



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



Université Claude Bernard Lyon 1
Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation
Département Orthophonie

N° de mémoire 2031

Mémoire d'Orthophonie

présenté pour l'obtention du

Certificat de capacité d'orthophoniste

Par

BASSO Léa

**« Une vision politique du soin » : penser l'identité professionnelle
des soignants d'un centre de santé communautaire.**

Directrice de Mémoire :

BRACONNAY Bénédicte

Membres du Jury :

SARRODET Bruno

BOUQUAND Johanne

Année académique 2019 - 2020



Directeur ISTR
Xavier PERROT

Equipe de direction du département d'orthophonie :

Directeur de la formation
Agnès BO

Coordinateur de cycle 1
Claire GENTIL

Coordinateur de cycle 2
Solveig CHAPUIS

Responsables de l'enseignement clinique
Claire GENTIL
Ségolène CHOPARD
Johanne BOUQUAND

Responsables des travaux de recherche
Lucie BEAUVAIS
Nina KLEINSZ

Responsable de la formation continue
Johanne BOUQUAND

Responsable du pôle scolarité
Rachel BOUTARD

Secrétariat de scolarité
Anaïs BARTEVIAN
Constance DOREAU KNINDICK
Patrick JANISSET
Céline MOULARD

1. Université Claude Bernard Lyon 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique
Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services
M. VERHAEGHE Damien

1.1. Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyen **Pr. RODE Gille**

Directrice **Pr. SEUX Dominique**

U.F.R de Médecine et de
maïeutique - Lyon-Sud Charles
Mérieux
Doyenne **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directrice **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Comité de Coordination des
Etudes Médicales (C.C.E.M.)
Président **Pr. COCHAT Pierre**

Institut des Sciences et Techniques de
la Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Dr. PERROT Xavier**

U.F.R d'Odontologie

Département de Formation et Centre
de Recherche en Biologie Humaine
Directrice **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2. Secteur Sciences et Technologie

U.F.R. Faculté des Sciences et
Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

U.F.R. Faculté des Sciences
Administrateur provisoire
M. ANDRIOLETTI Bruno

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

U.F.R. Biosciences
Administratrice provisoire
Mme GIESELER Kathrin

Ecole Supérieure du Professorat et
de l'Education (E.S.P.E.)
Administrateur provisoire
M. Pierre CHAREYRON

U.F.R. de Sciences et Techniques
des Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **M. VANPOULLE Yannick**

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie
de Lyon 1 (I.U.T. LYON 1)
Directeur **M. VITON Christophe**

Résumé

Le Village 2 santé à Echirolles (38) est un centre de santé communautaire, proposant des soins primaires médicaux, paramédicaux et sociaux, grâce à une équipe pluridisciplinaire comprenant une orthophoniste. Mais qu'est-ce que la santé communautaire ? Que recouvre ce concept de santé publique incluant les notions de promotion de la santé, de participation des usagers, et d'action politique, dans une démarche de soin ? En suivant une méthodologie sociologique inspirée de l'interactionnisme symbolique, ce travail s'appuie sur des observations, des sources documentaires et des entretiens semi-directifs pour interroger l'identité professionnelle des soignants de ce lieu de soin. Si les professionnels définissent la singularité de leurs pratiques d'abord en opposition à des modèles dominants de représentation de la maladie, de la relation soignant-soigné et de hiérarchie au travail, ils revendiquent leur adhésion à des valeurs politiques et sociales, appliquées au soin. Leurs pratiques sont également caractérisées par les principes de la démarche communautaire, que sont l'intégration à la communauté et la participation des usagers, et leur identité professionnelle se construit individuellement et collectivement, en fonction de la formation professionnelle, des parcours individuels et de l'affiliation à cette équipe.

Mots clés :

santé communautaire

identité professionnelle

participation des usagers

déterminants sociaux de la santé

sociologie

monographie

Abstract

The Village 2 santé in Echirrolles (38) is a community health center, offering primary medical, paramedical and social care, thanks to a multidisciplinary team including a speech and language therapist. But what is community health? What does this concept of public health cover, including the notions of health promotion, user participation, and political action, in a caring activity? Following a sociological methodology inspired by symbolic interactionism, this work is based on observations, documentary sources and semi-directive interviews to question the professional identity of the carers in this healthcare structure. If the professionals define the singularity of their practices first of all in opposition to the dominant models of representation of the disease, of the patient-caregiver relationship and of hierarchy at work, they claim to adhere to political and social values applied to care. Their practices are also characterised by the principles of the community approach, which are integration into the community and user participation, and then, their professional identity is built individually and collectively, according to their professional training, their individual career paths and their affiliation to the team.

Keywords :

community health

professional identity

community participation

social determinants of health

sociology

monograph

Remerciements

J'adresse mes plus sincères remerciements à toutes les personnes qui m'ont accompagnée tout au long de ce travail :

Aux soignants et aux patients du Village 2 santé, qui m'ont accueillie chaleureusement et ont partagé avec moi leurs expériences, leurs réflexions et leurs doutes,

A ma directrice de mémoire, pour sa confiance et son accompagnement constants,

A toute l'équipe de formation du département d'Orthophonie, pour leur souci de fournir aux étudiants un enseignement d'excellente qualité,

A mes parents, mes grands-parents, ma famille, mes amis et tous mes proches, pour leur soutien durant ces belles années d'études,

A toutes les oreilles attentives, les discussions infinies, les mains tendues, les colis de fromages et les hasards des rencontres qui m'aident à avancer chaque jour,

A celle et ceux avec qui je n'ai pu partager l'enthousiasme de ces réflexions et de ces découvertes, mais qui étaient dans toutes mes pensées,

A ces auteurs, dont les mots font parfois, par leur écho, jaillir un éclat de lumière.

« Nous sommes tous des textes en quête de sens, des textes qui travaillent au contact des autres, des textes-bonsaïs lentement ou brutalement torturés par la vie. Choisir d'exercer la médecine n'est évidemment pas fortuit. Certains le font par désir de pouvoir et fantasme d'immunité ; d'autres par désir d'accomplissement social ; d'autres encore par soif de savoir. Un trop petit nombre encore le font pour soigner. Ce qui fait d'eux des soignants, d'emblée et avant toute formation, ce n'est pas une quelconque supériorité morale ou intellectuelle, mais l'espoir de distinguer la lumière dans l'entrelacs des mots, dans la jungle des maux humains, et de la donner à voir. Soigner, ce n'est pas seulement comprendre et apaiser ce qui fait souffrir, c'est aussi se défaire de la cuirasse technologique et du jargon médical afin de partager son expérience du soin sous des formes qui parlent à chacun. Soigner, c'est se libérer de la « neutralité bienveillante » – cette camisole de force dans laquelle la faculté de médecine aliène les étudiants – pour produire à son tour une jungle de mots, redevenir un « texte-(im)patient », retrouver la faculté de l'être. » (Martin Winckler, 2009, p. 42)

Sommaire

I	Partie théorique.....	1
1	La santé communautaire	1
1.1	Définition	1
1.2	La santé communautaire en pratique.....	2
2	L'apport des sciences humaines pour comprendre notre objet d'études ...	4
2.1	Etudier la maladie sous le prisme social	4
2.1.1	La maladie comme construction sociale.....	4
2.1.2	Les facteurs sociaux des maladies.....	5
2.2	Comprendre les dynamiques professionnelles.....	6
2.2.1	Identité et socialisation.....	6
2.2.2	Les processus d'identification et de différenciation professionnelle.....	7
2.2.3	Socialisation non professionnelle et politisation.....	8
3	Problématique et hypothèses	9
II	Méthode.....	10
1	Choisir une méthode	10
2	Définir le terrain d'enquête	10
3	Recueillir les données.....	11
3.1	Préparer l'enquête.....	11
3.2	Observation participante.....	11
3.3	Sources documentaires.....	12
3.4	Entretiens.....	12
4	Analyse des données	13
III	Résultats et discussion	13
1	L'opposition à un modèle dominant.....	14
1.1	Une vision globale de la santé.....	14
1.2	Une posture singulière de soignant.....	16
1.3	Une organisation anti-hiérarchique du travail	18
2	Le lien avec une culture militante.....	19
2.1	Un « monde militant ».....	19

2.2	Une vision politique de la santé et une intention politique du soin	21
3	En référence à un modèle : la santé communautaire.....	23
3.1	Originalité de l'espace de travail	23
3.2	La participation des habitants au cœur du fonctionnement	24
4	Une identité professionnelle duelle.....	26
4.1	Une identité liée à la profession et au parcours.....	26
4.2	Une identité d'équipe.....	27
5	Limites et perspectives	30
IV	Conclusion	30
	Références	31
	Annexes.....	I

I Partie théorique

Si tout est politique, le soin l'est-il aussi ? Des éléments du soin orthophonique pourront-ils induire un positionnement sans que nous n'en ayons conscience ? Serons-nous un jour, dans notre pratique du soin, confrontée à des conflits de valeurs ?

Voilà des questionnements qui nous animaient au début de notre formation, sans que nous ne trouvions de réponse évidente. Dans notre parcours universitaire, rares furent les pistes vers un possible lien entre soin et conscience politique. Le soin semblait induire une neutralité a priori, chez les soignants comme chez les étudiants.

Mais à l'aube de notre diplôme, nous avons découvert le Village 2 santé à Echirrolles, un centre de santé communautaire qui revendique la portée politique de ses soins. Nous nous sommes alors d'abord demandé sous quelles formes le soin peut prendre position, comment des principes idéologiques s'incarnent dans les pratiques, et ce que ce positionnement peut apporter comme réflexions sur la pratique. Nous avons étudié la santé communautaire afin de comprendre cette démarche par laquelle le soin est abordé politiquement. Enfin, nous nous sommes demandé qui sont ces soignants qui se positionnent de cette façon. Nous nous sommes intéressée à la place faite à la pratique de l'orthophoniste dans cette équipe, en tant que spécialiste du langage et plus globalement en tant que soignante. Notre intérêt pour ce lieu qui nous semblait inédit, et que nous allions fréquenter pendant quatre mois grâce à notre stage de fin d'études, nous a conduite vers les monographies de Malinowski (1922, 1929, 1935), qui étudiait des « sociétés primitives » par la pratique de l'observation participante, à travers une immersion totale de plusieurs années sur le terrain.

Nous présenterons brièvement la santé communautaire ainsi que les prérequis théoriques sociologiques et anthropologiques concernant la santé, la maladie et les dynamiques professionnelles, qui nous permettront d'analyser notre terrain grâce au concept de l'identité professionnelle, en cherchant à comprendre par une méthodologie interactionniste comment les soignants du Village 2 Santé se distinguent et se définissent dans leurs pratiques professionnelles.

1 La santé communautaire

1.1 Définition

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), définit la santé communautaire comme le « processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale,

conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement, et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités » (OMS cité par Motamed, 2015, p. 563).

Le concept de santé communautaire naît, selon l'Institut Renaudot (s. d.), dans les années 1960, aux Etats-Unis, avec les *neighbourhood health center*, pour devenir populaire dans le monde sanitaire et social dès les années 1970 dans de nombreux pays (Jourdan et al., 2012, p. 166). Elle est instituée par deux textes fondateurs : d'abord la déclaration d'Alma Ata, définissant en 1978 un système de santé intégré devant fonctionner pour et avec les gens, en prenant en compte leur environnement et leurs conditions de vie ; puis la charte d'Ottawa en 1986, issue de la première conférence internationale pour la promotion de la santé, établissant : « La promotion de la santé passe par la **participation effective et concrète de la communauté** », et affirmant la « **dévolution de pouvoir aux communautés** considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions » (OMS, 1986, p. 4). Ainsi, la santé communautaire est au cœur des notions plus larges de santé publique et de promotion de la santé, mais se distingue par deux points fondamentaux : la participation des usagers (Delest, 2019) et la référence à une communauté. Cependant, elle semble se définir avant tout par une démarche et une pratique, incarnées par les différentes structures qui s'en revendiquent, comme l'indiquent Jourdan et al. : « Le concept ne renvoie pas à une définition univoque, mais à une large diversité de réalités. » (2012, p. 168).

1.2 La santé communautaire en pratique

Selon Lamoureux et al., la pratique de l'action communautaire n'est pas neutre. Les auteurs revendiquent une certaine « conception de l'action communautaire » sortant d'une logique « caritative » et « philanthropique » (2008, p. 3), mais également de sa considération comme d'une simple démarche organisationnelle. Pour eux, l'action communautaire est un engagement, se basant sur la conscience d'inégalités sociétales, qui conduit ses acteurs à être « porteurs d'un projet de société qui s'oppose plus ou moins radicalement à l'organisation sociale existante » (Lamoureux et al., 2008, p. 4). Ainsi, ces derniers sont portés par des valeurs que l'on retrouve dans tous les projets de santé communautaire étudiés, entre autres ceux de la clinique de Pointe-Saint-Charles à Montréal, des maisons médicales belges, de la Case de Santé, et du

Village 2 santé : justice sociale, solidarité, démocratie, citoyenneté, égalité, respect, autonomie. Moriau qui décrit les centres locaux de santé communautaire (CLSC) québécois, nous donne une description qui pourrait être commune à ces différents projets : « Le CLSC incarne le type de service socio-sanitaire représentatif des années 70 : issu des mouvements sociaux, ancré dans son quartier, autogéré, porté par l'idéal d'une médecine globale et intégrée » (2018, p. 4). En effet, les projets de santé communautaire semble être portés la plupart du temps par la conscience sociale de professionnels « progressistes » (Fédération des maisons médicales, 2013, p. 6) ou « passionnés » (Santiago Sanz, 2016, p. 24) du monde sanitaire et social, regroupés en équipes pluridisciplinaires, engagés dans la lutte contre les inégalités sociales, remettant en question l'organisation actuelle du système de santé, et défendant des soins « de première ligne, globaux, continus, intégrés et caractérisés par une accessibilité maximale » (Fédération des maisons médicales, 2013, p. 6), à travers une pratique basée sur la coopération entre professionnels et patients, ainsi que le partage du pouvoir et des savoirs.

