>48</sup> dans un rôle d'interface. Son intervention est grandement facilitée par une proximité géographique directe, permettant des échanges réguliers, formels et informels. Sa connaissance fine des différents intervenants du territoire représente également un atout non négligeable.

En ce sens, ces deux acteurs participent à « la conceptualisation et la mise en cohérence d'actions et de significations communes » permettant ainsi l'« agrégation de positions diffuses » (Lascoumes, 1996).

#### *Se positionner par rapport aux autres acteurs du quartier : gradation, complémentarité et subsidiarité*

L'implémentation de PEPITO a été fortement marquée par des actions structurant les dimensions d'« enrôlement » et de « positionnement » (interposition dans un réseau d'acteurs et de significations) ainsi que d'« intéressement » (activités de négociation entre acteurs sur les enjeux), qui sont nécessaires à la « mobilisation des alliés » (Lascoumes, 1996). En effet, il a fallu s'intégrer dans un système d'acteurs préexistants sur un quartier au maillage complexe, mais également prendre en compte les représentations de chacun. Une membre du comité de pilotage explique ainsi « *je pense qu'il y avait aussi tout le temps d'apprivoisement entre guillemets, tout le temps de déconstruction des représentations des uns et des autres, qu'il a fallu aussi pour se trouver en fait. [...] On était un nouvel acteur qui est venu chambouler un équilibre sur le territoire. Et on pensait que parce qu'on faisait quelque chose qui allait dans le but d'améliorer la santé on allait être accueillis à bras ouverts [...] Il y a eu je pense un petit peu d'incompréhension* » (Entretien n°8, professionnelle paramédicale). Ainsi, lors des phases d'élaboration et de lancement du projet, l'ASVB a rencontré les différents partenaires dans une logique de co-construction. Le positionnement s'est construit au fur et à mesure et le périmètre d'intervention s'est en quelque sorte dessiné en négatif de l'offre existante. Ainsi, PEPITO intervient d'une manière que l'on

---

<sup>47</sup> C'est ainsi que la chargée de mission Politiques de la ville définit elle-même son rôle

<sup>48</sup> Car détenant une légitimité de type « rationnelle-légale » (en référence aux différents types de domination tels que définis par Weber) en tant que représentant des élus



pourrait qualifier d'interstitielle, là où il n'y avait auparavant pas de réponse, sans remettre en question le système préexistant. En d'autres termes, cela signifie que le dispositif est « en capacité d'aller dans les interstices du système d'offre pour suppléer une offre insuffisante ou cibler des populations plus délaissées [et] peut permettre de compenser des dysfonctionnements ou déficits de l'offre de service » (Frattini et Naiditch, 2015). Le projet PEPITO concourt à l'élargissement des réponses de prises en soins sur le territoire, en proposant une solution au niveau 1 de recours aux soins, tel que défini par la HAS<sup>49</sup>. Il propose une coordination des parcours à ce niveau, en appui aux équipes de soins primaires, ce qui était inexistant sur le territoire auparavant. Il constitue en ce sens une nouvelle réponse, et participe ainsi à la gradation de l'offre sur le quartier. Il s'inscrit dans un principe de complémentarité et de subsidiarité. Concernant la complémentarité, il s'agit de faire le lien avec l'école dès le repérage d'une situation en accord avec la médecine scolaire et la PMI, et, dans les situations les plus avancées, une participation aux équipes éducatives est possible. L'objectif est de coordonner les parcours en prenant en compte les autres interventions engagées, et, si nécessaire, d'activer les dispositifs les plus pertinents pour l'enfant, selon un principe de subsidiarité. Une vigilance est apportée quant à la bonne articulation entre le projet PEPITO et les structures et dispositifs intervenant sur le quartier afin de ne pas venir en « doublon » de ceux-ci.

#### *Un travail permanent de mobilisation et remobilisation*

Le quartier de Villejean constitue une configuration favorable à l'émergence de PEPITO (de nombreux acteurs et de nombreuses initiatives) mais complexe à appréhender. Le développement du dispositif s'est adossé aux ressources propres disponibles sur le territoire, notamment en termes de liens de proximité. Cette proximité revêt plusieurs dimensions : physique/géographique, cognitive, organisationnelle, sociale et institutionnelle (Fournier, 2015). Un effort de sensibilisation a été fait à destination des personnes identifiées comme des relais : enseignants, médecine scolaire (SSE et éducation nationale), éducateurs et animateurs du secteur social. Un travail perpétuel de mobilisation et remobilisation est réalisé par l'équipe PEPITO, qui est nécessaire mais coûteux en temps et en énergie. Car le dispositif ne peut pas fonctionner *hors-sol*, sans le réseau de partenaires qui gravitent autour. Comme le décrit Ann-Claude Quéro-Le Jean (2017) concernant les réseaux « [I] un des défis, le plus difficile certainement, est de parvenir à faire comprendre à ses membres qu'ils ne sont pas en lien avec une institution classique, que le réseau ne se réduit pas à une cellule d'appui à la coordination (équipe salariée), mais *qu'ils sont le réseau*. Le comprendre c'est s'autoriser à agir sur le projet, à le faire évoluer. » Outre le travail permanent de mobilisation, il faut également savoir s'adapter aux temporalités de chacun, qui jouent un rôle crucial dans le

---

<sup>49</sup> HAS. 2017. « Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ». Disponible en ligne : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2822893/fr/comment-ameliorer-le-parcours-de-sante-d-un-enfant-avec-troubles-specifiques-du-langage-et-des-apprentissages](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2822893/fr/comment-ameliorer-le-parcours-de-sante-d-un-enfant-avec-troubles-specifiques-du-langage-et-des-apprentissages)



développement d'un dispositif. En effet, celles-ci, tout comme les logiques, varient et diffèrent selon les acteurs. Il faut donc composer avec ces gestions du temps hétéroclites, pouvant être vectrices de dyschronies. Par exemple, la signature de la convention entre l'Education Nationale et l'ASVB est intervenue quatre mois après sa première présentation à l'inspecteur de l'Éducation Nationale (IEN) de circonscription. En effet, pour obtenir une lecture commune avec les services de santé scolaires, des précisions sur le dispositif ont été apportées. Ce temps de construction autour de la convention a retardé le lancement des accompagnements, les enseignants attendant l'aval de l'Éducation Nationale pour adresser des enfants. Cette expérience illustre bien la dyschronie qui peut intervenir lors du développement d'un projet. En effet, il existe une temporalité différente entre ASVB et Education Nationale qui a retardé la signature de la convention et de ce fait l'entrée des enfants dans le dispositif. Ce décalage a engendré des difficultés de gestion de la temporalité et impacté notamment la marge d'anticipation sur la phase de mise en œuvre effective des accompagnements. De plus, il a été nécessaire de ce fait de réaliser une seconde « tournée des écoles » afin de remobiliser les professionnels éducatifs autour du projet.

### 3.2 Une démarche expérimentale

*L'expérimentation en santé : des initiatives encouragées par les pouvoirs publics*

L'expérimentation en santé est une démarche encouragée par les pouvoirs publics depuis déjà quelques années. Ce mouvement de fond s'illustre notamment par l'émergence des réseaux de santé, qui s'institutionnalisent progressivement et sont définis dans le Code de la Santé Publique depuis 2002<sup>5051</sup> (Schweyer, 2010a). D'une manière plus large, l'expérimentation en santé participe à la recomposition du système de santé en favorisant l'émergence de projets reposant sur l'innovation organisationnelle. Elle s'appuie pour ce faire sur les initiatives des professionnels de terrain, leur laissant la libre initiative d'investir, ou non, cette opportunité. Elle est en ce sens en cohérence, du moins de prime abord, avec la « liberté d'entreprendre » propre à la culture professionnelle des acteurs libéraux. Elle rejoint « le constat peu contestable que les réformes initiées d'"en haut" ne fonctionnent pas [...] et qu'il faut sans doute à l'inverse favoriser l'innovation locale des acteurs pour assurer leur engagement et leur implication » (Fournier, 2015). Il s'agit donc d'un soutien volontariste des pouvoirs publics, reposant sur des instruments peu directifs avec des

---

<sup>50</sup> Art. L. 6321-1. du CSP - Les réseaux de santé ont pour objet de **favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires**, notamment de celles qui sont **spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires**. Ils assurent une **prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins**. Ils peuvent participer à des actions de **santé publique**. Ils procèdent à des actions d'**évaluation** afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

<sup>51</sup> La Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2002 crée une dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) et sa déclinaison en dotations régionales de développement des réseaux (DRDR), afin de soutenir financièrement leur déploiement.

objectifs relativement ouverts, qui implique, dans un second temps, d'en évaluer les transformations et les effets (Fournier, 2015).

Récemment, cette volonté a été réaffirmée dans l'article 51<sup>52</sup> de la Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2018 qui prévoit le financement d'expérimentations dérogatoires ayant pour but de « Permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficience du système de santé et de l'accès aux soins ». Cette mesure s'accompagne de la création du Fonds pour l'Innovation du Système de Santé (FISS). PEPITO, en tant que projet expérimental et innovant, a soumis sa candidature à l'ARS afin d'intégrer le dispositif de financement issu de l'article 51.

L'article 51 s'inscrit en cohérence avec la Stratégie Nationale de Santé 2018 qui préconise de « Faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover », ce qui repose notamment sur le fait de « libérer les capacités des acteurs locaux de développer des projets adaptés aux caractéristiques des territoires ». Elle recommande également de « Faciliter l'émergence et la diffusion des organisations innovantes », et souligne que « L'engagement des responsables tant régionaux que nationaux est indispensable pour aider à l'émergence et à la réussite des projets pilotes en matière d'organisation [...] *C'est pourquoi il est essentiel de faciliter l'expérimentation par les acteurs de terrain, au premier rang desquels les professionnels de santé, les structures de prévention et de prise en charge, les associations et les élus locaux* ».

#### *Une initiative des acteurs de terrain*

Contrairement à certains projets en santé publique qui sont des réponses aux demandes institutionnelles (notamment les appels à projets de l'ARS), le projet PEPITO est né d'une démarche ascendante (*bottom-up*), c'est-à-dire à l'initiative des professionnels de terrain. Par conséquent, lorsqu'il a été présenté à l'ARS, il ne correspondait à aucun besoin identifié, ou tout le moins considéré comme prioritaire par cette institution. En effet, l'ARS n'étaient pas au nombre des acteurs qui ont collectivement formulé le constat initial ayant procédé à l'émergence de PEPITO<sup>53</sup>. Il a donc nécessité un travail important de légitimation de la plus-value qu'il apportait au territoire, selon une logique de plaidoyer. Il s'agissait de démontrer que le droit commun ne permettait pas un repérage et une prise en soins optimisés et précoces des enfants, selon une approche préventive. Ainsi, en amont de l'obtention des financements « *Il a fallu qu'on explique à [l'ARS] pourquoi on déposait ce projet [...] elle nous renvoyait sans cesse [...] à tout ce qui existe dans le droit commun. Donc la PMI, les CMP, ... et nous on répondait concernant la PMI, [...] on vient de rencontrer le [...] médecin de PMI, qui nous disait qu'ils n'avaient pas suffisamment de moyens pour*

---

<sup>52</sup> Disponible à l'adresse internet :

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=34EB09544063CA7E6B7933290BF96A04.tplgfr27s\\_1?idArticle=JORFARTI000036339172&cidTexte=JORFTEXT000036339090&dateTexte=29990101&categorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=34EB09544063CA7E6B7933290BF96A04.tplgfr27s_1?idArticle=JORFARTI000036339172&cidTexte=JORFTEXT000036339090&dateTexte=29990101&categorieLien=id)

<sup>53</sup> A ce sujet voir le point 2.2 Emergence et structuration.

