

CAHIER

LA RECHERCHE-ACTION EN MAISON MEDICALE



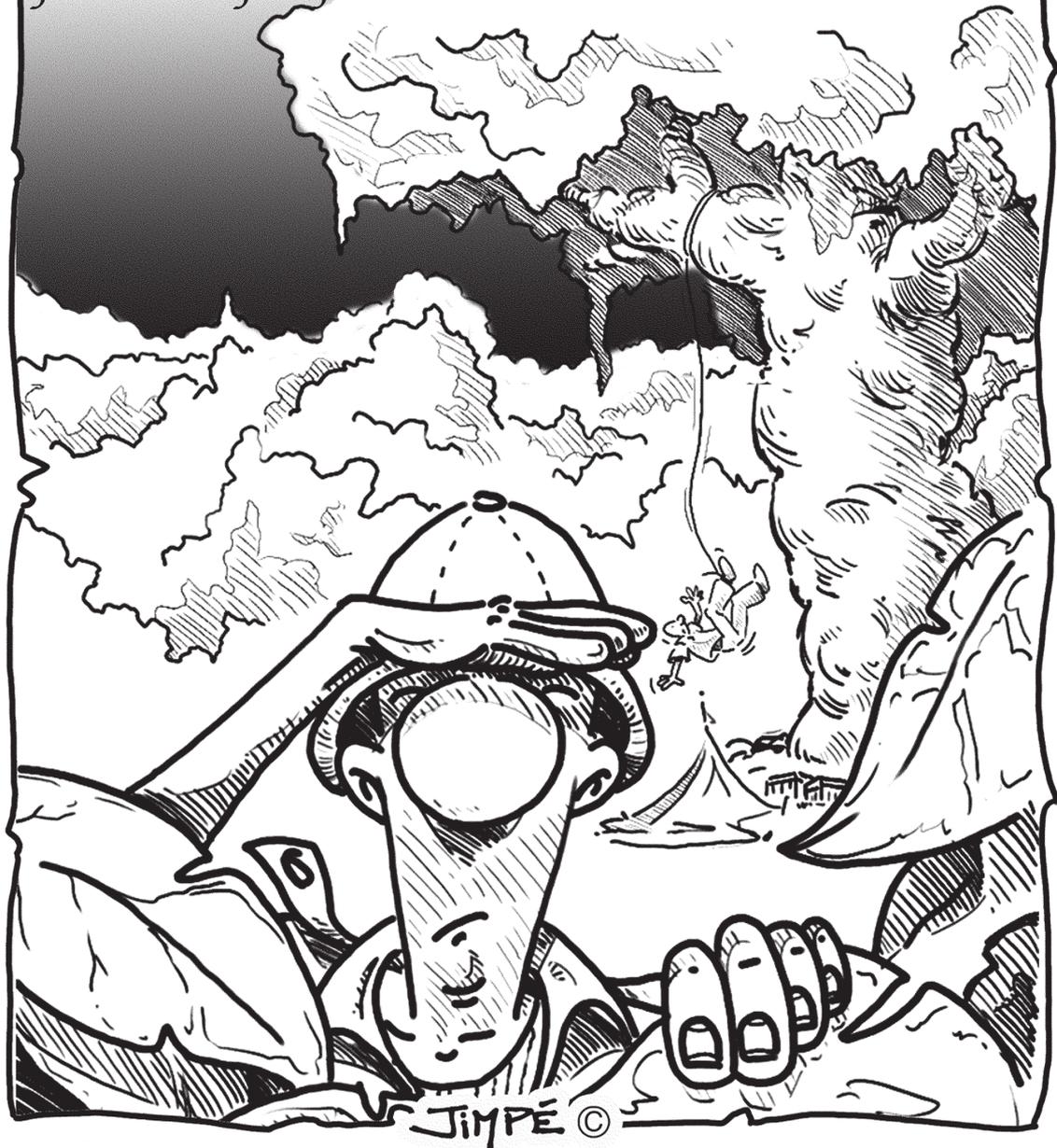
**Chercher, apprendre, questionner,
errer, trouver, améliorer...**

Les carnets du Professeur Krummenaugen

- Chapitre 1 -

Vendredi 22 heures 30'

Après 1 heure de tentatives infructueuses, Armand a fini par arriver à enfiler une grosse corde autour de la branche maîtresse du baobab gigantesque aux abords de la clairière où doit se dérouler la cérémonie du K'olok. La tente est montée. Tout est en place. Le camp est prêt.





La Fédération des maisons médicales organise régulièrement des colloques internes, visant à favoriser les échanges d'expériences et à enrichir les pratiques des maisons médicales. Le but de ce partage d'expériences n'est pas d'amener les participants à reproduire une démarche telle quelle dans un autre contexte mais bien d'ouvrir les pistes, d'économiser le temps, les efforts, et d'améliorer plus rapidement ses propres pratiques, sans refaire tout à chaque fois, mais en adaptant des stratégies qui se sont avérées efficaces ailleurs.

Le XXII^{ème} colloque, intitulé « Invitation au voyage », s'est tenu le 8 et 9 mai 2004. Il portait sur les recherches-action en maison médicale : « chercher, apprendre, questionner, errer, trouver, améliorer... »... et visait, d'une part à échanger autour d'expériences menées dans différentes équipes, d'autre part à donner des points de repères méthodologiques afin de développer la qualité de ce type de travail.

L'ensemble des équipes a été sollicité afin de présenter un projet ; une quinzaine d'entre elles se sont portées volontaires, et ont été invitées à un séminaire préparatoire destiné à soutenir leurs interventions et à leur permettre de s'approprier trois grandes questions guidant l'ensemble des travaux du colloque :

- *comment traduire la recherche en action ?*
- *comment rester rigoureux tout en menant l'action ?*
- *comment tirer de la recherche-action des enseignements reproductibles (pour d'autres problèmes, pour d'autres équipes).*

De manière générale, les maisons médicales envisagent leur travail comme un processus dynamique, posant toujours de nouvelles questions ; de multiples expériences, des projets, des réponses originales s'élaborent au fil du temps – beaucoup font donc de la recherche-action, en quelque sorte sans le savoir, et parfois sans bien cerner la richesse, mais aussi les défauts méthodologiques de leur travail. Malheureusement, celui-ci reste trop souvent confidentiel ; par manque de temps, et aussi, parfois, parce que les acteurs de terrain sous-estiment l'intérêt que peut représenter, pour d'autres, ce qu'ils réalisent dans leur contexte particulier.

Le colloque se voulait un moment d'échange destiné à mieux comprendre comment on réussit à implanter le changement – ou pourquoi on échoue, quelles difficultés surgissent, comment il est possible de les résoudre.

Cet échange a été mené entre maisons médicales, dans des ateliers thématiques traversés par les mêmes questions méthodologiques. Mais aussi avec des intervenants extérieurs, invités à exposer en plénière leurs expériences et à préciser la rigueur méthodologique nécessaire dans le domaine de la recherche-action. Chacun a ainsi pu connaître ce qui se fait ailleurs, profiter des difficultés rencontrées par d'autres, de leurs bonnes idées, de leurs succès, de leurs échecs parfois.

Différents angles de vue ont été proposés selon que la recherche-action est menée :

- *A l'échelle d'une maison médicale, pour piloter les activités, accroître la qualité des soins, de la prise en charge curative et préventive ;*
- *A l'échelle de plusieurs maisons médicales qui se regroupent autour d'un même thème, afin de confronter différents modes d'action pour en dégager une pratique optimale (recherche sur la toxicomanie à Liège, campagnes de vaccination contre la grippe dans la plupart des maisons médicales, etc.) ;*
- *Au niveau de la Fédération des maisons médicales, où il s'agit de soutenir la spécificité et la qualité du travail en maison médicale, et de renforcer leur reconnaissance auprès des décideurs ;*
- *De manière plus large, extérieure aux maisons médicales mais toujours dans le domaine de la santé ; c'est pour expliciter ce niveau de recherche-action qu'ont été invités différents intervenants, dont l'objectif est explicitement d'influer sur la décision politique à partir de la recherche-action.*

Marianne Prévost, sociologue, chercheur à la Fédération des maisons médicales

**La recherche-action, un levier
pour améliorer les pratiques locales
pour promouvoir la qualité des soins de santé primaires
pour influencer l'organisation du système de santé**

Exposés des débats du samedi matin**La recherche-action en maison médicale**

page 19

Marianne Prévost, sociologue, chercheur à la Fédération des maisons médicales
Un concept clair, un champs complexe...**L'Observatoire de l'enfant en Région bruxelloise**

page 25

Perinne Humblet, chercheur à l'Observatoire de l'enfant en Région bruxelloise
Recherche-action et politiques de l'enfance.**Les systèmes locaux de santé (SYLOS)**

page 29

Jean-Pierre Unger, médecin, chercheur à l'Institut médecine tropicale d'Anvers
Une démarche de recherche-action pour l'amélioration de la coordination entre hôpital et médecins généralistes.**La recherche-action au niveau de la Fédération des maisons
médicales**

page 33

*Daniel Burdet, médecin généraliste à la maison médicale à Forest, membre du
programme Agir ensemble en prévention*
La recherche-action, moëlle épinière du mouvement des maisons médicales.**Débat**

page 40

Isabelle Dechamps, accueillante à la maison médicale de Tournai

Ateliers

1. A la rencontre des patients : des équipes se questionnent sur les besoins de la population, sur la satisfaction de leurs patients à l'égard de ce que leur propose la maison médicale : à la suite de leurs investigations, elles créent de nouveaux projets, réorientent leurs pratiques, ouvrent de nouveaux questionnements.

Enquête sur la satisfaction des patients

page 46

*Delphine Lancel, médecin généraliste à la maison médicale Santé plurielle (présenté par
Jean Laperche, médecin généraliste à la maison médicale Barvaux)***La participation des patients, conçue par les usagers
et les travailleurs**

page 49

Jean Laperche, médecin généraliste à la maison médicale de Barvaux



Réorientation des pratiques pour mieux répondre aux besoins des patients défavorisés ?

page 50

Jean Laperche, médecin généraliste à la maison médicale de Barvaux

Les attentes des patients

page 53

Brigitte Meire, infirmière à la maison médicale Kattebroek

La création d'un réseau d'échanges de savoir : « La Boussole »

page 55

Elisabeth Martin, assistante sociale à la Maison Médicale « Antenne Tournesol »

Habitat, environnement et santé

page 58

Sophie Ruart, infirmière en santé communautaire à la maison médicale Espace Santé

Le Ramadan, impact en médecine générale

page 60

Naima Bouali, généraliste à la maison médicale Norman Bethune

2. Se questionner avec des tiers : des équipes s'exposent à un regard extérieur afin de bousculer les routines, d'être interpellées ; ou pour résoudre des difficultés, apaiser des conflits qui risquent de mettre en danger la qualité des soins offerts aux patients.

Histoire d'une analyse institutionnelle avec l'aide d'un superviseur extérieur

page 61

Patrick Jadoulle, médecin généraliste, Cécile Mirel, infirmière et Anne Descheemaeker, accueillante à la maison médicale de La Glaise

Projet Nord-Sud

page 65

Chantal Hoornaert, médecin généraliste à la maison médicale du Maelbeek

3. Réorienter les pratiques de soins : des équipes évaluent la manière dont elles suivent certaines pathologies, et réorientent leurs pratiques si cela s'avère nécessaire.

Le réseau diabète des Marolles, une recherche-action ?

page 66

Bénédicte Hanot, coordinatrice à la maison médicale des Marolles

Etat du projet diabète de la maison médicale de Forest

page 71

Joëlle Hansoul, infirmière à la maison médicale à Forest

Le recueil systématique de données informatisé comme outil d'aide à la prise en charge du patient diabétique

page 74

Emmanuelle Berquin, médecin généraliste à la maison médicale Antenne Tournesol et Marc Vanmeerbeek, médecin généraliste à la maison médicale de Tilleur

Evaluation de l'attitude thérapeutique du médecin généraliste dans la bronchite aiguë

page 79

Laura Verschueren, médecin à la maison médicale à Forest

Modifier la pratique de la maison médicale face au taux de recours aux urgences ? Quand la recherche permet de ne rien changer...

page 81

Michel de Jonghe, médecin généraliste à la maison médicale la Venelle

Notre prise en charge de l'hypertension artérielle page 84

Francoise Dutrieux et Emmanuelle Berquin, médecins généralistes à la maison médicale Antenne Tournesol

Le tableau de bord comme outil de pilotage page 91

Daniel Burdet, médecin généraliste à la maison médicale à Forest

4. Participer à l'implantation d'une nouvelle stratégie : des équipes s'intègrent dans un processus de recherche action proposé par des intervenants extérieurs qui visent, à plus long terme, à améliorer la prévention de certaines pathologies dans l'ensemble des soins de santé primaires ;

Un projet pilote sur la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile page 95

Karl Thibaut, kinésithérapeute, licencié en Sciences de la santé Publique à la maison médicale de Ransart

La prévention du risque cardio-vasculaire global : une recherche-action initiée par le politique page 100

Thierry Wathelet, médecin généraliste à la maison médicale Espace Santé

Synthèse des ateliers page 104

Marianne Prévost, sociologue, chercheur à la Fédération des maisons médicales et Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune

Dimanche**12 heures pour une recherche-action** page 111

Sophie Clément et Michel Roland, médecins généralistes à la maison médicale Santé plurielle

Limites et perspectives des pratiques d'insertion socioprofessionnelle menées à la mission locale de Forest page 115

Sophie Goldmann, licenciée en sciences politiques, maître assistante à la haute école Ilya Prigogine et Jamila Mourabit, licenciée en psychologie, mission locale de Forest, sous la direction scientifique d'Andrea Rea, professeur, Groupe d'études sur l'ethnicité, le racisme, les migrations et l'exclusion (GERME), université libre de Bruxelles

Réflexions sur l'évaluation en santé communautaire page 126

Jean-Paul Parent, médecin, membre du conseil d'administration à l'Institut Théophraste Renaudot

Débat page 129

Synthèse des interventions : Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune, coordinateur de rédaction. Retranscription : Corinne Nicaise, secrétaire de rédaction à la Fédération des maisons médicales

Un coup d'oeil sur la boussole page 138

Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune



Recherche et évaluation : une nécessité, une exigence !

Nous déplorons le manque de recueil de données sur l'état de santé de la population en Belgique, la difficulté d'accès et l'insuffisance de leur utilisation. Seule l'évaluation continue de cet état de santé permet pourtant de définir les critères de qualité et d'efficacité du système de santé.

Il est donc impératif de mettre en place des structures, incluant les soignants de première ligne, permettant d'analyser de manière continue l'état de santé de la population. Priorité doit être donnée à la détermination de critères pertinents de santé et d'indices de satisfaction de la population.

La recherche doit être le point de départ d'une organisation des soins de santé primaires qui se base sur l'identification des besoins de la population, améliore la qualité de vie de la population, et permette l'évaluation des actions entreprises à cet effet (y compris l'efficacité des centres de santé).

Il faut développer une recherche spécifique en soins de santé primaires qui prenne en compte la santé dans tous ses aspects, y compris les aspects psychosociaux et d'environnement. Cette recherche doit être réalisée en partenariat.

Les maisons médicales développent la recherche-action et remplissent des fonctions d'observatoire de la santé. En conséquence, elles souhaitent participer au choix de ces critères et mettre leur savoir-faire au service de cette évaluation.

Les moyens nécessaires à cette recherche doivent permettre à la fois la création de ses outils, son fonctionnement, le développement des applications qui en sont issues, ainsi que l'évaluation de leur efficacité.

La promotion de l'assurance de qualité doit s'appliquer à l'ensemble du système de soins.

Le recueil et la gestion des données, comme l'ensemble du processus d'évaluation de la qualité doivent relever de l'autorité publique

pour garantir une totale indépendance par rapport au secteur marchand, en particulier vis-à-vis des firmes pharmaceutiques. Le projet d'un Institut subventionné par l'industrie du médicament est inacceptable.

La création d'un Institut public du premier niveau (comme celui qui existe en Hollande : le NIVEL) serait de nature à soutenir une activité de recherche spécifique et indépendante.

Extrait du cahier de propositions politiques de la Fédération des maisons médicales, version 2002, chapitre 6.



NIVEL: institut national de recherche en soins de santé (à l'origine seulement sur les soins primaires, mais depuis quelques années sur tout les soins somatiques) partiellement financé par l'état hollandais.

Mots clés :
recherche-action,
politique de santé

Les carnets du Professeur Krummenaugen - Chapitre 2 -

Samedi 09 heures 30'

Armand et moi tentons une première approche. Nous essayons de nous assurer l'aide d'une partie de la tribu pour dresser la douche de campagne. Pas d'animosité, mais ils semblent frappés de stupeur. Ils nous regardent hilares, sans nous aider, en manifestant leur enthousiasme par des cris vulgaires.

Curieuse tribu, vraiment ...

Pourront-ils jamais acquérir nos outils modernes et notre rigueur ?





La recherche-action en maison médicale

L'ancrage des maisons médicales dans la recherche-action : un peu d'histoire

La recherche-action en maison médicale est une vieille histoire : dès 1972, les premières maisons médicales mettent en pratique une approche globale de la santé et développent un modèle totalement novateur à l'époque. Elles s'allient en 1978 au Groupe d'étude pour une réforme de la médecine (GERM), lui aussi axé sur le changement, comme son nom l'indique. Ce groupe déploie une analyse critique du système de santé en Belgique dans le but d'améliorer celui-ci. Le GERM travaille avec les maisons médicales pour préciser le concept de centre de santé intégré, la manière dont ce modèle permet d'améliorer la qualité des soins aux patients. Depuis lors, et à partir de cette collaboration entre chercheurs et praticiens - une recherche-action - le modèle du centre de santé intégré s'est largement développé ici et ailleurs, et les maisons médicales belges sont une référence pour de nombreux autres pays.

Faut-il continuer ?

N'est-on pas arrivé aujourd'hui à la fin de l'exploration ? Les maisons médicales doivent-elles faire de la recherche, alors qu'elles sont, toujours plus débordées par leur mission première : soigner, soulager, accompagner les patients, souvent dans l'urgence, toujours dans la complexité ?

Nous répondons par l'affirmative, précisément parce que c'est complexe. D'ailleurs, les équipes se questionnent tous les jours : parce qu'il n'y a pas de modèle fixé une fois pour toutes. Il faut trouver des réponses originales à des problématiques nouvelles, mal connues, changeantes : l'évolution du système social et donc de l'accès aux soins, l'accueil de nouvelles populations, l'émergence de nouvelles problématiques, la prise en considération de ce qui détermine les problèmes de santé... Les meilleurs guidelines ne répondent pas, ou très peu, à ces aspects de la pratique.

Il s'agit aussi de développer des stratégies dont l'intérêt est reconnu mais l'application peu évidente : promotion de la santé, prévention,

éducation à la santé, santé communautaire... On peut bien sûr s'appuyer sur sa compétence, son expérience, sa connaissance du terrain ; mais toute cette richesse acquise ne dispense pas, le plus souvent, de mettre la pratique à l'épreuve d'un questionnement...

Faire de la recherche-action, c'est tout simplement organiser le questionnement, expérimenter des manières de faire. Et aussi, tenter de diffuser ces bonnes pratiques pour participer à une modification du système de santé : le modèle maison médicale reste marginal, et ses pratiques sont encore trop peu connues et reconnues.

La recherche-action : quelques points de repère

La recherche-action est une démarche systématique et rigoureuse qui vise à :

- transformer une situation concrète ressentie comme insatisfaisante par un individu ou un groupe ;
- dégager de cette expérience des connaissances immédiates et éventuellement utilisables dans d'autres contextes.

Cette démarche repose sur des collaborations synergiques entre acteurs et chercheurs, dans une structure éthique mutuellement acceptable¹. La recherche-action diffère profondément de la recherche fondamentale : elle a d'autres objectifs et repose sur d'autres méthodologies. Ceci n'est pas toujours clairement perçu, la recherche-action n'a pas encore suffisamment acquis ses lettres de noblesse : trop souvent jaugée à l'aune de la recherche fondamentale, elle apparaît aux yeux de certains comme de la « sous recherche », de l'amateurisme, du bricolage... Il est utile de préciser les différences, les qualités respectives de chacun de ces types d'approche.

La recherche fondamentale cherche en gros à produire des résultats généralisables tels quels, à partir de données « objectives » et « toutes choses étant égales par ailleurs ». Par exemple, les essais de traitement thrombolytique dans les infarctus du myocarde aigus cherchent à déterminer si la thrombolyse réduit la mortalité, de

Marianne Prévost,
sociologue,
chercheur à la
Fédération des
maisons
médicales.

(1) Rapoport RN,
Three dilemmas
in Action
Research,
Human Relations
1970, 23(4) :
1970 499-513.

Mots clés :
recherche-action,
maisons médicales,
soins de santé
primaires

manière à généraliser les résultats aux unités de soins coronaires et aux gardes médicales traitant ce type de patients.

Quand il s'agit d'appliquer, de généraliser sur le terrain, des résultats de la recherche fondamentale, leur simple communication (sous forme d'articles scientifiques ou de guidelines par exemple) ne suffit pas, parce que les conditions ne sont pas les mêmes : la recherche fondamentale, oeuvrant dans des conditions de laboratoire, contrôle autant que possible tous les aspects humains, subjectifs, pratiques, de manière à ce qu'ils n'interfèrent pas dans ce que l'on observe.

Par contre, quand il s'agit d'implanter les changements souhaitables, tous ces facteurs interviennent et il faut les prendre en compte.

Dès lors, le changement sera implanté de manière différente selon : le contexte, les valeurs, la culture, les intérêts, les habitudes et l'organisation de travail des acteurs en présence dans chaque système.

On ne peut dès lors pas faire l'impasse sur les différents acteurs impliqués : nier leur importance fera obstacle au changement. De ce constat est née la démarche de recherche-action.

Arrêtons-nous sur la notion de système : on peut le définir comme un ensemble complexe formé d'éléments distincts reliés entre eux soit par des relations d'interdépendance, soit par des relations d'interaction, ou les deux. Ces éléments sont considérés comme des sous-systèmes. Un système est ouvert s'il est situé dans un environnement avec lequel il est en interaction ; il est fermé dans le cas contraire.

L'idée essentielle de la théorie des systèmes est que le système constitue un tout d'un degré de complexité supérieur au degré de complexité de ses parties, c'est-à-dire qu'il possède des propriétés propres. Il n'y a pas simple juxtaposition des caractéristiques des éléments qui le composent.

Ce système, ces sous-systèmes, ont des représentations, des valeurs, des pratiques, des intérêts différents. Même à l'échelle d'une équipe qui partage un projet, qui adhère à une charte commune, les acteurs ont des valeurs

propres, des intérêts différents, des pratiques spécifiques qui ne concordent pas forcément entre eux, et qui peuvent entrer en conflit avec les valeurs de base.

L'équipe d'une maison médicale est un système. Un système ouvert bien évidemment : sur les patients au premier chef, mais aussi sur le contexte local, le deuxième échelon, les intervenants locaux. C'est un système composé de sous-systèmes (par exemple les différents secteurs), avec des relations d'interaction et d'interdépendance – que l'on essaie d'organiser via les réunions d'équipe, les groupes de travail, les assemblées générales, ... ; mais une partie des interactions et des interdépendances reste évidemment informelle voire cachée.

Le processus de changement implique donc différents systèmes et dans chacun d'eux, différents sous-systèmes. C'est à cette complexité que s'adresse la recherche-action.

A l'origine de la recherche-action, les sciences sociales

La recherche-action est issue de la psychologie sociale américaine. Elle s'est développée dans des champs tels que la sociologie du système éducatif et celle des phénomènes urbains. Dès 1978, Alain Touraine a appliqué « l'intervention sociologique » à l'étude des mouvements sociaux. C'est une démarche qui associe l'analyse à la transformation de la réalité étudiée. La notion de changement y est donc centrale.

Associer l'analyse à la transformation de la réalité étudiée est une approche bien spécifique et qui distingue fondamentalement la recherche-action de la recherche fondamentale. La spécificité de chaque approche est encore mal perçue, ou plutôt perçue selon une hiérarchie de valeurs plaçant la recherche fondamentale au sommet. Or les objectifs de chaque approche sont différents, de même que les méthodes, et notamment la place du chercheur, de l'observateur. Dans la recherche fondamentale, il est essentiel que l'observateur n'interfère pas avec, n'influence pas la réalité étudiée ; et l'instrument d'observation n'est valide que s'il



donne les mêmes résultats lorsqu'il est utilisé par des observateurs différents. La sociologie classique met aussi en garde contre les effets d'interaction qui surgissent entre l'analyste et le milieu étudié, et développe également des méthodes limitant au maximum cette interaction, pour produire des résultats dits objectifs.

La recherche fondamentale est ancrée dans une conception positiviste de la science. Le positivisme, fondé par Auguste Comte, se caractérise principalement selon lui par l'élimination des facteurs occultes de l'explication des phénomènes. Aujourd'hui, on tend à estimer que le positivisme propose une théorie trop simple de la démarcation entre sciences et non-science. En sociologie, Weber affirme la vocation scientifique de la sociologie mais adopte des critères de scientificité plus complexes que les critères positivistes. La sociologie wébérienne privilégie la compréhension du sens subjectivement visé par les acteurs : la compréhension de ce qui guide les acteurs du système devient dès lors fondamentale.

La recherche-action place les effets d'interaction au cœur des dispositifs de recherche. Les changements provoqués par l'observation, l'analyse font partie de la recherche, ce ne sont pas des « parasites » indésirables : il s'agit de les étudier afin d'analyser de quelle manière ils influent sur la réalité. En effet, si l'on veut pouvoir tirer des enseignements généralisables à partir d'une démarche dans laquelle le chercheur agit sur la réalité, il faut analyser ce qui, dans le dispositif même de la démarche a favorisé ou fait obstacle au changement. Cette analyse du processus permet d'évaluer à quelles conditions une stratégie peut être appliquée ailleurs, comment elle peut être adaptée à un contexte différent.

Lorsque, par exemple, le responsable d'une campagne de vaccination contre la grippe en maison médicale communique à l'équipe les résultats intermédiaires, il intervient sur la réalité : en encourageant ou alertant ainsi l'équipe au vu des résultats obtenus, il l'incite à se questionner pour mieux orienter la suite de la campagne. Les résultats en fin de campagne seront généralement meilleurs que

si ce dispositif n'avait pas été mis en place. Cette manière de faire, cet élément du processus, fera donc partie de l'analyse et des recommandations à d'autres équipes qui souhaitent mettre en place une campagne efficace. D'où l'importance d'analyser le processus, et pas seulement les résultats.

Les caractéristiques de la recherche-action

● L'acteur-chercheur, le chercheur-acteur

Quand les membres d'un groupe se questionnent selon une démarche de recherche-action, ils prennent une place de chercheurs, dans le sens qu'ils jettent un regard critique sur leur travail d'acteurs et essaient ainsi d'intégrer un point de vue et des méthodes de chercheur. Ils ne perdent pour autant pas leur rôle d'acteurs, mais celui-ci se complexifie : ils restent acteurs en tant que praticiens tout en devenant acteurs du processus de recherche.

En maison médicale, c'est bien souvent une partie de l'équipe qui mène le projet : ce sous-groupe est alors plus en position de chercheur, les autres sont plus dans une place d'acteurs... observés, jugés ? Un tel dispositif peut provoquer des résistances au changement, mais il est souvent nécessaire, pour plus d'efficacité...

Que vise le « groupe-chercheur » ? Améliorer une situation ? Gagner une nouvelle forme de légitimité (vis-à-vis de l'équipe, de l'extérieur) ? Construire une nouvelle zone de pouvoir ? Prendre une distance vis-à-vis d'un travail de terrain ? Toutes ces raisons sont légitimes, mais il importe de se les expliciter, pour être plus clair vis-à-vis de ceux qui n'ont pas la même position.

Il faut aussi veiller à limiter l'extériorité du sous-groupe vis-à-vis du reste de l'équipe, qui sera concernée si des changements s'avèrent nécessaires. Même s'ils ne prennent que peu de responsabilités dans le projet, les autres membres de l'équipe doivent donc être aussi en position de chercheurs : dès le départ, dans la définition de ce qui fait problème. Et aussi par la suite, lors des différentes étapes : donner

des bilans intermédiaires, prendre le temps d'en discuter... Il en va de même avec les partenaires, les acteurs extérieurs.

Il ne faut pas se cacher la difficulté d'adopter une position de chercheur lorsqu'on est avant tout acteur ! Il y a plusieurs manières de faciliter l'adoption de cette position inconfortable :

- prendre le temps pour construire la problématique avec les autres acteurs impliqués : ils ont un autre regard, posent d'autres questions, ce qui favorise une position réflexive ;
- partager son projet, ses expériences avec d'autres : par leurs questions, les comparaisons qu'ils feront avec leur propre situation, ils peuvent apporter cette extériorité. Les séminaires et colloques, les rencontres entre équipes sont des moments où peut se produire un tel partage ;
- écrire un article facilite la prise de recul, parce qu'en l'écrivant, on réalise mieux ce qui n'est pas clair, les spécificités de son projet, de son contexte.

Un autre moyen de faciliter un processus de recherche-action est de faire appel à un chercheur extérieur, qui peut avoir plusieurs rôles :

- mettre en évidence des choses qui ne sont pas ou plus perçues par ceux qui sont quotidiennement sur le terrain ;
- aider à relativiser, objectiver certains problèmes, que les acteurs vivent au quotidien et qu'ils ont parfois tendance à sur- ou sous-estimer ;
- aider à faire circuler la parole, faciliter la participation de chacun (parce qu'il n'a pas de relations personnelles aussi impliquantes que les membres de l'équipe) ;
- aider à résister à la pression vers l'action, phénomène classique ;
- apporter une méthodologie.

Ce chercheur ne doit bien entendu pas être totalement extérieur : tout en gardant un regard extérieur, il est partie prenante du projet, de son objectif. Il n'est pas neutre : il doit, comme les acteurs, expliciter son cadre de référence, l'adapter dans une certaine mesure, et en tous cas respecter celui des acteurs. Il ne doit pas non plus se réappropriier les questions de l'équipe, les mettre « à sa sauce », ou proposer

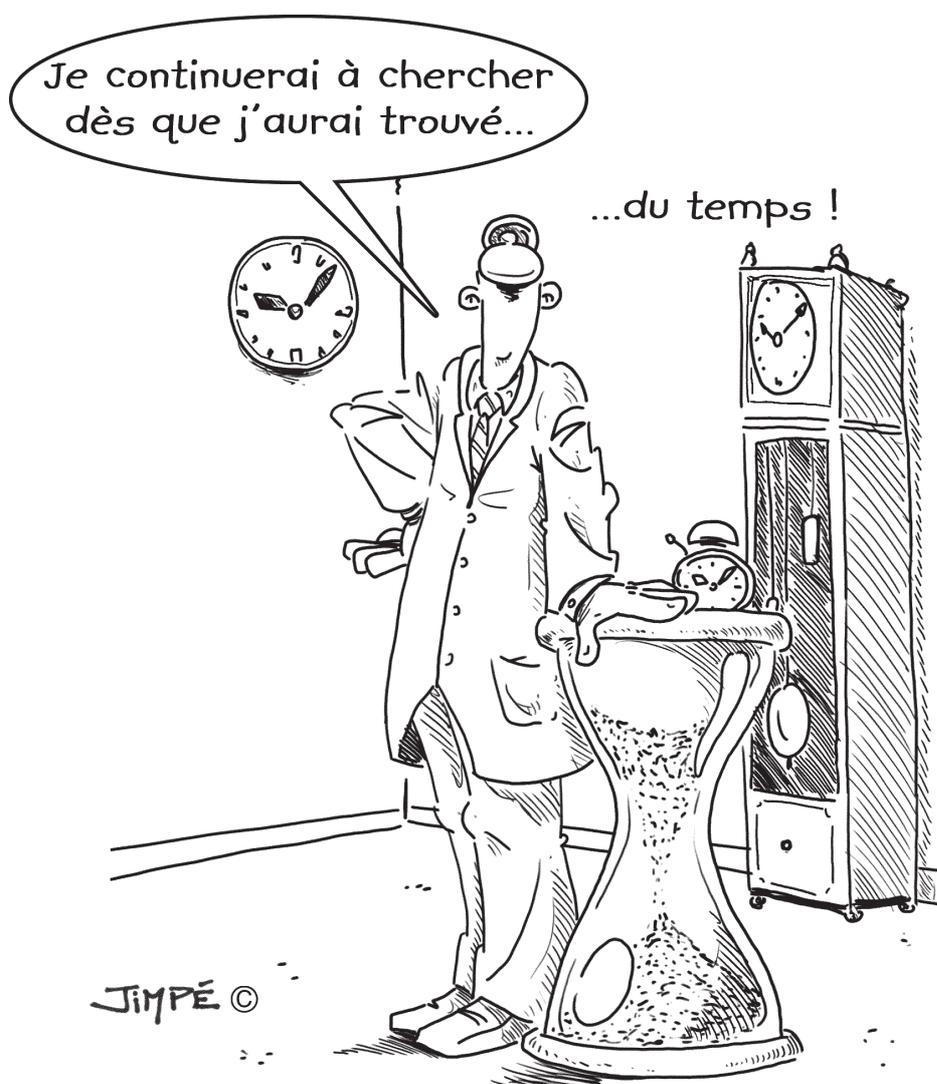
un dispositif tel que le rythme des acteurs ne soit plus respecté (par exemple une analyse trop longue répondant à ses préoccupations de recherche mais qui n'est plus en phase avec les besoins d'intervention...). Il doit donc aussi se mettre en position d'acteur-chercheur.

● Une démarche collective

Puisque la recherche-action vise à changer une réalité dans laquelle interviennent différents acteurs, elle est par définition une démarche collective : même s'il y a un initiateur, celui ou ceux qui ont perçu, pointé le problème, devront collaborer avec d'autres dès le départ, afin que les changements souhaitables émanent de, soient élaborés avec l'ensemble des acteurs concernés – faute de quoi, ceux-ci risquent d'opposer une résistance au changement, c'est un phénomène très classique.

Cette démarche collective consiste à :

- construire ensemble la problématique : qu'est-ce qui fait problème, à qui ? Est-ce un problème pour tout le monde ? Quelle est l'importance (la priorité) de ce problème pour chacun ? Comment chacun l'explique-t-il ? Tous ont-ils un intérêt à ce que cela change ? Ont-ils déjà tenté quelque chose pour changer ? Avec quels résultats ? ;
- élaborer un cadre éthique, idéologique acceptable pour chacun : quelles sont les valeurs fondant l'action de chacun ? Jusqu'où peut-on aller ensemble malgré des valeurs, des conceptions différentes ? Qu'est-ce qui est incompatible ? ;
- négocier les finalités, les objectifs et les orientations de la recherche, ainsi que les critères d'évaluation : là aussi chacun devra mettre du lest, parce qu'au départ les objectifs sont sans doute différents ;
- se mettre d'accord sur les ressources et rôles de chacun : qui coordonne ? Faut-il un *leadership* ? Quel processus de communication entre l'ensemble des acteurs ? Quelle compétence a chacun pour récolter l'information nécessaire ? (Il n'y a en général pas une seule méthode d'analyse, mais plusieurs. Chaque acteur peut mener des observations à différents niveaux, selon l'élément du système dont il est le plus proche, selon les techniques qu'il connaît le mieux : analyse de données informatisées, de la littérature, observation



participante, enquêtes, entretiens). Qui a les compétences requises pour mener l'intervention ? Quel est le niveau d'intervention le plus pertinent pour chacun (principe de subsidiarité) ? ;

- définir des indicateurs, analyser les résultats et les processus en commun, prendre en commun les décisions de réorientations ;
- partager régulièrement entre acteurs les connaissances, les compétences, les observations : c'est l'aspect formatif de la recherche-action.

● Un processus circulaire

- après chaque phase d'intervention, on fait un bilan qui permet de réorienter la phase suivante ;
- selon ce bilan, on approfondit un aspect de recherche, ou on réoriente l'action ;
- quand est mise en place une stratégie optimale, celle qui semble le mieux répondre au problème posé au départ, tout ne s'arrête pas : l'audit ou le monitoring en routine, sur

base d'indicateurs simples, permet de vérifier à certains moments, si la stratégie reste optimale face à une réalité qui a peut-être changé. Si tel n'est pas le cas, un nouveau processus de recherche-action sera mis en place.

● De la rigueur méthodologique

La recherche-action se déroule par étapes, comme un cycle de gestion des problèmes ou d'assurance de qualité :

- une question de recherche est posée parce qu'on ressent une insatisfaction, une difficulté, un problème, ou parce qu'on se demande si les objectifs sont bien remplis (l'insatisfaction est souvent indicatrice d'un problème : elle ne constitue pas nécessairement un problème en soi) ;
- analyse de la situation : en quoi celle-ci pose problème, pour la population ou pour l'équipe, au regard des objectifs poursuivis ;
- explicitation du(des) modèle(s) de référence des acteurs, de leurs valeurs, de leur projet :

ceci est une étape fondamentale parce qu'elle permet de préciser le problème (qui ne fait peut-être pas problème, ou pas de la même façon, pour les différents acteurs), et d'explicitier ensuite les objectifs à atteindre, et les critères de réussite, sur base d'un consensus éthique ;

- précision des problèmes sur base de ce cadre commun et définition des indicateurs ;
- inventaire des solutions possibles : on peut ici puiser dans la littérature scientifique mais aussi dans l'expérience d'autres acteurs de terrain. C'est une étape parfois insuffisamment travaillée : parce que la littérature se réfère à des contextes qui semblent trop différents ; parce que les expériences d'autres acteurs proches ne sont pas connues, pas publiées, ou paraissent aussi s'être faites dans des contextes trop différents dont les spécificités n'ont pas été analysées ;
- décision : choix de la stratégie qui paraît la plus appropriée ;
- implantation du changement : planification, exécution, mise en pratique des décisions ;
- évaluation : retour à une phase d'analyse, qui permet de vérifier si le but fixé a été atteint, dans quelle mesure, pourquoi pas ;
- réorientation de l'action en fonction de cette analyse. ●



L'Observatoire de l'enfant en Région bruxelloise

.....

Est-il possible d'utiliser la recherche-action pour influencer les politiques de santé, les politiques sociales ? Perrine Humblet a été invitée à répondre à cette question, sur base de son expérience à l'Observatoire de l'enfant de la Région bruxelloise. Elle a commencé par rappeler quelques éléments de synthèse concernant la recherche-action : la recherche-action, c'est

- une recherche appliquée ;
- une recherche impliquée, c'est-à-dire que la position souvent préconisée d'extériorité du chercheur n'est pas poursuivie ici, le chercheur est impliqué dans la recherche et dans l'action ;
- une recherche imbriquée dans l'action ; une recherche engagée vers l'action.

En général, la recherche-action est une méthodologie privilégiée pour intervenir sur les pratiques, réaliser des expériences – souvent pilotes ; et pour agir au niveau de la formation et de l'éducation.

C'est donc une démarche qui consiste à se mettre en position de recherche et d'action, et qui se caractérise par la participation des différents acteurs concernés, en vue de transformer la réalité.

.....

Dans quelle mesure ce que nous faisons à l'Observatoire de l'enfant relève-t-il d'une logique de recherche-action ? Nous partageons les mêmes expériences, les mêmes conceptions de la recherche-action, prise de façon globale.

L'Observatoire de l'enfant en Région bruxelloise a la particularité d'avoir pour objectif principal l'amélioration et le changement de l'accueil de l'enfant de la région ; son expérience montre que l'on peut développer des recherches-actions de manière programmatique.

J'insisterai surtout ici sur les aspects méthodologiques de cette expérience ; mais il me faut d'abord situer le cadre, décrire brièvement ce projet.

L'Observatoire de l'enfant en Région bruxelloise est un programme continu qui existe depuis 1992 (ses débuts ont été modestes) et qui est mené au niveau de l'administration de la Commission communautaire française de la Région bruxelloise (Cocof). L'ensemble du processus est accompagné en permanence par des experts (un expert de l'université libre de Bruxelles, un expert de l'université catholique de Louvain, un expert indépendant). C'est en soi intéressant que l'administration se fasse ainsi accompagner par des experts extérieurs. Le programme est géré par un comité de projet qui inclut les experts, l'administration de la Commission communautaire française, des représentants des ministres responsables de l'accueil du jeune enfant, l'Office de la naissance et de l'enfance, l'Observatoire de l'enfance pour la Communauté française. Les moyens sont relativement limités : 1,5 équivalent temps plein au niveau de l'administration, un budget de 125.000 euros.

Le cadre, c'est donc la politique de l'enfance, plus particulièrement l'accueil du jeune enfant (AJE) et la situation de l'enfant dans la ville. Les politiques qui font l'objet du travail sont :

- l'accueil « ordinaire » des enfants de zéro à trois ans ;
- le secteur de l'accueil extrascolaire (ATL : accueil des enfants durant leurs temps libre) ;
- la cohérence des politiques de

Perrine Humblet,
sociologue,
chercheur à
l'Observatoire de
l'enfant en
Région
bruxelloise.

Mots clés :
recherche-action,
enfance, politique
de santé

l'enfance, soit un aspect plus transversal des politiques.

Les thèmes développés ne sont pas étrangers à ceux qu'on développe dans le domaine de la santé : la qualité de l'accueil (y compris les infrastructures) ; l'équité d'accès ; le choix des parents ; la disponibilité et l'accessibilité des services ; l'efficacité ; le développement local autour de l'enfance.

L'Observatoire de l'enfant réalise des recherches-actions, des études de faisabilité, des évaluations, de la recherche appliquée, selon des processus souples et dynamiques dans la durée.

Un axe très important, c'est la communication, pour laquelle une grande énergie est investie : l'Observatoire publie depuis 1995 une revue, *Grandir à Bruxelles - Les cahiers de l'Observatoire de l'enfance*, pour transmettre les résultats de recherche, documenter le public concerné, faire changer leurs représentations, leurs connaissances. Une autre revue, *Enfants d'Europe*, permet depuis 2001, de présenter ce qui se fait dans d'autres pays. Les rapports de recherche complets sont diffusés de manière ciblée vers les professionnels, les élus politiques régionaux, les scientifiques, le secteur associatif*.

La place des acteurs

Dans la recherche-action, il est essentiel d'être attentif aux acteurs. En l'occurrence, qu'apporment-ils de spécifique, en quoi leur participation dans le comité de projet est-elle importante ?

- la spécificité des scientifiques, des experts, c'est leur autonomie de point de vue par rapport au contenu des problématiques ; leur capacité à transposer les questions de terrain en questions scientifiques pertinentes ; leur exigence méthodologique ;
- les représentants politiques appartiennent à différents ministères, différents partis politiques. Ils ont un projet politique, et sont porteurs de valeurs différentes, celles-ci sont explicites et peuvent être discutées au sein du Comité de projet. Ces acteurs font le lien avec les moyens financiers et l'activité législative, ce qui est très important puisqu'un

des objectifs de l'Observatoire est de modifier les politiques ;

- l'administration de la Commission communautaire française apporte toute son expérience de la mise en œuvre et des enjeux au niveau local ; c'est en quelque sorte un système de rappel à la réalité, qui joue un rôle tout à fait déterminant ;
- les professionnels des services sont également présents, mais dans une place un peu incidente, relativement secondaire ; certains ont une autre casquette (par exemple politique). Leur spécificité est d'être au premier chef concernés par la mise en œuvre, en rapport avec les moyens et les conditions pratiques du terrain.

Il n'y a pas dans le comité de représentants des utilisateurs... qui sont pourtant les experts de l'expérience ; il serait bon de réfléchir de manière plus systématique à leur position dans le comité de projet.

Un processus rigoureux, souple et dynamique

J'observe une constante dans les expériences : c'est ce travail dynamique, procédant par étapes, de boucle en boucle. L'équipe de l'Observatoire de l'enfant part d'un certain nombre de problématiques, qui ont été initiées dès le départ, et suit différentes étapes :

- la première étape peut être une étude scientifique, ou une question ramenée par un des partenaires. Lorsqu'il s'agit d'une étude scientifique, celle-ci doit avoir des objectifs extrêmement limités, et apporter des résultats à court terme ; c'est une caractéristique essentielle ;
- la deuxième étape est une discussion des résultats avec les experts et ensuite en comité de projet. Les résultats doivent être rapidement visibles pour les acteurs ;
- dans les étapes suivantes s'élaborent, en comité de projet, de nouvelles questions de recherche, plus pointues, qui seront à leur tour explorées par d'autres actions de recherche.

Les caractéristiques de ce processus sont donc :

- une visibilité rapide des résultats, pour leur

* Tous ces documents sont disponibles sur le site www.grandira.bruxelles.be.



- transmission vers les acteurs (si possible, on utilise des données existantes, ce qui permet une économie de temps et de moyens) ;
- une rigueur méthodologique dans la production de résultats, même lorsqu'il s'agit d'une étude simple ; par exemple, pour une petite étude menée par enquête téléphonique auprès des écoles, la méthode de sélection des écoles et le guide d'entretien ont été mis au point de manière très rigoureuse ;
- un enchaînement d'objectifs « basés sur des preuves », c'est-à-dire que les nouveaux objectifs sont toujours issus des résultats obtenus à l'étape précédente.

Quelques exemples concrets de réalisations

- Pour une étude sur l'accueil extrascolaire en 1995, la première étape a été l'enquête téléphonique évoquée ci-dessus, visant à identifier le problème et la disponibilité de l'accueil. Cette étude a été complétée par une analyse des politiques communales. Après discussion des résultats en comité de projet, plusieurs actions ont été menées : en 1997, un projet pilote de formation des accueillantes des garderies scolaires (on avait en effet mis en évidence des problèmes dans la qualité de l'accueil). En 2000, une étude a été faite sur l'utilisation des services, l'inventaire des services, la dispersion géographique de l'offre. Ensuite, une recherche-action a permis d'impulser l'accueil extrascolaire dans les différentes communes, de mettre en place des coordinations communales, lesquelles ont fait l'objet d'un suivi.
- Une autre recherche-action a porté sur l'accueil des enfants de zéro à trois ans. La première étape (1992) a été l'élaboration d'un modèle conceptuel en vue de mettre au point des indicateurs de suivi. Dans la deuxième étape, on a produit des indicateurs, qui ont permis la collecte de données en routine depuis 1994. L'analyse des résultats a mis en lumière la pénurie des milieux d'accueil dans la Région bruxelloise, la très grande inégalité géographique (avec une densité plus faible dans les communes pauvres), et la stagnation de l'offre dans le temps.

Les étapes suivantes de ce projet ont été :

- une recherche qualitative sur les processus de gestion des admissions face à la pénurie (1998) ;

- une recherche quantitative portant sur la comparaison des utilisateurs des structures privées et subventionnées (1999) ;
- une grande enquête quantitative pour valider les indicateurs auprès d'un échantillon représentatif des familles ayant des enfants de zéro à douze ans (2003) ;
- de 2000 à 2004 : une recherche-action avec des directrices des maisons d'accueil subsidiées d'Etterbeek pour suivre une cohorte de demandeurs d'admissions : les directrices se demandaient en effet ce que devenaient les familles pour qui l'admission avait été refusée, et comment elles-mêmes pourraient améliorer le processus d'admission.

Quels impacts ont ces recherches-actions sur la politique d'accueil du jeune enfant ?

Au niveau de la politique de l'enfance, un des objectifs de l'Observatoire de l'enfant, très explicite dès le début, était de faire en sorte que la question de l'enfance soit prise au sérieux. Cette question est au carrefour des politiques économiques, sociales, éducatives ; et dans le domaine de la santé, on met de plus en plus en évidence l'importance cruciale de la petite enfance au niveau de la santé et du développement de l'enfant.

En faisant connaître les expériences étrangères, l'Observatoire de l'enfant influence la politique de l'enfance : un certain nombre de changements viennent de là.

L'Observatoire de l'enfant a contribué à des programmes de formation en Communauté française, à l'élaboration de critères de programmation pour de nouvelles places d'accueil avec l'Office de la naissance et de l'enfance afin de corriger les inégalités sociales et géographiques. Il est aussi intervenu pour une réforme des modes de subside, en introduisant des critères de priorité par rapport à ces inégalités.

Au niveau des services, différentes activités ont influencé les modes de gestion des admissions, et l'organisation de concertations locales, de coordinations locales.

Quelques points clés de la recherche-action

Ce processus de travail s'est mis au point au fur et à mesure, et ce modèle, qui fonctionne bien et a démontré sa validité, est au fond, en lui-même, le résultat d'une recherche-action : l'Observatoire de l'enfant a procédé par essais-erreurs, au fur et à mesure, ce qui est bien le propre de la méthodologie de recherche-action.