La démarche de santé communautaire peut tout autant concerner des communautés d'intérêt, autour d'une question de santé, comme c'est le cas de l'association AIDES (2017) qui lutte contre le VIH/SIDA avec et pour les personnes malades ; que des communautés géographiques, comme c'est le cas des quartiers populaires dans lesquels s'établissent les centres de santé communautaire. Face à cette diversité d'application du concept, le Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire (SEPSAC, 2009) a proposé notamment 8 critères pour décrire la démarche communautaire (annexe F).

En France, nous comptons six centres de santé communautaire parmi les plus de 1800 centres de santé recensés en France par Vigneron (2014) : La Case de Santé, Place Santé, le Village 2 santé, le Château en Santé, Santé Commune et Stétho'scop. Portés par des associations indépendantes, ces « initiatives locales, dans les cadres de la politique de la ville et essentiellement en milieu défavorisé » (Jourdan et al., 2012, p. 174), semblent être reliées les unes aux autres de façon encore informelle plutôt que par une affiliation officielle, à l'inverse des plus de 120 maisons médicales belges, regroupées dans une fédération, ou des nombreux CLSC québécois, qui sont alors des établissements de l'Etat. Cependant, la situation évoluera certainement en France dans les années à venir, car alors qu'en 2016, Santiago Sanz écrivait que « la notion de

santé communautaire a encore du mal à trouver sa place dans le lexique en la matière dans notre pays » (2016, p. 24), quatre nouveaux centres de santé communautaire ont vu le jour ces trois dernières années. Nous notons qu'inversement, au Québec, les CLSC qui sont davantage institutionnalisés, vivent un repli, perdent leur « caractère "révolutionnaire" » (Moriau, 2018, p. 5), et tendent même à disparaître par la force de réformes visant « la diminution drastique des dépenses publiques » (Moriau, 2018, p. 5), en fusionnant les structures locales en de « mégas centres de santé », comme l'expliquent les professionnels de la Clinique de Pointe-Saint-Charles, premier CLSC créé en 1968 à Montréal par des citoyens (Matte, 2008).

2 L'apport des sciences humaines pour comprendre notre objet d'études

2.1 Etudier la maladie sous le prisme social

2.1.1 *La maladie comme construction sociale.*

Pour plusieurs sociologues et philosophes, notamment Canguilhem (1966), Freidson (1984), ou Herzlich (1969), la maladie est une construction sociale, qui existe dans un environnement social défini, fait de normes, d'attentes et d'exigences (Adam & Herzlich, 2017). S'ils ne remettent pas en question l'existence de la maladie « en tant qu'état physique, indépendamment de la connaissance et de l'évaluation humaines », ils expliquent que « ces dernières créent la maladie en tant qu'état social » (Carricaburu & Ménoret, 2004, p. 53). Cela apparaît nettement dans les études sociologiques et ethnopsychiatriques étudiant les multiples significations et manifestations des maladies et du handicap dans les différentes cultures (Devereux (1996), Gardou (2010), Moro & Baubet (2009)). De plus, les auteurs expliquent qu'une « déviance sociale » est de plus en plus définie comme une « déviance biologique », prenant l'exemple de l'alcoolisme, où celui qui boit trop d'alcool est considéré malade plutôt que de rester « poivrot » (Carricaburu & Ménoret, 2004, p. 54). Or, la notion de déviance est selon Becker (1985) à étudier du côté de celui qui l'assigne moins que du côté du déviant. On peut alors s'intéresser à la médicalisation, processus par lequel « des problèmes considérés de prime abord comme non médicaux vont être définis et traités comme des problèmes médicaux, le plus souvent en termes de maladies ou de désordres » (Carricaburu et Ménoret, 2004, p. 179). Cela n'est pas sans donner un grand pouvoir au médecin (et plus largement aux soignants), qui devient un « entrepreneur moral, tout autant que l'homme imbu d'idées religieuses qui affirme que c'est un péché » (Freidson, 1984, cité par Carricaburu & Ménoret, 2004, p. 54). Mais cette « redéfinition d'un problème

existant dans un langage médical » (Conrad, 1992, cité par Fassin, 1998, p. 5) introduit également les notions de « contrôle social » dans le sens abordé par Foucault (1975). Ainsi, reprenant les termes de Fassin : « La question n'est plus seulement : comment le pouvoir médical s'exerce-t-il au plus profond de l'individu ? Elle est aussi : comment le langage médical s'impose-t-il comme mode légitime de gestion de l'ordre social ? » (1998, pp. 9-10). C'est alors que l'auteur aborde la santé communautaire pratiquée dans les quartiers populaires comme « un moyen de pacification de la société » (1998, p. 10), faisant consensus au niveau politique en transformant les difficultés sociales en problèmes sanitaires.

Étayant cette construction sociale de la maladie, Laplantine décrit les différentes représentations de la maladie, en tant que systèmes référentiels ou interprétations du réel, devenant « pour ceux qui y adhèrent, la réalité elle-même » (2003, p. 298). Selon lui, une représentation est « la rencontre d'une expérience individuelle et de modèles sociaux dans un mode d'appréhension particulier du réel : celui de l'image-croyance qui, contrairement au concept et à la théorie qui en est la rationalisation seconde, a toujours une tonalité affective et une charge irrationnelle. » (2003, p. 298) Ainsi, il décrit deux modèles de représentations de la maladie : un *modèle exogène*, qui considère la maladie comme un élément extérieur ayant pénétré le corps ou l'esprit d'une personne et qu'il faudra juguler ; ainsi qu'un *modèle endogène* où la maladie est une expression du corps ou de l'esprit, qu'il faut tenter de décrypter. De plus, Laplantine décrit trois modèles épistémologiques : un *modèle biomédical*, actuellement dominant, fondé sur la méthode expérimentale, isolant symptômes, et causes pathogènes, afin de les traiter chimiquement et spécifiquement ; un *modèle psychologique* ou *psychosomatique*, considérant le conflit « intrapsychique » comme la cause des symptômes ; et un *modèle relationnel*, envisageant la maladie comme « le signe d'un déséquilibre social » dans un milieu tel que « la famille, l'Etat, l'environnement malsain, le mode de vie urbain... » (2003, pp. 303-304).

2.1.2 Les facteurs sociaux des maladies.

Dans l'Histoire de la médecine, on situe l'émergence de la notion d'inégalités sociales de santé avant la Révolution française, dans les travaux de Moheau (1778), puis chez les hygiénistes Parent-Duchâtelet et Villermé (Carricaburu et Ménoret, 2004, p. 141). Ainsi, on dit que la maladie et la mort toucheraient davantage les pauvres et les ouvriers, cependant, dans ces études et aujourd'hui encore, comme le précise Aïach,

cette inégalité n'est « pas souvent ressentie et dénoncée comme une injustice. Elle semble inscrite dans l'ordre des choses admises » (1978, p. 465), ou bien elle est expliquée par des « mœurs dissolues », une « déchéance prolétarienne » (Léonard, 1981, cité par Carricaburu & Ménoret, 2004, p. 142), imputée ainsi à une responsabilité individuelle plutôt que politique ou sociale, et ne se risquant pas à interroger « le développement de l'industrialisation » (Fassin et al., 2000, p. 36). Cependant, l'OMS dans un rapport de 2009, dénonce les inégalités en santé entre pays et au sein même des pays, liées aux conditions de vie et de soin, et aux « politiques sociales et économiques » qui les déterminent (OMS, 2009). De même, une étude conduite sur dix ans par Sir Marmot, publiée en 2010 et en 2020, tient les politiques d'austérité en Angleterre pour responsables des très grandes inégalités de santé et de mortalité entre les Anglais. La notion de déterminants sociaux de la santé nous interpelle alors sur la « cause sociale des problèmes de santé » (Guilbaud, 2017, p. 155) avant d'aborder l'inégal accès aux soins et aux médicaments. Le travail, mais aussi l'absence de travail, constituent alors une des causes sociales majeures de mauvaise santé, étayé par de nombreux auteurs comme Cassou (1985), Thébaud-Mony (2015), et Goldberg (2019), qui dénoncent les maladies professionnelles, comme les troubles musculo-squelettiques, les troubles psycho-sociaux, ainsi que celles liées à des expositions à l'amiante et aux déchets nucléaires. Le lien entre maladie et travail est objectivé par certains médecins du travail et médecins généralistes qui voient « les accidents du travail et les maladies d'origine professionnelle, ainsi que la mutilation, le handicap et la mort qui en résultent [...] comme l'empreinte visible de la domination patronale sur des ouvriers contraints à « perdre leur vie à la gagner » (Pitti & Marichalar, 2013, p.115) et s'engagent « dans les mobilisations autour de la santé ouvrière » dès l'année 1968.

2.2 Comprendre les dynamiques professionnelles

2.2.1 *Identité et socialisation.*

L'identité est définie par Dubar comme « le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation qui, conjointement, construisent les individus et définissent les institutions » (2015, p. 105). Un individu fait donc l'objet de plusieurs processus de socialisation au cours de sa vie, notamment une socialisation primaire, qui a lieu pendant l'enfance, à travers une « incorporation des habitus » (Dubar, 2015, p. 65, en référence à Bourdieu, 1980) dans la famille et à l'école notamment, puis une

socialisation secondaire, comme « intériorisation de sous-mondes institutionnels spécialisés », (Berger & Luckmann, 1986, p. 189) construite au contact de nouveaux univers symboliques et conceptions du monde, notamment ceux du travail. Pour les auteurs, l'identité de l'individu est faite de l'articulation de cette identité « "générale" [...] issue de la socialisation primaire » et de ces identités "spécialisées" [...] construites, déconstruites et reconstruites au cours de la socialisation secondaire », au contact des mondes professionnel, culturel, politique, ou conjugal, etc. Ainsi, « la socialisation n'est jamais totale ni terminée » (Berger & Luckmann, 1986, p. 188).

Selon Hugues, devenir professionnel fait l'objet d'un processus identitaire. Ainsi, un étudiant devient médecin non pas seulement grâce à l'acquisition de connaissances scientifiques et techniques, mais à travers une « conversion » du monde profane au monde professionnel, nécessitant l'incorporation d'une vision du monde et de soi, changeant sa « conception de la maladie et de la santé, inséparable d'une philosophie de base » (1958, cité par Dubar et al., 2015, p. 108).

2.2.2 Les processus d'identification et de différenciation professionnelle.

L'identité professionnelle peut être définie comme « la manière dont les personnes appartenant à une profession, définissent leur objet de travail, ainsi que leur champ de compétence et leur domaine d'intervention » (Bouchayer, 1984, p. 65). Cette définition implique une certaine subjectivité de l'individu dans l'élaboration de son identité professionnelle, et éloigne la vision fonctionnaliste selon laquelle tous les membres d'une profession se partagent une même identité et des valeurs communes, de façon homogène. Pour les interactionnistes, une profession est au contraire un « conglomerat de segments en compétition et en restructuration continue » (Strauss, 1992, p. 67). Ils élaborent ainsi la notion de « segments professionnels » en prenant exemple sur la profession médicale, caractérisée par sa « diversité, les clivages et les mouvements » (Bucher & Strauss, 1961, cités par Dubar et al., 2015, p. 114). Dubar et al. expliquent : « Chaque segment a, en fait, sa propre définition de ce qui fait "le centre de sa vie professionnelle" et ces définitions sont fortement structurantes des identités professionnelles. » (2015, p. 114). Dans le monde soignant, chaque segment revendique ainsi une « technique privilégiée » (Dubar et al., 2015, p. 114), forcément dépendante de sa représentation de la maladie, ce qui est selon Strauss, « à l'origine d'une des plus profondes divisions entre membres d'une profession » (1992, p. 74). Perdrix (2016, p. 152) distingue par exemple chez les orthophonistes deux groupes

divisés par des représentations différentes de la maladie, et se traduisant par trois clivages récurrents dans les discours des professionnels : sujet/symptôme, organique/psychologique et enfin relation/technique.

Si, au sein d'une profession, il existe des clivages majeurs liés à une intériorisation de valeurs et de normes, Strauss précise qu'« une partie de la profession peut avoir davantage en commun avec certains éléments d'une profession voisine qu'avec ses propres collègues » (1992, p. 78), du fait d'un partage de ces valeurs et de ces normes. C'est ce que Freidson développe dans la notion de « groupes transprofessionnels », qui dans la profession médicale se réfère à « des écoles assez lâches, qui traversent transversalement tout le secteur sanitaire » réunissant alors des soignants portés par « le désir de travailler avec des personnes qui partagent [leurs] idées sur la maladie et son traitement » (1984, p. 264), appartenant ainsi au même « monde social » au sens de Strauss (1992) ou Becker (1988), fait d'un ensemble de langages, de représentations, et de croyances. Ces groupes abritant « des réalités professionnelles non seulement différentes mais opposées, conflictuelles » (Dubar et al., 2015, p. 111) vont souvent entrer en compétition afin de revendiquer leur légitimité, à travers un travail d'argumentation (Paradeise, 1985) visant l'assentiment de la société, et Strauss précise que la légitimité des segments est fonction des modèles dominants en cours, dans une société et une temporalité donnée (1992, p. 83). Ainsi, dans la construction de l'identité professionnelle d'un individu, il existe une tension constante, une « négociation identitaire » (Dubar, 2015, p. 108) entre identification et différenciation, entre appartenance à un groupe attribué par autrui, et le choix « pour soi » d'un groupe de référence.

2.2.3 Socialisation non professionnelle et politisation.

La notion de mondes sociaux et de groupes transprofessionnels suggère que l'identité professionnelle puisse également être le fruit de socialisations non professionnelles, puisque relative à des systèmes de croyance et de représentations. Concernant la profession médicale, plusieurs études ont montré que la socialisation non professionnelle (sociale, religieuse, politique) se retrouvait dans l'exercice du soin, comme les pratiques de prescription de contraceptifs (Roux & al., 2017), le partage d'informations et d'explications avec les patients (Waitzkin, 1985), ou le rejet d'une hiérarchisation des rapports au travail et dans la relation soignant-soigné (Baszanger,

1981). Dans ces articles, la socialisation politique des soignants serait notamment l'un des facteurs influençant les pratiques.