*faire vraiment ce travail de prévention pour les 0-6 ans, parce qu'ils étaient déjà extrêmement mobilisés par le suivi des enfants de l'ASE » (Entretien n°8, professionnelle paramédicale). L'ASVB a été épaulée dans cette démarche par la Ville de Rennes, le besoin d'intervention étant relayé en interne par la Direction des quartiers Nord-Ouest qui travaille au quotidien en proximité directe dans le quartier.*

On observe par ailleurs, dans le cadre des actions de santé publique menées par l'ASVB, une temporalité sensiblement différente selon que la demande initiale est ascendante ou descendante. *« Parce que, ça marche dans les deux sens, mais ça marche quand même plus lentement dans le sens de bas-vers-en-haut, [...] On a des préoccupations de terrain qui sont réelles, c'est des vrais problèmes de santé publique » (Entretien n°1, médecin retraitée). L'obtention de financements a demandé plus d'un an pour PEPITO. Au contraire, le projet d'ETP porté par l'association<sup>54</sup> a bénéficié d'une fenêtre d'opportunité puisqu'il s'agissait de la réponse à un appel à projet de l'ARS, selon une démarche descendante (top-down) « alors l'ETP, ça on a eu de la chance. Parce que l'ETP, on était prêt quand il y a eu des sous [...] Et là il y avait une coïncidence [...] entre ce qui arrivait d'en haut, et nous on était prêts. En 8 jours c'était fait. Non mais quasiment... au mois d'août, en plein mois d'août » (Entretien n°1, médecin retraitée). A noter toutefois que c'est la demande initiale qui émane de l'ARS, l'initiative d'y répondre dépend de la volonté des professionnels de terrain. Par ailleurs, comme le souligne Cécile Fournier (2015) « grâce aux financements "ciblés" comme celui de l'ETP, où l'inventivité des professionnels est moins sollicitée car il existe un cahier des charges relativement précis, l'ARS peut orienter davantage les actions des MSP ».*

#### *Le financement expérimental en santé publique, entre autonomie et hétéronomie*

Il paraît intéressant à présent de se pencher sur les formes de régulation à l'œuvre dans le cadre du dispositif PEPITO, à l'instar de l'analyse de François-Xavier Schweyer<sup>55</sup> (2010a) sur les réseaux. Dans un premier temps, lors de la conception initiale, c'est une régulation autonome qui caractérise le projet. Celle-ci se définit comme « une capacité d'auto-organisation partagée par un groupe, reposant sur une recherche d'efficacité et aboutissant au travail réel ». En effet, le projet est à l'initiative des seuls acteurs de terrains, qui agissent indépendamment de l'ARS. Ce type de régulation est en cohérence avec la libre entreprise propre à l'identité professionnelle libérale. Cependant, le financement expérimental introduit une régulation de contrôle sur le projet de la part des financeurs « qui s'exprime dans les règles, les prescriptions officielles, les codes de bonnes pratiques qui cherchent à canaliser le fonctionnement du groupe auquel ils s'appliquent ». Au final, c'est une « régulation conjointe » ASVB / financeurs qui se dessine, fruit de l'articulation de ces

---

<sup>54</sup> A noter que relativement peu de projets d'ETP sont portés par des MSP.

<sup>55</sup> Selon l'approche en sociologie du travail développée par Jean-Daniel Reynaud, 1993.

*Amelyne Le Duc*

deux types de régulations. Ce qui induit « une finalité hétéronome qui assujettit l'action des professionnels et les contraint à se justifier » (Schweyer, 2010a) et remet ainsi en question l'autonomie professionnelle. Cependant « ces injonctions retrouvent un caractère de proximité locale et perdent de leur aspect d'imposition administrative "d'en haut", que récusent toujours ces professionnels "libéraux" » (Fournier, 2015).

Il y a une situation d'interdépendance entre promoteurs et financeurs. Les financeurs ont besoin des promoteurs pour initier et porter les projets. Les promoteurs ont quant à eux besoin des financeurs pour subventionner leurs projets. La régulation conjointe, ou « contrôle croisé » (Robelet, 2017) se traduit par des actions de négociations entre les deux parties afin de dégager une acceptation commune, préalable au financement.

### *La mise en péril du dispositif*

Dans le cadre de PEPITO, ces négociations ont duré plus d'un an, période pendant laquelle le projet a évolué en quelques sortes « sous contrainte institutionnelle ». En effet, « *En 2016 ça a été refusé parce qu'il y avait le problème du financement des actes hors nomenclature* » (Entretien n°8, professionnelle paramédicale). En conséquence, l'ASVB doit réécrire sa copie, en abandonnement, au moins provisoirement, ce versant du projet et en le recentrant sur l'action de coordination. Cet épisode a par ailleurs failli marquer l'abandon du projet, avant même sa mise en œuvre, lors de la seconde demande de financement en 2017 « *Je pense qu'il y avait une forme de découragement parce que moi je me souviens avoir dit à [une membre du Comité de pilotage] qu'il y en avait marre en fait, et puis [je] trouvais que les relations n'étaient pas cordiales à l'époque, on était vraiment sur de, je ne sais pas, soit des représentations, soit [...] je trouvais quand même, une méconnaissance de ce qui se passait sur le terrain.* » La difficulté résidait en partie sur un travail de traduction auquel ont été confrontées les membres du Comité de pilotage. Ainsi, lors d'une réunion ayant précédé l'obtention des financements « *je me souviens avoir dit [à la représentante de l'ARS] que je comprenais qu'il fallait rédiger, qu'il y avait des mots qui étaient attendus, des formulations qui étaient attendues quand on rédigeait ces projets, que on n'avait pas forcément effectivement les codes, qu'il fallait peut-être qu'elle nous les donne et que dans ce cas-là on allait remplir [...] il y a eu une petite tension au moment où j'ai dit ça* » (Entretien n°8, professionnelle paramédicale). A cette étape les professionnelles sont proches du renoncement, désespérées et confrontées à l'ambivalence de la situation, d'une part l'injonction d'être acteurs, force de proposition et promoteurs d'initiatives en santé publique, mais en but au non financement d'un projet qui leur a demandé un investissement considérable « *[Pour les professionnelles libérales] on avait compté 100 heures de bénévolat* ». Cette incompréhension est d'autant plus forte qu'elles se sentent légitimes dans leur démarche « *je me souviens [avoir dit à une membre du Comité de pilotage], de toute façon, on ne peut pas nous reprocher de défendre ce qu'on défend là. Donc on y va, on ne fait rien*

*de mal [...] pour moi ça devenait surréaliste, le fait de ne pas être entendu à ce point-là »* (Entretien n°8, professionnelle paramédicale).

#### *Questionnements sur les conséquences d'un financement expérimental de PEPITO*

Le financement au titre de l'expérimentation, s'il n'est pas dénué d'avantages, laisse toutefois place à quelques interrogations. En effet, il donne lieu à un modèle économique totalement dépendant des financements publics, ce qui fragilise sensiblement les initiatives qui en dépendent. De plus, les dispositifs tels que PEPITO ne peuvent se concrétiser et se développer que si les financeurs en perçoivent l'intérêt. Par ailleurs, il n'est pas inutile de rappeler que le FIR, tout comme le FISS, sont des enveloppes fermées et que de ce fait l'obtention, ou non, du financement d'un projet procède d'une logique de mise en concurrence avec d'autres initiatives émergentes sur le territoire régional. Ainsi, dans le cadre du dispositif innovation en santé issu de l'article 51, ce sont plus de 70 dossiers qui ont été déposés à l'ARS. La pérennisation des projets<sup>56</sup> pose également question. En effet, que se passe-t-il à échéance de la période d'expérimentation ? Combien de projets seront arrêtés ? Combien seront poursuivis ? Déployés<sup>57</sup> ? Car la plus-value des dispositifs (via l'évaluation) est souvent difficile à démontrer, d'autant plus quand il s'agit de prévention ou les résultats ne sont souvent visibles (s'ils le sont) que sur des temps relativement longs. Ann-Claude Quero-Le Jean (2017), directrice du Réseau Arc en Ciel, décrit à propos des réseaux (et après 13 ans d'activité) « une situation ambivalente, d'expérimentation durable ».

#### *L'évaluation, une dimension incontournable des dispositifs expérimentaux*

Du fait de son caractère expérimental, le projet PEPITO est dans une situation relativement précaire. Sa mise en œuvre a nécessité, comme exposé plus haut, un travail conséquent de légitimation, ne serait-ce que pour obtenir des financements. Mais ce travail de légitimation initial n'est qu'une première étape, car le développement et la survie du dispositif nécessitent un travail de *re-légitimation* constant. Celui-ci induit l'évaluation du dispositif, qui s'inscrit dans les dossiers de demande de financement. Le montage de ces dossiers est coûteux à la fois en temps mais aussi en énergie pour l'équipe. A l'instar de l'expérience des réseaux « la constitution de ce[s] dossier[s] complexe[s] et bureaucratique[s] demande un effort vécu comme éprouvant par les promoteurs » (Schweyer, 2010a). Concernant l'évaluation, la logique est la suivante : lors de la demande initiale, des indicateurs sont proposés dans une visée prospective. Lors de la demande de renouvellement, un an plus tard, ceux-ci s'intègrent dans une partie « bilan » de l'action et doivent être renseignés. Pour PEPITO, les indicateurs définis dans le cadre du Contrat de ville 2017, principalement axés sur

---

<sup>56</sup> Mais également des emplois afférents.

<sup>57</sup> A l'instar du dispositif Asalée par exemple.

l'intégration des enfants au dispositif, semblaient peu pertinents. En effet, la majeure partie de la première année d'activité a consisté à préparer la mise en œuvre de l'action<sup>58</sup>. C'est pourquoi ces indicateurs ont été peu utilisés dans le bilan réalisé en avril 2018. A la place, ce sont les réalisations au prisme des objectifs opérationnels tels qu'énoncés dans le Contrat de ville 2017 qui ont été présentées, sous une forme plus littérale<sup>59</sup>. Face à la difficulté à utiliser les indicateurs proposés en 2017, de nouveaux indicateurs ont été travaillés en interne pour le Contrat de Ville 2018 selon un critère de pertinence, mais également de mesurabilité, avec un questionnement sur la faisabilité du recueil des données. Dans un second temps, ces indicateurs ont été discutés et réajustés avec les financeurs du projet<sup>60</sup> lors d'une réunion technique qui s'est tenue en juin 2018. Certains de ces indicateurs seront recueillis au fil de l'eau, et d'autre épisodiquement, à court (annuellement) ou moyen (à échéance 2-3 ans) termes. Pour procéder à l'évaluation, il est donc nécessaire d'anticiper et de construire un cadre pertinent et des outils de recueil des données afin que la démarche soit réalisable.

Il est intéressant de rappeler ici que démontrer la plus-value d'un dispositif repose sur une temporalité relativement longue. S'agissant d'une démarche préventive il est compliqué d'obtenir des résultats probants, car il s'agit d'une intervention « d'amont ». Comment quantifier quelque chose qui *aurait pu* advenir ? Sachant que de très nombreux facteurs (exogènes à l'intervention PEPITO) peuvent influencer par exemple l'évolution des difficultés<sup>61</sup> des enfants (milieu socioculturel, milieu scolaire...). Dans le cadre de PEPITO, ce sont donc des indicateurs intermédiaires (d'activité, de processus) qui ont été retenus, ainsi que des indicateurs relativement « subjectifs », en termes de satisfaction, de plus-value pour les parties prenantes (professionnels, partenaires, familles).

### *Reconnaissance de la plus-value et de la légitimité du projet par l'ARS*

La reconnaissance progressive par l'ARS de la plus-value du dispositif PEPITO passe en premier lieu par l'obtention du financement initial en 2017. La confiance est renouvelée en 2018 avec la reconduction de celui-ci. La visibilité croissante du projet, fruit d'un travail constant d'information et de communication par les membres du Comité de pilotage, aboutit sur des sollicitations variées émanant des acteurs institutionnels (ARS et Ville de Rennes). Les promotrices du projet sont identifiées et invitées à participer à plusieurs manifestations<sup>62</sup>. Par exemple la Plénière du CRSM

---

<sup>58</sup> De septembre 2017 à février 2018.

<sup>59</sup> C'est-à-dire un argumentaire mettant en lien les objectifs avec les réalisations, intégrant quelques données chiffrées.

<sup>60</sup> Voir la version actuelle du tableau des indicateurs, en annexe 09.

<sup>61</sup> Ou bien les délais d'attente du CMPP : le territoire d'intervention est différent de celui de PEPITO, et beaucoup d'autres facteurs peuvent influencer positivement ou négativement cet indicateur : organisation interne et orientations de la structure. PEPITO *pourrait* même avoir un impact négatif par effet « d'appel d'air » : les professionnels du territoire sont plus sensibilisés à la problématique et connaissent mieux l'offre sur le territoire.

