



HAL
open science

Territoire, coordinations et coopérations en santé: une approche par les cartes mentales géographiques

Sebastien Fleuret

► To cite this version:

Sebastien Fleuret. Territoire, coordinations et coopérations en santé: une approche par les cartes mentales géographiques. *Revue francophone sur la santé et les territoires*, 2023, 10.4000/rfst.1785 . hal-04298305

HAL Id: hal-04298305

<https://hal.science/hal-04298305v1>

Submitted on 3 Jun 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License



Territoire, coordinations et coopérations en santé : une approche par les cartes mentales géographiques

Sébastien Fleuret



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/rfst/1785>

DOI : 10.4000/rfst.1785

ISSN : 2492-3672

Traduction(s) :

Territory, coordination and cooperation in health: an approach using geographical mental maps - URL : <https://journals.openedition.org/rfst/1810> [en]

Éditeur

Espaces et SOciétés (UMR 6590)

Ce document vous est fourni par Université de Caen Normandie



Référence électronique

Sébastien Fleuret, « Territoire, coordinations et coopérations en santé : une approche par les cartes mentales géographiques », *Revue francophone sur la santé et les territoires* [En ligne], Miscellanées, mis en ligne le 14 mars 2023, consulté le 03 juin 2024. URL : <http://journals.openedition.org/rfst/1785> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rfst.1785>

Ce document a été généré automatiquement le 14 avril 2023.



Le texte seul est utilisable sous licence CC BY-NC-SA 4.0. Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont « Tous droits réservés », sauf mention contraire.

Territoire, coordinations et coopérations en santé : une approche par les cartes mentales géographiques

Sébastien Fleuret

NOTE DE L'AUTEUR

Cet article est une version développée d'un texte paru dans la revue *Concours pluripro* en septembre 2022 (Fleuret, 2022).

Introduction

- 1 Les systèmes de soins des pays occidentaux sont depuis de nombreuses années confrontés à des difficultés liées à la fois au vieillissement des populations et à la croissance des maladies chroniques (transition épidémiologique) et à une diminution des moyens alloués aux soins dans un contexte néo libéral. Il en résulte de nombreuses tentatives de réorganisation des soins de proximité. Selon Coldefy et Lucas Gabrielli, leur point de départ est la création des cartes sanitaire en 1970, qui établissaient des ratios d'équipements par région et par secteur sanitaire (Coldefy & Lucas-Gabrielli, 2012). Et après diverses étapes d'un long processus de territorialisation -mise en place des Schémas régionaux d'organisation sanitaire en 1991, développement des réseaux de soins au début des années 2000, loi HPST (Hôpital, patients, santé, territoires, 2009)-, les derniers évènements en date en France sont le plan Ma santé 2022 (annoncé en 2018) et la loi sur la transformation du système de santé votée en juillet 2019. Selon Hassenteufel et al., ce phénomène a conduit au renforcement du rôle du médecin généraliste (mise en place du système du médecin référent en 1997, puis du médecin traitant en 2004), [à]

l'accent mis sur les soins de premier recours dans la loi HPST (Hôpital, patients, santé, territoires) [2009] et [à] l'appel au « virage ambulatoire », qui s'est fait de plus en plus insistant dans les discours publics et les annonces ministérielles de ces dernières années. Cette réorganisation des soins primaires apparaît dès lors comme la réponse à toute une série de problèmes publics construits au XXI^e s., en particulier l'existence de déserts médicaux dans un nombre croissant de territoires ruraux, périurbains et même urbains ainsi que la crise des urgences renvoyant à la saturation des hôpitaux publics. (Hassenteufel, Naiditch, & Schweyer, 2020)

- 2 C'est donc pour répondre à une série de besoins de plus en plus criants qu'une offre de soins et de services coordonnés mobilisant de multiples compétences et expertises est apparue comme une solution. La création des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) vise en ce sens au développement de pratiques interprofessionnelles en soins primaires. Or la nature et les formes de cette concertation semblent très hétérogènes selon les équipes et les territoires. Ses conditions de déploiement et son impact sont encore largement méconnus. Cet article est issu d'un programme de recherche intitulé « Concert'MSP » présenté en partie 2 de cet article et dont l'objectif global était *Objectiver et analyser selon une perspective interdisciplinaire les activités de Consultations pluriprofessionnelles développées par les équipes dans les MSP*. Dans ce cadre, une dimension géographique a été développée afin de replacer l'exercice pluriprofessionnel dans un cadre territorial. Face à la problématique d'une absence de cartographies et de représentations uniformisées des territoires de MSP, la carte mentale est apparue comme un outil potentiellement intéressant pour produire ces représentations et les analyser. Cet article présente cet outil, sa mise en œuvre et une analyse de ce que les cartes mentales ont produit dans une logique d'apport méthodologique. Cette approche est innovante, nous n'avons pas connaissance d'autres études sur les champs de l'organisation des soins qui se soient appuyées sur cette démarche.