Champy et Israël développent ainsi le lien entre activités professionnelles et engagements : selon eux, « ce qui définit les formes d'engagement les plus directement liées au travail est peut-être, a minima, le refus du statu quo, [...] la volonté de changer, à différents niveaux, les formes pratiques et institutionnelles d'exercice ou de formation professionnels avec des finalités qui dépassent le groupe, en relation avec une conception de son rôle dans la société de manière plus générale. » (2009, p. 15). Pour les auteurs, il y a plusieurs trajectoires d'engagement en lien avec le travail : certains acteurs sont « avant tout des militants » qui choisissent un métier qui incarne leurs engagements, quand d'autres sont « d'abord des professionnels qui, sensibilisés, éventuellement dans le cours de leur activité, à une cause, décident d'y engager leurs compétences. » (2009, p. 10). Pour ces derniers, l'engagement résulte d'une prise de conscience de la portée politique de leur travail et amène à « concevoir que leur activité professionnelle, au-delà de ses finalités propres, puisse être orientée, voire inspirée, par des objectifs d'ordre politique à condition que ces derniers soient inscrits dans une vision large du politique (la démocratisation, le combat pour la justice et l'égalité de traitement des autres, l'éducation des citoyens) » (Lagroye, 2003, p. 366).

3 Problématique et hypothèses

Ces éléments théoriques nous semblaient nécessaires à l'analyse de notre terrain d'enquête, à savoir le Village 2 santé, centre de santé communautaire à Echirolles (Isère). Notre attention s'est portée sur les soignants, et nous nous sommes alors demandé à travers quoi se définit leur identité professionnelle, et en quoi ils peuvent constituer collectivement un nouveau « segment professionnel » de la profession soignante. Nos hypothèses furent ces dernières : s'il semble que les soignants définissent leur identité professionnelle d'abord à travers l'opposition à un modèle dominant de représentation de la maladie, de la relation soignant-soigné et de l'organisation du travail, ils relient leur pratique du soin à leurs engagements politiques et situent la singularité de leur pratique dans un certain cadre de travail, celui de la santé communautaire. Enfin, il nous a semblé que l'identité professionnelle des soignants se construit de façon duelle : en lien à leur profession et à leur pratique personnalisée, mais également à travers l'appartenance à cette équipe.

Nous aborderons la question de l'orthophonie transversalement, considérant ici l'orthophoniste d'abord comme une soignante, membre de cette équipe de soin, touchée par ces différents processus identitaires, individuels et collectifs.

II Méthode

1 Choisir une méthode

Nous souhaitons comprendre et exposer ce qui se jouait dans ce lieu de soin particulier, explorer les pratiques, les discours et les représentations des professionnels qui y travaillent. Pour cela, nous avons suivi une démarche sociologique compréhensive, celle de l'interactionnisme symbolique, s'intéressant aux acteurs sociaux plutôt qu'aux systèmes, suggérant de « dégager les significations vécues par les acteurs et de mettre en évidence les logiques qui sous-tendent leurs actions » (Le Breton, 2004, p. 3). Nous ne cherchions pas à « comprendre le monde en lui-même », mais plutôt à « relever les procédures de sens, les méthodes profanes de construction de la vie sociale qui le constitue pour les acteurs » (Le Breton, 2004, p. 143). Afin de comprendre, il nous fallait avancer sans a priori, « disponible aux événements et aux rencontres », ne cherchant pas à « vérifier des hypothèses » (Le Breton, 2004, p. 172), mais plutôt à les voir émerger, au fil de notre étude approfondie du terrain. Nous inspirant de l'ethnométhodologie, notre démarche fut donc « inductive plutôt que déductive », nous mettant « à l'écoute des activités de pensée et d'action courante sans préjuger de leur signification » (Le Breton, 2004, p. 145).

2 Définir le terrain d'enquête

Nous avons enquêté sur le centre de santé communautaire Le Village 2 santé, où nous avons réalisé notre stage de fin d'études. Ce centre de santé, situé dans le quartier du Village 2, classé Politique de la Ville, à Echirolles, avait ouvert en septembre 2016 et s'était installé dans ses locaux définitifs deux mois avant notre arrivée.

Plus précisément, c'est sur les dix-sept professionnels de la structure que nous avons porté notre attention : accueillants, médecins, infirmière Asalée (relevant du dispositif encadré par l'association Asalée), accompagnants en soin social, kinésithérapeutes, orthophoniste, accompagnante à la vie relationnelle, médiatrice paire, et coordinateurs. Nous avons choisi d'observer chaque professionnel dans de multiples situations d'interaction, et afin d'approfondir nos observations et étudier plus spécifiquement les représentations et les discours des professionnels, nous avons prévu d'interroger un

professionnel de chaque cœur de métier, incluant alors des professionnels impliqués dans le projet à des périodes et postes différents. Cela ne fut pas possible, l'épidémie de Covid-19 bouleversant le fonctionnement du centre de santé et la disponibilité des professionnels. Cependant, cinq soignants, sur les neuf entretiens souhaités, purent répondre à nos questions : un accompagnant en soin social, un kinésithérapeute, l'orthophoniste, un médecin, et l'infirmière Asalée.

Il nous semble important de préciser que nous avons pris le parti, pour désigner l'ensemble des professionnels du centre de santé, d'utiliser indifféremment les termes « soignant » et « professionnel », car il est admis dans l'équipe que tous les membres ont une fonction de soignant, indépendamment de leur poste ou de leur formation professionnelle. De même, nous avons utilisé les termes choisis par les professionnels pour définir leur poste, notamment ceux d'« accueillant », d'« accompagnant en soin social », d'« accompagnante à la vie relationnelle » ou de « coordinateur ».

3 Recueillir les données

Afin d'étudier les pratiques, individuelles et collectives, les interactions, les discours et les représentations des professionnels, nous nous sommes intéressée à différents matériaux, à la manière d'une monographie : nos observations, l'étude de documents produits par la structure, et les entretiens semi-directifs.

3.1 Préparer l'enquête

Suivant les conseils de Beaud et Weber (2010), nous avons préparé notre enquête, par des lectures en amont du site internet du Village 2 santé, des articles de presse présentant la structure et le projet, et nous nous sommes renseignée sur la ville d'Echirolles et le quartier du Village 2. Enfin, nous avons respecté une imprégnation progressive du terrain, prenant soin de ne pas déranger, d'observer sans a priori et de noter nos premières impressions (Beaud & Weber, 2010).

3.2 Observation participante

Nous avons collecté de nombreuses informations dans des conditions d'observation participante, en étant présents sur le terrain deux jours par semaine pendant quatre mois. « Signature de la démarche interactionniste », l'observation participante nous permettait de « jouer de la proximité et de la distance comme d'un outil pour mieux comprendre les interactions étudiées » (Le Breton, 2004, p. 173), situation facilitée par notre position de stagiaire, qui constituait la première raison de participer à la vie de

l'équipe. Nos observations ont été notées dans un journal de bord durant toute la durée de notre enquête. Les situations d'observation furent variées :

- des ateliers collectifs, animés par un ou plusieurs professionnels à destination de plusieurs patients : l'atelier « Histoires sonores » animé par l'orthophoniste, l'atelier « Relax » animé par le kinésithérapeute, l'atelier « Nos corps de femmes » animé par l'accompagnante à la vie relationnelle et l'atelier « Jeux » animé par une accueillante et l'orthophoniste.
- des consultations individuelles, avec respectivement l'orthophoniste, un médecin, et une accompagnante en soin social.
- de nombreuses réunions interprofessionnelles, réunissant tous les professionnels du centre, autour de « situations complexes » de patients, ainsi que des réunions à propos de sujets divers (aménagement de la bibliothèque, décoration du centre, organisation d'un stage de lutte féministe, rédaction de protocoles de soin)
- une réunion de la « Place du Village », assemblée réunissant habitants du quartier et professionnels du centre.
- de nombreux temps informels entre soignants, mais aussi entre soignants, patients, et habitants du quartier.

3.3 Sources documentaires

Pour compléter nos observations, nous avons étudié des documents produits par les membres du centre de santé : des documents publics comme leur site internet, l'énoncé d'intentions politiques (annexe B), le rapport d'activité 2018, l'article rédigé par les soignants dans la revue Pratiques (Village 2 santé, 2018), la newsletter du mois de mars 2020 (annexe D), ainsi que des documents liés au fonctionnement interne comme le livret d'accueil des stagiaires, le détail du budget du centre, des comptes-rendus de réunions auxquelles nous n'avons pas assisté, notamment à propos du projet de tarification par capitation (PEPS), ou de la réflexion sur la coordination des différents centres de santé communautaire français.

3.4 Entretiens

Nous avons élaboré une trame d'entretien semi-directif (annexe A) qui nous permettait d'interroger les professionnels sur leur parcours, leurs pratiques, et de relever leurs représentations et leurs discours. Au préalable, grâce à nos observations et à l'étude

des documents, nous avons identifié plusieurs thèmes qui nous semblaient au cœur de notre enquête, puis nous avons défini des questions larges qui nous permettraient de les aborder. Lors des entretiens, il s'agissait alors d'orienter le moins possible les réponses, tout en abordant les différents thèmes : en lançant la discussion par des questions générales et rebondissant ensuite sur les idées abordées par l'interrogé, usant de reformulations, de contradictions, et de demandes de précisions et d'explicitations (Blanchet & Gotman, 2010). Nous avons bénéficié de la proximité qui s'était créée avec les soignants durant notre stage, facilitant l'aisance des interrogés, tout en remarquant que la proximité pouvait induire un manque d'explicitation, comme ce fut le cas notamment avec l'orthophoniste. Les entretiens ont pu se dérouler en fin de stage, au centre de santé avec le kinésithérapeute et l'accompagnant en soin social, puis par téléphone avec l'orthophoniste, le médecin et l'infirmière, pendant le confinement lié à l'épidémie de Covid-19. Chaque entretien a duré entre 1h et 1h30 et a été enregistré après accord préalable des professionnels.

4 Analyse des données

Chaque entretien a été retranscrit mot pour mot permettant une analyse de contenu ; les hésitations et les répétitions n'ont été que rarement retranscrites, car nous avons pris le parti de ne pas réaliser d'analyse formelle du discours. Nous avons ensuite procédé en une analyse verticale par entretien (Blanchet & Gotman, 2010) : chaque entretien a été analysé indépendamment des autres, en regroupant les éléments de sens en fonction des thèmes abordés et en reconstruisant de façon linéaire les parcours des professionnels et les façons singulières de parler de leur pratique. Puis, une analyse horizontale (Blanchet & Gotman, 2010) nous a permis de comparer les entretiens, thème par thème. Suivant la méthode des tas ou « typologie » (Demazière, 2018), nous avons tenté de réunir les points saillants des entretiens afin de dégager des unités de sens. Par croisement avec nos observations, et nos analyses de documents, nous avons pu affiner ces unités de sens, qui deviendraient ensuite, à la lumière de nos lectures théoriques, et dans un mouvement d'« oscillation permanente entre une théorie provisoire et un terrain qui permet son ajustement » (Le Breton, 2004, p. 172), nos hypothèses de recherche.

III Résultats et discussion

Notre analyse du terrain s'est faite sous le prisme sociologique de l'identité professionnelle : nous nous sommes intéressée à la façon dont les soignants du Village

2 santé définissent la singularité de leur pratique du soin, individuellement et collectivement, et nous nous sommes alors demandé en quoi cela pouvait constituer un segment professionnel de la profession soignante.

1 L'opposition à un modèle dominant

Les professionnels interrogés définissent leur vision et leur pratique du soin en opposition à une vision et à une pratique plus conventionnelle, qui prévaut dans le monde soignant mais qui n'est pas satisfaisante pour eux. A travers cela, ils dessinent ainsi une définition de ce qui fait « le centre de [leur] vie professionnelle » (Dubar et al., 2015, p. 114). Pour plusieurs d'entre eux, « devenir médecin » au sens de Hugues (1958), dans la conversion identitaire que cela a suggéré, a été source de conflit, de rupture, notamment avec des « valeurs », terme souvent utilisé au cours des entretiens, qui les a conduits à la « *recherche d'une autre façon de travailler, plus en accord avec [sa] vision de la santé* » chez le médecin, au refus d'une certaine organisation de travail et à la recherche d'un certain « *mode d'exercice* » pour le kinésithérapeute, mais aussi à l'abandon des études de médecine, pour deux membres de l'équipe.