<sup>62</sup> L'ASVB est elle-même identifiée et invitée à présenter le travail réalisé dans le cadre de la MSP, par exemple lors d'une réunion organisée par l'ARS à destination des professionnels de santé de Noyal-Chatillon sur Seiche.

organisée par la Ville de Rennes en mars 2018, où deux d'entre elles ont pris part à l'animation d'un atelier ayant pour thème : « repérer et orienter : Atelier interconnaissance ». PEPITO était également représenté (et présenté) à l'occasion de la première réunion partenariale sur les troubles neurodéveloppementaux organisée en juin 2018 par l'ARS « *Présenter PEPITO devant l'ARS, [...] ça a ce côté stressant et grisant en même temps. C'est-à-dire que tu te dépasses un petit peu. Je trouve projeter au tableau dans le planning de la réunion l'ARS "Le dispositif PEPITO", je trouve que ça claque quand même pas mal* » (Entretien n°7, professionnelle paramédicale). Un geste fort de l'intérêt porté au projet est sans aucun doute sa présentation à Agnès Buzyn<sup>63</sup>, Ministre des Solidarités et de la Santé, en juin 2018. Cet évènement, marquant dans l'histoire du tout jeune projet PEPITO, a été initié par la Direction Départementale 35 de l'ARS, qui en a fait la proposition au Président de l'ASVB. Peu à peu, c'est une acceptation, puis une reconnaissance mais également une certaine forme d'appropriation par les acteurs institutionnels qui se dessine. Lors du Conseil d'administration, une habitante du quartier faisait part de son ressenti « *ils se sont approprié PEPITO comme si c'était eux qui l'avaient fait*<sup>64</sup> ». Cette réflexion dénote une position ambivalente, à la fois un sentiment de dépossession, et l'attachement au fait que PEPITO soit et reste reconnu comme une « production locale », mais également ce qui peut être considéré comme le « prix du succès », l'appropriation par les autorités administratives, participant au processus de légitimation et pouvant être considérée comme un « marqueur » de sa réussite.

#### *Un enjeu majeur pour l'année à venir : le financement des actes hors-nomenclature*

L'expérimental est aussi une occasion de « faire bouger les lignes », une opportunité à saisir pour faire remonter au national, via les ARS, les difficultés imposées par les « cadres » préétablis. Concernant PEPITO, la principale pierre d'achoppement est l'accessibilité financière des familles confrontées aux actes non remboursés par la Sécurité Sociale. La première année de fonctionnement a confirmé le rôle central de l'infirmière coordinatrice dans le bon fonctionnement du projet ainsi que la pertinence de celui-ci eu égard aux besoins des habitants du quartier. Il n'en reste pas moins que le dispositif ne pourra atteindre sa pleine voilure que lorsqu'une solution sera trouvée pour le financement des actes hors nomenclature. En effet, même en niveau 1, il est souvent nécessaire d'avoir recours à des soins non pris en charge par la Sécurité Sociale (psychomotricité, ergothérapie, psychologie), ce qui crée des difficultés d'accès. Ce non remboursement accentue les inégalités sociales de santé, notamment pour les familles en situation de précarité. C'est donc un enjeu majeur du projet PEPITO de trouver des solutions alternatives/dérogatoires au financement de ces actes. A défaut, le dispositif sera (et est déjà)

---

<sup>63</sup> Le samedi 23 juin 2018.

<sup>64</sup> Extrait d'une prise de notes « à la volée », sans que je puisse préciser aujourd'hui si elle parlait de la Ville de Rennes ou de l'ARS. Je pencherais pour la Ville de Rennes.

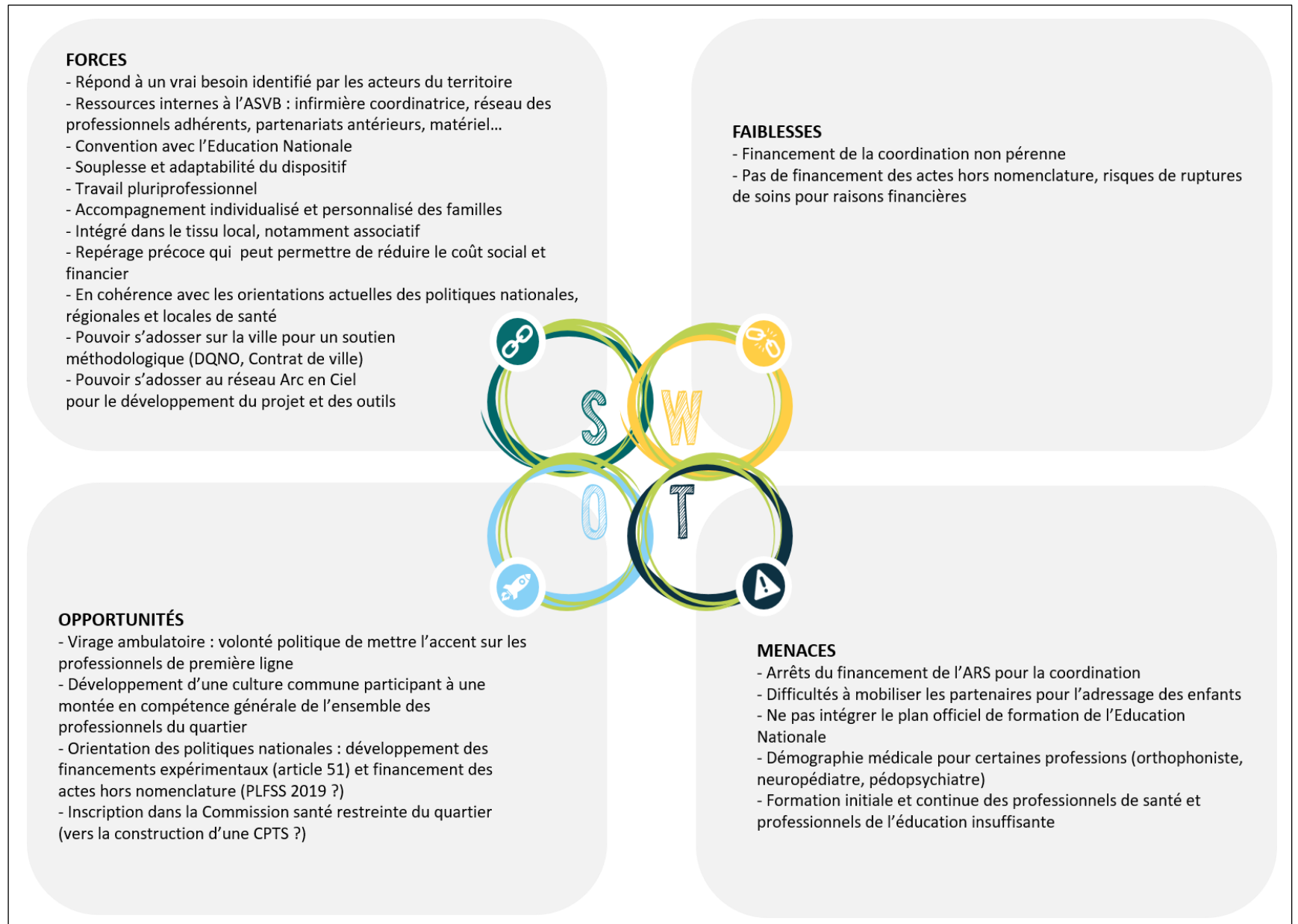
confronté à des ruptures de soins pour raisons financières. L'ASVB, soutenue dans sa démarche par l'ARS, a interpellé la CPAM sur les prestations extra-légales afin d'ouvrir la discussion en vue de dégager des solutions communes pour lever cet obstacle. Par ailleurs, lorsque le dispositif PEPITO a été présenté à Agnès Buzyn lors de sa visite de l'Espace Santé Olivier Sabouraud, celle-ci a évoqué deux pistes supplémentaires : le dispositif innovation en santé issu de l'article 51 de la LFSS 2018 et le financement de bilans pour les enfants à partir de 18 mois qui devrait apparaître dans le PLFSS 2019. C'est suite à cette visite que l'ASVB a signifié à l'ARS sa volonté d'intégrer le dispositif de financement issu de l'article 51.

### **3.3 SWOT**

Afin de formaliser et présenter de manière synthétique les points positifs (forces) et négatifs (faiblesses) du dispositif, mais également d'identifier les éléments de son environnement qui peuvent influencer favorablement (opportunités) ou défavorablement (menaces) sur son développement, une matrice SWOT du dispositif a été réalisée.



Figure 8. Matrice SWOT  
du projet PEPITO



Voici quelques éléments clés de synthèse qui ressortent de cet outil :

Le projet PEPITO offre une alternative qui n'était pas auparavant présente sur le territoire avec un accompagnement marqué par une forte adaptabilité. La souplesse de ce dispositif constitue une force en ce qu'elle permet de coïncider avec les besoins de la population du quartier.

La volonté de l'ASVB a été de co-construire avec les différents partenaires du quartier les différents axes de développement du dispositif. Grâce aux différents lieux d'échanges (Commissions, temps d'informations, manifestations), les liens avec les différents partenaires sont sans cesse renouvelés, pris en compte, ce qui permet un dialogue ouvert et dynamique.

La collaboration avec les différents partenaires du sanitaire et du social a permis de mettre en place une dynamique de décloisonnement sur le territoire et participe au développement d'une culture commune.

La présence de ressources pluriprofessionnelles complémentaires dans le quartier permet une prise en charge globale des enfants et l'individualisation de l'accompagnement à leurs besoins dans leur parcours de santé.

Le parcours de santé de l'enfant est co-construit en partenariat avec les parents, dans une logique d'accompagnement à l'autonomie.

L'émergence et la mise en œuvre de ce dispositif est en grande partie attribuable aux motivations des acteurs initiaux. Les risques d'usure, qui ont pu à un moment mettre en péril le dispositif, semblent aujourd'hui appartenir au passé. Ces risques sont par ailleurs limités par un certain nombre de garde-fous liés au fonctionnement de l'association et à un contexte favorable (salarial, rémunération des temps de travail via l'ACI). Le renouvellement des membres du Comité de pilotage (retraitées - actives) se fait en douceur, selon un modèle rappelant la cooptation.

Cependant, l'absence d'un mode de financement pérenne menace la poursuite de ce dispositif dans la durée. A l'heure actuelle, une demande de renouvellement annuelle, sur la base du Contrat de ville est nécessaire. Cette démarche est relativement énergivore pour l'équipe. En ce sens, le modèle économique fragilise fondamentalement le dispositif.

Le financement des actes hors-nomenclature reste un enjeu majeur pour la période à venir.

Obtenir l'intégration du projet PEPITO au dispositif d'expérimentation d'innovation en santé (article 51 LFSS 2018) permettrait de s'inscrire sur un financement à moyen terme et donc plus pérenne ainsi que d'apporter une première réponse concernant les actes non remboursés par la Sécurité Sociale.