En conclusion, quelques recommandations peuvent être faites à ceux qui veulent mener une recherche-action :

- co-construire les connaissances avec les différents acteurs, c'est d'ailleurs une caractéristique de la recherche-action ;
- développer un processus de recherche dynamique et souple, et des évaluations qui soient valides sur le plan méthodologique ;
- travailler en multidisciplinarité - cela n'a pas été souligné par les autres orateurs mais fait aussi partie des expériences qu'ils ont présentées ;
- développer des cadres d'analyse et des modèles conceptuels sérieux, qui rendent les résultats valides : c'est tout à fait crucial si l'on veut être crédible et agir sur le long terme ;
- enfin, et c'est aussi essentiel si l'on veut influencer sur une situation, il faut développer une politique de transmission des résultats et une stratégie de communication large vis-à-vis des décideurs et des acteurs de terrain. ●



Les systèmes locaux de santé (SYLOS)

Une démarche de recherche-action pour l'amélioration de la coordination entre hôpital et médecins généralistes.

.....

Le projet SYLOS vise à améliorer la coordination entre hôpital et médecins généralistes, ainsi que la qualité de soins. Son originalité tient à une démarche de recherche-action impliquant les acteurs concernés : des médecins hospitaliers, des généralistes, d'autres professionnels de santé, encadrés par une équipe de recherche de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers (IMT). Pour les professionnels du terrain, il s'agit avant tout d'améliorer leurs pratiques ; les chercheurs visent aussi à tirer des enseignements adaptables à d'autres contextes (notamment le Tiers Monde).

C'est pour expliciter de quelle manière une recherche-action peut influencer sur les pratiques, que Jean-Pierre Unger (Institut de médecine tropicale) a été invité à présenter cette expérience lors du colloque.

Le projet SYLOS a par ailleurs été décrit dans un dossier de Santé conjugulée consacré à l'échelonnement¹⁻² ainsi que dans d'autres articles scientifiques³⁻⁴. Nous invitons le lecteur à consulter ces articles pour plus de précision, l'exposé présenté ci-dessous se centrant sur les différentes étapes de cette recherche-action.

.....

Le projet SYLOS a débuté, de manière exploratoire, en 1994 dans un quartier du centre de Bruxelles situé autour de la clinique César De Paep. Trois structures hospitalières sont actuellement impliquées : l'hôpital Molière à Bruxelles depuis 1996, l'hôpital Sint Vincentius à Anvers depuis 1995 et l'hôpital de Malmédy depuis 1999 (trois autres structures ont participé à l'expérience, mais pendant une courte durée, de deux à quatre ans).

L'initiative partait du constat de manque de coordination entre le premier et le deuxième échelon (la médecine générale et l'hôpital), problème bien connu des acteurs de terrain. L'analyse du système de santé belge met en lumière certaines faiblesses de structure : le système repose sur une bureaucratie professionnelle impliquant de multiples acteurs, qui travaillent sans beaucoup de coordination ; la qualité des soins est rarement évaluée, et il n'y a dès lors quasiment pas de mécanismes correcteurs. D'où inefficience et carences dans le suivi des patients.

A partir de ce constat, le projet a cherché à améliorer les soins et le système selon des critères de qualité, définis par un modèle de référence (un 'idéal' à atteindre), soit :

- des soins centrés sur le patient, continus, efficaces, efficients ;
- un système intégré : pas de trous entre le premier et le deuxième échelon, information pour le suivi des patients, accès à la meilleure structure requise par l'état du patient, décentralisation optimale des technologies médicales ; et la première ligne (médecine générale) comme porte d'entrée dans le système.

Pour structurer la recherche, la méthode de recherche-action a été retenue.

L'hypothèse était que l'on peut rapprocher la réalité du modèle de référence en organisant un système de santé local intégré (SYLOS), dans lequel les acteurs s'approprient certaines méthodes réflexives. Il s'agit de méthodes conçues pour analyser les pratiques, entre acteurs impliqués, puis

Jean-Pierre Unger, médecin, chercheur à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers.

(1) Jean-Pierre Unger, Monique Van Dormael, Jacques Unger, Jean Van der Vennet, Michel Roland, « Les systèmes locaux de santé, un élément de réponse à la crise du secteur de la santé en Belgique ? », Santé conjugulée n°13, juillet 2000.

(2) Marie-Jeanne Wuidar, « Le Sylos-Molière », Santé conjugulée n°13, juillet 2000.

Mots clés :
recherche-action, échelonnement, soins de santé primaires, hôpital

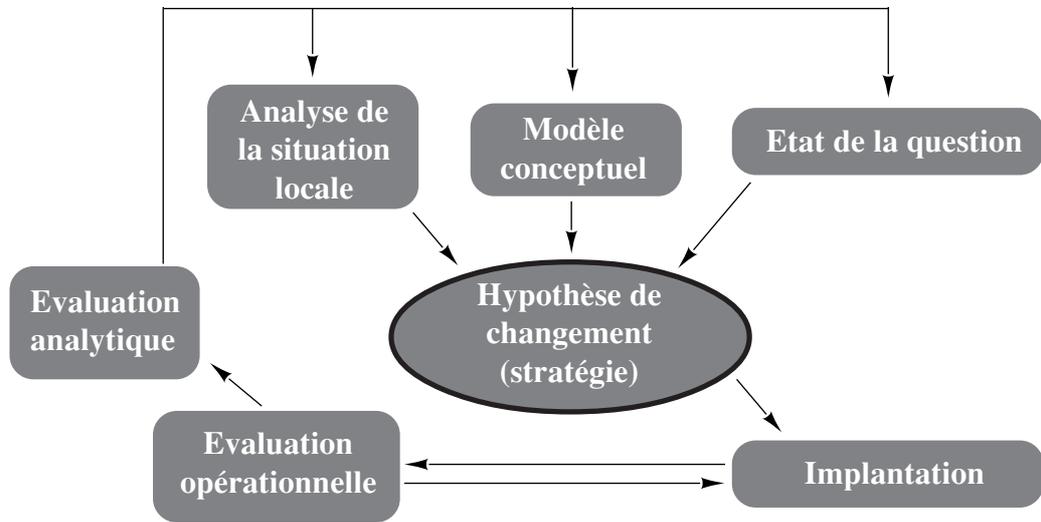


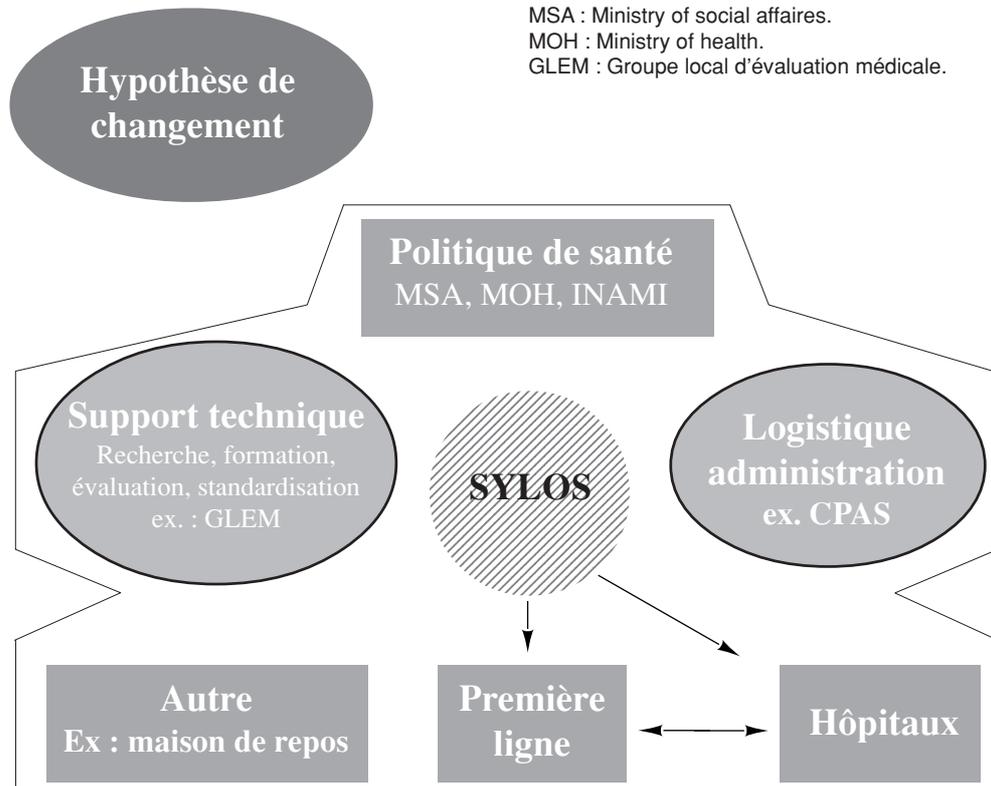
Diagramme 1 : les étapes d'une recherche-action

(3) J.-P.Unger, B.Criel, J. Van der Vennet, S.Dugas, P.Ghilbert, P. De Paepe, M.Roland, « Health districts in Western Europe. The Belgian local health systems project e-Letter. » BMJ, [http://bmj.com/cgi/eleletters/328/7443/](http://bmj.com/cgi/eleletters/328/7443) DCI#59220, 13 May 2004.

identifier et mettre en œuvre les corrections nécessaires. Comme dans toute recherche-action, les acteurs de terrain travaillent dans un même contexte : médecins généralistes et hospitaliers d'une même entité locale (ils partagent le suivi de certains patients), infirmières, assistantes sociales, et responsables d'organisations

locales impliquées dans le secteur (directeur de home, infirmière de réseau, membre d'une équipe de maison médicale, etc.).

Le diagramme 2 visualise les priorités d'action – les hypothèses – proposées par les chercheurs. Concrètement, des professionnels volontaires



MSA : Ministry of social affairs.
MOH : Ministry of health.
GLEM : Groupe local d'évaluation médicale.

Diagramme 2 : priorités d'action – hypothèses - proposées par les chercheurs

(4) J.-P.Unger, B.Criel, S.Dugas, J.Van der Vennet, M. Roland, "The local health systems (LHS) project in Belgium. Presentation at the 11th annual EUPHA meeting. Globalisation and Health in Europe : Harmonising Public Health Practices. 20-22 November 2003, Rome, Italy. Abstract", European Journal of Public Health 2003 ; 13 (Suppl.) : 26.



de la première et de la deuxième ligne forment une équipe de coordination locale (à Anvers et Bruxelles) ou un groupe de représentants (à Malmédy). Ils bénéficient du support méthodologique des chercheurs de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers.

D'une grille de questions à la réorganisation des pratiques

Voici un exemple de méthodologie utilisée⁵. Les acteurs (qui conservent leurs tâches habituelles) analysent leur pratique à partir du cas d'un patient qu'ils partagent. Ils examinent son parcours de manière à identifier d'éventuels problèmes de prise en charge, les causes de ces problèmes et les moyens d'y remédier. Cette analyse se fait à l'aide d'une grille de questions portant sur :

- l'évaluation des résultats : évolution du patient, utilité de l'hospitalisation, etc. ;
- la prise de décision et le diagnostic : y a-t-il eu des examens inutiles, un oubli d'examen utiles, des examens mal réalisés ? ;
- le choix du traitement (quelles ont été les hypothèses diagnostiques, y a-t-il congruence entre les traitements et le diagnostic, a-t-on pris en charge les problèmes et les souffrances du patient, quelle a été l'efficacité du traitement, y a-t-il eu des effets secondaires, une iatrogénèse, des séquelles évitables ? ;
- le nursing : y a-t-il eu des incidents critiques, des problèmes qui auraient pu être évités par un meilleur nursing ? ;
- le type d'hospitalisation : l'hospitalisation a-t-elle été trop tardive, trop courte, trop longue ? Le choix du service a-t-il été judicieux ? Quelles ont été les mesures prises à la sortie ? ;
- la coordination avec d'autres services : a-t-on fait bon usage des services non médicaux (sociaux, etc.) avant et après l'hospitalisation ?

Suite à cette analyse, le groupe fait la synthèse des mesures à prendre pour corriger ou améliorer le système. Des sous-groupes mènent ensuite une recherche-action pour mettre en place des mécanismes correcteurs. D'autres méthodes (interviews, enquêtes, etc.) ont aussi été utilisées.

Ce processus a permis plusieurs modifications, en particulier des réorganisations de pratiques. Quelques exemples :

- à partir de l'analyse du cas d'un patient séropositif usager d'héroïne, pour lequel le généraliste ne savait pas s'il aurait dû utiliser de la méthadone, une recherche a été menée afin d'optimiser le suivi des toxicomanes par les généralistes. Ceci a permis d'adapter les guidelines de la littérature et l'expérience d'un centre spécialisé aux conditions locales, et d'élaborer une instruction synthétique (un aide-mémoire d'une page) à l'usage des médecins généralistes (cet aide-mémoire fut ultérieurement diffusé par la Communauté française de Belgique aux médecins généralistes francophones) ;
- dans un hôpital, les généralistes ont été systématiquement associés aux décisions prises par les internistes en matière de stratégie thérapeutique et d'utilisation des institutions externes (placements, revalidation, etc.) ;
- certains besoins de formation des généralistes sont apparus dans divers domaines (dermatologie, maladies sexuellement transmissibles, etc.). Cela a permis d'orienter le travail de certains Groupes locaux d'évaluation médicale (GLEMS) (par exemple en matière de techniques de perfusion sous-cutanée utilisables au domicile du patient) ;
- ailleurs, une amélioration de l'organisation du service de radiologie d'un hôpital a permis d'accélérer la transmission des résultats d'examen demandés par les généralistes, ainsi que d'obtenir des protocoles conçus pour l'aide à la décision clinique.

Pour une conception « systémique » du système de santé

Le projet SYLOS a été évalué à deux niveaux : Au niveau opérationnel, les processus et les résultats ont été évalués par l'échange d'expériences entre les différents SYLOS, par des observations directes, des enquêtes, des interviews. L'évaluation a été très positive en ce qui concerne certains processus (assistance technique, formation, support administratif) ; par contre, l'intégration verticale et le feedback

(5) J.-P. Unger, B. Marchal, S. Dugas, M.-J. Wuïdar, D. Burdet, P. Leemans, J. Unger, "Interface flow process audit : using the patient's career as a tracer of quality of care and of system organisation", International Journal of Integrated Care - Vol.4, May 2004 - ISSN 1568-4156 - <http://www.ijic.org/>.



aux *Ministry of health* (ministère de Santé publique) se sont avérés insuffisants ; et les acteurs ont estimé que le processus était trop lent et insuffisamment rigoureux.

- De manière générale, ont été améliorés
- les relations entre acteurs ;
 - la coordination entre structures (tiers) ;
 - la qualité des soins, pour des catégories spécifiques de patients ;
 - l'efficacité.

Enfin, last but not least, la validité du système local de santé a été reconnue par les professionnels.

L'évaluation analytique a cherché à définir comment le projet pourrait être reproduit. Elle a mis en évidence les conditions suivantes :

- la participation active de professionnels impliqués (élément-clé de toute recherche-action) ;
- le développement d'un SYLOS par hôpital ;
- la participation des médecins, mais aussi des infirmières et paramédicaux ;
- ainsi que celle de représentants de l'organisation (l'hôpital, le service de santé, etc.) ;
- une implantation initiale en zone « facile », là où il existe des liens d'amitié, et en zone

- rurale par exemple. A contrario, les multiples lignes de référence en zones urbaines causent pas mal de problèmes dans l'organisation d'un SYLOS ;
- la disponibilité d'une assistance technique et méthodologique externe ;
- le financement de la participation des professionnels aux activités du SYLOS (qui n'a été financé par le ministère de la Santé que pendant quatre ans sur ses treize années d'existence).

L'innovation apportée par ce projet réside dans la discussion en interface, qui permet d'arriver à un consensus à propos des problèmes qui sont du ressort d'un seul niveau. En Belgique, cette conclusion détonne car les services de santé ne sont pas conçus de manière systémique ; cette absence de vision est due entre autres à la concurrence entre échelons, qui est inscrite dans les modes de financement des soins. Pour les chercheurs, l'intérêt de l'expérience tient à la possibilité de donner certaines fonctions d'équipe-cadre de district à des réseaux de professionnels motivés, qui agissent « de l'extérieur » sur le système, en influençant ses responsables.

En effet, dans les différents SYLOS, l'équipe de coordination n'a pas d'identité formelle ni de responsabilités officielles dans les domaines de la gestion et de la formation. Elle ne peut agir qu'en suscitant la conviction et l'adhésion des praticiens. Si elle disposait d'une autorité administrative, ses marges de manœuvres en matière de gestion et de planification augmenteraient. Mais l'expérience dans des systèmes de santé organisés de manière formelle montre que la seule autorité administrative ne suffit pas à emporter la conviction des professionnels, alors que cette conviction est essentielle à la mise en œuvre de toute politique de santé. ●



La recherche-action au niveau de la Fédération des maisons médicales

.....

Il a toujours existé une grande variété de projets en matière de recherche-action, que ce soit dans nombre d'équipes ou à la Fédération même ; ceci sous diverses formes, selon divers axes, touchant de près ou de loin à la méthodologie de la recherche-action. Une palette qu'il est impossible de détailler ici, mais qui témoigne de la dynamique, de la volonté de progresser, du désir de changement, de la force d'engagement enfin, présents dans nos équipes et à la Fédération.

Ce serait perdre un énorme potentiel de changement que de confiner la recherche-action au niveau local. La Fédération des maisons médicales a mis en place différentes structures qui démultiplient l'ampleur de la recherche-action, dans un mouvement d'aller-retour entre maisons médicales et aussi avec les mondes de la santé et de la politique de santé.

.....

J'ai choisi d'évoquer concrètement trois axes :

- Le programme Agir ensemble en prévention ;
- Le service études ;
- La Fédération globalement en tant que mouvement.

Le programme Agir ensemble en prévention

Agir ensemble en prévention est un programme de la Fédération, qui tend à devenir un département dont l'apport dépasse la prévention. Il repose sur trois chercheurs.

Pour le projet Agir ensemble en prévention, la problématique de départ était le constat (toujours d'actualité) de la difficulté pour les professionnels de soins de santé primaires de réaliser des activités de prévention pertinentes, structurées, efficaces, systématiques, participatives et évaluées. Le concept de prévention a été rapidement étendu à celui de promotion de la santé : ce terme, aujourd'hui familier à la plupart des équipes, recouvre, outre les activités curatives, les activités de prévention médicale, d'éducation à la santé, de santé communautaire, organisées sur base d'une collaboration intersectorielle et avec la participation des patients.

Depuis 1992, un premier niveau de développement d'actions de promotion de la santé s'est progressivement mis en place dans une trentaine de maisons médicales ; une trentaine d'équipes ont été invitées et accompagnées à développer et à améliorer leurs actions, à leur rythme et suivant leurs spécificités locales. Ce premier enjeu était d'accorder à ces actions une place « noble » dans les réalités quotidiennes des soignants. Ces actions ont augmenté en quantité, en rigueur scientifique et en diversité.

Un second niveau de travail s'est ensuite développée : des actions de promotion de la santé : après avoir augmenté la quantité, les questions d'évaluation sont apparues et des critères de qualité ont été définis. La méthodologie de l'assurance de qualité pouvait dès lors s'appliquer à ces actions pour en améliorer la pertinence, la régulation et l'impact sur la santé des usagers s'adressant aux maisons médicales.

Ces deux niveaux continuent aujourd'hui à se développer simultanément et en interdépendance.

Daniel Burdet,
médecin
généraliste à la
maison médicale
à Forest, membre
du programme
Agir ensemble en
prévention.

Mots clés :
recherche-action,
maison médicale,
qualité des soins

● Historique

L'ensemble de ce travail, dont une évaluation est réalisée chaque année, s'est déroulé par étapes :

1992-1993, phase de recherche : double enquête sur la perception de la médecine préventive par deux cent septante soignants de vingt et une maisons médicales et associations de généralistes et d'un échantillon de mille deux cents de leurs patients. Cette enquête fut conçue en concertation avec l'université libre de Bruxelles (équipe recherche) et la Fédération des maisons médicales (représentants des acteurs). Elle a mis en lumière certains obstacles chez les soignants et certaines demandes des patients.

1994-1995, phase de restitution : les résultats de l'enquête ont été présentés et discutés avec les équipes participantes, ce qui a eu un effet mobilisateur – notamment en mettant en évidence la demande des patients pour plus de prévention, et en montrant la nécessité de structurer les actions.

Phase d'action : Les équipes ont été invitées à se choisir des délégués prévention, chargés de stimuler les démarches préventives.

Recherche-intervention : un accompagnement a été proposé à ces délégués par les promoteurs du programme Agir ensemble en prévention (formations, réunions de délégués, etc.).

L'évaluation de cette phase s'est basée sur des entretiens approfondis dans vingt-trois équipes, portant sur la place faite par les équipes à la prévention, sur la participation des patients et sur la conception de projets concrets de prévention. Les entretiens furent en eux-mêmes très utiles aux équipes et les résultats, analysés par Marie-Christine Miermans (équipe de recherche de l'université de Liège, Association pour la promotion de l'éducation pour la santé-APES, 1995), ont été pris en compte par les promoteurs et servent encore régulièrement aujourd'hui de référence. L'accompagnement des promoteurs du projet a été adapté selon les constats de cette évaluation.

1995-1996, phase d'action : accompagnement régulier des délégués de prévention (réunions, formations). Des outils leur ont été fournis (fiche de prévention, schéma dynamique, etc.).

Les équipes ont été mobilisées pour remplir des fiches décrivant leurs activités ; la rédaction de ces fiches leur a permis de mieux structurer leurs réflexions et leurs actions et a amorcé la constitution d'un répertoire des activités de promotion de la santé, répertoire en constante évolution (plus de trois cents fiches actuellement, disponibles aussi sur le site de la Fédération, www.maisonmedicale.org).

L'évaluation de cette phase a été réalisée sur base d'entretiens téléphoniques et visait essentiellement à cerner les processus d'échange entre les promoteurs à la Fédération et les équipes de terrain, à estimer les effets de ces échanges sur la qualité des projets et la satisfaction des différents partenaires ; évaluer donc si le dispositif d'encadrement mis en place est participatif, pertinent et utile pour aider les équipes à inscrire les démarches préventives dans leurs pratiques quotidiennes.

Cette évaluation a fourni aux promoteurs de précieuses informations pour le pilotage du projet et l'organisation des différentes activités. Il a donné aux équipes un meilleur aperçu du dispositif dans son ensemble et a permis de faire participer les équipes au processus d'évaluation.

1996-1997, année charnière, introduisant le second niveau d'intervention de ce programme : *l'amélioration de la qualité* des actions entreprises par les équipes. Cette amélioration de la qualité a été poursuivie à travers plusieurs étapes :

- recherche-action : réflexion sur les critères de qualité : analyse de la littérature – discussions avec les équipes ;
- recherche – action – formation : formations à l'assurance de qualité.

L'évaluation de 1997 visait à poser des jalons et des repères objectivés pour permettre l'évaluation des projets de prévention et promotion de la santé et à préparer un état des lieux en terme d'assurance de qualité et procédures d'évaluation de la qualité.

1997-1998, recherche-action : renforcement des compétences et accompagnement des activités. Les équipes désireuses de créer, ou ayant créé une cellule de qualité ont été invitées à des séminaires destinés à accroître les compétences des membres des cellules et à identifier



les conditions propres aux maisons médicales pour la mise en place de ces processus d'assurance de qualité. L'évaluation de cette phase s'est centrée sur les onze équipes engagées explicitement en assurance de qualité, afin de dresser un bilan de la mise en place des cellules d'assurance de qualité. L'évaluation visait également à estimer l'apport de la Fédération dans ces démarches. Elle a été réalisée sur base d'entretiens dans les équipes, généralement avec les membres des cellules qualité.

1998-1999, recherche-action : approfondissement des démarches d'assurance de qualité. La première année de ce programme pluri-annuel d'assurance de qualité a également abouti à la construction (avec les experts accompagnant ce programme et avec les praticiens d'une douzaine d'équipes), d'un outil original et concret en assurance de qualité : le *carnet de bord assurance de qualité*.

1999-2004, recherche – action – formation : accompagnement des équipes dans la réalisation d'actions de promotion de la santé : descriptions des démarches et des résultats obtenus. L'accompagnement s'est fait sous forme de séminaires collectifs et d'accompagnements individuels. L'évaluation en 2002 porte sur l'implantation des démarches de promotion de la santé et d'assurance de qualité dans l'ensemble des maisons médicales.

Le programme Agir ensemble en prévention est donc à la fois :

- une recherche-action en soi :
 - le programme évolue de question en question, celles-ci étant formulées tant par les équipes que par le staff d'Agir ensemble en prévention ;
 - il se base sur la pratique, ses échecs, ses réussites, ainsi que sur la recherche et progresse par évaluations successives ;
 - il comprend un axe de formation important.
- un support méthodologique à la recherche-action menée en maison médicale :
 - il fournit une assistance aux équipes ;
 - le staff est en formation continue ;
 - il suscite des réflexions et un développement méthodologique au sein de la Fédération.
- une instance centralisatrice en recherche-

action :

- le programme permet de collecter des données et de diffuser les expériences entre les maisons médicales ; ceci suscite la construction d'un savoir, d'une connaissance appliquée, d'une recherche-action globale ;
- notons que beaucoup de projets de prévention et de promotion à la santé se font en dehors d'Agir ensemble en prévention ; la question qui se pose alors, c'est de savoir comment inclure dans le corpus commun ce savoir, cette « science », ces expériences...

● Quelles perspectives ?

La mise en relations des diverses expériences, leur diffusion, leur adaptation, restent un processus de construction dynamique, si l'on veut arriver à dégager, en matière de promotion de la santé, de développement de la qualité :



- ce que font les maisons médicales, ce qu'elles apportent en terme de pratiques de soins de santé primaires ;
- les spécificités du travail en équipe, de l'interdisciplinarité ;
- l'utilité de tout ce travail, de cette accumulation d'expériences diverses et toutes si riches.

Ce processus de construction devrait permettre de conceptualiser un corpus de connaissances, une somme de savoir-faire, pour arriver à mieux nourrir le débat politique ; contribuer à la défense du modèle de centre de santé intégré ; dégager la qualité globale du travail en maison médicale, en terme de santé publique et de promotion de la santé.

Service études

Autre département où oeuvrent des « chercheurs », le Service études joue un rôle de « base » pour la (les) recherche(s)-action(s) : il recueille les données, les agrège afin d'analyser des tendances générales en maison médicale. Il peut également procéder à des comparaisons en fonction de différentes caractéristiques (région, taille et type de patientèle, etc.).

Le travail de ce service fournit un matériel utile et nécessaire à des recherches-actions, et contribue à dépister des problèmes potentiels, à soulever des questions ; il se révèle ainsi un moteur pour la (les) recherche(s)-action(s).

Le service d'étude constitue un pôle de soutien, de logistique, de support, en apportant les outils, par exemple statistiques.

Il est également, et même surtout, un lieu de mise en relation entre le terrain et le politique en transmettant, dans les deux sens, des données utiles et pertinentes : c'est ce qui fait l'objet même de ce service, qui, dès le départ, s'est donné comme objectif d'être un appui concret au combat politique.

Le service d'études pose la question de l'utilité des données, de leur pertinence, avec un regard critique qui peut entraîner une modification des pratiques en maison médicale. Il doit, pour ce faire, s'adapter aux demandes (notamment

politiques) et s'adapter aux équipes, à la réalité du terrain.

Le service études est en lui-même un lieu de recherche-action :

- ses membres sont des acteurs du terrain ;
- il développe une stratégie de changement ;
- et une stratégie d'opérationnalité.

La Fédération des maisons médicales

La Fédération s'est créée en 1981, avec une vingtaine d'équipes, à partir d'une volonté d'investir le terrain politique. Il s'agissait de rassembler les maisons médicales, de manière à promouvoir leur type de pratique, à l'époque très peu reconnu – et même décrié. Ce mouvement, cette volonté, avaient été cristallisés par les suites de la grève des médecins en 1980, grève combattue par les maisons médicales.

La Fédération a, très rapidement, compris la nécessité d'entreprendre des démarches de recherche, et de recherche-action : promouvoir des pratiques implique de pouvoir argumenter leur pertinence, en démontrer la qualité. Un pôle (ou groupe) recherche s'est mis en place et a travaillé pendant plusieurs années, notamment avec Michel Roland.

Une première étape de recherche-action fut un travail sur les fonctions présentes ou à envisager dans un centre de santé intégré : le groupe recherche affine le concept d'équipe pluridisciplinaire, élabore une réflexion sur le mode de financement. Il en résultera en 1983 un accord avec l'INAMI pour le financement forfaitaire des soins à la capitation, et, dix ans après, un décret reconnaissant officiellement les maisons médicales et assorti de procédures d'agrément et de subsidiation qui aboutit à la reconnaissance officielle de ce modèle.

Une autre étape fut la conception d'un dossier structuré, adapté à la pratique pluridisciplinaire en soins de santé primaires – long travail qui aboutit à l'informatisation de ce dossier, aujourd'hui labellisé.

Ces travaux furent toujours réalisés en lien avec les équipes, la pratique, et, dans une très large



mesure au départ, accompagnés par des chercheurs membres du Groupement d'étude pour une réforme de la médecine (GERM).

Par la suite, une phase importante fut la recherche menée en 1991 avec l'école de santé publique de l'université libre de Bruxelles sur la prévention à la santé en maison médicale. Cette recherche a, comme nous l'avons dit ci-dessus, largement contribué à l'émergence de ce qui allait devenir Agir ensemble en prévention, programme subsidié depuis lors de façon récurrente par la Communauté française.

1994 est l'année du forum Recherche, lors duquel de nombreuses maisons médicales présentent leurs projets et les conclusions que l'on peut en tirer, localement et plus globalement.

Depuis 1999, les maisons médicales sont invitées à développer des démarches d'assurance de qualité, en prévention d'abord mais aussi en d'autres domaines, avec l'aide notamment du carnet de bord en assurance de qualité.

En 2000, un forum organisé à Natoye explore diverses questions liées à la gestion de l'information, après que le conseil d'administration de la Fédération ait mis l'accent sur le recueil d'informations en maison médicale. Les équipes s'informatisent de plus en plus, se forment au dossier santé informatisé, outil de recueil des données.

Depuis toujours, un service d'études contribue à explorer divers aspects de la pratique des maisons médicales pour les faire reconnaître au niveau politique.

La Fédération est donc traversée, dès sa création, par une démarche de recherche-action qui se décline en différents lieux, à partir de problématiques diversifiées. Cette démarche constitue une dynamique de progrès, d'adaptabilité aux contextes, d'amélioration des pratiques et de remise en question. Elle conforte ou parfois infirme nos certitudes, nos doutes, en rapport avec nos pratiques. Nous représentons en effet des pratiques (encore) alternatives ; la confrontation reste nécessaire tant entre nous que vis-à-vis de l'extérieur ou par rapport à nos objectifs ; elle est non seulement utile, mais

aussi nécessaire, du fait même du caractère alternatif de nos pratiques, de notre vision d'un système de santé et d'une politique de soins.

La recherche-action nécessite des outils, des données, des analyses ; en même temps, dans un mouvement circulaire, elle en suscite la production. Ces outils, ces données, ces analyses sont utiles pour la conduite des projets en maisons médicales et servent d'appui au pilotage et à la gestion des maisons médicales... gestion et pilotage qui constituent probablement une recherche-action en soi !

La recherche-action est en quelque sorte une colonne vertébrale et un processus continu de formation, qui apporte structure, rigueur (discipline) de vie professionnelle, de vie en équipe, en centre de santé intégré. Même si l'on ne peut considérer que la recherche-action soit en soi un moyen de gestion ou de dynamisation d'une équipe, elle aide à la structuration de nos démarches et apporte dès lors une aide précieuse aux soins de santé primaires - ce domaine où prévalent les incertitudes, les problèmes (au sens où nous abordons les soins de santé dans une démarche de résolution des problèmes plutôt que d'établissement de diagnostics) ; elle favorise la construction permanente et mutuelle d'un savoir scientifique, humain, adaptatif et opérationnel. Elle soutient la conceptualisation, toujours à promouvoir, de nos pratiques, de ce qui les fonde, de ce qu'elles permettent, de leurs perspectives, de leurs travers, de leurs contradictions, de leurs difficultés, de leurs échecs et réussites, bref, de leur développement.

La recherche-action permet de faire le pont entre soins de santé primaires et santé publique, et elle apporte dès lors un soutien nécessaire à l'élaboration d'une politique de la santé, à la santé publique en tant que science et à la santé publique au sens politique ; ceci au bénéfice des patients de maison médicale, mais aussi du public en général (voir article sur le financement en rubrique).

S'inscrire dans des démarches de recherche-action, c'est s'ouvrir à un processus dynamisant, dont les effets peuvent dépasser les objectifs visés (*side effects*) et toucher différents niveaux : personnel, local, général (Fédération, région, etc.) et global. C'est donc s'ouvrir à la

possibilité d'améliorer continuellement la qualité de nos pratiques.

On peut se demander actuellement si l'existence même des maisons médicales, la démarche de développement des centres de santé intégrés, est en soi, reste toujours, une recherche-action, explicite ou non. Et si elle veut le rester, ou le devenir, pour rester alternative, politique et orientée vers nos objectifs fondamentaux ?

Le but ultime de nos démarches de recherche-action (comme de notre travail en général) est de soigner bien sinon mieux, de répondre mieux aux besoins (plutôt que de répondre à plus de besoins), de répondre aux aspirations légitimes de la population, des patients mais aussi des soignants, en un mot de vivre bien, sinon mieux, la santé... ●

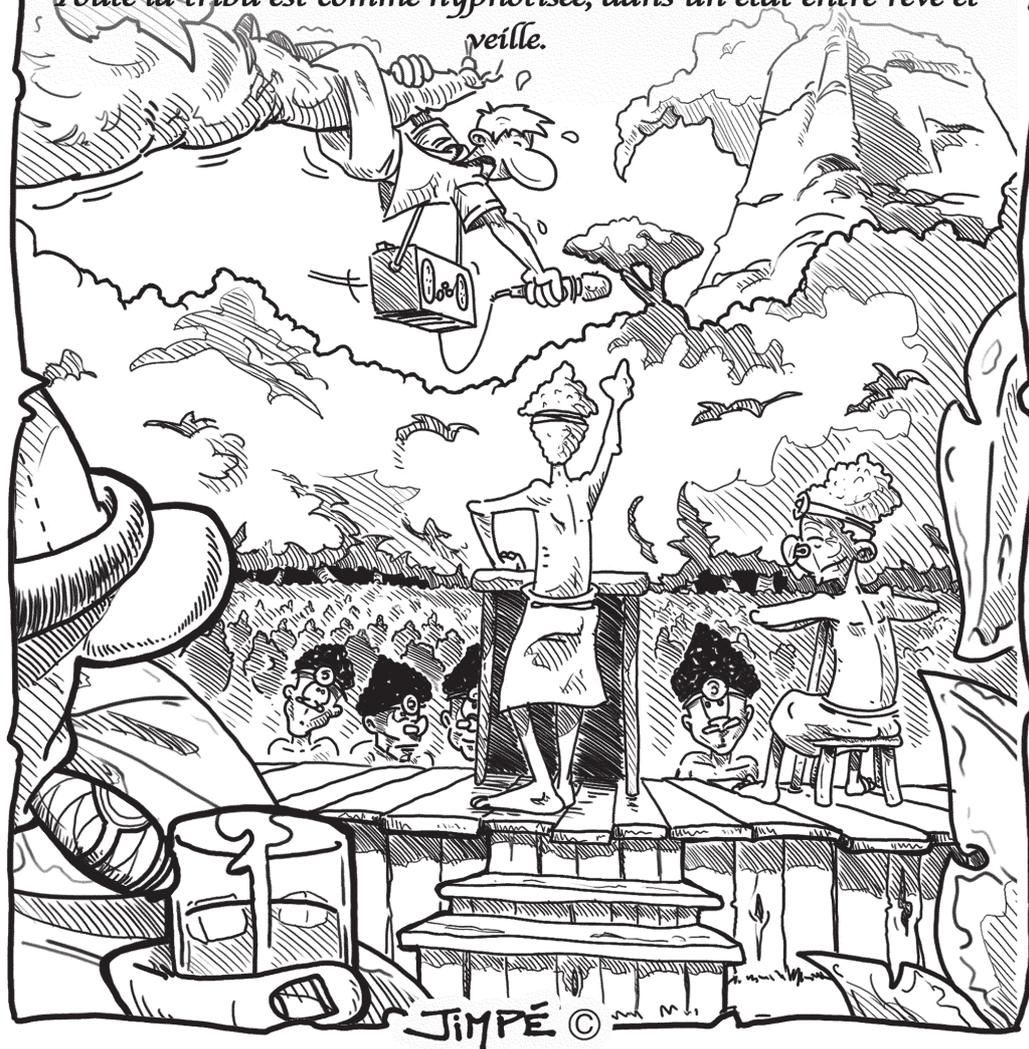


Les carnets du Professeur Krummenaugen

- Chapitre 3 -

Samedi 11 heures

La cérémonie dure depuis une heure. Après une sorte d'incantation rituelle de deux guerriers, le conseil des sages s'adresse à la tribu. L'un après l'autre, les vieux chefs prennent longuement la parole. Leur langue est décidément surprenante. Monocorde. On dirait une sorte de chant monodique empli d'une grande mélancolie, une mélodie au mystérieux pouvoir suggestif. Toute la tribu est comme hypnotisée, dans un état entre rêve et



Débat

**Isabelle.
Dechamps,**
*accueillante à la
maison médicale
de Tournai.*

Compte-rendu de la partie interactions suite aux interventions de :

- Jean-Pierre Unger : la recherche-action, un levier... pour améliorer les pratiques locales ;
- Daniel Burdet : la recherche-action, un levier... pour promouvoir la qualité des soins de santé primaire ;
- Perrine Humblet : la recherche-action, un levier... pour influencer l'organisation de systèmes de santé.

Des questions-réponses

● **Michèle Schmidt, accueillante, à Perrine Humblet :** *Il y a encore une certaine vision passéiste dans le chef de travailleurs du secteur de la petite enfance. Qu'en est-il de la formation de ces travailleurs, n'y a-t-il pas là une piste importante à creuser ?*

○ L'Observatoire n'est pas le seul dans le secteur de la petite enfance, il y a d'autres structures en place en matière de formation. Beaucoup de changements sont en cours actuellement dans le secteur, notamment en matière d'accueil. L'Office de la naissance et de l'enfance, par exemple, a élaboré un code de qualité de l'accueil, et dispose aujourd'hui de dix conseillers pédagogiques...

● **Patrick Jadoulle, médecin, à Jean-Pierre Unger :** *Peut-on vérifier l'impact positif du projet SYLOS auprès des acteurs de première ligne, en interne ? Quel financement des acteurs ? Quel impact sur la collaboration entre la première ligne et la deuxième ligne ?*

○ En réalité, les expériences ont évolué au cours du projet, il est trop tôt pour évaluer l'impact. Par comparaison avec les maisons médicales qui travaillent en interdisciplinarité sous un même toit, ici, dans le système SYLOS, la collaboration interdisciplinaire est virtuelle, elle se réalise par téléphone...

La question du financement est délicate, car si le projet SYLOS est un système polyvalent, le financement ne couvre qu'une partie des activités du projet.

● **Jérôme Backx, infirmier, à Jean-Pierre Unger :** *Une collaboration est-elle envisagée avec les Services intégrés de soins à domicile ? Quels points communs entre les deux ?*

○ Les Services intégrés de soins à domicile travaillent sur des zones géographiques très grandes ! Les personnes impliquées dans les SYLOS sont très proches des acteurs. Il faudrait donc commencer par l'intégration de représentants des Services intégrés de soins à domicile dans les SYLOS.

● **Anne Gillet, médecin, à Jean-Pierre Unger :** *Ne serait-il pas intéressant de partir des dodecagroupes et des GLEMs, qui pourraient être des points de départ de projets SYLOS ?*

○ Oui ! A Bruxelles, par exemple, ils vont essayer de partir du GLEM pour construire ce type de « maison médicale virtuelle ».

Remarque de Daniel Burdet : attention cependant, à ne pas confondre soins et santé ! En général, tout part du médical et de la délivrance de soins. Il serait dangereux de ne pas intégrer dès le départ d'autres professionnels que les médecins. Aujourd'hui, la culture se modifie, a évolué : on parle de promotion de la santé et d'intersectorialité ...

● **Axel Hoffman, médecin, à Jean-Pierre Unger :** *D'autres structures de soins de santé ne devraient-elles pas devenir partenaires privilégiés du SYLOS, je pense aux associations de médecins généralistes qui sont maintenant reconnues comme interlocutrices insitutionnalisées et subsidiées.*

○ Effectivement, le but d'un SYLOS est d'être une courroie de transmission, mais c'est difficile... (Expérience tentée à Malmédy, Anvers, Molière...).

● **Véronique Duparc, médecin, à Jean-Pierre Unger :** *Quid de l'analyse des échecs ? Sur quels points faut-il être vigilant ? Partant de là, quels sont les écueils d'une recherche-action ? Quels enseignements à tirer pour les équipes ?*

○ L'exemple de l'échec à la clinique Reine



Fabiola s'explique par des questions de personnes ; l'échec provient de problèmes particuliers en matière de suivi des enfants entre médecins généralistes et pédiatres.

○ Marianne Prevost : de manière plus générale, une difficulté est sans doute liée au fait que l'équipe se met en position d'intervention, avec une impatience à agir, plutôt que dans une position de recherche-action, où il faut aussi réfléchir (analyse, temps d'arrêt, évaluation, ...); il y aurait donc des difficultés d'ordre méthodologique (manque de rigueur, manque de recul). Il est primordial de se donner le temps de la réflexion et de se demander quels sont les moyens qu'on se donne au départ.

○ Daniel Burdet : dans une recherche-action, il n'y a pas de garantie que ça va marcher ! Par contre, on peut être sûr que l'équipe va en retirer quelque chose ! L'exemple vécu dans ma maison médicale, à propos de l'échec d'une recherche-action concernant l'autopalpation des seins a été mal « digéré », il a laissé des traces pendant longtemps car l'équipe ne comprenait pas le pourquoi de l'échec. « Ne pas savoir pourquoi » était le véritable échec ! Après réflexion, l'analyse des paramètres de départ a montré que les objectifs avaient été mal posés (problème de représentations, objectifs mal explicités, ...). Il faut donc prendre le temps pour planter le décor, savoir où on va, le pourquoi, le comment... Il faut un minimum de théorisation au départ.

○ Jean-Pierre Unger : deux éléments peuvent contribuer à l'échec. D'une part un problème de motivation et de mobilisation des acteurs et d'autre part, le fait que peu de moyens financiers sont disponibles pour des actes intellectuels, en dehors de toute clinique.

● **Axel Hoffman, médecin, à Daniel Burdet** : *Quel est l'impact du programme Agir ensemble en prévention et de l'esprit recherche-action sur l'ensemble du mouvement des maisons médicales ? Y a-t-il un changement de politique ? A quels niveaux ?*

○ Le changement se marque à tous les niveaux ! Une recherche-action améliore le pilotage d'une maison médicale. A la Fédé-

ration, le service d'études nourrit la cellule politique.

● **Natacha Carrion, médecin, à Daniel Burdet** : *Il faut regretter le manque de référence dans les exposés au contexte socio-politique et économique dans lequel se réalisent les recherches-actions. Qu'en est-il de la force de la volonté politique, des valeurs des responsables des recherches-actions, de la culture des acteurs, du financement (la recherche de moyens n'exercerait-elle pas une pression sur le travail ?).*

○ Les valeurs partagées ou non sont effectivement un facteur d'échec ou de réussite. Quant aux moyens, il faut reconnaître qu'il y a pénurie !

○ Jean-Pierre Unger : l'expérience SYLOS a justement été basée sur le partage de valeurs communes, les partenaires se sont donc reconnus dans ce système. Une fonction de la Fédération pourrait être de fédérer des partenariats autour de valeurs communes...

En synthèse

● Par rapport à l'intervention de Perrine Humblet

La question de la formation des travailleurs du secteur de la petite enfance est importante : les mentalités doivent encore évoluer.

● Par rapport aux interventions de Jean-Pierre Unger et Daniel Burdet

- Le système SYLOS est une sorte de « maison médicale virtuelle ». Il faut donc donner du temps au temps, pour que la coordination en interdisciplinarité puisse se réaliser avec maturité et efficacité.
- L'intérêt d'un projet SYLOS est précisément d'être une courroie de transmission entre différents professionnels, il faut donc dépasser les clivages pour réussir la coordination.
- Il doit se construire au départ de valeurs communes partagées, cette question des valeurs est fondamentale pour la réussite du

projet, comme elle l'est aussi en recherche-action en général. La Fédération peut jouer un rôle à ce niveau en étant aussi « fédérateur » de partenariat autour de valeurs.

- Peu de moyens financiers sont disponibles pour ce type de projet : en particulier, il y a peu de moyens pour des actes intellectuels en dehors de toute clinique ! Tout l'aspect discussion et réflexion est donc difficile à assumer, il suppose une grande motivation et la mobilisation des promoteurs du projet.
- Le principe du système SYLOS est d'élargir les compétences, au-delà des compétences strictement médicales. En parlant « Santé » plutôt que « soins », on intègre donc les différentes disciplines.
- Une grande rigueur dans la méthodologie est un atout essentiel pour réussir en recherche-action : il faut prendre le temps nécessaire pour baliser les étapes du projet, avec une certaine et suffisante « théorisation » : analyse, définition explicite des objectifs et des valeurs, évaluation, définition des moyens à mettre à la disposition du projet, maîtrise et compréhension du processus, etc. ●

Glossaire

SISD : Service intégré de soins à domicile. Actuellement, quatre zones pilote de Service intégré de soins à domicile fonctionnent en Wallonie à titre expérimental, financées par le Service public fédéral des affaires sociales et de la santé. L'objectif est de couvrir tout le territoire du royaume par ce type de services qui devraient coordonner les différents acteurs de santé au niveau local en ce qui concerne les soins à domicile.

DODECAGROUPE : ce sont des groupes d'une douzaine de médecins qui se réunissent périodiquement (plus ou moins à un rythme mensuel) afin de discuter d'une question médicale, sur base d'un exposé théorique.

Les dodécagroupes ont été créés et sont soutenus par la Société scientifique de médecine générale (SSMG). La participation aux dodécagroupes est libre et les groupes se constituent selon l'affinité des participants.

GLEMs : sont des Groupes locaux d'évaluation médicale, composés de huit à vingt médecins (généralistes ou spécialistes d'une même spécialité) qui se réunissent quatre fois par an pour échanger sur leurs pratiques sur le mode du *peer review*. Les GLEMs ont été mis en place en 1996 sur décision politique dans le but d'améliorer l'efficacité des soins (les meilleurs soins au moindre coût) et sont chapeautés par diverses structures de l'INAMI. La participation à un GLEM est une condition obligatoire de l'accréditation des médecins. Il est conseillé que les sujets débattus, à ce jour choisis librement par les participants (mais sans doute plus pour longtemps), envisagent les aspects économiques de la pratique médicale. Les GLEMs sont notamment le lieu où les médecins comparent leurs profils de prestations et de prescriptions que leur fournit l'INAMI.

Introduction générale des ateliers



Les équipes ont été invitées à présenter en atelier des expériences répondant aux caractéristiques de la recherche-action, quel que soit le niveau d'aboutissement de ces projets. Certains sont en cours, d'autres n'ont pas abouti à une action... il ne s'agissait pas d'emmener les participants dans le paradis *des success stories* ; mais bien de pointer et discuter avec eux l'intérêt des recherches-actions menées (avec souvent peu de moyens) sur le terrain, leurs difficultés, et les conditions qui permettent de les mener à bien.

Marianne Prévost,
*sociologue,
chercheur à la
Fédération des
maisons
médicales*

Il y a donc une grande diversité dans ces présentations : à la fois dans les thèmes abordés, mais aussi dans la méthodologie, le déroulement, les résultats. C'est cette diversité même qui a permis d'approfondir les aspects méthodologiques, déjà abordés dans les interventions du samedi matin.

Chaque atelier a permis un large débat entre les participants : une synthèse de l'ensemble de ces débats est présentée en conclusion des ateliers.

Les exposés présentés lors des ateliers ont été regroupés ici en quatre grands thèmes :

A la rencontre des patients :

des équipes se questionnent sur les besoins de la population, sur la satisfaction de leurs patients à l'égard de ce que leur propose la maison médicale : à la suite de leurs investigations, elles créent de nouveaux projets, réorientent leurs pratiques, ouvrent de nouveaux questionnements.

