

Au centre de santé du Franc-Moisin, c'est à l'échelle territoriale d'un quartier urbain paupérisé que les dispositifs s'adaptent. Des professionnels de la santé et du social travaillent avec cinq médiatrices pour proposer une prise en charge adaptée à la population.

Centre de santé du Franc-Moisin : « Un mariage entre l'action sociale et la pratique du soin »

**Entretien avec
Didier Ménard¹,**
médecin, président de l'ACSBE,
fondateur du centre de santé
du Franc-Moisin,
désormais dénommé
La Place Santé à Saint-Denis.

La Santé en action : Pourquoi et comment est né le centre de santé du Franc-Moisin à Saint-Denis ?

Didier Ménard : La création, en 1992, de l'Association communautaire santé bien-être (ACSBE) – La Place Santé résulte de la rencontre peu habituelle entre, d'une part, la volonté politique d'une municipalité (Saint-Denis) d'établir un diagnostic de santé dans un quartier populaire, et d'autre part, une recherche-action menée par des chercheurs en santé publique et en sociologie. Cette recherche-action entendait ainsi décrypter une pratique de santé médico-psycho-sociale ayant pour objectif de réduire les inégalités sociales de santé. À ces deux facteurs s'en est ajouté un troisième : l'acceptation par les professionnels d'analyser leurs pratiques, de s'adapter aux besoins de santé d'un quartier où la précarité, la pauvreté et la vulnérabilité des populations sont très importantes.

C'est donc une démarche conceptuelle, sur ce que doit être l'exercice de la médecine et, au-delà, de la santé en milieu populaire. C'est aussi un « mariage » entre l'action sociale, la pratique du soin, la prise en compte du rapport à la santé et au corps de populations venues de pays aux cultures différentes.

S. A. : **En quoi cette approche représente-t-elle un bouleversement de la relation traditionnelle « soignant/soigné » ?**

D. M. : Le lieu de rencontre entre la population et le système de santé se fait habituellement par une demande de soins auprès d'un soignant. La réponse sera efficace si le projet thérapeutique proposé intègre la complexité de la demande. Cette demande est souvent un mélange de plainte fonctionnelle sur un état somatique précaire dans le cadre d'une situation sociale révélatrice de vulnérabilité. Le fait que le patient soit d'une culture différente brouille l'expression de sa plainte au regard de la connaissance médicale française.

S. A. : **Quels sont les fondements éthiques de votre approche du patient ?**

D. M. : La recherche-action – menée par les scientifiques sur nos interventions – conclut que les pratiques développées par les soignants concrétisent

