

Geneva Health Forum 27 mai 2024

Journée d'étude sur les centres de santé communautaire

Cette journée fait suite à plusieurs rencontres :

- 16 mai 2023 : Réflexions sur les expérimentations de centres de santé communautaire en milieu francophone à Grenoble (le compte-rendu de cette journée est ajouté à la suite de celui-ci)
- 18 janvier 2024 : La santé autrement à Reims, en partenariat avec l'Institut Montparnasse (retour sur la conférence : <https://www.institut-montparnasse.eu/nos-publications/quelle-sante-pour-repondre-aux-defis-de-demain/>)

Cette journée, animée par Jean-Pierre Girard, a été l'occasion d'approfondir les travaux sur les expérimentations de centres de santé communautaire en milieu francophone, travaux conduits par :

- Jean-Pierre Girard (UQAM)
- Laetitia Lethielleux (Univ Reims Champagne Ardenne)
- Alexandrine Lapoutte (Univ Lyon 2)

Les échanges ont porté sur les différents systèmes de santé, les organisations et les pratiques, en particulier du numérique.

Traits communs des centres de santé communautaire :

- Remise en question de l'hospitalocentrisme
- Remise en question de l'approche biomédicale
- Refus du paiement à l'acte
- Refus de la lucrativité
- Liens forts avec le milieu, empowerment des parties prenantes incluant les populations locales
- Prise en compte des déterminants sociaux de la santé
- Ouverture vers des populations marginalisées ou laissées pour compte

Les travaux ont actuellement pour cas d'étude les initiatives suivantes,

Au Québec :

- Coopérative d'infirmières SABSA, représentée par Marie-Odile Massé, infirmière clinicienne et Emmanuelle Lapointe, chargée de projet
- Clinique Pointe-Saint-Charles, représentée par Charles Mainguy, DG. Cette clinique a une gouvernance locale et citoyenne. Elle souhaite s'engager dans une démarche collaborative internationale.

En Belgique :

- Free Clinic, représentée par Jacques Moriau, sociologue (Université Libre de Bruxelles)
- Maison médicale Le Noyer, représentée par Jamie Lee Fossion. La maison Le

Noyer travaille fortement sur le sujet de la Littératie en santé (LES).

- Deux modèles de maintien à domicile des personnes âgées à Bruxelles (distribution dans la communauté versus institutionnalisation de l'aide et des soins), présentés par Céline Mahieu (ULB)

En France :

- Centre de Santé Lemasson à Montpellier, représenté par Jérémie Malek Lamy, coordinateur
- Hélène Colombani, en tant que présidente de la Fédération Nationale des Centres de Santé est également une interlocutrice privilégiée.

De nouveaux acteurs viennent valoriser des initiatives de la Suisse :

- Consultation ambulatoire mobile des soins aux populations précaires (Camsco), par Yves Laurent Jackson, Hôpitaux de Genève
- Maison de santé Cité génération, Dr Philippe Schaller, Arsanté, un réseau de soins local organisé par des médecins, Lancy

La journée du 24 mai a été l'occasion de rencontrer l'ensemble de ces acteurs.

La recherche manque actuellement de cas en Afrique de l'Ouest.

Une mise en relation est donc opérée entre Jean-Victor Ayité (PASS) et Jean-Pierre Girard afin de mettre en valeur les initiatives de PASS en santé communautaire (ex du projet de PASS sur la gestion mutualiste de l'eau pour les centres de santé).

L'Institut Montparnasse s'est efforcé durant cette journée de faire le lien entre le projet d'étude universitaire et les établissements de soins mutualistes français. **Ci-dessous quelques données partagées au cours de la journée qui font le lien avec les SSAM :**

- Le premier centre de santé communautaire reconnu comme tel en France est un dispensaire mutualiste créé au Havre en 1879.
- Puissance du réseau mutualiste pour contribuer au plaidoyer national et international sur la réglementation et l'organisation du système de santé.
- Originalité du modèle de financement des SSAM.

Intégrer un centre de santé mutualiste français aux cas d'étude serait l'occasion de valoriser le modèle mutualiste et sa pertinence en santé communautaire dans la littérature universitaire et d'échanger avec d'autres structures engagées dans la santé pour tous.

