

Coordination microlocale de la santé

Une démarche de santé communautaire dans le maquis des réformes institutionnelles du système de santé : ce projet, concret, de terrain, se veut une alternative et une critique forte des réformes récentes et à venir du système français de santé.

Michel Bass

Médecin, sociologue (www.afresc.org)

Auteur de *Promouvoir la santé* (L'Harmattan, 1994), et *Mort de la clinique* (L'Harmattan, 2018)

Nous sommes dans la haute vallée de l'Herbasse dans la Drôme : sept communes autour de Crepol représentent un territoire de semi-montagne étendu et en bordure des axes de circulation, mais seulement 2 200 habitants. Territoire qui, par son étendue et sa configuration, justifiait jusqu'à récemment la présence d'un médecin généraliste.

Ce médecin va partir à la retraite (il continue deux demi-journées par semaine). Il a prévenu de son prochain départ et les élus de ces petites villes se sont immédiatement inquiétés. Comment faire venir un médecin pour le remplacer ? Ils ont tout essayé : publicité, flyers envoyés à la faculté de médecine et même passage à TF1 dans une émission vantant les territoires. Évidemment, rien n'y a fait. Même les maisons de santé dans les agglomérations urbaines des alentours peinent à recruter.

Il y a quatre ans, les élus ont fini par s'adresser à l'association Action formation recherche en santé communautaire (AFRESC), association de promotion de la santé communautaire. Rapidement, ils ont compris que l'AFRESC ne leur trouverait pas un médecin, et admis que la notion de « désert médical » était relative : dans un rayon de 15 km, une quinzaine de généralistes, des cabinets infirmiers, un centre hospitalier, sans compter des équipes mobiles en soins palliatifs et en gériatrie, CLIC, MAIA, PMI, aide à domicile, EHPAD, etc.¹

L'enjeu était alors d'imaginer une organisation permettant aux médecins des alentours d'absorber le surplus de patientèle. Pour y réfléchir, ont été conviés à la réflexion l'ensemble des acteurs locaux : médecins, infirmières, associations (EOVI services et soins, ADMR Aide à domicile en milieu rural), services sociaux et médico-sociaux, responsables d'EHPAD, équipes mobiles hospitalières, réseaux de santé, et habitants. Différentes modalités de réflexion collective ont été mises en place : une méthode (« Delphi ») d'interrogation des acteurs sur les problématiques du territoire, des « soirées santé » où étaient invités les habitants

(parfois jusqu'à deux cents personnes), puis un groupe de travail d'une quinzaine de personnes (élus, médecins, infirmières, associations, secteur médico-social). Ce groupe a synthétisé tout ce qui se disait et a compris que, derrière le « manque » de médecins, il y avait surtout leur indisponibilité. Indisponibilité engendrée par une partie importante de leur activité jugée par les médecins eux-mêmes « inutile » d'une part, et par une surutilisation de la médecine dans la résolution des problématiques de bien ou de mal-être, d'autre part. Cette remarque s'appuyait sur deux sources distinctes : des études, dont celle de la Fédération hospitalière de France (2012) qui montrait que « les médecins dans leur ensemble ont estimé que seulement 72 % des actes médicaux étaient justifiés »². Il faut rentrer dans le détail et ce ne sont pas spécialement les consultations « sans pathologie » dont il s'agit ou les rédactions de certificats. Prenons un exemple traité en Vendée dans un projet similaire que nous avons mené : un médecin généraliste était désemparé devant un de ses patients dépendant à l'alcool. Il avait trouvé le temps et les moyens de lui organiser sept cures de désintoxication, sans aucun résultat tangible. Ces actes effectués, chronophages, ne sont certes pas inutiles, mais reconnaissons la faible « productivité » du processus. N'y aurait-il pas moyen de mieux s'organiser pour essayer de résoudre ce problème afin de dégager du temps au médecin, mais aussi avec une plus grande espérance pour le malade ? L'enjeu était de retravailler l'offre de soins avec les professionnels et la demande de santé avec la population, et de les faire concorder dans une élaboration commune. Cela a donné lieu à une charte sur laquelle nous nous sommes appuyés pour obtenir un financement « expérimental » de l'Agence régionale de santé (ARS) et pour rédiger le profil de poste de la personne qui prendrait la fonction de coordination.

Cette charte repose sur deux principes énoncés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et bases de la santé communautaire : la définition de la santé

comme n'étant pas seulement référée à la maladie, et la charte d'Ottawa définissant la promotion de la santé comme « le processus qui confère aux individus et aux populations un plus grand contrôle sur leur santé », nécessitant de sortir de la seule logique médicale, car « seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir les conditions préalables et les perspectives favorables à la santé ».