## Conclusion

« Alors que les générations plus anciennes, et même les pouvoirs publics, n'ont pas réellement envisagé une "autre" médecine libérale, les jeunes médecins l'ont inventée. Là où la "liberté" se traduisait en une totale disponibilité, ils l'ont aménagée pour se la partager. Là où la peur du salariat et du "fonctionariat" faisait frémir leurs aînés, ils pourraient y voir plus de protections que de contraintes. Là où le "colloque singulier" devait ne laisser aucun tiers s'immiscer entre le médecin et le patient, les plus jeunes aspirent à ne pas se retrouver seuls face à la multiplicité des problèmes auxquels ils sont confrontés. Et là où d'aucuns se refusaient à laisser les intérêts collectifs guider leur action, *les médecins d'aujourd'hui ne trouvent pas indécent de se penser destinataires d'une mission de service public* »

(Hardy, 2013 ; citée par Fournier, 2015)

## Une démarche de santé publique en soins primaires

« Faire » de la santé publique

Qu'est-ce que la santé publique<sup>65</sup> ? Ou plutôt, si l'on reprend le questionnement de Didier Fassin (2008) « Comment la santé publique *se fait-elle* ? » Car il rappelle que « la santé publique ne relève pas de la prescription, mais de la description ; elle n'est pas seulement dans ce qu'on en dit, elle est aussi dans *ce qu'on en fait* ». C'est en ce sens qu'il est particulièrement approprié de mobiliser la sociologie de la traduction car « la traduction *est un processus* avant d'être un résultat » (Callon, 1986). Ainsi, ce cadre sociologique permet de décrire les mouvements d'ajustements permanents entre les acteurs dans un contexte (territorial, politique, législatif) donné, conduisant à la concrétisation -ou non<sup>66</sup>- d'un projet. En ce qui concerne les difficultés des apprentissages et de comportement des enfants en tant que problème de santé publique sur le quartier, celui-ci n'est pas apparu *ex-nihilo* mais doit être considéré comme la transformation d'un constat en actions, d'un cas en cause, cette cause, portée par les acteurs du quartier, étant un objet construit socialement et dynamique. Il est le fruit d'un processus de transformation d'un phénomène jusque-là invisible, rendu visible car investi par les différents intervenants du territoire. Il est ici question de déplacer le curseur -là où on intervenait hier à la survenue des troubles on s'attache aujourd'hui à agir dès l'apparition des difficultés-, et en quelque sorte de modifier l'effet de seuil<sup>67</sup> auquel il est considéré comme approprié d'intervenir. C'est cette construction, issue de la problématisation

---

<sup>65</sup> S'il fallait répondre à cette question, nous retiendrions la définition communément admise de l'OMS « l'art et la science de prévenir les maladies, de prolonger la vie, d'améliorer la santé physique et mentale des individus par le moyen d'actions collectives ». (OMS, 1942).

<sup>66</sup> Ou partielle..., de plus cette « appréciation » peut varier en fonction de l'acteur, de son point de vue et de l'« intéressement » de celui-ci au projet.

<sup>67</sup> L'effet de seuil fait référence à l'émergence de l'épidémie de saturnisme telle que décrite par Didier Fassin (2008).

réalisée par les promoteurs de PEPITO, qui a permis la mise en visibilité d'un problème de santé publique, et, dès lors, l'interpellation des pouvoirs publics selon une logique de plaidoyer.

### *L'apprentissage du travail collectif*

Faire de la santé publique implique d'agir collectivement, ce qui sous-tend une phase d'apprentissage du « travailler ensemble ». Cette phase d'apprentissage implique une prise de distance des professionnels quant à leur attachement à la liberté d'initiative et le sentiment d'indépendance propres à l'identité libérale (Schweyer, 2010a) « *souvent on travaille tout seul, ou on travaille en cabinet, on a des initiatives, on est des libres entrepreneurs je dirais, et on n'a pas cette culture du collectif, comme ça, d'emblée. Et pas de la santé publique, même si on est régulièrement confronté à des problèmes de santé publique tous les jours, on n'a pas l'habitude de réfléchir collectivement à ça. C'est-à-dire qu'on s'y coltine chacun, on cherche des solutions en social etc... Chacun, mais avec pas mal de solitude, même souvent. Mais on ne sait pas trop faire collectivement. Et puis, petit à petit, c'est venu* » (Entretien n°1, médecin retraitée). Le travail collectif de santé publique nécessite également d'intégrer de nouvelles articulations et une reconfiguration entre différents domaines de pratiques, selon une logique de décloisonnement : entre soin et prévention, entre médical et paramédical, entre sanitaire et social, entre colloque singulier et approche collective territoriale (Fournier, 2015). En ce sens, l'ASVB constitue un cadre d'urgence propice, la réflexion sur le « travailler ensemble » et le « travailler avec » ayant été investi par les professionnels de santé sur le quartier dès la fin des années 70.

### *Exercice libéral et santé publique, un paradoxe ?*

PEPITO, en tant que projet de santé publique porté par des professionnels libéraux renvoie à la question de la responsabilité sociale des soignants et notamment le « mandat social de la médecine générale » (Schweyer, 2010b), que l'on étendra ici à la totalité des professions libérales de santé. Au sein de l'ASVB, et avant elle de Villejean-Santé, il semble que le paradoxe soit depuis longtemps dépassé, puisque cela fait plus de 30 ans que des actions de santé publiques sont développées par les libéraux dans le quartier « *On s'est rendu compte qu'en tant que libéraux, on n'a pas de hiérarchie, on est beaucoup moins bridés [...] Cette liberté nous donne une certaine responsabilité<sup>68</sup>* », ce qui n'est pas sans rappeler l'autonomie responsable décrite par Francois-Xavier Schweyer (2010a) concernant les réseaux. Le projet PEPITO s'inscrit dans un cadre plus large, l'ASVB, qui développe une vision intégrée<sup>69</sup> de la santé caractérisée par des partenariats « horizontaux » multi sectoriels. On peut notamment voir les prémices d'un système intégré dans le travail de la Commission santé restreinte du quartier (issue du Conseil de quartier), pilotée par la

---

<sup>68</sup> Propos issus des notes prises lors du CA du 03.07.2018 (Gynécologue retraitée)

<sup>69</sup> Telle que développée par Pierre Blaise dans son intervention dans le cursus Master 2 PPASP.

Ville de Rennes. La question de l'écriture d'un projet territoriale de santé sur Villejean-Beaugard, co-construit par l'ensemble des acteurs (Ville de Rennes, habitants, secteur social, médico-social, sanitaire) est d'ailleurs posée. Une telle démarche nécessite un travail d'appropriation complexe, notamment afin de comprendre les politiques territoriales de santé (Contrat Local de Santé, Plan Local de Santé, Comité Consultatif Santé Environnement et leur articulation). Cette Commission pourrait également être l'opportunité de réfléchir à la création d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé.

### *Une approche populationnelle et communautaire*

Le projet PEPITO procède d'une approche populationnelle et communautaire de la santé, qui s'inscrit dans une dynamique plus large portée par l'ASVB. L'un des axes de la Charte d'Ottawa (1986) est de « Renforcer l'action communautaire » par la « participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. [...] Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social ». Dans le cadre de PEPITO, les familles sont parties prenantes du constat initial et actrices du parcours de santé des enfants, selon une logique d'accompagnement à l'autonomie. De manière plus générale, les attentes de la population du quartier en termes de santé ont été recueillies et ont fait l'objet d'un article (Allory *et al.*) publié en 2017. Certains habitants sont conviés à l'Assemblée Générale et au Conseil d'Administration et une habitante du quartier a récemment été élue vice-présidente de l'association. L'ASVB a, par ailleurs, mené une action volontariste pour faire intégrer la médiation en santé dans le PRS 2, qui a porté ses fruits. Ainsi, un projet initial sera travaillé en septembre. L'approche populationnelle et communautaire met en lumière une situation paradoxale relative aux actions de santé publique développées par l'ASVB. En effet, la santé communautaire « ne peut se penser sur des délais courts ; ses effets doivent être appréhendés sur le long terme<sup>70</sup> ». Cette affirmation paraît peu compatible avec le caractère expérimental, et donc relativement contraint dans le temps, des financements alloués, et illustre une certaine forme de dyschronie.

## **Perspectives**

### *Perspectives pour 2018-2019 : montée en charge du dispositif*

L'ASVB prévoit une montée en charge du projet pour 2018-2019, par une augmentation du nombre d'enfants intégrés au dispositif. En effet, l'année 2017-2018 a été singulière, puisqu'il s'agissait de

---

<sup>70</sup> solidarites-sante.gouv.fr/IMG/...publique\_05\_Sante\_communautaire.pdf

la première année d'activité. Ce qui a induit une phase longue, mais nécessaire, de mise en œuvre de l'action, reculant d'autant plus le début des accompagnements des familles. Or, depuis l'intégration des premiers enfants fin février 2018, l'ASVB constate une accélération des demandes, ce qui laisse supposer une augmentation progressive de la file active sur la période à venir.

#### *Poursuivre, renforcer, et étendre les partenariats*

Lors de la période à venir, l'ASVB va poursuivre et renforcer les nombreux partenariats déjà engagés dans le cadre du projet PEPITO, notamment avec l'Education Nationale, le Programme de Réussite Educative, la Direction des Quartiers Nord-Ouest, le secteur social, médico-social et les acteurs participants à la vie du quartier. L'association va également renforcer les liens avec l'Éducation Nationale, puisqu'elle a été contactée, par l'inspectrice en charge de la mission maternelle, qui propose une rencontre afin de présenter les dispositifs d'accueil et de scolarisation des enfants de moins de trois ans mis en place dans les trois écoles de Villejean en zone REP. De nouveaux partenariats sont également envisagés. Par exemple l'ASVB étudie la possibilité de se rapprocher du Réseau Louis Guilloux et de son pôle Interprétariat afin de pouvoir faire intervenir un interprète, si besoin, lors de l'accompagnement des familles (coût, modalités d'intervention...). Le Réseau Périnatal va également être sollicité pour une réflexion commune sur les parcours de santé des enfants afin d'éviter des ruptures de soins (notamment lors des fins de parcours dans les différentes institutions).

#### *Financement des actes non remboursés*

Le dispositif PEPITO a été présenté à Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, le samedi 23 juin 2018 lors de sa visite de l'Espace Santé Olivier Sabouraud. Celle-ci a confirmé que le projet relevait bien du champ du dispositif d'innovation en santé issu de l'article 51 de la LFSS 2018. Par conséquent, l'ASVB a sollicité auprès de l'ARS, qui était présente lors de cette rencontre, l'intégration du projet PEPITO au dispositif innovation en santé sur les deux dimensions de l'intervention, à la fois la prise en charge de la coordination (IDE...) ainsi que le financement dérogatoire des actes non remboursés par la Sécurité Sociale. Cela permettrait un financement de la coordination plus pérenne qu'à l'heure actuelle, puisque celui-ci nécessite pour le moment une demande de renouvellement annuelle, et résoudrait, à tout le moins en partie, les ruptures de soins pour raisons financières. L'article 51 représente une opportunité, car il permet d'interpeller les pouvoirs publics sur les difficultés auxquelles sont confrontés les professionnels de première ligne. Si l'ASVB obtient un financement des actes hors nomenclature, ce serait une reconnaissance de leur utilité ainsi qu'une mise en visibilité et une valorisation des compétences métiers afférentes. Cela pourrait laisser envisager l'éventualité, à plus long terme, d'une modification du cadre législatif et l'entrée de ces prestations dans la nomenclature.

Une autre piste pour le remboursement de ces actes a été soulevée par la Ministre, il s'agit de l'intégration, dans le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2019 du remboursement de bilans, jusqu'alors non remboursés, pour les enfants à partir de 18 mois. Cependant, ce n'est qu'à l'automne 2018 que le Gouvernement présentera le PLFSS 2019, il est donc impossible à l'heure actuelle de savoir si cette annonce sera suivie d'effectivité, ni sous quelles modalités cette mesure serait déployée.