Journée d'études du 16 mai à Grenoble
Réflexions sur les expérimentations de centres de santé communautaires en milieu francophone

Organisateurs :

- Amélie Artis : prisme RH
- Laetitia Lethielleux : prisme territorial
- Jean Pierre Girard : prisme soin

Participants : une dizaine, représentants de CCS

Objectif : préparer une délégation en 2024 à Genève pour promouvoir ces initiatives

Introduction

Les expérimentations existent depuis une cinquantaine d'années : on les appelle centres de santé communautaire, centres de santé participatifs...

Principes fondateurs :

- vision très large de la santé
- approche interdisciplinaire
- promotion de la santé primaire
- prise en compte des déterminants de la santé → implantation des centres là où les risques sont forts : lien au territoire et aux individus

Présence de centres de santé à Toulouse, Saint Denis, Echirolles, Marseille, Rennes.

Des travaux sociologiques ont déjà porté sur :

- identité sociologique des professionnelles
- lien patient / professionnel

Désormais : travaux comparatifs → étude de la finalité politique, de la gouvernance, de la spécificité des logiques d'actions

Conférence 1 : Audrey Mariette et Laure Pitti
La santé communautaire en quartiers populaires : retour sur des expériences alternatives en France et au Québec dans les années 1970

La pandémie a remis au centre les enjeux d'organisation des soins :

- maillage territorial
- coordination des soins
- organisation et continuité des soins
- égalité dans l'accès
- qualité des soins

Enjeu : comment réduire les inégalités d'accès aux soins ?

La santé est un enjeu politique.

Les centres de santé sont amenés à jouer un rôle dans les soins de premiers secours. Le

Séjour de la santé a réuni des acteurs de la santé entre mai et juillet 2020 : problématique du cloisonnement de la santé.

Développement de 60 centres de santé participatifs dans des territoires défavorisés avec une offre adaptée aux populations : prise en charge médicale, mais aussi sociale. Présence de traducteurs et de médiateurs dans les centres.

En 2020, on comptait 5 centres communautaires ou participatifs en France. Objectif : éclairer la portée critique des centres, liée à des contextes critiques (crises sanitaires et politiques) et aux enjeux de dé-médicalisation du soin et d'égalité d'accès au soin.

3 terrains d'enquête :

- Les années 70 en France : marquée par une critique frontale du pouvoir médical

Remise en cause de la centralité des médecins par rapport à la politisation du fait médical. Émergence de l'enjeu des savoirs de l'expérience et des savoirs des corps face au monopole du savoir par les médecins.

Remise en cause de l'hospitalo-centrisme, malades appréhendés autrement que comme des objets de soins et corps standardisés, remise en cause de la maladie sous le seul prisme biomédical et mise en avant du rôle social de la médecine.

Émergent d'un **pôle humaniste** qui prône une réforme du système médical : humanisation du rapport au malade, remise en question de la hiérarchie du système médical. Au **pôle radical** : des membres du comité action santé de la fac de Paris et de jeunes médecins se différencient par leur position plus marginale et une politisation antérieure à mai 68. Ils critiquent la médecine comme garante de l'ordre social.

Groupe Information Santé : critique foucauldienne du pouvoir et du savoir → regroupement de mouvements politiques sociaux.

- Revendication de la liberté de contraception et d'avortement
- Revendication de la suppression du conseil de l'ordre des médecins

Mouvement Action Santé : né aussi de la contestation de l'ordre des médecins. Remet en cause la centralité des médecins dans le travail des soins : prise en compte des usagers et des techniciens de la santé. Mise en place d'un premier comité de quartier à Albertville → usagers et professionnels de la santé.

Syndicat de la médecine générale : les conditions d'exercice des médecins. Prône une pratique d'un type nouveau : remise en cause du modèle isolé, biomédical et libéral de la médecine, au profit d'unités sanitaires de base à vocation médico-sociale : décentrage du soin, vocation médico-sociale, ancrage local.