Territoire et soins primaires coordonnés : mise en contexte

- 3 Face à la multitude de dispositifs, face à l'imbrication des échelles, aux superpositions de compétences et de périmètres d'intervention, le territoire est apparu comme une panacée ou, à tout le moins, comme un plus petit dénominateur commun pour faire travailler ensemble des acteurs pluri-professionnels en santé et des acteurs du territoire (Amat-Roze, 2011 ; Fleuret, 2016). Selon Coldefy et Gabrielli (*op. cit.*), *le territoire apparaît comme un outil essentiel permettant de structurer une prise en charge globale de la population entre les différents acteurs du champ sanitaire, social et médico-social, visant à placer l'individu, l'utilisateur des soins, au centre de la prise en charge*. L'idée est intéressante et pertinente mais sa transcription dans les faits suppose quelques pré-requis car le territoire est un concept complexe dont la définition ne fait pas forcément consensus, même en géographie. Notre position est proche de celle de Signoret et Moine qui évoquent *la complexité des relations qui unissent les acteurs d'un système territorial [... et] qui nécessitent à un moment donné un consensus* (Signoret & Moine, 2008). Pour ces auteurs, la dynamique du territoire se construit autour de l'acteur sans qui le territoire n'existerait pas car c'est lui qui construit son territoire et participe à l'élaboration du territoire collectif. Dans notre étude, l'acteur est le professionnel qui

prend part à une concertation pluriprofessionnelle et la carte mentale vise à produire une image de sa représentation du territoire qu'il construit par cette action.

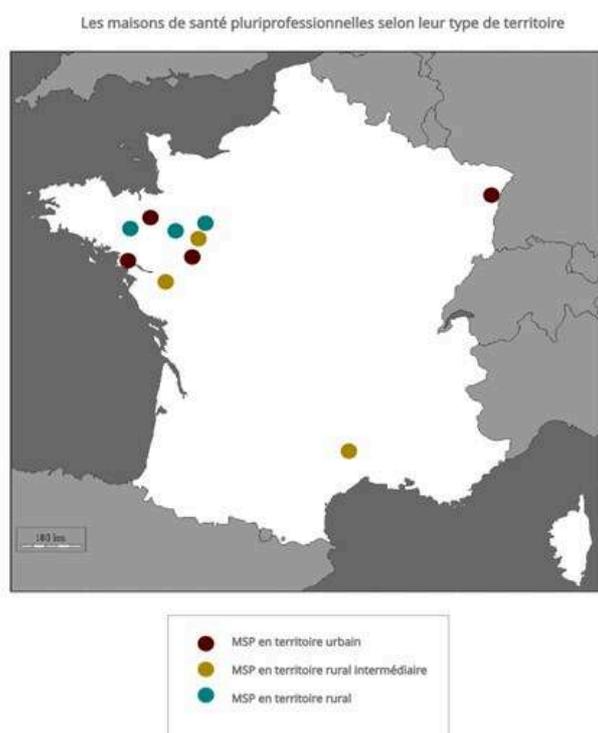
- 4 Le premier est de s'accorder sur le découpage territorial ce qui est loin d'être une évidence tant chacun se réfère à un périmètre qui est propre à ses références professionnelles et qui peut être une municipalité, une communauté de communes, une CPTS (Communauté professionnelle territoriale de santé), un secteur spécifique (secteur psychiatrique, périmètre de CLS – Contrat Local de Santé, ...), un découpage de permanence des soins, les zonages conventionnels de l'Assurance maladie et des ARS (médecin généraliste, kinés, sages-femmes, infirmières etc.). Il manque en France une définition claire des territoires supports aux soins primaires. Sans compter que dans certains cas les soins s'articulent à d'autres secteurs (comme l'éducation qui renvoie à la carte scolaire)
- 5 Le deuxième prérequis consiste à donner un sens à l'ancrage territorial de chacun. L'expression est très fréquemment employée pour justifier d'un ancrage local qui sous-entend une proximité et une préoccupation au plus proche des usagers -Mabileau parle de fort référentiel de territorialisation (Mabileau, 1999)-. Mais travailler en collaboration, voire en coordination sur un même territoire suffit-il à partager un ancrage commun ? En d'autres termes, existe-t-il une vision partagée de ce qui se passe sur le territoire ? Ce qui se décline en deux autres questions :
 - Comment sont pris en compte les besoins ? Un diagnostic territorial a-t-il été réalisé et a-t-il reçu l'adhésion de tous ? Dans les faits, on observe des réalisations très inégales allant d'une simple compilation d'indicateurs émanant de diverses sources (Agences régionales de santé, Observatoires régionaux de santé, Caisses primaires d'assurance maladie, ...) à des analyses structurées débouchant sur des projets (Haschar-Noé, Terral, Basson, & Julhe, 2015).
 - Que se passe-t-il sur le territoire ? Que met-on en commun ? Là encore une grande diversité s'observe allant du partage de locaux ou de temps de secrétariat, à des groupes de travail thématiques, des réunions de concertation, etc. (Résultats du programme Concert'MSP, 2022, voir infra) Ces dernières sont intéressantes à observer lorsqu'elles existent car on retrouve également une importante diversité en leur sein. Souvent articulées autour d'un binôme médecin-infirmière, elles peuvent réunir un groupe restreint de personnes et être relativement informelles, comme elles peuvent regrouper une grande variété de professionnels, intégrer des personnes hors du champ de la santé (secteur social, éducatif, représentant des collectivités, ...). Leur but est double : *améliorer la qualité des soins et maintenir une offre de santé suffisante sur les territoires ; tout en bonifiant les conditions d'exercice pour les professionnels. Dès lors un double enjeu apparaît : à l'intérieur des MSP il est de développer de nouvelles pratiques : en termes de délivrance, de logiques de soins et en termes d'organisation du travail en équipe ; à l'extérieur il s'agit de favoriser des relations de coopération interprofessionnelle avec les autres structures sanitaires, médico-sociales et sociales, et de participer aux actions de santé publique en matière de prévention et d'éducation* (Sebai & Yatim, 2017).
- 6 Un troisième prérequis découle du précédent, il s'agit de s'accorder sur un projet territorial de santé qui peut là encore revêtir des formes variées : une Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), un Contrat local de santé (CLS), un Groupement de coopération sanitaire (GCS), une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) ou s'adosser à un dispositif ciblant une population vulnérable (ex. PAERPA - Personnes âgées en risque de perte d'autonomie), ou à un groupe de travail thématique autour de maladies chroniques par exemple (bronchopneumopathie chronique obstructive, diabète, plaies, addictions, ...).