Se questionner avec des tiers :

des équipes s'exposent à un regard extérieur afin de bousculer les routines, d'être interpellées ; ou pour résoudre des difficultés, apaiser des conflits qui risquent de mettre en danger la qualité des soins offerts aux patients.

Réorienter les pratiques de soins :

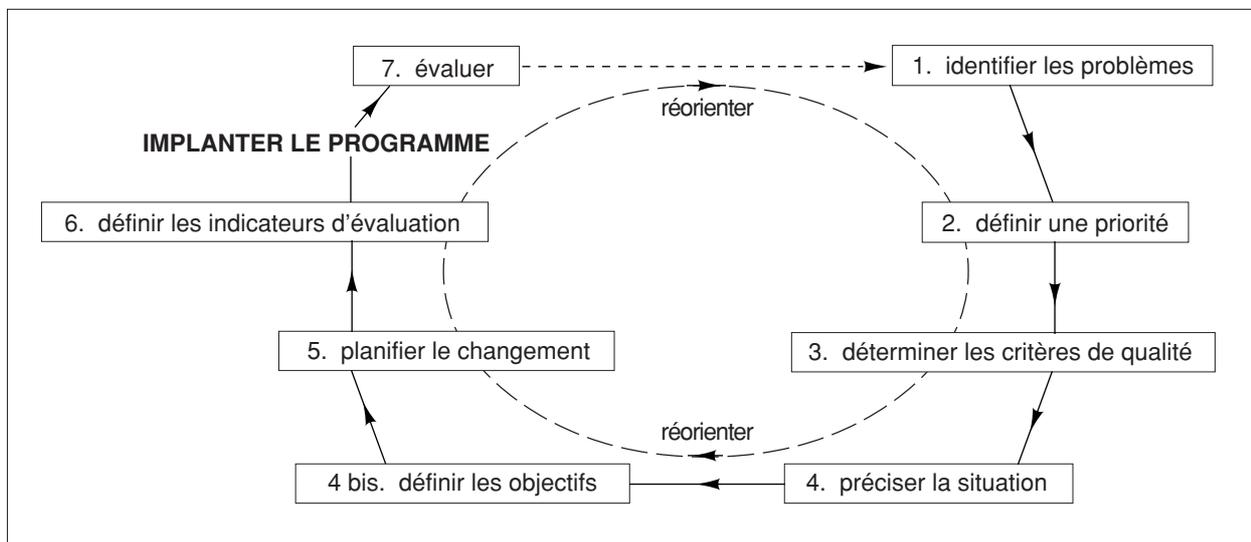
des équipes évaluent la manière dont elles suivent certaines pathologies, et réorientent leurs pratiques si cela s'avère nécessaire.

Participer à l'implantation d'une nouvelle stratégie :

des équipes s'intègrent dans un processus de recherche-action proposé par des intervenants extérieurs qui visent, à plus long terme, à améliorer la prévention de certaines pathologies dans l'ensemble des soins de santé primaires.

Enfin, un atelier pratique a invité les participants à construire une recherche-action pour résoudre, sur le temps du colloque, un problème concret présenté par les organisateurs. Les participants sont ainsi passés, dans un temps très réduit, par toutes les étapes de la recherche-action ; deux organisateurs du colloque les ont guidés dans cette démarche, en s'appuyant sur le cycle d'assurance de qualité.

De nombreux projets présentés dans les ateliers ont également été construits selon le cycle d'assurance de qualité, plus ou moins adapté. La Fédération des maisons médicales organise des formations dans ce domaine et a créé un outil en concertation avec certaines équipes : le « Carnet de bord – assurance de qualité », présenté dans un dossier de Santé conjugulée en juillet 2002 (Sept étapes pour avancer, un regard neuf : l'assurance de qualité ». Cet outil, mis à disposition de toutes les maisons médicales, aide à structurer une démarche similaire à celle de la recherche-action : elle part d'un problème nécessitant des changements de pratique, propose un questionnement sur les valeurs, met les acteurs en position de chercheurs, intègre aspects de recherche et d'action, et fonctionne par boucles rétroactives selon le schéma suivant :



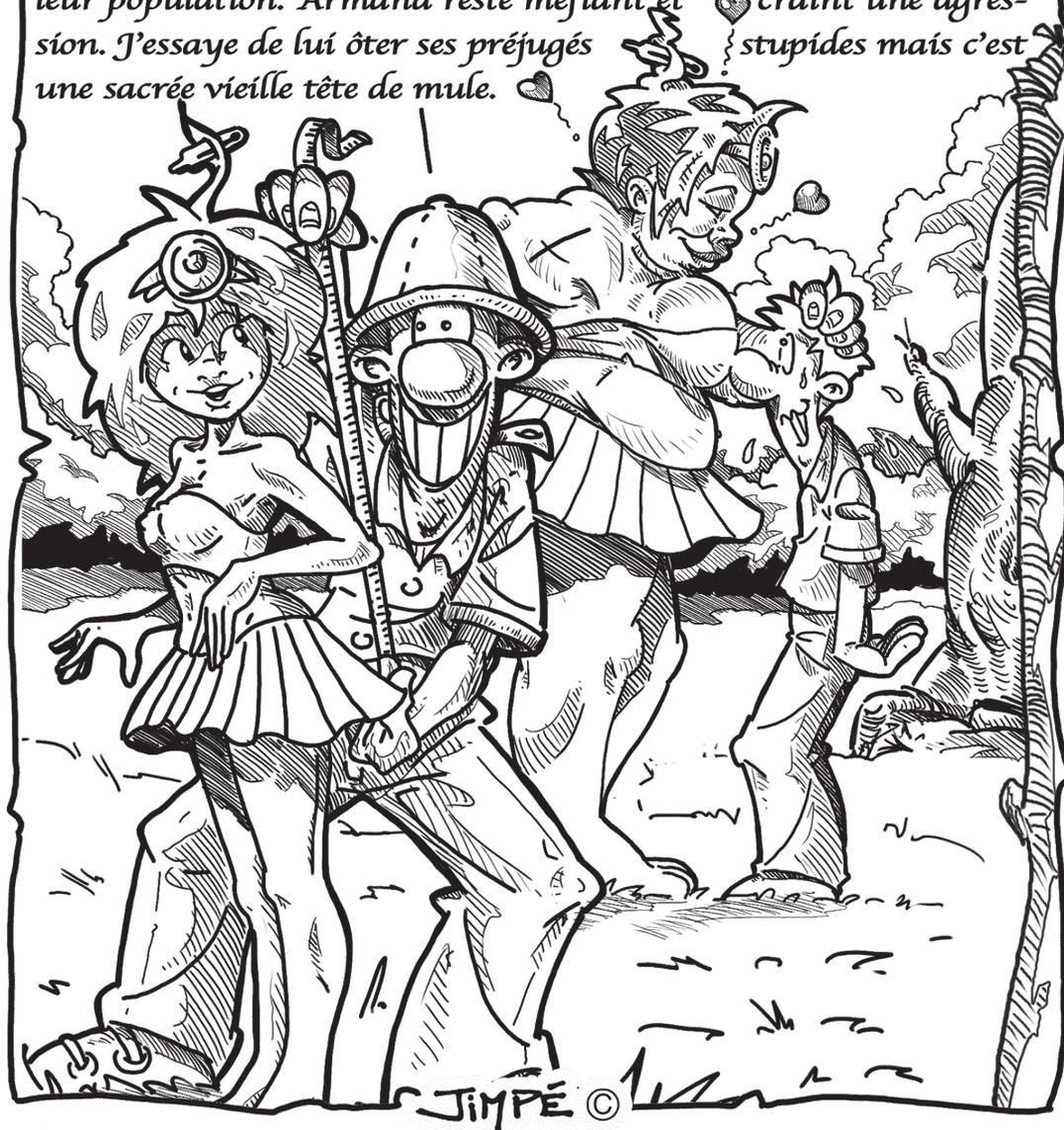


Les carnets du Professeur Krummenaugen

- Chapitre 4 -

Samedi 14 heures30'

La tribu semble maintenant s'être tout à fait habituée à notre présence. Nous en profitons pour réaliser d'importantes mesures anthropométriques : mesure du poids, de la taille, de l'index... Ces mesures me permettront de tenter d'expliquer l'extraordinaire vitalité des F'fédés et l'incroyable vitesse de développement de leur population. Armand reste méfiant et  craint une agression. J'essaye de lui ôter ses préjugés  stupides mais c'est une sacrée vieille tête de mule. 



Enquête sur la satisfaction des patients

Travail de
Delphine Lancel,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Santé plurielle et
présenté par **Jean
Laperche**,
médecin
généraliste à la
maison médicale
de Barvaux.

La question de départ : les patients sont-ils satisfaits de la maison médicale ?

C'est une assistante en médecine générale qui a souhaité creuser cette question : elle éprouvait une frustration due au peu de retour que lui renvoyaient les patients sur ce qu'ils éprouvaient à l'égard des soins offerts par la maison médicale. Le sujet lui semblait peu investigué malgré son intérêt central : la satisfaction des patients, si elle est difficile à objectiver et à mesurer, est un paramètre de la qualité des soins largement reconnu, un patient satisfait ayant une meilleure adhésion au traitement.

Investiguer cette question permet de :

- évaluer la qualité des consultations ;
- améliorer l'adhésion au traitement ;
- identifier des changements susceptibles d'améliorer l'organisation des soins pour le patient.

Le dispositif de recherche

Le médecin assistant a proposé à l'équipe de consacrer son travail de fin d'études à la satisfaction des patients. Cette équipe avait déjà réalisé une enquête il y a quelques années, modifié certains aspects d'organisation suite aux résultats observés, et était motivée à prolonger sa réflexion. Le médecin assistant a réalisé l'étude avec l'aide de l'équipe, tout en continuant ses activités habituelles. Les résultats ont été présentés et discutés en équipe ; des modifications sont en cours à la maison médicale, dont le médecin assistant ne fait plus partie actuellement.

* ; EUROpean
task on patient
evaluation of
general practice.

La méthodologie

Une enquête a été faite durant trois semaines (février 2004) auprès de tous les patients consultant ou vus à domicile : un questionnaire leur a été remis par les trois infirmières, les deux kinésithérapeutes, les trois médecins généralistes et les deux assistantes

Mots clés :
recherche-action,
médecine générale,
participation des usagers

en médecine générale. Certains patients ont rempli le questionnaire sur place, d'autres l'ont renvoyé par courrier.

Les critères d'inclusion des patients étaient :

- être âgé de plus de quinze ans ;
- comprendre le français, l'anglais ou l'espagnol ;
- être déjà venu plus de trois fois à la maison médicale.

L'outil d'enquête est un questionnaire, rédigé à partir du questionnaire EUROPEP*, instrument standardisé, valide, fiable et d'utilisation facile. Ceci a permis de comparer les résultats des patients de la maison médicale Santé Plurielle avec les résultats des autres patients belges francophones repris dans l'étude EUROPEP. Etant donné la diversité de population de la maison médicale Santé Plurielle, la formulation des questions a été simplifiée, afin qu'un maximum de personnes puisse y répondre ; certaines questions ont également été ajoutées. Le questionnaire comporte vingt-trois propositions relatives à cinq domaines distincts : relation et communication, soins médicaux, informations, continuité et accessibilité des soins. Quatre niveaux de satisfaction, symbolisés par un diagramme, sont proposés aux patients. Les réponses sont, pour l'analyse, catégorisées de la manière suivante : très insatisfaits, insatisfaits, satisfaits, très satisfaits (plus une catégorie « non applicable »).

Le questionnaire a été traduit en anglais, espagnol et arabe. Deux cent quarante-deux questionnaires ont été distribués aux patients.

Les résultats

Cent quarante-trois questionnaires ont été rendus complétés et interprétables (59,09 %). L'âge moyen des répondants est de 52,5 ans ; 59 % d'entre eux sont de sexe féminin. Le niveau de satisfaction est élevé (autour des 80 %) pour la majorité des items, essentiellement ceux qui concernent la relation et la communication, par exemple :

- Le soignant vous consacre assez de temps pendant la consultation ;
- Le soignant porte assez d'intérêt à votre



- situation personnelle ;
- Le soignant vous met à l'aise pour parler de vos problèmes ;
- Le soignant tient compte de votre avis pour les décisions concernant vos soins médicaux ;
- Le soignant vous écoute ;
- Le soignant respecte la confidentialité de votre dossier au sein de l'équipe et par rapport à votre entourage.

Sept questions révèlent un niveau de satisfaction moins élevé. Quatre d'entre elles portent sur l'accessibilité :

- Vos symptômes sont rapidement soulagés ;
- Le soignant vous informe de la prévention des maladies ;
- Le soignant se préoccupe de votre état de santé quand vous êtes à l'hôpital ;
- Vous avez la possibilité de prendre un rendez-vous à un moment qui vous convient ;
- Vous acceptez que votre soignant ait des coups de téléphone pendant votre consultation ;
- La durée d'attente dans la salle d'attente est acceptable ;
- Le soignant répond rapidement aux urgences pendant la nuit, la soirée et le week-end.

Les résultats obtenus pour la maison médicale sont assez comparables aux résultats obtenus pour l'étude EUROPEP francophone. Le niveau de satisfaction par rapport à la durée d'attente est toutefois nettement plus élevé à la maison médicale, probablement parce que les consultations se donnent sur rendez-vous ; cette option a été prise par l'équipe suite à une enquête réalisée il y a quelques années.

Les pistes de changement

Les résultats ont été présentés et discutés en équipe. Plusieurs questions ont été soulevées, tout d'abord un certain doute quant au niveau élevé de satisfaction exprimé par les patients.

A cet égard, bien que l'outil ait été validé, l'équipe s'est demandé si l'enquête par questionnaire est vraiment une bonne méthode (les

patients osent-ils vraiment dire ce qu'ils pensent malgré le caractère anonyme du questionnaire ? Ont-ils vraiment pris le temps de réfléchir au sens de la question avant de répondre qu'ils étaient satisfaits ? Les patients insatisfaits ont-ils répondu ? Ont-ils suffisamment confiance en la maison médicale pour croire qu'en répondant à ces questions, leur participation serait prise au sérieux et que l'équipe en tiendrait compte pour modifier sa façon de travailler ?). Une limite claire, c'est que les répondants sont par définition abonnés à la maison médicale, ce qui laisse supposer qu'ils sont suffisamment satisfaits. Les patients désabonnés n'ont pas été contactés ; quelles sont les causes de leur désabonnement ?

Un point intéressant : bien que le score d'insatisfaction le plus élevé soit atteint par la question : « vos symptômes sont rapidement soulagés » le niveau de satisfaction globale reste très élevé - aussi élevé que pour les questions se rapportant à la relation et à la communication avec le soignant. La satisfaction du patient est donc peut-être plus liée au temps qu'on lui consacre, à l'intérêt qu'on lui porte, à l'écoute, au respect, qu'au soulagement des symptômes...

L'enquête a permis de pointer des aspects critiques, des points sur lesquels les patients sont relativement insatisfaits, ce qui donne des éléments pour agir. L'équipe s'est réunie plusieurs fois et a travaillé sur les aspects les plus sensibles, à l'aide du cycle d'assurance de qualité.

Elle a reconnu le bien-fondé des éléments d'insatisfaction exprimés - à l'exception de la durée d'attente en salle d'attente, qu'elle estime faible sauf dans des cas exceptionnels imprévisibles.

Les pistes de changement suivantes ont été définies et travaillées :

- améliorer les explications données aux patients en ce qui concerne le pronostic, le traitement, la prévention, le soulagement des symptômes : par le dialogue, par des articles de prévention dans le feuillet de liaison (journal des patients), des informations en salle d'attente ; et par la remise de feuillets aux patients ;
- améliorer le lien avec le patient hospitalisé : en utilisant la feuille de liaison avec l'hôpi-

tal, en désignant une personne responsable d'aller à l'hôpital, en rappelant aux patients (via le feuillet de liaison) de contacter la maison médicale lorsqu'ils sont hospitalisés ;

- augmenter l'offre de rendez-vous, à côté des consultations libres ; élargir les plages de consultations (à discuter par secteur) ; ventiler les plages de consultations libres selon les saisons (en prévoir plus pendant l'hiver) ;
- en cas d'appel téléphonique lorsqu'un médecin consulte : ne pas laisser sonner plus de trois fois s'il ne répond pas (les autres secteurs doivent encore préciser une ligne de conduite) ;
- déplacements pendant les gardes : les médecins ont parfois tendance à juger la visite inutile, et à la refuser sans dialoguer suffisamment avec les patients. L'équipe a élaboré un guide d'entretien sous forme d'arbre de décision : ceci permet de préciser la demande, d'inviter éventuellement le patient à résoudre le problème ou à venir en consultation. Dans tous les cas, la décision de venir ou non en visite se fait en consensus, avec accord explicite du patient. ●

Bibliographie

Enquête sur la satisfaction des patients à la maison médicale Santé Plurielle, Delphine Lancel, Travail de fin d'études, DES en médecine générale, UCL-CUMG, 2003-2004.
Private Payers, « HCFA adopting surveys as quality measure », Hosp Peer Review, 1993 ; 18 :140-4.

La maison médicale Santé plurielle fut créée en 1993. Elle se situe à Saint-Gilles à Bruxelles ; elle fonctionne au forfait. Sa patientèle de 2.000 patients est cosmopolite, avec une communauté hispanophone importante. La composition de l'équipe (au moment de l'étude) : trois infirmières, deux kinésithérapeutes, trois médecins généralistes, deux assistants en médecine générale, trois accueillants.



La participation des patients, conçue par les usagers et les travailleurs

Cette équipe a, très vite après sa création, mis sur pied le Forum Santé, association mixte usagers-travailleurs qui organise des activités pour promouvoir la santé au sens large.

● La question de départ et son évolution

En 99-2000, l'équipe et l'association ont constaté que la participation aux activités collectives proposées par Forum-Santé est relativement faible. Les usagers seraient-ils passifs, ne veulent-ils pas prendre leur santé en main ? Comment améliorer leur participation, quelles nouvelles activités proposer ?

Cette problématique a progressivement été intégrée dans un questionnement plus large, portant sur les relations des patients avec la maison médicale, et sur leur participation à la vie sociale : il semblait en effet plus pertinent d'envisager la participation aux activités de Forum Santé dans ce contexte global que de manière isolée.

● Le dispositif de la recherche-action, la méthode

En 2001, une enquête a été élaborée par Forum Santé avec l'aide de chercheurs extérieurs. Elle s'est faite d'une part par questionnaire auprès de 10% des patients sélectionnés au hasard ; d'autre part, par entretiens en face à face auprès de quinze patients vivant dans des situations de précarité.

Ce travail a nécessité deux ans de préparation et deux ans pour l'analyse des résultats, avec un aller-retour d'informations entre les différents partenaires. Il a été présenté dans le *Santé conjugulée* n°28 de juillet 2004, nous n'en reprendrons donc ici que certains aspects.

● Les résultats de l'enquête

Les patients sont dans l'ensemble assez satisfaits de leurs relations avec les soignants, mais certains ont le sentiment de n'avoir pas grand chose à dire dans le cadre de la consultation, ou de ne pas pouvoir exercer une influence directe sur leur santé. La majorité n'a pas d'activité associative. Enfin, si 80% connaissent l'existence de Forum Santé, très peu participent

aux activités : elles ne correspondent pas à ce qu'ils souhaitent, ils ne se sentent pas concernés, ils ont des difficultés à se mobiliser...

● L'impact de l'enquête : nouveaux questionnements et réorientations

Ces résultats ont ébranlé Forum Santé. L'association a une influence sur l'équipe et sur un petit nombre de patients, mais est en quelque sorte ignorée par la grande majorité... ; elle s'est interrogée quant à sa légitimité au titre de représentant des usagers et a décidé de faire appel à une psychologue pour travailler ces questions et évaluer son fonctionnement.

La maison médicale a par ailleurs engagé une seconde assistante sociale. Celle-ci jouera un rôle d'information plus important auprès des usagers et effectuera des suivis individuels : les entretiens ont en effet montré que les patients précarisés expriment avant tout des besoins dans ce domaine et, par ailleurs, nécessitent un accompagnement avant de pouvoir envisager la participation à une activité collective. ●

Créée en 1978, la maison médicale de Barvaux a opté pour le paiement au forfait depuis le 1 octobre 1999. Elle se compose de quatre équivalents temps plein médecins, 1,5 équivalents temps plein infirmière, 1,8 équivalents temps plein kinésithérapie, deux accueillantes et une assistante sociale à mi-temps (qui renforce l'accueil, mais se consacre surtout à l'accompagnement et à la structuration des projets de l'association des patients). Population inscrite début 2003 : 2456 patients.

Mots clés :
recherche-action,
médecine générale,
participation des usagers

Jean Laperche,
médecin
généraliste à la
maison médicale
de Barvaux.

Réorientation des pratiques pour mieux répondre aux besoins des patients défavorisés ?

Jean Laperche,
médecin
généraliste à la
maison médicale
de Barvaux.

(1) Heremans P.,
Deccache A.,
Prévention,
médecine
générale et
milieux
défavorisés,
Séminaire
européen du 23
au 25 octobre
1997, Bruxelles,
UCL-RESO.

(2) *Le plus
vexant, c'est que
cette publication
avait été rédigée
pour la
préparation et les
actes d'un
colloque
européen à
l'université
catholique de
Louvain en 1997
- et qu'un des
médecins de la
maison médicale
de Barvaux
faisait partie des
organismes et
des
participants...
Comme quoi,
quand on a le nez
sur la vitre...*

La problématique de départ

A la fin de l'année 2002, dans le prolongement d'une supervision d'équipe, la maison médicale de Barvaux a souhaité identifier les attentes et les besoins de changements souhaités par chacun de ses membres. Une longue liste a été établie ensemble, ce qui a fait surgir des idées très diverses, regroupées ensuite en quatre niveaux :

- Le niveau « maison médicale en tant qu'institution » : une meilleure répartition de la charge de travail, le développement de la santé communautaire, une meilleure connaissance de la patientèle consultante, la gestion des rendez-vous...
- Le niveau « équipe des soignants » : plus de solidarité, un climat de sécurité affective, la satisfaction au travail, le respect de son identité ...
- Le niveau « secteur professionnel » - secteur des médecins : la reconnaissance, le titulariat des patients, l'organisation des gardes de jour, l'encadrement de l'assistant, la disponibilité des médecins.
- Le niveau personnel : la satisfaction au travail, le besoin de reconnaissance.

La question d'une meilleure connaissance de la patientèle a été retenue en priorité, et rediscutée en équipe début 2003. Cette question a été précisée, reformulée de la manière suivante : « comment répondre à nos difficultés avec les patients défavorisés ? ». Les soignants avaient en effet l'impression d'avoir « beaucoup » plus de patients de ce type depuis le passage au forfait en 1999, et d'être un peu débordés.

cela veut dire combien ? Y a-t-il réellement beaucoup de patients défavorisés parmi la patientèle, ou bien cette perception subjective recouvre-t-elle d'autres réalités, une sensation de surcharge liée à d'autres facteurs ?

L'objectif intermédiaire devenait donc la recherche d'une information nouvelle : combien y a-t-il de patients du quart-monde parmi la patientèle ? Et dès lors, comment définir un patient, une famille « du quart-monde » ?

Le premier essai d'identification des patients défavorisés s'est fait à partir des codes mutuels : sur 2.450 inscrits, 3,6 % avaient un code 101/101, correspondant à la catégorie BIM (bénéficiaire de l'intervention majorée), c'est-à-dire des assurés préférentiels avec faibles revenus. Aux yeux de l'équipe, ce chiffre sous-estimait la réalité.

Comment dès lors mieux apprécier le taux réel ? La première étape a été d'identifier les critères selon lesquels une famille peut être définie comme appartenant au « quart-monde ».

Des experts ont été sollicités, issus de la Fédération des maisons médicales (chercheurs du programme d'Agir ensemble en prévention) et des universités ; il s'est avéré que la définition et les critères sont variables ; certains préfèrent parler de fragilités sociales qui s'additionnent, le terme « quart-monde » est plutôt un terme militant... La littérature a également été consultée : les articles sont abondants et les critères utilisés souvent partiels : logements insalubres, revenus insuffisants, difficultés culturelles, etc. Une publication belge relativement récente proposait des critères d'identification plus spécifiques¹, avec une revue de la littérature : bingo !² Les chercheurs y proposent des critères pertinents en médecine générale et estiment que la présence durable d'au moins deux de ces critères permet de définir une population défavorisée, ou fragilisée. Les critères sont les suivants :

- fragilités des revenus : inférieurs ou équivalents au minimex. C'est difficile à objectiver ;
- fragilité du logement, de l'environnement :

Mots clés :
recherche-action,
précarité,
participation
des usagers

Analyse de la situation

Avant d'aller plus loin, il est apparu utile d'objectiver cette impression : beaucoup,



- insalubrité, hygiène déficiente, manière de se nourrir, de consommer tabac et alcool, aspect extérieur, animaux domestiques envahissants... c'est aussi difficile à objectiver ;
- niveau d'instruction faible : niveau école primaire ou moins et structuration mentale insuffisante, déstructuration ; incapacité à se projeter dans le futur : pas de projet à moyen terme, pas de prévention pour la santé, prédominance d'autres priorités immédiates ;
 - fragilité des liens familiaux ou sociaux : conflits, séparations, isolement ;
 - sous-cultures différentes, ou même contradictoires avec la culture médicale moderne : (exemple : « Etre en bonne santé = être gros ») ;
 - fragilité de l'emploi : précaire ou absent ; et inexistence d'accès au chômage en cas de non-emploi ;
 - fragilité de la santé physique et psychosociale, avec des antécédents graves : placement en home, séjours en prison, antécédents psychiatriques graves, toxicomanies, viols, etc ;
 - contradictions des demandes : problèmes de santé graves et demandes de soins pour « des bêtises » : non-perception de l'importance des problèmes et demandes pressantes et irrationnelles. Tout ceci demande aux soignants beaucoup de temps, d'écoute, d'énergie personnelle. Un indice de ces attitudes contradictoires et erratiques est que ces patients ne sont pas toujours en ordre de mutuelle et changent facilement de soignant (ceci semble toutefois moins vrai dans les structures travaillant au forfait).

La deuxième étape a été d'appliquer ces critères et de compter le nombre de familles qui y correspondent.

Cent dix-neuf familles furent tirées au hasard, soit un échantillon de 10 % des familles inscrites à la maison médicales. La situation sociale de ces familles fut appréciée par toute l'équipe sur base des six critères cités ci-dessus.

Cette analyse a produit les résultats suivants pour les cent dix-neuf familles :

Fragilités connues	Nombre	% de familles
0	72	60 %
1	11	9 %
2	8	7 %
3	9	8 %
4 et +	7	6 %
Situation inconnue :	12	10 %

Cette analyse montre que

- Les situations sociales et les fragilités de 90 % des familles sont bien connues par l'équipe des soignants. Les 10 % dont la situation est mal connue sont des familles déjà inscrites, mais qui ne consultent pas ; ce qui signifie, soit qu'elles ont déménagé dès après leur inscription (peu probable) ; soit qu'elles ne sont pas précarisées (il est en effet établi que les familles précarisées ont de multiples problèmes et consultent beaucoup).
- Il y a peu ou pas de fragilités pour 69 % des familles de l'échantillon (+ les 10 % non connues ?)
- La population réellement précarisée, selon l'approche par critères définis ci-dessus, représente 21 % de la patientèle :
 - deux ou trois fragilités = 15 % de la patientèle, soit les trois-quarts des patients fragilisés ;
 - quatre et plus = 6 % de la patientèle, qui souffrent donc d'une grande fragilité.

Conclusion : 20 % de nos patients présentent au moins deux fragilités, ce qui les apparente à ce qui est généralement considéré comme « le quart-monde ». Parmi ceux-ci, un quart vivent des situations de grande pauvreté.

Ces chiffres sont interpellants. 21 %, ce n'est pas rien et ce n'est pas tout. Ce taux est perçu par les soignants comme très crédible, rencontrant leur perception subjective. Cette information est pertinente pour la suite de la réflexion et des actions.

Réorientation des pratiques pour mieux répondre aux besoins des patients défavorisés ?

Les pistes de changements

Cette recherche-action a permis d'initier des changements importants dans le travail de l'équipe ; celle-ci poursuit la réflexion, à son rythme. Un travail en sous-groupes est mené autour de différentes questions, notamment : quelles difficultés, quelles richesses chacun rencontre-t-il dans les soins aux patients dits du « quart-monde » ?

Par ailleurs, une recherche complémentaire a été réalisée par deux chercheurs extérieurs de la Fédération des maisons médicales, qui ont interviewé en face à face une quinzaine de patients précarisés. Cette étude donne des éléments de réponse à la question évoquée ci-dessus et indique la manière dont ces patients perçoivent et apprécient le fonctionnement de la maison médicale.

Enfin, plusieurs actions concrètes ont été mises en place :

- mise en place d'un groupe de patients fumeurs précarisés ;
- rencontre avec un assistant social du ministère des Affaires sociales pour être mieux informés des aides sociales existantes ;
- initiatives de collaborations avec les services sociaux de la commune ;
- engagement d'une seconde assistante sociale pour le suivi individuel des patients référés par un thérapeute de l'équipe ;
- rencontre avec des associations locales : resto du cœur, maison communautaire, CPAS ;
- et ce n'est pas fini...

Les réflexions de l'équipe se poursuivront ultérieurement autour d'autres questions : comment entendre les demandes des familles précarisées ? Où sont leurs priorités de survie ? Quelles structurations dans l'offre de nos services (ces familles sont majoritairement soignées par les médecins-femmes de la maison médicale) ? Comment éventuellement réorienter les services de la maison médicale ? ●



Les attentes des patients

Le point de départ : que souhaitent les patients ?

Au sein de l'équipe de la maison médicale Kattebroek, il existe un groupe prévention, constitué de manière pluridisciplinaire. Ce groupe prévention a souhaité ébaucher un nouveau projet qui devait :

- toucher toutes les communautés ethniques installées dans les quartiers aux alentours de la maison médicale ;
- être basé sur leurs préoccupations quotidiennes, partir de leurs besoins ;
- déboucher sur des actions tangibles impliquant la participation des patients.

A partir de cette réflexion, l'équipe a souhaité rencontrer des patients afin de mieux comprendre leurs préoccupations concrètes, leurs attentes, leurs besoins, de manière à mieux travailler ensemble, être plus efficace dans les actions.

Méthodologie et dispositif de la recherche-action

L'encadrement méthodologique a été assuré par un chercheur de la Fédération des maisons médicales ; le carnet de bord a aidé à structurer le projet.

La technique de récolte d'information choisie a été le focus-groupe. Il s'agissait de rassembler un certain nombre de personnes, pour quelques rencontres visant à les laisser s'exprimer de manière non-dirigée sur leurs attentes par rapport à la maison médicale, leurs préoccupations quotidiennes, etc. Les focus-groupe ont été menés dans un lieu neutre : le Centre culturel, proche de la maison médicale, avec des animateurs extérieurs. Deux rencontres ont paru suffisantes, au vu de l'information récoltée, pour réorienter certaines pratiques de l'équipe.

L'échantillon : l'option prise a été de se centrer sur les femmes (elles jouent un rôle central au niveau de la santé de la famille), ayant au moins deux enfants (dont un ayant entre trois et dix ans) ; ceci afin de favoriser l'émergence de questions, de problèmes communs. Un échantil-

lon de quarante femmes a été tiré au sort. Les caractéristiques de cet échantillon sont les suivantes :

- des femmes disponibles la journée ;
- avec deux enfants (dont l'âge de l'un se situerait entre trois ans et dix ans) ;
- groupes ethniques représentatifs des différents quartiers autour de la maison médicale ;
- qui parlent français ;
- qui sont susceptibles de venir au focus-groupe (pas de grosse prise en charge familiale).

La procédure de contact : les quarante femmes ont été contactées soit par téléphone, soit par contact direct, suivi d'un courrier ou entretien téléphonique pour confirmation des dates.

Les résultats des rencontres

La première rencontre a mobilisé treize femmes sur les quarante (malgré un travail de contact intensif). La deuxième rencontre a mobilisé six femmes, dont deux nouvelles. La plupart des femmes étaient maghrébines.

Ces femmes ont exprimé un sentiment très positif par rapport à la maison médicale, et ont signalé qu'elles préfèrent avoir leur propre médecin (un médecin référent). Elles ignoraient la présence dans la maison médicale, de l'assistante sociale et de l'acupuncteur.

Elles ont identifié plusieurs problématiques vis-à-vis des enfants, qui leur tiennent à cœur : alimentation, éducation, scolarité, rapports d'autorité. La question de l'énurésie des enfants a été largement soulevée : l'échange leur a permis de réaliser, avec plaisir et étonnement, qu'elles n'étaient pas seules à vivre ce problème difficile à résoudre et délicat, parce qu'il suscite de la honte et de nombreuses difficultés pratiques.

Elles ont également exprimé des difficultés, des expériences mal vécues dans leurs relations avec les hôpitaux et avec les médecins de garde.

Elles ont par ailleurs fait état d'un sentiment de mal-être, de difficultés psychologiques personnelles. Tout en reconnaissant

Brigitte Meire,
infirmière à la
maison médicale
Kattebroek.

Mots clés :
recherche-action,
maison médicale,
participation des
usagers

le soutien apporté par le médecin généraliste à cet égard, elles situaient les limites de son rôle et souhaitaient pouvoir consulter un psychologue à la maison médicale.

Enfin, elles ont manifesté le souhait que des spécialistes (notamment dentiste) complètent l'équipe de la maison médicale.

Ajoutons que ces femmes ont été très heureuses de pouvoir se rencontrer, échanger, entendre l'expérience et les solutions que certaines avaient trouvées face à leurs problèmes.

Les changements, les réorientations

Les réflexions, les besoins exprimés par ces femmes lors des focus-groupes ont permis de réorienter certaines axes de travail, de proposer de nouvelles activités :

- une psychologue a pu être engagée grâce à des subsides apportés par la Commission communautaire française. Cette psychologue réalise un travail individuel et communautaire : groupe de parole destiné aux parents de familles monoparentales, groupe destiné aux adolescents, ce qui répond bien aux besoins exprimés par les patientes ;
- le journal de la maison médicale a fait paraître un article d'information sur les services offerts par la maison médicale, notamment l'acupuncture et le service social auxquels les personnes portent un certain intérêt ;
- deux séances d'information sur l'énurésie ont eu lieu ; elles ont été animées par un médecin et la psychologue ;
- d'autres préoccupations exprimées, telles que l'alimentation, la scolarité, les rapports avec les hôpitaux feront ultérieurement l'objet d'activités ciblées. ●

La maison médicale Kattebroek se situe à Berchem Sainte Agathe. C'est un centre qui fonctionne en équipe pluridisciplinaire et a choisi de travailler au forfait. Quatre accueillantes (deux et demi équivalents temps plein) côtoient quatre médecins, deux kinésithérapeutes, tous presque temps plein, une assistante sociale et un psychologue, ainsi que trois dentistes et deux infirmières pour un équivalent et demi temps plein. La population inscrite se situe autour de 2.300 personnes ; elle se compose en majorité de familles dont la moyenne d'âge est assez jeune et qui sont originaires du Maghreb, d'Afrique noire, d'Europe. La maison médicale a la volonté de travailler en réseau avec tous les acteurs psychomédicosociaux qui se trouvent sur le terrain afin d'élaborer un diagnostic communautaire.



La création d'un réseau d'échanges de savoir : « La Boussole »

La problématique de départ

L'équipe de la maison médicale Antenne Tournesol a été interpellé par le problème de la solitude, souvent exprimé par certains patients, particulièrement chez ceux qui expriment des sentiments dépressifs. Ce problème touche des patients déjà défavorisés ou fragilisés, et apparaît grave : il peut avoir beaucoup de répercussions négatives sur la vie des gens, et il interagit avec d'autres problèmes : par exemple le stress, l'alimentation, la violence, la dépression.

La démarche de recherche-action

Avant d'entamer un projet, l'équipe a travaillé sur la présentation de cas de personnes présentant des problèmes psychosociaux ; ces échanges ont permis de récolter des témoignages et confirmé la place et l'importance de la solitude dans le contexte de vie de ces patients. Ils ont également permis d'identifier les difficultés récurrentes exprimées par les patients, difficultés que les soignants ont l'impression de ne pas prendre suffisamment en charge parce qu'ils ne savent pas comment y répondre. Enfin, il est apparu qu'un grand nombre de patients expriment une demande (explicite ou non) face à leurs problèmes de solitude.

Ensuite, plusieurs stratégies d'action ont été envisagées :

- créer un groupe de patients parlant la même langue, afin qu'ils échangent des idées pour remédier eux-mêmes à leurs problèmes. Cette méthode n'a pas été suivie, plusieurs membres de l'équipe estimant que les gens ne viendraient pas, comme le montrent des expériences déjà faites ailleurs ;
- faire une enquête par questionnaire auprès des patients pour approfondir leur vision du problème, leurs suggestions de remédiation ; cette méthode a aussi été abandonnée, parce

que cela semblait trop long, l'équipe ne voyait pas bien comment toucher les patients, quel échantillon considérer, ni comment procéder : beaucoup de patients ne savent pas lire ou ne comprennent pas bien le français.

Il est apparu plus pertinent de consulter d'abord les professionnels du quartier. Une première tentative a été faite, par questionnaire distribué dans le cadre des réunions de la coordination sociale existante. Il y a eu très peu de retours : les intervenants manquaient de temps, le questionnaire ne leur semblait pas clair, les questions posées ne leur « parlaient » pas.

La démarche d'enquête a été retravaillée en équipe, avec l'aide d'un chercheur de la Fédération des maisons médicales. Certaines étapes du carnet de bord en assurance de qualité ont été utilisées pour soutenir la réflexion. Suite à cet échange, l'assistante sociale chargée de la santé communautaire a rencontré tous les intervenants du quartier : cela a permis de faire mieux comprendre le but de la recherche, de mieux comprendre la perception de ces intervenants, les ressources qu'ils ont, et aussi de leur expliquer les objectifs et les modes de travail de la maison médicale. Trois problèmes majeurs sont ressortis de cette enquête : le surendettement, le logement et la solitude. Les résultats de cette enquête ont ensuite été présentés et discutés avec l'équipe de la maison médicale, et il est apparu faisable et réaliste de se pencher sur le problème de la solitude.

La stratégie d'action : un réseau d'échange des savoirs

L'idée de mettre sur pied un réseau d'échange des savoirs avait déjà été émise auparavant par certains membres de l'équipe. Les échanges avec le terrain et les discussions en équipe ont confirmé la pertinence d'un tel projet : il permettrait d'aborder les patients de manière positive, à partir des ressources qu'ils ont, qu'ils peuvent proposer à d'autres. Partir d'une idée négative :

Elisabeth Martin,
assistante sociale
à la maison
médicale Antenne
Tournesol .

Mots clés :
recherche-action,
maison médicale,
santé communautaire

La création d'un réseau d'échanges de savoir : « La Boussole »

« la solitude », semblait moins bien adaptée à l'optique du travail communautaire.

Ces discussions en équipe ont aussi permis de mieux cerner l'objectif du projet et dès lors, les indicateurs d'évaluation : diminuer le nombre de consultations vis-à-vis de personnes souffrant surtout de solitude, est-ce un objectif en soi ou plutôt un critère d'évaluation ? Fait-on une recherche-action pour diminuer la souffrance des médecins ou des patients ?

L'assistante sociale s'est ensuite informée auprès des associations de Jette pour savoir si ce genre de projet existait déjà sur la commune – afin de ne pas mettre sur pied un projet qui ferait double emploi. La réponse étant négative, elle a entamé la mise en place du réseau.

Elle a alors contacté la coordinatrice des réseaux d'échange des savoirs et quelques animateurs de réseaux, pour savoir comment fonctionnent les différents réseaux existants, leurs objectifs, leur histoire, la population visée, ... Ces intervenants ont témoigné des effets positifs d'un réseau d'échange de savoirs : se découvrir capable d'apprendre et de transmettre ses savoirs donne confiance en soi et permet de construire des expériences positives d'apprentissage. Dans les réseaux d'échange des savoirs, il s'agit bien de partir des compétences des gens, de ce qu'ils savent faire : c'est une démarche positive par laquelle on tente de remédier à quelque chose qui est à la base vu comme négatif (la souffrance face à la solitude). Ces rencontres ont confirmé que ce genre de projet pourrait fonctionner.

Les étapes de mise en place

Les médecins ont réalisé une liste des patients susceptibles d'être intéressés par le projet. Lors des consultations, ils ont parlé du projet aux patients figurant sur cette liste. En parallèle, l'assistante sociale contactait par téléphone les patients n'ayant pas de rendez-vous avec le médecin dans la semaine à venir, afin de leur expliquer le projet.

Si les patients étaient intéressés, les membres de l'équipe les plus proches du patient les adressaient à l'assistante sociale pour prendre

un rendez-vous à la maison médicale ou éventuellement à domicile. Cela a permis de rencontrer le vrai public cible (malgré tout l'aspect subjectif de leur sélection) et aussi de dégager des axes de travail parmi lesquels l'équipe a pu définir des priorités.

Parallèlement, pour toucher les gens du quartier, l'assistante sociale a informé les associations de Jette de l'existence du projet, par le biais d'une affiche et d'un petit dépliant explicatif à donner aux gens intéressés.

Le bilan du projet

Lors de sa présentation au colloque de mai, la mise en place du réseau n'en était qu'au tout début. Depuis lors, il existe effectivement : en septembre 2004, seize personnes y participent, plusieurs échanges ont lieu : en informatique, en conversation anglaise, en cuisine (via courriel) ; une table de conversation française est organisée, avec des participants de la maison de quartier. Deux échanges n'ont pas continué : histoire de l'art et création de bijoux.

Trois évaluations en équipe sont prévues chaque année ; la dernière a eu lieu en mai, et l'équipe était satisfaite. La fiche d'inscription a été améliorée, précisant certaines informations nécessaires pour bien orienter les demandes d'échange, et demandant à la personne pourquoi elle désire participer à ce réseau (cela permettra de mieux mesurer sa satisfaction).

En septembre ont été organisées deux réunions avec d'autres réseaux bruxellois, centrées sur les échanges en langues. La première a réuni les offreurs et une personne ressource de la Maison de la francité, afin qu'ils partagent leurs expériences et les méthodes qu'ils utilisent pour transmettre leurs savoirs. La deuxième a réuni offreurs et demandeurs. Un goûter « Savoirs insolites » est prévu pour octobre, adressé aux participants qui n'ont pas encore eu l'occasion d'échanger le savoir proposé ; ils auront ainsi l'occasion de présenter leurs savoirs aux autres.

Un site internet des réseaux d'échanges de savoirs de Belgique est en création. ●



La maison médicale Antenne Tournesol est située à Jette à Bruxelles, existe depuis trois ans et travaille au forfait. En octobre 2004, sa patientèle compte environ 900 personnes.

L'équipe comporte huit travailleurs : trois médecins généralistes, un kinésithérapeute, un accueillant, un secrétaire, une infirmière, une assistante sociale chargée de développer la santé communautaire.

Habitat, environnement et santé

*Sophie Ruart,
infirmière en
santé
communautaire à
la maison
médicale Espace
Santé.*

La question de départ

Au cours de ces dernières années, l'équipe de la maison médicale Espace Santé s'est réunie afin de mettre en évidence les problèmes prioritaires. Suite à cette analyse, est apparue la récurrence de certaines pathologies pouvant avoir un lien avec l'habitat et l'environnement : asthme, allergies, affections respiratoires chroniques.

L'équipe s'est dès lors intéressée à cette problématique, et a constaté qu'il n'existe pas dans la province, de service d'analyse des milieux intérieurs (ambulance verte) comme il en existe ailleurs. Elle a alors mis sur pied un début de projet, consistant à préciser la problématique telle qu'elle se présente dans sa patientèle.

L'analyse de la situation : une approche en deux temps

L'infirmière chargée de la santé communautaire a proposé aux familles concernées de visiter leur domicile et s'est rendue chez celles qui le souhaitaient. Cette démarche a permis de mettre en évidence les éléments suivants :

- il existe une demande auprès du public cible ;
- il y a, dans les maisons observées, des facteurs d'environnement (acariens, moisissures, habitat humide) de nature à provoquer ou aggraver les différents symptômes présentés.

Suite à ces constats, l'équipe a rencontré différents partenaires concernés :

- l'échevine de la Santé d'Ottignies ;
- le Dr Nicolas, responsable des Services d'analyse des milieux intérieurs (SAMI) à Liège et Namur ;
- Mme Vanderslagmolen de la Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé (FARES), qui collabore avec l'Institut bruxellois de gestion de l'environnement, qui a créé une ambulance verte en collaboration avec d'autres institutions ;

- L'asbl Hector, travaillant sur la problématique des liens entre la santé et l'environnement.

Les visites à domicile, ainsi que ces

différentes rencontres, ont mis en évidence la pertinence pour la maison médicale de travailler dans le domaine de la santé environnementale, en collaboration avec différents partenaires. L'équipe a également constaté la nécessité de se former en la matière afin de répondre au mieux aux besoins des patients.

Un groupe de pilotage a été créé, avec plusieurs partenaires intéressés et certaines personnes ressources. Ceci est d'autant plus important lorsqu'à partir des résultats du projet, il y a interpellation ou sensibilisation des pouvoirs politiques.

L'étape suivante, qui débute actuellement consiste à re-visiter les familles vues lors de la première phase et à analyser de manière approfondie les habitats, avec le soutien d'un expert, le Dr Nicolas. Une dizaine de visites sont prévues. Ces visites ont été préparées, un guide d'entretien a été réalisé.

Ces deuxièmes visites poursuivent plusieurs objectifs :

- Au niveau des familles :
 - détecter les sources de pollution pouvant déboucher sur des problèmes de santé ;
 - envisager avec elles les moyens pouvant être mis en oeuvre pour remédier à ces problèmes : les aider à mieux appréhender leur mode de vie et son impact sur l'habitat (utilisation des solvants, problèmes d'humidité) ; aider les personnes allergiques à limiter l'exposition aux allergènes (acariens, composés organiques volatiles-COV)
- Au niveau des politiques locales :
 - objectiver au mieux les besoins existant en province du Brabant wallon auprès des responsables politiques locaux, afin de stimuler la réflexion sur la création d'un service d'analyse des milieux intérieurs ;
 - susciter la collaboration des autres praticiens (spécialistes et non-spécialistes).

Planification

Les visites de l'habitat sont prévues de septembre 2004 à décembre. Elles seront précédées par plusieurs démarches :

Mots clés :
*recherche-action,
médecine générale,
environnement*



- identification du public ;
- prise de contact ;
- formation du personnel de la maison médicale pour les visites à domicile ;
- évaluation et suivi des patients.
- réalisation d'un rapport reprenant l'ensemble de la démarche.

Une rencontre aura ensuite lieu avec les pouvoirs politiques sur base de ce rapport.

Difficultés/questions

- Difficultés liées à l'échantillonnage et au résultat d'un questionnaire qui était incomplet, pas clair et où les réponses étaient induites. Il est essentiel de bien expliquer le contexte de la recherche et à quoi cela va servir, cela induit moins de peur ;
- Problème lié à l'encodage dans le logiciel Pricare. Le programme n'a pas permis de lister correctement les familles concernées. Bémol : il y a aussi des réticences de certaines personnes à utiliser l'outil informatique... ●

Cette équipe de dix personnes a été créée il y a cinq ans et travaille au forfait. Installée à Ottignies, elle a une patientèle de 1550 personnes, mixte en termes socioculturels et représentant trente nationalités ; cette diversité est en grande partie due à sa proximité avec l'université de Louvain-La-Neuve, fréquentée par de nombreux étudiants étrangers.

Le Ramadan, impact en médecine générale

Naima Bouali,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.

M^{me} Bouali a réalisé un mémoire sur l'impact du Ramadan en médecine générale. Elle s'est basée sur une recherche large dans la littérature et sur son expérience personnelle. Il ne s'agit donc pas ici d'une recherche-action mais d'une réflexion sur un sujet qui touche de nombreux patients des maisons médicales et susceptible de nourrir une recherche-action ultérieure. Son exposé a été publié dans *Santé conjugulée* numéro 26, octobre 2003, pages 17 à 23. ●

Créée en 1972, la maison médicale Norman Bethune accueille chaque année environ 2.800 patients, dont 10-15 % de belges et 85-90 % de personnes représentant soixante nationalités différentes, en grande majorité de confession musulmane. Implantée à Molenbeek (Bruxelles), l'équipe se compose actuellement de trois médecins, deux kinésithérapeutes, deux assistantes sociales, deux accueillantes salariées et plusieurs accueillantes bénévoles, deux dentistes et un orthodontiste. Ces professionnels sont eux-mêmes de différentes origines (belge, marocaine, bulgare, malgache, congolaise).