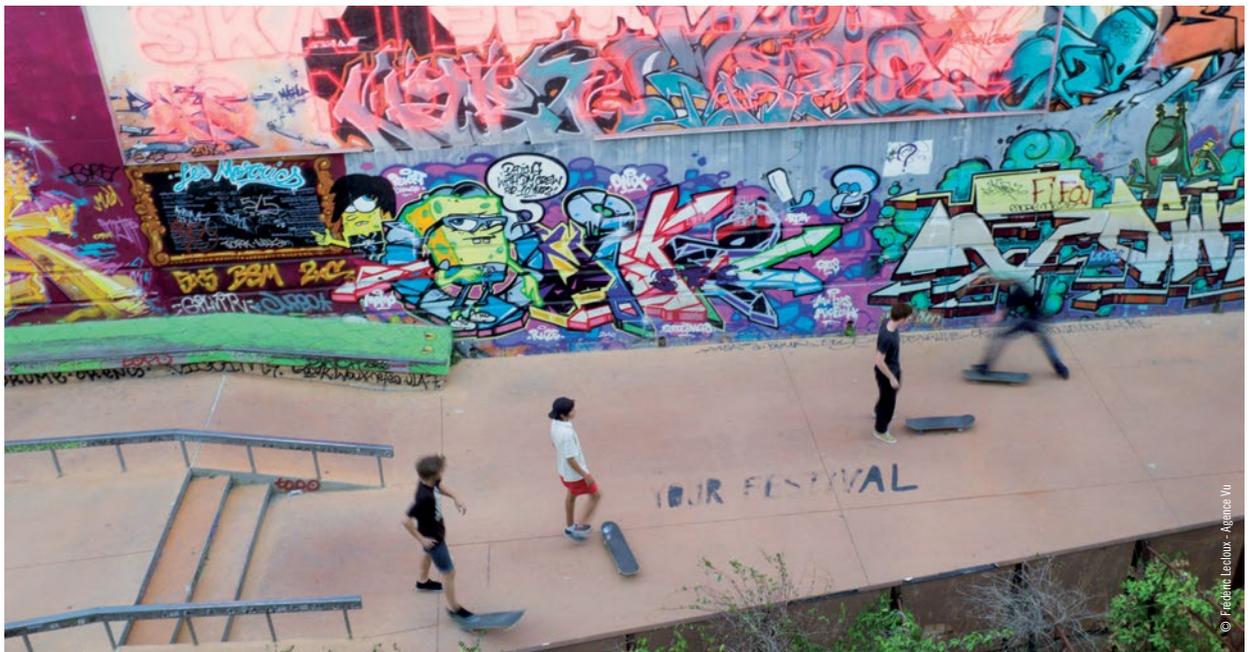
une volonté de répondre à la complexité des situations. Le soin est délivré selon les bonnes recommandations, mais surtout il s'accompagne d'une empathie, d'une recherche pour décoder la plainte tenant compte de la situation sociale et s'adaptant au contexte culturel. Cela signifie des consultations longues, une recherche de mobilisation des compétences de la personne malade, mais aussi l'acceptation que le projet thérapeutique doit être négocié avec la personne, et que cette négociation n'est pas toujours à l'avantage du soignant.

S. A. : **Et les principales difficultés face à l'ambition de « soigner » ?**

D. M. : Tout d'abord, ce n'est pas l'élaboration du projet thérapeutique qui est difficile, mais sa réalisation. L'une des principales difficultés est d'apporter à la fois une solution sociale et médicale. En effet, comment soigner un diabète et ralentir le développement d'une complication quand les ressources de la personne – en particulier une pension très faible de retraite – ne lui permettent pas d'avoir une diététique adaptée ni de faire de l'exercice pour lutter contre la sédentarité ? Le dispositif social existant dans notre pays n'est pas forcément accessible, en particulier pour ces populations vulnérables. Le parcours pour l'accès aux droits sociaux est compliqué et épuisant. Les personnes en difficulté ne peuvent l'accomplir seuls, car il exige ténacité, endurance, capacité d'analyser des documents souvent abscons, etc. Le constat est sévère : une majorité renonce à faire valoir ses droits. Or sans ces droits, la mise en œuvre du projet thérapeutique individuel est compromise.

L'ESSENTIEL

- ☒ **Le centre de santé du Franc-Moisin à Saint-Denis, en Seine-Saint-Denis, est le fruit d'une initiative de professionnels militants, soutenus par la commune et les institutions.**
- ☒ **Le patient arrive au centre avec sa culture, son environnement ; l'équipe a intégré des médiatrices en santé et fonctionne avec des interprètes.**
- ☒ **20 ans après sa création, ce centre de santé reste fragile, en dépit des services qu'il rend et de son action pour réduire les inégalités. Sa pérennité financière n'est toujours pas assurée.**



L'ACSBE a donc cherché un moyen d'accompagner les personnes en difficulté, afin qu'elles puissent accéder à ces droits. En l'absence de professionnels de l'aide sociale, nous avons mis en œuvre un principe simple mais peu courant : la mobilisation des ressources et des savoirs faire de la communauté. Pour les soignants, cela signifie mobiliser la compétence et le savoir d'une personne de la cité pour trouver des solutions : par exemple, un lieu d'accueil pour un enfant malade quand aucun membre de la famille ne peut le garder.

S. A : Comment s'est mise en place cette approche de santé communautaire ?

D. M. : Dans un premier temps, les soignants ont proposé à des personnes-ressources de rejoindre l'association. Elles ont été formées pour associer à ce savoir profane un savoir professionnel autour de l'accompagnement social, puis un savoir sur la santé communautaire. Si l'accompagnement individuel est en effet indispensable pour combler le maillon manquant de la reconquête des droits sociaux, la question du collectif se pose forcément comme moyen de reconquérir aussi le lien social.