- 7 Ces trois prérequis sont relativement bien identifiés par les acteurs de terrain mais un quatrième les chapeaute et celui-ci est probablement moins familier aux acteurs de la santé : il s'agit d'être capables de se représenter le territoire avec une certaine cohérence, à défaut d'une homogénéité, à l'intérieur d'un groupe d'acteurs en exercice coordonné.

Un programme de recherche et un outil mis en avant : la carte mentale

- 8 Nos récents travaux de recherche dans un projet intitulé *Concert'MSP1* semblent montrer qu'une vision commune du territoire ne va pas de soi et qu'il existe au contraire une grande variété de points de vue et de représentation. Ce programme portait sur les modalités de concertation dans un échantillon de 10 maisons de santé pluriprofessionnelles 8 situées en Bretagne et Pays de la Loire, une en Alsace et une en Occitanie et réparties en trois types de territoires (urbain, rural et semi-rural). Cette classification en trois types est issue d'une Analyse multifactorielle décrite dans une autre publication (Schweyer, et al., 2021)

Carte 1. Les maisons de santé pluriprofessionnelles selon leur type de territoire dans le programme Concert' MSP



- 9 Un outil géographique permet de se faire une image de cela : la carte mentale (Gould P. & White, 1984 ; Paulet, 2002 ; Staszak, 2003 ; Pichon, 2015). Cet outil a été mobilisé par les géographes dans le cadre d'études urbaines ou environnementales - voir par exemple (Gueben-Venière, 2001) - mais à notre connaissance il n'a pas été utilisé en géographie de la santé du moins dans des études publiées.

- 10 La carte mentale, en géographie, est un exercice de dessin libre ou semi guidé destiné à recueillir une représentation subjective qu'un individu se fait de son territoire en fonction d'un ou plusieurs paramètres qui peuvent être ses habitudes de vie, ses déplacements quotidiens ou, dans le cas présent, ses activités professionnelles et les partenariats y afférents.

Modalités de passation

- 11 Toutes les cartes ont été réalisées à partir d'une instruction de départ unique : dessinez votre territoire professionnel, ses limites et placez les partenaires avec lesquels vous avez des interactions/collaborations
- 12 Il était demandé aux personnes de dessiner librement de positionner, si elles le voulaient, les repères qu'elles jugeaient importants (ex. routes, bâtiments, ..) et les nommer à l'écrit.
- 13 Des crayons de couleur étaient proposés (pour les catégories de représentations) ainsi que la possibilité de réaliser une légende. Possibilité était donnée d'écrire dans les marges, si besoin suggérer un cartouche.
- 14 Le chercheur devait éviter d'intervenir, relancer au minimum, en revanche se faire expliquer le dessin et suggérer des précisions afin qu'un lecteur non présent lors de la réalisation puisse comprendre la carte.
- 15 Sans plus de consignes, la personne dessinait alors sa carte selon ses propres choix de représentation. Une carte se lit donc en fonction de son contenu (quels partenaires sont représentés par exemple) mais aussi en fonction des choix de représentation opérés par la personne qui l'a tracée.
- 16 Il a été demandé à 91 personnes travaillant en MSP, de représenter leur territoire professionnel sur une feuille blanche. Parmi les participants, on trouvait des médecins généralistes (23), des infirmières (23), des coordinatrices (10), des secrétaires (4) et diverses autres professions de santé telles que kinés, diététiciennes, psychologues, etc. (25). Cet exercice a été proposé à l'issue d'entretiens semi directifs durant lesquels étaient abordés les points suivants :
- Les échelles de concertation (selon leur degré de proximité elles peuvent révéler un fort ancrage territorial local ou au contraire une dilution des rapports d'interaction dans un espace plus vaste et plus vague).
 - le nombre et la nature des liens institués témoignent de la manière dont les répondants dans chaque MSP décrivent leur réseau de partenariats à l'intérieur et à l'extérieur de leur structure.
 - Les partenaires cités sont étudiés selon leur appartenance sectorielle à la santé au social ou à d'autres secteurs d'intervention du territoire afin de voir si la concertation se limite aux questions médicales et paramédicales ou si les enjeux du territoire (sociaux, démographiques, économiques, ...) transparaissent dans ces partenariats.
 - les influences extérieures renseignent sur les dynamiques locales qui ont accompagné le développement de la MSP (ex. soutien de la municipalité, pré-existence de services, ...).
 - Les profils de territoires sont ceux utilisés dans la typologie réalisée en début de programme pour caractériser les territoires des MSP étudiées : Rural, semi rural et urbain. Dans l'analyse des entretiens on regarde si l'appartenance à un profil impacte la manière dont les professionnels rendent compte de leur expérience de la coordination.