La singularité des conditions biologiques, psychologiques et sociales de chaque habitant nécessite une pensée strictement individualisée et locale : le suivi d'un patient diabétique n'est pas le même selon les conditions de vie du patient, sa situation sociale et économique, son lieu et ses modes de vie. Les protocoles ne suffisent pas ! Notre projet vise à permettre à chacun de construire et réaliser son propre projet de santé et, pour cela, repérer, mobiliser et coordonner toutes les ressources nécessaires à la personne elle-même pour répondre à ses besoins. Nous appelons cela créer le « réseau patient », réseau à chaque fois singulier, original, qu'il s'agit de repérer et mobiliser dans une élaboration collective.

Il est facile de reconnaître que ces *call centers* qui fleurissent, soit à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), soit dans les mutuelles, soit dans les projets gouvernementaux (ex. : Plateforme territoriale d'appui) ou ces simples conseils écrits sur une ordonnance, comme j'ai vu faire par des équipes mobiles hospitalières, ne peuvent pas répondre à nos préoccupations, et encore moins au manque de médecins. Leur but n'est pas de rendre possible et faisable le projet de chacun, dans une démarche coopérative entre tous les acteurs, mais de les conseiller à distance et sans réel suivi. C'est malheureusement la tendance qui se dégage de la nouvelle et énième loi sur la santé où des *call centers* (appelés plateformes territoriales d'appui, ou dispositifs d'appui à la convergence – sic –) vont être développés, et la coordination confiée aux médecins libéraux sous la forme de Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou d'équipes de soins primaires dans les Maisons de santé pluriprofessionnelles. Les libéraux, en particulier les Unions régionales des médecins libéraux (URML), et certains syndicats ont eu la peau des réseaux, et vont se faire financer une activité qu'ils n'ont jamais su ni désiré faire (sauf exception).

Notre projet vise au contraire à décharger les médecins de ces tâches d'organisation et de dynamique de travail collectif, en élaborant collectivement le projet de santé. Un projet de santé ne se réduit pas à un projet de soins : recouvrer ou préserver sa santé relève des secteurs sociaux, politiques, économiques, juridiques, médicaux, environnementaux. Les conditions de vie, l'appétence

à la santé, la compréhension des phénomènes et leurs conséquences sont primordiales. Il s'agit bien de santé communautaire.

Nous visons à créer les conditions pour que chaque personne puisse mieux comprendre le problème ou la situation qui la préoccupe afin de faire appel aux personnes les plus à même de l'accompagner dans ses démarches. Plus même, il s'agit de s'interroger sur l'ensemble des ressources professionnelles, institutionnelles, juridiques ou relationnelles qu'il conviendrait

...
Un projet de santé ne se réduit pas à un projet de soins : recouvrer ou préserver sa santé relève des secteurs sociaux, politiques, économiques, juridiques, médicaux, environnementaux.

■ ■ ■

de mobiliser pour permettre à la personne de créer les conditions de sa vie dans le contexte d'une éventuelle pathologie (ce que Georges Canguilhem³ appelle « le patient normatif »). Et aussi se rappeler le compte rendu d'une enquête sur la santé menée par Philippe Lecorps, psychologue enseignant à l'École nationale de la santé publique (ENSP) : un paysan se disait en bonne santé et « il nous avait fallu du temps pour comprendre que ce paysan était en arrêt de longue maladie, qu'il avait les poumons perforés, etc. (...) Il contrôlait ses plaintes de peur que l'un ou l'autre de ses enfants ne le traîne chez le médecin(...)»⁴.

Le projet de santé est donc une élaboration continue entre le patient et son entourage familial, amical et ses ressources professionnelles⁵. Avec un projet de santé pensé et construit, avec des objectifs énoncés et partagés, le médecin, comme tous les autres intervenants, peut éviter de se fourvoyer, de se retrouver dans des impasses. Un projet se construit dans le temps, la réflexion que l'on entame alors, pas seulement avec le médecin, seul dans son cabinet ou son bureau, permet de mettre à plat besoins, demandes, nécessités, désirs, appétit d'immédiateté, etc. C'est en partie parce que le médecin fonctionne seul dans son coin qu'il « met parfois plusieurs années à faire accepter à ses patients des mesures simples ».