La santé communautaire est un moyen efficace pour produire, dans un objectif de promotion de la santé, une action collective, renouant le lien social. Elle a donc une vertu thérapeutique contre le mal-être, si présent dans ces quartiers populaires. C'est ainsi que sont nées les « habitantes-re-

lais » puis ensuite – une fois leur diplôme de « techniciennes en médiation service » obtenu – qu'elles sont devenues médiatrices en santé. L'ACSBE emploie cinq médiatrices, grâce au dispositif de contrat aidé adulte-relais.

S. A : Quelles sont les missions de ces médiatrices et comment coopèrent-elles avec les médecins ?

D. M. : Leurs principales missions sont l'accueil des personnes pour l'accompagnement social et le soutien psychologique, car l'un ne va pas sans l'autre ! Elles animent également les ateliers collectifs, sur des thématiques de promotion de la santé et de citoyenneté. Soit, en 2012, plus de 200 ateliers, toutes thématiques confondues. Si l'on inclut les consultations médicales, environ 10 000 passages à l'association ont été recensés.

Pour les médecins, le travail de collaboration avec les médiatrices est utile et nécessaire. Quand, lors de la consultation et grâce à l'empathie et au savoir-faire du médecin, il est constaté qu'une problématique sociale interfère avec la problématique médicale, la possibilité d'adresser tout de suite la personne à une médiatrice est une aide considérable. La médiatrice intervient aussi comme interprète (20 langues et dialectes étrangers sont parlés à l'association). Par ailleurs, un temps est souvent nécessaire pour expliquer au patient l'ordonnance du médecin. C'est l'originalité de ce lieu de soins d'être, dans les faits, un lieu de délivrance de santé.

S. A : Comment recruter des jeunes professionnels dans ce contexte qui requiert un engagement fort ?

D. M. : Tout d'abord, le centre a déménagé pour s'installer sur la grande place centrale de la cité, raison pour laquelle il s'intitule désormais la « Place Santé ». Il inclut – outre toutes les activités de l'association tel l'accès aux droits, les médiatrices santé, les ateliers – un nouveau lieu de soins, créé par l'ACSBE pour assurer la continuité de l'offre de soins au moment du départ à la retraite d'un nombre important de soignants du quartier. Ces professionnels exerçaient en cabinet collectif libéral, les nouvelles recrues, en particulier les médecins, ont souhaité exercer dans un centre collectif de santé au sein duquel ils sont salariés. Ces cinq jeunes médecins sont en majorité des anciens internes, venus travailler au centre de santé car ils souhaitaient exercer la médecine en milieu populaire. À partir de là, la nature du soin pratiqué est imprégnée de santé communautaire, ces jeunes ont travaillé avec les médiatrices, la question sociale est omniprésente, tout comme les ateliers d'éducation thérapeutique qui font partie intégrante des activités de soins.

S. A : Comment les habitants se sont-ils impliqués ?

D. M. : La participation des habitants du quartier aux ateliers collectifs a provoqué un processus « d'émancipation », avec la volonté de participer à la vie de l'association. Il a été décidé – sur le conseil des médiatrices – qu'il

était préférable, non pas d'intégrer les habitants à l'association, mais de favoriser la création d'un comité autonome. Ce « comité habitants usagers citoyens » (CHUC) a fortement participé à l'évolution du centre de santé. Un diagnostic des besoins de santé a été réalisé, le quartier s'est mobilisé pour dénoncer la misère après le suicide de deux femmes de la cité, une marche de la dignité a été organisée, des documents d'information pour prévenir la solitude ont été publiés etc., toutes ces activités sont conduites par le CHUC avec l'aide des médiatrices.