- Lorsque la réalisation des cartes n'a pas été possible à la suite de l'entretien (par manque de temps), elles ont été réalisées lors d'une entrevue spécifique.

Grille d'analyse

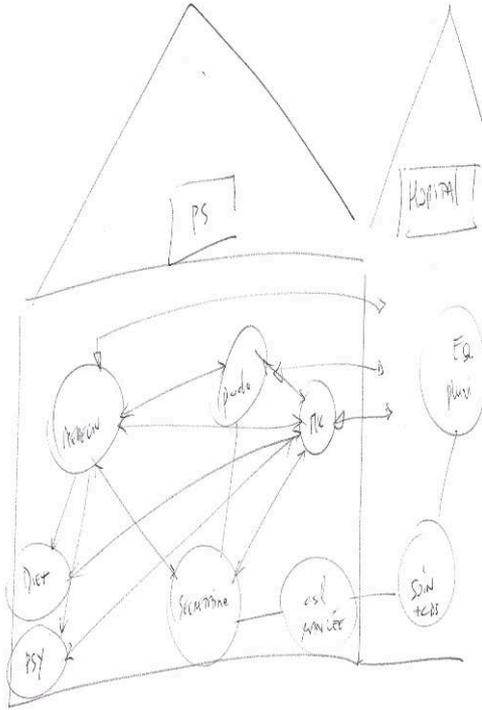
- 17 Dans le présent article nous ne retranscrivons que les résultats liés à l'analyse des cartes mentales, ceux issus de l'analyse des entretiens seront publiés par ailleurs².
- 18 Cette analyse s'est faite selon une grille qui permettait de distinguer à la fois les territoires de MSP et la profession de la personne qui a tracé la carte en observant les points suivants :
- l'organisation générale : concentrique, polarisée, en réseau ou en plan, en organigramme ou sans forme spécifique,...
 - l'échelle choisie (interne à la MSP, locale, départementale, ou autre)
 - la présence ou non de marqueurs territoriaux (routes, toponymes, infrastructures, relief, cours d'eau, limites administratives, etc.)
 - les partenaires représentés et la présence ou non de partenaires hors du champ de la santé
 - le positionnement de la personne qui trace la carte : se place-t-elle comme centrale ou périphérique ? Se représente-t-elle en tant qu'individu, en tant que professionnel voire en tant qu'équipe ?
 - les différents éléments de la carte sont-ils hiérarchisés ?

Résultats : Hétérogénéité et relative absence de vision partagée de ce qu'est le territoire

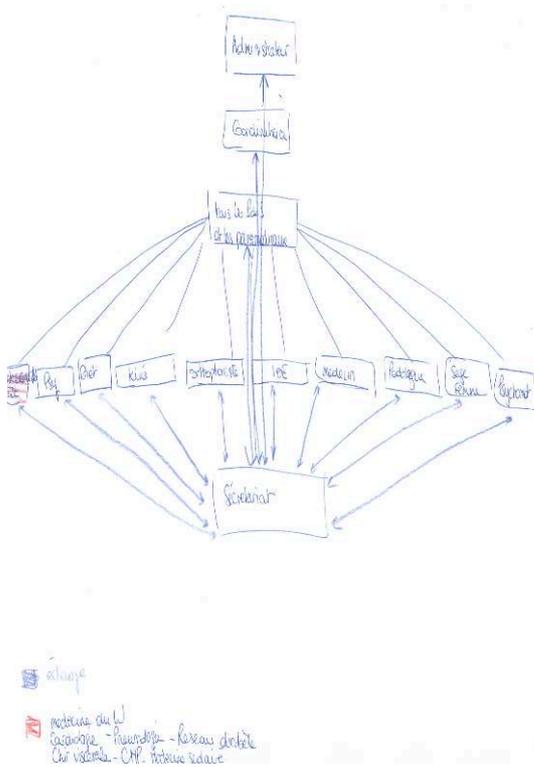
- 19 L'analyse des cartes mentales dessinées montre une très forte hétérogénéité. Qu'il s'agisse des représentations du territoire, de la forme qui lui est donnée, ou des partenaires représentés, il n'est pas possible de dégager une tendance commune significative, que l'on compare les cartes au sein d'une même profession, ou au sein d'une même maison de santé, c'est-à-dire d'un même territoire³.
- 20 Il en va de même en ce qui concerne les échelles de concertations dans les dessins de cartes mentales avec une très grande variabilité selon les MSP, sans que cela ne soit nécessairement en rapport avec le type de territoire (rural, semi rural ou urbain). De plus, dans une grande majorité des cas, les personnes interrogées ont bien du mal à se situer dans une échelle géographique et ne semblent que très rarement raisonner dans un périmètre spatialisé. Dans les cartes, les indications d'échelles (quand il y en a), sont principalement les locaux (échelle la plus petite), la CPTS quand il y en a une ou la Communauté de communes quand il y en a une également. Un facteur semble favoriser l'émergence d'une plus grande conscience des échelles territoriales, c'est quand la MSP se trouve à une interface de territoires (par exemple entre deux départements) ou dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV).
- 21 Certaines cartes représentent un fonctionnement essentiellement « en interne » (carte 2), par exemple à l'échelle de la SISA (Société interprofessionnelle de soins ambulatoires) ou d'une association porteuse. D'autres figurent des concertations à une échelle plus large, surtout quand il y a une CPTS ou des liens extérieurs importants (avec la ville ou une communauté de communes, ...) et dans d'autres territoires - beaucoup plus rarement-, la concertation est pensée en inter-MSP.