Cabinets de groupe : le cadre d'exercice reste celui de la médecine libérale mais avec des pratiques alternatives : les médecins partagent les dossiers de leur patient, salariat des médecins.

Centres de santé mutualistes : médecins salariés qui travaillent avec d'autres groupes professionnels. 1er centre de santé mutualiste dans le quartier de la Villeneuve à Grenoble en 1973 : médecins et conseillers municipaux. Projet de médecine sociale en équipe pluridisciplinaire et de protection sanitaire intégrée au quartier.

→ **On parle des francs-tireurs de la médecine.**

Plusieurs médecins de ces structures réalisent des programmes de santé à l'échelle d'un quartier. Objectif : prévenir le caractère pathogène de l'environnement des usagers de la santé. La santé n'est plus appréhendée uniquement de manière individuelle.

Inclusion de l'action préventive dans la pratique de soins.

Les enjeux de déprofessionnalisation de la médecine sont moins forts qu'au

Québec. - Les années 70 au Québec : le pouvoir au citoyen

Dans les 60's, révolution tranquille, développement de la politique sociale. Critique de l'hospitalo-centrisme et de la médecine libérale.

Expériences de centres de santé communautaires portés par des animateurs sans équivalents en France, sous l'impulsion de mouvements féministes, marxistes et maoïstes. Des comités de citoyens vont mettre en place des services, des cliniques, avec le soutien d'étudiants en médecine et de médecins passés par l'expérience des free cliniques aux USA.

Il s'agit de centres pluridisciplinaires : santé curative et préventive, pouvoir de décision appartient à l'utilisateur.

Remise en cause des hiérarchies professionnelles : les médecins sont salariés.

Clinique Pointe Saint Charles créée en 1967 : égalité salariale entre médecin et gardien.

Allongement des temps de consultation, visites à domicile.

Démédicalisation des problèmes sociaux. Ex : consultations gratuites soumises à des obligations de participation à des réunions de quartier politiques, pièces de théâtre visant à faire de la prévention.

Le rôle joué par les usagers est essentiel, contrairement à la France où la critique est portée par les médecins soutenus par les mouvements politiques de gauche. Ces expériences alternatives proposent une conception large de la santé, ancrée dans les territoires, visant à mobiliser les habitants les plus éloignés du soin. Circulation transnationale d'idées, de pratiques, d'acteurs : ex membres du GIS en France et la clinique Pointe Saint Charles.

- Le tournant des années 1980 et l'apport des comparaisons : euphémisations et circulations des expériences critiques

Mais les expériences alternatives ont laissé des traces.

Au Québec, institutionnalisation de certaines expériences : création par le ministère du Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC) dans milieux défavorisés. Les associations tentent de résister pour garder leur autonomie, garder leur ancrage politique.

En France, marginalisation de la critique sociale : l'ordre des médecins n'est pas supprimé, le modèle des unités sanitaires de base n'est pas généralisé, le SMG ne devient pas un syndicat majoritaire.

Des pratiques alternatives continuent d'être pratiquées, développement des centres de santé de Médecins du Monde à destination des exclus de la santé, définition large de la santé portée par les politiques de ville.

- Conclusion aujourd'hui :

Analogie : rôle des contextes de crises politique ou sanitaire dans la critique d'une conception médico centrée du soin et du travail du soin.

→ VIH et Covid : la politisation du soin connaît une traduction dans l'action politique aujourd'hui → objectif : réinventer la santé en commun.

En 2006 centre de santé communautaire à Toulouse, Place Santé en 2011 à Saint Denis, et les autres centres de santé communautaires sont associés aux expérimentations de "structures d'exercices coordonnées participatives" (SECPA), sous la coordination politique des ministères de la santé et de lutte contre la pauvreté.

Cette expérimentation a commencé en juillet 2021 après covid et a été annoncée au SEGUR de la santé.

Financement non plus à l'acte mais selon un parcours pluridisciplinaire : droit commun en suspens.

Elle doit durer jusqu'à 2023, concerne 26 structures parmi lesquels 8 centres de santé communautaires. On parle donc dans cette expérimentation de santé participative, englobant davantage de centres participants.

Discussion :

Communautaire ou participatif ?