S. A : *En quoi la démarche de ce centre de santé est-elle innovante et à quelles difficultés êtes-vous confrontés ?*

DANS CETTE ENCLAVE, LES HABITANTS SE RÉCLAMENT « DU FRANC-MOISIN »

Comment caractériser le quartier du Franc-Moisin à Saint-Denis ? Didier Ménard le résume ainsi : c'est une enclave urbaine, délimitée par autoroutes, canal et voies de chemin de fer, avec à l'est une autre cité, celle des 4 000 (à La Courneuve). Depuis 1900 – et même avant si l'on remonte l'histoire – c'est un quartier d'immigration, notamment bretonne, puis espagnole quand, pendant la Première Guerre (1914-1918), les usines de chimie et métallurgie de cette ceinture de Paris ont fait venir les Ibériques. À la fin de la guerre, d'une certaine manière pour les remercier, l'État français les a autorisés à faire venir leurs familles. Ils s'y sont installés et ont construit des baraquements. Puis sont arrivés des Polonais, des Portugais, des Maghrébins – en particulier des Kabyles venus pour l'industrie automobile et la construction –, des Portugais, etc. Ce territoire fut l'un des plus grands bidonvilles de Paris et a toujours été une terre d'immigration. Ce quartier est ainsi identifié comme le coin des immigrés, c'est la représentation qu'en ont les habitants des autres quartiers alentours. Dans les années 1970-1980, des immeubles ont remplacé l'habitat précaire. Le docteur Didier Ménard y a installé son cabinet médical en 1981. Plus de 30 ans plus tard, le quartier réunit pas moins de

D. M. : Tout ce travail est novateur. Il répond à un besoin exprimé aussi bien par les professionnels de la santé, les habitants, que par les élus et les institutions. Ce soutien institutionnel est fondamental : sans lui, point d'ACSBE. Toutefois, l'engagement de l'État, de la ville, du département, de la région, nécessaire pour exister, est cantonné à des dispositifs expérimentaux.

Certes, les 22 années d'existence du centre peuvent faire croire que la pérennisation est assurée. Or ce n'est pas du tout le cas et notre précarité est constante. Les dispositifs d'aide à l'emploi que nous utilisons – faute d'autres possibilités – sont remis en cause régulièrement, ils ne sont pas adaptés à l'action de santé au Franc-Moisin. De même, la recherche

constante de subventions pour réaliser des actions est un travail de funambule, car le contenu des appels d'offres est rarement en phase avec la réalité du « terrain ».

De plus, la modalité de financement de l'activité médicale (centrée sur la consultation) avec le paiement à l'acte – même si nous bénéficions des nouveaux modes de rémunération pour financer les temps de coordination des médecins, et leur implication dans les activités de santé publique – est un handicap pour promouvoir l'action de santé. Il y a donc une fragilité constante de l'association.

S. A : *Face à tous ces obstacles, qu'est-ce qui permet au centre de fonctionner ?*

D. M. : Si l'association existe toujours, c'est grâce au dévouement des personnels, à leur acceptation de faibles rémunérations, même si cela est compensé en partie par l'exemplarité du projet. Nous savons que, parce qu'il intervient en dehors du droit commun, notre travail ne durera que du fait de la mobilisation d'une équipe de femmes et d'hommes au service de la communauté. Et pourtant, avec l'accroissement des maladies chroniques et le vieillissement de la population, il y a urgence à développer ces lieux où – au-delà des soins – se développe une offre plus apte à répondre aux besoins de santé.

Cette réalité n'est pourtant pas désespérante. Notre action entre en résonance avec d'autres équipes qui en France – à Toulouse, Lille, Strasbourg, et probablement ailleurs – conduisent des actions similaires. Des collectifs de jeunes soignants s'engagent dans ce modèle d'exercice professionnel ; c'est le cas à Marseille, Grenoble, en réflexion à Lyon, Paris, Rennes, etc. Nous espérons avoir aidé à tracer une route que d'autres vont emprunter. ■

Propos recueillis par Yves Géry

1. Didier Ménard a exercé comme médecin généraliste dans ce quartier pendant des décennies, il a créé le centre de santé il y a 22 ans. S'il n'exerce plus la médecine générale en consultation depuis début 2014, il continue de s'impliquer chaque jour dans l'animation du centre de santé qu'il préside.