- 22 Les représentations dessinées sur les cartes mentales ne figurent que très rarement le territoire au sens géographique du terme. Il est plus fréquemment représenté sous la forme d'un organigramme (carte 3) ou d'un diagramme soit polarisé⁴ (carte 4) soit réticulaire (carte 5) ou d'un ensemble de cercles concentriques (carte 6) ou plus ou moins superposés (carte 7).

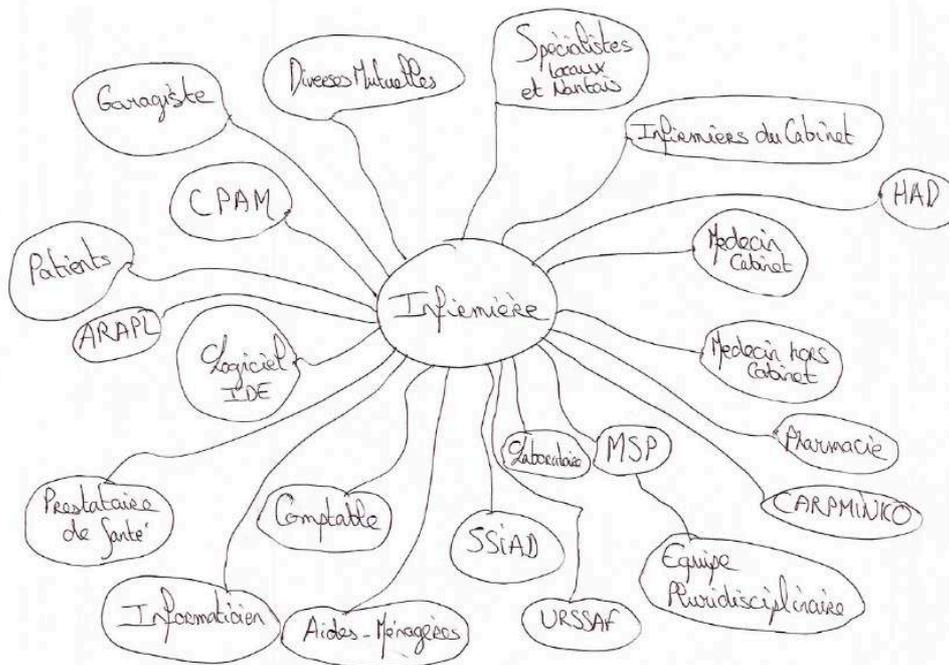
Carte 2 : Carte mentale représentant strictement le lieu du soin



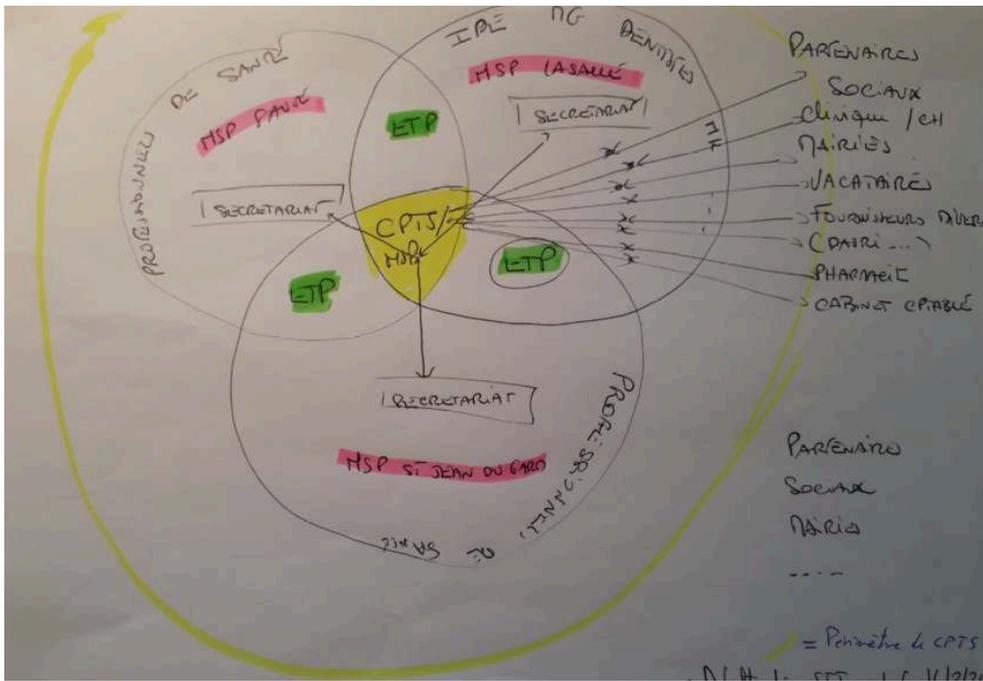
Carte 3 : Carte mentale sous forme d'organigramme