Mots clés :
recherche-action,
médecine générale,
cultures et santé



Histoire d'une analyse institutionnelle avec l'aide d'un superviseur extérieur

Le problème de départ et son évolution

Il y a eu de nombreuses étapes dans l'analyse institutionnelle menée par La Glaise. Tout au long de ces étapes, la perception des problèmes, les moyens utilisés pour les comprendre et les résoudre, ont évolué.

● Supervision 1994-1995

L'équipe a besoin d'une assistance dans une réflexion qui est en cours autour de plusieurs aspects : le rapport entre l'investissement et le statut du travailleur dans l'équipe, l'égalité salariale, le statut (salarié ou indépendant), la différence de position sociale entre soignants et non soignants. Deux séances de supervision par Gestion assistance amènent à travailler la redéfinition des idéaux et objectifs généraux ainsi que la mise en place de la restructuration qui en découlera ; on instaure une distinction entre les réunions « de fond » et d'autres plus techniques et concrètes. En fait, l'intervention se situe à la limite entre réorganisation et analyse institutionnelle.

Des discussions ont lieu sur les méthodes de réflexion, qui diffèrent entre les secteurs médecins et infirmières. A priori les infirmières manifestent peu d'intérêt, voire craignent l'abord théorique des problématiques. Chez les médecins règne un sentiment d'envahissement par les détails du quotidien et d'invalidation dû à des débordements émotionnels provenant des infirmières.

Tous les membres s'impliquent dans la création d'une coopérative d'achat du bâtiment.

● Supervision 1995

Cette supervision a lieu suite au conflit qui paraît se cristalliser entre le secteur infirmier et principalement un généraliste. Sont pointés : chez les infirmières, des dérapages communicationnels et un manque de respect, et chez les médecins l'invalidation de la réflexion par un mode peu performant d'expression et de discus-

sion, et l'invalidation du travail médical par manque de confiance.

Deux réunions de supervision ont lieu, séparées par un travail en deux sous-groupes : les trois anciens membres de l'équipe élaborent un texte reprenant les valeurs et règles de base du fonctionnement de l'équipe (balises), tandis que les autres mettent sur papier les aspirations et attentes qui les ont amenés à travailler à la maison médicale.

Le processus met en évidence la nécessité de faire le deuil du mythe de la fusion en formalisant mieux les règles de fonctionnement, et de reconnaître le rôle des fondateurs comme garants des valeurs fondamentales en vue de la pérennité du projet.

● La période 1997- 1998

C'est celle des clarifications dans un contexte un peu plus détendu.

Les processus décisionnels sont mis à plat : les décisions importantes ne pourront se prendre que si toute l'équipe est présente, après s'être assuré que toutes les données du problème sont connues et au terme d'un débat d'idées contradictoires. Ce débat doit être mené dans un état d'esprit qui reconnaisse les compétences spécifiques en fonction du domaine concerné. Cinq niveaux décisionnels sont déterminés : individuel (niveau 1), par secteur professionnel (2), gestion courante (3), décisions de fond, engageant toute l'équipe de manière significative (4), pas de décision : réflexion conceptuelle (5).

Par ailleurs, il est décidé de tenir compte de l'ancienneté au niveau salarial, pour reconnaître le rôle et la compétence des anciens, et par souci de pérennité de l'équipe.

Mais des difficultés persistent : impression qu'on a la « main forcée » dans les processus de décision ; difficultés pour se faire entendre, même si on prend la parole ; sentiment de manque de respect, de mépris, peur de s'exprimer ; difficulté à pouvoir distinguer la critique sur le travail et les idées exprimées d'une part, et le respect de la personne d'autre part (« plus je te critique, plus je te

Patrick Jadoulle,
médecin
généraliste,
Cécile Mirel,
infirmière et
Anne
Descheemaeker,
accueillante à la
maison médicale
de La Glaise.

Mots clés :
recherche-action,
maison médicale

Histoire d'une analyse institutionnelle avec l'aide d'un superviseur extérieur

respecte ») ; problèmes d'interférence des émotions et de jugements moraux avec la prise de décision ; confusion entre expression des émotions et débat structuré. Pendant ce temps-là, l'équipe fonctionne et aborde parfois avec fruit des réflexions de fond sur l'ethnopsychiatrie, l'assurance de qualité, les projets en prévention et en promotion de la santé.

● En mai 1998

Nouvelle grosse remise en question au sein de l'équipe. Les infirmières ont à plusieurs reprises interpellé l'équipe : elles ressentent une augmentation excessive de leur charge de travail. Il leur est demandé d'objectiver le problème et de présenter leur analyse en réunion d'équipe. La présentation de ce bilan chiffré provoque de très grosses tensions entre les infirmières et les médecins, ceux-ci contestant la qualité et la validité du travail statistique et d'analyse. La semaine suivante, au moment de la réunion d'équipe, les infirmières sont en fugue, et une des infirmières fait part de sa décision de démissionner.

L'analyse du conflit tend à démontrer qu'au-delà d'un conflit interpersonnel, il s'agit beaucoup plus d'une problématique de fond inhérente au fonctionnement de l'équipe et aux processus de communication.

● La période 1998-2000

C'est celle d'un grand turn-over des accueillantes et des infirmières. Les nouveaux s'intègrent difficilement dans l'équipe, avec ses exigences et les conflits sous-jacents qui existent toujours.

Les discussions tournent autour de la difficulté de transmission du projet des anciens aux nouveaux. Les objectifs des uns et des autres sont de moins en moins superposables : on passe d'un projet de vie à un projet professionnel de qualité. En septembre 1999, une première assistante en médecine est intégrée à l'équipe. Le pédiatre décide de travailler à l'hôpital et de réduire son temps de travail à la maison médicale. Un médecin s'engage dans le poste de présidence de la Fédération et diminue son temps de travail à trois jours par semaine (avril 2000).

Le recrutement est récurrent au sein des secteurs infirmier et accueil, avec notamment le licen-

ciement pénible d'un accueillant en fin de période d'essai. Plusieurs membres de l'équipe expriment leur inquiétude face aux premiers retentissements sur la qualité des soins. L'équipe décide alors de recourir à une supervision extérieure.

Le choix du superviseur ne pose pas de problèmes : tout le monde avait envie d'améliorer la situation, et s'est mis d'accord sur ce choix. Le rôle du superviseur est de faire circuler la parole et les idées, de mettre en mot des constatations, de pointer les problèmes, de tendre des pistes.

La re-définition du problème

Dans le cadre de cette supervision, l'équipe définit le problème de la manière suivante : « dégradation progressive et insidieuse du climat relationnel au sein de l'équipe, avec montée de l'agressivité et rupture de confiance ne permettant plus une communication correcte et une réflexion de qualité, et menaçant d'interférer avec la qualité du service rendu à la population ».

Les améliorations souhaitées

- maintenir et/ou préserver l'outil au niveau de la qualité des soins ;
- restaurer un confort et une qualité de vie de l'équipe et un meilleur climat relationnel ;
- rendre à nouveau possible un travail de réflexion de fond au sein de l'équipe ;
- mieux reconnaître les différentes compétences dans l'équipe.

Le processus de recherche-action

● Phase de réflexion

- première phase de réflexion par l'équipe (dernier trimestre 2000) ;
- seconde phase avec une supervision extérieure (premier semestre 2001).

Six séances de supervision ont lieu de décembre 2000 à mai 2001, intégrant les deux nouvelles



accueillantes. Les problèmes soulevés sont nombreux :

1. Il n'y a pas de hiérarchie formulée, d'où risque d'abus de pouvoir et de prise de pouvoir « sous la table ».
2. Le mythe de l'égalité n'a pas évolué, alors qu'il n'est plus réaliste.
3. Les exigences de nourrir ce mythe originel (fusion) sont trop lourdes pour les nouveaux venus : il y a risque perçu de dénaturation (morcellement) entraînant la réaction de se raccrocher à un attribut identitaire (rôle professionnel) hypertrophié d'autant, d'où blocage des échanges.
4. L'autogestion est parfois vécue comme insécurisante par manque de repères.
5. L'équipe a grandi trop vite, brûlé des étapes, ce qui n'a pas permis à chacun d'adhérer pleinement au projet.
6. Il y a une diversification sociologique, générationnelle et géographique des membres de l'équipe, avec des attentes différentes.
7. Les méconnaissances et les propos disqualifiants sont nombreux, la communication est déviante.
8. Une double insatisfaction existe : les anciens sont trop exigeants, les nouveaux jamais à la hauteur, d'où un « triangle dramatique » entre persécuteur, victime et sauveur.

Différentes propositions sont émises au cours de ce travail de supervision :

- Nommer clairement les compétences extra-professionnelles spécifiques de chacun en vue de rétablir la confiance ;
- Mieux structurer les processus décisionnels en prévoyant des phases de maturation des décisions dans des sous-groupes, avant la prise décisionnelle collective pour les questions de fond ;
- Réintroduire de la disparité et la reconnaissance des différences, et ne plus poser le postulat de l'égalité à tout prix ;
- Reconnaître aux anciens le rôle de garants des valeurs.

● Analyse et interprétation

Les troubles communicationnels vécus par l'équipe, qui se sont cristallisés entre groupes professionnels (médecins et infirmières essen-

tiellement) et autour de certaines personnes de l'équipe, sont le reflet de troubles structurels et des différences existant entre le modèle de référence des médecins et celui des infirmières.

Les troubles structurels nous amènent à décider de modifier l'organigramme. Quant aux référentiels différents entre médecins et infirmières, ils sont inhérents à leurs formations différentes sur le plan conceptuel, mais interviennent sur un champ partiellement commun : les médecins fonctionnent sur des schémas de type analyse diagnostique, hypothèses, déduction, gestion de l'incertitude... individualisme ; les infirmières sont orientées vers l'étude des besoins, les actes techniques, les « recettes », dans un cadre strict d'exécution, de subordination.

Ceci invite à plusieurs types de réflexions : quelles sont les possibilités d'échanges mutuels enrichissants ? Comment faire se rencontrer les attentes des uns et des autres ? Quelle place donner à la réflexion et à la discussion de fond dans un projet maison médicale ?

● La stratégie de changement

Le nouvel organigramme est mis en place :

- Un groupe de réflexion est installé : ce sera une instance de réflexion avec pouvoir d'interpellation. Composé de deux accueillants et de quatre médecins à sa création, il est élu pour deux ans par l'assemblée générale et se réunit deux fois par mois. Le rôle du groupe de réflexion est de prendre du recul par rapport à un problème ; il remet un rapport écrit au conseil d'administration qui décide des mesures à prendre. Il est interpellé par l'assemblée générale mais se saisit aussi spontanément de certains sujets ;
- L'assemblée générale et le conseil d'administration sont composés de toute l'équipe. Le conseil d'administration se réunit deux fois par mois ;
- Le comité de gestion, composé de deux médecins, un accueillant et un infirmier, se réunit une fois par mois ;
- Les secteurs professionnels sont définis.

D'autre part, il est décidé une sortie complète de l'égalité salariale entre médecins et infirmiers.

Histoire d'une analyse institutionnelle avec l'aide d'un superviseur extérieur

● **Les effets du changement**

Les discussions de fond ont pu être menées à bien sur des thèmes importants : l'égalité salariale, les relations entre non-hiérarchie et égalité salariale, le niveau de responsabilité dans l'équipe, le projet de la maison médicale, la grille d'activités par secteurs, la répartition des heures de travail entre le curatif et les autres tâches, la fonction de l'accueil, la position vis-à-vis de l'éducation permanente.

Des décisions ont été prises sur divers points techniques et organisationnels : choix du barème médecins, financement des remplacements et des congés de maladie, remise en route d'un groupe intersectoriel sur la mise en place d'une stratégie de prévention cardiovasculaire intégrée, projets de santé communautaires avec les partenaires du quartier.

● **Evaluation après un an et deux ans**

Une évaluation intermédiaire est faite après un an. Il en ressort que, globalement, la satisfaction est partagée : l'efficacité est plus grande et l'ambiance plus détendue, malgré quelques regrets quant aux moindres occasions d'échanges intersectoriels.

Le travail fourni par le groupe de réflexion donne satisfaction en qualité et en productivité, bien qu'il soit surtout alimenté par les anciens, tous médecins. Le secteur infirmier se sent frustré, éprouvant le sentiment d'être quelque peu mis de côté : il y a une menace de perte de cohésion. Le travail technique du comité de gestion s'avère très utile, mais on constate un excès d'autocensure et, à l'inverse, parfois un élargissement indu de son champ décisionnel.

Après deux ans, une évaluation structurée est réalisée, selon un axe quantitatif et qualitatif. L'évaluation quantitative a été réalisée sur quatre grands items. Elle a donné les résultats suivants (score de satisfaction de 1 à 5) :

- Les processus de décision (sept questions) : 3,4/5 ;
- Les rapports entre assemblée générale, groupe de réflexion et comité de gestion (sept questions) : 3,5/5 ;
- Le degré de satisfaction personnelle (six questions) : 3,8/5 ;
- Le projet d'équipe (neuf questions) : 2,9/5 ;

Ce qui aboutit à un score global de 3,4/5.

L'évaluation qualitative a mis en lumière :

- La reconnaissance du rôle d'interpellation du groupe de réflexion (vigile) ;
- Les ouvertures ponctuelles du groupe de réflexion à d'autres membres ;
- L'écolage par le comité de gestion en vue de la relève administrative ;
- La précision des tâches respectives au sein du comité de gestion ;
- La titularisation des relations avec pouvoirs subsidiaires ;
- La confirmation officielle d'un coordinateur général. ●

Située dans un quartier défavorisé de Marchienne, cette maison médicale a été créée en 1984 par quatre médecins. Auparavant s'est créée la Boutique populaire à La Glaise (en 1975), projet communautaire et global (médical, social, culturel) ; et le centre de santé mentale La Pioche (en 1979), avec lequel il existe toujours des réunions communes. En 1987, la maison médicale a engagé sa première accueillante, et, en 1989, sa première infirmière. La même année, elle passe au forfait. En 1993, une accueillante part suite à une « crise de confiance » de l'équipe envers elle. La décision est prise de rompre l'égalité salariale pour le secteur secrétariat-accueil. La patientèle active s'élevait à 1.100 personnes en 1990.



Projet Nord-Sud

La question de départ

L'équipe voulait questionner son fonctionnement, améliorer les pratiques de soins, éviter le burn-out au sein d'un projet qui tourne. Les objectifs n'étaient pas plus clairement définis ; l'équipe souhaitait vivement rencontrer des pairs travaillant dans un contexte différent. Ce souhait rejoignait un projet mené par une équipe de chercheurs universitaires de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers.

Le dispositif, les étapes, l'analyse et l'interprétation

Vous trouverez un développement de ces étapes dans le *Santé conjugulée* n°26 de 2002.

En résumé, l'Institut de médecine tropicale a organisé des échanges entre des soignants d'un centre de santé de Guinée et des soignants de la maison médicale : une observation mutuelle a ainsi eu lieu, guidé par l'équipe des chercheurs.

L'impact de la recherche-action, les stratégies de changement

Cette remise en question de l'équipe a fait beaucoup de bien à tous et n'a pas entraîné de départ de travailleur.

Différentes nouveautés ont vu le jour après cette expérience (signalons que certains membres de l'équipe ne pensent pas qu'elle en soit l'origine) :

- élaboration d'un budget prévisionnel ;
- délégation de pouvoir pour certains projets et discussion sur les valeurs de base des travailleurs ;
- mise en place d'un projet de prévention du tabagisme ;
- renforcement de la collaboration avec le réseau et notamment la maison médicale des Marolles ;
- participation à une enquête sur la justice sociale ;
- discussions avec les patients sur la société et la sécurité sociale en Belgique ; l'objectif étant la mise en place de plus d'actions ci-

toyennes avec les patients et l'identification, à ce propos, de patients-relais auprès de leurs communautés respectives ;

- réflexion autour de l'usage du téléphone en consultation ;
- projet de création d'une pharmacie de seconde main.

Les biais, les limites de la recherche-action constatés par l'équipe

- le projet formulé par l'équipe de chercheurs et leur hypothèse de départ lui ont paru un peu flous ;
- les grilles d'observation n'étaient pas accessibles à tous les acteurs et n'étaient pas assez fines ;
- la recherche se situait plus dans l'action que dans la méthodologie ;
- elle n'a eu aucun écho de ce qui s'est passé en Guinée après l'échange ;
- toute l'équipe n'était pas concernée de la même façon par le projet malgré une collaboration très étroite avec l'Institut de médecine tropicale et la maison médicale des Marolles ;
- le projet a coûté de l'argent, ce qui a créé des tensions dans l'équipe. A cet égard, un participant à l'atelier, stagiaire en éducation pour la santé à la maison médicale d'Essenheim, a signalé que cette maison médicale a initié un projet d'ouverture d'un centre de santé au Cameroun, qui continue de façon indépendante à l'heure actuelle. Ce projet a bénéficié à deux reprises de subsides de la Commission communautaire française. ●

Cette maison médicale existe depuis 1976 et travaille à l'acte. Elle se compose de sept médecins pour six équivalents temps plein, cinq accueillantes pour un équivalent temps plein, deux puéricultrices, deux infirmières, deux kinésithérapeutes et une assistante sociale. La patientèle se situe à 3.900 pour l'instant. Elle est située dans un quartier relativement peu aisé de Bruxelles.

Mots clés :
recherche-action,
maison médicale,
cultures et santé

Le réseau diabète des Marolles, une recherche-action ?

*Bénédicte Hanot,
coordinatrice à la
maison médicale
des Marolles.*

La problématique de départ

Dès 1999, les médecins expriment leur insatisfaction quant à la prise en charge des patients diabétiques, déplorant le peu de compliance de ces patients ; ces médecins souhaitent qu'une action d'éducation à la santé se déroule par la mise en place d'un groupe de patients diabétiques, parallèlement aux consultations, avec l'appui de la responsable de l'éducation à la santé. Après discussion, l'équipe décide de mettre une priorité sur le diabète : cette pathologie touche une bonne partie de la population, les médecins se sentent relativement impuissants. En outre, l'éducation à la santé relative au diabète touche à l'hygiène de vie et pourrait avoir une portée pour l'ensemble des patients (diabétiques ou non).

Le dispositif de la recherche-action

Mots clés :
*recherche-action,
maison médicale,
soins de santé
primaires*

La maison médicale dispose d'une responsable de l'éducation à la santé, qui travaille à temps plein pour développer ce type d'approche, en interaction avec les (nombreuses) associations qui existent dans le quartier des Marolles. Elle prend au départ le leadership

Dans cet article et les suivants consacrés à la recherche sur le diabète, vous trouverez un certain nombre de termes techniques.

Glycémie : taux de sucre (ou glucose) dans le sang. Un taux de sucre supérieur à 110 milligrammes par 100 millilitres de sang d'une personne à jeun indique un « pré-diabète » ou un diabète.

Hémoglobine glycosylée, hémoglobine glyquée, hémoglobine HBA_{1c} : ces termes sont synonymes et expriment la quantité de sucre déposée sur l'hémoglobine du sang. Ce paramètre donne une idée du contenu moyen du sang en glucose durant les trois derniers mois. (la glycémie n'indique que le taux de sucre au moment précis du prélèvement de sang).

du projet, auquel participent les médecins et d'autres membres de l'équipe.

Le projet avance par étapes progressives, sans que celles-ci aient été prédéterminées, et il est toujours en cours ; son évolution continue l'a amené aujourd'hui vers la constitution d'un réseau réunissant onze associations, ce qui n'était pas prévu au départ. Pour la mise en place et le fonctionnement de ce réseau, l'équipe a engagé en cours de route une diététicienne et une coordinatrice. La responsable de l'éducation à la santé, la coordinatrice, ainsi que quatre associations, assurent le pilotage du projet depuis 2004.

Un chercheur de la Fédération des maisons médicales a accompagné ce projet à diverses étapes de son déroulement.

Les différentes phases du projet

Chaque phase est organisée autour d'une nouvelle question de recherche issue du bilan de la phase précédente.

Préalablement, en mars 2001, un dépistage est réalisé avec deux autres associations ; ce dépistage est couplé avec deux animations diététiques.

La première phase (de janvier 2001 à avril 2003) se centre autour de la question suivante : « comment amener les patients à adopter des modes de vie sains, et donc à changer leurs comportements ? ».

L'équipe dispose à ce moment de ressources supplémentaires : une diététicienne qui réalise un mémoire sur les pratiques alimentaires des familles maghrébines, et une stagiaire infirmière en santé communautaire qui réalise un mémoire sur l'éducation du patient diabétique. La demande initiale des médecins est négociée en réunion d'équipe, et il s'ensuit la création d'un groupe de travail : deux médecins, la responsable de l'éducation à la santé et la stagiaire-chercheuse.

Ce groupe élabore le cadre hypothétique du



projet sur base d'une revue de la littérature, d'entretiens individuels avec les médecins (sur base d'un questionnaire) et en groupe de travail. Suite à ce travail, l'équipe s'engage collectivement dans le projet et répartit les rôles : elle décide de travailler ensemble sur la sensibilisation, la responsabilisation du suivi du traitement et de l'hygiène de vie, ainsi que sur la prévention des complications, à travers la formation d'un groupe de patients. Une analyse des différentes actions menées par la maison médicale est réalisée, sur base des critères de qualité ; ceci permet de définir des objectifs et un schéma d'actions possibles. Un groupe de patients est constitué et quatre rencontres sont organisées en 2002, portant sur différents thèmes :

- représentations du diabète (par photo langage) : il en ressort que les problèmes essentiels sont, pour ces patients, l'alimentation, la fatigue, le malaise psychique ;
- un échange sur l'alimentation saine ;
- une promenade : mettant en évidence l'effet de l'exercice physique sur la glycémie (prises de glycémie) avant/après ;
- les recommandations à suivre pendant les vacances.

Ces rencontres permettent d'approfondir la connaissance de ce que vivent les patients. Elles intègrent chaque fois une verbalisation du groupe sur son vécu, une prise de notes et une observation ; trois intervenants sont présents chaque fois.

De ces animations naissent des groupes « cuisine » plus réguliers pour les femmes, en partenariat avec une association qui dispose de l'infrastructure adéquate, et en y intégrant une diététicienne quand c'est possible ; un groupe « marche » pour tous, également en partenariat ; une animation sur les complications du diabète.

L'analyse de cette phase d'action montre que :

- la participation au groupe signale un besoin de parler très important pour les patients ;
- l'information des patients sur les différents éléments de la pathologie a progressé ;
- la participation est plus régulière à la fin, mais

il est difficile de gérer un groupe multiculturel ;

- la transdisciplinarité fonctionne dans le groupe de travail, mais moins bien dans l'équipe ;
- il faut affiner l'analyse des besoins auprès des patients (chez tous, de manière individuelle), et travailler sur la prise en charge médicale du diabète ; un état des lieux de la prise en charge du patient diabétique par les soignants est nécessaire, mais ceci ne relève pas du groupe de patients ; cet état des lieux est remis à plus tard.

Trois autres animations seront réalisées en 2003.

Ces deux années ont permis l'émergence :

- de nouvelles connaissances sur la signification de l'alimentation dans la culture maghrébine, la difficulté d'être « à cheval » entre deux cultures, les freins existant à l'adoption de changements alimentaires : oubli du diabète pendant la période du ramadan, difficulté de cuisiner plusieurs menus pour la famille, habitude de préparer deux repas chauds par jour, obligation de cuisiner de façon traditionnelle (importance de l'aspect social, de l'image extérieure) ;
- de nouvelles orientations stratégiques : le lancement d'un groupe cuisine doit passer par une phase non-diététique. Il faut d'abord constituer le groupe, l'organiser sur base du plaisir d'être ensemble, de partager des recettes – la question du changement vient par la suite. Il s'avère aussi essentiel de partir des traditions et d'y proposer des adaptations progressives ; et d'entrer réellement dans le monde du patient, sa réalité, ses désirs ;
- des outils : schémas d'animation prêts à l'emploi, nouveaux outils pédagogiques.

Des pistes de réorganisation émergent de cette réflexion : travailler la dynamique de groupe, faire une enquête auprès des patients pour une meilleure prise en charge de tous les patients ; développer le travail en réseau.

Lors de la deuxième phase (mai à septembre 2003), la question de départ s'élargit, pour

Le réseau diabète des Marolles, une recherche-action ?

devenir : « comment développer une prise en charge globale du patient diabétique en maison médicale ? ».

Le cadre problématique s'affine, incluant les aspects curatifs (consultation médicale), les états émotionnels liés aux phases d'acceptation de la maladie. A partir des critères de qualité, de nouveaux objectifs sont définis : mieux connaître les besoins du patient (y compris ceux qui ne viennent pas aux animations), approfondir l'éducation à la santé ; améliorer le suivi médical et la pluridisciplinarité ; lancer des actions autres que le groupe (rendez-vous spécifiques pour diabétiques, visites à domicile, etc.) ; agir sur l'environnement.

L'action se réoriente vers la création de liens avec d'autres disciplines : conférences-débats avec les spécialistes de l'Association belge du diabète et de l'hôpital Saint-Pierre, rencontre des infirmières de soins à domicile du quartier travaillant avec la maison médicale.

Parallèlement, la maison médicale récolte des données sur les besoins éducatifs des patients (cette récolte fera l'objet du mémoire d'une autre stagiaire infirmière en santé communautaire) et elle réfléchit aussi à l'amélioration du suivi et du dossier médical. Des réunions entre médecins ont été organisées, ainsi que la rencontre de personnes ressources, à la maison médicale Santé plurielle, à la Fédération des maisons médicales, à la Société scientifique de médecine générale.

Lors de la troisième phase (janvier à avril 2004), la maison médicale crée un réseau communautaire.

La maison médicale saisit l'opportunité d'un appel à projets lancé par la Commission communautaire française en novembre 2003, elle élabore un dossier destiné à lancer un réseau, qui est accepté. Onze associations deviennent partenaires du projet, une coordinatrice et une diététicienne sont engagées. Pour consolider le partenariat, un processus de travail rigoureux est organisé : d'une part un groupe de pilotage travaille de manière approfondie (quatre associations et les deux personnes engagées par la maison médicale), d'autre part des séances plénières sont organisées avec

l'ensemble des associations. Après un recueil des besoins identifiés par les partenaires, des animations de groupes, des réunions à thème sont mises en place ; par ailleurs des consultations diététiques sont proposées aux patients.

Recherche, action, recherche-action... ?

Les responsables de ce projet à la maison médicale n'avaient pas vraiment, au départ, prévu de faire une recherche-action : ils sont plutôt partis d'une demande des médecins de l'équipe, déjà formulée sous forme de projet (organiser un groupe de patients diabétiques pour faire de l'éducation à la santé). Mais ils ont questionné cette demande initiale, ils en ont analysé la pertinence, démarche facilitée par la formation de la responsable en éducation à la santé, et par les exigences posées aux mémoires des stagiaires.

Le colloque leur a donné l'occasion de se replonger dans ce qui définit la recherche-action, et de « relire » leur projet à la lumière de cet éclairage : ont-ils « vraiment » fait une recherche-action ? Dans quelle mesure leur démarche répond-elle à la méthodologie de la recherche-action, quelles en sont les failles ?

A la réflexion, ils pensent ne pas avoir toujours parfaitement suivi une démarche de recherche-action, dont les caractéristiques leur paraissent riches à plusieurs égards :

- Les intervenants se mettant dans une position de non-savoir, la question implique de construire un cadre théorique solide ; il s'agit aussi de préciser l'objet du travail, de définir des indicateurs d'évaluation dès le départ, ce qui facilite l'évaluation ;
- La question implique de trouver une réponse et doit aboutir à de nouvelles connaissances ;
- Cette position engage la transmission : il ne s'agit pas de clôturer la réflexion quand le projet a été réalisé et évalué ;
- La question relie les actions et les acteurs à un point central, un fil conducteur ; on repense ce que l'on fait en fonction de cette question ; il y a une remise en question perpétuelle, à la recherche de cohérence et de pertinence ;



- Puisque la question est centrée sur le patient (même si l'on doit réfléchir à la communication entre les professionnels) on peut la renvoyer vers eux, en tant que partenaires : les intervenants ont besoin d'eux, de leurs savoirs.

Tout ce processus permet de dégager des constats, de produire de nouvelles connaissances qui continuellement réorientent l'action.

Dans ce projet, la maison médicale a avancé par étapes, de question en question, en se centrant toujours sur les patients. Dans l'ensemble, les responsables du projet y retrouvent bien la dynamique de la recherche-action. En effet :

- Il repose sur des phases successives de recherche, d'action, d'évaluation permettant des réorientations continues ;
- La recherche de données fait appel à plusieurs méthodes, s'appuie sur les intervenants et les partenaires, reconnaît la valeur de différents savoirs, et est dans certains cas couplée à l'action ;
- Les moments de recherche et d'action sont en grande partie intégrés : les animations par exemple permettent de mieux connaître les besoins, les habitudes, les croyances et les modes de vie des patients ;
- Il y a un réel partenariat ;
- Des écrits sont produits, assurant la mémoire du projet et facilitant à la fois sa structuration et sa diffusion : deux « carnets de bord – assurance de qualité », l'un sur la formation des groupes de patients, l'autre sur la prise en charge globale du patient diabétique ; un mémoire réalisé par enquête auprès des femmes maghrébines sur leurs pratiques alimentaires ; un dossier sur la mise en réseau ; des rapports d'activités annuels ;
- Des outils d'action sont créés, utilisables et adaptables par d'autres (schémas d'animation, outils pédagogiques) ainsi que des outils d'analyse (questionnaires sur les besoins des patients, grilles conceptuelles sur la santé et les phases de la maladie...).

Les failles qu'ils reconnaissent sont les suivantes : le manque de grilles d'évaluation pour les animations, la non-intégration explicite des patients en tant que chercheurs, la faiblesse de certains outils de récolte d'informations.

L'évaluation est à développer pour l'avenir : il

s'agira d'établir dans quelle mesure la mise en réseau permet une meilleure autonomie du patient, une meilleure prise en charge, une meilleure qualité de vie.

Ce projet aboutit à plusieurs constats : tout d'abord, il s'est appuyé sur des ressources existantes et a pu en mobiliser d'autres par la suite. L'atout de départ est la présence dans l'équipe d'une permanente responsable de et formée en éducation à la santé (ce qui indique l'importance donnée à cet aspect par la maison médicale) ; par la suite, des stagiaires ont pu être mobilisées pour renforcer certains aspects du projet ; enfin, le subside de la Commission communautaire française a permis d'engager des personnes supplémentaires nécessaires pour l'évolution en réseau. Par ailleurs, le tissu associatif des Marolles est riche et depuis longtemps en lien avec la maison médicale. L'ensemble de ces ressources a permis de développer de manière approfondie les aspects conceptuels et méthodologiques ainsi que l'action.

Une des difficultés pointées par l'équipe de pilotage, c'est que l'actualité vient parfois entraver la ligne de conduite prévue : elle vient « hachurer le temps » et peut mettre en péril la cohérence du projet en incitant à prendre d'autres directions – ce qui peut aussi enrichir le projet : il faut rester ouvert aux opportunités, cela fait avancer... Il arrive que le besoin d'action soit plus fort ; la lenteur de la recherche décourage, l'action débute parfois alors que la recherche n'est pas terminée. Les choses se font par tâtonnements, pas toujours dans un ordre logique – mais une action maladroite peut relancer la recherche... importance de l'alliance entre souplesse et rigueur !

Mettre les choses par écrit, faire des synthèses, des bilans en équipe, permet de visualiser ce que l'on a laissé en plan, oublié, ce qui doit être repris ; il arrive aussi que cela permette de réaliser plus clairement que le projet se déroule de manière cohérente, à travers ses tâtonnements.

Les patients qui ne viennent pas, qui ne viennent qu'une fois questionnent la pertinence du projet ; il faut aller à leur rencontre pour percevoir leurs souhaits, comprendre ce qui ne les accroche pas.

Il y a différents temps dans ce type de projet : celui de la récolte des informations, de la recherche, de l'écriture, de l'analyse, du lancement des opérations, de la participation et des changements de comportements des patients, lesquels n'ont pas le même rythme que les professionnels ; il y a le temps de l'évaluation, de la formation, de la rencontre de personnes ressources ; il y a le temps des professionnels, différent pour chacun : certains sont plus dans l'action, d'autres plus dans l'écriture, la conceptualisation, etc... mais chacun dépend des autres.

Il y a les points d'orgue, les temps d'arrêt, indispensables mais que l'on ne s'autorise pas facilement... Bref, le temps est un maître mot dans la recherche-action... il faut avant tout, laisser au projet le temps de « prendre », de s'enraciner – laisser le temps au temps, tout en avançant. ●

La maison médicale des Marolles fonctionne à l'acte. Elle se situe dans un quartier défavorisé à Bruxelles qui réunit plusieurs nationalités. Elle existe depuis 1986. Composition de l'équipe en 2004 : cinq médecins, un assistant en médecine générale, deux kinésithérapeutes, une accueillante, une accueillante-secrétaire, une éducatrice pour la santé, une psychologue (engagée dans le cadre du projet « toile de jeux »), une diététicienne et une coordinatrice du réseau (engagées dans le cadre du réseau santé diabète)... Nombre (approximatif) de patients. : 5.000.



Etat du projet diabète de la maison médicale de Forest

La problématique de départ

En 2000, l'équipe se fixe l'objectif d'améliorer le suivi des patients diabétiques, afin de diminuer la fréquence et l'importance des complications à long terme.

Dans un premier temps, améliorer le suivi signifiait qu'au moins la moitié des patients :

- serait vu en consultation au minimum quatre fois par an pour son diabète ;
- aurait un contrôle du marqueur de contrôle glycémique (HbA_{1c}) quatre fois par an ;
- subirait un examen des pieds plus d'une fois par an.

La démarche de la recherche-action

Dans une première phase, les moyens mis en œuvre pour atteindre ces objectifs ont été les suivants :

- Sensibiliser les médecins généralistes et les infirmières au problème du diabète par des réunions et un contact avec une diététicienne venue de l'hôpital d'Erasme ;
- Informer les patients diabétiques de l'existence de ce projet par l'intermédiaire d'un article dans le journal Info-Santé et d'un courrier adressé à chaque patient diabétique de type II ;
- Créer un outil de suivi (« feuille verte ») dans le dossier du patient rappelant les périodicités des contrôles et les normes à atteindre. Cette feuille a fait l'objet d'un remaniement en 2001 ;
- Organiser un dépistage par prélèvement, à jeun, d'une goutte de sang sur tigelette. Ce dépistage a été organisé une semaine en novembre 2002 et une semaine en février 2003.

L'évaluation de cette première étape (sur base de l'analyse de vingt-sept dossiers pris aléatoirement) a montré que :

- Les contrôles conseillés n'ont pas été faits aux fréquences recommandées, même pour

les items prioritaires ;

- Une attention plus grande a été portée à l'examen des pieds, au contrôle du poids et à la mesure du marqueur de contrôle glycémique (HbA_{1c}) ;
- Au niveau qualitatif, beaucoup de patients gardaient des résultats anormaux tant sur le plan de l'examen physique que sur les paramètres biologiques, ce qui les exposait donc aux complications graves du diabète.

De plus, le dépistage tout-venant s'est soldé par un échec. La première semaine étant fixée pendant le ramadan, ce facteur a été considéré comme fortement influençant mais la deuxième semaine ne s'est pas révélée plus efficace.

Cette première étape et son évaluation ont été partagées entre membres du personnel soignant en mai 2003. Durant cette réunion, les kinésithérapeutes se sont montrés très intéressés par le projet et désireux d'y participer.

Mais, dans l'ensemble, ces résultats décevants ont amené les initiateurs du projet à se poser des questions sur « la gestion du diabète au sein de la maison médicale, son caractère exigeant et l'importance de l'adhésion des soignants et des patients au projet ».

Cette question est à l'initiative de la re-dynamisation du projet sur base de l'identification de problèmes prioritaires.

● Identification des problèmes rencontrés dans cette première phase

1. L'implication et la motivation des soignants. Le projet ne semble pas intégré par tous les membres de l'équipe et ce, pour divers motifs :

- Les textes ne sont pas connus ni accessibles aisément ;
- Les consignes manquent de clarté ;
- La multiplicité des outils est un frein à leur utilisation : feuille verte, feuille de relevé, dossier santé informatisé et passeport diabète ;
- L'investissement en terme de « temps » est grand.

*Joëlle Hansoul,
infirmière à la
maison médicale
à Forest.*

Mots clés :
*recherche-action,
maison médicale,
soins de santé
primaires*

Le caractère chronique de la pathologie et le manque de résultats visibles à court terme est source de découragement et de démotivation.

2. La pluridisciplinarité : les objectifs ne sont pas définis ni partagés par tous les secteurs. Les rôles respectifs ne sont pas clairs. Comment les kinésithérapeutes pourraient-ils participer au projet ? Qu'est-ce que le médecin pourrait déléguer à l'infirmière ?

3. La prise en compte du rôle et de l'importance du patient et de son vécu dans la gestion de sa maladie: le diabète est une maladie chronique exigeante qui implique tous les aspects de la personne et touche son mode de vie. Il existe des différences culturelles importantes à considérer. Les priorités du patient ne sont pas toujours celle du soignant.

Ces points entraînent des difficultés de communication avec le patient, des difficultés dans l'établissement de projets communs. Le soignant tient-il suffisamment compte du vécu personnel du patient ?

● Nouvelles priorités

L'identification de ces problèmes nous a amenés à établir quatre priorités :

- Amélioration des compétences biomédicales et pédagogiques des soignants.
- Développement du travail pluridisciplinaire, du partage des compétences et des responsabilités.
- Amélioration de l'efficacité par une simplification des outils et l'élaboration de sous-projets réalisables à court terme.
- Augmentation de la participation des patients, développement du concept de transdisciplinarité.

● Actions réalisées

Pour rencontrer ces priorités, plusieurs actions ont été planifiées :

- Réunion pluridisciplinaire organisée sous forme d'un *brainstorming* visant la mise en évidence des représentations du diabète et de sa prise en charge dans l'équipe ;
- Encodage de tous les patients diabétiques de type II dans le dossier santé informatisé

- durant la période de juillet à fin septembre ;
- Envoi d'un courrier à tous les patients diabétiques pour les informer de l'existence du passeport diabète et les encourager à en faire la demande ;
- Création d'un groupe de patients diabétiques. Cette rencontre a permis de mettre en évidence leurs propres représentations de la maladie et de sa gestion quotidienne. Elle a permis d'évaluer leurs connaissances et de créer une « solidarité » entre patients atteints d'une même pathologie par un échange d'expériences personnelles.
- Formation continue :
 - Deux médecins suivent une formation centrée sur « l'éducation thérapeutique du patient diabétique de type II ».
 - Une infirmière suit une formation d'« infirmière relais en diabétologie ».

● Critères d'évaluation

Toute évaluation d'une recherche-action implique les acteurs et se fait en continu. Il ne s'agit pas d'évaluer le projet une fois celui-ci finalisé mais d'organiser de petites évaluations à court terme, permettant des réorientations éventuelles.

Quatre niveaux d'évaluation ont été mis en évidence :

1. L'identification des patients diabétiques
Sachant que nous avons actuellement une population de cent cinquante quatre patients diabétiques, nous pouvons dire que cette population est sous-estimée. En effet, si on se réfère au chiffre de 5 % de diabétiques dans une population globale, nous n'atteignons que la moitié. L'évaluation portera sur la progression des patients dépistés par mesure des glycémies et du marqueur de contrôle glycémique (HbA_{1c}). Pour les patients connus, il s'agit de rester attentifs à mesurer régulièrement la glycémie et le marqueur de contrôle glycémique (HbA_{1c}).

2. L'implication des soignants

De manière objective, on peut mesurer cette implication par la qualité des notes et la régularité du remplissage du dossier santé informatisé et/ou de la feuille verte et du passeport diabète. De manière subjective, une réunion peut être organisée, permettant à chaque soignant de s'exprimer par rapport au projet. Le fait de se



rencontrer en équipe peut également être un facteur de re-dynamisation, de re-motivation.

3. La pluridisciplinarité

Elle peut être évaluée à travers l'implication des différents secteurs et le partage des compétences : quels transferts de compétence ont eu lieu ? Comment cela se passe-t-il ?

4. Le « versant » patient

Au niveau subjectif, du vécu de la maladie, un outil a été proposé. Nous devons encore l'analyser, le tester, l'adapter à notre population, etc. ●

La maison médicale à Forest, qui fonctionne au forfait, s'étend sur deux sites : quartier Saint-Denis et quartier Saint-Antoine. L'équipe se compose de onze médecins, trois infirmières, quatre kinésithérapeutes, deux assistantes sociales, un psychologue, six accueillantes, six personnes s'occupant de la gestion et de l'administration.

La population inscrite est d'environ 6.300 patients dont cent cinquante quatre diabétiques de type II.

Le recueil systématique de données informatisé comme outil d'aide à la prise en charge du patient diabétique

Emmanuelle Berquin, médecin généraliste à la maison médicale Antenne Tournesol, **Marc Vanmeerbeek**, médecin généraliste à la maison médicale de Tilleur.

La problématique de départ

L'introduction du dossier de santé informatisé dans notre pays est progressive, mais lente. Le travail d'encodage, la résistance aux codifications, le coût du matériel sont parmi les freins probables. Face à cela, les motivations doivent se nourrir de satisfactions sous peine de voir un outil fantastique cantonné dans la partie administrative du métier.

Le recueil systématique des données de consultation constitue au fil du temps une base de données originale qui ne demande qu'à être exploitée. Son utilisation à des fins épidémiologiques est tout à fait possible et se pratique en dehors de nos frontières, mais dans les études belges de grande envergure les données recueillies dans les dossiers électroniques étaient de piètre qualité.

Il est vrai que des utilisateurs contraints ont un moindre intérêt à collecter des données exhaustives, ce qui entache la qualité et la représentativité des données ainsi recueillies.

La population diabétique, par son grand nombre et par le suivi attentif qu'elle demande au long cours, constitue un bon exemple de ce qui peut être extrait de ces données.

Au départ, nous avons projeté de faire une analyse de la population diabétique dans les deux maisons médicales ; cependant, le niveau relativement bas d'encodage ne nous a pas permis de tirer des conclusions valables. Nous avons alors décidé de nous pencher sur l'évaluation de la qualité du recueil des données collectées en maison médicale auprès d'utilisateurs réguliers et anciens de dossiers électroniques.

Une méta-analyse a montré que « l'utilisation d'un système informatisé en médecine générale qui permettait de programmer des examens, de relancer des patients négligents, de les inciter à consulter en cas de mauvais résultats, avait tendance à favoriser la prise en charge. Les valeurs

d'hémoglobine glyquée étaient plus basses et le nombre de perdus de vue était significativement plus bas. Le taux de mortalité n'était pas différent de celui mesuré lorsque la prise en charge était hospitalière ».

Le dispositif de la recherche-action

Cette recherche-action menée dans deux équipes se base sur le cycle d'assurance de qualité. Les chercheurs (un médecin de chaque équipe) ont une expertise particulière en ce qui concerne le dossier santé informatisé ; ils sont aussi acteurs puisqu'ils font partie des maisons médicales étudiées. Ils mènent un échange avec leur équipe à partir de l'analyse des résultats, afin d'envisager avec elles les améliorations à apporter dans les processus de recueil de données.

Méthodes

● Conditions du recueil de données

Deux équipes pluridisciplinaires de soins primaires ont fait l'objet d'une analyse des données contenues dans leurs dossiers électroniques : le centre de santé de Tilleur (Liège) et la maison médicale Antenne Tournesol à Jette (Bruxelles). Toutes deux regroupent au moins des médecins généralistes, kinésithérapeutes et infirmières et sont financées au forfait ; la population desservie, inscrite contractuellement, y est donc connue à l'unité près.

A Tilleur, la mesure a été effectuée sans action particulière de sensibilisation préalable des membres de l'équipe ; les résultats reflètent la qualité réelle des données recueillies en routine. A Jette au contraire, l'équipe était sensibilisée au recueil et dans l'attente des résultats de l'ana-

Mots clés :
recherche-action,
maison médicale,
soins de santé
primaires



lyse. Ceci peut avoir influencé positivement la quantité et la qualité des données notées au dossier.

Le logiciel de dossier de santé informatisé utilisé y est identique : il s'agit de PRICARE, version 3.2.23. Ce logiciel structure les rencontres avec les patients selon les recommandations de la commission belge EMDMI (*Electronisch medisch dossier médical électronique*) en contacts et épisodes (ou éléments de soins) et procédures ; chaque contact avec le patient encodé dans le dossier de santé électronique doit être relié à au moins un épisode. Toutefois, la gestion purement comptable permet la création de « contacts » hors de la partie dossier de santé du logiciel, et donc non reliés à un épisode. Le logiciel propose un stockage structuré de paramètres biologiques (notamment lipides et glycémie) et dispose d'un échancier. Les épisodes sont codés selon la Classification internationale des soins primaires (CISP-1).

● Mesures

La population diabétique identifiée a été classée selon le type de diabète (1 ou 2). La structure d'âge a été établie pour chaque catégorie de diabétiques, et comparée à la structure d'âge de la patientèle des deux équipes et de la population de la région où ces équipes sont implantées.

La prévalence du diabète a été mesurée pour chaque équipe et pour chaque type de diabète. La prévalence du diabète en Belgique est inconnue vu l'absence de données épidémiologiques, elle varie selon les sources de 2,3 % à 5,5 % (Association belge du diabète).

La co-morbidité a été mesurée pour les épisodes suivants : hypertension artérielle, avec ou sans répercussion sur un organe-cible, obésité, tabagisme, hypercholestérolémie.

Les complications ont été évaluées à travers les épisodes de protéinurie, rétinopathie et neuropathie.

La qualité du suivi a été évaluée à travers le

nombre de contacts des patients les douze derniers mois avec les trois secteurs professionnels principaux (médecins, kinésithérapeutes, infirmières) : nombre total de contacts et nombre de contacts spécifiques au diabète. La diététicienne n'utilisant pas le dossier informatisé, aucune donnée n'est disponible pour ce type de contact. Pour cet aspect, sont aussi relevées les mesures de glycémie et d'hémoglobine glyquée notées au dossier électronique dans la dernière année.

La programmation des échéances de prévention est évaluée grâce au nombre d'échéances de renvoi chez l'ophtalmologue pour examen du fond d'œil et de vaccination annuelle contre la grippe. La version du logiciel de dossier de santé ne permet pas d'identifier facilement d'autres échéances spécifiques de prévention comme l'examen des pieds.

Les données ont été comparées à celles de l'étude *Amélioration de la qualité en médecine générale sur base d'enregistrements de données de consultation : diabète de type 2 et hypertension artérielle*.

Résultats

● Structure de population : pyramide d'âge et rapport de masculinité*

Les deux équipes desservent une population plus jeune que leur moyenne régionale, mais ceci est nettement plus marqué à Jette, où, de plus, la population est nettement féminine.

	65 ans et plus	rapport de masculinité
Tilleur	12,48 %	91,87
Région wallonne	16,76 %	94,18 ¹
Jette	6,42 %	72,80
Région bruxelloise	15,85 %	92,49 ²

* Le rapport de masculinité (« sex ratio ») se définit par le rapport, exprimé généralement en pourcentage, entre l'effectif de la population masculine et celui de la population féminine.

(1) 90,76 dans la commune à la même époque.
Source : Chiffres 2002. Aperçu statistique de la commune de Saint-Nicolas. Distribué par l'échevinat de la Culture, de la Santé et de la Maison de la petite enfance.

(2) Source : INS, statistiques démographiques. <http://www.statbel.fgov.be/figures/d21_fr.asp>.

Le recueil systématique de données informatisé
comme outil d'aide à la prise en charge du patient diabétique

● **Prévalence du diabète**

Dans les deux maisons médicales étudiées, la prévalence se situe dans les ordres de grandeur d'autres études, elle est nettement plus élevée à Tilleur qu'à Jette.

	Diabète 1	Diabète 2	Total
Tilleur	0,53 %	4,40 %	4,93 %
Jette	0,51 %	2,53 %	3,04 %
En Belgique			2,3 à 5,5 %

● **Risques associés**

Pourcentage d'hypertendus, d'obèses et de fumeurs parmi les diabétiques et dans la population inscrite à la maison médicale

		Diabète 1	Diabète 2	Popul. active
Hypertension artérielle	Tilleur	25 %	50,75 %	11,92 %
	Jette	33 %	47 %	7,95 %
Episode Obésité	Tilleur	0 %	9,70 %	1,90 %
	Jette	33 %	40 %	7,95 %
Obésité (BMI > 30)	Tilleur		15,67 %	
	Jette		40 %	
	<i>Etude IPH (BMI>27)</i>		66 %	
Episode Tabagisme	Tilleur	6,25 %	7,46 %	3,42 %
	Jette	0 %	7 %	12,1 %
Tabagisme (n° de cigarettes > 0)	Jette	0 %	27 %	14,72 %
	<i>Etude IPH</i>			14,5 %
Episode Hypercholestérolémie	Tilleur	12,50 %	14,93 %	
	Jette	0 %	53 %	
Cholestérol total >190	Jette	33 %	47 %	

Dans chaque équipe, ces pourcentages peuvent être partiellement cumulatifs.