Pourquoi le mot communautaire ne fait pas consensus aujourd'hui ?

Confusion entre communautaire et communautarisme.

Au Québec, le terme est énormément utilisé.

Engagement des militants : quelles traces du militantisme dans les projets actuels ?

Dans la sociologie des porteurs de projets (médecins, assistantes sociales, infirmiers...), ils ne se conçoivent pas comme des militants. Ils rejettent ce qualificatif, mais défendent un rapport engagé à et dans leur travail.

Approche radicale ou humaniste ? Dans quelle mouvance s'inscrivent les centres aujourd'hui ?

Radical : sens étymologique : est radical celui ou celle qui travaille sur la cause profonde et structurelle des phénomènes et processus.

Dans ce sens, on peut qualifier la critique des centres de santé communautaires comme des centres mutualistes, de critique radicale, puisque l'objectif est de corriger les inégalités de santé voire les discriminations.

Intervention de Fabien Maguin : coordinateur de la Case de santé à Toulouse Depuis les années 2000, alternative à l'organisation des soins primaires telle qu'elle est proposée autour de la médecine libérale.

2 expérimentations concernent la case de santé :

- SECPA : expérimentation du modèle économique engendré par le modèle organisationnel (inclusions des médiateurs en santé, des interprètes...) :
financement par mission
- PEPS : financement par capitation

Conférence 2 : Jean Pierre Girard
L'impact des cliniques et centres de santé communautaires

Lire : Némesis médicale : l'expropriation de la santé, de Ivan Illitch

1/ Tout part des USA, ils ont été précurseurs en tout :

Le système socio sanitaire américain est différent : première initiative à NY dans les 20 à Greenwich village.

Contexte : élection de Lyndon B. Johnson, meilleure couverture santé avec la création des programmes medicare (pour les pauvres) et medicaid (pour les plus âgés). Malgré cela, des millions d'américains ne pouvaient toujours pas souscrire à des assurances privées. **En parallèle se met donc en place un programme pour financer des centres de santé communautaire, intitulés "neighborhood health center" puis "community health center" dans les années 1960.**

Le but : offrir des services de santé dans les territoires mal ou non desservis (déserts médicaux).

Principe de l'habilitation citoyenne : les citoyens ont le contrôle majoritaire de ces services de santé : plus de 50% des postes aux conseils d'administrations.

Des centres se créent dans le Massachusetts, puis dans le Mississippi. Aujourd'hui : il existe plus de 1250 centres de santé aux USA. Ils s'adressent aussi aux immigrants, aux SDF, aux HLM. Ces centres sont reconnus par le gouvernement fédéral et couvrent 20 millions de personnes.

Critique de plus en plus radicale d'un processus de bureaucratisation.

En parallèle, des Free cliniques sont apparues en Californie dans les années 1960. En 1967 : la Health Ashbury free medical clinic : offrir des services de santé gratuits grâce au bénévolat des praticiens. Les Black Panthers vont développer ce type de cliniques auprès des communautés afro-américaines.

En 2000, 1200 free clinics ont profité des tentatives d'ouverture de l'Obama Care mais qui ont subi les contrecoups de Trump.

2/ 2010 /2023 : revue de littérature avec des mots clés pertinents.

Principaux acronymes :

- Centre ou Clinique Communautaire de Santé : CCS
- Déterminants Sociaux de la Santé : DSS
- Maisons Médicales : MM

- Canada : Colombie Britannique (Vancouver), 2019

Les CCS sont essentiels pour fournir des soins primaires complets centrés sur le patient et accessibles, en particulier pour les populations marginalisées.

Approche communautaire, équipe pluridisciplinaire, concentration sur les DSS.

- Canada : Ontario, 2014

Les CCS s'attaquent aux DSS :

- développement communautaire
- défense des droits
- recherche/ évaluation
- création de partenariats

Ressources limitées, contextes sociaux et politiques complexes. Mais partenariats prometteurs et à succès.

- USA : Massachusetts (Boston), 2022

CCS : comment composent-elles avec les DSS ?