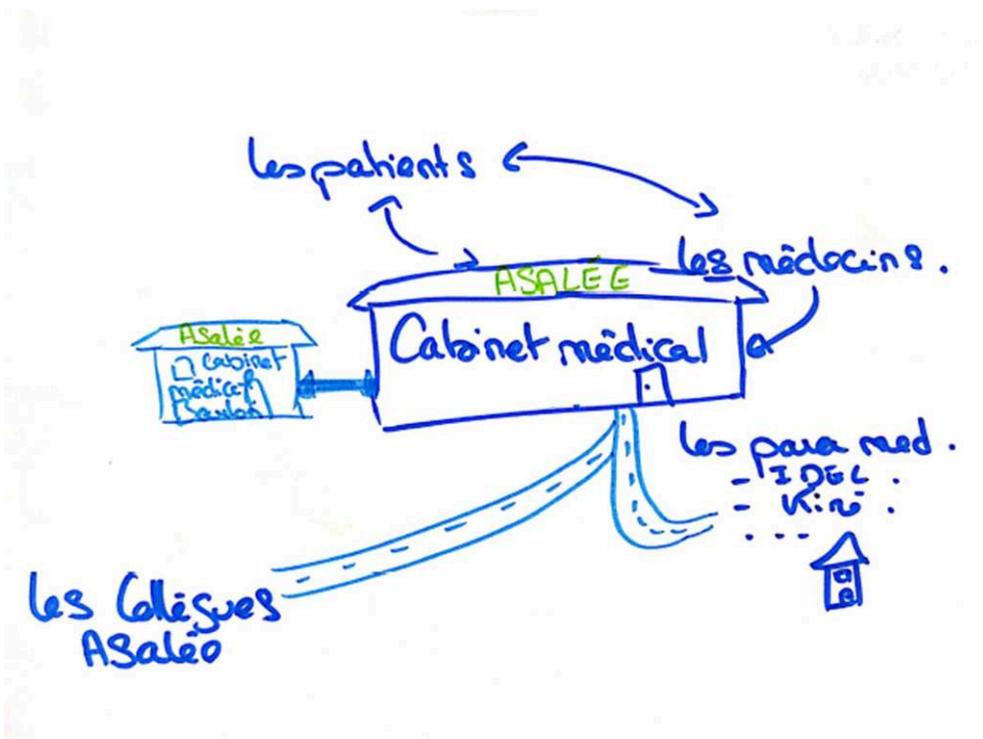
Carte 4 : représentation polarisée



Carte 7 : Carte mentale en cercles superposés



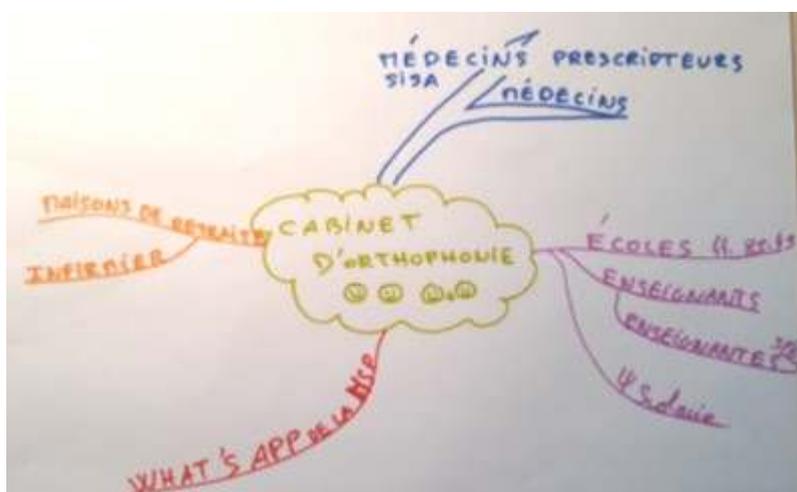
Cartes 8 et 9 : Exemples de cartes mentales en forme de plan



Médecins généralistes	3/23
Secrétaires	0/4

- 25 On aurait pu s'attendre à ce que les coordinatrices, du fait de leur posture d'interface dans et hors les murs, aient plus largement représenté leur territoire géographiquement, mais ce n'est pas le cas.
- 26 Concernant les partenariats représentés sur les cartes, ils correspondent à une vision élargie de la santé : il n'y a aucun territoire dont les partenaires hors du strict champ de la santé soient absents des citations (ex. carte 10). Mais on observe une nouvelle fois de très fortes disparités entre des territoires dans lesquels la majorité des professionnels interrogés mentionnent des partenaires hors santé (6/10) et d'autres où ce n'est pas systématique (4/10), voire où les citations de partenaires hors santé sont minoritaires (2/10). Sur cet indicateur, on n'observe pas de tendance significative selon que la MSP se trouve dans un espace rural, semi-rural ou urbain.