● **Complications**

Pourcentage d'épisodes de protéinurie, de rétinopathie, de neuropathie encodés parmi les diabétiques :

Diabète 1 Diabète 2

Protéinurie	Tilleur	0 %	0 %
	Jette	0 %	27 %
	<i>Etude IPH</i>		12,3 %
Rétinopathie	Tilleur	6,25 %	4,48 %
	Jette	0 %	7 %
	<i>Etude IPH</i>		8,7 %
Neuropathie	Tilleur	6,25 %	0 %
	Jette	0 %	7 %
	<i>Etude IPH</i>		12,8 %

● **Qualité du suivi**

• **Contacts avec l'équipe**

Dans les deux maisons médicales, les contacts avec les médecins tournent autour de dix par an et par personne. A Tilleur six personnes n'ont pas vu le médecin une seule fois dans l'année. Les contacts avec les autres professionnels sont très variables et dépendent des autres pathologies présentées par les patients. A Tilleur, vingt-six contacts ont été enregistrés chez la diététicienne.

• **Contacts spécifiques pour le diabète**

Nous avons recherché le nombre de contacts annuels comprenant le diabète comme appréciation.

	Diabète 1	Diabète 2
Tilleur	1,06	1,94
Jette	5,25	5

• **Échéances prévues dans le dossier et exécutées**

Pourcentage de patients pour lesquels une échéance « Fond d'œil » et « Vaccin contre la grippe » est présente dans l'échéancier, et a été exécutée en 2003 :

		Diabète 1	Diabète 2
Echéance Fond d'œil présente	Tilleur	25 %	7,46 %
	Jette	100 %	93 %
Echéance Vaccin grippe présente	Tilleur	25 %	14,92 %
	Jette	100 %	93 %
	<i>Etude IPH</i>		8,5 %
Echéance Fond d'œil exécutée	Tilleur	6,25 %	0,2 %
	Jette	67 %	27 %
	<i>Etude IPH</i>		82,7 %
Echéance Vaccin grippe exécutée	Tilleur	25 %	14,17 %
	Jette	100 %	73 %
	<i>Etude IPH</i>		82,7 %



• **Glycémie à jeun et hémoglobine glyquée**

Pourcentage de patients pour lesquels :

- la dernière glycémie à jeun encodée dans les paramètres date de moins d'un an ;
- la moyenne des glycémies à jeun est inférieure à 150 ;
- la dernière hémoglobine glyquée est inférieure à 7,5 % .

et moyenne des dernières hémoglobines glyquées de l'ensemble des patients :

l'épisode et par les paramètres donnent les mêmes résultats à Jette.

Les résultats sont semblables en ce qui concerne le tabagisme (nombre supérieur de patients retrouvés par le nombre positif de cigarettes dans les paramètres que par l'encodage de l'épisode tabagisme) et l'hypercholestérolémie (nombre supérieur de patients retrouvés par le taux de cholestérol supérieur à 190 dans les paramètres que par l'encodage de l'épisode

		Diabète 1	Diabète 2
Dernière glycémie < 1 an	Tilleur	31,25 %	17,91 %
	Jette	100 %	100 %
	<i>Etude IPH</i>		36,3 %
Moyenne glycémies < 150	Tilleur	18,75 %	9,70 %
	Jette	0 %	53 %
Dernière hémoglobine glyquée < 7,5 %	Tilleur	6,25 %	9,70 %
	Jette	67 %	53 %
Moyenne des dernières hémoglobines glyquées	Tilleur	8,18	7,08
	Jette	9,47	7,80

Discussion

Bien que représentant des petites populations, et donc non statistiquement significatifs, les chiffres tirés des encodages ont amené des constatations intéressantes. Rappelons que l'objectif était d'estimer la qualité du recueil de données et non de faire une analyse épidémiologique. Il est évident que si nous pouvions obtenir des données couvrant de plus larges populations, par exemple l'ensemble des patients des maisons médicales, nous pourrions en tirer des renseignements très utiles.

Le diabète est probablement bien dépisté dans les deux maisons médicales, la prévalence étant comparable à celles obtenues dans les études épidémiologiques. Le taux plus bas à Jette peut s'expliquer par la relative jeunesse de sa population.

L'hypertension est également bien encodée dans les dossiers informatisés.

L'épisode d'obésité est peu encodé à Tilleur, mais on parvient à se faire une idée de sa prévalence en recherchant dans les paramètres les *body mass index* supérieurs à trente (surcharge pondérale). Les résultats par recherche de

d'hypercholestérolémie).

Le récapitulatif témoigne généralement d'un meilleur encodage à Jette qu'à Tilleur. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cela : une équipe plus petite, plus jeune et plus récemment constituée ; une politique d'encodage systématique de toutes les pathologies chroniques ; une sensibilisation préalable à l'étude sur le diabète ; une population de plus petite taille.

Le relevé des complications du diabète et la recherche des contacts spécifiques pour le diabète montrent également un sous-encodage à Tilleur, probablement pour les mêmes raisons. L'utilisation systématique de l'échéancier a prouvé son efficacité. L'exécution des différentes échéances dépend bien sûr de la compliance des patients, et il est plus facile d'obtenir une prise de sang ou un vaccin qu'une visite chez l'ophtalmologue.

De nouveau, l'encodage des glycémies et des hémoglobines glyquées est plus intensif à Jette ; cependant, un fait intéressant est que la moyenne des hémoglobines glyquées est nettement plus basse à Tilleur. Une longue tradition de prise en charge et d'éducation des patients semble avoir ici fait ses preuves.

Chacune des équipes a donc à apprendre de l'autre : l'une en matière d'encodage, l'autre

Le recueil systématique de données informatisé
comme outil d'aide à la prise en charge du patient diabétique

en matière de traitement et d'éducation des patients. Diverses études ont montré que le recueil de données est meilleur si les prestataires disposent d'un feedback local et ressentent l'utilité directe de leurs efforts d'encodage. Il faut donc intensifier l'analyse des données de santé en continu et son retour aux équipes participantes.

Par ailleurs, une recherche doit être mise en œuvre par les concepteurs du logiciel médical afin d'améliorer les automatismes et éviter de fastidieux doubles encodages.

situées en Communauté française de Belgique aurait une pertinence certaine pour décrire l'état de santé de populations précarisées ou marginalisées.

La qualité des soins et la satisfaction du thérapeute peuvent se conjuguer harmonieusement. Le secteur des soins primaires peut y trouver une valorisation et de nouveaux outils de promotion de la santé.

La bibliographie est disponible sur simple demande. ●

Conclusion

La systématisation du recueil par voie électronique lors des consultations fournit au praticien une excellente vue sur l'histoire et l'évolution dans le temps de son malade. L'informatique permet des filtres et des vues multiples sur le dossier qui facilitent l'appréhension globale de la maladie et du patient. Ceci doit être le premier stimulant à l'utilisation du dossier de santé électronique.

L'utilisation locale des données produites pour passer du niveau de soin individuel à un niveau collectif sur une patientèle peut en être un second. A l'inverse, une sous-utilisation des données produites peut provoquer une diminution de la motivation, voire une méfiance vis-à-vis des outils de recueil. Une culture épidémiologique de base chez les professionnels appelés à participer à un recueil de données est probablement nécessaire, ce qui suppose un minimum de formation.

En raison de la diversité des populations prises en charge selon les centres, il est nécessaire d'interpréter la valeur épidémiologique des résultats mesurés en fonction de la structure de la patientèle. Par contre, l'agrégation des résultats de plusieurs centres au sein d'une même région peut devenir représentative d'une population particulière. Un institut de recueil de données au sein des maisons médicales

Cette recherche-action porte sur l'utilisation du dossier informatisé par deux maisons médicales financées au forfait : Le centre de santé de Tilleur, créé il y a vingt-sept ans, et l'Antenne Tournesol (Jette), qui existe depuis trois ans. La patientèle s'élève à plus de 3.000 personnes à Tilleur, moins de 600 à l'Antenne Tournesol.



Evaluation de l'attitude thérapeutique du médecin généraliste dans la bronchite aiguë

Cette recherche-action est en cours. Son responsable a été invité à présenter sa méthodologie et les changements souhaités. Les résultats ne sont pas encore évalués.

La question de départ

Un médecin travaillant à la maison médicale de Forest dans le cadre de sa formation (diplôme d'études spécialisées) en médecine générale a observé que les connaissances acquises lors de ses études, notamment en ce qui concerne les recommandations thérapeutiques, les consensus proposés par les experts, ne sont pas toujours appliqués par les soignants, même pour les pathologies les plus banales.

Elle s'est questionnée sur les raisons de cette attitude en se focalisant sur une pathologie déjà bien documentée : la bronchite aiguë chez les patients de plus de deux ans ne souffrant pas de bronchite chronique.

L'objectif de ce travail est, in fine, d'améliorer les pratiques, de les rendre plus conformes aux recommandations ; mais ceci ne sera pas évalué, les impératifs du travail de fin d'études imposant un délai trop court.

La procédure de la recherche-action

Le chercheur est également acteur puisqu'il fait partie (temporairement) de l'équipe et a continué à y exercer ses tâches courantes. Les médecins savent ce qui est en cours et ont accepté de questionner leurs pratiques. Les patients ont également été mis au courant (on est donc très loin d'une recherche en double aveugle randomisée...).

Le chercheur-acteur n'a pas rappelé aux différents médecins participant à l'étude les recommandations de bonnes pratiques en ce qui concerne les antibiotiques (qui sont d'ailleurs

bien connues) ; ceci afin qu'ils restent dans les conditions les plus neutres possibles, sans être influencé par la re-précision des consensus.

L'aspect « action » de ce travail est le fait de confronter les médecins prescripteurs à leurs attitudes thérapeutiques, à partir d'une analyse objective de celles-ci ; et d'identifier avec eux ce qui les empêche de suivre les *guidelines*. Le postulat est que cet échange participera à une amélioration des pratiques.

Les étapes du projet

● L'identification des patients

Une étude de la littérature médicale concernant la bronchite aiguë a permis d'établir des critères diagnostiques définissant les patients à inclure dans la recherche.

L'identification précise des patients concernés permet d'évaluer l'attitude médicale en ce qui concerne l'antibiothérapie, les traitements adjuvants (aérosols, mucolytiques) ainsi que la prescription de kinésithérapie respiratoire dans la bronchite aiguë. Elle permet également de re-contacter les patients concernés afin de faire une petite étude cas-témoins permettant d'évaluer l'évolution clinique de leur maladie.

● Le processus de récolte de l'information

La recherche s'adresse surtout au secteur médecins de la maison médicale de Forest (onze médecins) ; il aurait été intéressant d'inclure le secteur kinésithérapeutique mais la recherche ne s'y prêtait pas bien. Cependant, les résultats auront certainement un intérêt pour ce secteur. Cette étude se déroule pendant la phase épidémiologique annuelle des infections respiratoires et concerne les patients atteints de bronchite aiguë, situation tout à fait courante en médecine générale et pouvant toucher une grande partie de la population de la maison médicale.

Laura Verschuren,
infirmière à la
maison médicale
à Forest.

Mots clés :
recherche-action,
médecine générale

Evaluation de l'attitude thérapeutique du médecin généraliste dans la bronchite aiguë

Le recueil de données est fait par le prescripteur à l'aide d'une grille d'auto-évaluation. Ceci devrait permettre d'interpréter correctement les attitudes thérapeutiques, et de donner aux médecins des pistes pour les aider à avoir des attitudes correspondant plus aux recommandations. Ce processus de récolte d'informations permet par ailleurs au médecin de se questionner sur son attitude, de manière à la fois « objective » et « subjective ».

L'évaluation de l'évolution clinique du patient se fait grâce à un questionnaire présenté au patient par le chercheur. Cette partie de l'étude, plus considérée comme une étude cas-témoins, est la plus laborieuse et sera sans doute la moins significative vu la difficulté d'entrer en contact avec les patients.

● La stratégie de changement

Elle n'a pas encore été mise en place, puisque le stade actuel est d'analyser les données.

Ce qui est prévu, c'est de présenter et discuter ces données avec les médecins, en proposant des solutions alternatives ; rappelons que l'on postule que cet échange participera à une amélioration des pratiques.

Néanmoins, il s'est avéré que l'attitude des médecins, du simple fait de la recherche en cours, s'est déjà modifiée : une recherche-action peut donc, de par l'implication des acteurs eux-mêmes, produire un changement dès le début, même si celui-ci est difficilement quantifiable. A moyen terme, les éventuels changements seraient difficilement quantifiables de manière significative. Ils pourraient être approchés par un questionnement adressé aux médecins quant à leur perception, quelques mois après la présentation des observations : ont-ils remarqué un changement dans leur attitude thérapeutique ?

● Les effets souhaités

Au-delà de la modification des attitudes thérapeutiques dans le cas de la bronchite

chronique, pathologie très simple, cette recherche-action vise à faciliter le questionnement et l'amélioration d'autres attitudes thérapeutiques dans des problèmes plus ou moins compliqués, pour lesquels il existe des consensus qui sont plus ou moins suivis dans la pratique. ●



Modifier la pratique de la maison médicale face au taux de recours aux urgences ? Quand la recherche permet de ne rien changer...

La question de départ

L'équipe a constaté que le budget d'attestations de remboursement en 2001 (pour environ cinq cents patients inscrits à ce moment) était supérieur à cinq mille euros, ceci étant essentiellement lié à un recours aux services d'urgence*. A partir de ce constat, elle s'est demandé :

- pourquoi les patients se rendent aux urgences ;
- si ce recours peut paraître adéquat ;
- s'il est lié à la pratique de la maison médicale.

Méthodologie

Un chapitre du recueil d'information a été fait pour la patientèle de l'année 2002 : 700 à 900 patients inscrits dont 23 % de VIPO. L'âge moyen est de vingt-sept ans. Le niveau de scolarisation et d'alphabétisation est inconnu. Il y a eu plus ou moins quatre mille contacts médicaux en 2002.

Ce recueil d'information a porté sur les rapports d'urgence (motifs-diagnostic-traitement-sortie salle U). Ceux-ci sont envoyés systématiquement par un hôpital (Notre-Dame), et souvent

par le centre hospitalier régional. Leur analyse devait permettre de répondre à deux questions :

- quels sont les motifs de consultation en urgence ?
- ces motifs sont-ils justifiés du point de vue du patient ?

Tous les rapports d'urgence disponibles ont été recueillis et encodés en Classification internationale des soins de santé primaires (CISP) pour les critères suivants : motifs de contact et appréciations (c'est-à-dire diagnostic) réalisées par les médecins urgentistes. A partir de ces données, nous avons analysé si le recours aux urgences était adéquat, du point de vue du patient.

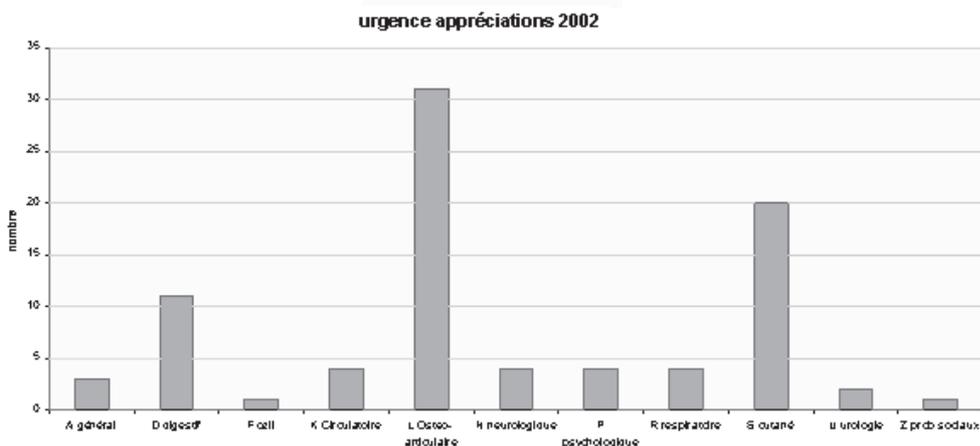
Résultats de l'analyse

Nonante rapports ont été enregistrés. Ils concernaient 48 % de femmes et 52 % d'hommes. La répartition par âge n'a pas été étudiée, ni la répartition des recours aux urgences selon le mois.

La répartition des jours de contact aux urgences s'avère homogène. La répartition par appréciation montre une prédominance des problèmes ostéo-articulaires.

Michel de Jonghe, médecin généraliste à la maison médicale La Venelle.

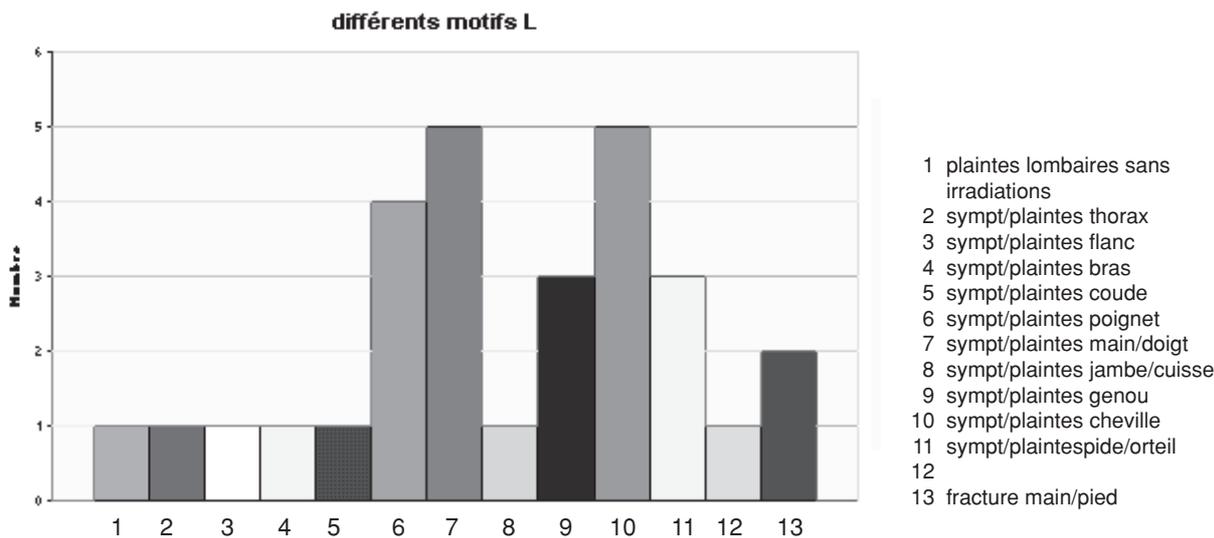
* : Dans le système au forfait, ce n'est pas la mutuelle mais la maison médicale qui rembourse les consultations des patients inscrits lorsqu'ils se rendent chez un autre généraliste, par exemple dans un service d'urgence.



Mots clés :
recherche-action,
médecine générale

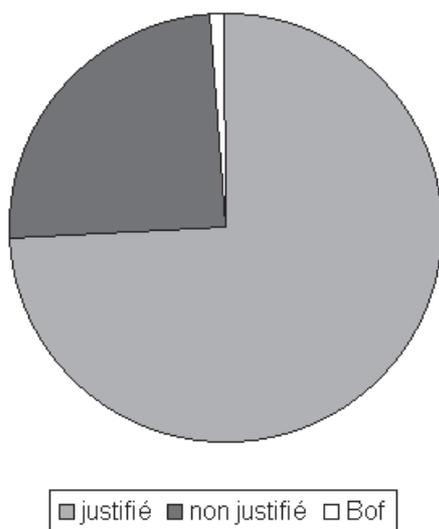
**Modifier la pratique de la maison médicale face au taux de recours aux urgences ?
Quand la recherche permet de ne rien changer...**

Les motifs en rapport avec le système locomoteur sont variés :



Dans la catégorie A (motifs généraux), les motifs les plus fréquents sont les suivants : faiblesse, fatigue - détérioration de l'état général ; ensuite viennent : autres symptômes : accidents, traumatismes.

Les motifs de recours aux urgences sont apparus comme justifiés dans la grande majorité des cas :



Impact de l'analyse

Les résultats de cette première analyse n'ont pas débouché sur un changement dans la pratique de la maison médicale. En effet,

- beaucoup de contacts ont paru justifiés (33 % des recours justifiés sont des contacts initiés par les soignants de la maison médicale) ;
- la maison médicale recourt facilement aux urgences pour les traumatismes.

Toutefois, l'équipe a décidé de continuer à analyser le problème, selon les mêmes méthodes d'évaluation.

En 2003 (patientèle : 900 à 1200 patients), quatre vingt sept rapports ont été encodés. Le rapport homme/femme est le même qu'en 2002. Il n'y a, pas plus qu'en 2002, de différence dans la répartition du recours aux urgences selon les jours. Cette fois encore, l'équipe a été surprise du taux élevé de recours justifiés aux services d'urgence. Elle n'a donc pas entrepris de modifier sa pratique.



Elle va toutefois continuer à analyser le problème, mais :

- en étudiant la répartition des âges ;
- en comparant de manière objective les motifs de contact et les appréciations avec sa pratique quotidienne ;
- en tentant d'objectiver les différences au niveau des procédures. ●

Cette maison médicale est située à Tournai et existe depuis 2001. Elle a une pratique urbaine et est entourée de quatre hôpitaux. L'équipe comprend deux secrétaires-accueillantes, un kinésithérapeute, une infirmière, une assistante sociale, deux médecins généralistes. En 2003, il y avait 900 à 1.200 patients inscrits.

Notre prise en charge de l'hypertension artérielle

Françoise Dutrieux et Emmanuelle Berquin,
médecins généralistes à la maison médicale Antenne Tournesol.

Pendant la période d'étude, la maison médicale occupait deux sites géographiquement très proches, appelés maison médicale Essegheem et Antenne Tournesol. La maison médicale Essegheem existe depuis une vingtaine d'années.

L'équipe soignante des deux sites comprend sept médecins généralistes à temps plein dont deux hommes et cinq femmes. Les médecins, kinésithérapeutes et infirmières de l'équipe travaillent au forfait. A l'exception de quelques-uns, les patients sont inscrits à la maison médicale. Au moment de l'étude, il y a 4530 patients inscrits dont l'âge moyen est de 31,5 ans, 49 % de la patientèle a plus de trente ans.

Mots clés :
recherche-action, assurance de qualité, médecine générale

En Belgique, environ 15 % des adultes de plus de trente ans sont à haut risque cardiovasculaire (25 % des hommes et 5 % des femmes). La prise en charge de l'hypertension artérielle entre donc dans une approche globale du risque cardiovasculaire qui doit être évalué pour chaque patient de trente à septante-cinq ans : le dépistage du risque cardiovasculaire évalue sept facteurs de risque (FR) qui ont la tension artérielle (TA), l'âge, le tabagisme, la présence d'une cholestérolémie perturbée, la présence d'un diabète de type 2, l'existence d'événements cardiovasculaires ischémiques personnels et d'un événement cardiovasculaire précoce dans la famille proche. Pour la prise en charge du risque cardiovasculaire, il existe un algorithme qui se déroule en trois étapes : le dépistage du risque cardiovasculaire, son évaluation et la prise en charge selon le niveau de risque. La stratégie est explicitée dans une autre présentation faite lors du colloque, voir texte p 100.

La problématique de départ

L'équipe a souhaité se pencher sur un problème de santé en appliquant la démarche d'assurance de qualité. La priorité retenue parmi tous les problèmes identifiés a été l'hypertension. Plusieurs raisons ont guidé ce choix : l'hypertension est une pathologie :

- à haute prévalence dans la population générale : 12,2 % chez les personnes âgées de quarante-cinq à soixante-quatre ans, 20,4 % entre soixante-cinq et septante-quatre ans ;
- grave : l'hypertension artérielle est un facteur de risque majeur des maladies cardiovasculaires, qui restent la première cause de mortalité des adultes dans les pays industrialisés.
- bien connue, largement étudiée depuis de nombreuses années. Les recommandations concernant sa prise en charge évoluent régulièrement en fonction des résultats de nouvelles études publiées qui affinent les connaissances dans ce domaine.
- vulnérable : l'hypertension artérielle est facile à diagnostiquer, des traitements efficaces existent et son contrôle réduit significativement les risques d'accidents cérébrovasculaires et de troubles cardiaques ischémiques, diminuant ainsi la mortalité et la morbidité liée à l'hypertension artérielle.
- insuffisamment prise en charge : de manière générale en Belgique, le nombre d'hypertendus non diagnostiqués est élevé, près de la moitié des hypertendus ne sont pas du tout traités et environ la moitié des hypertendus traités le sont insuffisamment. A la maison médicale, plusieurs médecins ont également l'impression que la qualité de la prise en charge au niveau diagnostique, mise au point, traitement et objectifs thérapeutiques, n'est pas optimale.

L'évaluation de la qualité de la prise en charge de l'hypertension artérielle au sein de la maison médicale prend corps dans ce souci de qualité et d'amélioration. Le médecin généraliste occupe une position centrale pour le diagnostic, la mise au point, le traitement et le suivi de



l'hypertension artérielle, d'autant que 80 à 90 % des Belges consultent leur médecin généraliste au moins une fois par an.

Dispositif et méthodologie de la recherche-action

Un jeune médecin de l'équipe, impressionné par la qualité du travail réalisé au sein du « groupe prévention » de la maison médicale a désiré approfondir la méthode de travail de ce groupe, particulièrement intéressante puisqu'elle met à jour les multiples aspects d'un problème de santé. Ce médecin s'est formé à la méthode d'assurance de qualité (via les séminaires « prévention et assurance de qualité »), et a rejoint le groupe prévention qui utilise le carnet de bord : assurance de qualité. Cet outil a apporté au projet une méthode de travail rigoureuse et applicable ; il s'avère une base solide pour la création de tout autre projet futur sur un problème de santé.

L'évaluation de la prise en charge de l'hypertension artérielle à la maison médicale a été effectuée par une étude rétrospective basée sur l'analyse de dossiers de patients hypertendus. Pour sélectionner les dossiers à étudier, chaque médecin a identifié tous les patients hypertendus vus en consultation ou en visite à domicile en notant leur nom et leur numéro de dossier durant deux semaines. L'échantillon se compose de nonante-quatre patients.

Les dossiers de ces patients ont été analysés en fonction de critères établis sur base de recommandations récentes¹. Ces critères concernent la qualité du diagnostic, des éléments de l'anamnèse et de l'examen physique, des examens complémentaires demandés, la tenue du dossier, le traitement et l'atteinte des objectifs thérapeutiques. Les données sont recueillies par le groupe prévention de la maison médicale, la totalité de ce travail est réalisé en parallèle à l'activité curative.

Le dossier santé informatisé (logiciel Pricare) installé en cours de route est encore sous-utilisé.

Les médecins travaillent donc principalement avec le dossier papier. L'Antenne Tournesol a été créée en octobre 2000. L'outil informatique est instauré et utilisé dès la création. L'équipe travaille en même temps avec les dossiers papiers et informatiques en essayant d'être systématique et d'adopter une méthode de travail commune.

Les étapes de la recherche-action

● La recherche bibliographique

Elle est basée essentiellement sur la consultation de MEDLine, de Cochrane Library et d'autres sites internet comme le site français de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et celui de la Société scientifique de médecine générale (SSMG).

● La réflexion sur les critères de qualité proposés dans le carnet de bord assurance de qualité

Cette réflexion permet d'éclairer les différentes facettes du problème et favorise l'analyse de la situation de départ dans ses différents aspects.

- L'efficacité théorique : obtenir une tension artérielle inférieure à 140/90 mmHg chez 100 % des patients en raison du lien causal entre l'hypertension artérielle et les accidents cardiovasculaires.
- L'efficacité, (rapport entre l'efficacité et le coût du programme) est faible dans le cas présent : le programme a demandé beaucoup de temps, d'énergie et d'investissement. Mais à long terme, la procédure mise en place pour la prise en charge de l'hypertension artérielle peut devenir automatique et rapide, ne demandant plus d'investissement particulier de la part du soignant. En outre, ce programme aura des retombées positives dans d'autres domaines, notamment par une meilleure utilisation des dossiers et leur informatisation. En regard du bénéfice global

(1) Les critères d'analyse de qualité de la prise en charge de l'hypertension artérielle sont issus de recommandations publiées par différents groupes de travail sur l'hypertension artérielle, notamment le 6^{ème} rapport du Joint National Committee (JNC VI), le rapport de l'ANAES, les recommandations canadiennes de 2000 et 2001.

Notre prise en charge de l'hypertension artérielle

que peut apporter ce projet, son coût est donc acceptable.

- La globalité est ici essentielle puisque du point de vue physiologique et organique, le niveau tensionnel n'est qu'une des composantes du risque cardiovasculaire. La stratégie de prise en charge de l'hypertension artérielle nécessite donc une approche globale. La compliance du patient au dépistage, à la mise au point et au traitement dépend de facteurs sociaux, familiaux, culturels, économiques et psychologiques. Le médecin généraliste occupe une position de choix pour apprécier le patient dans son contexte global. Ceci lui permet d'orienter son attitude et son discours en fonction des réalités de vie du patient pour optimiser les bénéfices de son intervention et en connaître les limites.
- La continuité implique que toutes les informations pertinentes nécessaires soient disponibles au moment où les dispensateurs de soins sont appelés à soigner l'individu (en première ligne ou au niveau spécialisé). L'amélioration de l'utilisation des dossiers papiers et informatiques devrait optimiser la disponibilité de l'information et accroître la qualité de prise en charge de l'hypertension artérielle.
- L'intégration des soins de santé (coexistence d'activités curatives, préventives, d'éducation à la santé et de revalidation) va de soi dans la prise en charge de l'hypertension artérielle dont le diagnostic, la mise au point, le suivi et le traitement constituent un acte préventif du risque cardiovasculaire et curatif de l'hypertension artérielle. Par ailleurs, le dépistage clinique de l'hypertension artérielle et du risque cardiovasculaire global est un épisode de soin préventif secondaire qui peut être réalisé quel que soit le motif de consultation chez le médecin généraliste de tout patient de trente à septante ans.
- L'acceptabilité est essentielle. La prise en charge de l'hypertension artérielle nécessite souvent une modification du style de vie et la prise journalière de médicaments, ce qui peut être difficile à appliquer et à accepter pour le patient. La difficulté est d'autant plus grande que l'hypertension artérielle est en général non ressentie. Le suivi idéal nécessite une consultation tous les trois à six mois chez le médecin et des examens sanguin et urinaire une fois par an.
- L'équité implique la distribution des services en fonction des besoins, ce qui exclut l'égalité de moyens. Les médecins généralistes doivent être particulièrement attentifs aux personnes qui consultent rarement, et profiter de la consultation, quel qu'en soit le motif, pour dépister ou faire le point sur le suivi de l'hypertension artérielle.
- La participation active du patient est indispensable à la prise en charge adéquate d'un problème de santé chronique dont les répercussions peuvent être majeures dans la vie d'une personne. Celle-ci peut alors devenir acteur face à la maladie. Le médecin joue un rôle non négligeable dans l'espace qu'il octroie à la participation du patient. Une information accessible et une sensibilisation à la problématique et aux conséquences de l'hypertension artérielle permettent d'associer le patient à la décision thérapeutique. Cette participation active du patient améliore l'acceptabilité, la compliance, les résultats escomptés du traitement et son bien-être.
- L'échelonnement est le fait qu'une action soit réalisée par la personne qui le fera de la manière la plus efficiente et la plus proche des gens ; pour la plupart des patients, le médecin généraliste est la personne du milieu médical la plus proche, qui les connaît le mieux et celle qu'ils rencontrent le plus fréquemment. Dans le cadre du présent projet, le médecin généraliste se trouve en première position pour aborder le problème de l'hypertension artérielle avec les patients.
- La systématisation est prépondérante dans ce type de programme : il s'agit d'atteindre tous les patients concernés, d'inclure tous les aspects de la prise en charge de l'hypertension artérielle et d'assurer la pérennité de l'action. Divers outils, dont les dossiers papier et informatiques et plus particulièrement l'échéancier, facilitent cette tâche et son maintien au fil du temps.
- La pluridisciplinarité et le travail en équipe permettent la confrontation, les échanges, le non-isolement. En l'occurrence, il s'agit surtout d'intégrer le travail des médecins et des infirmières, ce qui nécessite l'engagement personnel de chacun. Les médecins ont une



place importante dans la prise en charge de l'hypertension artérielle, les infirmières occupent un rôle prépondérant à la maison médicale en matière de prévention et d'assurance de qualité. Pour que le message apporté au patient soit cohérent, il est important que le projet soit compris et porté par l'équipe même si tous n'y participent pas activement.

● **Analyse de la situation**

Nous présentons ci-dessous les différents éléments de la qualité de la prise en charge, en indiquant d'une part les recommandations, d'autre part les résultats observés dans l'analyse des dossiers. Il faut tout d'abord souligner qu'aucune procédure systématique et commune aux différents médecins n'est établie au préalable.

• **qualité du diagnostic**

Recommandation : cette qualité est évaluée par les chiffres tensionnels, le nombre de mesures de tension artérielle et le délai avant le diagnostic. Généralement, un délai de six mois est recommandé entre la première mesure de tension artérielle au-dessus des valeurs normales et le diagnostic. Au cours de cette période, le nombre idéal de mesures de tension artérielle s'élève à trois ou quatre.

>> *Observation : malgré la conscience professionnelle de chacun, le diagnostic d'hypertension artérielle est souvent posé trop rapidement sur base d'un nombre de mesures insuffisant. 55 % des diagnostics sont posés dans le premier mois et 62 % sur base de une à deux mesures. Un laps de temps correct de diagnostic est retrouvé chez 17 % des patients, un nombre de mesures suffisant pour 20 % des patients.*

• **Anamnèse, examen clinique et examens complémentaires.**

Recommandations : il s'agit d'évaluer le risque cardiovasculaire global des patients et l'atteinte éventuelle d'organes cibles de l'hypertension artérielle. La recherche active d'atteinte d'organes cibles susceptibles de modifier le pronostic ou le traitement concerne principalement l'hypertrophie ventriculaire gauche, l'angor, les antécédents d'infarctus ou de revascularisation coronaire, les accidents vasculaires

cérébraux, les accidents ischémiques transitoires, la néphropathie, l'artériopathie périphérique et éventuellement la rétinopathie. Les facteurs de risque sont déterminés à l'anamnèse par la recherche d'antécédents familiaux et de tabagisme ; à l'examen clinique par la mesure de la tension artérielle et le calcul du *Body mass index* ; et à l'examen sanguin par le dosage du glucose, du cholestérol total et HDL (lipoprotéine de haute densité). L'atteinte d'organes cibles de l'hypertension artérielle est recherchée par l'examen d'urine comprenant une recherche de protéinurie et un sédiment, à l'examen sanguin par le dosage de la créatinine et du potassium et à l'électrocardiogramme (ECG).

>> *Observation : les tableaux 1 et 2 indiquent ce qui est noté dans les dossiers*

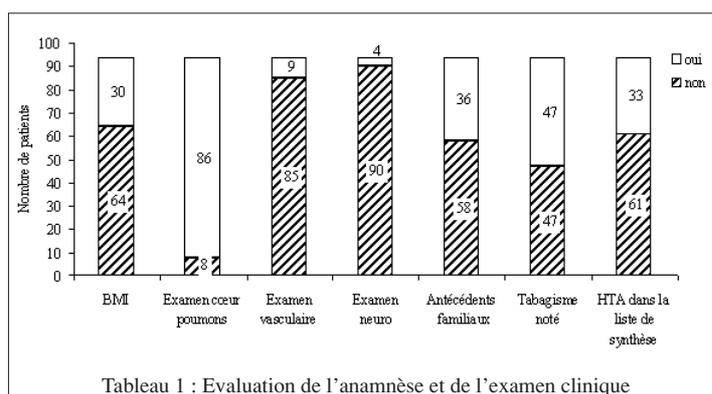


Tableau 1 : Evaluation de l'anamnèse et de l'examen clinique

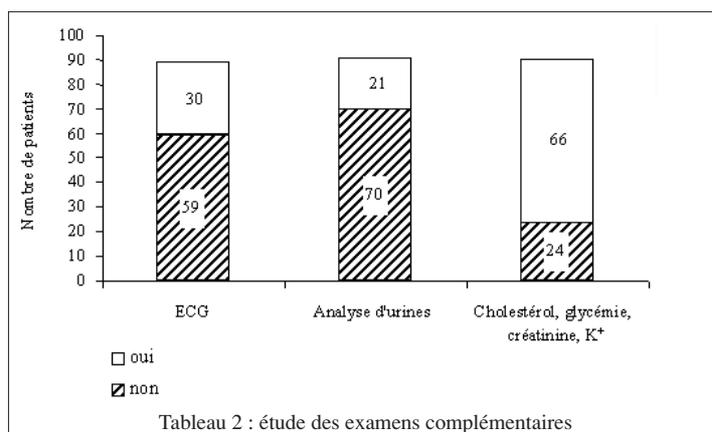


Tableau 2 : étude des examens complémentaires

• **la tenue du dossier** est évaluée en examinant si l'hypertension artérielle est reprise dans la liste de synthèse et si le traitement est clairement mentionné.

>> *Observation : l'épisode hypertension artérielle se trouve dans la liste de synthèse*

de trente-trois dossiers sur les nonante-quatre de l'étude et le traitement est clairement noté dans soixante-deux dossiers.

Ces résultats sont basés uniquement sur les données écrites retrouvées dans les dossiers.

Un examen réalisé mais non mentionné est considéré comme inexistant. La tenue du dossier influence donc l'ensemble des résultats de la recherche. L'analyse d'éléments spécifiques de la tenue du dossier met à jour certaines lacunes. Une meilleure tenue du dossier pourrait modifier certains résultats obtenus dans l'étude.

• le traitement non médicamenteux

Recommandation : ce traitement, conseillé à tous les patients hypertendus, consiste à adopter un mode de vie visant à réduire l'excès de poids, stopper la consommation de tabac, limiter l'ingestion d'alcool, l'apport en sel, en lipides alimentaires saturés et en cholestérol, introduire ou maintenir une activité physique et apprendre à gérer le stress.

>> Observation : L'analyse des dossiers montre que les mesures hygiéno-diététiques sont mentionnées dans les traitements de trente-six patients.

• le traitement médicamenteux

Recommandation : Les bêtabloquants et les diurétiques-thiazide constituent le premier choix ; de nombreuses études convaincantes démontrent leur effet favorable sur la morbidité cardiovasculaire et sur la mortalité. Certains patients présentent toutefois des contre-indications à l'administration de ces classes thérapeutiques ou des indications spécifiques pour d'autres classes de médicaments dont il faut tenir compte pour le choix du traitement.

>> Observation : quatre-vingt six patients ont un traitement antihypertenseur médicamenteux. Les recommandations sont globalement bien appliquées dans ce domaine. Les diurétiques et les bêtabloquants occupent une place majeure (leurs taux sont respectivement de 44 % et 36 %). 45 % des patients ont un autre traitement justifié par les indications spécifiques et 12 % non justifié par ces indications. Suivant la nécessité thérapeutique, les patients reçoivent un ou

plusieurs médicaments hypotenseurs. 67 % des patients ont un seul traitement antihypertenseur. Les associations thérapeutiques sont également bien menées.

• les objectifs thérapeutiques à atteindre

Recommandation : obtenir des chiffres tensionnels en dessous de 140/90 mmHg. Selon le sixième rapport du JNC*, en cas de diabète ou d'insuffisance rénale ou cardiaque, ces chiffres doivent se situer sous 130/85 mmHg et sous 125/75 mmHg en présence d'insuffisance rénale avec protéinurie de plus de 1 g/24h.

>> Observation : les objectifs thérapeutiques sont atteints chez 48 % des patients. On constate par ailleurs que, d'après les dossiers, seuls trois patients ont refusé l'une des étapes de la prise en charge de l'hypertension artérielle.

En conclusion, certains aspects de la qualité du diagnostic et de la mise au point sont correctement assurés (l'examen cardio-pulmonaire, la recherche du tabagisme, du diabète, d'une dyslipidémie et de la fonction rénale à l'examen sanguin). D'autres aspects, comprenant le nombre de mesures de tension artérielle et le délai avant le diagnostic, l'anamnèse sur les antécédents familiaux, le calcul du *Body mass index* et l'analyse d'urine, sont moins bien réalisés et doivent bénéficier d'une attention toute particulière. En ce qui concerne le traitement, le volet non médicamenteux est mentionné chez plus d'un tiers des patients ; les traitements médicamenteux prescrits correspondent aux recommandations publiées récemment. Au vu de la littérature, l'objectif tensionnel est atteint chez 50 % des patients hypertendus ; nous retrouvons des valeurs similaires dans votre étude.

● Analyse des obstacles à la prise en charge optimale de l'hypertension artérielle

La discussion des résultats avec l'équipe a montré que les causes de la prise en charge infra-optimale de l'hypertension artérielle proviennent en partie du corps médical et paramédical. Les obstacles relevés sont : le type de consultation assez court à la maison médicale (rendez-vous d'une durée de quinze minutes), le manque de motivation des thérapeutes, l'évolution per-

* : Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.



manente des recommandations sur l'hypertension artérielle et le manque de consensus interne à la maison médicale, l'équipe n'ayant pas encore élaboré une pratique commune.

Le refus de patients (au nombre de trois) n'apparaît pas comme un obstacle majeur ; mais ce nombre est probablement sous-estimé car le patient n'exprime pas toujours son refus et le médecin ne le note pas systématiquement dans le dossier. La compliance du patient peut également être difficile à évaluer par le médecin traitant. Certaines études estiment un taux de non-adhésion au traitement médicamenteux antihypertenseur de 40 à 50 %. L'attitude du patient n'est donc pas à négliger dans ce domaine.

● Les pistes de changement

- les objectifs finaux ont été déterminés comme suit :
 - harmoniser la pratique des thérapeutes de la maison médicale en matière d'hypertension artérielle ;
 - atteindre une prise en charge optimale pour 90 % des patients hypertendus de la maison médicale, deux ans après l'instauration du programme, comprenant :
 - * la réalisation, chez 90 % des patients, de l'anamnèse sur le tabagisme et les antécédents familiaux, le calcul du *Body mass index*, l'examen clinique cardiaque et pulmonaire, les examens sanguins et urinaires, et l'électrocardiogramme : ceci pour faire la mise au point du risque cardiovasculaire et de l'atteinte des organes cibles de l'hypertension artérielle ;
 - * le suivi qui comprend au minimum le calcul du *Body mass index* et un contrôle tensionnel tous les trois à six mois des patients pour lesquels l'objectif tensionnel est atteint et des examens de sang et d'urine une fois par an ;
 - * l'obtention chez 90 % des patients d'une tension artérielle en dessous de 140/90 mmHg dans le cadre d'une hypertension artérielle non compliquée, en dessous de 130/85 mmHg en cas de diabète ou d'insuffisance cardiaque ou rénale et en

dessous de 125/75 mmHg en présence d'une protéinurie de plus de 1 g/24h.

- pour atteindre ces objectifs finaux, des objectifs intermédiaires ont été définis :
 - obtenir l'adhésion active des patients et des soignants au projet ;
 - améliorer l'utilisation des dossiers papier ;
 - améliorer l'informatisation du dossier santé : dans un premier temps il s'agit d'encoder (uniquement pour les patients hypertendus), l'échéancier, les épisodes, les contacts, les valeurs de tension artérielle, le *Body mass index* et le tabagisme ;
 - obtenir un taux intermédiaire de prise en charge optimale (à un an) de 70 %.

● La planification du changement

Planifier le changement consiste à définir les activités à mettre en place ainsi que les outils à utiliser, et à attribuer les tâches aux différents intervenants du projet. La réflexion en équipe a abouti à :

- La création d'une feuille de suivi à placer dans le dossier papier de chaque patient hypertendu. Ce résumé (une page) des principaux éléments du suivi de l'hypertension artérielle offre au médecin un outil de systématisation de sa démarche, rapide à utiliser et d'emblée efficient.
- La création d'une fiche de conseils diététiques et d'hygiène de vie adaptés à l'hypertension artérielle, à remettre par les médecins aux patients hypertendus.
- Une meilleure utilisation du dossier santé informatisé (DSI) : un listing a été établi, reprenant les personnes de plus de trente ans inscrites à la maison médicale. Chaque médecin a mentionné les patients hypertendus qu'il connaît. L'assistante médecin et les infirmières se sont proposées pour créer les échéances de mesures de tension artérielle, de calcul du *Body mass index*, d'électrocardiogramme, d'analyses de sang et d'urine. L'objectif de ce travail était de lancer la campagne. Ensuite, les médecins traitants de chaque patient hypertendu notent dans l'échéancier la date de réalisation des examens et fixent les nouvelles échéances. L'utilisation complète du dossier santé informatisé a été proposée pour tous les patients hypertendus :

ceci comporte l'encodage par le médecin des épisodes, des contacts, du tabagisme, du *Body mass index* et des valeurs de tension artérielle mesurées. Cette méthode touche uniquement les patients qui ont spontanément un contact avec le médecin. Elle sera éventuellement adaptée après la première évaluation. Avant de débiter le travail d'informatisation des dossiers, les médecins, les infirmières et les kinésithérapeutes ont suivi une formation à l'utilisation du dossier santé informatisé.

- Des séances d'information de l'équipe médicale ont été organisées pour présenter les résultats de l'étude, réactualiser les connaissances sur l'hypertension artérielle à partir des recommandations récentes et proposer un programme d'action pour l'amélioration de la prise en charge de l'hypertension artérielle.
- Des plages de consultation sur rendez-vous pour les patients hypertendus ont été prévues chez l'assistante médecin pour réaliser les examens manquants dans la mise au point de l'hypertension artérielle (*Body mass index*, analyses de sang et d'urine, l'électrocardiogramme). Le patient consulte ensuite son médecin traitant pour les résultats des examens.

L'entière de ce projet a été soutenu et encouragé par les infirmières de l'équipe, moteurs en matière de prévention et d'utilisation du carnet de bord : assurance de qualité.

● La définition des indicateurs d'évaluation

L'outil d'évaluation de la prise en charge de l'hypertension artérielle et son harmonisation au sein de la maison médicale est le dossier santé informatisé. Les indicateurs retenus sont la mesure tensionnelle, la réalisation des échéances de *Body mass index*, d'électrocardiogramme et des examens sanguins et urinaires, la mention du tabagisme. L'adhésion active des soignants et des patients au projet se reflète dans les résultats obtenus en terme d'amélioration de qualité de prise en charge. L'indicateur d'évaluation d'un emploi plus performant des dossiers papier est le pourcentage d'utilisation de la feuille de suivi des patients hypertendus.

Celui de l'évaluation de l'informatisation des dossiers est le pourcentage de dossiers santé informatisé utilisés. Ces indicateurs d'évaluation constituent les outils nécessaires à l'évaluation du programme instauré.

Perspectives

L'équipe est régulièrement informée de l'avancement du projet. La présentation des résultats de l'étude à l'équipe a permis de relancer le débat sur la prise en charge de l'hypertension artérielle, et de discuter des difficultés rencontrées lors de l'application du programme instauré.

Les évaluations intermédiaires et finales sont prévues respectivement un an et deux ans après l'instauration de la campagne. Ceci permettra de voir si les objectifs fixés ont été atteints, et apportera les éléments nécessaires pour éventuellement réorienter le projet. ●

Remerciements

Nous remercions le groupe prévention de la maison médicale pour l'élaboration de ce projet et le recueil des données, Jean Laperche pour ses judicieux conseils et Marianne Prévost pour la composition du présent résumé, tout deux membre du programme Agir ensemble en prévention.

Une bibliographie est disponible sur demande.



Le tableau de bord comme outil de pilotage

L'idée du « tableau de bord » n'est pas neuve dans les maisons médicales : au Forum-recherche de 1994, le Dr Michel Boutsen, la cellule recherche et la maison médicale à Forest présentaient l'intérêt de cet outil et, depuis lors, plusieurs maisons médicales pilotent leurs activités à l'aide d'un tableau de bord qu'elles ont réalisé.

Ce thème est d'actualité : la Région bruxelloise finance l'élaboration d'un tableau de bord dans les maisons médicales de Bruxelles. Un groupe de travail se réunit à la Fédération des maisons médicales pour proposer un outil adapté, en concertation avec des experts et des professionnels de maisons médicales.