1.1 Une vision globale de la santé

Les soignants du Village 2 santé défendent unanimement une vision globale du soin, une « *médecine de la vraie vie* » prenant en compte « *la globalité du corps humain* », pour reprendre les termes du médecin, mais surtout « *d'autres réalités, comme l'environnement social des personnes, leurs conditions de travail, de logement* », comme écrit dans l'énoncé d'intentions politiques. Ils s'opposent à une vision « *ultra-spécialisée* », « *déconnectée de la réalité* » qui « *saucissonne les gens* », et « *découpe pas mal les individus* », selon le médecin et l'infirmière. Cette vision, portée notamment par l'hôpital et la spécialisation médicale, rencontrée par le médecin lors de « *stages ultra-spécialisés dans des organes* », ne permet pas, selon elle, de « *prendre vraiment soin* » des personnes, qui se retrouvent alors « *malmenées* ». Cette dernière nous dit alors, concernant le choix d'une spécialité : « *C'était pas cohérent avec ce que j'aimais dans la médecine.* »

Leur approche de la santé et de la maladie est donc sociale, plutôt qu'individuelle. Les soignants évoquent les « *déterminants sociaux de la santé* », un « *univers social* » que « *souvent on ne pense pas, qui n'est pas conscientisé* » d'après l'orthophoniste, alors que les inégalités sociales, les discriminations, le racisme et le sexisme « *tuent plus*

que les maladies », selon ce qu'on lit sur leur site internet. Le médecin préfère à la notion de « *prévention* », trop « *individuelle* », une définition de la « *promotion de la santé* », qui aborde la santé « *à l'échelle du système de santé, du système global, de la société* », car selon elle, la santé relève de « *questions qui laissent peu de marge de manœuvre aux individus* » comme « *des choix de société, de système, qui amènent des personnes à être dans des situations de vie et donc des situations de santé qui viennent impacter globalement* », bien loin de « *questions individuelles* » et d'une totale responsabilité des individus, prétendue par les campagnes « *manger-bouger* », faisant alors écho aux propos de Claire Marin qui appelle à « *faire la part entre une responsabilisation nécessaire et une culpabilisation illégitime* » (2018, p. 4). Les soignants laissent donc dans leurs consultations la place à « *la substance réelle des difficultés* » selon l'infirmière, ils recherchent les potentielles causes sociales des maladies, comme « *les soucis au travail, les soucis financiers qui empêchent de s'acheter bien à manger, ou qui créent des tracas ou des préoccupations, du stress, et qui font que les gens ne peuvent pas s'occuper de leur santé, les histoires de violence intrafamiliales...* », selon le médecin. De même, l'environnement social est pris en compte dans les thérapeutiques, comme l'explique le kinésithérapeute : « *Quelqu'un qui venait pour un mal de dos, on faisait des étirements, des exercices, mais c'est quand on a parlé du harcèlement au travail, que ça allait mieux* ». Ou comme le dit l'orthophoniste, qui place dans sa pratique des « *attentes de langage* » mais aussi des « *attentes sociales* » : « *L'enfant a des troubles du langage et il est scolarisé donc ça impacte socialement pour lui, donc il faut que ça aille bien à l'école pour lui, enfin que ce soit bien vécu l'école pour lui.* » Régulièrement, des patients qui viennent consulter pour des soins médicaux ou paramédicaux, sont orientés vers les accompagnants en soin social ou le coordinateur, qui travailleront alors sur des « *problématiques sociales qui viennent impacter la santé* », selon les paroles du médecin, et qui seront amenés parfois à réaliser un dossier aux prud'hommes, ou accompagner au dépôt d'une plainte pour discrimination, comme nous l'explique le coordinateur. Selon l'accompagnant en soin social, c'est une autre façon de répondre à la souffrance des gens : « *Nous ici, les médecins, ils ont la possibilité de dire : "Je vous ai entendu mais je vais rien vous donner, mais par contre je vais vous donner rendez-vous avec quelqu'un qui va peut-être pouvoir faire quelque chose pour vous"* ». En pratique, cela passe nécessairement, selon eux, par une démedicalisation, dont chacun a plus ou moins sa propre définition : aborder autrement les symptômes et les demandes « *qui paraissent très médicales et*

qui pourraient être très médicalisées », selon le médecin, donc sur les plans diagnostique et thérapeutique, en ne prescrivant pas toujours d'examens médicaux ni de traitement chimique (médecin), mais plutôt en accompagnant, en cherchant à comprendre, ce qui pourrait être la cause du mal, ou si la solution ne pourrait pas être trouvée par la personne elle-même (kinésithérapeute), en lien avec un accompagnant en soin social, ou avec l'infirmière Asalée qui se considère avec humour comme un « *pur produit de démedicalisation* ».

Reprenant la modélisation épistémologique de Laplantine (2003), nous concluons que les soignants du Village 2 santé ont une représentation *relationnelle* de la maladie, qui, bien qu'exogène, est pensée plutôt comme « le signe d'un déséquilibre social », se rapportant à « la famille, l'Etat, l'environnement malsain, le mode de vie urbain... » (2003, p. 304), les conduisant à avoir une pratique diagnostique et thérapeutique particulière, entrant en conflit avec une représentation majoritaire de la maladie, biomédicale, et spécialisée.

1.2 Une posture singulière de soignant

Les soignants se définissent comme « *accompagnante* », « *soutien* » (infirmière), « *accoucheur* » ou « *animateur* » (accompagnant en soin social), à l'opposé de l'image d'un soignant « *puissant* » et « *sachant* » (orthophoniste), refusant un exercice du soin prescriptif qui donne des « *conseils tout faits* » selon l'infirmière, prenant garde à ne pas projeter ses attentes ni ses « *visions de ce qui serait bon pour les gens* ». Nous notons l'importance du choix des mots puisque l'infirmière nous explique « *mettre le mot accompagnement en premier* » lorsqu'elle se présente aux patients, et que le kinésithérapeute préfère systématiquement le terme « *accompagner* » à celui de « *prendre en charge* » durant notre entretien. De même, nous remarquons la fréquence de termes indiquant une évolution, une remise en question et une adaptation constante des pratiques, lorsque nous demandons aux soignants de nous expliquer leur façon de travailler. Enfin, les professionnels jouent avec les signes de « pouvoir symbolique » (Bourdieu, 1977) en ne portant pas de blouse et en se faisant appeler par leurs prénoms.

Les soignants construisent leur posture à travers une « *nécessaire horizontalisation de la relation* » selon les mots du médecin, et la recherche de « *l'autonomie du patient* » refusant de créer une situation de dépendance. Cela passe par une « *grande place* » accordée à « *la vision de sa santé par le patient* » (infirmière) et au partage

d'informations et d'explications dans les consultations (kinésithérapeute), à la valorisation des savoirs et de l'expertise des patients, ainsi qu'à leur partage dans les ateliers collectifs, accompagnée de l'effacement de l'expertise médicale dans ces espaces, mais aussi à des efforts conscients de réassurance (orthophoniste), à la recherche de remèdes émanant du patient (orthophoniste), plutôt que de certaines thérapies impliquant une dépendance à la maîtrise d'une technique particulière (kinésithérapeute). Tout en prenant en considération l'inéluctable asymétrie de la relation soignant-soigné, les soignants tentent au quotidien de réduire leur pouvoir de professionnel, pour le « *redonner aux patients* » (médecin et infirmière).

Les soignants expriment accorder davantage d'importance à la relation, et au « *lien de confiance* » les unissant aux patients, en opposition à une certaine technicité (Perdrix, 2016, p.153). Par exemple, l'orthophoniste ne se considère « *pas tellement technicienne* » n'allant « *pas chercher très loin dans l'explication ou le comportement du trouble* » mais utilisant « *la relation de soin, mais aussi la relation humaine* », relation qui est alors pour plusieurs soignants un support de travail : « *Ça se fait grâce à la relation* », dit le médecin. Cette dernière revient d'ailleurs sur ses expériences d'externe à l'hôpital : « *Ce qui m'intéressait le plus dans ces stages, c'était d'aller prendre le temps de discuter avec les patients, de leur maladie, de comment ça impactait leur vie, leurs conditions de vie, de comment le séjour à l'hôpital venait chambouler des choses, comment ils vivaient l'hospitalisation* », renvoyant à la notion d'« *intégrité ébranlée* » décrite par Claire Marin (2010, p. 134), trop peu souvent prise en compte dans le traitement médical selon elle, traitement consistant à « *une efficacité technique* », et à la réduction de l'attention aux « *dysfonctionnements repérés, physiologiques, mécaniques ou biologiques* », mettant « *entre parenthèses les autres requêtes du patient* » (2010, pp. 128-129).

L'infirmière Asalée nous parle d'une certaine distance vis-à-vis des résultats chiffrés, bien qu'ils soient très présents dans la thérapeutique des personnes diabétiques, et considère que l'amélioration d'un quotient ou « *le fait de soigner* » n'est pas « *un objectif en soi* ». Elle leur préfère « *le soin* » au sens « *d'apporter de l'écoute et de l'importance à ce que les gens vivent et ressentent par rapport à leur maladie* ». Elle trace ainsi la frontière entre *cure* et *care*, que Gilles Raymond (résumant Molinier et al., 2009) rapproche de l'horizontalité de la relation recherchée au Village 2 santé : « *Le soin, comme proposition médicalisée, introduit de l'inégalitaire alors que le *prendre soin**

réhabilite une égalité entre tous les êtres humains » (2010, p. 2). Le médecin, l'infirmière et l'orthophoniste nous expliquent alors ne pas chercher à supprimer la maladie mais plutôt à aider les gens à vivre avec et à trouver leurs propres remèdes.

Enfin, les professionnels ont à cœur de travailler à tout prix dans l'intérêt des gens, et non pas « *pour la machine qui broie les gens* », comme le dit l'accompagnant en soin social, auparavant éducateur « *sous l'escarcelle du département* », appuyé par le kinésithérapeute qui explique avoir fait partie « *d'une grosse machine pour les remettre sur pieds* », pour « *les réintégrer à une société qu'ils ne voulaient a priori plus vivre* » lorsqu'il travaillait en hôpital psychiatrique. Les membres de l'équipe semblent ainsi tenter de déjouer le « contrôle social » que peut représenter l'exercice du soin (Fassin, 1998, p. 10) en quartier populaire.

1.3 Une organisation anti-hiérarchique du travail

Plusieurs soignants du centre ayant fait l'expérience de stages à l'hôpital expriment un « *vécu assez difficile* » d'une hiérarchie « *extrêmement marquée dans les équipes* » et qualifiée d'« *horrible* » par le médecin, ou de « *maltraitance managériale* » par le kinésithérapeute. L'accompagnant en soin social nous raconte également avoir quitté un emploi qui le passionnait à cause d'une hiérarchie qui lui imposait du jour au lendemain de nouvelles missions contraires à ses valeurs.

Selon l'énoncé d'intentions politiques rédigé par l'équipe, « *une hiérarchisation des métiers n'a pas de fondement légitime* » : leur organisation de travail est donc basée sur une égalité salariale et décisionnelle. Le centre tend vers « *un fonctionnement en autogestion* », qui se traduit par la participation de tous les salariés aux réunions organisationnelles hebdomadaires, à la prise de décision par consensus, au partage de « *mandats* » organisationnels sur base de volontariat, et à la participation de chacun au ménage par roulement. Les aspects organisationnels sont centralisés par deux postes de coordinateurs qui n'ont a priori pas de position hiérarchique ni de poids décisionnel supérieurs. Les salaires sont actuellement basés sur une mutualisation des remboursements des actes médicaux et paramédicaux, ainsi que plusieurs subventions et appels à projets, puis sur une redistribution égalitaire entre tous, basée non pas sur le poste mais sur le temps de travail.

Les professionnels interrogés sont nombreux à valoriser cette organisation de travail. Selon l'accompagnant en soin social, qui y oppose son expérience passée, cela permet

d'être en accord avec son travail, d'être pleinement responsable et « *serein* » de ses actes qui l'engagent auprès des patients. Pour l'infirmière, cela permet de ne pas « *être juste un pion qui va dans un endroit, qui fait son métier, qui fait ce qu'il peut et qui repart, et qui ne sait pas, en fait, dans quel bateau il est, ni la direction, ni où il va, ni par qui il est dirigé* », et elle souligne la richesse et l'importance de pouvoir « *lancer les choses ensemble, de choisir les axes de réflexion* ». Pour plusieurs des salariés, cette organisation de travail se base sur une habitude et une pratique de l'autogestion dans d'autres cadres, associatifs et militants notamment, que nous détaillerons par la suite.

2 Le lien avec une culture militante

Avant même de pénétrer dans l'enceinte de l'établissement, la lecture de l'énoncé d'intentions politiques nous indiquait que ce lieu de soin était également un lieu inspiré d'une « vision politique » dans son acception large d'« organisation de la Cité », et nous pouvions alors supposer le lien d'une majorité des membres de l'équipe avec un « monde militant ». Ce lien n'a pas toujours été mis au premier plan par les professionnels dans nos entretiens et nos discussions, tandis que d'autres semblaient se définir d'abord à travers leurs engagements politiques plutôt qu'à travers leur profession.

2.1 Un « monde militant »

Dans le paysage d'une apparente neutralité des établissements de soin, le Village 2 santé dénote. Celui-ci « *porte fièrement sa bannière militante* », selon l'accompagnant en soin social, et revendique ses « *visions politiques* » dans un énoncé d'intentions politiques sur son site internet. L'espace du centre est marqué par les idéaux politiques des professionnels, à travers les choix de magazines (revues Silence, Causette, Le Postillon) et de marques de café, thés et tisanes équitables disposés dans la salle d'accueil, ainsi que la volonté de désigner les bureaux par le nom d'une « personnalité » militante telle qu'Assa Traoré, Christine Delphy, Missak Manouchian, etc. De plus, le centre se fait parfois le relais public d'informations militantes, notamment un rassemblement contre l'islamophobie, leurs positions contre la réforme des retraites, ou l'organisation d'un stage de lutte féministe. Nous notons que l'écriture inclusive est utilisée par les professionnels dans toutes leurs publications, également dans leurs communications par mail.

Avec les soignants, les discussions informelles sont riches de critiques du système politique et sanitaire, et de références à des lieux autogérés et engagés et autres collectifs associatifs de Grenoble. Notre difficulté à suivre certaines conversations nous renseigne sur le partage de cette culture commune comme d'une « évidence » (Strauss, 1992). Plusieurs professionnels nous décrivent un parcours fait de contrats précaires, de pauses liées à des engagements associatifs ou militants, d'une orientation vers des populations marginalisées (prisonniers, habitants de quartiers populaires, demandeurs d'asile, personnes transgenres...) et de choix d'habitats alternatifs (camion, remorque, habitat partagé...). Un professionnel évoque dans un entretien être entré « *en lutte* » pour défendre ses valeurs dans le cadre de son travail, et un autre y avoir songé, mais également de s'être engagé dans des mouvements sociaux comme « Nuit debout ». Les multiples engagements des professionnels ont une place dans leurs récits, tout comme les « valeurs » politiques qui ont guidé leurs orientations professionnelles (Gelly, 2017). Le médecin nous dit : « *Je crois que ça a quand même résonné dans des valeurs que j'ai, autour de la justice, de l'équité, qui viennent d'ailleurs* », tout comme l'accompagnant en soin social nous dit : « *Je suis pas arrivé au boulot de travailleur social pour rien, je pense qu'il y a une question de volonté de justice sociale, d'équité, de travail sur les inégalités, qui est forte* ». Le médecin nous raconte s'être formée au Théâtre de l'opprimé, forme de théâtre questionnant les rapports de domination, qui l'a menée à « *avancer dans [sa] vision de la santé* ». Nous percevons alors des différences dans les « voies de l'engagement » des soignants (Champy & Israël, 2009, p. 10), entre les professionnels qui se sont engagés au cours de leurs formations et expériences professionnelles, qui les ont amenés à de successives « prise(s) de conscience » (p. 9), comme chez le médecin qui nous décrit la découverte de l'impact des « *conditions d'existence* » qui « *surgissait dans [ses] consultations* » lors de son internat en médecine générale, et de l'apport de D.U. qui lui ont permis de « *mettre des cadres théoriques sur tout ça, de voir que c'était pas juste un ressenti* » ; puis d'autres professionnels qui comme l'orthophoniste nous raconte avoir eu dans le passé d'autres expériences avec « *les mêmes intentions politiques [...] sauf que c'était pas du soin* », comme l'animation socioculturelle « *teintée de politique, c'est-à-dire où on amène aux gens la culture pour les émanciper* » et son engagement dans une association de développement à l'international « *auprès des populations les plus opprimées* ».