Plusieurs exemples⁶ vont nous aider à comprendre les objectifs de la coordination telle que nous l'envisageons. Lors de l'enquête préliminaire au projet, nous avons mobilisé les professionnels en allant les interroger. Un pédiatre-chef de service du centre hospitalier voisin était arrivé en retard à notre rendez-vous et s'était excusé en nous racontant sa matinée : dans sept de ses consultations, il a passé sept fois 45 minutes pour faire accepter aux parents son refus de donner des antibiotiques aux enfants fiévreux. Il ne lui est jamais venu à l'esprit d'organiser des approches plus collectives du problème (réunions de parents par exemple). Mais également, la coupure ville-hôpital, l'isolement des médecins, la pratique « en colloque singulier » ne lui permettait pas

de mieux organiser cette transmission d'informations : pas plus qu'il n'avait l'idée de travailler plus collectivement avec les parents n'avait-il la possibilité, via des relais locaux de *déléguer* ce travail collectif, pas plus fait par les généralistes que par lui-même.

Autre exemple, celui déjà cité de ce patient alcoolique ayant fait sept cures de désintoxication. L'échec itératif prouve l'absence de projet, d'objectifs partagés. Le médecin face à son patient, dans les quelques minutes que dure la consultation, ne peut élaborer ce projet, le faire partager, le faire comprendre. Il y a nécessité de s'ouvrir à d'autres services, d'autres professionnels, dans le but de construire tous ensemble avec la personne son projet de santé. C'était le rôle des réseaux d'addictologie : travailler collectivement avec le patient, la famille, l'ensemble des professionnels pouvant avoir un rôle dans l'histoire (par exemple dans ce cas : la tutrice, l'alcoolologue, l'assistante sociale, la fille, le médecin, l'infirmière libérale, l'aide à domicile, la MAIA, la police locale, etc.). Nous avons réussi à réunir tout le monde et à commencer à élaborer une réponse alternative à la cure. Le médecin n'était plus seul et découvrait des personnes-ressources à qui il n'avait jamais pensé et dont il ne savait pas forcément le rôle exact. Le malade avait maintenant d'autres correspondants que le seul médecin, le voisinage était rassuré, le patient mieux accepté. À noter que le projet de santé n'était pas un énième projet de cure ni même un projet de sevrage, mais un projet de vie dans la communauté, malgré et avec le problème. Bien entendu, cela mobilise beaucoup de monde. Mais cela libère du temps médical ! Et cela améliore la pertinence de la réponse médicale... et le bien-être du patient.

Dernier exemple, plus banal, mais plus courant : une

femme de 80 ans se casse la cheville un samedi après-midi. Elle est très bien prise en charge dans le système de soins : le SAMU vient, l'emmène à l'hôpital, la radio est faite et un plâtre est posé. Là s'arrête le rôle du système de soins : la patiente est conviée à rentrer à domicile (en ambulance) avec une ordonnance pour les médicaments, et une ordonnance pour l'infirmière à domicile. Cette femme habite un immeuble, au 2^e étage sans ascenseur, vit seule, est malentendante. Dans ces conditions, sa survie est en jeu si rien n'est organisé localement. Comme d'habitude, c'est à la personne ou à son entourage de tout organiser. Le seul service qui réponde localement tous les jours et 24/24 est le cabinet de soins infirmiers. L'assurance de la dame ne lui octroie pas d'aide pour faire les courses, etc. Provisoirement, c'est sa fille qui est venue s'occuper de tout. Cela aurait aussi pu être un voisin. Mais sa fille doit repartir le dimanche soir, car elle habite et travaille loin. À qui s'adresser, comment faire ? Appeler le médecin ? Oui, mais voilà du temps médical « inutile » s'il ne s'adosse à un collectif autour de la femme, pour organiser une réponse le temps de son incapacité.

Dans ces trois exemples, on voit apparaître le rôle de la coordination très locale (microlocale) capable de mobiliser, réunir, faire élaborer ensemble les acteurs nécessaires à chaque situation.

Rendre possible, coordonner, accompagner la mise en œuvre concrète des projets de santé est la mission de la coordination. Cela nécessite une grande proximité et disponibilité aux acteurs locaux et à la population. Devant accompagner les gens au plus près de leurs besoins, la coordination doit être à proximité d'où notre appellation « microlocale » en opposition avec les



nouveaux dispositifs mis en place (Communautés professionnelles territoriales de santé, Maisons de santé, filières, équipes mobiles hospitalières), lesquelles sont des dispositifs lointains et bureaucratisés et dans tous les cas ne construisant pas le projet de santé avec la personne.