A quoi sert un tableau de bord ? Le tableau de bord reprend régulièrement des indicateurs permettant de décrire la patientèle, de mesurer si ce que l'on veut faire est fait, d'anticiper certains événements, l'évolution probable de la charge de travail, etc.

L'objectif principal est toujours d'améliorer la santé des patients ; cet outil facilite aussi la gestion de l'équipe. On pourrait le comparer au tableau de bord d'une automobile : il permet par exemple de savoir :

- à quelle vitesse on roule : taux de croissance/décroissance de la patientèle ;
- s'il y a assez de réserves : les finances, le temps, les forces de travail ;
- ce qu'on « consomme » : l'argent, l'emploi du temps, l'occupation du personnel, etc.

Le tableau de bord est aussi indispensable pour corriger de petites erreurs de pilotage et de conduite... mais bien sûr, l'endroit où l'on veut aller (l'objectif), le chemin pour y arriver, le modèle de la voiture appartiennent à la décision du pilote.

Une illustration : les indicateurs suivis à la maison médicale Santé plurielle

Cette maison médicale a défini des indicateurs

à suivre : les résultats observés en 2003 ont permis à l'équipe de mieux visualiser sa patientèle, de réfléchir à ses axes de travail, d'évaluer certaines activités. Nous présentons ici certains indicateurs, les résultats observés et les réflexions qu'ils inspirent : ceci illustre bien ce que peut apporter un tableau de bord.

● La taille de la patientèle

C'est un indicateur fondamental qui permet de déterminer les revenus de la structure, sa charge de travail et la répartition de celle-ci (en combinaison avec d'autres indicateurs), la composition éventuelle de l'équipe (faut-il engager ?), le planning des consultations et des visites, etc. A Santé plurielle, l'équipe soignante (trois médecins généralistes et deux assistants), deux kinésithérapeutes et deux infirmières sociales + une aide-soignante) a assuré 13.439 prestations pour une population de 2.213 patients actifs (abonnés et conventions particulières) et d'environ 255 patients-dépannages (moyenne des contacts par dépannage et par an = deux).

● La pyramide d'âges et la répartition par sexe

Ces indicateurs permettent d'adapter les priorités, par exemple en matière de prévention ou de maintien à domicile : la pondération des priorités et de l'investissement dans les activités n'est pas la même si la population est très jeune ou très vieille, certains actes préventifs concernent plus les femmes que les hommes, etc. En l'occurrence, la patientèle est jeune (25 % des patients ont moins de dix-huit ans, 50 % des patients ont moins de trente-trois ans) - beaucoup plus jeune que la population générale : on peut donc suspecter qu'elle ne constitue pas un échantillon représentatif de celle-ci. La répartition par sexe est toutefois similaire à celle de la population générale.

● La répartition de la population selon le lieu de résidence (établie à partir des codes postaux)

C'est un indicateur de proximité, de concen-

Daniel Burdet,
médecin
généraliste à la
maison médicale
à Forest.

Mots clés :
recherche-action,
assurance de
qualité

tration communautaire, qui pourrait amener à définir des stratégies pour recentrer la patientèle autour de la maison médicale. En l'occurrence, plus de la moitié de la population active habite Saint-Gilles, et 80 % est circonscrite dans le périmètre de Saint-Gilles et de trois communes limitrophes. L'examen rapide des adresses de certains patients non Saint-Gillois montre qu'ils résident dans les parties de ces communes proches de la maison médicale. La maison médicale a développé une politique de recentrage depuis plusieurs années pour favoriser les prises en charge de proximité et la santé communautaire : cela semble avoir été efficace. Le choix du lieu pour implanter l'antenne Couleurs Santé à Ixelles est basé sur cette répartition des communes et cela semble un bon choix : Santé plurielle est elle-même issue de la maison médicale à Forest, et il y a déjà plusieurs maisons médicales de ce côté de Forest et Saint-Gilles.

● La répartition de la population selon les situations sociales

Elle permet notamment d'apprécier le degré de fragilisation de la population ; ici aussi, cela a des conséquences sur les choix de l'équipe. La majorité des patients de la maison médicale sont titulaires de leur mutuelle (65 %), puis vient le statut d'enfant (30 %). Il y a peu de statut de conjoint, encore moins d'ayant droit. C'est probablement en partie lié au fait que beaucoup de Belges ont actuellement leur propre mutuelle (deux travailleurs et/ou chômeurs, statuts non protégé et VIPOMEX). Mais cela indique aussi que la patientèle compte une grande proportion de familles mono-parentales avec enfant(s) ; l'information est importante puisque les études montrent que cette dernière caractéristique est associée à des taux plus élevés de morbidité et de mortalité.

● La distribution des codes titulaires des mutuelles des patients

Elle permet de mieux se faire une idée de la population suivie, notamment en le combinant avec l'indicateur précédent ; cet indicateur signale également le degré de fragilité de la population (VIPOMEX par exemple). Enfin, c'est un indicateur financier pour la maison médicale (surtout quand elle est financée au forfait).

Dans la patientèle de Santé plurielle, on observe un rapport bas entre salariés et assimilés 110/110* et les autres statuts, avec à la fois un pourcentage important de VIPO (surtout 75 %) et, essentiellement, un pourcentage très important de personnes non protégées (PNP) : plus de 12 %, soit une proportion beaucoup plus élevée que dans la population générale. Ceci confirme le biais socio-économique : grande proportion de patients défavorisés.

● La distribution des mutuelles des patients

Elle permet d'affiner l'image de la population. En l'occurrence, la mutuelle socialiste est très nettement sur-représentée, rassemblant plus de 40 % des patients. Autre fait évident : la sous-représentation de la mutualité chrétienne, pourtant très nettement majoritaire dans le pays. Deux explications coexistent : une majorité de patients francophones, et une sur-représentation des patients socio-économiquement défavorisés, deux sous-populations qui s'affilient préférentiellement aux mutualités socialistes. Signalons qu'une population défavorisée présente une morbidité et une mortalité élevées, sources d'une plus grosse charge de soins curatifs et préventifs.

● Les désabonnements (pour les équipes au forfait)

Ils constituent un indicateur très important sur le plan financier. Leurs motifs permettent d'apprécier une des composantes du degré de satisfaction/insatisfaction des patients.

Parmi ces motifs, le taux de déménagements permet de comparer la mobilité de la patientèle avec celle de la population générale locale (qui peut être estimée sur base des statistiques communales).

A Santé plurielle, les causes de désabonnement sont diverses : la cause de loin la plus fréquente est le déménagement du patient (plus de 35 % du total), puis le décès (presque 10 %). Les conflits majeurs entraînant un désabonnement ne représentent que 4 % : la maison médicale exprime ce conflit dans 1 % des cas, le patient dans 3 %. La mutuelle ne désabonne que dans moins de 4 % de tous les cas. Le système en lui-même est mis en cause dans 11 % des cas. Globalement, dans plus de 70 % des cas, le désabonnement est fait sans que la maison

*code 110/110 :
code de la
mutuelle
désignant un
assuré ordinaire,
salarié, chômeur
ou étudiant.



médicale, le patient ou le système ne soit interpellé.

● **Le relevé de l'activité de soins par secteurs (par exemple nombre de contacts, nombre de consultations/visites)**

Il permet d'organiser éventuellement une meilleure répartition de la charge de travail au sein de la maison médicale, de mieux adapter la composition de l'équipe aux besoins, etc.

Le profil d'activités des trois secteurs soignants apparaît clairement. Les médecins voient plus de 70 % de la population active essentiellement au cabinet, chaque patient étant vu en moyenne cinq fois par an, les infirmières voient 3,5 % de la population mais chaque patient est vu en moyenne vingt-trois fois et surtout à domicile ; les kinésithérapeutes voient 17 % de la population, en moyenne huit fois chaque patient et surtout à la maison médicale. Au total, 1801 patients différents ont été vus, soit 81 % de la population active (le groupe contact annuel total). Parmi eux, 230 n'ont pas été vus par le secteur médecins, ils consultent en général uniquement le secteur kinésithérapeute, qui a donc une patientèle à lui au sein de la population générale des actifs. Un biais important réside dans la méconnaissance totale des patients non abonnés en convention particulière à l'acte qui ne sont pas repris dans les patients actifs, les patients « en dépannage ». Ce biais se retrouve quasi systématiquement au niveau de tous les paramètres analysés. Il conviendrait au plus vite d'ouvrir un dossier (éventuellement provisoire) pour tous ces patients afin de pouvoir les inclure dans les statistiques globales, dans la mesure où ils y interviennent de manière importante.

● **L'analyse des contacts et des épisodes**

Elle facilite la détection de problèmes émergents dans la population (micro-épidémiologie), de mieux adapter sa pratique (en terme de formations par exemple).

A Santé plurielle, le taux d'encodage est de 61 % ; 39 % des prestations ne sont donc notées que comme des actes INAMI, sans se retrouver dans le dossier médical. Cela concerne essentiellement des visites à domiciles, mais pas seulement puisque les prestations du secteur médecins (les plus fréquentes) se déroulent pour environ 80 % à la maison médicale.

● **Le suivi des échéances**

Il permet d'évaluer la qualité de certaines activités. Santé plurielle observe un taux de couverture de 63 % pour la vaccination contre la grippe ; l'équipe estime que ce taux, satisfaisant, pourrait être amélioré, et que son objectif pour l'année 2004/2005 pourrait être fixé à 75 %.

Le taux de couverture pour la mammographie est très bas : 27 %. Il s'agit en fait d'un taux minimal : beaucoup de mammographies sont réalisées à l'initiative d'un gynécologue ou d'un centre de dépistage, et ne se retrouvent pas dans l'échéancier. C'est un manque évident puisque seul un échéancier bien rempli permet de rappeler les procédures arrivées à échéance, et donc d'améliorer le taux de couverture. Le critère de qualité classique (qui permet de diminuer significativement la morbidité et la mortalité liées au cancer du sein) étant de 70 %, l'équipe pourrait se fixer un objectif de 40 % pour l'année 2004.

De même, face à un taux de couverture de 19,4 % pour le frottis de col, l'équipe se fixe un objectif de 30 %.

Au vu de ces très mauvais résultats de couverture, la question s'est posée de savoir s'ils résultaient effectivement d'une insuffisance de la qualité des soins (préventifs) dispensés, ou s'ils étaient la traduction d'un mauvais encodage dans le dossier informatisé. Une enquête téléphonique, à vocation exhaustive (plusieurs tentatives ont été faites pour contacter les patientes), a donc été réalisée auprès de vingt patientes de cinquante à soixante-neuf ans tirées au hasard. Les mêmes tendances ont été observées : couverture mammographie meilleure que la couverture frottis, mais toutes les deux sont très nettement insuffisantes (de l'ordre de 30 et 25 %). Seules deux patientes sur les vingt tirées aléatoirement au sort sont certainement en ordre pour les deux échéances évaluées. L'erreur peut néanmoins être très importante, mais elle est impossible à déterminer.

L'équipe a en a conclu qu'il conviendra d'améliorer très nettement la tenue de l'échéancier pour pouvoir mettre en œuvre des programmes efficaces et évaluables d'assurance de qualité. Par rapport aux dossiers, plus généralement, plusieurs éléments très négatifs sont apparus à l'équipe : méconnaissance des numéros de

téléphone (problème peut-être lié à l'existence de nombreux GSM), méconnaissance du statut « passif » d'au moins trois patientes (explication probable : non mise à jour des patients « con-vention particulière », donc indicés actifs, et qui ne la renouvellent pas), mise en évidence, même sur un si petit nombre de femmes interrogées, d'une grande résistance ou négligence par rapport aux manœuvres de dépistage, ce qui devrait pousser les soignants à une démarche d'autant plus active.

Un outil de recherche-action

Le tableau de bord permet de déceler un problème, contribue à son analyse et aide à détecter les domaines dans lesquels les pratiques pourraient être questionnées, améliorées. Bien sûr il ne fournit « que » des chiffres : ceux-ci doivent être analysés, critiqués, interprétés, contextualisés. Les chiffres constituent un matériel brut qui permet d'amorcer des échanges. L'analyse collective donnera un sens aux chiffres, fera surgir des hypothèses, soulignera les problèmes, identifiera les priorités. Sur cette base s'élaborent des stratégies puis à des implantations de changement dans une perspective d'assurance de qualité.

La Fédération des maisons médicales pourrait proposer à toutes les maisons médicales d'utiliser un même type de tableau de bord, qui leur procurerait également un outil contribuant à argumenter leur rapport d'activités adressé aux pouvoirs subsidants. ●



Un projet pilote sur la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile

La question de départ : quelles stratégies proposer pour prévenir les chutes chez les personnes âgées vivant à domicile ?

L'auteur, particulièrement intéressé par ce thème de prévention, a déjà réalisé deux mémoires dans le cadre d'autres études (kinésithérapie – ergothérapie). Il a mis en évidence, la nécessité de fixer des objectifs thérapeutiques liés au vécu du patient, et non pas reliés à des considérations uniquement physiologiques ; un grand nombre de personnes de plus de soixante ans vivant à domicile présentent des problèmes majeurs d'autonomie fonctionnelle, insuffisamment rencontrés par les services d'aide à domicile.

Cette situation est préoccupante en terme de santé publique : chaque année en Belgique, parmi les plus de soixante-cinq ans, 30 à 50 % font une chute, dont deux tiers surviennent au domicile. Les conséquences physiques et psychosociales de ces chutes sont importantes. Le taux de récurrence dans l'année est élevé (un cas sur deux).

L'objectif de cette recherche-action est d'optimiser les possibilités des aînés, avec l'aide des structures de soins existantes ; il ne s'agit pas d'augmenter le pouvoir des soignants sur la personne vieillissante en créant de nouveaux types de dépendance, mais bien de considérer la personne âgée comme un être autonome, un acteur à part entière.

Ce projet se situe donc dans une double logique d'*Evidence-base Medicine* et d'*Evidence-based Public Health*, tout en tenant compte des aspects politico-économiques, sociaux et professionnels spécifiques à la partie francophone de la Belgique.

Le dispositif de la recherche-action

Cette recherche-action, réalisée dans le cadre d'un mémoire à l'université catholique de Louvain vise à mettre en place un projet de

prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile dans la région de Charleroi. Le chercheur a bénéficié d'un comité d'accompagnement scientifique (membres de la faculté de médecine de l'université catholique de Louvain). Pour certains aspects, il a travaillé en étroite collaboration avec les soignants de la maison médicale de Ransart. Ceux-ci considéraient cette problématique comme une priorité, de par sa gravité, sa fréquence et le fait qu'elle touche des personnes déjà fragilisées. Un autre critère de priorité identifié par l'équipe était qu'un projet dans ce domaine semblait réalisable, novateur et motivant.

Ce projet recouvre plusieurs stratégies identifiées comme prioritaires dans la charte d'Ottawa en matière de promotion de la santé, et repose également sur les différents axes méthodologiques de la recherche-action :

- information préalable : collecte de nouvelles études, documents, outils validés ;
- action intersectorielle : développement et renforcement de collaborations entre acteurs différents (professionnels de santé et non professionnels de santé) et de cultures professionnelles différentes (médicaux, paramédicaux, aides à domicile) ;
- implication des acteurs dans la construction d'une démarche de prévention auprès de et avec le public cible ;
- réorientation de service : participation des acteurs à des activités de prévention dans le cadre de leurs activités professionnelles ;
- développement personnel : le projet permet aux acteurs d'analyser et de développer leurs pratiques en matière de prévention des chutes à domicile.

Karl Thibaut,
kinésithérapeute,
licencié en
sciences de la
santé publique,
travaillant à la
maison médicale
de Ransart.

L'analyse globale de la problématique

L'analyse globale a été menée à l'aide du modèle *Procede* de Green, complété par

Mots clés :
recherche-action,
personnes âgées

Un projet pilote sur la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile

les éléments du modèle intégratif du professeur Deccache de l'université catholique de Louvain. Elle a porté sur un public précis : celui des personnes bénéficiant d'une aide extérieure de type paramédical, choix basé notamment sur les recommandations de bonne pratique émises par la Société scientifique de médecine générale. Cette analyse a permis de modéliser un cadre problématique très détaillé, qui détermine avec précision :

- les conséquences des chutes : celles-ci sont multiples et influencent directement la qualité de vie des personnes âgées. Cette qualité de vie est également influencée par des facteurs non-relatifs à la santé (culture, environnement social, facteurs économiques) ;
- les facteurs de risque des chutes : ceux-ci, également multifactoriels, sont de deux types : intrinsèques (par exemple l'âge, l'existence de pathologies spécifiques, les capacités musculaires, neuro-musculaires, sensorielles/sensitives...) ; et extrinsèques (environnement physique, caractéristiques du logement) ;
- le diagnostic éducationnel : les facteurs de risque sont eux-mêmes liés à d'autres facteurs, et il existe un ordre de causalité. Le diagnostic éducationnel repose sur l'analyse des facteurs favorables au changement et qui peuvent en partie s'acquérir par apprentissage. Selon la terminologie de Green, ces facteurs sont d'ordre prédisposant (valeurs, croyances, connaissances et attitudes, etc.), facilitant (compétences, ressources, accès aux services de santé, etc.) et renforçant (représentations sociales, existence de comportements préventifs, capacités de soutien dans l'entourage, relations avec les professionnels de santé...)

Une piste d'intervention, un public cible prioritaire

Il était bien sûr impossible d'agir simultanément sur tous les facteurs identifiés. Le choix d'une priorité s'est basé sur une analyse de la littérature, qui a permis d'établir une base théorique importante et d'identifier une piste de travail. La littérature met en évidence de manière assez unanime le rôle primordial des facteurs renforçant la prévention des chutes. Le chercheur et

le comité d'accompagnement ont dès lors donné la priorité à ce type de facteurs et, plus spécifiquement, à l'intervention des différents professionnels de santé se rendant au domicile des personnes âgées.

La littérature identifie par ailleurs les personnes pour lesquelles une intervention préventive est la plus pertinente. Il s'agit des personnes :

- en bonne condition physique, qui peuvent continuer à s'engager sur le plan professionnel et social et pratiquer des activités physiques et sportives ;
- autonomes : ces personnes ne sont pas en bonne condition physique, peuvent souffrir d'une ou plusieurs conditions limitatives ou maladies chroniques, mais cela n'affecte pas encore leurs capacités fonctionnelles de façon majeure. En avançant en âge, ces personnes sont vouées à devenir frêles ou non autonomes, soit à la suite d'une maladie, d'une chute, d'un accident ou d'un choc émotif, soit en raison de leur inactivité physique ;
- frêles : ces personnes peuvent effectuer les activités de base de la vie quotidienne, leur capacité fonctionnelle est réduite, mais elles peuvent vivre de façon autonome avec une aide de nature humaine ou technologique. Particulièrement exposées aux chutes, elles sont hospitalisées fréquemment, nécessitent souvent des soins prolongés et requièrent une attention au domicile.

A ce stade de la recherche-action, il restait à déterminer concrètement que faire, comment faire ?

La mise en action, à l'aide du carnet de bord en assurance de qualité

Pour répondre à cette double question, les différentes étapes proposées dans le carnet de bord en assurance de qualité ont été mises en place avec l'équipe de la maison médicale de Ransart. L'évaluation de cette expérience a permis de poser de nouvelles questions, dont l'éclaircissement devrait ultérieurement permettre de définir un protocole pour l'implantation sur une large échelle du changement expérimenté.



● Les critères de qualité

Parmi les critères de qualité proposés dans le carnet de bord, huit ont été retenus : pertinence, efficacité théorique et pratique, efficacité, intégration, globalité, travail en équipe, pluridisciplinarité, continuité, acceptabilité, participation du patient.

● L'analyse locale, la définition des objectifs

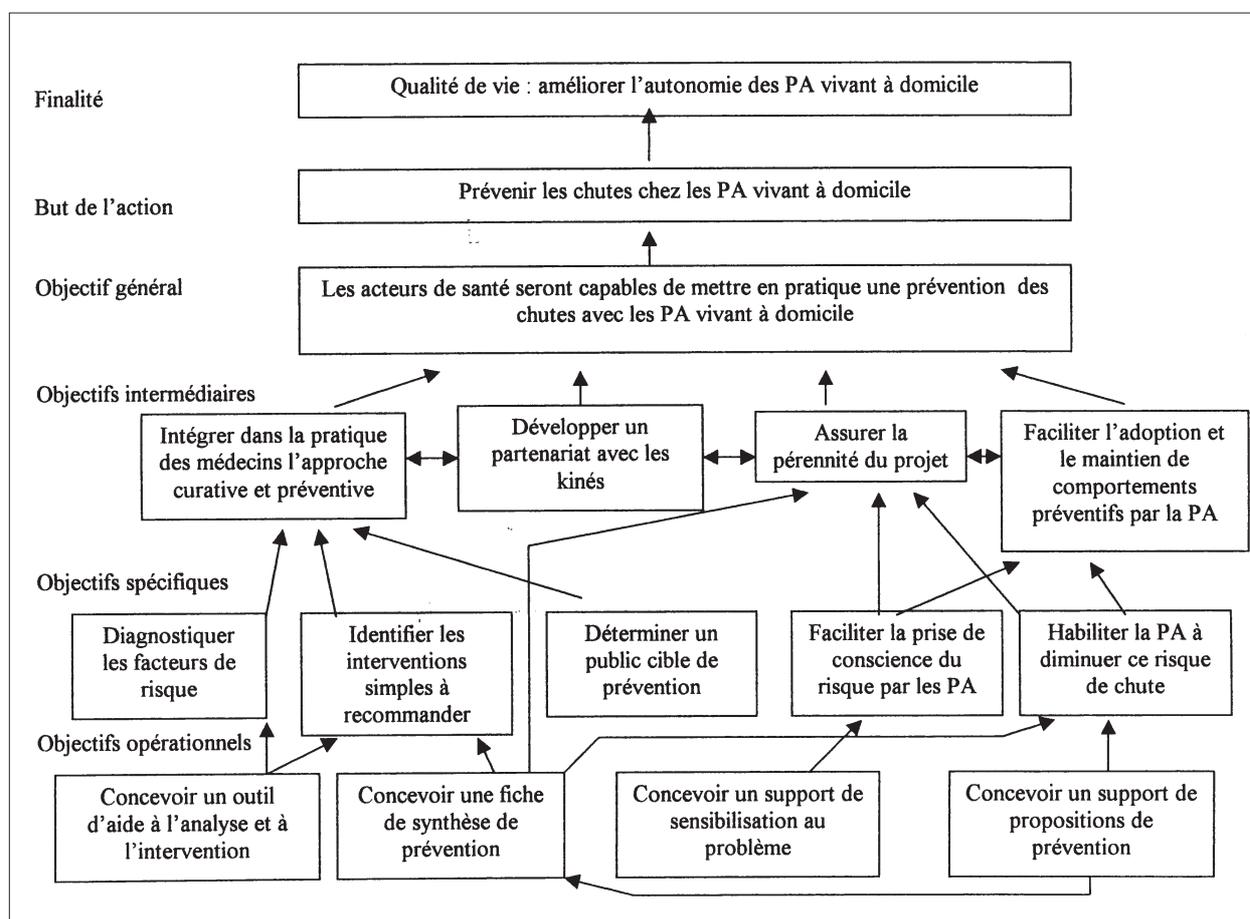
Cette analyse a été réalisée, dans des réunions de travail, par le chercheur et les médecins de la maison médicale. Ceux-ci ont évalué les recommandations de bonne pratique et leur applicabilité sur le terrain.

Ce travail a permis de créer un arbre des objectifs précisant l'objectif général, les objectifs intermédiaires et spécifiques, pour arriver à des objectifs opérationnels (voir schéma).

● La planification du changement

La suite du travail s'est concentrée sur l'objectif opérationnel : « conception d'un outil d'aide à l'analyse et à l'intervention » (voir figure ci-dessus). Différentes étapes ont dès lors été planifiées :

- déterminer le public cible de l'intervention : concevoir un outil d'aide à l'analyse qui tienne compte des facteurs confondants établis dans la littérature et qui permette, d'une part de dépister dès le départ, en consultation courante, les personnes les plus à risque ; d'autre part - et surtout - de déterminer s'il est pertinent ou non de proposer une stratégie de prévention pour ces personnes ;
- concevoir un outil d'aide à l'analyse pour les médecins ;
- identifier les interventions simples à recommander : en terme d'actions à proposer et/ou



Un projet pilote sur la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile

de personnes à solliciter. Plus précisément, il s'agit d'adapter ces interventions au système de santé belge et aux structures de soins à domicile de la partie francophone ; d'identifier les partenaires potentiels de la maison médicale (kinésithérapeute, groupe de gymnastique etc.) et les services d'aide à domicile (compétences spécifiques, conditions d'accès) ; de concevoir un outil d'aide à l'intervention dans le cadre de la maison médicale (idéalement, ces interventions devaient être adaptées aux capacités fonctionnelles de la personne âgée, tenir compte de l'entourage social et familial et d'éventuelles interventions déjà proposées ou mises en place par elle) ;

- intégrer dans la pratique des médecins l'approche curative et préventive. Plus précisément, il s'agit de mettre la question à l'ordre du jour d'une réunion d'équipe pour présenter, expliquer et adapter les divers outils proposés ; de demander aux médecins de tester ces outils dans leur pratique quotidienne ; d'évaluer ce test avec eux ;
- développer un partenariat avec les kinésithérapeutes locaux : présenter l'outil aux kinésithérapeutes lors d'une réunion de l'Association médicale de Ransart-Hepignies (AMRH) ; éventuellement prévoir une réunion d'information pour les kinésithérapeutes qui collaborent avec la maison médicale et sont intéressés ; leur faire tester des stratégies de prévention ;
- faciliter la prise de conscience du risque de chute par les personnes âgées et les habiliter à diminuer ce risque. Cet axe a été peu développé, il dépassait le cadre du mémoire. Des maquettes ont été créées à partir d'outils d'information déjà existants.

- déterminer quelle(s) analyse(s) proposer par rapport au risque de chute et ensuite,
- déterminer quelle(s) action(s) proposer et/ou vers quelles personnes référer ce patient.

Les deux premières étapes sont à réaliser lors d'une consultation courante ; les étapes 3 et 4, si elles s'avèrent nécessaires, font l'objet d'une consultation centrée sur cet objectif, à proposer à la personne âgée.

L'outil est scindé en trois parties :

- analyse en consultation courante ;
- consultation spécifique « prévention des chutes » ;
- documents d'aide et d'outils divers pour la personne âgée.

En terme de processus, cet outil a été utilisé par les médecins de la maison médicale pendant un mois. L'évaluation s'est faite avec eux selon deux méthodes : réunion basée sur la technique du métaplan, et enquête par questionnaire individuel auto-administré.

Le questionnement en réunion a porté sur la stratégie, le fond et la forme des outils destinés aux médecins, l'adéquation des outils proposés aux patients. Ces échanges ont permis de dégager, en ce qui concerne l'outil destiné aux médecins :

- des appréciations positives : pertinence de la démarche en plusieurs étapes, faisabilité (première étape courte), intérêt des critères d'exclusion (pas toujours investigués dans la pratique habituelle) ;
- des avis négatifs : implantation difficile au long cours à cause d'autres contingences (temps, autres activités de prévention, épidémies, etc.), manque de temps pour la consultation spécifique... ;
- des propositions de modification, de l'outil.

Evaluation

Le résultat atteint est la création d'un document très complet, proposant une stratégie en quatre étapes qui consiste à :

- déterminer si le patient est à haut risque de chute. Si oui,
- déterminer s'il est pertinent de proposer des stratégies de prévention pour ce patient. Si oui,

L'enquête a porté sur la satisfaction des médecins, leur avis sur l'efficacité de l'outil (effets réels à court terme et modification de la pratique), la manière dont ils ont appliqué la stratégie proposée. Les résultats de cette enquête ont été largement positifs. Toutefois, en terme de résultats auprès des patients, la période d'application était un peu courte (impératifs du mémoire) et donne relativement peu d'informations. Sur vingt-quatre personnes de soixante ans et plus auxquelles la stratégie a été appli-



quée, neuf personnes identifiées à haut risque ont fait l'objet d'une consultation spécifique ; trois ont fait l'objet d'interventions spécifiques suite à cette consultation.

Perspectives futures

Pour que ce projet-pilote puisse déboucher sur un changement de pratiques plus large, il serait nécessaire d'établir un protocole de recherche définissant de nouveaux objets, critères et indicateurs d'évaluation pertinents, valides et fiables.

Plusieurs étapes seraient nécessaires :

- réaliser une validation interne et externe de l'outil d'analyse des capacités fonctionnelles ;
- analyser les supports les plus pertinents à remettre aux personnes âgées : en effet, les documents qui leur ont été remis dans le cadre de ce projet étaient des maquettes non validées. Il n'est pas évident par ailleurs que ce type de support soit le plus pertinent par rapport au public cible ;
- étudier l'influence de supports d'informations et/ou de programmes d'éducation plus développés sur la modification des facteurs de risque intrinsèques et extrinsèques, ainsi que sur la démarche préventive en général ;
- analyser la sensibilité et la spécificité de l'outil ; s'interroger sur la pertinence d'élargir les critères d'exclusion et sur les possibilités d'intégration de ces critères dans l'outil actuel pour améliorer sa sensibilité (par exemple, ajouter comme facteur d'exclusion les problèmes de consommation importante d'alcool) ;
- développer l'action intersectorielle en élargissant le projet à d'autres collaborations, certains médecins souhaitent déléguer l'évaluation fonctionnelle afin d'alléger la consultation spécifique « chute ». Comment procéder ? Quelle nouvelle synergie mettre en place ? Travailler plus spécifiquement avec un service d'aide à domicile, de coordination à domicile ? Solliciter plus les kinésithérapeutes dans le cadre de la nouvelle nomenclature ? ●

Aux environs de Charleroi, cette maison médicale date de 1976 et est composée de 6 médecins dont un mi-temps avec une secrétaire. La patientèle est de 2750 environ et elle fonctionne à l'acte.

Source : Karl Thibaut, *Prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile. Quelles stratégies proposer ?*, mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de licencié en sciences de la santé publique. Orientation : Promotion – Education Santé, UCL, Janvier 2004.

La prévention du risque cardio-vasculaire global : une recherche-action initiée par le politique

Thierry Wathelet,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Espace santé.

(1) Le risque cardio-vasculaire « haut » ou « élevé » correspond à une probabilité de 20 % (ou plus) de faire une manifestation ischémique majeure (cardiaque ou cérébrale) dans les dix années à venir. Ce risque concerne 15 % des adultes belges (25 % des hommes et 5 % des femmes) à partir de trente ans, environ huit cent cinquante mille belges. Risque « intermédiaire » ou « moyen » = probabilité entre 10 et 20 %. Risque bas : probabilité inférieure à 10 %.

Mots clés :
recherche-action,
médecine générale,
promotion de la
santé

La problématique de départ

Les maladies cardio-vasculaires constituent un problème de santé publique majeur. Les facteurs de risque impliqués dans l'apparition de ces pathologies sont clairement identifiés. Toutefois, nombreuses sont les personnes qui ignorent être à haut risque cardio-vasculaire¹. Le médecin généraliste occupe une place de choix pour contrer cette situation ; encore faut-il faire en sorte qu'il puisse réaliser un dépistage adéquat et prendre en charge de manière efficace la prévention cardio-vasculaire chez les patients à risque.

Plusieurs études ont montré les obstacles rencontrés par le médecin généraliste face à la prévention de divers problèmes nécessitant une modification à long terme des habitudes de vie des patients. La recherche-action présentée ici se base sur les recommandations issues de ces différentes études.

Le contexte, le dispositif et les partenaires de la recherche-action

La grande originalité de cette recherche-action, actuellement en cours, réside dans le fait qu'elle a été initiée par la Communauté française. Celle-ci a inscrit les maladies cardio-vasculaires parmi les problèmes de santé prioritaire dans son programme quinquennal de promotion de la santé. Elle a au préalable, plus largement, effectué un travail de réorientation de la prévention et de la promotion de la santé, consistant à :

- Recentrer les projets de médecine préventive à partir des critères d'*Evidence-based Medicine* (EBM) afin d'augmenter la pertinence des pratiques de dépistages ;
- Structurer la médecine préventive, dorénavant incluse dans le volet pro-

motion de la santé ; ce qui permet de mettre en place différents centres de référence pour des priorités telles que le dépistage et la prévention du cancer du sein et des maladies cardio-vasculaires ;

- Valoriser et renforcer la place du médecin généraliste pour le stimuler à développer la prévention au sein de sa pratique. Un décret a été voté : il définit le médecin généraliste comme le personnage central dans la prévention, et veille à lui faire prendre une place de moteur et/ou à tout le moins de participant dans les centres de référence.

Le « Programme de prévention cardio-vasculaire en médecine générale » a été lancé en juillet 2003 par la Communauté française, qui avait invité, au préalable, dans un premier temps, différents partenaires : la Société scientifique de médecine générale (SSMG), la Fédération des maisons médicales, les centres universitaires de médecine générale (université libre de Bruxelles, université catholique de Louvain, université de Liège), l'Observatoire de la santé du Hainaut, l'école de santé publique de l'université catholique de Louvain, l'asbl Question Santé et le Forum des associations de généralistes.

Dans un deuxième temps, le Centre expérimental de référence pour la promotion cardio-vasculaire en médecine générale a été établi, réunissant les différents partenaires cités ci-dessus. Le pilotage de ce centre a été confié par la ministre à la Société scientifique de médecine générale et à la Fédération des maisons médicales, avec l'appui de l'expertise du professeur Benoît Boland (interniste). La structuration de la Fédération des maisons médicales en intergroupes régionaux, ainsi que celle de la Société scientifique de médecine générale avec les dodécagroupes, rendait pertinent le fait que ces institutions coordonnent le projet. Elles sont d'ailleurs toutes deux, les interlocutrices reconnues de la Communauté française en tant que représentantes des médecins généralistes. Les



autres institutions citées ci-dessus constituent le comité d'accompagnement du projet.

Dans un troisième temps, le comité de pilotage a fait appel à différentes associations de médecins généralistes pour mettre en place la recherche-action sur le terrain ; neuf se sont portées volontaires, dont trois intergroupes de maisons médicales (Liège, Bruxelles, Charleroi). Chaque association a choisi un à trois délégués chargés d'assurer le lien entre leurs confrères et le comité de pilotage. Cette méthodologie met en pratique des pistes de solutions aux obstacles classiquement identifiés au développement de la prévention et de la promotion de la santé en médecine générale.

L'analyse des données recueillies dans cette phase pilote a été confiée au service d'études des Mutualités socialistes.

Les objectifs du projet

Les objectifs peuvent se décliner comme suit :

- à court terme : réaliser des expériences pilotes avec des médecins généralistes pour vérifier l'opérationnalisation (acceptabilité, faisabilité et impact) d'une stratégie de dépistage définie en concertation avec eux ;
- à moyen terme : implanter, à large échelle, le dépistage du risque cardiovasculaire et la promotion de la santé en médecine générale francophone ;
- à long terme : diminuer l'incidence des maladies cardiovasculaires en Communauté française.

Les étapes de la recherche-action

Cinq étapes ont été définies avant la diffusion du projet sur une plus large échelle. Les trois premières étapes sont actuellement réalisées.

● Première étape : définition de la stratégie, création d'outils, mise au point d'un protocole de test

Le Centre de référence a pu s'appuyer sur le consensus entre tous les acteurs cités plus haut et sur les recommandations d'*Evidence Base Medicine* concernant la prévention du risque cardio-vasculaire global en médecine générale. Une démarche a dès lors été formalisée, et une plaquette « Comment déterminer le risque cardiovasculaire global (RCV) » a été créée pour faciliter sa mise en pratique par les médecins généralistes. La démarche proposée est novatrice et rapide : elle est destinée à s'intégrer dans la pratique courante. Elle se déroule en plusieurs temps : identification des patients à risque et suivi de ceux-ci. Pour l'identification, un algorithme précise les paramètres de prévention à relever, pour les patients de trente à septante-cinq ans, tant à l'anamnèse (âge, statut tabagique, notion d'hypercholestérolémie, notion de diabète, antécédents cardiovasculaires personnels et familiaux) qu'au décours de l'examen clinique (*body mass index* et hypertension artérielle). En posant simplement quelques questions précises, le médecin peut regrouper ses patients en trois catégories : les patients à faible risque cardio-vasculaire, les patients à haut risque et les patients à risque intermédiaire et moyen, dont le risque est à préciser par un examen supplémentaire (prise de sang).

Les patients à risque élevé doivent ensuite être invités à une deuxième consultation centrée uniquement sur la « santé cardiovasculaire ». Il s'agit alors de trouver des pistes permettant de travailler plus avant avec le patient autour des facteurs de risque qui le concernent, dans une négociation commune et une confiance réciproque. Un deuxième outil, intitulé « guide d'entretien », a été créé pour faciliter cette démarche, également novatrice. L'objectif de cet outil est de donner au médecin un canevas de questions lui permettant de rencontrer le monde du

La prévention du risque cardio-vasculaire global : une recherche-action initiée par le politique

patient, de parler avec lui de ses projets de vie, ses envies et ses possibilités de changement, ses préférences dans le choix des sujets de discussion (tabac, alimentation, activité physique, excès de poids, ...), d'aborder par le biais de différentes thématiques, la perception de la santé.

Un protocole de l'étude à réaliser par les associations volontaires a été mis au point. Ce protocole, assez exigeant, prévoyait que :

- chaque association implique dix médecins dans la phase pilote ;
- chaque médecin applique la démarche sur nonante patients (soit 9.000 au total) ; ceux-ci doivent être des patients réguliers, âgés de trente à septante-cinq ans, pris au hasard (trois patients successifs d'une même consultation, trois fois par semaine, entre le 15 février et le 15 mai 2004) ;
- pour ces patients, chaque médecin recueille les données sanitaires mais aussi « des éléments de facilitation en vue d'une amélioration des pratiques », à commencer par la réaction de la patientèle à l'initiative et ce qu'elle évoque comme facteurs freinant ou favorisant la prévention ;
- chaque médecin précise la durée de la consultation et dans quelle mesure cette durée lui semble acceptable dans la pratique courante.

● Deuxième étape : le travail des acteurs de terrain, un processus en cascade

La phase pilote d'expérimentation a été mise en place avec les associations participantes. Pour son fonctionnement, chaque association a reçu un budget de sept mille cinq cents euros. Un processus en cascade a été mis en place : réunions régulières entre les délégués et le comité de pilotage, organisation par les délégués de réunions avec leurs confrères afin d'assurer la transmission des acquis et de recueillir les réactions ; restitution et discussion de ces réactions avec le comité de pilotage. Pour soutenir les réunions organisées par les délégués, des supports leur ont été fournis par le comité de pilotage.

L'objectif de cette phase pilote est de tester l'acceptabilité, la faisabilité et l'impact de cette stratégie de prévention cardio-vasculaire ainsi que l'adéquation des outils proposés ; et

d'identifier les conditions de reproductibilité du processus sur une plus large échelle.

Cette étape s'est déroulée en plusieurs temps :

- explicitation de la démarche, réponse aux questions qu'elle soulève auprès des médecins généralistes, diffusion d'éléments de formation : ceci s'est fait lors des réunions réunissant le comité de pilotage et les délégués des associations participantes. Ces délégués étaient chargés d'organiser ensuite des réunions avec leurs confrères pour assurer la transmission ;
- adaptation des outils en concertation avec les utilisateurs ; les outils décrits ci-dessus ainsi que l'instrument de collecte des données ont ainsi pu être adaptées avec les participants ;
- adaptation du protocole de l'étude selon les remarques des participants ;
- organisation de la mise en pratique.

● Troisième étape : Evaluation

Cette étape est en cours. Il s'agit d'analyser :

- L'acceptabilité, la faisabilité de la stratégie proposée ;
- Les motifs d'exclusion de certains patients, ou de non-réalisation de l'étude ;
- L'acceptabilité, la pertinence des outils proposés, la capacité du médecin généraliste à bien les utiliser ;
- L'acceptabilité du temps dévolu en consultation pour le dépistage du risque (faisabilité) ;
- La réponse du patient à la convocation d'une seconde consultation spécifique ;
- Les différents thèmes abordés lors de cet entretien (sur base du guide d'entretien) ;
- L'acceptabilité du temps dévolu à cette consultation spécifique.

● Quatrième étape : transmission et discussion des résultats avec les participants

Tous les médecins participants sont invités à une réunion en octobre, lors de laquelle les résultats leur seront présentés et discutés avec eux.

● Cinquième étape : éventuelles réadaptations des outils et de la procédure, identification des conditions de reproductibilité



Impact de la recherche-action

Il est encore trop tôt pour mesurer précisément cet impact. Toutefois, des éléments d'évaluation ont été récoltés auprès des participants tout au long du processus (questionnaires remis suite aux différentes réunions, recueil des avis sur les outils proposés, etc.). Ceci permet déjà de constater que :

- la stratégie proposée a été d'emblée reconnue pertinente et a été facilement acceptée. Les délégués ont, lors des séances de formation, souligné l'intérêt du processus de collaboration mené par le Ministère avec les généralistes ;
- l'implication active, dès le départ, du public concerné, a permis l'adaptation progressive et des outils et des instruments d'évaluation, et a facilité leur appropriation ;
- le processus « en cascade », reposant sur des allers-retours entre les délégués, leurs confrères et le comité de pilotage, a été efficace. Les supports fournis aux délégués pour animer ces séances ont été très largement appréciés, et ceux-ci indiquent également avoir pu répondre de manière satisfaisante aux questions posées. Aucun délégué n'a fait appel aux experts disponibles, ce qui signifie que le processus d'accompagnement des délégués a répondu aux besoins ;
- la démarche proposée est un changement de paradigme important, ce qui a été largement commenté par les participants au projet : notamment le fait de ne plus mesurer le cholestérol mais bien le risque cardiovasculaire global chez tous les patients (trente – septante-cinq ans). Une crainte régulièrement émise est de rater certains patients à risque, en se limitant à l'anamnèse proposée. Certains temps de formation, ainsi que les échanges de questions-réponses, ont permis de lever ces résistances, dont il ne faudra toutefois pas oublier l'importance lors du processus de diffusion. L'analyse des questionnaires rentrés permettra d'évaluer dans quelle mesure les changements de pratique souhaités ont réellement eu lieu. ●

Synthèse des ateliers

Synthèse des interventions réalisées par **Marianne Prévost**, sociologue, chercheur à la Fédération des maisons médicales et **Axel Hoffman**, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune.

Paroles de recherche-acteurs

« En se mettant autour d'une problématique, on est déjà en train de construire quelque chose. »

« Le plaisir de travailler augmente lorsqu'on fait de la recherche-action, quelque chose se passe, ça enrichit la pratique, ça nous permet de prendre du recul, on écoute les patients différemment. »

« Il existe autant de projets différents en recherche-action qu'il existe de maisons médicales à la Fédération. »

« Les conflits interpersonnels dans une équipe traduisent souvent des malaises structuraux plus profonds. Nous sommes heureux de voir que ces problèmes peuvent être abordés au sein de la Fédération, dans un colloque, cela nous paraît nouveau et très important. »

« En s'engageant en maison médicale, on adhère à une charte et les recherches-actions participent à la réalisation des objectifs stipulés dans la charte. S'engager dans ces démarches est donc une question de responsabilité professionnelle. »

« C'est bien de voir que les projets de recherche-action sont réalisables. Je suis redynamisé. »

problème, réel ou potentiel, parfois douloureusement ressenti lorsque la dynamique de l'équipe est en jeu ou lorsque les soignants ont le sentiment de ne pas bien prendre en charge leurs patients. Reconnaître qu'il y a problème n'est pas toujours facile, cela revient à admettre que l'on pourrait faire mieux, que l'on est peut-être insuffisant : dire « je ne sais pas, je dois chercher », c'est ouvrir la porte à des doutes dans un domaine qui en compte déjà beaucoup, bousculer des certitudes, l'inertie, le confort...

Partir d'un vrai questionnement : c'est dans cette position que se sont mises les équipes qui ont présenté un projet, c'est au prolongement de cette démarche que se sont livrés les participants du colloque. Issu d'une personne ou d'un secteur, ce questionnement rebondit sur d'autres membres de l'équipe, parfois sur l'ensemble de l'équipe, parfois pour longtemps.

Quel que soit le problème posé au départ, le questionnement implique en général le fonctionnement de l'équipe, ses pratiques de soins, ses compétences, la qualité de ses approches. Autrement, dit, le problème n'est pas externalisé, les équipes adoptent d'emblée, ou très vite, une position qui les implique dans la production même du problème considéré. Si elles choisissent de poursuivre la réflexion, c'est qu'elles acceptent l'idée de changer, ce qui n'est pas aisé : dans une équipe coexistent des sensibilités, des conceptions, des intérêts différents, leur prise en compte prend du temps, leur ignorance crée à plus ou moins long terme des difficultés dans la réflexion ou dans la mise en place d'un changement. Un projet « imposé » par quelques-uns aux autres membres de l'équipe capotera par le manque d'investissement de ces derniers. Les participants ont dès lors souligné la nécessité de respecter d'emblée chacun des membres de l'équipe, en créant des temps d'échange où chacun peut expliciter la façon dont il perçoit la problématique visée, exprimer ses craintes par rapport au changement ; et où les regards de chacun peuvent intervenir dans l'élaboration de la réflexion, dans la construction d'un projet de changement, du sens de ce projet. Cette mise en commun permet de reconnaître et de s'appuyer sur les compétences de chacun, compétences qui se révèlent parfois à cette occasion et peuvent insuffler un nouveau dynamisme.

Oser une question

S'engager dans une recherche-action suppose en premier lieu que l'on accepte l'existence d'un problème : tous les projets présentés dans les ateliers partent de la perception d'un



Domestiquer le temps

La tentation est parfois grande d'apporter une réponse immédiate, la première qui vient à l'esprit, ou de nier l'importance du problème, d'en remettre l'examen à plus tard... La question du temps est lancinante dans les maisons médicales, comme dans la plupart des secteurs dont la mission principale est de répondre à la demande d'une population : les intervenants sont pris par l'urgence, par le sentiment de l'urgence que renvoient les patients, par le sentiment de devoir parer au plus pressé, de ne pouvoir s'accorder le luxe d'un temps d'arrêt, d'une élaboration, d'une réflexion. Le manque de temps n'est-il pas le mal moderne d'une société plus avide de réponses rapides que de questions ? Il y a beaucoup à dire sur la richesse du temps, celui que l'on perd à vouloir en gagner... le « manque de temps » apparaît parfois comme un refuge, une raison tellement évidente et justifiée de ne pas se questionner, revoir ses priorités, changer...

Cette question du temps a été soulevée de manière récurrente et beaucoup de débats ont porté sur la manière d'allier rigueur dans l'approche et économie de temps, de moyens ; d'allier l'action à la réflexion. Déterminer les objectifs généraux et les objectifs intermédiaires, être au fait du taux de réponse que l'on peut espérer lors du lancement d'une action, avoir des indicateurs, connaître les étapes clés d'une bonne démarche (évaluation des processus), confronter la pratique à la théorie, évaluer l'impact après évaluation des processus, veiller aux retours pour les acteurs, tout cela sans oublier de prendre en considération que le thérapeute de terrain est intéressé par le résultat... la méthodologie de la recherche-action est-elle une alliée ? Peut-être, si l'on comprend bien la nécessité de chaque étape, la manière optimale de les mettre en place dans un contexte donné. Si on prend le temps...

Etablir le casting

Les échanges en atelier ont mis en évidence différents écueils et différentes manières de les éviter, rejoignant souvent les constats et les

recommandations émises par les intervenants invités. Un premier écueil est de trop élargir la problématique, de vouloir la cerner de manière exhaustive, ce qui est tentant quand on connaît la complexité des choses : où mettre la limite lorsqu'on refuse le simplisme des solutions toutes faites ? Comment ne pas se perdre dans le recueil d'informations intéressantes certes, mais dont l'analyse sera longue et coûteuse, et dont on ne sait en fin de compte peut-être pas que faire ?

Equilibre délicat, qui interpelle la position que prennent des chercheurs extérieurs parfois invités à accompagner un projet : il est essentiel que ces chercheurs s'impliquent dans la problématique qui leur est proposée, imbriquent leurs réflexions dans l'action, apportent une méthodologie sans oublier les réalités du contexte et les limites de la question, ne « tirent » pas les acteurs vers une position plus proche de la recherche fondamentale que de la recherche-action.

La situation est différente lorsque c'est un nouveau venu qui interroge l'équipe : plusieurs recherches-actions ont été initiées par des assistants, des jeunes médecins qui, découvrant l'écart existant entre la théorie et la pratique, tentent de comprendre le sens de cet écart, voire de mieux harmoniser théorie et pratique. Ces initiateurs ont un regard neuf, tout en faisant intégralement partie de l'équipe. Ils représentent souvent un apport important, prenant d'emblée une posture de chercheur-acteur et de transmetteur, puisque leur travail doit aboutir à un rapport dont la rigueur sera soumise à l'examen d'autres regards extérieurs.