Notre questionnement du terrain ne nous a pas permis d'identifier les trajectoires professionnelles de chaque soignant vis-à-vis de ses engagements, cependant il nous a permis d'observer que pour la plupart des soignants du Village 2 santé, la conscience politique s'incarne dans la pratique du soin.

2.2 Une vision politique de la santé et une intention politique du soin

Les professionnels du Village 2 santé ont une vision politique de la santé et du soin, comme l'explique l'énoncé d'intentions politiques, « *écrit dans le but de mettre en mots [leurs] valeurs, [leur] vision du soin et de la santé [...] à la base de [leur] projet* ». Celle-ci se retrouve dans les discours des professionnels, qui remettent en question un « système de santé discriminant », une médecine imprégnée d'« intérêts capitalistes », tant dans l'exercice libéral comme le dit l'orthophoniste, que dans le fonctionnement de structures de soin privées « *à but lucratif* » selon le kinésithérapeute, par le rejet des représentants de laboratoires pharmaceutiques, et de la prescription homéopathique, et à travers la remise en question de la tarification à l'acte qui peut « *pousser à remplir son agenda* » et à réaliser des actes « *pas forcément nécessaires* », selon le kinésithérapeute. Cela fait d'ailleurs l'objet d'une réflexion au sein de l'équipe, puisque la structure se prépare à tester un programme national de tarification par capitation nommé PEPS (Paiement en Equipe de Professionnels de Santé), sortant alors de la tarification à l'acte pour une partie de leurs activités.

De même, cette vision politique de la santé se retrouve dans l'analyse, par les professionnels, des situations d'interaction sous le prisme des rapports de pouvoir : dans la relation soignant-soigné, dans les relations de l'individu avec son environnement social, notamment vis-à-vis du travail, mais aussi dans ses relations familiales. Ainsi, le kinésithérapeute, comme plusieurs autres professionnels, est lucide et critique sur la « *relation asymétrique* » qui se crée avec un patient, et son « *pouvoir de soignant* ». Les soignants sont sensibles aux discriminations, aux violences symboliques et réelles que subissent les patients, autant dans leurs parcours de soin que leurs parcours de vie, et considèrent qu'elles ont « *un impact fort sur la santé* » et « *provoqu[ent] directement des états pathologiques* », selon l'énoncé d'intentions politiques.

Ainsi, chaque soignant du Village 2 santé nous a expliqué la portée politique de sa pratique. L'orthophoniste, ayant exercé en milieu libéral en parallèle d'un mi-temps au centre de santé, nous explique avoir toujours mis « *une intention politique et sociale* »

dans ses soins, quel que soit son lieu d'exercice. L'accompagnant en soin social considère lui la santé comme « *un outil* » permettant de « *servir un propos radical, autour des questions de changements de société* ». Unanimement, les soignants interrogés nous expliquent que leur mission consiste à « *redonner le pouvoir aux gens* », à la fois « *dans leur santé* », « *leur parcours de soin* », mais également « *dans leur vie* ». Ainsi, pour reprendre Champy et Israël, les professionnels conçoivent que « *leur activité professionnelle, au-delà de ses finalités propres, puisse être orientée, voire inspirée, par des objectifs d'ordre politique* ».

Cela se traduit par une posture particulière du soignant, accompagnant, valorisant et généreux d'explications, recherchant l'autonomie du patient, comme détaillé en amont de cet exposé, mais cela passe également par des pratiques de questionnement des « *systèmes d'oppression* » ou des « *figures d'autorité* » comme l'école ou le travail, pour l'orthophoniste, de mutualisation des savoirs entre patients et habitants dans les nombreux ateliers collectifs, de partage « *des histoires et des colères* », ainsi que dans la pratique du plaidoyer, qui permettrait, à terme de « *plus jouer sur la sphère politique* » et « *demande des changements* », selon le médecin. L'orthophoniste nous explique que ce projet est « *un projet politique aussi [...], pas que un projet de soin* », comme l'accompagnant en soin social qui nous révèle, sous « *forme de blague* » qu'il a choisi de travailler au centre parce que ses collègues lui ont « *fait miroiter la révolution à travers l'activité d'un centre de santé* ». Cependant, ce dernier fait la différence entre ses positionnements politiques et sa mission d'accompagnement, précisant que sa fonction est « *d'aider les gens à obtenir ce qu'ils veulent et pas ce [lui] [en] pense* », tout comme d'une autre façon, les médecins s'opposant fermement à la prescription d'antibiotiques pour des pathologies virales, « *craquent* » parfois pour maintenir l'alliance thérapeutique. Enfin, les intentions politiques sont mises en balance des attentes des patients : l'infirmière nous explique que le fonctionnement participatif de la structure représente souvent « *de l'inconnu* » et n'est pas « *ce qui est attendu par les gens* », d'où la nécessité pour les soignants d'expliquer leurs choix et intentions (édito de Mars 2020, annexe D), de même que l'accompagnant en soin social nous explique qu'alors que les professionnels avaient envie « *d'organiser des manifs révolutionnaires que les gens auraient organisées eux-mêmes* », ou que « *les gens investissent des espaces en ayant des grandes pensées politiques* », les habitants « *veulent bien venir*

faire un p'tit déj » et « *parler du diabète* », mais que finalement, l'important est que « *ces espaces existent et qu'on les laisse s'en saisir à leur rythme* ».

3 En référence à un modèle : la santé communautaire

Les soignants définissent la singularité de leur pratique à travers l'exercice du soin dans le contexte de la santé communautaire. Cependant, bien que chacun considère sa pratique comme originale comparativement à une pratique plus conventionnelle du soin, nous notons que les professionnels n'ont pas tous la même définition de ce qui est communautaire dans leur pratique et ne se réfèrent pas uniformément à cette notion, faisant écho à la complexité de définition de la santé communautaire, qui s'incarne davantage qu'elle n'impose un cadre strict. Tardivement dans notre enquête, nous avons trouvé un document de travail autour de la création d'un centre d'appui des centres de santé communautaire français, dont l'un des buts serait la représentation institutionnelle, évoquant ainsi des questions de légitimité du segment professionnel (Strauss, 1992), cependant cela était peu présent dans nos entretiens et observations.

3.1 Originalité de l'espace de travail

Le centre de santé est, selon l'énoncé d'intentions politiques, « *bien plus qu'un lieu de soin classique* », et notamment parce qu'il tend à être un « *lieu où l'on peut venir sans prétexte, un lieu refuge, un lieu de vie* » pour les habitants du quartier. La notion d'accueil a une place centrale dans le fonctionnement du centre de santé, et de nombreux éléments de l'espace ont été pensés en ce sens : la salle d'accueil est lumineuse et chaleureuse, une cuisine est à disposition avec des boissons chaudes en libre service et régulièrement préparées à l'avance par un soignant ou un patient de passage, une autre salle appelée « *accueil approfondi* » est une petite salle permettant de s'entretenir avec une personne qui aurait besoin de parler en confidentialité avec un professionnel en dehors d'une consultation, et la « *salle habitante* » est un grand espace dédié aux habitants, pouvant servir à l'organisation de réunions, ou d'événements, meublée d'une grand canapé, de fauteuils, de tables basses et d'une bibliothèque. Certains habitants ou travailleurs du quartier viennent ainsi boire un café le matin, dans la journée ou en soirée, et c'est alors l'occasion de discuter avec un membre de l'équipe, de soin ou d'autres choses, de prendre des nouvelles. Plusieurs soignants soulignent l'importance de cet espace d'accueil, comme c'est le cas de l'orthophoniste : « *Ce qui fait que c'est très différent au centre de santé, comparé au libéral, c'est qu'il y a une salle d'attente digne de ce nom, où les gens se rencontrent et*

où il se passe des choses, [...] et pour moi ça fait partie du soin. ». Nous remarquons que l'espace du soin est alors décloisonné dans le centre de santé : le soin se fait dans les bureaux médicaux et paramédicaux dédiés aux consultations, mais il peuvent également avoir lieu dans la salle d'activité pour la plupart des ateliers, mais aussi dans l'espace d'accueil, à l'extérieur, parfois devant le centre ou dans d'autres espaces du quartier, comme l'explique l'accompagnant en soin social qui pratique avec la médiatrice paire « *l'aller-vers* », une « *démarche d'offre relationnelle* » qui peut consister à, « *dans le café-accueil, aller spontanément discuter avec les gens* » ou à aller faire du porte-à-porte dans le quartier pour « *toucher des gens qui ne passent pas forcément la porte du centre* », et cela permet également de décloisonner la notion de soin, et de faire de la prévention, qui est à son sens d'« *avoir un œil sur les problématiques [...], de pouvoir désamorcer les choses avant qu'elles soient graves* », grâce à une « *présence dans le quotidien, dans la vie des gens* », et grâce à cet « *endroit refuge* », et ces « *espaces où les gens peuvent venir déposer des choses* ».

Enfin, le centre de santé est un lieu intégré au quartier, qui travaille en réseau avec de nombreux acteurs du quartier, notamment les professionnels de la maison des habitants qui nous rencontrons un jour au centre pour une réunion, et qui prêtent les jeux de leur ludothèque pour un atelier, puis une école du quartier dont deux institutrices viennent un jour visiter les nouveaux locaux et rencontrer l'orthophoniste, ou encore l'épicerie solidaire. C'est d'ailleurs ce que nous explique le kinésithérapeute lorsque nous l'interrogeons sur son intérêt pour la santé communautaire : « *L'intérêt, c'est qu'on est intégrés au quartier, donc on a quand même une forme d'identité qui se réfère au quartier* ». En effet, c'est le quartier qui représente la communauté géographique à laquelle s'adresse le centre de santé, comme c'est le cas dans les maisons médicales belges, les CLSC québécois, et les cinq autres centres de santé communautaire français. Une carte, que nous trouvons dans le livret d'accueil pour les stagiaires, délimite les espaces appartenant et n'appartenant pas au quartier, et définit alors qui peut, ou ne peut pas, consulter au centre de santé. De ce fait, les soignants ont prévu un temps pendant les réunions interprofessionnelles pour présenter des demandes d'ajout de patients « *hors zone* ».

3.2 La participation des habitants au cœur du fonctionnement

La participation des patients est un élément clé de la santé communautaire, comme nous le voyons à travers la définition de l'OMS ou les repères du SEPSAC, mais qui se

perd pourtant dans l'évolution des centres de santé communautaire institutionnalisés au Québec (Moriau, 2018). Au Village 2 santé, la participation est au cœur du projet : les habitants du quartier participaient avant même la création du centre de santé, à travers le « *diagnostic communautaire* », élément clé des démarches en santé communautaire, qui a été conduit pendant trois ans par les soignants engagés dans le pré-projet, et coordonné par un des membres de l'équipe qui, lors d'un temps dédié au début de notre stage, nous expliquait que cela avait consisté à aller rencontrer des dizaines d'habitants et de travailleurs du quartier, procédant à une « *enquête conscientisante* » (annexe E) permettant de « *prendre conscience et faire prendre conscience* » des besoins du quartier en terme de soins pour construire le projet en fonction des besoins exprimés, mais aussi de rencontrer les gens du quartier, et leur permettre de s'impliquer dans le projet dès ses débuts. Ce serait à ce moment-là que les habitants auraient exprimé la nécessité d'employer une orthophoniste, ce qui ne figurait pas dans le projet initial.

Dans l'organisation de la vie du centre, des temps sont dédiés à cette participation des habitants, notamment la « *place du village* », une assemblée composée de patients et de soignants, qui se réunit plusieurs fois par an pour « *apporter ses idées de projets [...], discuter et s'organiser ensemble* », « *réfléchir sur le fonctionnement du centre [...] et l'améliorer* » et « *identifier ce qui manque ou ce qui dysfonctionne sur le territoire et qui a un impact sur la santé, pour y remédier* », comme l'explique les affiches (annexe C) présentes dans « *la salle habitante* ». D'autres dispositifs incitent les patients à être « *acteurs de [leur] centre de santé* », pour reprendre les termes du médecin, comme l'invitation faite aux habitants de choisir des thématiques à discuter lors de temps dédiés.

Enfin, les soignants encouragent la participation des patients au sein des consultations et des ateliers collectifs, qui sont également des temps où la place du patient, de son savoir, de son expertise sur sa santé et son corps est valorisée, comme l'explique l'infirmière qui co-construit ses ateliers collectifs avec ses patients, et cela d'autant plus dans les temps collectifs où les soignants ne sont parfois qu'animateurs ou même participants (comme c'est le cas du « *groupe d'entraide* »), se laissent « *bousculer* » dans leurs savoirs et font place au partage de savoirs entre patients, comme l'explique le kinésithérapeute.

Selon le médecin, la participation des habitants aux soins, que ce soit dans les consultations ou dans les ateliers collectifs, semble indissociable d'une certaine organisation de l'espace : *« C'est très lié à l'organisation de l'espace du centre de santé, du fait d'être dans le café accueil, de pouvoir venir dans le lieu comme dans un lieu du quartier, [...] le fait de se sentir bien dans le lieu, en confiance, de pouvoir être reconnu aussi comme individu à part entière. »* De même, elle nous explique que cet espace est au cœur de ce qui serait, selon elle, *« une bonne définition de la santé communautaire »* :

« Se sentir bien et se sentir plus que bien, se sentir appartenir à un lieu et se sentir avoir du pouvoir dans ce lieu, avoir quelque chose à dire, à y faire, et que ce soit dans un lieu de soin, de santé, c'est aussi redonner une forme de pouvoir [...], une forme de confiance dans la santé, vis-à-vis du monde de la médecine qui parfois a laissé des traumatismes et des séquelles dans le parcours de santé des gens [...]. Et, du coup, être dans ce lieu où on essaie de créer une forme de proximité, d'égalité, de possibilité d'agir de l'individu sur cette structure, [...] ça va dans la continuité de : "En fait, je peux aussi reprendre un peu de pouvoir dans ma vie, en tout cas dans ma santé, et dans la façon dont j'ai un mot à dire sur mon parcours de santé" ».