Carte 10 : Carte mentale figurant plusieurs partenaires hors santé



- 27 Un regard sur la façon dont les différentes professions présentes dans les MSP mentionnent ou non les partenaires hors santé révèle à la fois des distinctions par type de profession et l'absence d'une vision homogène à ce sujet dans les équipes.
- 28 La totalité des infirmières Asalées⁷ et 9 coordinatrices sur 10 mentionnent des partenaires hors santé avec lesquels elles se concertent et interagissent sur leur territoire professionnel. Inversement aucune secrétaire ne mentionne ce type de partenaires. Pour les médecins généralistes, les infirmières (hors Asalée) et les autres professions de santé, la partition est à peu près moitié-moitié entre les individus qui figurent des partenaires hors du champ de la santé sur leurs cartes et ceux qui ne le font pas.
- 29 La totalité des cartes sont non-hiérarchisées, c'est à dire que tous les partenaires se placent sur un même plan que les autres. Le seul paramètre qui varie est la position que la personne qui trace la carte se donne. Le plus souvent cette position est centrale (44/91), mais il peut arriver qu'elle soit décentrée (9/91) ou que la personne s'efface derrière une représentation de l'équipe ou de sa structure (14/91), qu'elle place le

patient au centre de sa représentation (5/91) voire qu'elle ne se représente pas du tout (19/91).

Discussion conclusive

- 30 Mais finalement, dans la majorité des cas, la vision du territoire quand elle existe, est "organisationnelle" (24 cas sur 91). C'est à dire qu'il est vu comme un périmètre d'action et d'interaction et non pas comme un espace de vie avec une population à desservir par une offre adaptée et spécifique. Aussi bien dans les entretiens que dans les échanges qui ont accompagné la réalisation des cartes mentales, l'idée d'une territorialisation pensée comme une façon de diagnostiquer et répondre à des besoins localisés n'est apparue que très rarement.
- 31 Il ne suffit donc pas d'évoquer la territorialisation ou de collaborer « en proximité » mais il semble nécessaire de prendre le temps d'une réflexion sur ce qu'est ce territoire que l'on partage, son découpage certes, mais aussi et surtout le contenu qu'on lui donne et sur lequel se construisent les collaborations. Cela n'a pas été fait dans ce texte faute de place mais l'analyse de plusieurs cartes de différents acteurs d'un même territoire a été systématiquement faite dans les 10 espaces étudiés et cet exercice ne fait que renforcer des visions différentes d'un même espace. Il semble donc que ce ne soit pas les variations de configurations territoriales qui produisent de l'hétérogénéité mais l'absence de représentation partagée.
- 32 Enfin, les périmètres de MSP ne semblent pas toujours résulter de réflexions territorialisées (au contraire des CPTS et il semble que ce soit un effet vertueux d'avoir les deux).
- 33 L'outil « cartes mentales » s'est révélé intéressant car il a permis de produire une image des représentations que se font les professionnels de santé de leur territoire et des coopérations qui s'y tissent. Mais une des limitations du volet géographique du programme concerté MSP est qu'il n'a pas été possible d'analyser plus en détail les morphologies des cartes mentales en lien avec les déclarations recueillies en entretiens¹ car de trop nombreuses cartes ont été faites à distance de l'entretien, et que dans d'autres cas relativement nombreux également, les échanges qui ont eu lieu lors que l'entretien ont pu biaiser la réalisation de la carte. En ce qui concerne les cartes réalisées en fin d'entretien, elles étaient corrélées à ces derniers de manière très disparate probablement du fait de la longueur de l'exercice cumulé qui consistait à répondre aux questions puis à tracer une carte. Une recommandation méthodologique à formuler pour l'usage ultérieur de l'outil carte mentales dans des études similaires serait de standardiser plus encore la procédure de dessin de la carte mentale et pourquoi pas, de la réaliser au fil de l'entretien.
- 34 *Le territoire n'est pas une donnée en soi, mais un construit qui résulte de la spatialisation de la société en même temps que de la socialisation de l'espace, de l'interrelation entre espace/société. Ainsi, la territorialisation de la politique de santé publique ne peut s'assimiler à un simple ciblage dans des zones particulières de techniques de prévention préétablies. Territorialiser des actions de santé publique ou, plus encore, une politique, signifie ancrer cette politique dans les mécanismes même de la production du territoire pour l'infléchir (Rican & Vaillant, 2009).*
- 35 Cette analyse des cartes mentales d'un panel significatif de professionnels travaillant de manière coordonnée sur 10 territoires corrobore cette citation et met en lumière la

nécessité de penser le territoire, le définir, lui donner un sens et construire des représentations partagées pour en faire réellement le support d'une construction locale de la santé. Cet outil pourrait donc avantageusement être utilisé par les professionnels de santé sur le terrain dans les structures de coordinations (qu'il s'agisse de MSP ou de CPTS) dans le but de parvenir à des représentations partagées du territoire.

BIBLIOGRAPHIE

Amat-Roze, J.-M. (2011). La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat. *Hérodote*, 143(4), pp. 13-32.

Coldefy, M., & Lucas-Gabrielli, V. (2012). Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé. *Questions d'économie de la santé* (175).