- Inclusion des usagers dans la gouvernance de l'organisation.
- Création d'un comité consultatif communautaires
- Programmes en lien avec les DSS : aide au logement, insécurité alimentaire -
- Confiance et collaboration avec les usagers et la clinique : temps long et communication continue sur les programmes offerts.

- USA : Massachusetts (Boston), 2005

Plusieurs CCS : accès aux soins primaires à coût réduit pour les populations à faible revenu. Influence de l'environnement politique et économique : communication, financement, création d'emploi et génération d'activités économiques.

- Maisons Médicales en Belgique, 2015 et 2019

2015 : Comparaison des Maisons Médicales avec d'autres cabinets : scores plus élevés sur tous les indicateurs de qualité des soins, taux plus élevés des services de soins préventifs, meilleure gestion des maladies chroniques, taux inférieur d'hospitalisation.

2019 : Impact positif pour l'accès au soin de santé pour les populations vulnérables.

- USA, 2007

Effort d'amélioration de la qualité des soins, centré sur le patient, surveillance et évaluation continue, collaboration d'équipe efficace.

Conclusion

Ce travail de revue de littérature va être utilisé pour des publications scientifiques et exploitation dans le protocole du présent projet de recherche.

Discussion :

L'adjectif "participatif" peut indiquer une gouvernance par le bas (c'est-à-dire par les usagers). L'évolution vers des modèles et des financements (par ex par les fondations) peut être en tension avec ce type de gouvernance.

Risques :

- phénomène de bureaucratisation
- atteinte à la règle fondamentale d'assurer une majorité à la voix citoyenne dans les

conseils d'administrations

Quelle est la pertinence du périmètre des expériences en milieu francophone : y a-t-il des similitudes en termes d'organisation ou de problématiques de santé ? Quid de la recherche dans les pays du sud ? → problème du financement.

APRÈS-MIDI

Atelier 1 : connaître et comprendre les centres de santé participatifs Objectif :

construction des enjeux sur les centres de santé communautaires participatifs

Méthodologie :

- recensement des centres de santé communautaire : méthode de proche en proche (= sur le terrain) ;
- création d'un guide d'entretien semi-directif
- réalisation d'entretiens entre décembre 2022 et février 2023 (entre 1h30 et 2h)

Grille d'entretien

- contexte de mise en place et du développement de l'organisation
- modèle d'affaire (mission, vision, valeur, objectifs, philosophie)
- structure de la gouvernance
- données financières
- organisation du travail (dont politique de rémunération)
- impacts de l'action de l'organisation
- principaux défis

Cas français :

- Le blosne et Stetho scop en Bzh
- Les 2 villages à Echirolles
- La place à Saint Denis
- La case de santé (Toulouse)

Éléments de synthèse de ces 5 cas français :

Dimensions	Principaux résultats
Contexte de la création	Prendre le patient dans sa globalité / Aller vers l'autonomie/ trouver des réponses avec les habitants / accueil INCONDITIONNEL Etre un lieu de ressources / travailler en collaboration avec le tissu associatif local Faire de la médecine sociale pour lever les problèmes / Agir sur les déterminants de la santé
Valeurs	Rendre autonome le patient (Empowerment) / Accueil inconditionnel/ Humanisme
Modèles d'affaires/ économiques	Rémunération au forfait et pas à l'acte => loi de finance 2018/ permettant de stabiliser le modèle (auto-financement + subventions pour le hors soins)/ un vrai accompagnement (ex: une consultation peut durer 45 min) = changement de comportement + politique de prévention Expérimentation PEPS (Paielement en Équipe de Professionnels de Santé en ville)
Mode de gouvernance	Modèle associatif (réflexion sur de possible transformation en SCIC avec un collège de bénéficiaires mais la fiscalité est vue comme un frein) NB: La Place Santé => transformation en SCIC en janvier 2023
Modèle organisationnel (pratiques RH)	Effectif moyen entre 12 à 20 personnes (médecins avec plusieurs spécialités/ psychologue/assistant-e social/ coordinateur-trice de centre/ responsables d'atelier ...) Modèle de gestion collective (participation de tous aux tâches communes : ménage à tour de rôle/ gestion des commandes/ entretiens des locaux.../ réunion de concertation pluridisciplinaire ou comité de gestion- hebdomadaire) Politique de rémunération encadrée et discutée en équipe/ selon les CSC : discussion sur le principe de l'égalité salariale base de travail de 35h pour tout le monde/ Mandat de 6 mois à 1 an sur une mission – sur la base du volontariat Pas de difficulté à recruter mais vigilance sur les attendus et le nécessaire engagement => une médecine qui a du sens .
Impacts du modèle sur la société	Mesurer « l'impact » du CSC (plus-value « sociale »/ utilité sociale) => pas de mesure à ce jour
Principaux défis	La pérennité du modèle dans les 10 ans à venir / trouver le rythme des consultations/ la convergence des idées lors des recrutements avec l'ensemble des membres de l'équipe Comprendre la notion de « communautaire » (co-construire ensemble/ s'approprier le projet) Savoir se distinguer des centres de santé municipaux Concurrence avec les religions (pour trouver un sens à sa vie) Modèle encore en « expérimentation » (pas considéré dans le droit commun) Approche du métier : « nous sommes des professionnels de santé qui accompagnent des personnes et non des techniciens de la maladie (approche donnée en formation) ». DONC LE DEFI DU PARTAGE DE L'Expérimentation