4 Une identité professionnelle duelle

4.1 Une identité liée à la profession et au parcours

Dans les discours, la plupart des soignants se définissent à travers leur poste de travail, donc le plus souvent par leur formation professionnelle, leurs compétences propres, des champs d'activités définis, et des bureaux dédiés. Ainsi, il existe des bureaux de consultation médicale, une salle d'activités « kiné », une salle d'orthophonie, un bureau de soin social, etc. Il existe des « groupes de pairs » entre les cinq médecins, les deux kinésithérapeutes, les trois accueillants, les deux accompagnants en soin social, les deux coordinateurs, tandis que l'infirmière Asalée, l'orthophoniste, la médiatrice paire et l'accompagnante à la vie relationnelle sont seules représentantes de leur champ de compétences. Les soignants travaillent ainsi en équipe « transdisciplinaire » pour reprendre leur terme, chacun apportant son regard particulier lié à son domaine d'expertise, lors de temps formels comme les « réunions interprofessionnelles » du jeudi, dédiées à la réflexion pluridisciplinaire autour de situations complexes de patients, mais aussi lors de consultations conjointes (notamment

médecin/kinésithérapeute, médecin/infirmière, médecin/accompagnant social), ou lors de temps informels quand un soignant sollicite l'avis d'un autre. De plus, le médecin nous explique qu'au sein de son groupe de pairs, les pratiques sont « assez homogènes » et même « assez classiques », et l'infirmière nous explique que sa pratique est très encadrée par des protocoles imposés par l'association Asalée.

Cependant, la pratique des soignants semble dépendre aussi de formations continues et diverses, d'expériences personnelles qui enrichissent alors l'identité professionnelle. C'est le cas par exemple d'un accueillant, qui occupe également une fonction de maintenance et de développement informatique, sans que cela soit formalisé par une qualification. De même, une partie de l'équipe s'est formée à l'éducation populaire, savoir-faire utilisés quotidiennement dans le fonctionnement de l'équipe, notamment en réunion. De la même façon, nous remarquons lors d'une réunion interprofessionnelle l'apport pour l'élaboration collective des parcours universitaires de sciences humaines de plusieurs soignants. La place des expériences personnelles est d'autant plus grande que les soignants défendent une certaine « *forme d'indépendance des pratiques* » et le respect des « *habitudes et des façons de travailler* » de chacun, comme le précise le médecin. L'accompagnant en soin social se sent valorisé dans sa façon propre de travailler : « *C'est ça qui est super chouette ici, c'est que j'ai l'impression qu'on valorise [...] la façon dont je le fais, parce qu'on se dit que ça a du sens, et que quelqu'un d'autre va travailler autrement, et qu'en fait finalement ça crée de la richesse pour les personnes aussi.* » De plus, celui-ci a pu, comme la médiatrice paire et quelques autres soignants du centre, « *penser [sa] pratique, parce qu'elle était à inventer* », en fonction de « *ce que les gens allaient [leur] amener* », de son expérience passée en prévention spécialisée, et de sa personnalité. L'exemple de la médiatrice paire est également révélateur de cette place donnée à l'expérience personnelle dans l'équipe, puisque cette soignante a été embauchée d'abord pour son expérience de vie et d'ancienne patiente, plutôt que sur la base de qualifications formelles. Pour l'orthophoniste, la part d'individualité est prégnante : « *On soigne avec ce qu'on est globalement.* ».

4.2 Une identité d'équipe

Au delà de l'identité professionnelle liée à la formation professionnelle ou informelle, les soignants du Village 2 santé définissent leur identité professionnelle à travers un deuxième processus : l'appartenance à une équipe. De manière quotidienne, chaque professionnel est également un membre de l'équipe autogestionnaire : un temps de

travail de 10h par semaine est dédié à l'autogestion, sur une semaine de 35h, comprenant les réunions, le ménage, et l'exécution des différents mandats choisis par les professionnels (comme la rédaction de la newsletter, la gestion des stocks et des plannings, etc.). Plusieurs professionnels distinguent ces deux versants de leur pratique : par exemple, l'orthophoniste sépare ces « *deux casquettes* » entre lesquelles il n'y a pas toujours de « *transfert* » : « *Tout le travail qu'on fait au centre de santé en autogestion, [...] je suis pas véritablement orthophoniste quand je fais ça, je suis salariée du centre.* » Cette identité liée à l'équipe est plus ou moins investie par les différents professionnels, par exemple, l'accompagnant en soin social nous dit : « *Je m'éclate dans mon boulot, mais encore une fois ce qui est mon vrai moteur dans mon boulot ici, c'est de participer à cette équipe autogestionnaire* », et l'infirmière nous explique : « *Moi, je me sens pas infirmière Asalée en soi, je me sens infirmière au Village 2 santé [...], je me sens plus en phase avec mon équipe qu'avec l'association Asalée nationale.* ». Cette identité d'équipe prenant le pas sur l'identité liée à la profession s'exprime aussi dans l'impossibilité exprimée par deux soignantes de « *travailler autrement* » ou « *ailleurs* », c'est-à-dire d'exercer leur profession dans une autre équipe, ou dans d'autres conditions de travail : « *Moi, le jour où je travaillerai plus au centre de santé pour une raison x ou y, j'arrête mon métier, je ferai autre chose.* ».

Au delà de l'équipe autogestionnaire, les professionnels font partie d'une équipe soignante, qui joue un rôle en tant qu'entité. Le médecin nous explique l'importance de « *ce que le centre transmet [...] par les professionnels à l'intérieur* ». Ainsi, plusieurs ateliers collectifs font intervenir des professionnels différents, dont la participation dépend davantage d'un intérêt personnel pour le sujet que d'une expertise professionnelle, et où les soignants sont d'abord animateurs, et donc d'une certaine façon interchangeable. C'est le cas notamment du « *groupe d'entraide* », animé par l'accompagnant en soin social, un médecin, un coordinateur et une intervenante psychiatre, qui peut se dérouler en absence de l'un ou l'autre des animateurs. L'infirmière nous explique ainsi la différence entre ses « *consultations collectives* » dans lesquels elle joue son rôle d'infirmière Asalée auprès de ses patients, et des ateliers qu'elle anime avec d'autres professionnels et qui ne sont « *pas vraiment dans le cadre de [sa] mission Asalée particulièrement, mais qui sont plus des sujets qui [l']intéressent* » et qu'elle fait alors « *au nom de la structure* ».

De plus, pour plusieurs professionnels, travailler au Village 2 santé relève d'une sorte d'aventure collective, que chacun a rejointe à des moments différents : dès l'origine du projet, lors du pré-projet, avant les travaux du nouveau centre, etc. Cette aventure est racontée par certains telle une histoire, comme nous le remarquons dans le livret d'accueil des stagiaires ou dans le discours de quelques professionnels au début de notre stage. Cette aventure continue de s'écrire et l'identité collective s'élabore notamment à travers l'autogestion, par l'engagement de chacun dans « *chaque chose qui va venir impacter le centre de façon importante, [...] de l'arrêt d'un financement de quelque chose, d'un changement de l'assurance maladie, dans le "Tiens, on construit un nouveau bâtiment" au "On va embaucher quelqu'un"* », comme nous l'explique l'accompagnant en soin social. En ce sens, l'autogestion semble d'ailleurs être un élément constitutif de l'identité de groupe.

Enfin, chaque mardi, une réunion « *thématique* », indépendante de la réunion « *organisationnelle* » plus factuelle et décisionnelle, permet à tous les professionnels de réfléchir collectivement à des questions sur le fonctionnement du lieu et sur la pratique du soin, avec l'aide d'outils d'éducation populaire. Ces espaces dédiés à la réflexion en équipe participent à la construction d'une identité de groupe, à l'unification, voire l'uniformisation d'une vision du soin et de la santé, par la co-formation des professionnels, comme le raconte l'infirmière : « *Le mardi pour la réunion thématique, on essaye quand même de temps en temps de varier les supports et les techniques d'animation donc ça nous fait aussi découvrir et tester des trucs.* ». Ainsi, nous pouvons supposer qu'à travers cette formation continue, les soignants vivent une nouvelle conversion identitaire, comme décrite par Hugues (1958). Plusieurs soignants nous expliquent alors que cela enrichit leur pratique et plus largement leur expérience personnelle. Pour l'infirmière, le collectif est « *tellement riche* » et source d'apprentissage « *en communication, en animation, en autogestion et dans tellement d'autres domaines* », tout comme l'orthophoniste qui relie la « *richesse du projet* » au fait qu'« *on [n'y] fait pas que du soin* ».

Nous pouvons aussi ajouter que l'identité collective s'observe par le partage d'un langage et de codes qu'il nous a fallu apprendre, notamment dans le fonctionnement des réunions faites, entre autres, d'une gestion surprenante de prime abord des tours de parole ou de l'utilisation d'un outil de réunion curieusement appelé « *pépites-rateaux* ».

5 Limites et perspectives

Nous soulignons les limites de notre méthodologie : nous ne pouvons assurer la pleine maîtrise de la méthode sociologique, et encore moins nous revendiquer sociologue. De plus, nous relevons l'insuffisance de l'échantillon sur lequel est basée notre analyse : il aurait été plus abouti d'interroger chaque professionnel du Village 2 santé, ou le cas échéant, un professionnel de chaque cœur de métier. Cela nous aurait permis une analyse plus contrastée, prenant en compte les effets sur l'identité professionnelle du poste occupé, de la date d'arrivée dans le projet, des engagements personnels parallèles, or notre analyse se révèle assez homogénéisante. Enfin, nous avons manqué d'une possible comparaison des définitions identitaires de professionnels travaillant dans d'autres centres de santé communautaire, ainsi que des soignants de centres de santé ne relevant pas de la santé communautaire.

Nous trouverions pertinent d'étudier plus précisément l'identité professionnelle des orthophonistes travaillant en santé communautaire, dans une étude internationale, car actuellement en France, seuls deux centres de santé communautaire emploient des orthophonistes. Cette perspective est encouragée par la définition en 2017 du concept d'orthophonie communautaire, élaboré par le Groupe de Travail Montérégien (2017), au Québec. Enfin, nous soulignons que cette étude survient relativement tôt dans la vie du Village 2 santé, projet porté depuis quelques années seulement par de jeunes professionnels, dans un contexte de réémergence de la santé communautaire en France ; une étude plus tardive permettrait de révéler bien d'autres éléments, notamment peut-être la revendication d'un statut particulier ou d'une reconnaissance de la santé communautaire au niveau national.

IV Conclusion

Penser l'identité professionnelle des soignants en santé communautaire, nous a finalement permis d'interroger la construction de notre propre identité d'orthophoniste, examinant notre futur métier à travers sa fonction soignante et un contexte inédit dans lequel il peut avoir sa place. Aussi, nous avons pu analyser avec recul nos représentations du soin et de la pathologie. Ce travail de recherche, fait de nombreuses lectures sociologiques et de réflexions, a nourri nos questionnements et nous a donné des clés pour comprendre et continuer de questionner notre future pratique. Cela confirme pour nous l'impérieuse nécessité de l'enseignement des sciences humaines dans la formation des orthophonistes et des futurs soignants.

Références

- Adam, P., & Herzlich, C. (2017). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Armand Colin.
- Aïach, P. (1978). Point de vue sur la sociologie de la morbidité, In *Santé, médecine et sociologie, Colloque international de sociologie médicale, Paris, 6-9 juillet 1976*. (p. 461-467). Editions du CNRS.
- AIDES. (2017). *Le programme de Aides*.
https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/AIDES_Brochure_Notre_programme_2017_BD.pdf
- Baszanger, I. (1981). Socialisation professionnelle et contrôle social : Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes. *Revue française de sociologie*, 22(2), 223-245. <https://doi.org/10.2307/3321002>
- Baubet, T., & Moro, M. R. (2009). *Psychopathologie transculturelle*. Elsevier Masson.
- Beaud, S., & Weber, F. (2003). *Guide de l'enquête de terrain*. La Découverte.
- Becker, H. S. (1985). *Outsiders*. Editions Métailié.
<https://doi.org/10.3917/meta.becke.1985.01>
- Becker, H. S. (1988). *Les Mondes de l'art*. Flammarion.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1986). *La construction sociale de la réalité*. Armand Colin.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2010). *L'entretien : L'enquête et ses méthodes* (2e édition). Armand Colin.

- Bouchayer, F. (1984). Médecins et puéricultrices de protection maternelle infantile. La recherche d'une identité et d'une légitimité professionnelles. *Revue française de sociologie*, XXV, 65-90.
- Bourdieu, P. (1977). Sur le pouvoir symbolique. *Annales. Histoire, sciences sociales*, Vol. 32, N° 3, 405-411.
- Bourdieu, P. (1980). *Le Sens pratique*. Les éditions de minuit.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Presses Universitaires de France.
- Carricaburu, D., & Ménoret, M. (2004). *Sociologie de la santé: Institutions, professions, maladies*. Armand Colin.
- Cassou, B. (1985). *Les Risques du travail : Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*. La Découverte.
- Champy, F., & Israël, L. (2009). Professions et engagement public. *Sociétés contemporaines*, n° 73(1), 7-19.
- Commission des déterminants sociaux de la santé, & Organisation mondiale de la santé. (2009). *Comblent le fossé en une génération : Instauration l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Organisation mondiale de la santé.
https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
- Delest, C. (2019). Création des centres de santé communautaire en France : freins et leviers. Etude qualitative par focus group et entretiens semi-dirigés auprès de créateurs en France. [Thèse de doctorat, Université Claude Bernard Lyon 1].
<http://www.institut-renaudot.fr/download/these.pdf>
- Demazière, D. (2013). Typologie et description. À propos de l'intelligibilité des expériences vécues. *Sociologie*, Vol. 4(3), 333-347.