#### *Des forces de propositions pour faire évoluer le dispositif*

À l'heure actuelle, le bilan du projet PEPITO est ressenti comme positif par les membres du Comité de pilotage, tant sur le plan de son développement que de la reconnaissance progressivement acquise « *Ça veut dire que le travail qu'on fait, il est quand même [...] payant aussi, au sein du projet PEPITO, on est [...] récompensés en fait. Je trouve que on a été récompensés par plein de trucs. Tout au fur et à mesure de l'année, parce qu'il y a plein de choses qui ont été concrétisées. Même les gens... On commence à en parler. Quand t'es invitée à l'ARS pour ça. À la rentrée on présente au CDAS. De pleins de cotés ça arrive [...] donc voilà [le projet] interpelle* » (Entretien n°7, professionnelle paramédicale). L'ASVB représente un environnement favorable à l'émergence des idées de chacun « *il y a du potentiel parce qu'on sent des gens très motivés aussi autour, enfin ça ne cesse de... de fleurir au niveau des projets, et des idées des uns et des autres. Donc c'est chouette* » (Entretien n°4, professionnelle paramédicale). L'évolution future du projet PEPITO pourra s'appuyer sur les énergies de ses promotrices, qui sont forces de proposition. Elles se projettent déjà, chacune à sa manière, sur le développement futur du projet. Par exemple, l'une d'entre elles considère qu'il serait intéressant d'étendre le périmètre d'action du dispositif aux enfants de moins de 3 ans « *moi, dans mon idéal, ce serait d'élargir le dispositif PEPITO aux moins de 3 ans, parce que [...] il y a une telle méconnaissance en fait de la petite enfance pour un certain nombre de professions que je pense qu'il y a fort à faire en termes de prévention, repérages des troubles à moins de 3 ans, à la fois pour les professionnels de santé que pour les professionnels d'accueil de la petite enfance* » (Entretien n°4, professionnelle paramédicale). Une autre évoque une intervention renforcée à destination des parents, notamment sur les écrans. Une troisième propose de renforcer la pluridisciplinarité au cours des accompagnements « *L'idée c'est est-ce qu'il faut pas plusieurs avis avant pour faire une synthèse de l'état des lieux de la situation. [...] là les parents ils viennent tout déposer à [l'infirmière coordinatrice], tout ce qu'ils ont commencé, ou pas commencé, les difficultés qu'ils ont et cætera. Donc [...] elle recueille tout ça. [...] Mais autant [l'infirmière coordinatrice] seule que le médecin traitant seul, que n'importe quelle personne seule, est-ce qu'on est assez tout seul à pouvoir faire l'analyse de tout, de dire peut-être qu'on pourrait commencer par ça [...] Et je trouve que ça, il y a quelque chose à faire. [...] D'être au moins deux ou*

*trois têtes pensantes* » Cette membre du Comité de pilotage suggère également la mise en place d'une équipe mobile, pour intervenir directement au sein des écoles « *La première chose, c'est est-ce que les aménagements sont vus en classe ? Sauf que personne peut répondre à ça en fait, parce que personne n'a été vérifier sur place, avec l'école, avec l'instit, est-ce qu'ils sont mis en place ? Si oui, pourquoi ça marche pas ? Ou si non, pourquoi ? Et je trouve qu'il nous manque un truc quoi* » (Entretien n°7, professionnelle paramédicale). Ce ne sont pas les idées qui manquent quant aux évolutions et transformations possibles du dispositif.

Rappelons pour conclure ce propos que le projet PEPITO est un objet mouvant, qui sera amené à se modifier, s'adapter, s'inventer et se réinventer, tant sous l'influence des volontés internes, des positionnements des acteurs qui composent le réseau de partenaires, ou encore des orientations politiques au niveau local mais aussi national. Cette dynamique renvoie à l'analyse développée par Lise Monneraud (2009), qui appréhende l'« agir » en santé<sup>71</sup> comme un « processus kaléidoscopique d'adaptation sans fin » afin de souligner « la co-présence de multiples acteurs et répertoires d'action ainsi que le changement permanent des frontières et des ajustements mutuels entre activités, selon une infinité de combinaisons. » Rappelons enfin que « cette mise en mouvement est fondamentalement opportuniste et "se sert" de tout ce qui se passe [...] "raclant" comme un chalut toutes les opportunités qui se présentent à sa portée, se mettant à l'écoute de tous ceux qui veulent participer, se donnant les moyens de convaincre les réticents ou de les mettre à distance pour qu'ils ne nuisent pas. » (Fournier, 2015).

---

<sup>71</sup> L'expression utilisé par Lise Monneraud est « agir sanitaire », nous lui préférons ici les termes « agir » en santé, plus inclusifs.



---

## Bibliographie

---

Allory, E. *et al.* 2017. « Les attentes d'usagers d'un quartier prioritaire en termes de santé : une enquête qualitative », *Santé Publique*, vol. 29, no. 4, 2017, pp. 535-545.

Callon, M., 1986. « Eléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc ». *L'année sociologique*, 36, pp.169-208.

Fassin, D. 2008. *Faire de la santé publique*. Presses de l'EHESP, Rennes. 69p.

Fillaut, T et Douguet, F. 2016. « Introduction ». In Douguet, F ; Fillaut, T et Hontebeyrie, J. *Intervenir en première ligne : Les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité*. Paris, L'Harmattan, pp. 9-17.

Fournier, C. 2015. « Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes ». *Santé publique et épidémiologie*. Université Paris Sud - Paris XI. 337 p.

Fournier, C. 2014. « Concevoir une maison de santé pluriprofessionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes ». *Sciences sociales et santé*, 32(2), pp.67-95.

Frattini, M-O et Naiditch, M. 2015. « Coordination d'appui au médecin traitant pour faciliter les parcours de ses patients », *Santé Publique*, vol. s1, no. HS, pp. 87-94.

HAS. 2017. *Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages*.

Lascoumes, P. 1996. « Rendre gouvernable : de la traduction au "transcodage". L'analyse des processus de changement dans l'action publique ». In Cerapp, *La gouvernabilité*. Paris, PUF, pp. 325-338.

Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017. *Stratégie nationale de santé 2018-2022*. 103 p.

Monneraud, L. 2009. « L'agir sanitaire. Processus et formes d'expression à travers le cas aquitain ». Histoire, Philosophie et Sociologie des sciences. Université Montesquieu - Bordeaux IV; Institut d'Etudes Politiques de Bordeaux. 560 p.

Naiditch, M. et Frattini M-O. 2016. « Une coordination d'appui originale au médecin traitant : un outil entre dynamique professionnelle et dynamique de régulation régionale ». In Douguet, F ; Fillaut, T et Hontebeyrie, J. *Intervenir en première ligne : Les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité*. Paris, L'Harmattan, pp. 149-161.

OMS. 1978. *Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaire*, Alma-Ata (URSS), 6-1 septembre 1978. Rapport coparrainé par l'Organisation Mondiale de la Santé et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, Genève, OMS.

Parizot, I. ; Schweyer F-X. et Paugam, S. 2013. *Facteurs favorables à la pérennité des centres de santé dans les Zones urbaines fragiles : L'exemple du quartier de la Villeneuve de Grenoble*. ERIS, Rapport pour l'AGESCA, 92 p.

Quero-Le Jean, A-C. 2017. « Expériences des réseaux dans les troubles des apprentissages ». Article écrit pour le congrès de l'AFPA, Association Française de Pédiatrie Ambulatoire. Nantes. Novembre 2017. *Non publié*.

Réseau Arc en Ciel. 2015. *Éléments constitutifs d'une lettre de mission*.

Robelet, M. 2017 « Les transformations des modes de contrôle croisés entre associations et autorités publiques dans le secteur du handicap », *Revue française d'administration publique*, vol. 163, no. 3, pp. 599-612.

Rodriguez, C. 2015. « La première année du pôle de santé de l'ASVB, bilan d'étape ». Travail universitaire.

Schweyer, F-X. 2010a. « L'outil qui cache la réforme, les généralistes dans les réseaux de santé ». In Bloy, G et Schweyer, F-X, eds. *Singuliers généralistes*. Rennes, Presses de l'EHESP, pp. 283–305.

Schweyer, F-X. 2010b. « Ni artisan, ni salarié. Conditions et enjeux de l'installation en médecine générale libérale ». In Bloy, G et Schweyer, F-X, eds. *Singuliers généralistes*. Rennes, Presses de l'EHESP, pp. 379–402.

UNICEF France. 2016. *Consultation nationale des 6/18 ans « Écoutons ce que les enfants ont à nous dire - Le lieu de vie comme marqueur social »*, 68 p.

## **Webographie**

Rouger, M. 2016. Un jour, le médecin généraliste transmet enfin ses combats, *Histoires Ordinaires*, 08/09/2016 [en ligne] >[https://www.histoiresordinaires.fr/Un-jour-le-medecin-generaliste-transmit-enfin-ses-combats\\_a1935.html](https://www.histoiresordinaires.fr/Un-jour-le-medecin-generaliste-transmit-enfin-ses-combats_a1935.html)<

---

## Liste des annexes

---

Annexe 01. Copie du tract annonçant la création de l'association Villejean-Santé.

Annexe 02. Perspective historique - Tableau comparatif de certaines évolutions entre l'association Avenir-santé (1978-1989) et l'ASVB (2012-aujourd'hui).

Annexe 03. Affiche présentant l'ASVB.

Annexe 04. Charte de l'ASVB.

Annexe 05. Tableau de composition du bureau.

Annexe 06. Vue d'ensemble du parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages. HAS, 2017.

Annexe 07. Poster présentant le dispositif PEPITO.

Annexe 08. Chronologie détaillée des actions PEPITO (septembre 2017 – août 2018).

Annexe 09. Référentiel d'évaluation du dispositif.

Annexe 10. Liste des travaux écrits réalisés pendant le stage.

Annexe 11. Exemples de visuels créés dans le cadre du stage.

## **Annexe 01. Copie du tract annonçant la création de l'association Villejean-Santé.**

UNE NOUVELLE ASSOCIATION EST CREEE : « VILLEJEAN SANTE » ....

Une association de quartier, loi 1901, « VILLEJEAN SANTE » à son siège :  
4, SQUARE D'ALSACE - Tel 54 28 14 - RENNES

POURQUOI UNE TELLE ASSOCIATION ?

Les problèmes de santé sont actuellement abordés trop exclusivement.

1.-sous leur aspect négatif : on n'envisage les questions de santé que lorsqu'il y a atteinte à celle-ci, c'est-à-dire maladie

2.-dans des relations de dépendance : la santé est l'affaire de spécialistes, médecins et paramédicaux, auxquels les patients doivent se confier passivement en étant dépossédés ainsi de leur propre corps.

3.-sous leur aspect individuel : même lorsque les atteintes à la santé concernent toute une partie d'une population, les mesures à prendre, les soins ne sont guère envisagés que cas par cas, individu par individu.

Face à cela, l'Association veut développer :

1.-une pratique de prévention, axée sur l'information et la recherche des moyens de « garder la santé au sens large » : « état de bien-être physique, moral et social ».

2.-une pratique visant à donner à chacun les moyens de prendre plus en charge sa propre santé, d'être plus autonome par rapport à son corps.

3.-une pratique collective : la recherche, l'information et les actions en commun sur tout ce qui bénéficie ou nuit à la santé de l'ensemble ou d'une partie de la population du quartier.

Pour poursuivre ces objectifs, l'Association se propose d'utiliser divers moyens, en relation avec les professionnels de la santé du quartier (médecins et paramédicaux), les travailleurs sociaux, etc.....

1.-réunions publiques d'information sur des thèmes concernant l'ensemble de la population du quartier.

2.-formation par petits groupes d'échange-information, réunissant un nombre limité de personnes ayant des préoccupations communes.

3.-organisation de cycles de formation destinés à des catégories bien précises de population (assistantes maternelles, lycéens, émigrés...)

4.-aménagement d'un local où seraient mis à la disposition de tous à la fois une documentation en livres et revues et des permanences de personnes susceptibles de répondre à des questions, des demandes de renseignements, d'explications sur des problèmes de santé.

5.-information par le biais des journaux du quartier, d'affiches, de tracts, sur des problèmes de santé touchant le quartier (épidémies, pollution...)

6.-enquêtes sur l'importance, les causes, les effets et moyens de lutte pour y remédier, des atteintes manifestes à la santé de la population.