De cette façon, nous espérons proposer aux habitants une alternative aux difficultés qu'ils rencontrent dans leurs parcours de soins et de santé. En accompagnant les gens à penser leur santé, en contribuant à ce que la charte d'Ottawa appelle « l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé », en allant bien au-delà des soins, en ouvrant au secteur non sanitaire la démarche de santé, nous estimons pouvoir contribuer à soulager la crise du manque de médecins. Dans la pratique médicale, la courte durée de la consultation ne peut que produire des réponses partielles et immédiates, dont l'insuffisance ne sera pas comblée par « plus de communication entre soignants ». Il s'agit d'instaurer une véritable coopération. Nous postulons donc que la réflexion collective avec la personne, dans une co-construction progressive, mobilisant l'ensemble des acteurs concernés, loin d'être chronophage, fait au contraire gagner du temps à tout le monde tout en améliorant la qualité des réponses, et permet de recentrer le médecin sur son rôle propre, à condition bien sûr qu'il accepte de jouer le jeu, celui d'une certaine dépossession de son pouvoir de décider et de faire.

Pour faire travailler tout le monde ensemble, pour éviter les conflits, pour accompagner au plus près le projet de chaque personne, une intermédiation est nécessaire : intermédiation n'est pas médiation. Dans la médiation, telle que les cahiers des charges des « médiateurs santé » le stipulent, le médiateur favorise la relation entre patient et professionnels, l'amène vers le service qu'il estime nécessaire. Dans l'intermédiation, la pluralité des acteurs est en jeu, et le but n'est pas d'amener vers les services, mais d'analyser les besoins et d'évaluer les réponses nécessaires comme les superflus. Tampon dans un cas, accompagnateur de projet dans l'autre.

Pour toutes ces raisons, nous avons « inventé » la fonction de coordinateur microlocal. Ce n'est *a priori* pas un professionnel de santé (cela peut l'être si ce professionnel abandonne sa posture et sa fonction de soignant). Le profil de poste précise que « la fonction de coordinateur consiste à rendre possible le projet de santé de chacun, avec l'ensemble des acteurs concernés. Il agit en intermédiaire et animateur de projet individuel et collectif ».

La fonction se décline en fonctions :

- d'alerte (sociale, épidémiologique) ;
- d'accueil, d'orientation ;
- d'organisation du travail collectif entre les acteurs ;

- de garant du bon déroulement du projet de soins ;
- de développement d'une dimension prévention ;
- de référent pour les partenaires extérieurs au micro-local.

Nous recherchions donc « la perle rare ». La personne retenue a un profil administratif, avec un master de management des organisations de santé, mais surtout avec une expérience de projets similaires avec des médecins en milieu rural/montagnard.

Elle est maintenant en poste depuis six mois. L'accompagnement individualisé se met en place, de même que des actions collectives ou d'information. Les demandes proviennent soit des gens eux-mêmes (petit territoire rural, elle a été rapidement repérée), soit des élus, soit des voisins, soit des professionnels locaux, soit de l'hôpital. Par définition, la coordinatrice ne peut répondre elle-même aux demandes et aux besoins ; elle n'est pas une couche de plus du mille-feuilles de notre système de santé. Elle est donc contrainte de chercher, avec les personnes, les ressources dont elles ont besoin et d'engager un travail collectif entre toutes les personnes-ressources. Cette démarche n'existe que peu et il faudra du temps pour la faire reconnaître comme « pratique normale » par les professionnels comme par la population, d'autant que nul n'est obligé ni d'avoir un projet santé ni de faire appel à la coordination.

L'association, créée pour les besoins de la cause, est coprésidée par un médecin généraliste et une infirmière libérale. Plusieurs des médecins alentour sont maintenant intéressés et, pas à pas, vont s'engager dans ce long processus. ✍

Pour plus d'informations :

Valérie Brochier, coordinatrice du projet

sante-herbasse@gmail.com

06 33 51 09 61

1. CLIC : Centre local d'information et de coordination gérontologique. MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. PMI : Protection maternelle et infantile. EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
2. *Prescrire*, Tome 34, n° 370, août 2014, p. 604.
3. Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 2015.
4. Philippe Lecorps, *Une problématique de l'éducation pour la santé*, ENSP, 1984.
5. N.B. : le besoin de services et de professionnels dans notre société moderne interroge : nous sommes devenus dépendants des services et incapables de subvenir à nos besoins. La santé communautaire vise aussi cette réappropriation des savoirs et savoir-faire, dans une optique « conviviale » comme la définissait I. Illich.
6. N.B. : le projet de Crepol est encore très récent et les élaborations collectives ne se sont pas encore mises en place. Les exemples cités proviennent d'un projet similaire mené auparavant en Vendée.