- Devereux, G. (1996). *Ethnopsychiatrie des Indiens Mohaves*. Synthélabo.
- Dubar, C. (2015). *La socialisation*. Armand Colin.
<https://doi.org/10.3917/arco.duba.2015.01>
- Dubar, C., Tripier, P., & Boussard, V. (2015). *Sociologie des professions*. Armand Colin.
<https://doi.org/10.3917/arco.dubar.2015.01>
- Fassin, D. (1998). Avant propos : Les politiques de la médicalisation. Dans P. Aïach, & D. Delanoë (Eds.) *L'ère de la médicalisation : Ecce homo sanitas* (p. 1-13). Anthropos.
- Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M., Lang, T. & Leclerc, A. (2000). *Les inégalités sociales de santé*. La Découverte.
- Fédération des maisons médicales. (2013). *La charte des maisons médicales*.
<https://www.maisonmedicale.org/La-charte-des-maisons-medicales-leurs-valeurs.html>
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Gallimard.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Payot.
- Gardou, C. (2010). *Le handicap au risque des cultures : Variations anthropologiques*. ERES.
- Gelly, M. (2017). Socialisation non professionnelle et logiques de prescription médicale. *Sciences sociales et sante*, Vol. 35(3), 71-79.
- Goldberg, M. (2019). Le travail est-il toujours bon pour la santé ? *médecine/sciences*, 35(6-7), 495-496. <https://doi.org/10.1051/medsci/2019098>

Groupe de Travail Montérégien. (2017). Le concept d'orthophonie communautaire : cadre théorique et pratique. Vers un continuum de services concerté en développement de la communication et du langage en petite enfance.

Guilbaud, A. (2017). Santé, l'injustice majeure. In *Un monde d'inégalités* (p. 150-158). La Découverte. <https://www-cairn-info.bibelec.univ-lyon2.fr/un-monde-d-inegalites--9782707197054-page-150.htm>

Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales.

Hugues, E. (1958). *Men and their work*. The Free Press.

Institut Renaudot. (s. d.) Qui sommes nous ? La démarche communautaire. Pour la petite histoire... Consulté à l'adresse <https://www.institut-renaudot.fr/pages/qui.html>

Jourdan, D., O'Neill, M., Dupéré, S., & Stirling, J. (2012). Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? *Sante Publique, Vol. 24(2)*, 165-178.

Lagroye, J. (2003). *La politisation*. Belin.

Lamoureux, H., Lavoie, J., Mayer, R., Panet-Raymond, J. (2008). *La pratique de l'action communautaire*. PUQ.

Laplantine, F. (2003). Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie : De quelques recherches menées dans la France contemporaine réexaminées à la lumière d'une expérience brésilienne. Dans D. Jodelet (Ed.), *Les représentations sociales, Vol. 7e éd.* (p. 295-318). Presses Universitaires de France.

Le Breton, D. (2004). *L'interactionnisme symbolique*. PUF.

Malinowski, B. (1922). *Argonauts of the western Pacific*. Dutton.

- Malinowski, B. (1929). *The sexual life of savages in north-western Melanesia*. Routledge.
- Malinowski, B. (1935). *Coral gardens and their magic*. Routledge.
- Marichalar, P., & Pitti, L. (2013). Réinventer la médecine ouvrière ? *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 196-197(1), 114-131.
- Marin, C. (2010). « *Who cares ?* » L'attention au malade dans la relation thérapeutique. Dans L. Benaroyo (Ed.), *La philosophie du soin : Éthique, médecine et société* (p. 127-140). Presses Universitaires de France.
- Marin, C. (2018). La tyrannie de la bonne santé. *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines*, N° 53(12), 4-4.
- Marmot, M. (2010). *Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review)*. Institute of Health Equity. <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
- Marmot, M., Allen, J., Boyce, T., Goldblatt, P., Morrison, J. (2020). *Health equity in England : The Marmot Review 10 years on*. Institute of Health Equity. <https://www.health.org.uk/publications/reports/the-marmot-review-10-years-on>
- Matte, I. (2008). *Le projet de la clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles : le projet de santé d'un quartier*. Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. <https://ccpsc.qc.ca/sites/ccpsc.qc.ca/files/Projet%20Clinique%202008.pdf>
- Moheau, M. (1778). *Recherches et considérations sur la population de la France*. INED.
- Molinier, P., Laugier, S., & Paperman, P. (2009). *Qu'est-ce que le care ? : Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Payot.

Moriau, J. (2018). De l'intégration à la réorganisation, quelles leçons tirer de l'exemple québécois ? *Bis*, N°176, 2-6.

Motamed, S. (2015). Qu'est-ce que la santé communautaire ? *L'information psychiatrique*, Volume 91(7), 563-567.

Organisation mondiale de la santé. (1978). *Déclaration d'Alma Ata*.

<http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>

Organisation mondiale de la santé. (1986). *Charte d'Ottawa*.

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

Paradeise, C. (1985). Rhétorique professionnelle et expertise. *Sociologie du travail*, Vol. 27, 17-31.

Perdrix, R. (2016). Elaborer des frontières interprofessionnelles : un enjeu de légitimité.

Dans Tain, L. *Le métier d'orthophoniste*. (pp. 151-162). Presses de l'EHESP.

Raymond, G. (2010). Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité, sous la direction de Pascale Molinier, Sandra Laugier et Patricia Paperman, *Sociétés et jeunesse en difficulté [En ligne]*, Hors série.

<http://journals.openedition.org/sejed/6658>

Roux, A., Ventola, C., & Bajos, N. (2017). Des experts aux logiques profanes : Les prescripteurs de contraception en France. *Sciences sociales et sante*, Vol. 35(3), 41-70.

Sanz, H. S. (2016). Une case de santé dans tous les quartiers... *VST - Vie sociale et traitements*, N° 129(1), 22-27.

- Secrétariat européen des pratiques de santé communautaires. (2009). *Action communautaire en santé : un observatoire international des pratiques*.
<https://www.maisonmedicale.org/Action-communautaire-en-sante-un-2119.html>
- Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionniste*. L'Harmattan.
- Thébaud-Mony, A., Davezies, P., Vogel, L., Volkoff, S. (2015). *Les risques du travail*. La Découverte.
- Vigneron, E. (2014). *Les centres de santé : Une géographie rétro-prospective*. FEHAP.
https://www.fehap.fr/jcms/publications-en-une/les-centres-de-sante-une-geographie-retro-prospective-fehap_141766?portal=ndi_18542
- Village 2 santé. (2018). L'urgence de la rencontre. *Pratiques*, N°83, 12-14.
- Waitzkin, H. (1985). Information Giving in Medical Care. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(2), 81-101. JSTOR. <https://doi.org/10.2307/2136599>
- Winckler, M. (2009). Le patient, le récit et le soignant : Littérature et formation médicale. *Les Tribunes de la santé*, n° 23(2), 37. <https://doi.org/10.3917/seve.023.0037>

Annexes

Annexe A : Trame d'entretien

Annexe B : Enoncé d'intentions politiques

Annexe C : La place du Village

Annexe D : Edito de la newsletter de Mars 2020

Annexe E : Enquête conscientisante utilisée pour le diagnostic communautaire

Annexe F : Repères du SEPSAC

Annexe A : Trame d'entretien

Thèmes à aborder:

- Relation soignant/soigné
- Rapport de pouvoir/domination
- Participation des patients
- Autonomie/vulnérabilité des patients
- Redonner le pouvoir aux patients, se réapproprier sa santé
- Médicalisation/Démédicalisation
- Prévention
- Diagnostic
- Santé publique et promotion de la santé

Questions larges :

- Est-ce que tu peux te présenter en quelques mots ?
- Qu'est-ce qui t'a amené à travailler ici ?
- Quelle formation as-tu suivie ? Comment s'est-elle passée ?
- Qu'as-tu fait après tes études ? Dans quels lieux as-tu exercé ?
- As-tu exercé dans des environnements de travail plus « conventionnels » ? Sinon, pourquoi ?
- Peux-tu m'expliquer comment tu travailles ? Peux-tu décrire ta pratique ?
- Est-ce que ta pratique a évolué depuis que tu as commencé à exercer ? Si oui, quels changements ?
- Que trouves-tu dans la santé communautaire qui te convienne ? Qu'est-ce qui correspond à ta vision du métier, ici au Village 2 santé ?

- Comment expliques-tu ton rôle auprès des patients/usagers ?
- Quels sont tes questionnements actuels à propos de ta pratique ?
- Y a-t-il des cas où la réalité de la pratique s'oppose à tes idées/ta vision du soin ?

Pour approfondir :

- J'ai cru comprendre que la démarche du centre s'appuyait aussi sur la démedicalisation. Qu'est-ce que c'est ? Est-ce que ça concerne ta pratique ? Si oui, qu'est-ce que ça change ?
- Animes-tu ou as-tu animé des ateliers de groupe ? Peux-tu m'en parler ?
- Comment fais-tu dans ta pratique pour inciter les patients à se réapproprier leur santé ?
- Quelles sont les limites, que tu peux observer en pratique, à la participation des habitants ?
- Fais-tu de la prévention dans le cadre de ton travail ? Peux-tu m'expliquer comment ça se passe ?
- Quelle est la place de la démarche diagnostique dans ta pratique ?

Pour terminer :

- Y a-t-il des points sur lesquels tu voudrais revenir ? Ou rajouter ?
- Penses-tu que cet entretien me donne une image juste de ta pratique ?

Annexe B : Enoncé d'intentions politiques

INTENTIONS

POLITIQUES

*système de santé :
constats, alternatives*

• Le système de santé en France n'est pas satisfaisant. Il est **vecteur de nombreuses discriminations** en terme d'accès aux soins, mais également de qualité des soins prodigués. Si nous reconnaissons en son sein un certain nombre d'atouts, il y persiste de nombreuses lacunes qui sont contradictoires avec notre vision d'un système de santé égalitaire, équitable, accessible à toutes et tous, et dénué d'intérêts capitalistes.

Il nous semble primordial que le système de santé se concentre sur le bien commun. Nous affirmons qu'accéder au système de santé est un droit fondamental. Chacune et chacun doit pouvoir avoir accès à ses droits ainsi qu'aux soins qu'elles et ils nécessitent.

• Nous souhaitons donc proposer une **alternative réaliste** :

- **Réaliste**, parce qu'elle s'inscrit dans le droit commun, qu'elle est accessible à chaque personne et qu'elle est intégrée au système de santé actuel. Réaliste aussi parce qu'elle s'implante dans un quartier populaire, là où le système de santé est le plus discriminant et où il existe un réel problème de démographie médicale.

- **Alternative**, parce qu'elle propose autre chose autrement.

Faire soin autrement, c'est s'organiser pour proposer des pistes vers un système de santé pensé avec et pour toutes et tous ; ce qui est la définition même de la santé communautaire.

Nous avons pour objectif que cette alternative soit vectrice de transformations sociales.

*Partager les savoirs
multiplier les forces*

• Nous voulons créer une structure de soins primaires ayant une **approche globale de la santé**. Nous affirmons que la santé ne peut se réduire à la maladie, mais qu'il est nécessaire de prendre en compte d'autres réalités comme l'environnement social des personnes, leurs conditions de travail, de logement... Ainsi nous souhaitons travailler sur la souffrance et les violences psychosociales que le contexte de vie peut engendrer chez chacun et chacune, notamment en prenant en compte les **déterminants sociaux de la santé**. C'est pour cette raison que nous avons choisi de regrouper au sein d'une même structure, des **professionnel-le-s du sanitaire, du social, de l'accueil et de l'éducation populaire** ; ces différents aspects permettant de réellement porter une attention à la personne dans sa globalité.

• Nous souhaitons que ce centre de santé communautaire soit un **lieu de partage et de circulation des savoirs**. En tant que lieu de santé communautaire, nous considérons que chaque individu est expert de sa vie et donc de sa santé. Il nous semble donc fondamental que les habitants-es puissent échanger et partager les savoirs qu'elles et ils ont sur leur propre santé dans une perspective d'éducation populaire.

De plus, nous pouvons observer que les relations entre usager-e-s et professionnel-le-s (notamment médicaux/ales) sont souvent asymétriques du fait du statut que l'on prête à ces dernier-e-s. Dans une logique de réduction du pouvoir des professionnel-le-s, nous voulons que celles et ceux-ci partagent leurs savoirs avec les habitant-e-s.

Et pour finir, dans une perspective transdisciplinaire, il nous paraît également essentiel que, tout en respectant l'expertise propre à chaque métier, les différent-e-s professionnel-le-s partagent leurs savoirs entre eux et elles et mènent des réflexions sur leur métier.

• Notre vision de la santé a une portée politique, c'est à dire qu'elle intègre des questions complexes (habitat, travail, équité et justice sociale..) qui viennent interroger l'organisation de la Cité. C'est pourquoi nous aspirons à **impliquer les premier-e-s concerné-e-s** dans l'analyse, l'action et l'émancipation face aux questions de santé. Notre vision du soin a elle aussi une portée politique car nous la concevons au carrefour des disciplines du sanitaire, du social et de l'éducation populaire.

se réapproprier sa santé un enjeu de pouvoir

- Nous ne voulons pas créer de dépendance des usager-e-s vis à vis des professionnels-es. Nous voulons que les habitant-e-s deviennent acteurs et actrices de leur santé. Nous souhaitons donc donner aux individus la possibilité de faire leurs propres choix dans leur parcours de santé. Nous croyons aux potentialités de chacun-e et nous favoriserons par tous les moyens possibles leurs capacités à trouver des solutions à leurs problèmes, de manière individuelle et collective.
- Nous souhaitons tendre vers un fonctionnement horizontal au sein du centre de santé, en cherchant l'équilibre des pouvoirs entre les personnes, dans l'équipe et avec les habitant-e-s. Nous souhaitons que le fonctionnement du centre laisse une place importante aux premier-e-s concerné-e-s par la santé dans le quartier, c'est à dire les habitant-e-s. Ainsi nous voulons leur permettre de s'impliquer dans le centre de santé afin qu'elles et ils aient un réel pouvoir sur les orientations et les activités du centre. Pour réaliser un tel fonctionnement, il nous apparaît nécessaire de travailler continuellement les rapports de pouvoir et de domination au sein de l'équipe et avec les habitant-e-s du quartier.
- Au sein de l'équipe professionnelle, nous tendons vers un fonctionnement en autogestion, ce qui implique notamment un partage des tâches et des prises de décisions collectives. Notre conviction profonde est qu'une hiérarchisation des métiers n'a pas de fondement légitime. Au sein du centre de santé, nous souhaitons donc une égalité entre les professionnel-le-s, se traduisant notamment par une égalité salariale.

la lutte contre les discriminations un engagement

- Nous avons choisi de créer ce centre de santé communautaire dans un quartier populaire, c'est à dire selon nous un quartier dont les habitant-e-s sont l'objet de discriminations multiples voire d'exclusion et doivent y résister quotidiennement, mais aussi un quartier avec une vie sociale, associative et collective riche et diverses. Les discriminations sexistes, racistes, en lien avec la classe sociale, l'âge, ou le handicap, ont des impacts forts sur la santé, et plus globalement sur la vie des habitant-e-s. Elles contribuent fortement aux inégalités sociales de santé, de différentes manières : en freinant l'accès aux soins ; en impactant les conditions matérielles d'existence, comme le travail, le logement... (qui elles-mêmes influent de manière importante sur l'état de santé) ; et en provoquant directement des états pathologiques de stress, de difficultés psychiques, etc. Nous avons donc pour objectif de les rendre visibles, de tenter de ne pas les reproduire, et de lutter contre ces discriminations avec les personnes concernées.
- Nous sommes persuadé-e-s qu'une lutte contre ces discriminations ne pourra être cohérente, légitime et efficace que si elle est portée par les premier-e-s concerné-e-s, c'est-à-dire les personnes qui les vivent au quotidien. Nous souhaitons donc que le centre de santé communautaire soit un espace permettant la parole et l'action de ces premier-e-s concerné-e-s.