A.M.S.P.O. - M.F.P.F. - C.S.C.V. - CROIX D'OR - FEDERATION CORNEC (Rennes-Villejean) -  
A.R.V. - Travailleurs sociaux - Usagers -

**Annexe 02. Perspective historique - Tableau comparatif de certaines évolutions entre l'association Avenir-santé (1978-1989) et l'ASVB (2012-aujourd'hui).**

	Villejean-Santé 1978 - 1989	ASVB 2012- Aujourd'hui
Tissu associatif du quartier (ARV)	« l'ARV, il y avait foule à l'ARV. C'était vraiment d'un dynamisme. » « à l'époque elle regroupait énormément de monde, elle était extrêmement représentative de la population de Villejean. C'était une force de pression, même sur la municipalité. C'était quelque chose de très important l'ARV. Donc des travailleurs sociaux, et des usagers. »	« l'ARV, aujourd'hui elle est squelettique, je dirais »
Relation entre les médecins – démographie médicale	« quand on s'est installés, c'était pas évident. Moi, j'ai connu des gens de ma génération, qui au bout de 6 mois, ont dévissés leurs plaques, parce qu'ils n'arrivaient pas à travailler. Nous, dans notre cabinet, on a mis à peu près 6 mois à pouvoir se payer un petit peu. C'était pas du tout le même contexte, et donc il y avait un climat de concurrence et quand on s'installait quelque part, ceux qui étaient en place avait l'impression qu'on venait leur manger leur pain. »	« il y a un contexte qui a changé un contexte de démographie médicale notamment, qui fait qu'il y a plus que du boulot pour tout le monde » « Maintenant l'inquiétude des médecins, c'est plutôt la surcharge. Donc ça apaise les choses au niveau relationnel. »
Accueil du projet	« les syndicats de médecins libéraux et le conseil de l'ordre se sont levés farouchement contre le projet. On était minoritaires dans le corps médical, on était très très minoritaires. » « pendant de nombreuses années, on était un îlot, c'est-à-dire nos deux cabinets, celui de gynéco-pédiatrie et notre cabinet Bernard Heyman et moi, et ensuite le cabinet de Brigitte Gendre, on était vécu de façon très hostile par les autres médecins généralistes du quartier. Au début on était minoritaire quand même mais on était vraiment vécu de façon très hostile, et on n'avait pas de contact ou des contacts d'hostilité. »	Projet ne remettant pas en cause une culture dominante, puisque ne remettant pas en cause l'exercice libéral (donc pas de conflit avec les syndicats de médecin), projet moins « politique » Engagement majoritairement intéressé au départ, ayant trait à la mise en conformité avec la Loi du 11 février 2005 sur l'accessibilité des ERP et la volonté de rendre l'exercice attractif sur le territoire pour les jeunes générations
Composantes de l'association	« Les pharmaciens, par exemple, ils étaient totalement absents de notre démarche en 70-80. Les pharmaciens totalement, les infirmières on les voyait pas non plus, on avait une kiné, les autres kinés n'étaient pas du tout dans le coup. »	« je dirais elle est plus étendue au niveau des professions médicales et paramédicales » « aujourd'hui, ça regroupe la quasi-totalité des professionnels médicaux et paramédicaux. »

	<p>« on avait beaucoup plus de relations et d'actions communes avec les travailleurs sociaux et les usagers. »</p> <p>« à l'époque, il y avait des gens, qu'on rencontrait en consultations, à qui on parlait de notre association, et qui disaient "ah bah ça m'intéresse, ça m'intéresse, je vais venir, c'est quand votre prochaine réunion..." »</p> <p>« il y avait plus des gens comme ça qui avaient envie de prendre en main leur santé »</p>	<p>« la collaboration avec les travailleurs sociaux et avec les associations d'usagers, ça s'est arrêté avec le départ notamment des travailleurs sociaux ou des représentants des usagers qui étaient dans le projet de départ »</p> <p>« Et avec le point de départ de l'ASVB, c'était vraiment... Il n'était pas question des usagers, et des travailleurs sociaux encore moins. C'était exclusivement centré sur des questions de professionnels. »</p> <p>« [la relation avec les usagers] ça s'est fait dans un deuxième temps, et avec beaucoup de difficultés à voir comment travailler avec les usagers. C'est vrai que c'est beaucoup moins spontané que ça ne l'était. Maintenant les usagers on ne les touche que par l'intermédiaire d'associations déjà existantes. »</p>
Sociologie du quartier et participation citoyenne	<p>« La sociologie du quartier n'était pas du tout la même. C'était pas un quartier aisé, loin de là, mais il y avait une mixité. Il y avait une partie importante de la population quand même qui était en précarité, mais il y avait quand même une grosse proportion de classes moyennes : beaucoup d'enseignants, beaucoup de gens qui travaillaient à Pontchaillou, des infirmiers, des travailleurs sociaux... et qui sont maintenant peu nombreux dans le quartier. »</p> <p>« Là, quand même, il faut voir qui participait à l'association [Villejean-Santé], c'était des gens de classe moyenne. »</p>	<p>« la précarisation du quartier... les gens ils sont dans des questions de survie à Villejean aujourd'hui [...]. »</p> <p><b>A étayer avec les Données APRAS</b></p>
Bénévolat VS rémunération du travail pluriprofessionnel	<p>« Par essoufflement. Le travail bénévole, ça fonctionne bien quand on a l'enthousiasme. Mais au bout d'un moment, on se fatigue, on s'épuise. Et il y a eu donc un épuisement, et petit à petit il y avait de moins en moins d'énergies et donc toutes ces actions collectives qu'on menait se sont essouffées. »</p> <p>« Et puis l'essoufflement par rapport aux réunions tout le temps... et puis uniquement bénévole, on n'avait aucun, aucun, financement. On avait peut-être une petite subvention municipale pour l'association, qui payait je dirai l'impression [du tract], enfin c'était quand même du bénévolat. »</p>	<p>ACI – NMR – Financement de l'exercice coordonné</p> <p>Bénévolat au début de l'association, « 2 euros » symboliques de rémunérations.</p> <p>Aujourd'hui : triplement de l'ACI, rémunération à 70 euros des professionnels de santé + Salariat Infirmière coordinatrice à 90% + Secrétaire</p>

## Votre professionnel de santé adhère à :



**Avenir Santé**  
Villejean Beauregard

Gérant la MSP Nord-Ouest

### HORAIRES DU PÔLE DE SANTE

L' ASVB s'organise pour la continuité des soins sur le quartier de 8h00 à 19h30 du lundi au vendredi et le samedi de 8h à 12h.

Ainsi vous pouvez solliciter :

De 8h à 8h30	Le laboratoire de Villejean au 02 99 33 03 74
De 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 19h	Le cabinet de votre médecin généraliste
De 12h30 à 13h30 et de 19h à 19h30 <small>Les pharmacies sont ouvertes le samedi.</small>	Les pharmacies de Villejean

En cas de situation d'urgence ou en dehors de ces horaires, composer le 15.

### L'association Avenir Santé Villejean Beauregard c'est en 2018 :

- . 64 professionnels de santé sur Villejean et Beauregard.
- . travaillant collectivement à des projets de santé spécifiques à Villejean et Beauregard
- . dans l'intérêt premier des usagers\*
- . en lien avec les autres professionnels du secteur médicosocial à Rennes
- . se formant et oeuvrant pour une meilleure coordination des soins. Dans ce cadre, ils peuvent être amenés à partager des informations de votre dossier médical (en cas d'opposition parlez en à votre soignant).

\*La commission des usagers permet à tout usager du système de soins de Villejean et Beauregard de participer à l'élaboration et au suivi des projets de santé menés par l'association. Si vous êtes intéressé(e) merci de contacter l'association.

Avenir Santé Villejean Beauregard  
Espace Santé Olivier Sabouraud  
7 rue de Normandie, 35000 Rennes  
Tél: 06 45 87 26 99  
Coordinatrice: [coordinationasvb@hotmail.com](mailto:coordinationasvb@hotmail.com)  
Secrétaire: [avenirsante@hotmail.fr](mailto:avenirsante@hotmail.fr)



@ASVB\_MSP

## **Annexe 04. Charte de l'ASVB.**

### **CHARTRE DU POLE DE SANTE DE VILLEJEAN-BEAUREGARD RENNES**

#### **NOS VALEURS**

Les professionnels du pôle de santé œuvrent pour la prise en charge globale de l'utilisateur incluant les soins médicaux, paramédicaux et les actions de santé publique.

Aucun usager ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès aux soins et à la prévention.

Chaque usager a droit au respect et à la dignité, dans sa singularité, quelles que soient ses origines et ses conditions socio-économiques et culturelles.

**Les professionnels du pôle de santé signataires de la charte s'engagent à respecter les valeurs suivantes :**

- Mettre l'utilisateur au centre du dispositif de soins et du système de santé.
- Délivrer à l'utilisateur une information qui lui permette un choix éclairé préservant sa dignité et favorisant son autonomie.
- Respecter son libre choix.
- Respecter au cours des échanges toutes les différences dans une ouverture au dialogue, sans jugement de valeur, ni préjugé.
- Promouvoir et cultiver la bienveillance et le respect entre les professionnels.
- Soutenir la participation citoyenne à l'amélioration du système de santé, au maintien de la protection sociale accessible à tous, ainsi que les droits des usagers.

**Les professionnels du pôle de santé signataires de la charte s'efforceront de :**

- Favoriser l'accès et les échanges de données entre soignants en utilisant, notamment, la messagerie sécurisée pour garantir le secret professionnel.
- Participer aux formations interprofessionnelles organisées par le pôle pour développer une culture commune.
- S'impliquer dans les actions mises en œuvre par le pôle de santé.
- D'exercer en toute indépendance.
- D'offrir des terrains de stage pour les étudiants dans leurs domaines respectifs, dans la mesure de leurs possibilités matérielles d'accueil.



**Annexe 05. Tableau de composition du bureau au 03.07.2018.**

*Tableau de composition du bureau élu (suite au vote du CA du 03.07.2018)*

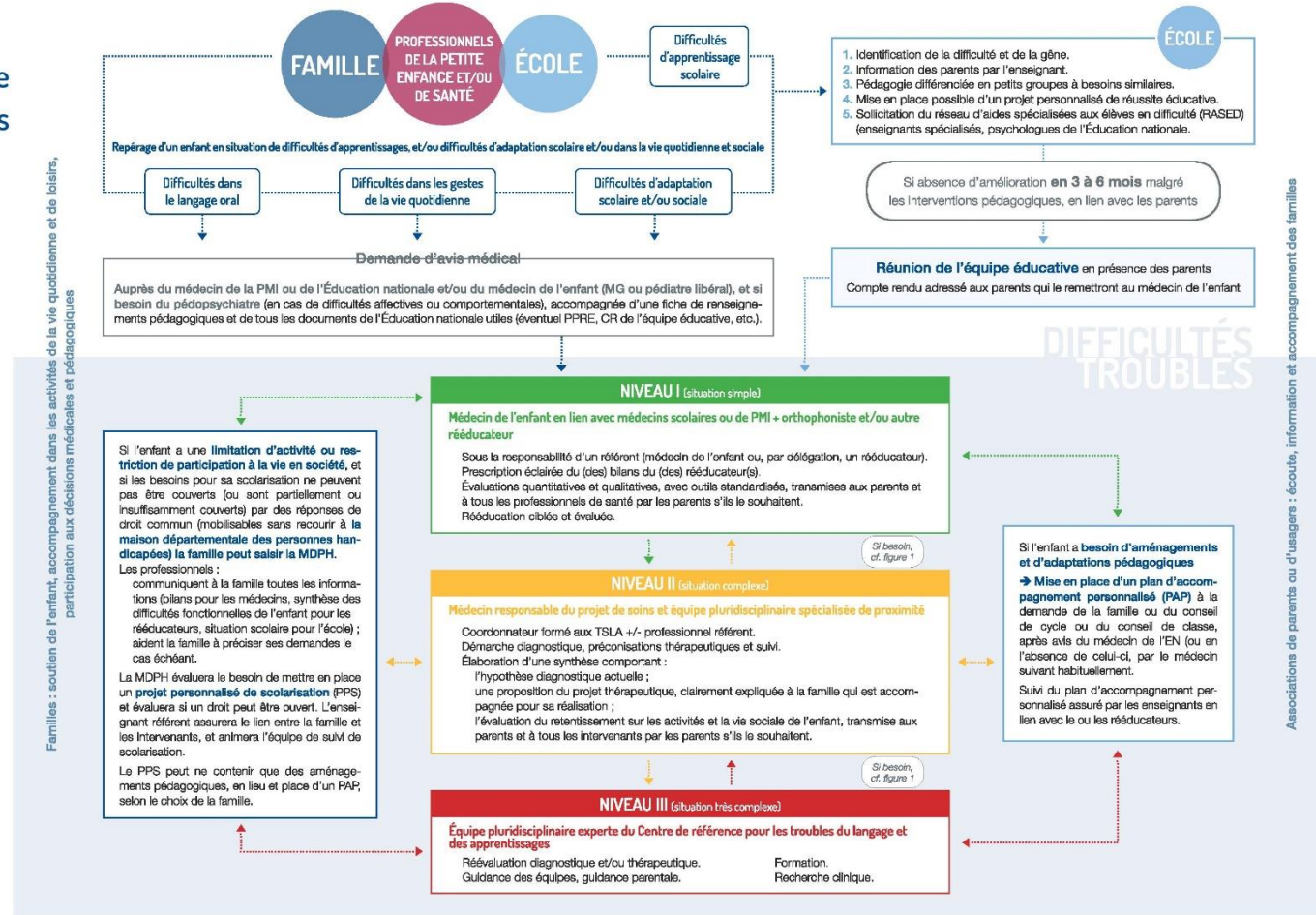
<b>Président</b>		
Médecin généraliste		
<b>Vices-Présidentes</b>		
Ergothérapeute	Psychologue	Habitante du quartier
<b>Trésorier.e.s</b>		
Pharmacienne	Médecin généraliste	
<b>Secrétaires</b>		
Pharmacienne	Médecin généraliste	
<b>Membres du bureau</b>		
Gynécologue retraitée	Médecin généraliste	Orthophoniste

Annexe 06. Vue d'ensemble du parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages. HAS, 2017.