Réaction des participants :

En réalité, seuls 2 centres de santé sur les 5 bénéficient de l'expérimentation SECPA et bénéficient donc de la rémunération au forfait.

Dans la Clinique Saint Charles au Canada, tarification à l'acte également, mais l'excédent est déporté sur un fond dédié au financement des actions non rémunératrices.

Problématique des salaires très forte : débat assez chaud sur l'égalité salariale par exemple.

Sur la SCIC : difficulté à intégrer les bénéficiaires à l'ensemble des décisions, beaucoup ne sont pas intéressés. La SCOP serait plus pertinente, mais c'est impossible. Avec la SCIC, la fiscalité est vraiment très désavantageuse : perte de l'abattement sur la taxe sur les salaires dont bénéficient les associations et les fondations.

Même problème de la fiscalité en mutualité : impôt sur les sociétés → cela se manifeste par la création de centres low-cost.

Les cas CSC dimension internationale : l'exemple de SABSA (Québec - Canada) :

2011 : un noyau d'infirmières ont créé une coopérative de solidarité pour favoriser le dialogue avec les individus

- travailleurs
- membres usagers

Ambitions :

- Faire la démonstration d'un coût moindre pour l'État
- Cible d'une patientèle laissée en marge de la société.

Création d'une fondation privée en marge de l'organisation afin de pouvoir émettre des reçus de charité. Dès le départ, ils se sont associés à des chercheurs pour mesurer l'impact, l'économie de coût.

Co-construction des enjeux scientifiques des CSC :

- mesure d'impact

- politique de rémunération
- démocratie / participation
- quelle définition de l'accueil inconditionnel ?
- financement et pérennité du modèle
- question de la santé environnementale

Et après ?

- Conférence organisée par l'IM le 10 octobre
- Puis rédaction d'un ouvrage à partir de cas de CSC
- Publication d'articles de recherche
- Geneva Health Forum

Atelier 2 : Présentation du Forum de Genève par Éric Comte

- Pourquoi Genève ? 320 organisations présentes qui travaillent dans le domaine de la santé à Genève, à proximité de l'OMS.
- Objectif : réunion de tous ces acteurs pendant 3 jours
- Transdisciplinaire et inter-sectoriel : politique, académique, société civile, secteur lucratif.

Proposition : si délégation il y a, le forum prévoit un atelier spécifique sur ce sujet. Intérêt : interagir avec d'autres acteurs, à l'échelle internationale.

Objectif : se faire connaître et reconnaître

Scepticisme de la part de nombreux participants, pour cause de temps. Parce que la cause est portée par des chercheurs et non des praticiens, ils ont du mal à voir l'intérêt.

Quel intérêt pour la mutualité ?

La mutualité peut-elle leader une délégation institutionnelle peut-être intéressante pour amorcer des discussions avec le BIT, l'OMS...

On peut réfléchir à entrer en contact avec ce genre de décideurs politiques.