Ce texte d'intentions politiques est écrit dans le but de mettre en mots nos valeurs, notre vision du soin et de la santé. Il est à la base de notre projet et représente les fondements de nos réflexions. Il est écrit afin de vous expliquer, à vous qui y portez un intérêt, ce qui nous pousse à faire vivre ce centre de santé communautaire qui est à nos yeux bien plus qu'un lieu de soins classique.

Le Village 2 santé



LAPLACE DU VILLAGE

Village 2
santé



POUR QUOI FAIRE ?



Echanger

La Place du Village est un lieu de rencontre, d'échanges, de débats et de discussions entre les usager-e-s et les salarié-e-s du Village 2 santé.

Pour que chacun-e ait son mot à dire sur la vie du centre.

Participer

Parce que la santé communautaire c'est permettre aux personnes d'être actrices de leur parcours de santé.

Nous n'imaginons donc pas ce centre sans que vous y participiez.



Décider

Parce que depuis le début du projet il y a 5 ans, nous essayons d'être au plus proche de ce que vous voulez.

Pour que le centre de santé continue à vous ressembler, maintenant il faut que vous aussi vous décidiez !

LAPLACE DUVILLAGE

le Village 2
santé



DE QUOI ON PARLE ?



Envies & initiatives

Pouvoir apporter ses idées de projets, d'actions, d'ateliers, de plaidoyer, de soirée-débat, ou de tout ce que vous souhaiteriez voir au Village 2 santé.

Discuter et s'organiser ensemble pour décider comment les mettre en place.

Vie du centre

Réfléchir sur le fonctionnement du centre et de ses différents « volets » (social, sanitaire, accueil, éducation populaire en santé), pour l'améliorer.

Penser à l'avenir du centre, aux partenariats à créer, aux nouveaux locaux, aux projets futurs, ...



coups de gueule & colères

Réfléchir ensemble aux discriminations et violences subies, et trouver des leviers pour lutter.

Identifier ce qui manque ou dysfonctionne sur le territoire et qui a un impact sur la santé, pour y remédier.

LAPLACE
DUVILLAGE

Le Village 2
Association de Santé



COMMENT ÇA MARCHE?



Qui?

- La Place du Village réunit 17 personnes :
- 7 usager-e-s volontaires / coopté-e-s
 - 3 usager-e-s tiré-e-s au sort
 - 1 personne du Conseil Citoyen du Village 2
 - 1 personne de l'association des habitant-e-s de Grand Galet
 - 5 salarié-e-s.

Quand?

- Les personnes ont un mandat d'un an, non renouvelable directement.
- 3 rencontres sur une année
- + 2 soirées de transition (une en début et une en fin d'année) entre l'ancienne et la nouvelle place du Village.
- Le vendredi de 18h à 21h.



Comment?

- Pour les décisions : 1 personne = 1 voix
- Discussions co-animées par deux membres de la place du Village, avec des outils d'éducation populaire
- Charte de fonctionnement construite ensemble en début d'année
- Ordre du jour participatif
- Compte rendu affiché dans le centre

Annexe D : Edito de la newsletter de Mars 2020

01/03/20

Les nouvelles de mars 2020

Le nez bouché, les yeux qui pleurent, le mal de gorge, la toux qui assèche et qui empêche de dormir, parfois de la fièvre... Autant de choses très désagréables mais malheureusement fréquentes en hiver.

Et quand on est déjà fatigué-e par le travail, les enfants, le quotidien de la maison, cela devient difficile à supporter. Dans ce cas, on espère une solution efficace, un traitement qu'on prendrait et qui nous guérirait très rapidement. D'autant plus que la médecine (et aussi les laboratoires pharmaceutiques) nous a entretenu dans cette idée pendant des années.

Au Village 2 santé, nous vous voyons souvent en urgence pour ces problèmes-là. Et vous avez peut-être remarqué que nous ne prescrivons souvent pas d'antibiotiques, ni de spray pour le nez ou pour la gorge.

Lorsque l'on diagnostique un rhume, ou une grippe, ou une autre maladie virale, c'est plutôt une bonne chose; cela veut dire que la maladie n'est pas grave, qu'elle va se résoudre spontanément le plus souvent, ce qui est rassurant.

En effet, tous ces signes désagréables sont dus à un virus. La médecine ne sait pas tuer les virus dans la plupart des cas, mais la bonne nouvelle c'est que souvent le corps le fait très bien tout seul. Mais bien sûr cela prend du temps et de l'énergie.

Parfois, on peut avoir une maladie virale qui se complique en maladie bactérienne: otite, angine, pneumonie... Certains signes sont donc à surveiller, et doivent faire reconsulter : persistance d'une fièvre pendant encore plusieurs jours, douleur à l'oreille, difficulté à respirer...

Les antibiotiques ne sont efficaces que contre les bactéries, et pas contre les virus; c'est pourquoi ils ne sont prescrits que pour des maladies très précises: otites (surtout pour les enfants de moins de 2 ans), certaines angines, ou pneumonies par exemple. Il n'est pas utile de les donner pour une maladie virale, même si elle dure longtemps. Il est indispensable de ne les donner que dans les pathologies où ils sont utiles, car ils

ont des effets secondaires qui peuvent parfois être graves, et peuvent créer des bactéries résistantes aux antibiotiques, ce qui pose de gros problèmes.

Prendre un médicament n'est pas anodin. Les sprays pour le nez, ou la gorge, ou tous les médicaments vendus pour la grippe ou le rhume sont parfois efficaces, mais avec des effets secondaires et des risques qui peuvent parfois être graves.

Dans ces cas-là, prendre un médicament qui peut être dangereux pour une maladie qui, même si elle est désagréable, n'est pas grave et finira par guérir, ça ne vaut pas forcément le coup.

Nous trouvons important de se dire qu'on n'a pas forcément besoin d'un médicament pour tout, et que souvent on peut faire confiance à notre corps pour guérir. Et il existe des méthodes pour prendre soin de soi qui ne sont pas des médicaments, et qui sont sans risque: tisanes, miel, repos (et donc arrêt de travail quand c'est nécessaire), inhalations, lavages de nez...

Nous savons que cette manière de faire peut heurter certaines personnes, et que parfois il est difficile de faire différemment alors qu'on a toujours pris des antibiotiques, et qu'on a l'impression que ça a toujours bien marché. Nous sommes évidemment ouverts à la discussion autour de ces sujets comme sur plein d'autres, et nous pouvons vous accompagner pour essayer de se soigner un peu différemment, et de retrouver confiance en soi face à la maladie. Nous réfléchissons également à la création d'un groupe d'échanges autour de cette question.

L'équipe du Village 2 santé

Annexe E : Enquête conscientisante utilisée pour le diagnostic communautaire

Depuis combien de temps travailles/habites-tu sur le quartier ?

C'est quoi ton métier ?

Quand est ce que tu es entré(e) sur le quartier la 1^{ère} fois ?

Est ce que tu as choisi ce quartier ?

Quelles impressions as tu eu quand tu es rentré(e) sur le quartier ? Et maintenant ?

Combien de temps passes tu sur le quartier ?

Quels endroits du quartier fréquentes-tu ? Pourquoi ? A quelle fréquence ?

Connais-tu beaucoup d'habitants de V2 ? (de manière pro/amicale/asso)

Qu'est ce qui globalement se dégrade/s'améliore à V2 ?

Si tu étais un enfant aimeriez vous grandir ici ?

Si tu étais une personne âgée aimeriez vous vieillir ici ?

Qu'est ce qui se passe dans ce quartier que tu ne connais pas ailleurs ?

Diriez vous que les habitants de V2 ont la santé ?

Pensez vous que les habitants de V2 ont des problèmes de santé en commun ?

Est ce que toi, dans ton boulot/militance/bénévolat, tu t'occupes des questions de santé ?

Est ce que la santé pourrait faire partie de ton boulot d'AS/éduc/...

ou Est ce que le travail social devrait s'occuper des questions de santé ?

Est ce que tout le monde mangé à sa faim ici ?

Est ce vous connaissez des habitants du quartier qui n'ont pas accès aux médicaments à causes des déremboursements ?

Est ce que vous connaissez des habitants qui ne se soignent pas pour raisons financières ?

Est ce que vous connaissez des habitants qui ne se soignent pas parce qu'ils ne savent pas où aller ?

Est ce que vous connaissez des habitants qui ont la CMU ? Est ce plus simple/difficile pour eux ?

Est ce que tu as entendu des gens qui ont des problèmes de santé au travail ? Est ce que t'as su quoi faire ?

Connais tu des systèmes de solidarité dans le quartier ?

Quelles actions mettriez vous en place pour améliorer la santé des habitants du quartier ?

S'il y avait plus de structure de soin, est ce que ça irait mieux ?

Si demain on construisait une structure de santé dans le quartier, ce serait quoi dans l'idéal ? Pour toi ? Pour les habitants ? Pour les professionnels ?

Est ce qu'on pourrait faire des choses ensemble ?

Est ce qu'il y a des gens qu'il faudrait qu'on rencontre ? Lesquels ?

Qu'est ce que tu aimerais que l'on fasse de tes réponses ?

Est ce qu'il y a des questions que tu aimerais me poser ?



Secrétariat Européen des Pratiques de Santé Communautaire

Les repères des démarches communautaires

La démarche communautaire en santé est caractérisée par un faisceau de repères interdépendants et complémentaires. Certains de ces points de repères (critères de définition) se réfèrent particulièrement à l'ensemble de la promotion de la santé (les 3 premiers), d'autres sont spécifiques à la stratégie communautaire (les 4 suivants), le dernier est centré sur la méthodologie.

La démarche communautaire vise à favoriser l'accès aux services et ressources qui favorisent la santé c'est à dire à rendre effectives les conditions et les possibilités d'accès à la santé (à l'information, à la prévention, aux droits, au dépistage, aux structures de santé...). Cette possibilité implique une accessibilité des services de santé au niveau géographique, culturel et financier.

Elle s'inscrit dans un double mouvement : non seulement des usagers (habitants) vers les structures de santé mais également des professionnels de santé vers les habitants.

Des repères relatifs à une approche en promotion de la santé

→ 1. Avoir une approche globale et positive de la santé

La démarche prend en compte et intègre outre les dimensions et paramètres du champ sanitaire (éducatifs, préventifs, curatifs) ceux du champ social, économique, environnemental et culturel.

→ 2. Agir sur les déterminants de la santé

La démarche agit sur les déterminants de la santé qui sont à la source des problèmes de santé (logement, environnement, éducation, culture, emploi...).

→ 3. Travailler en intersectorialité pour la promotion de la santé

Elle vise la participation de tous les acteurs concernés (spécialistes, professionnels, administratifs,...), favorisant ainsi les décloisonnements institutionnels et professionnels,

Institut Renaudot
20 rue Gerbier 75011 PARIS
01.48.06.67.32
www.institut-renaudot.fr

associant tous les secteurs concernés pour une prise en compte de la santé globale. Le projet doit favoriser la diversification et l'augmentation des partenaires et des secteurs impliqués ; il doit également veiller à définir et à clarifier les rôles et places de chacun de ces partenaires dans un souci de transdisciplinarité.

Des repères spécifiques à la stratégie communautaire

→ 4. Concerner une communauté

Elle concerne une communauté, définie comme un ensemble de personnes présentant un sentiment d'appartenance commun (habitants, professionnels, élus, institutions). La communauté peut se définir selon son espace géographique, et/ou ses caractéristiques et/ou son intérêt commun et/ou sa situation problématique commune.

→ 5. Favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction

La démarche favorise la création d'un contexte qui permette et encourage la co-construction et l'implication de tous les acteurs (habitants, professionnels, élus, institutions) dans les différentes étapes de la démarche (le diagnostic, la prise d'initiative, la décision, l'évaluation et l'évolution). Ce contexte est garant de la reconnaissance de la légitimité des compétences et de la capacité d'agir des citoyens.

→ 6. Favoriser un contexte de partage, de pouvoir et de savoir :

La démarche vise la mise en place de relations où la spécificité de chaque acteur (professionnels, institutions, politiques, habitants, usagers) est reconnue. Ces relations reposent sur un partage des savoirs et des pouvoirs.

→ 7. Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté

Elle cherche à identifier, stimuler, mobiliser les ressources de chaque acteur individuel et collectif en reconnaissant leur spécificité et leur complémentarité.

Un repère méthodologique

→ 8. Avoir une démarche de planification par une évaluation partagée, évolutive et permanente

La démarche se réfère à un plan d'actions construit, élaboré à partir d'une approche des besoins, de leur priorisation, de la recherche de la meilleure utilisation des ressources, des stratégies les plus adaptées ; accompagné d'un processus d'évaluation permanente basée sur un mode de concertation et de participation des intéressés.