Pour deux équipes (La Glaise et Maelbeek), c'est un tiers qui a permis de préciser les problèmes vécus. S'il s'agit de changements institutionnels, il vaut mieux employer un superviseur externe qui n'a pas de lien affectif dans l'équipe. Dans ces différents cas, la création d'un cadre permettant la négociation entre acteurs et chercheurs est un moment indispensable pour que se crée un consensus définissant les rôles et limites de chacun.

On a beaucoup parlé de la richesse des regards croisés - ceux des membres de l'équipe, mais aussi ceux d'acteurs extérieurs à l'équipe :

lorsque le problème initial dépasse l'activité médicale, certains acteurs sont des partenaires « naturels » avec lesquels il importe de construire dès le départ un référentiel commun. Mais la richesse des regards croisés peut produire de nouveaux écueils : le réseau politique ou universitaire peut, par son intervention, donner une ampleur inattendue au projet, et en déposséder la maison médicale qui perd le contrôle et devient un intervenant parmi d'autres ; à un niveau plus local, comment avancer à plusieurs sans se perdre dans des discussions infinies, sans s'égarer dans le partage de tout, dans le « tout le monde fait tout » ? Encore une fois, en définissant un cadre, un processus, des rôles différents : les projets les plus porteurs semblent ceux où se structurent différents niveaux d'intervention. Ainsi, si l'ensemble de l'équipe et des partenaires doit être impliqué dans la réflexion de départ, dans la construction de la problématique et dans la négociation d'un référentiel commun, les rôles peuvent être ensuite répartis : un sous-groupe peut devenir moteur, coordinateur, responsable de l'avancement du projet - sans « perdre l'équipe en cours de route » : à chaque étape sont organisés des temps d'échange, de bilans

communs, qui favoriseront le partage de nouveaux questionnements.

Ce processus est facilité lorsque l'équipe s'est organisée de manière à ce que chaque travailleur puisse se consacrer à des tâches autres que le curatif. Cette manière de s'organiser permet d'éviter la lenteur ou le manque de rigueur des projets, qui surgissent inévitablement si l'on ne peut y consacrer que le temps qui reste après le curatif : « il y a des redites, on perd le fil... finalement, on perd du temps à force de ne pas se donner un temps structuré ».

Un processus continu, bouclé et semé d'obstacles

Comment bien comprendre un problème, comment en analyser toutes les facettes sans s'engager dans un processus trop long qui essouffle les énergies ?

L'équilibre entre la recherche et l'action nécessite d'avancer par étapes, par « boucles courtes » qui ne dissocient pas les processus de recherche et d'action. Il n'est pas forcément nécessaire de collecter, avant d'agir, un très grand nombre de données : une première investigation, même relativement limitée, peut permettre d'agir pour autant que l'on conçoive l'action comme produisant par elle-même de nouvelles connaissances qui permettront de réévaluer le problème, de mieux le cerner, d'enrichir et de réorienter la prochaine étape d'action... qui produira elle-même de nouvelles connaissances... Dans ce sens, on peut dire que la recherche-action est un processus continu ; c'est une méthode qui permet d'avancer tout en prenant une position de doute, de remise en question. Certains projets ont bien illustré cette manière d'avancer, en montrant aussi l'intérêt de concevoir des méthodes et des outils qui servent à la fois l'action, l'évaluation, la recherche.

Comment traduire la recherche en action ? Pourquoi dans certains cas la phase de recherche n'aboutit-elle pas à une action ? Une fois de plus, ceci soulève la question de temps : si le groupe moteur court-circuite certaines étapes pour « aller plus vite », les autres membres de





l'équipe ne peuvent s'approprier la problématique, ce qui renforce la difficulté d'intégrer l'intérêt et la nécessité de modifier certaines pratiques. Surgissent alors des cercles vicieux : face à une équipe qui ne s'implique pas, le groupe moteur se décourage, propose des changements non réalistes ou dont l'intérêt n'est pas compris, le projet se heurte à des résistances, piétine ou tombe dans l'oubli...

Les traces écrites sont utiles : écrire oblige à structurer, à articuler les différentes étapes d'un projet, à en retrouver la cohérence. Ecrire, du temps perdu ou gagné ?

La question de la participation de la population est essentielle. D'une manière générale, les groupes constatent qu'il est difficile d'impliquer la population ciblée, même si c'est à partir des interpellations de celle-ci que le projet a vu le jour, même si l'on a travaillé à l'impliquer à chaque étape de la recherche-action. C'est entre autre en constatant que « la prévention n'est une priorité pour personne » que l'on peut comprendre cette difficulté. Les objectifs proposés à la population doivent être clairs (une équipe décrit un « blocage » de plusieurs années lié à sa volonté de créer un comité de patients sans objectif clair) ; la délégation et l'utilisation de personnes relais apportent une dynamique non négligeable. Il faut aussi affronter des obstacles triviaux, par exemple le choix du moment de la rencontre des participants au projet : trouver un horaire qui convient à chacun est généralement impossible, faut-il faire les animations à des temps différents... Pour tout projet de santé communautaire, il est primordial de toujours en revenir à l'analyse des besoins des patients, de toujours réorienter le projet d'équipe sur le patient.

La prise en compte des orientations générales de la politique de santé ne doit pas être négligée : une équipe rapporte l'arrêt d'une campagne de prévention du cancer du sein parce qu'elle faisait double emploi avec une campagne régionale.

Le manque d'outils d'évaluation a été évoqué comme un frein à la poursuite d'une recherche-action. Une première barrière à franchir est d'ordre psychologique : pour une personne comme pour une équipe, il n'est pas confortable d'accepter le regard d'un autre sur son travail. L'évaluation est difficile aussi quand les objectifs sont peu clairs, mal explicités ou trop

ambitieux : les exprimer d'une manière précise, limitée, opérationnelle, quantifiable, est une première nécessité pour évaluer.

La Fédération des maisons médicales ne propose pas d'outils-recettes mais offre une méthodologie qui permet de construire des indicateurs pertinents et adaptés aux objectifs et aux critères de qualité (tableau de bord, questionnaires, focus groups, indicateurs validés, outils statistiques).

Transmettre et recevoir

La recherche-action n'est pas une activité solitaire : ses effets peuvent rejaillir sur le tissu local, nourrir d'autres équipes ou encore constituer un investissement pour le travail futur de l'équipe elle-même.

La « transversalité » n'est pas encore profondément ancrée dans les mœurs, et pourtant la recherche-action implique souvent de travailler avec le réseau qui a des ressources que nous n'avons pas, en terme de temps à consacrer à un projet, en terme de regards différents. La maison médicale à Forest en donne un « bon exemple » : elle a été à l'origine de la création de différentes associations, une école d'alphabétisation, une école de devoirs, la mission locale de Forest.

A chaque fois, l'équipe de la maison médicale est partie des besoins de la population, en établissant un diagnostic communautaire, et a créé une petite structure capable de répondre à ces besoins. La structure s'est développée, a pris de l'importance et acquis son autonomie avec un fonctionnement propre et un financement adapté. L'indépendance de ces structures est telle que les membres nouvellement arrivés à la maison médicale de Forest ignorent souvent que ces projets y ont été initiés.

Qu'en est-il de la reproductibilité, qui semble en principe inhérente à la recherche-action ? Sont pointées ici les difficultés de reproduire ce qui a été fait ailleurs : « ça ne marche pas chez nous, notre population est différente, ce n'est pas la même équipe... ». Certains participants se sont étonnés de voir une équipe mener une longue recherche sans chercher à tirer les enseignements d'autres expériences, à employer des outils déjà validés ; d'autres ont

expliqué qu'ils avaient tenté de reproduire une expérience mais n'avaient pu le faire avec succès, faute d'être dans les mêmes conditions. On est ici encore dans une question de transmission, de mémoire, d'évaluation, de traces : pour « définir les conditions de reproductibilité », il faut bien préciser les différentes étapes d'une expérience, les difficultés par lesquelles elle est passée, les facteurs qui lui ont permis d'aboutir : ce n'est qu'à partir de cette analyse que d'autres acteurs pourront s'approprier ce qui est faisable dans leur contexte et adapter cette expérience à leur réalité propre.

Sans doute faut-il se mettre dès le départ dans une position d'innovateur qui souhaite transmettre, qui a conscience de pouvoir apporter une richesse à d'autres. Cette position semble se prendre plus facilement de manière interne. Ainsi, certaines équipes identifient ce qu'une expérience dans un domaine particulier peut leur apporter dans d'autres domaines : la recherche-action permet de renforcer les connaissances, les compétences de l'équipe, et le temps passé sur un projet permet d'aller plus vite, et mieux, dans d'autres actions. Ce temps potentiellement gagné peut être un critère de choix d'une priorité : choisir de s'attaquer de manière approfondie à un problème dont la résolution aura des effets multiplicateurs sur d'autres domaines. Exemples : des procédures adéquates mises en place à l'occasion d'une recherche-action sur une vaccination peuvent être adaptées à une autre activité préventive ; des groupes de parole avec les patients peuvent faciliter la compréhension du vécu de certains problèmes par la population et faciliter le dialogue.

Les acquis se heurtent à un autre écueil : comment tenir le cap lorsque la composition de l'équipe change, lorsque s'y intègrent de nouvelles personnes ? On sait à quel point la transmission est difficile : il faut trouver le temps mais aussi se donner les moyens de transmettre le sens d'un projet qui dure parfois depuis longtemps, qui est parti d'un problème dont la physionomie a changé, dont on n'arrive plus à retracer l'évolution, dont on a peut-être soi-même perdu le fil. Ici encore surgit la nécessité d'un responsable, garant du sens du projet, de sa mémoire, de ses circonvolutions aussi : si les objectifs de départ se sont transfor-

més, il importe de comprendre le sens de cette transformation.

La dimension politique

La dimension politique semble absente de cette première journée du colloque, ce qui a suscité la remarque de certains participants. Pourtant, si la recherche-action est une méthodologie, ce n'est pas n'importe laquelle : elle part de l'idée d'intervenir sur la réalité, de produire du changement. Le chercheur-acteur s'implique, se met dans une position de non-sachant, s'expose aux risques du regard de l'autre, cherche à éclairer la compréhension d'une situation sans se dispenser d'agir... ce qui implique qu'il s'en réfère à un certain nombre de valeurs qu'il traduit en action.

L'objectif du colloque était plutôt de renforcer les capacités de réfléchir et d'agir de manière efficace, en supposant que les référentiels idéologiques vont dans le bon sens (...) et en espérant que cela fasse avancer la cause : l'analyse des problèmes de santé et de leurs causes conduit forcément à une remise en question du système de santé et donc du système politique. La recherche-action est donc un moyen au service d'une fin, et l'usage que nous en faisons est orienté par le projet politique du mouvement des maisons médicales (exposé en de nombreuses autres pages de *Santé conjugulée* et dont nous reparlerons dans le prochain numéro qui présentera une actualisation de la charte des maisons médicales, ndlr). ●

Remerciements aux

- *animateurs* : Pierre Arnoldy, Véronique Du Parc, Natacha Carrion, Chantal Dumortier, Mima De Flores, Ariane Simon.
- *rapporteurs* : Roseline Antoine, Michel Boutsen (UNMS), Isabelle Dechamps, Jean Goossens, Geneviève Gyselinx, Bruno Nantcho, Sabine Renier, Nicky Soultatos, Léandre Vanda, Anne Wézel.



Les carnets du Professeur Krummenaugen

- Chapitre 5 -

Samedi 22 heures 30'

Danses rituelles. Les femelles de la tribu semblent préférer les danses rituelles aux incantations des vieux sages. Spectacle magnifique ! Elles ont le rythme dans le sang et leur frénésie semble ne jamais devoir connaître de limite. La fonction de transe est tout à fait évidente.



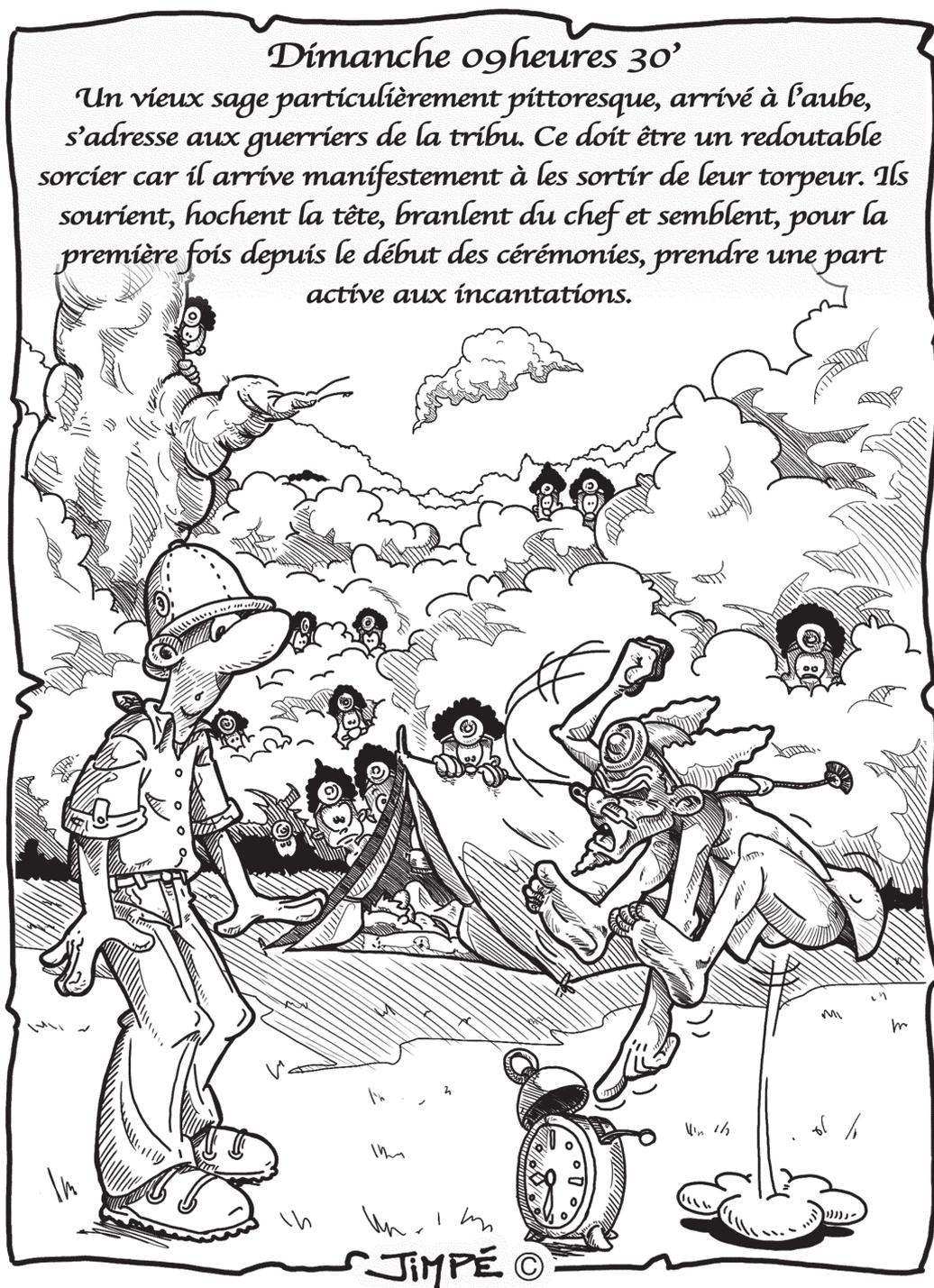
JIMPE ©

Les carnets du Professeur Krummenaugen

- Chapitre 6 -

Dimanche 09 heures 30'

'Un vieux sage particulièrement pittoresque, arrivé à l'aube, s'adresse aux guerriers de la tribu. Ce doit être un redoutable sorcier car il arrive manifestement à les sortir de leur torpeur. Ils sourient, hochent la tête, branlent du chef et semblent, pour la première fois depuis le début des cérémonies, prendre une part active aux incantations.





12 heures pour une recherche-action

Dans un des ateliers du samedi après-midi, quatorze travailleurs de maisons médicales se retrouvent autour d'une table pour mettre en place une recherche-action. Ils sont guidés par deux organisateurs du colloque (Yves et Marianne) qui posent un problème à résoudre sur le temps du colloque, et les aident à franchir les différentes étapes, de la recherche à l'action, jusqu'à l'évaluation.

La question de départ

Deux organisateurs du colloque soumettent le problème aux participants de cet atelier : trop souvent il reste peu de participants le dimanche matin, et les échanges ne sont pas très dynamiques. Il s'agit donc de trouver des moyens pour que tous les participants arrivent à l'heure le dimanche matin (à 9h30) et soient attentifs pour le reste de la journée. Les participants à l'atelier prennent donc la position de chercheurs-acteurs.

Ils annoncent également que cette recherche-action sera soumise au regard d'un expert (Michel Roland) et que les chercheurs peuvent choisir une personne ressource. Leur choix se porte sur Christian Legrève, bien connu pour ses talents d'animation...

Un petit *brain storming* a lieu, et les idées sortent en vrac, tantôt pertinentes, tantôt tout à fait saugrenues :

- Chanter dans le couloir pour réveiller dans la joie les participants du colloque ;
- Téléphoner le matin dans chaque chambre pour réveiller les participants et les motiver à venir à l'heure ;
- Offrir des coquillages à toutes les mères (puisque le lendemain c'est la fête des mères) ;
- Annoncer que l'eau chaude des douches s'arrête à 8h30 dans l'espoir de les voir arriver à l'heure...

Cette dernière proposition pose question aux quatorze chercheurs sur le plan éthique. Ils décident alors de structurer leur débat et dans un premier temps de revoir l'objectif qui leur a été proposé.

Négociation et redéfinition de l'objectif

Les chercheurs se posent différentes questions :

- Quel pouvoir d'action ont-ils ? La motivation des participants à venir le dimanche matin est bien évidemment influencée par tout ce qui s'est passé la veille, ce sur quoi ils n'ont pas eu de marge d'action : le colloque a été conçu et organisé sans qu'ils soient consultés, ils arrivent en cours de route ; le dimanche matin commence par des exposés, ce qui laisse les participants dans une position passive ;
- Est-ce le nombre de participants arrivés à l'heure qui est important, ou leur attention et leur motivation pour la deuxième journée de colloque ?

Ils discutent l'objectif avec les demandeurs et le redéfinissent comme suit : motiver les participants du colloque à venir le dimanche matin, et donner une dynamique à la journée.

Ils ont donc modifié la demande qui leur a été soumise : leur objectif n'est pas que tous les participants arrivent à l'heure ; ils préfèrent même avoir un petit nombre de personnes motivées que beaucoup de gens qui sommeillent dans la salle de conférence...

Analyse de la situation

Ils questionnent les deux organisateurs sur les différentes stratégies mises en place par le passé (choix des intervenants de la matinée, début de journée plus tardif) ; il semble qu'aucune solution n'ait jusqu'ici été tout à fait convaincante.

Comment percevoir ce qui pourrait motiver et dynamiser les participants ? Sûrement pas par une étude randomisée en double, et une enquête auprès des participants n'est pas réalisable dans le délai imparti. Il faut trouver des moyens simples et rapides pour éclaircir les attentes des participants.

Etant eux-mêmes des participants au

Sophie Clément,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Couleur Santé,
au nom des
chercheurs de
l'atelier et
Michel Roland,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Santé plurielle,
expert dans cette
recherche-action.

Mots clés :
recherche-action,
maisons médicales

colloque, les chercheurs décident de se choisir comme échantillon permettant d'approcher les attentes de l'ensemble des participants. Ils sont quatorze, cela représente à peu près 10 % du public cible. Cet échantillon est évidemment biaisé, ils en ont conscience : en effet ils n'ont pas participé aux autres ateliers, or ce qui s'y est passé jouera sans doute sur la motivation du lendemain. Mais face aux contraintes de temps, ils estiment qu'une investigation faite sur leurs propres attentes est un moyen suffisamment bon, qui permettra de donner des pistes pour dynamiser la journée du lendemain. Ils se posent donc la question : « Qu'attendons-nous de la deuxième journée de colloque ? ».

Les réponses sont variées :

- Repartir avec des outils, avec des exemples concrets ;
- Trouver des outils applicables dans les équipes ;
- Avoir des compléments d'information sur la recherche-action ;
- Vivre un moment ludique.

Nouveau consensus entre les chercheurs

Il s'avère que certaines de ces attentes concernent l'ensemble du colloque et dépassent donc ce sur quoi ils peuvent agir. Les chercheurs précisent leurs limites d'intervention, parviennent à un consensus et redéfinissent leur objectif comme suit : mener une action concrète ludique et dynamique pour entamer la deuxième journée de colloque.

Elaboration de l'action

Comment faire ? Différentes idées sont émises :

- Présenter une scénette sur la recherche-action ;
- Organiser une tombola et récolter des fonds pour offrir des fleurs à toutes les mères (il y en a beaucoup ! et c'est demain la fête des mères).

En fin de compte, le plus difficile semble :

- de résoudre le problème des levers tardifs. Il faut donc stimuler les participants à venir prendre leur petit déjeuner assez tôt ;
- de favoriser le passage entre le restaurant et la salle de conférence où doit se dérouler le reste de la matinée.

En fin de compte, le projet d'action suivante est élaboré : on informera la veille au soir, que quelque chose de spécial va se passer le lendemain matin et que la présence des participants est requise dès 8h45 – sans plus de précision, il faut laisser le suspense.

Pour que cette information prenne une forme ludique et stimulante, les chercheurs font appel à Christian Legrève, la personne ressource : c'est lui qui prendra la parole pendant le souper du samedi soir pour informer les participants ; les chercheurs distribueront alors, à chaque participant, un papier de couleur (six couleurs différentes), en insistant pour qu'ils le reprennent le lendemain matin.

Lors du petit déjeuner, Christian reprendra la parole et demandera aux participants de se





regrouper en fonction des couleurs : six groupes seront ainsi formés. Christian leur donnera les directives : chaque groupe doit préparer, en 10', une intervention qui synthétise le colloque (cela peut être un cri, un slogan, une phrase, etc.) et qu'ils présenteront dans la salle de conférence.

A ce stade, deux chercheurs sont choisis pour assurer la logistique : trouver les papiers de couleurs, les découper, les distribuer aux autres chercheurs.

Réalisation de l'action

Les papiers de couleurs sont distribués aux participants le samedi soir. Christian Legrève les informe d'une action secrète le lendemain. Chaque participant est invité à s'asseoir, le lendemain au petit déjeuner, à la table correspondant à la couleur du papier reçu la veille.

Le lendemain, dimanche matin : les participants s'assoient à la table correspondant au papier reçu. Pendant le petit déjeuner, Christian leur explique qu'ils doivent préparer une intervention à présenter au reste de l'assemblée dans la salle de conférence.

C'est ainsi que, dans une ambiance conviviale et dynamique, ponctuée de cris et d'applaudissements, la journée du dimanche matin a pu commencer.

Evaluation

Lors de leur réflexion en atelier, les chercheurs avaient défini deux indicateurs :

- Un indicateur quantitatif : nombre de papiers de couleur collectés.

Les papiers de couleur sont collectés lors du passage entre le restaurant et la salle de conférence : leur comptage correspond au nombre de participants de la deuxième journée de colloque. L'avantage de cet outil, c'est qu'il sert tant à l'action qu'à l'évaluation (économie de moyens).

Résultat : nombre de participants largement satisfaisant.

- Trois indicateurs qualitatifs :

- la qualité des interventions, les réactions de la salle.

Résultat : les participants font preuve de beaucoup de créativité, l'ambiance est très conviviale, les interventions de chaque groupe recueillent les applaudissements de l'assemblée.

- l'avis des participants : une question est posée à l'assemblée, après la présentation des interventions : « êtes-vous motivés, frais, dispos, dynamiques ? ». Les participants sont invités à applaudir s'ils se sentent dans ces dispositions. L'instrument de mesure est l'intensité des applaudissements.

Résultat : majorité écrasante de oui pour l'aspect concret, ludique et motivant de l'action.

Il faut signaler que Christian en profite pour illustrer les biais que peuvent introduire les évaluateurs : il pose d'abord la question de manière morne, et recueille des applaudissements timides... il relance la question d'une manière dynamique, et l'« applaudimètre » explose.

- l'observation (subjective) des chercheurs suite à l'action.

Résultat : Globalement, aspect jovial de l'assemblée. ●



L'avis de l'expert, Michel Roland

Je n'étais pas dans l'atelier, je suis donc un évaluateur externe avec une certaine connaissance, toujours relative. Il y a deux types d'évaluation dans un cas comme celui là : l'évaluation synthétique, globale et l'évaluation analytique.

Au niveau analytique, il s'agit de prendre les étapes les unes après les autres, Sophie Clément a très bien fait cela. L'évaluation synthétique, on peut dire que c'est l'applaudimètre. Ces critères qualitatifs sont aussi quantitatifs car on peut mesurer le bruit, les décibels. On peut aussi complètement biaiser un indicateur, Christian l'a bien montré. On aurait pu préciser un peu plus ce qu'on attend : en décidant quel nombre de papiers rentrés permettait de donner une évaluation positive, moyenne, mauvaise, pour cette action. Il faut donc fixer le critère, la nature de ce qu'on évalue mais aussi sa valeur pour avoir un objectif. Donc je trouve que cette action manquait un peu d'objectifs extrêmement concrets.

Continuons l'analyse : au départ un problème est posé : Qui a fixé la priorité ? Les organisateurs du colloque. Etait-ce réellement une priorité ? Ayant assisté à de nombreux colloques, on peut dire que oui, et par rapport aux autres années, le résultat est positif.

L'état de la question ; on est parti de ce que les gens disent, et les chercheurs ont redéfini les objectifs qui leur avaient été donnés du dehors. Cela prouve qu'en recherche-action, contrairement à la recherche traditionnelle, on peut changer d'objectif en fonction de la situation dynamique. On peut imaginer une grande boucle pour la recherche-action mais aussi des tas de petites boucles qui réévaluent les objectifs en fonction de ce qu'on a constaté.

Le biais : la sélection de la population ! Vous avez été extrêmement rigoureux, je n'aurais pas pensé dans ce protocole parler de randomi-

sation, d'échantillon. Il y a beaucoup d'outils de mesure mais il faut utiliser les bons. Le quantitatif et le qualitatif sont tout aussi importants.

Les critères définis : « concret, ludique et dynamique ». Au niveau d'une évaluation synthétique, on y est. En recherche-action, si on assimile ces processus cycliques, ce qu'on évalue souvent ce sont les résultats. Ici, à court terme, il est facile de constater les résultats : vous êtes là, dynamiques et éveillés. Sur le terrain, en santé communautaire, les résultats n'apparaissent souvent qu'après cinq ou dix ans. On peut alors s'attacher aux procédures, évaluer comment l'action s'est déroulée, comment les choses se sont passées. On peut aussi s'attacher aux structures, c'est-à-dire examiner tous les moyens qui ont été nécessaires pour arriver au résultat ; ces moyens, on peut extrapoler qu'ils sont bons s'ils ont permis de bien mener l'action. En l'occurrence, vous avez mis le paquet sur les structures et les processus, et le résultat est tel qu'on pouvait l'imaginer.

Idéalement, il faut un évaluateur externe, mais l'auto-évaluation a énormément de qualités : les seules personnes qui savent exactement ce qui se passe dans une institution, dans un groupe, ce sont les acteurs - mais il peuvent aussi le plus facilement biaiser ou cacher des éléments du processus et des structures. L'évaluation idéale associe l'auto-évaluation et l'hétéro-évaluation sur base d'un processus dialectique où, finalement, tout le monde s'est mis d'accord sur ce qu'il convient d'évaluer pour pouvoir continuer à avancer.

Cela me fait très plaisir qu'après un long cheminement dans les maisons médicales et à la Fédération, dix ans dans la dynamique de la recherche-action, des articles dans *Santé conjugulée*, le programme d'Agir ensemble en prévention, l'on arrive à une journée comme celle-ci ; et que, à partir d'un problème concret, on ait fait quelque chose de rigoureux, de raisonné - et en plus avec lequel on s'est amusé ! ●



Limites et perspectives des pratiques d'insertion socioprofessionnelle menées à la mission locale de Forest

Les hypothèses

La question fondamentale posée par cette recherche est celle de l'interaction entre l'intervention d'une institution oeuvrant dans le champ de l'insertion socioprofessionnelle - la mission locale de Forest - et les trajectoires de vie de demandeurs d'emploi qui ont participé à différentes actions développées par cette institution.

L'originalité de cette recherche repose sur deux éléments : d'une part, elle a été menée par des travailleuses de terrain qui désiraient fortement interroger leurs pratiques. Cela a supposé un travail particulier de distanciation et d'objectivation de cette position ambivalente mais cela permettait aussi d'entrer rapidement au cœur de ces pratiques de terrain et de faciliter la parole des personnes interrogées parce que les chercheuses connaissaient ce dont ces personnes parlaient et pouvaient plus facilement créer une relation de confiance et de familiarité.

D'autre part, elle a privilégié l'analyse de l'impact de l'action d'insertion socioprofessionnelle en terme de projet de vie, d'image de soi et de stratégies déployées par les individus pour redéfinir une identité mise à mal par l'épreuve du non-emploi plutôt que l'étude plus classique des effets des actions d'insertion en terme d'emploi et de projet professionnel.

Le lien entre ce que nous avons désigné par les termes de « requalification identitaire » et l'action d'insertion socioprofessionnelle est un élément essentiel de la pédagogie mise en œuvre par la mission locale de Forest. Celle-ci a la conviction profonde que l'insertion n'est atteinte que lorsque la personne se défait d'une part de précarité et se réapproprie son histoire. Le non-emploi n'a pas que des conséquences économiques. A la précarité qu'il engendre s'ajoute la perte de relations sociales et l'invalidation symbolique.

La mission locale tente de combattre cette invalidation par l'intégration dans un groupe

dans lequel la personne peut recréer un « nous », un sentiment d'appartenance. Cette intégration dans un groupe de formation permet de substituer à son statut de chômeur, de minimexé ou de « sans-statut » celui de stagiaire, c'est-à-dire à celui d'être en devenir qui construit un projet de vie.

En ce sens, l'action d'insertion apparaît comme un travail de recomposition où la personne redevient le sujet de son histoire. C'est bien ce travail de recomposition que cette recherche a voulu observer.

L'objet mission locale

La mission locale de Forest est une asbl créée en 1989 qui s'est donnée pour mission d'« accueillir, orienter, contribuer à former, soutenir l'insertion socioprofessionnelle des habitants en accordant une attention particulière aux jeunes et aux Forestois ».

Pour mettre en œuvre cette mission, plusieurs modes d'actions ont été développés empruntant à des registres différents tels que l'éducation permanente mais aussi la santé mentale. Plus tard, s'inscrivant dans une évolution plus générale de l'insertion socioprofessionnelle, la mission locale développera également plusieurs actions de mise à l'emploi.

Cette diversité des modes d'actions s'explique par différentes raisons. Il y a tout d'abord le caractère pluridisciplinaire des travailleurs qui composent cette institution et dont les cadres de références et les univers de croyances différents favorisent le développement d'actions diversifiées.

Une deuxième raison de cette diversité est à rechercher dans le double mandat de la mission locale de Forest qui développe son action sur le terrain de l'insertion socioprofessionnelle mais aussi sur celui de la cohésion sociale et du développement communau-

*Sophie
Goldmann,
licenciée en
sciences
politiques, maître
assistante à la
haute école Ilya
Prigogine
et Jamila
Mourabit,
licenciée en
psychologie,
mission locale de
Forest, sous la
direction
scientifique
d'Andrea Rea,
professeur,
Groupe d'études
sur l'ethnicité, le
racisme, les
migrations et
l'exclusion
(GERME),
université libre de
Bruxelles.*

Mots clefs :
recherche-action,
travail social

Limites et perspectives des pratiques d'insertion socioprofessionnelle menées à la mission locale de Forest

taire (programmes cohabitation/intégration). Dans ce cadre, l'action menée sur le plan de l'insertion socioprofessionnelle se doit d'avoir un impact positif sur les quartiers prioritaires ciblés en terme de développement communautaire. C'est l'idée même qui sous-tend les actions de type développement local intégré où des jeunes des quartiers défavorisés de Forest seront engagés sur des travaux d'utilité collective pour ces mêmes quartiers.

La normativité politique impose aussi le développement d'actions particulières. Mais c'est surtout la volonté très affirmée de s'adresser à tous les publics qui explique la créativité de la mission locale et la mise en œuvre de nouveaux projets.

Aux cotés des actions généralistes qui s'adressent à tous (détermination, préformation), se sont développées des actions de formations qualifiantes. Celles-ci, poursuivant un objectif de mise à l'emploi rapide sur le marché du travail ont dû définir des critères d'entrée nécessairement sélectifs.

Cette sélection à l'entrée en formation ne cessera de poser questions à la Mission locale. Voulant éviter de reproduire à l'échelle de l'institution les phénomènes de relégation et d'exclusion présents dans la société, elle y répondra en développant également des actions de discriminations positives qui permettent d'offrir des perspectives aux plus démunis.

L'inventaire des formes d'actions de la mission locale réalisée à partir des rapports d'activités, a permis l'élaboration d'un modèle.

Nous pouvons disposer les actions de la mission locale de Forest autour de deux axes. Le premier axe est celui des choix méthodologiques selon que l'on privilégie la formation, en référence à l'éducation permanente ou la création d'emploi. Cet axe en croise un autre, celui du territoire sur lequel s'opère l'action (quartier ou région). Ainsi se dessinent quatre champs d'actions : celui des actions généralistes, celui des actions de formation qualifiante, celui du développement local intégré et celui de l'action régionale, action de concertation et de coopération avec d'autres opérateurs bruxellois.

Chaque champ tend à privilégier un public particulier. Le champ de l'action généraliste s'adresse à tous, tout en privilégiant la proximité. Le champ de la formation qualifiante

recrute sur l'ensemble de la Région de Bruxelles-Capitale et établit des critères précis de sélection. Le champ du développement local intégré privilégie bien entendu le recrutement dans les quartiers mais aussi, nous l'avons souligné plus haut comme étant une réelle volonté de la mission locale de Forest, le public le plus précarisé.

Ces champs ne sont pas hermétiques. Le public y circule au gré de son parcours personnel à la mission locale et dans l'insertion en général.

Méthodologie

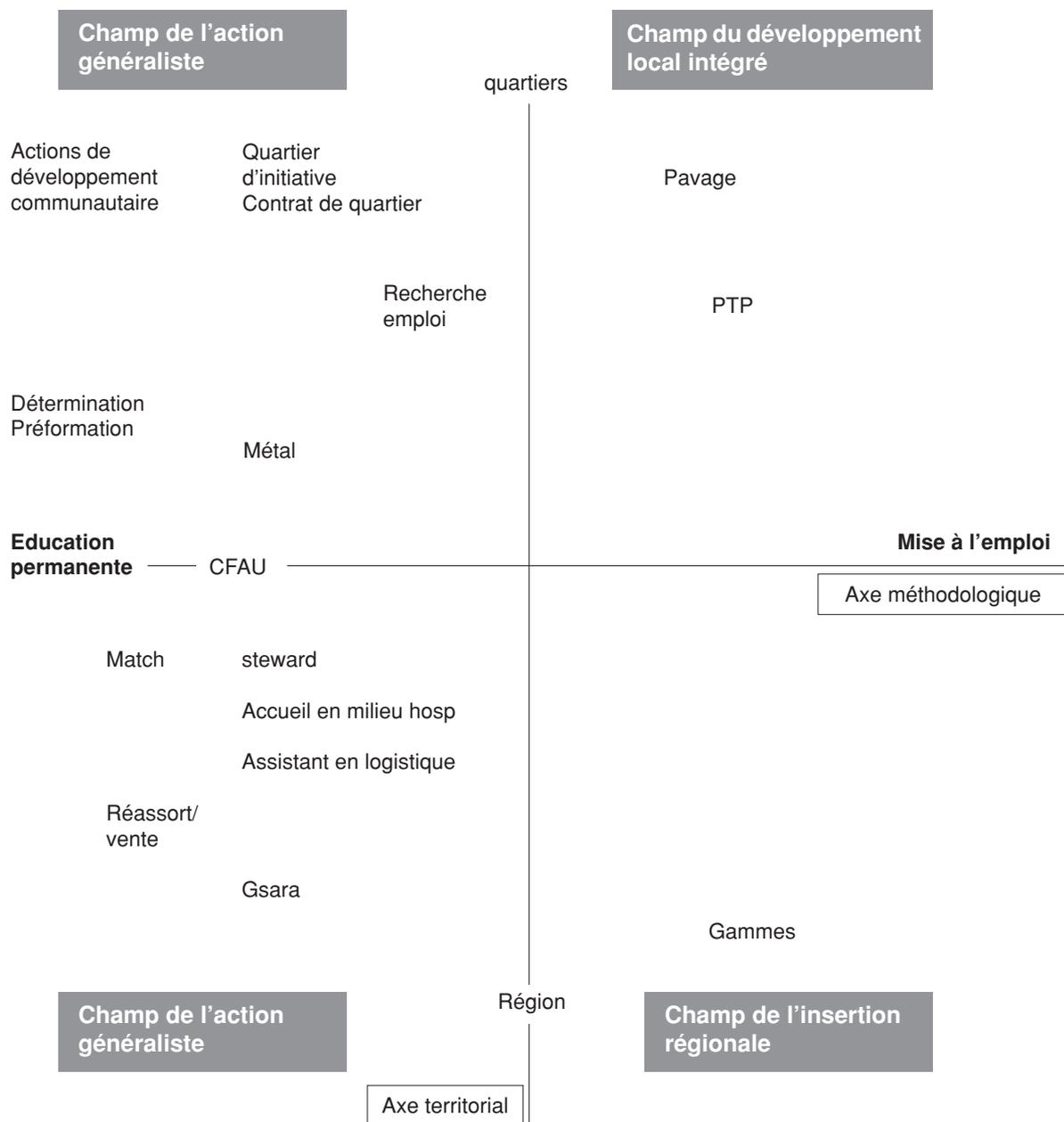
Nous avons opté résolument ici pour une méthode qualitative basée sur la réalisation d'entretiens approfondis.

La méthode qualitative dispose de toutes les propriétés pour restituer, notamment en raison de la construction d'un discours par la personne interrogée, la complexité des processus de formation des représentations et des pratiques. Son désavantage, surtout auprès des publics non avertis, concerne la crainte que l'échantillon de personnes interrogées ne soit pas représentatif. Notre échantillon est représentatif des actions entreprises par la mission locale de Forest, toutes les actions ayant été retenues. Par ailleurs, dans le cadre de la construction raisonnée de notre échantillon, nous avons pesé le poids des diverses actions retenues en fonction de l'importance numérique des stagiaires.

Toutefois, notre échantillon qui, *in fine*, est composé de trente-sept entretiens est avant tout caractéristique. Il correspond à des profils idéaux-type de stagiaires qui sont passés par la mission locale.

Le chiffre de trente-sept entretiens n'a pas été arrêté *in abstracto*. L'état des lieux permanent des entretiens réalisés et le regard sur les objectifs de la recherche ont été des points de repère. S'il est difficile de dire que nous avons atteint le seuil de saturation pour toutes les catégories, il semble bien que nous ayons au moins atteint un seuil de saturation par rapport à l'ensemble des données que nous escomptions recueillir.

C'est dans l'entretien que la double position de travailleuses de terrains et de chercheuses a montré toute sa richesse. Proximité et familia-



PTP : programme de transition professionnelle.

CFAU : Collectif de formation et d'action urbaine.

Gsara : Groupe socialiste d'action et de réflexion, réseau de centres de compétences et de services qui a pour vocation, par le biais de l'audiovisuel et des nouvelles technologies de la communication, d'agir en vue d'une plus grande participation citoyenne aux enjeux politiques, sociaux, économiques et culturels de la société civile.

Gammes : Gammes est une asbl créée à l'instigation de plusieurs centres de coordination de soins à domicile, quatre missions locales et plusieurs opérateurs de formation qualifiante afin de répondre au besoin de garde-malades en Région bruxelloise.

Limites et perspectives des pratiques d'insertion socioprofessionnelle menées à la mission locale de Forest

rité sont deux éléments absolument indispensables pour établir une confiance, et surtout permettre à ces personnes précarisées et dominées de ne pas voir dans notre interrogation une évaluation de leur trajectoire ou encore un jugement moral (Bourdieu 1993).

La rupture de la distance sociale dans l'entretien passe par un renoncement à l'obsession de la neutralité de l'enquêteur dans la situation d'entretien. Le fait que l'enquêteur puisse aussi faire état de sa propre expérience ou encore d'expériences de proches constitue une manière de montrer qu'il peut se mettre en pensée à la place de la personne interrogée, qu'il entend et comprend l'expérience qui lui est narrée.

L'entretien, a été mené comme une réflexion collective sur l'histoire personnelle. Cet engagement dans l'entretien nécessite une distanciation dans l'analyse reposant sur l'objectivation de la relation enquêteur-enquêté et un travail de réflexivité imposant une interrogation permanente dans l'analyse de la place occupée par le chercheur. Loin de n'être qu'un enregistrement neutre de la parole, les entretiens sont en cela des moments d'implication.

Un récit de vie suppose toujours une charge émotionnelle importante. Bertaux note d'ailleurs que « *plus d'une fois (l'enquêteur) en sortira littéralement vidé. Il faut bien que la réalité vous touche, qu'elle touche non seulement votre intellect mais aussi vos nerfs pour qu'elle puisse bousculer un tant soit peu ces préjugés et présupposés que vous portez en vous inconsciemment* » (1997). Or, ici le narrataire, pour reprendre le terme de Loicq (1992), est aussi impliqué dans l'objet du récit recevant avec d'autant plus de force ces témoignages qui remettent en question ses manières habituelles de faire, ses auto-légitimations, ses préjugés. Alternativement nous sommes passés ainsi régulièrement de l'euphorie au doute, de la satisfaction au sentiment d'impuissance. Là encore, opérer un travail de distanciation s'avère indispensable mais difficile qui enrichira à son tour notre pratique de terrain.

L'analyse des données s'est faite de manière thématique. Des thèmes ont été choisis (scolarité, précarité, formation à la mission locale, etc.) et ont fait l'objet d'une mise en forme. Une fois cette étape réalisée, les parties analytiques ont été rédigées. Elles sont au nombre

de deux. La première s'intéresse spécifiquement à la requalification identitaire, et comporte trois thématiques : la précarité, le chômage, la formation. La deuxième étudie en particulier l'interaction entre mission locale et stagiaire.

Conclusions

De l'analyse des récits, il apparaît que la classification des actions en quatre champs garde son sens au niveau des caractéristiques définissant les publics et des contenus pédagogiques formels.

Chaque champ tend à attirer un public particulier. Le champ de l'action généraliste s'adresse à tous. Toutefois, il se caractérise particulièrement par un recrutement local, privilégiant la proximité et le quartier. On y retrouve principalement des femmes qui investissent ces actions comme un espace de formulation de projet nécessitant temps et sécurité relationnelle. En détermination et en préformation viennent des personnes qui sembleraient peu à même de fréquenter des formations finalisées. Le contenu des actions est apprécié parce qu'il laisse beaucoup de place à l'introspection, à la relation sociale et à l'apprentissage de soi. Inversement, les actions orientées vers l'univers du métier attirent davantage les hommes.

Le champ de la formation qualifiante recrute sur l'ensemble de la Région de Bruxelles-Capitale et établit des critères précis de sélection. Théoriquement point d'aboutissement du parcours d'insertion avant la mise à l'emploi, ce champ est cependant très souvent investi par des personnes qui s'y inscrivent spontanément, sans étapes préalables.

L'action Gammes prévoyait l'engagement de quarante gardes à domicile en contrat « programme de transition professionnelle » d'une durée de deux ans. Une détermination et une très courte formation de cent quatre-vingt heures précédaient l'engagement par une asbl créée à cet effet par plusieurs centres de coordination de soins à domicile, quatre missions locales et des opérateurs de formation qualifiante. Vu l'absence de débouché au terme du contrat, l'INAMI ne reconnaît pas et donc ne finance pas la fonction de garde-malades, il était prévu de permettre aux travailleurs de



suivre dans le temps de travail une formation d'aide familiale.

Cette action apparaît comme un parcours d'insertion en soi, assurant de manière concomitante des activités de socialisation, de remise à niveau, de formation qualifiante et de mise à l'emploi.

Le champ du développement local vise la mise à l'emploi sous contrat à durée déterminée (PTP) afin de répondre à des besoins collectifs (réaménagement d'espaces publics, propreté publique, action socioculturelle dans les quartiers, restaurant social, rénovation de façades dans le cadre des contrats de quartiers). La mission locale de Forest privilégie ici le recrutement dans les quartiers de Forest avec une volonté affirmée de s'adresser au public le plus précarisé.

Ces champs cependant ne sont pas hermétiques. Le public y circule au gré de son parcours personnel à la mission locale et dans l'insertion en général. Nous constatons également une philosophie commune qui traverse les champs et une contamination des pratiques et des approches pédagogiques.

1. La précarité comme condition et projet

A l'entrée de la formation, la plupart des stagiaires, surtout pour les champs les moins finalisés, connaissent une expérience proche de la disqualification sociale (Paugam, 1991). Cette dernière se caractérise par une perte de pouvoir économique, une limitation dans l'accès aux biens de consommation et une dévalorisation de l'image de soi.

L'analyse des récits tend à montrer l'absence de lien univoque entre chômage et précarité. La précarité concerne aussi des personnes qui travaillent. Ainsi, les stagiaires « pavage » ou programme de transition professionnelle, de même que ceux qui travaillent en noir, conçoivent aussi leur mise à l'emploi en termes de précarité alors qu'ils perçoivent une rémunération. Cette précarité est tolérée par les jeunes, parce que transitoire, alors qu'elle est dénoncée par les plus âgés qui la définissent par la faiblesse de l'indemnité et la limitation du contrat dans le temps.

De très nombreux récits font état également

d'une dégradation des conditions de logement augmentant les conditions de vie précaires.

Mais par-dessus tout, c'est le sentiment d'insécurité d'existence qui émerge le plus fortement. En effet, la précarité est fortement associée à un sentiment de non-maîtrise sur le présent et le futur.

Dans de très nombreux témoignages, émarger au CPAS est davantage associé à la disqualification que disposer d'allocations de chômage. La relation tutélaire du CPAS est souvent une contrainte alors que les allocations sont vécues comme des droits. Ces allocations de chômage sont perçues comme la possibilité d'intégrer ce statut de « travailleurs assimilés » (comme le formulent les législations sociales). Les allocations de chômage confèrent à la personne un sentiment de stabilité et de requalification identitaire par rapport à la situation de « minimexés ».

Enfin, la précarité est aussi dépendante du système relationnel. Ainsi, l'isolement accroît le sentiment de précarité. Les transformations dans les couples ou les familles sont aussi sources de sentiment de précarisation.

Si les expériences les plus précaires semblent bien concerner les femmes qui élèvent seules leurs enfants, l'association disqualification et précarité est également particulièrement forte chez les hommes de plus de vingt-cinq ans pour lesquels l'accès à l'emploi participe à la définition identitaire en tant qu'homme, sur lequel devrait reposer le devenir économique de sa famille. Le travail précaire leur apparaît comme une défaite.

L'isolement en tant que facteur de précarité ne tient pas seulement à la faiblesse du système relationnel, il est aussi lié à l'absence d'une conscience collective ou d'une définition collective de l'appartenance. L'appartenance à la classe ouvrière parce qu'elle était porteuse de l'espoir d'un changement social et le support d'une action collective était un exutoire puissant contre les effets néfastes d'une situation de domination. Elle permettait de transcender l'humiliation et la honte. Cette référence n'existe plus. Aucun témoignage n'en fait mention malgré l'appartenance de fait à cette catégorie sociale de la plupart de nos témoins. L'absence d'un référent collectif laisse alors la personne

Limites et perspectives des pratiques d'insertion socioprofessionnelle menées à la mission locale de Forest

seule face à la disqualification sociale dont elle est l'objet.

2. L'identité négative du sans-emploi

Les personnes qui ont quitté le chômage expriment le plus librement le malaise qui accompagne la privation d'emploi. Les autres semblent enfermés dans une condition qui inhibe, souvent émotionnellement, la prise de parole. L'image négative du chômeur rend aussi impossible l'identification au groupe de chômeurs, qui a fréquemment une connotation négative.