Vue d'ensemble du parcours

Parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages



# Annexe 07. Poster présentant le dispositif PEPITO.



## P. E. P. I. T. O.

(PETITE ENFANCE PRIORITAIRE INTERVENTIONS TRANSVERSALES ORGANISEES)

### PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES DIFFICULTÉS D'APPRENTISSAGE ET / OU DE COMPORTEMENT DES ENFANTS DE 3 A 9 ANS ET SOUTIEN AUX PARENTS


#### RENNES, VILLEJEAN

FINANCE PAR

PORTE PAR

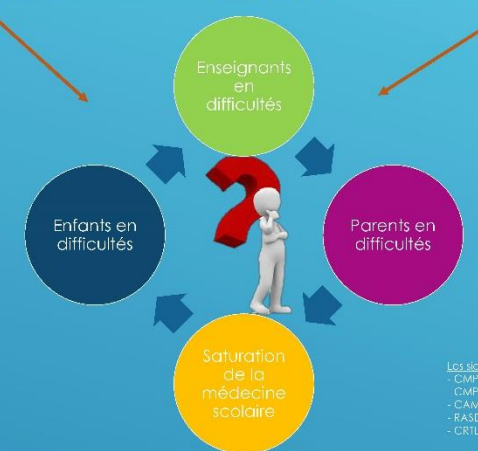
SOUTENU PAR

EN LIEN AVEC




**LES DIFFICULTÉS DES APPRENTISSAGES ET DE COMPORTEMENT : UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE DANS UN QUARTIER PRIORITAIRE DE LA VILLE**  
 marqué par les inégalités sociales et territoriales de santé

SATURATION DES SERVICES CMP / CMPP / CAMSP	COMPLEXITÉ DU PARCOURS DE SANTÉ	ENFANTS DE 3 A 9 ANS PRÉSENTANT DES DIFFICULTÉS DES APPRENTISSAGES ET/OU DE COMPORTEMENT	3 ÉCOLES MATERNELLES ET PRIMAIRES EN RESEAU D'ÉDUCATION PRIORITAIRE
---	---------------------------------	--	---




- Expérimentation d'une prise en charge coordonnée ambulatoire précoce
- Mise en place d'une **infirmière de coordination** des parcours de santé de l'enfant en ambulatoire, auprès des professionnels de santé libéraux (PDS) en partenariat avec les structures médico-sociales existantes du quartier

- Des partenaires**
  - L'Éducation nationale : signature d'une convention
  - Les enseignants : temps de co-formation avec les PDS
  - La médecine scolaire, le service santé enfance de la ville, le programme de réussite éducative, le RASED, les CAMSP, CMP, CMPP, le CRTLA
  - La ville de Rennes : soutien méthodologique
- Un outil : le livret de suivi**
  - Outil à destination des parents pour aider à la coordination et à la communication
  - Le livret s'intègre dans le carnet de santé
- Des parents informés**
  - Conférence grand public
  - Information dans les écoles
- Des PDS formés**
  - Organisation de formations au repérage et à la prise en charge des difficultés des apprentissages communes aux enseignants et aux PDS




De novembre 2015 à juin 2016	Juin 2016	Juillet - Septembre 2016	Février 2017	Avril 2017	Septembre 2017	Septembre 2017	Décembre 2017	Janvier 2018
de l'axe du projet... p. info: info@... en commission de suivi	projet qui... assure la... de suivi... de suivi	Partage d'expérience... avec la ville de Rennes... de partenariat... de la ville de Rennes	Convention de travail... avec la ville de Rennes... de partenariat... de la ville de Rennes	nouvelle présentation à... du livret de suivi	Accueil des... par les PDS... de la ville de Rennes... de la ville de Rennes	Élaboration de... de suivi... de la ville de Rennes	Convention de... avec la ville de Rennes... de la ville de Rennes	Lancement du dispositif PEPITO

Laure Desfriches, Annie Guyot<sup>1</sup>, Marie Heyman<sup>1</sup>, Françoise Richessahan<sup>1</sup>, Dominique Halbouët<sup>1</sup>, Emmanuel Allary<sup>1,2</sup>  
 1 : MSP Rennes Nord Ouest, gérée par l'association Avenir SANTÉ Villejean BEAUREGARD, contact : Annie.GUYOT.coordination@halmail.com 2 : Département de médecine générale, université de rennes 1



## 7<sup>ES</sup> JOURNÉES NATIONALES DE LA FFMPs

9 et 10 mars 2018 · La Cité, Centre des congrès de Nantes



**Annexe 08. Chronologie détaillée des actions PEPITO (septembre 2017 – août 2018).**

Date	Actions
<b>2017</b>	
<b>SEPTEMBRE</b>	
Septembre	Accord de co-financement par l'ARS et le Contrat de Ville pour un an. Embauche de l'infirmière coordinatrice 30% ETP sur le projet PEPITO.
Lundi 4 septembre	Participation au petit déjeuner de rentrée pour présenter le projet PEPITO à l'école Jean Moulin. Familles + enseignants + partenaires du quartier (PRE, MQV...). Idem pour les 4 petits déjeuners.
Mardi 5 septembre	Participation au petit déjeuner de rentrée pour présenter le projet PEPITO à l'école Guyenne. Idem + inspecteur de l'Education nationale.
Mercredi 6 septembre	Participation au petit déjeuner de rentrée pour présenter le projet PEPITO à l'école Andrée Chedid.
Jeudi 7 septembre	Participation au petit déjeuner de rentrée pour présenter le projet PEPITO à l'école Saint-Jean de Bosco.
Vendredi 8 septembre	<b>Copil 01</b> : Convention EN, livret, programme des formations sur l'année.
Samedi 9 septembre	Participation au forum des associations du quartier Villejean. Présentation du projet PEPITO.
Mercredi 20 septembre	Réunion d'organisation Familles en mouvement n°1.
Lundi 25 septembre	<b>Copil 02</b> : Convention EN.
Lundi 25 septembre	Réunion de préparation SISM 2018 – Thème : parentalité et enfance.
Vendredi 29 septembre	Rencontre avec XX, inspecteur de circonscription de l'Education Nationale à propose de la convention PEPITO / EN.
<b>OCTOBRE</b>	
Vendredi 6 octobre	<b>Copil 03</b> : Livret, brochure informative.
Mercredi 11 octobre	Rencontre avec Mme XX Responsable Projet de Réussite Educative Rennais, pour échanger sur l'articulation PEPITO / PRE.
Mercredi 11 octobre	<b>Copil 04</b> : Livret, brochure informative, SISM.

Lundi 16 octobre	Réunion préparation SISM.
Jeudi 19 octobre	Lors de la commission enfance de l'ASVB – point d'avancement PEPITO, présentation du livret et de la plaquette pour correction et validation. En présence du Réseau Arc en Ciel, de la DQNO...
Mercredi 25 octobre	Rencontre avec Mme XX du CMP-CHGR pour présenter le projet PEPITO.
NOVEMBRE	
Mercredi 8 novembre	<b>Copil 05</b> : Livret, brochure informative.
Jeudi 9 novembre	Réunion d'organisation Familles en mouvement n°2.
Vendredi 10 novembre	Cellule locale du PRE (Programme de Réussite Educative) n°1.
Jeudi 16 novembre	<b>Copil 06</b> : Courrier Mr XX, inspecteur de circonscription de l'Education Nationale.
Mercredi 22 novembre	<b>Copil 07</b> : En présence de XX, médecin scolaire, afin d'échanger sur le contenu des formations à destination des professionnels.
Lundi 27 novembre	Point d'avancement du projet PEPITO à la DQNO avec XX (DQNO) et XX (Direction Santé-Handicap de la Ville de Rennes).
Mercredi 29 novembre	<b>Copil 08</b> : Travail sur les outils du dispositif PEPITO.
DECEMBRE	
Vendredi 1er et samedi 2 décembre	Participation aux journées portes ouvertes de l'ESOS. Communication sur l'ASVB et ses projets, PEPITO en particulier (partenaires + information que l'accueil des parents sera possible rapidement, dès l'emménagement terminé).
Lundi 4 décembre	Emménagement terminé – communication sur la possibilité de recevoir les parents au bureau de l'ESOS (communication adhérent ASVB).
Jeudi 7 décembre	Réunion des formatrices PEPITO (4 formations : dates, contenus, répartition...) En présence d'XX, médecin scolaire.
Jeudi 7 décembre	Réunion d'organisation Familles en mouvement n°3.
Vendredi 15 décembre	Cellule locale du PRE n°2.
Mercredi 20 décembre	<b>Copil 09</b>
Jeudi 21 décembre	<b>Signature de la convention avec l'Education Nationale.</b>
<b>2018</b>	



JANVIER	
Janvier	Lancement officiel du dispositif PEPITO.
Jeudi 11 janvier	Réunion d'organisation Familles en mouvement n°4.
Mercredi 17 janvier	<b>Copil 10</b> : Organisation des temps de formations et d'animations pour 2018.
Vendredi 19 janvier	Cellule locale du PRE n°3.
Mardi 23 janvier	Rencontre avec la PMI pour présenter le projet PEPITO et leur proposer de participer à l'animation grand public sur les écrans du 29 mars.
Mardi 23 janvier	<b>Copil 11</b> : Suite rencontre PMI.
Mardi 31 janvier	Présentation du projet PEPITO à l'Espace parents de l'école Andrée Chedid.
FEVRIER	
Jeudi 1er février	Réunion des formatrices PEPITO.
Mardi 6 février	Présentation du projet PEPITO à l'école maternelle et primaire GUYENNE.
Jeudi 8 février	Présentation du projet PEPITO à l'école Jean MOULIN.
Jeudi 8 février	Réunion d'information du dispositif PEPITO (accompagnement individuel et formations) auprès des professionnels de santé de l'ASVB.
Jeudi 8 février	Réunion d'organisation Familles en mouvement n°5.
Mardi 13 février	Présentation du projet PEPITO à l'école maternelle et primaire Andrée CHEDID.
Jeudi 15 février	Réunion de finalisation du poster.
Vendredi 16 février	Présentation du projet PEPITO à l'école Saint Jean de BOSCO.
Lundi 19 février	Arrivée d'une stagiaire EHESP pour un stage de 6 mois sur le projet PEPITO.
Jeudi 22 février	Accompagnement PEPITO 01 : rendez-vous initial avec la famille – Bureau ASVB, ESOS.
Jeudi 22 février	<b>Copil 12</b> : Préparation Comité des financeurs.
Jeudi 22 février	Formation à destination pluriprofessionnelle sur les troubles des apprentissages et du comportement chez l'enfant. Formation n°1 : neuropédiatre.