Fleuret S. (2022), "Territoires, coordinations et coopérations en santé", *Concours pluripro* Tome 144, n° 17 (septembre) p. 28-2

Fleuret, S. (2016). Questionner la territorialisation de la santé en France. Dans C. M. (dir.), *Santé et territoires. Des soins de proximité aux risques environnementaux* (éd. Espace et territoires, pp. 23-34). Presses Universitaires de Rennes.

Gould P., & White, R. (1984). *Cartes Mentales*, traduit de l'anglais par A. Perroud et M. Roten. Fribourg: Editions Universitaires de Fribourg Suisse.

Gueben-Venière, S. (2001). En quoi les cartes mentales, appliquées à l'environnement littoral, aident-elles au recueil et à l'analyse des représentations spatiales ? *EchoGéo*, 17. <http://journals.openedition.org/echogeo/12573>

Haschar-Noé, N., Terral, P., Basson, J.-C., & Julhe, S. (2015). La prévention sanitaire au local. L'appropriation par les communes et les intercommunalités du Programme national nutrition santé en Midi-Pyrénées. Dans T. G. Alam, *Collectivités, territoires et santé : Regards croisés sur les frontières de la santé*. L'Harmattan.

Hassenteufel, P., Naiditch, M., & Schweyer, F.-X. (2020). Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multisituées. *Revue Française des affaires sociales*, 11-31.

Loussouarn, C., Franc, C., Videau, Y., & Mousquès, J. (2019). La coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste ? L'impact du dispositif Asalée. *Questions d'économie de la santé* (241).

Mabileau, A. (1999). Les perspectives d'action publique autour d'un local reconsidéré. Dans R. F. Balme, *Les Nouvelles Politiques locales. Dynamiques de l'action publique* (pp. 465-478). Paris: Presses de Sciences Po.

Paulet, J.-P. (2002). Les représentations mentales en géographie. *Anthropos*.

Pichon, M. (2015). Espace vécu, perceptions, cartes mentales : l'émergence d'un intérêt pour les représentations symboliques dans la géographie française (1966-1985). *Bulletin de l'association de géographes français*, 92(1). <http://journals.openedition.org/bagf/502>

Rican, S., & Vaillant, Z. (2009). Territoires et santé : enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé: Commentaire. *Sciences sociales et santé* (27), pp. 33-42. doi:doi.org/10.3917/sss.271.0033

Sebai, J., & Yatim, F. (2017). Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. *Revue française d'administration publique*, 164(4), pp. 887-902.

Signoret, P., & Moine, A. (2008). Du territoire au territoire par l'observation, prendre en compte la diversité des territoires et adapter les méthodes et les outils. 6th annual international conference of Territorial Intelligence - caENTI. Besançon.

Staszak, J.-F. (2003). Carte mentale. Dans L. M., Lévy J., Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés (pp. 132-133). Paris: Belin.

NOTES

1. rogramme financé par l'IRESP et achevé en 2022
2. Nous revenons en discussion sur les biais et limites liées aux modalités de passation.
3. Le choix a été fait, pour ne pas surcharger cet article de présenter des cartes à des fins d'illustrations, choisies pour leur caractère explicite et non en fonction de critères de représentativité ou systématiques.
4. Les formes de polarisations représentées sont soit centrées sur une profession - comme dans l'exemple de la carte 4- soit sur un espace (ex. le cabinet médical) soit sur la personne elle-même, indépendamment de sa posture professionnelle.
5. Cela n'était pas inclus dans le protocole de recherche mais l'analyse nous montre qu'il aurait été intéressant de recueillir des informations sur les diplômes et/ou formations des personnes interrogées / productrices des cartes mentales
6. Par rapport au nombre total de cartes mentales recueillies et exploitables par profession
7. Supporté par une organisation intermédiaire, le dispositif Asalée consiste en une prise en charge coordonnée de patients chroniques en matière d'éducation thérapeutique du patient et de réalisation d'actes dérogatoires par l'infirmière et auparavant dévolus au médecin (électrocardiogramme, spirométrie, prescription d'exams biologiques, examens du pied diabétique et tests de mémoire). Cette dernière vient donc soit en complémentarité ou en substitution de celle du généraliste (Loussouarn, Franc, Videau, & Mousquès, 2019)

RÉSUMÉS

Depuis une décennie en France, se développent des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) visant au développement de pratiques concertées en soins primaires face à un contexte de raréfaction des moyens. L'idée sous-jacente est d'utiliser le territoire comme un plus petit

dénominateur commun pour faire travailler ensemble des acteurs pluri-professionnels en santé. Or la nature et les formes de cette concertation semblent très hétérogènes selon les équipes et les territoires et la définition même du territoire n'est pas stabilisée. L'objet de ce texte est donc de présenter une méthode déployée dans le but de replacer l'exercice pluriprofessionnel dans un cadre territorial. Face à la problématique d'une absence de cartographies et de représentations uniformisées des territoires de MSP, la carte mentale est apparue comme un outil potentiellement intéressant pour produire des représentations et les analyser. Ce texte présente cet outil, sa mise en œuvre et une analyse de ce que les cartes mentales ont produit dans une logique d'apport méthodologique.

INDEX

Index géographique : France

Mots-clés : territoires de santé, coopérations, coordinations en santé, cartes mentales

AUTEUR

SÉBASTIEN FLEURET

Directeur de recherche CNRS, UMR 6590 Espaces et Sociétés