Vendredi 23 février	Cellule locale du PRE n°4.
Vendredi 23 février	Comité des financeurs.
Mardi 27 février	Réunion de préparation pour l'animation grand public sur les écrans du 29 mars, en présence de la PMI et des psychomotriciennes impliquées dans l'action.
MARS	
Vendredi 9 et samedi 10 mars	Présentation du poster PEPITO aux 7 <sup>es</sup> Journées nationales de la FFMPs.
Jeudi 15 mars	Copil 13 : Dossier contrat de ville.
Mercredi 21 mars	Participation à la plénière du CRSM (journée). Participation de deux membres du Copil à l'animation d'un atelier (n°3) ayant pour thème : "repérer et orienter : Atelier interconnaissance".
Vendredi 23 mars	Cellule locale du PRE n°5
Vendredi 23 mars	Participation à l'inauguration de « Familles en mouvement ». Information et communication sur l'intervention grand public du 29 mars 2018 sur le thème des écrans et plus généralement sur le projet PEPITO.
Mardi 27 mars	Commission santé restreinte – DQNO
Mardi 27 mars	Formation à destination pluriprofessionnelle sur les troubles des apprentissages et du comportement chez l'enfant. Formation n°2 : orthophonistes et orthoptiste.
Mercredi 28 mars	Accompagnement PEPITO 02 : rendez-vous initial avec la famille – Bureau ASVB, ESOS.
Jeudi 29 mars	Intervention grand public n°1, dans le cadre de Familles en mouvement : « Ecrans, jeux sans écrans et le développement de l'enfant, comment s'y retrouver ? ».
Jeudi 29 mars	Copil 14 : Dossier contrat de ville.
AVRIL	
Mardi 3 avril	Accompagnement PEPITO 03 : rendez-vous initial avec la famille – Bureau ASVB, ESOS.
Jeudi 5 avril	Rendez-vous avec XX à la DQNO pour préparer le Cerfa contrat de ville.
Vendredi 6 avril	Accompagnements PEPITO 04 et 05 : rendez-vous initial avec la famille – Bureau ASVB, ESOS.

Lundi 9 avril	Accompagnement PEPITO 06 : rendez-vous initial avec la famille – Bureau ASVB, ESOS.
Mardi 10 avril	Accompagnement PEPITO 07 : rendez-vous initial avec la famille – Bureau ASVB, ESOS.
Mardi 17 avril	<b>Copil 15</b> : Relecture Cerfa Contrat de ville.
Jeudi 19 avril	Formation à destination pluriprofessionnelle sur les troubles des apprentissages et du comportement chez l'enfant. Formation n°3 : psychomotriciennes et ergothérapeutes. Ecole primaire Guyenne.
Vendredi 20 avril	Retour / débriefing sur l'intervention écrans du 29 mars.
Jeudi 23 avril	Accompagnement PEPITO 08 : rendez-vous initial avec la famille – Bureau ASVB, ESOS.
MAI	
Vendredi 4 mai	<b>Copil 16</b> : Réponse à XX (EN), avancement contact CPAM, organisation intervention grand public n°2, organisation temps de bilan pour les formatrices 2018, point sur les enfants entrés dans le dispositif, réflexion collective sur les informations de synthèse à collecter, nouveaux partenaires ayant manifesté leur intérêt pour PEPITO, intégration de nouveaux PDS au Copil.
Vendredi 18 mai	Accompagnement PEPITO 09 : rendez-vous initial avec la famille – Bureau ASVB, ESOS.
Jeudi 24 mai	Formation à destination pluriprofessionnelle sur les troubles des apprentissages et du comportement chez l'enfant. Formation n°4 : psychologues. ESOS.
JUIN	
Vendredi 1 <sup>er</sup> juin	Cellule locale du PRE.
Lundi 4 juin	Réunion mise à jour Diaporama présentation PEPITO pour réunion partenariale troubles neurodéveloppementaux du 15 juin à l'ARS.
Mercredi 13 juin	Accompagnement PEPITO 10 : rendez-vous initial avec la famille – Bureau ASVB, ESOS.
Jeudi 14 juin	Réunion technique pour construire l'évaluation de PEPITO en présence des financeurs : ARS (XX et XX), XX du Département, XX, délégué du préfet, XX, DQNO.
Jeudi 14 juin	<b>Copil 17</b> : Avancement contact CPAM sur le financement des actes hors-nomenclature, préparation de la réunion « bilan et perspectives » sur les formations, sollicitation des animatrices enfances du Cadran pour intervenir sur les écrans, point sur les échanges avec l'EN (XX et inspectrice 2-3 ans), proposition nouveau visuel plaquette.



Vendredi 15 juin	Réunion partenariale sur les troubles neurodéveloppementaux à l'ARS, en présence d'XX (Réseau Arc en Ciel), des représentants des URPS, XX, responsable des médecins de PMI du département, deux médecins du CRTLA, XX du réseau périnatal, Mr XX, IEN, des professionnels de CAMSP et du centre de ressources autisme...
Vendredi 22 juin	Cellule locale du PRE.
Lundi 25 juin	Rendez-vous avec l'assistante sociale de l'URCAM. ESOS.
Vendredi 29 juin	Copil 18 :
JUILLET	
Mercredi 4 juillet	Réunion « bilan et perspectives » sur les formations PEPITO.
Lundi 30 juillet	Dépôt candidature « article 51 » à l'ARS.
AOÛT	
Mardi 28 août	Rendez-vous avec la directrice du Réseau Arc en Ciel pour travailler sur un outil « tableau de bord » de recueil des données.
SEPTEMBRE	
Rentrée scolaire 2018	Participation aux 4 petits déjeuners de rentrées dans les écoles du quartier.
Samedi 8 septembre	Participation au forum des associations de Villejean.

## Annexe 09. Référentiel d'évaluation du dispositif.

<p><u>Intégration dans le dispositif</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nombre de demandes d'intégrations au dispositif PEPITO.</li> <li>-Nombre d'enfants intégrés au dispositif par an.</li> <li>-File active des accompagnements en cours.</li> <li>-Nombre d'enfants hors-critères dont : Nombre d'enfants intégrés, nombre d'enfants non intégrés. Typologie des hors-critères.</li> <li>-Délai de réponse à la première sollicitation de la coordinatrice (1er contact avec l'infirmière coordinatrice &gt; RDV initial).</li> <li>-Délai de prise en soins (RDV initial avec la coordinatrice &gt; 1er bilan ou RDV médical / paramédical). Ce délai pourra être différencié en fonction des professionnels sollicités. Typologie des professionnels sollicités. Différenciation des délais en fonction des professionnels réalisant les bilans.</li> </ul>
<p><u>Au cours des accompagnements</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Typologie des besoins initiaux. (Difficulté.s de départ motivant la demande d'accompagnement).</li> <li>-Nombre de rendez-vous demandés et des prises en charges à partir du livret de suivi.</li> <li>-Nombre de rééducations mises en œuvre.</li> <li>-Comparaison nombre de rééducations proposées VS nombre de rééducations mises en œuvre de façon effective.</li> <li>-Durées des accompagnements.</li> <li>-Nombre de concertations entre professionnels et équipes éducatives (Dissocier les concertations organisées par l'ASVB et celles organisées par les partenaires).</li> <li>-Nombre de patients orientés en niveau 2 (CMP CMPP CAMPS) (deux cas de figure : un accompagnement transitoire PEPITO en attendant que l'enfant puisse intégrer une structure de niveau 2 ou réorientation directe vers l'une de ces structures) .</li> </ul>
<p><u>Développement d'une culture commune et interconnaissance des professionnels</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nombre de formations organisées.</li> <li>-Nombre de personnes présentes. Typologies : profils des intervenants et profils des participants.</li> <li>-Évaluation par questionnaires numérique de la satisfaction des participants. Mettre l'accent sur les outils (impact sur les pratiques professionnelles).</li> </ul>
<p><u>Actions grand public</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nombre d'actions organisées.</li> <li>-Nombre de personnes présentes.</li> <li>-Évaluation du public lors des conférences avec une grille de satisfaction.</li> </ul>
<p><u>A court et moyen terme</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Évaluation de la satisfaction <u>des familles</u> vis-à-vis du dispositif. A réaliser fin 2018 puis annuellement. Modalités à définir.</li> <li>-Évaluation par <u>les enseignants</u> de l'apport du dispositif relativement à leurs pratiques professionnelles. Modalités à définir, travail préalable sur les critères à réaliser, idéalement avec les partenaires.</li> <li>-Évaluation par <u>les professionnels libéraux</u> du quartier de l'apport du dispositif relativement à leurs pratiques professionnelles. Modalités à définir, travail préalable sur les critères à réaliser.</li> <li>Evaluation qualitative des professionnels (éducatifs et libéraux) à prévoir à moyen terme (2-3 ans)</li> </ul>

## **Annexe 10. Liste des travaux écrits réalisés pendant le stage.**

### **Dossiers de demandes de financement.**

#### Cerfa Contrat de ville.

- 3-1. Description de l'action. Volet qualitatif. 10 pages.
- 6-1. Compte rendu financier. Bilan qualitatif. 8 pages.

#### Article 51.

- Lettre d'intention. 2 pages.
- Cahier des charges initial. 20 pages.

### **Comptes rendus.**

- Comité des financeurs du 23 février 2018. DQNO. Co-écriture avec une membre du Comité de Pilotage PEPITO. 4 pages.
- Réunion DQNO pour échanger sur le dossier Contrat de Ville du 5 avril 2018. 3 pages.
- Plénière du CRSM du 21 mars 2018. Maison des associations. 10 pages.
- Réunion de la Commission santé restreinte de 02 mai 2018. DQNO. 5 pages.
- Réunion technique du Comité des financeurs du 14 juin 2018. DQNO. Co-écriture avec l'infirmière coordinatrice. 3 pages.
- Réunion partenariale « Mieux repérer pour mieux accompagner les enfants avec troubles du neurodéveloppement » du 15 juin 2018. DD35 ARS. Co-écriture avec l'infirmière coordinatrice. 4 pages.

### **Evaluation des formations pluriprofessionnelles.**

- Elaboration d'un questionnaire de satisfaction en version numérique sous Google Form.
- Synthèse des résultats. 5 pages.

Annexe 11. Exemples de visuels créés dans le cadre du stage.



LE DUC	Amelyne	12 septembre 2018
<b>Master 2</b> <b>Pilotage des politiques et actions en santé publique</b>		
<b>PEPITO</b> <b>Petite Enfance Prioritaire Interventions Transversales Organisées</b> <b>Un projet de santé publique porté par des professionnels libéraux de premier recours</b>		
<b>Promotion 2017-2018</b>		
<p>Le projet PEPITO est porté par l'association ASVB (Avenir Santé Villejean Beauregard), qui gère la Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) Rennes Nord-Ouest. Cette association, qui regroupe 64 professionnels de santé (PDS) libéraux, intervient sur le quartier de Villejean-Beauregard à Rennes, auprès d'une population vivant en quartier prioritaire de la ville (QPV) et se caractérisant par une précarité importante.</p> <p>Le projet PEPITO est un dispositif innovant territorial de coordination des parcours de santé des enfants de 3 à 9 ans présentant des difficultés des apprentissages et/ou du comportement. L'objectif est de réaliser un repérage et une prise en soins précoces, afin de prévenir l'aggravation des difficultés modérées des enfants en proposant des soins adaptés. Le dispositif PEPITO intervient en premier recours. Ce niveau d'intervention intègre : le médecin de l'enfant (médecin généraliste ou pédiatre), le médecin de santé scolaire (de l'Éducation nationale ou de la municipalité) ou de Protection Maternelle et Infantile (PMI), en lien avec les rééducateurs (orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, orthoptistes) et les psychologues. Le dispositif PEPITO intervient en complémentarité avec les partenaires suivants : l'Education Nationale et la médecine scolaire, le service santé enfance (SSE) de la ville de Rennes, les services de PMI, le CAMSP, le CMPP et le CMP, avec lesquels des liens réguliers sont entretenus.</p> <p>Le projet est né du constat, partagé par de nombreux acteurs du quartier, qu'il existait des ruptures dans les parcours de santé des enfants et/ou que les prises en soins se révélaient souvent tardives. Le dispositif a été co-construit avec les différents partenaires précédemment cités. Il procède d'une logique de réduction des inégalités sociales de santé (ISS) sur le territoire.</p> <p>Afin de comprendre ce qu'est le projet PEPITO, il convient, à titre préalable, de s'intéresser à l'association porteuse du projet, notamment selon une perspective historique. Dans un second temps, nous nous intéresserons au dispositif lui-même, en décrivant son périmètre et ses modalités d'interventions. Une troisième partie sera consacrée à l'analyse des processus à l'œuvre, notamment en termes de traduction et d'expérimentation.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Santé publique, approche populationnelle, exercice coordonné pluriprofessionnel, premier recours, santé des enfants, innovation organisationnelle, dispositif expérimental, décloisonnement, prévention secondaire, lutte contre les ISS.</p>		
<p><i>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.</i></p>		