Nous avons retrouvé parmi notre échantillon les trois modes de perception du chômage définis par Schnapper (cité par Demazière 1996).

Le premier est le chômage inversé, la privation d'emploi est mise en valeur par des activités permettant d'atteindre d'une image positive de soi. La personne investit ainsi un rôle alternatif porteur de sens et qui lui confère un statut valorisant. Ce rôle peut être celui de parent, ou s'inscrire dans une activité artistique ou d'utilité collective. Le travail au noir peut aussi permettre à la personne de retrouver une image positive même si ce type d'activité ne lui permet pas réellement de sortir de la précarité.

L'inversion de l'invalidation identitaire peut parfois prendre des chemins plus tortueux, ainsi dans le cas de situations de personnes qui suivent le dispositif sous la contrainte pour éviter la prison. L'enfermement dans la marginalité fonctionne alors tel une expression ostentatoire du refus des normes qui s'accompagne d'un déni de soi redoublé. L'image de soi positive est un leurre, une conformité.

Le deuxième type est le chômage différé. Il traduit les pratiques dominantes de l'insertion professionnelle puisqu'il définit les démarches de recherche d'emploi et de formation. Dans ces situations, la fréquentation d'une action organise la temporalité, fournit un statut positif aux stagiaires, reconstitue l'estime de soi, et construit l'idée d'une perspective. Elle permet ainsi une recomposition des stratégies mises en œuvre auparavant pour échapper à l'invalidation.

La légitimité du chômage différé est naturel-

lement très importante dans le contexte de notre enquête. Mais force est de constater que cette légitimité perdure au-delà de l'action et même quand celle-ci ne débouche pas sur l'emploi. Certains préféreront enchaîner formations sur formations, d'autres se replieront sur eux-mêmes tout en conservant un discours positif sur l'expérience de formation.

Toutefois, la troisième forme, le chômage total vient rappeler combien il importe que l'investissement consenti lors de l'action soit suivie d'un résultat à la hauteur de la promesse de la politique d'insertion professionnelle. L'emploi, voire les chances d'un emploi, doivent être à la porte de l'action. Certains n'ayant pu saisir les possibles promis intériorisent l'échec et se trouvent en situation de désaffection. La personne impute alors à elle seule la responsabilité de l'échec. Par contre, d'autres, surtout les plus jeunes ou ceux qui disposent de plus de ressources, s'engouffrent dans d'autres actions. Au-delà de la création d'une nouvelle image de soi qui est proposée aux personnes, image à laquelle elles adhèrent et s'identifient, le passage à la mission locale a des conséquences dont on mesure parfois difficilement l'impact sur la concrétisation d'un projet professionnel. En effet, on peut observer l'installation d'un décalage entre la réalité sociale et individuelle des stagiaires qui les renvoie à une image d'eux-mêmes (par leur statut de chômeur, de minimexé, de réfugié) et la nouvelle « identité valorisante et valorisée » mise en exergue lors de la poursuite d'un des processus. L'une et l'autre ne se répondent pas nécessairement. Certains se voient, dès lors, bloqués dans un espace de possibles se projetant dans un statut valorisable aux yeux de la société, mais non concrétisable au vu de leur position actuelle. Par conséquent, il leur deviendra bien plus insupportable de devoir gérer cette utopie qui leur semblait pourtant si proche et accessible.

3. La formation qui renoue, la formation qui reconvergit

Les actions mises en œuvre par la mission locale apparaissent comme autant d'espaces intermédiaires, d'espaces de recomposition où la personne expérimente des situations nouvelles, renoue avec des stratégies préexistantes que la vie avait contrariées ou encore adopte un



nouveau point de vue qui redéfinit l'orientation de sa trajectoire sociale.

Pour les jeunes en transition, c'est-à-dire des jeunes qui ne sont plus adolescents, mais pas encore tout à fait adultes, la mission locale s'est contentée surtout de les accompagner, de faire « un bout de chemin » ensemble. Elle s'est présentée surtout comme un lieu où a pu se construire une relation de confiance permettant de questionner ce monde adulte auquel ces jeunes tentent d'accéder.

Dans d'autres cas, l'action menée par la mission locale a eu un impact plus déterminant sur l'orientation des trajectoires sociales. L'action comme lieu d'espace intermédiaire peut être le théâtre d'une conversion du sujet à un univers de croyances nouveau. Il peut également être le lieu où se renoue une trajectoire.

Dans les quatre champs, on constate l'existence de trajectoires renouées. Les dynamiques de conversion par contre se retrouvent essentiellement dans les champs de l'action généraliste, de la formation qualifiante et de l'action régionale mais restent peu présentes dans le champ du développement local. D'une part parce qu'y prédomine l'univers du métier auquel la conversion ne se fait que par nécessité. D'autre part, le formateur joue un rôle fondamental dans la conversion où « l'inséré » adhère à l'univers de croyance de « l'inséreur ». Or, la plupart des formateurs de la mission locale procèdent de l'univers du savoir savant.

Les trajectoires renouées dans l'univers du métier s'inscrivent dans une totale reproduction sociale. On adopte l'univers de croyance de ses pères. Les trajectoires qui renouent avec l'univers du savoir savant concernent principalement le public du champ de la formation qualifiante, mais aussi des participants aux actions généralistes. Il s'agit de personnes dont les projets de vie qui laissaient une grande place à l'école ont été contrariés par divers événements. Toutefois, ces personnes disposent d'un certain nombre d'atouts importants en termes de structuration, de socialisation, de rapport à la formation. Les personnes qui figurent dans cette situation ont bénéficié d'une enfance stable, dans une famille-bastion où tous les membres partagent les valeurs attachées à la

promotion sociale par la scolarité. Ils inscrivent dès lors l'expérience d'insertion dans une continuité. La formation est le lieu où ils retrouvent l'univers scolaire et ses perspectives de mobilité sociale ascensionnelle. Ils partagent avec les formateurs un même univers de croyances et cette homologie favorise l'identification des premiers aux seconds. Ces stagiaires peuvent restaurer une image de soi positive, croire à nouveau à l'existence de possibles et valider leurs projets de vie.

Dans certaines situations, l'effet de l'action suivie a été encore plus décisif sur l'orientation des trajectoires sociales. Nous avons parlé à cet égard de « trajectoires converties ». Nous avons souligné l'importance de la durée de l'action et/ou de la relation au formateur comme catalyseur de cette conversion qui aboutit souvent, ce n'est pas un hasard, à un travail dans le milieu social. Dans ces situations, les personnes n'ont pas évolué enfant dans un environnement partageant nécessairement les valeurs du mérite par l'apprentissage. Il s'agit de personnes, rencontrées soit en détermination, soit en formation qualifiante ou encore dans Gammes, qui entrent dans un univers de croyances par l'intermédiaire du formateur qui joue un rôle fort « d'autrui significatif ». Cette conversion est très largement dépendante du lien privilégié avec ce formateur qui a aussi servi d'accompagnateur ou de passeur.

4. La gestion de l'informel et le tissage des liens

D'une manière générale, la mission locale a permis à un certain nombre de personnes sans travail qui ont participé à ses actions de restaurer une image de soi fortement invalidée par la privation d'emploi. Cette reconstruction de soi, cette « requalification identitaire » a pu se faire grâce à différents éléments que l'on retrouve comme une marque de fabrique de la Mission locale, quelle que soit la forme spécifique de l'action : cette requalification s'est appuyée sur la restauration du sentiment d'efficacité. Elle a pu bénéficier des effets positifs liés à l'intégration de groupes permettant de retrouver des relations sociales et le sentiment d'appartenance à un destin collectif. Une place importante a été laissée à l'apprentissage de soi. Mais l'élément réellement déterminant de cette restau-

Limites et perspectives des pratiques d'insertion socioprofessionnelle menées à la mission locale de Forest

ration identitaire réside dans la qualité relationnelle qui a pu se créer entre « inséré » et « inséreur ».

La relation entre l'institution et la personne est essentielle. C'est là que peut s'opérer le processus de requalification identitaire mais c'est là aussi que le sentiment d'invalidation peut se voir renforcé. De Gaulejac parle à ce titre du risque de production institutionnelle de l'invalidation (1994).

Une institution dé-formalisée

La mission locale pour sa part, apparaît comme une institution « dé-formalisée » où se crée une relation de proximité similaire à celles sur lesquelles se fondent la socialisation primaire. Cette proximité est un trait distinctif de l'action du secteur associatif et le terme « *association* » reprend ici son sens premier : le fait de mettre ensemble, de tisser des liens, de rapprocher. L'existence, parmi les travailleurs sociaux qui font la mission locale, d'une philosophie partagée, ou mieux, d'un univers homogène de croyances a un effet positif sur ceux qui y sont accueillis. Par sa proximité, le travailleur social met en confiance, il rassure et représente aussi un modèle positif d'identification. Sa forte conviction convainc à son tour. Un témoignage résume très bien le rôle joué par le formateur par cette formule : « Ils avaient de l'ambition pour nous. »

C'est cette conviction et le respect fondamental accordé à la personne qui permettent de transcender la contrainte posée par une institution plus formelle (CPAS ou plan d'accompagnement chômeur) qui conditionnent l'octroi d'une allocation au fait de suivre un processus d'insertion. La contrainte est un débat récurrent du travail social. D'une manière générale, les travailleurs sociaux préfèrent travailler avec des personnes qui le souhaitent également. Mais la contrainte est un fait qui caractérise une très grande partie du public rencontré dans l'enquête et dans le secteur de l'insertion socioprofessionnelle plus généralement. Elle est même souvent l'élément détonateur qui conduit la personne à s'engager dans un processus d'insertion. La question n'est plus alors de discuter

sur la légitimité d'une façon de faire qui limite certes l'autonomie du sujet mais de savoir comment faire dans ce contexte déterminé. La mission locale adopte dans ces situations une position médiane, une position de tiers impliqué : respect des prescrits légaux et négociation d'un cadre d'intervention avec l'institution qui a posé la contrainte et avec l'usager, ce dernier devant rester dépositaire du contenu de l'intervention.

Ce rôle de « tiers » autorise la personne à redevenir sujet de son histoire, de son parcours car elle prend en compte le cadre institutionnel dans lequel la personne se trouve et réintroduit un espace de négociation et de confiance dans ce cadre. Les formateurs de la mission locale évitent ainsi de se mettre dans un rôle d'agent de surveillance, même s'il y a effectivement contrôle des règles.

Les dimensions collectives de la requalification

Le mode d'organisation des actions se structure autour d'une dimension collective. La mission locale a tenu, à travers ses actions, à recréer un sentiment d'appartenance à un « nous » porteur de changement social, s'inscrivant ainsi dans la tradition de l'éducation permanente. Les personnes sont réinscrites dans un groupe d'appartenance, déterminant une conscience collective qui déleste du poids de la responsabilité individuelle face au non-emploi. Le groupe redonne confiance parce qu'il protège de l'obligation faite à l'individu de réussir à tout prix et dilue le sentiment de culpabilité. Le groupe devient ainsi le support d'une recomposition des stratégies personnelles et, même si les trajectoires restent très marquées par des dimensions individuelles, il joue le rôle de catharsis. En outre, il offre la possibilité de recréer, pour ceux qui sont isolés, des relations sociales et répond ainsi à l'un des traits essentiels de la désinsertion. Ceci est particulièrement vrai pour une partie du public : les femmes qui ont quitté leur rôle de mère pour renouer des contacts sociaux en dehors du contexte familial et les jeunes.

Le groupe est aussi le lieu de l'apprentissage de la diversité, liée à l'âge, au genre, à l'origine



sociale et ethnique, etc. Mais, la gestion de la différence ne va pas sans la mise en exergue des « cas difficiles » - souvent associés à l'image des « jeunes immigrés empêtrés dans la galère » ou aux personnes marquées par des problèmes de santé mentale ou d'assuétude auxquels certaines actions ont voulu privilégier l'accès dans un souci de discrimination positive. Dans certains de ces cas, le fait d'être une « personne à insérer » constitue un handicap en soi et la catégorisation réalisée par une « sélection non sélective », une sélection en creux renforce la dépréciation de l'estime de soi. Créer un « nous » n'est pas aisé quand il suppose l'identification à un groupe dévalorisé. *« C'est la honte de se voir semblables à ceux qui sont méprisés et que l'on méprise soi-même qui empêche de s'unir pour agir ensemble. »* (de Gaulejac, 1994 : 206). Une identité collective fondée sur la discrimination aussi positive soit-elle ne permet pas de créer un réel sentiment d'appartenance. C'est là sans doute qu'il faut trouver l'explication de l'impossible identification collective dont nous ont fait état les participants aux actions du programme de transition professionnelle.

Ce travail sur le collectif laisse toutefois une part essentielle à l'individu. Tous les récits pointent l'importance accordée à ce sentiment de ne pas être un numéro, d'exister en tant que personne ayant la possibilité de faire des choix. Le travail en groupe s'inscrit dans une pédagogie qui accompagne la personne, s'assure de l'évolution de chacun. Une pédagogie qui reste connectée à la réalité du stagiaire prenant en compte non seulement ses difficultés cognitives mais aussi ses problèmes sociaux, économiques et familiaux. Une pédagogie enfin qui se distingue résolument par la proximité établie entre le formateur et la personne en formation. C'est réellement dans cette proximité, dans la qualité relationnelle et le caractère affectif de l'accrochage qui a pu se créer entre « inséré » et « inséreur » que se joue la requalification identitaire.

Et afin de ne pas contraindre la personne à se raconter plusieurs fois, à devoir recréer à chaque action cette relation de confiance, la mission locale défend l'idée du référent : un travailleur social unique qui accueille et soutient la démarche de la personne tout au long de son parcours dans l'institution ou ailleurs.

Cette relation inséré-inséreur se doit de rester professionnelle. Il importe que les travailleurs sociaux puissent s'interroger sur ce qui est à l'œuvre dans ce cadre relationnel, qu'ils puissent prendre conscience des phénomènes de transfert et de contre-transfert présents dans ces relations, même si on n'est pas dans le champ psychothérapeutique. Nous plaçons ici pour la création d'espaces de réflexion multidisciplinaires permettant la contamination des pratiques et des cadres de références, des lieux de formation continue et des lieux de supervision.

Un univers de croyance valorisant le relationnel mais plus difficilement le métier

Cette pédagogie de la proximité privilégie non seulement l'apprentissage utile à l'emploi mais aussi l'apprentissage pour soi. Il s'agit de doter le stagiaire d'acquis qui lui appartiennent et qui lui permettent une meilleure compréhension du monde et un développement personnel, bref un apprentissage de soi. Ces acquis correspondent parfaitement à l'univers de croyances des travailleurs sociaux et des formateurs eux-mêmes, un univers de croyances qui valorise l'écoute, l'épanouissement personnel, le relationnel.

Ces compétences n'ont pas le même sens dès lors qu'on se retrouve dans des actions de développement local qui relèvent de l'univers du métier. Là, l'apprentissage pour soi passe par la maîtrise des techniques, des outils, l'assurance du geste posé. Sur ce plan, le modus operandi de la mission locale ne s'avère pas le plus performant. Les difficultés de recrutement d'encadrants qui soient à la fois bons techniciens, bons contremaîtres, bons pédagogues et... ACS (agent contractuel subventionné) n'ont guère amélioré les choses. Enfin, les moyens financiers mis à disposition par les pouvoirs publics étaient bien insuffisants pour offrir à ces actions le matériel performant nécessaire. Il en résulte une impression de bricolage, lequel ne favorise pas la requalification identitaire. C'est ici qu'une rencontre avec le monde professionnel, les partenaires sociaux et les centres de formations publics et sectoriels

Limites et perspectives des pratiques d'insertion socioprofessionnelle menées à la mission locale de Forest

eût été nécessaire. Cette rencontre aurait permis la confrontation positive entre l'univers du métier et celui du social. Il aurait assuré ainsi aux actions de développement local à la fois une plus grande crédibilité quant aux savoirs-faire acquis et l'accès à ces savoirs pour un public qui n'y aboutit généralement pas parce que rejeté par les centres de formations qui lui reprochent un manque de savoir-être. Là aussi nous défendons l'idée d'une contamination des pratiques, par une rencontre effective entre le monde associatif et les partenaires sociaux, soutenue et encouragée par le monde politique.

Le temps a été également déterminant quant à l'issue des processus d'insertion, particulièrement dans les phénomènes de conversion, laissant la possibilité aux projets individuels de mûrir. Prendre en compte la personne, c'est aussi avancer à son rythme au gré de ses hésitations, de ses craintes, de ses stratégies singulières de défense. Laisser du temps au temps, c'est jouer pleinement ce rôle d'espace intermédiaire, d'espace de transition.

Ce constat nous amène à défendre l'idée de parcours d'insertion intégrés. Il ne s'agit pas tant de faire passer la personne en insertion par différentes étapes prédéfinies, une conception qui ne correspond guère à la réalité de ces personnes qui perçoivent plutôt le processus vécu comme un ensemble qui leur a offert la possibilité d'évoluer tout au long des actions suivies. Et si parfois certaines trajectoires ont « tourné en rond », cela participait pleinement au processus de mûrissement. Car tourner en rond, c'est parfois aussi avancer.

C'est à tous les niveaux qu'il y a lieu de « socialiser », de reconstruire l'image de soi, de remettre à niveau en renforçant le sentiment d'efficacité, d'acquérir des savoirs utiles à l'emploi. Il s'agit plutôt d'intégrer la personne dans une action qui combine à la fois des objectifs de socialisation, de remise à niveau, de formation qualifiante et d'emploi et qui, agissant sur la durée, peut avoir des effets semblables à la rencontre avec un travailleur social marquant et produire également des phénomènes de conversion. Le temps permet lui aussi des changements quant aux stratégies de réponses à l'invalidation jusque là mises en œuvre par la personne sans emploi. Néanmoins, le fait que d'autres personnes

interrogées aient carrément « brûlé » des étapes nous amène à interpellier le rôle des intervenants sociaux dans la construction du parcours d'insertion. N'est-ce pas le travailleur social qui crée et définit ce parcours ? Il oriente la personne après avoir évalué ses chances de succès et ses risques d'échec, suggérant parfois de différer l'entrée en formation qualifiante et de la précéder par une autre action. Alors que les personnes qui s'orientent seules ne procèdent pas ainsi, visant prioritairement l'objectif emploi. Cette façon de faire des professionnels de l'insertion ne participent-elles pas à un allongement du parcours ? Ce faisant, ne risquent-on pas de voir le demandeur d'emploi renouer avec des stratégies de défense plus anciennes et renoncer au processus d'insertion lui-même ?

Quant à la capacité de modifier la donne sociale...

Si des actions ont été accomplies avec un certain succès, si du point de vue individuel des personnes ont bénéficié réellement de ces actions, nous restons néanmoins avec des questions. Nous voyons en effet se reproduire dans le champ de l'insertion un phénomène de déterminisme social déjà à l'œuvre dans le champ scolaire. Ce sont les publics disposant d'atouts sociaux considérables qui ont pu se saisir au mieux des dispositifs existants. Nous avons joué pour eux le rôle d'institution de la deuxième chance. Par contre, nous avons été bien impuissants à mettre réellement en œuvre une action qui donne une chance à ceux qui en ont peu. Les actions positivement discriminantes, parce qu'elles classent, isolent, identifient par la négative, n'ont pas toujours permis cette requalification identitaire sur laquelle la personne peut bâtir un projet de vie.

Un vieux militant syndical à qui nous parlions de cette recherche s'étonnait : « *De mon temps, nous disait-il, on parlait de lutte des classes, d'exploitation et d'injustice sociale. Toi, tu me parles de souffrance, de sentiment de honte, d'humiliation et de retrouver sa dignité* ». Et c'est bien le propre des pratiques d'insertion en général et de celles de la mission locale en particulier d'être intervenu en prenant en compte cette souffrance. Mais s'il importe que



cela soit fait, il ne s'agit pas pour autant d'oublier ce qui produit cette souffrance et qui est bien de l'ordre des rapports de production. « *Le capitalisme opportuniste tend à diluer dans un sentiment de mal-être davantage diffus, s'accompagnant d'angoisse et d'une impression d'impuissance* ». (...) *L'exclusion a remplacé l'exploitation comme figure dominante de l'injustice ; l'incapacité pour un certain nombre d'apporter leur contribution a remplacé l'inéquité de la rétribution des contributions* » (Matagne, 2001).

La mission locale a permis à beaucoup d'évoluer, de retrouver du travail ou, c'est moins bien mais non négligeable malgré tout, un statut social de chômeur plus « enviable » que celui de minimexé. La mission locale a permis de renouer des trajectoires contrariées ou de découvrir de nouveaux possibles. Elle n'a pas mis fin cependant à ce sentiment de précarité qui persiste dans les témoignages des personnes interrogées. Pour reprendre l'expression de Bourdieu, (1993), la mission locale a permis à certains de sortir d'une « misère de condition », elle n'a pas permis de se défaire de cette incertitude quant à l'avenir, de cette insécurité sociale latente provoquée par l'évolution des conditions socio-économiques mondiales ; elle n'a pu sortir les personnes accueillies d'une certaine « misère de position ». ●

Réflexions sur l'évaluation en santé communautaire

Jean-Paul Parent, médecin, membre du conseil d'administration à l'Institut Théophraste Renaudot, Paris.

Je suis là pour vous présenter le résultat de mes expériences en tant que bénévole et administrateur à l'Institut Théophraste Renaudot. Cet Institut est une association basée à Paris qui intervient sur le territoire national et également au-delà. Nous travaillons beaucoup avec la Belgique sur le concept de promotion de la santé, notamment au niveau des pratiques de santé communautaire. L'Institut développe des actions de formation et d'accompagnement, aussi bien sur des aspects liés à l'évaluation que sur la conception, la mise en place de projets d'interventions auprès des différentes populations et territoires.

Je ne vais pas vous présenter un catalogue de recettes, d'outils et de techniques d'évaluation, mais je vais m'appuyer sur la pratique. En effet, nous avons mis en place des rencontres depuis 2000. Nous faisons le choix politique de réserver et d'offrir à des bénévoles, des habitants, des places gratuites pour aider à les mobiliser et pour qu'ils donnent leurs témoignages.

Les premières rencontres, à Grandes Synthes, avaient comme thème le re-questionnement du concept de santé communautaire, sur base d'actions très concrètes venant d'acteurs très différents. Ce travail a abouti à un ouvrage¹, *Pratiquer la santé communautaire, de l'intention à l'action*, qui contient des éléments conceptuels et de nombreuses fiches de signalement sur des actions concrètes mises en place et analysées, complétées par la liste des contacts avec différents partenaires.

Suite à cette première rencontre et au souci d'inventorier des actions, de théoriser la pratique, nous avons poursuivi, avec toujours la volonté de produire. La deuxième rencontre a eu lieu à Evry en 2002, et portait sur l'évaluation : *Evoluer, évaluer : évaluation dans les démarches de santé communautaire, évaluation des pratiques communautaire en santé*. Il y a aussi eu des ateliers à partir d'expériences relatées

par différents acteurs. Les actes reprennent les travaux, avec un ensemble de fiches signalétiques et des informations sur l'utilisation de certains outils en

matière d'évaluation. Cet ouvrage décrit comment, à partir de quelques éléments, les populations, les acteurs touchés par l'action en santé communautaire se sont appropriés l'action et se sont enrichis. L'évaluation de ce type d'actions n'a de sens et de force que si elle est appropriée par, ou même co-construite avec les populations avec lesquelles on travaille.

Les troisièmes rencontres auront lieu à Mulhouse en juin 2004. On y questionnera *la place et les relations des acteurs en santé communautaire, un nouveau partage des pouvoirs*.

L'évaluation

Dans un premier temps, je voudrais vous lire une définition de l'évaluation qui date de 1980 : « un moyen systématique de tirer les leçons de l'expérience et de s'en servir pour améliorer les activités en cours et promouvoir une planification plus efficace par un choix judicieux entre les actions ultérieures possibles. Cela implique une analyse critique de différents aspects de l'élaboration et de l'exécution d'un programme et des activités qui le composent, de sa pertinence, de sa formulation, de son efficacité, de son coût et de son acceptation par toutes les parties intéressées ».

Cette définition est issue du document de l'Organisation mondiale de la santé *Evaluation des problèmes de santé, principes directeurs*, (Genève, 1980). Ce qu'on peut retirer de cette définition, c'est que l'évaluation en matière de programmes de santé se situe à deux niveaux : celui des processus et celui des résultats.

Sur le site de l'Institut Renaudot², vous trouverez des informations précises en matière d'action, de fiches d'action, d'informations, d'évaluation, et des mises en lien avec d'autres sites de santé communautaire.

Suite à ces rencontres, nous avons retiré des éléments synthétiques et des paroles d'acteurs, recueillis dans les ateliers pendant les deux jours.

(1) voir Santé conjugulée n°20 d'avril 2002 : Pratique de santé communautaire, Institut Renaudot, collection Chroniques sociales, Lyon, 2001

(2) <<http://renaudot.free.fr>>

Mots clés :
recherche-action -
santé communautaire



Les enjeux de l'évaluation

Au niveau des enjeux de l'évaluation, trois enjeux essentiels apparaissent dans les pratiques mises en place :

- l'évaluation constitue une démarche qui permet une projection et une évolution des projets des acteurs et de leurs pratiques, bref une évolution de la situation ;
- l'évaluation est un élément intrinsèque de la méthodologie de projet, une dimension de la démarche communautaire qui correspond à une rigueur méthodologique des acteurs ;
- l'évaluation est un outil de production de connaissance qui va permettre un contrôle de l'utilisation des fonds publics (thématique forte en France), une légitimation de l'action, une réponse à la nécessité de mettre en évidence les effets de l'action.

Que permet la démarche d'évaluation ? Elle permet une identification plus précise et ciblée des besoins : « évaluer permet d'évoluer avec les besoins existants », une re-formulation des objectifs : « l'évaluation donne parfois le moral et est surtout productrice de sens », une réorientation des actions : « analyser comment se passe et ce qui se passe au cours d'une action permet d'infléchir l'action présente et les actions futures », une évolution du projet associatif et des pratiques des acteurs vers une qualité des services : « l'évaluation permet d'évoluer, de se projeter, bref de s'améliorer ».

En ce qui concerne le deuxième enjeu de l'évaluation, l'élément lié directement à la méthodologie de projet, on s'est rendu compte dans les ateliers, que l'évaluation fait partie de la démarche communautaire et donne une rigueur méthodologique : « l'évaluation n'est pas une étape à part entière qu'on trouve à la fin de la méthodologie, elle fait partie intégrante du programme, elle se retrouve tout au long du programme », « l'évaluation est avant tout une exigence éthique et pratique de notre travail qui suppose de s'exposer aux regards critiques de l'autre ».

Le troisième enjeu repéré est l'évaluation comprise comme un outil de production de connaissance. Cette production doit servir aux différents partenaires : financeurs, politiques, acteurs de terrain, habitants, elle doit être partagée : « cela produit de la connaissance pour les politiques dans le sens où l'évaluation met en évidence de nouveaux enjeux », « c'est une réflexion prospective permettant de valoriser le travail d'équipe », « cela permet de mesurer le degré d'implication et de participation », « l'évaluation vise aussi la légitimation de l'action des acteurs », « un point noir de la santé communautaire est l'absence de visibilité, d'où l'intérêt de capitaliser un peu partout l'expérience de tous », « qui est propriétaire des résultats d'une évaluation ? Le financeur ? Le ou les promoteurs de l'action ? Les habitants qui ont participés à cette évaluation ? », « L'évaluation doit être accessible et mise à disposition de tous les acteurs, habitants ou intervenants, décideurs ».

Les outils de l'évaluation

Au niveau pratique, on a réfléchi à partir des actions mises en place, à partir des pratiques, des méthodes et des outils d'évaluation. Quatre types de pratiques, de méthodes, d'outils, se dégagent :

- liés à la parole : des temps déjà existants, des réunions d'équipes, la mise en place de temps spécifiques, la conduite d'entretiens d'évaluation ;
- liés à l'écrit : des questionnaires, des grilles d'évaluation à partir d'indicateurs ;
- l'observation participante ;
- outils intégrés dans une démarche de diagnostic, démarche complète, plus lourde, caractérisant des projets qui reposent sur un outillage théorique, conceptuel plus important.

Au niveau des outils liés à la parole, on peut créer un certain nombre de choses mais je voudrais souligner l'importance des méthodes d'animation qui permettent de poser les



conditions d'une libération de la parole des différents acteurs. On peut effectivement, au niveau des réunions, trouver, mettre en place différentes méthodes.

Dans la méthode **carrefour**, on va scinder le groupe en deux sous-groupes qui explorent le sujet ; dans la méthode forum, on organise un débat au départ d'un support audiovisuel. On peut aussi organiser la discussion par paliers : chaque membre intervient à tour de rôle, les autres gardent le silence et ne coupent jamais, on peut faire deux tours suivis d'échanges, l'animateur effectue la synthèse finale.

Dans la méthode du **panel**, quelques membres échangent devant le groupe sur le thème proposé ; à tout moment les auditeurs peuvent faire passer des papiers adressés à l'un ou l'autre des intervenants pour lui poser une question, demander une précision, contester une idée. Ces méthodes, qui peuvent avoir des variantes, vont permettre aux hommes et aux femmes avec lesquels nous travaillons de libérer, sortir un certain nombre d'éléments relatifs aux actions.

On a ensuite repéré des outils liés à la parole au niveau de la conduite d'entretien, certains utilisent l'entretien comme un outil de recueil d'information pour l'évaluation. L'entretien est

plus ou moins formel : il peut être mené comme une discussion, ou conduit de façon très structurée avec un guide construit collectivement.

Les effets

Quels sont les effets de l'évaluation en pratique ?

Deux types de groupes, de familles d'effets ont été repérés dans ce qu'ont formulé les intervenants : des effets sur l'action et des effets sur les acteurs. Certains disaient que « l'évaluation permet une remise à plat des besoins, une remise en cause du projet, et une réorientation du projet » ; « l'évaluation va ré-interroger le sens du projet et les objectifs de l'action » ; « l'évaluation se retrouve tout au long du programme et devient ainsi une sorte de réflexion prospective qui guide notre travail, nous permet de le réorienter, de progresser, d'organiser des modifications », « Au-delà d'une contribution à l'évolution du projet, l'évaluation va permettre une visibilité et une lisibilité de l'action pour tous, un témoignage de ce qui est réalisé » ; « L'évaluation de l'action entraîne une augmentation de la participation ».

En ce qui concerne l'effet de l'évaluation sur les acteurs, deux points apparaissent plus précisément : l'évaluation faite en continu par les animatrices produit selon elles, un effet inattendu : elles ont gagné en complicité avec les femmes. L'autre aspect, c'est que cela motive les acteurs pour réaliser d'autres projets.

Je me suis appuyé pour cette présentation sur les rencontres d'Evry dont les actes sont disponibles. Mon exposé est peut-être un peu caricatural et frustrant... il repose sur des éléments pratiques, apportés par les acteurs ; nous avons le souci de théoriser à partir des pratiques, mais surtout de communiquer et de mettre en lien les différents acteurs. ●



De la recherche à l'action sociale

● *Vous avez dit que la recherche-action ne débouche pas encore sur des actions : où en êtes vous par rapport à cela ?*

(question de **Natacha Carrion**, médecin généraliste au centre de santé Bautista van Schowen à Sophie Goldman).

○ **Sophie Goldmann, licenciée en sciences politiques** : Il s'agissait pour nous d'évaluer nos pratiques après dix ans de travail sur le terrain, de prendre de la hauteur pour interroger le sens de ce travail. La recherche a eu une influence directe sur la pratique des personnes qui l'ont menée, mais cet apport ne s'est pas aisément partagé dans la mesure où il bousculait certaines habitudes de faire : les uns se sont appropriés nos conclusions, d'autres beaucoup moins. Un élément essentiel, c'est que nous sommes fortement dans le « faire » et vient un moment où on s'épuise, où revient la question du sens. A ce moment, il est fondamental de se réinterroger, de se demander : que fait-on ? C'était fondamentalement une recherche de sens et à ce niveau, nous avons atteint nos objectifs.

○ **Jacques Morel, médecin généraliste, secrétaire général à la Fédération des maisons médicales** : Il faut préciser le panorama général de l'activité de la mission locale. L'insertion professionnelle n'y est qu'un axe de travail parmi d'autres, un peu comme le curatif est un axe de travail parmi d'autres dans les maisons médicales. D'autre part, la recherche de sens dont il est question conduit rapidement à une barrière qui borne le domaine de la recherche : le dispositif d'insertion sociale mis en place a ses limites, il ne permet pas de ré-interroger les fondements de la société ou certains fonctionnements sociaux. Là, la boucle est bouclée : cette limite interroge aussi le sens du travail de chacun des travailleurs qui eux-mêmes se trouvent confrontés à une impuissance qui n'est plus personnelle mais collective.

○ **Sophie Goldmann** : La mission locale de Forest est une des missions locales actives sur Bruxelles. Jusqu'il y a peu, son activité comportait deux volets : d'une part l'insertion socio-

professionnelle, qui consiste à mener des actions d'aide à la recherche d'emploi, des formations de remise à niveau, de mise à l'emploi sur des projets de développement local, et d'autre part, un travail de développement communautaire visant à conférer à la population de Forest un rôle citoyen, à l'aider à mener une série de projets et à interpeller le politique.

Depuis peu, ce second aspect n'existe plus en tant que tel à la mission locale, cela fait partie d'une certaine évolution où l'insertion socio-professionnelle et le développement communautaire tendent à se scinder.

Nous travaillons donc dans un cadre où notre capacité d'action est relativement limitée et dépend de l'environnement socio-économique. Nous n'avons aucun impact sur la conjoncture globale, hormis quelques emplois de proximité que nous pouvons installer dans le cadre du développement local ; cela interpelle régulièrement le sens de notre action. On a parfois l'impression - on l'entend souvent - que nous ne servons pas à grand chose si ce n'est à entretenir des illusions ou à occuper les personnes sans emploi. Face à cela, il était impératif de se dire : qu'est ce qu'on fait, quelle action avons-nous vis-à-vis du public ? Pour répondre à cette question, nous avons besoin d'entendre ce qu'en dit le public.

○ **Frédérique Mawet, licenciée en psychologie, directrice de la Coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers** : J'ai cheminé avec la maison médicale de Forest depuis vingt ans et créé à partir de leur préoccupation communautaire toute une série de dispositifs sociaux, de développements communautaires, de formations qui ont pris leur indépendance. J'ai notamment dirigé pendant dix ans la mission locale de Forest. Par rapport à la question sur les objectifs et les effets de la recherche, je voulais ajouter que, outre la réponse au besoin de sens pour les travailleurs, la recherche a servi à étayer nos revendications et recommandations aux politiques, à démontrer tous les effets de la validation symbolique et sociale pour les gens par rapport à ce qu'ils vivent, minimex, chômage, etc. Ce n'est pas parce que les gens sont « invalidés au départ » qu'ils se retrouvent sur la touche mais c'est bien la situation sociale qui les invalide. C'est avec cette certitude de départ que la maison médicale à Forest et nous avons mis en place les actions.

Synthèse des interventions :
Axel Hoffman,
médecin
généraliste,
coordinateur de
rédaction.
Retranscription :
Corinne Nicaise,
secrétaire de
rédaction.

C'est là que la boucle se boucle, c'est l'héritage de vingt ans de travail avec des milliers de jeunes, l'héritage de ce qu'ils ont pu nous confier : non ce n'est pas parce qu'ils sont handicapés, pas formés, assistés qu'ils ne trouvent pas de travail, c'est bien la situation sociale, politique, économique qui les met dans cette situation d'invalidation.

● **Michel Roland, médecin généraliste à la maison médicale Santé plurielle :** Une réflexion. Dans les exposés de Sophie Goldmann et de Jean-Paul Parent, et de façon très complémentaire, on voit bien que le problème dans la recherche-action, c'est toujours l'action. L'évaluation aussi peut être quelque chose de terriblement statique.

Prenons l'exemple de l'enseignement, où l'évaluation traditionnelle est statique : on fait un examen à la fin de l'année, le premier a 95 % et le dernier 40 %. Le dernier rate et recommence son année. C'est quelque chose d'infiniment statique, et pourtant l'évaluation peut vraiment être dynamique si on se rend compte que l'examen n'évalue pas que l'élève mais évalue aussi l'enseignant et permet de voir que, si la connaissance n'augmente pas en fonction des objectifs pédagogiques, ce sont peut-être les méthodes pédagogiques qu'il faut remettre en question. C'est ce qui est tellement difficile dans nos pratiques. On se fixe des indicateurs, des critères, des objectifs. Si cela y répond, il faut continuer à agir et si cela n'y répond pas, il faut trouver d'autres moyens pour essayer d'y répondre mieux. Constaté quelque chose de façon statique, à court terme cela n'apporte rien du tout, il faut se rendre compte qu'on est dans une série de processus cycliques, des petites étapes d'évaluations statiques qui donnent une grande évaluation dynamique : la recherche-action, les programmes de santé communautaire, ou d'autres dynamiques en boucle (programme éducation santé, promotion santé).

Vos exposés montraient très bien cette difficulté de ne pas rester statiques devant des résultats, des constats. J'avais envie de dire à la mission locale de Forest de continuer vu que le constat semble vrai, mais il faut probablement refixer des objectifs car occuper des jeunes ça pourrait être en soi en objectif. Ce genre de recherche débouche vraiment sur une action, c'est vraiment une recherche-action.

○ **Frédérique Mawet :** En réponse à Michel Roland, nous n'avons pas dit que notre activité était occupationnelle et devait le rester. Indépendamment de la pertinence de la formation donnée ou du type d'éducation permanente, ou de la conclusion en terme d'emploi, on a pris le temps pour bâtir la relation et pour positionner les personnes comme sujets dans les contenus du processus pédagogique, des sujets pleinement pris en compte et redevenus sujets de leur histoire. On peut vraiment parler de requalification identitaire, ce qui nous paraît le plus important et le plus précieux, même si cela ne s'est pas passé pour tout le monde. Ceci pour le niveau personnel, individuel.

Autre élément, toute une série de formations ont pu être développées dans le secteur hospitalier, nous avons analysé des niches d'emploi de type assistant logistique, accueillant en milieu hospitalier, etc. où des promotions entières de jeunes initialement non qualifiés sont entrés à majorité écrasante (95 %). Ils reentraient dans le circuit, trouvaient de l'emploi et s'y tenaient. Ce qui démontre que quand il y a de l'emploi, quand il y a un besoin au niveau du marché de l'emploi, les gens sont tout à fait capables d'acquérir les éléments de qualification requis et de s'y positionner. Ce message est important. Et en conclusion pour les pouvoirs politiques, nous faisons des propositions sur l'usage de l'argent public : au lieu de renforcer le contrôle des chômeurs, d'entretenir chômeurs et minimisés dans des processus végétatifs, créez des emplois d'utilité collective comme on a pu en créer (Gammes : quarante emplois de garde malade, Proxi où on a créé un nombre d'emplois significatif, etc.), cela aura un effet social positif pour les gens et pour la société. Je ne pense pas que ces conclusions soient légères ou négatives, elles sont fortes mais il faut arriver à les imposer.

○ **Sophie Goldmann :** J'aime l'idée que l'évaluation peut devenir dynamique à condition que les acteurs se remettent en question. Cette recherche a été réalisée il y a plus ou moins un an et on souhaiterait que l'ensemble des acteurs s'en saisissent. Maintenant, il se fait que l'environnement sur lequel nous avons travaillé a évolué, il y a eu des départs (dont le mien) et une certaine inertie des acteurs. On peut évaluer, mettre certaines choses sur papier, mais on sait aussi qu'il est très difficile que les



acteurs remettent leur pratique en question. Il faut être modeste, les recherches-actions ont une portée mais parfois cette portée n'est pas aussi large qu'on le voudrait.

Le professionnalisme, au risque de se perdre ?

● **Michel Lejeune, médecin généraliste au centre de santé de Berleur** : Les membres de l'Institut Renaudot sont tous des bénévoles ?

○ **Jean-Paul Parent, médecin, membre du conseil d'administration à l'Institut Théophraste Renaudot** : Oui, sauf quelques professionnels, car l'Institut se professionnalise suite aux demandes extérieures. Mais au départ la plupart des membres du conseil d'administration sont issus de la médecine sociale et de l'approche communautaire et étaient bénévoles pendant de nombreuses années. L'accroissement des demandes sur la notion de confrontation des pratiques nous a fait entrer dans une importante démarche de développement.

● **Michel Lejeune, médecin généraliste au centre de santé de Berleur** : Il y a un jeu pervers autour de la compétence et du professionnalisme. Dans la recherche-action, on parle de gens pas très compétents qui vont chercher les compétences ailleurs, mais avec la professionnalisation, certaines structures deviennent « auto-justifiantes » et on assiste à une dérive où des gens n'ont plus comme travail à temps plein que de rechercher les subsides, par exemple pour les gros projets de santé communautaire où ces subsides sont importants. J'ai assisté à une journée du centre local de promotion de la santé qui ressemblait à une grand messe, on y parlait des besoins des usagers pour arriver aux besoins de la structure et auto-justifier des organisations de plus en plus lourdes.

Il y a aussi une question de choix de politique : les gens dans la recherche-action ont « un pied dedans et un pied dehors » et le risque est de les avoir d'un seul côté...

○ **Jean-Paul Parent** : L'Institut agit dans une démarche de valorisation de la promotion de la santé, il réalise un travail d'accompagnement,

de mise en place avec les habitants de telle ou telle collectivité territoriale ou locale en restant attentif à demeurer dans une approche communautaire de la santé.

Notre intervention prend en compte les demandes mais aussi les besoins de terrain et veille à ne pas tomber dans le travers que vous évoquez. Tout en sachant aussi que lorsqu'on met en place des actions de santé communautaire, il s'agit effectivement d'une interaction entre acteurs de compétences différentes, avec des valeurs différentes. Le travail de santé communautaire est donc bien un croisement des différentes pratiques et valeurs. On va se mettre d'accord sur ces notions et travailler par convention, c'est une co-construction, un échange, une confrontation de points de vue mais aussi de valeurs.

○ **Dorothee Martin, membre du conseil d'administration à l'Institut Théophraste Renaudot** : Je voulais préciser un élément par rapport à la spécificité ou au complément que peut apporter la démarche communautaire dans les recherches-actions. Dans les pratiques que l'on peut mener sur le terrain en France, on se pose la question : à qui et à quoi va servir cette recherche-action ? A partir du moment où on s'interroge sur le « à qui », on travaille pour les citoyens, pour les habitants, pour le public, on est des services publics, services avec et pour le public. C'est un peu ce que l'on cherche en santé communautaire, remettre l'acteur au coeur du système et pas en tant que cible, au coeur de l'interrogation et de la recherche-action, dans l'objectif d'améliorer la pratique pour l'habitant. Le « à quoi ça sert » est dans la même logique : il faut se rappeler qu'on travaille avec les citoyens, les habitants, que c'est pour eux que nos services ont été développés. D'où la nécessité dans les recherches-action à l'échelle de villes ou de structures comme les centres de santé de toujours impliquer au maximum ou de créer les conditions d'implication. Dans les recherches-action, nos démarches se ciblent sur deux choses : soit les conditions d'implication sont là et notre objectif est d'impliquer les habitants sur la réflexion et l'objectif de la recherche-action, soit les conditions d'implication ne sont pas là car le contexte fait que c'est prématuré, et la démarche est de faire en sorte que les professionnels ou les élus puissent peu à peu créer ces conditions pour que l'habitant

devienne impliqué, pour qu'on puisse s'interroger avec l'habitant sur ce qui le préoccupe au maximum.

○ **Jean-Paul Parent** : Il est important de prendre les gens là où ils sont, de bien observer la situation sur laquelle on intervient car des systèmes sont mis en place par les populations. Il faut reconnaître l'existence des différents acteurs avec leurs zones de compétences, d'incertitude, avec le respect de leur place. Parfois on est en présence de situations de survie avec des stratégies de contournement, il faut les prendre en compte et voir comment introduire des éléments méthodologiques et d'accompagnement pour permettre aux populations de prendre leur santé en main de manière plus forte. La notion de rythme est importante car une structure a son rythme de fonctionnement, une ville ou un territoire en ont un autre, des populations différentes ont leurs rythmes propres.

Par rapport à la notion d'évaluation dynamique, une évaluation est déjà dynamique si elle est réfléchie à priori, si un certain nombre d'étapes sont déjà posées dans la conduite et la mise en place d'un projet. A un autre niveau, si, sur des petites actions, l'outil d'évaluation fait participer les personnes, c'est déjà un élément de prise en charge. Il y a des évaluations sur le suivi, sur le déroulement, sur les processus, sur les résultats...

● **Natacha Carrion** : Y a-t-il des recherches sur la participation effective des citoyens, quelle qu'elle soit ? J'ai l'impression qu'aujourd'hui il y a un manque de participation. Il y a longtemps, dans un autre pays, j'ai participé à un projet « développement et organisation de la communauté », on ne parlait pas de recherche-action à l'époque mais des évaluations étaient réalisées tout le temps et un des facteurs importants de l'évaluation était « combien de gens de la communauté participent effectivement et activement au projet mis en place ». Cela me manque un peu ici.

○ **Jean-Paul Parent** : Il y a en France des études réalisées par rapport à la participation (certains résultats de recherche sont sur le site* « la politique de la ville »). Il existe une littérature très abondante sur la participation. On sait que la participation ne se décrète pas,

elle ne se construit qu'à partir de la situation locale avec les différents acteurs, c'est relié à l'ingéniosité des uns et des autres avec l'idée centrale de privilégier la participation des personnes, les atouts des personnes, leur implication et surtout de prendre en compte le lieu où ils parlent.

Recherche-action, santé communautaire, éducation permanente et politique de santé : même combat !

● **Frédérique Mawet** : En toute amitié, je suis frappée par l'absence de projet politique des maisons médicales. La recherche-action est un moyen et pas une fin. Ne doit-on pas redire ici quel est le projet politique ? Il ne faut pas le perdre à côté de la notion de qualité de soins. Vous concevez la participation du public en termes de « qu'est-ce que le public pense de notre pratique et comment l'améliorer pour le servir mieux » mais pas en termes de « est-ce qu'ensemble, on est un mouvement qui prône un projet politique en matière de soins et en matières socio-économique et politique », seule question qui fait que les gens en face de nous ne sont pas des usagers mais font mouvement avec nous.

○ **Jacques Morel** : Il y a un lien entre les apports théoriques des exposés de ce matin et les valeurs et la pratique des maisons médicales. En premier lieu, au niveau de la Fédération des maisons médicales, la recherche-action est un principe de fonctionnement depuis la fondation en 1981.

Dès 1980, avec le Groupe d'étude pour une réforme de la médecine (GERM), nous avons développé un processus de recherche-action sur les différentes fonctions et tâches à réaliser dans un centre de santé intégré, ensuite sur la logique du dossier médical, puis sur la logique de l'éducation à la santé. Depuis le début, nous avons travaillé un certain nombre de concepts et de dossiers avec les équipes en partant de leurs problématiques pour en faire des acteurs de cette recherche.

La deuxième constatation est d'ordre général. On parle de plus en plus de participation, de

* <<http://www.sfsp-publichealth.org/>>



travail communautaire et d'approches de ce type depuis les débuts de la crise économique. Ce n'est pas par hasard que la charte d'Ottawa est publiée en 1986, au moment où s'impose un consensus pour dire que « la santé à un prix », qu'il s'agit de rentrer dans une logique de maîtrise des coûts parce que le contexte économique s'est considérablement modifié et que la population « victime du système » va grandissante et ce de manière structurelle. Les problèmes d'exclusion, d'inégalités sociales, l'insertion professionnelle sont révélateurs de cette crise. Jusqu'à la fin des années 80, grâce au travail d'une série d'associations, il y a eu un effet-tampon, une « rustino-thérapie » face à l'émergence de ce type de public et de problèmes. Fin des années 80, les politiques publiques ont pris une série d'initiatives pour valoriser l'aspect de participation, on a assisté au développement social de quartier, au développement social global, au développement local intégré, à l'action communautaire, etc. Parallèlement, les maisons médicales, dans leur volonté de rencontrer les aspects de la santé d'une façon globale, se sont trouvées de plus en plus en difficulté, en porte à faux, avec un sentiment d'impuissance (un peu dans la logique présentée par Sophie Goldman), et en tous cas confrontées à des réalités sociales contraignantes sur la santé des gens. C'est à partir de là qu'elles ont essayé de développer aussi les aspects de santé communautaire. Nous ne sommes donc pas isolés dans ce processus.

Troisième constat : il faut garder comme référence une définition de l'action communautaire qui s'inscrit dans le document de la charte d'Ottawa. L'action communautaire dans le champ de la promotion de la santé n'est pas « la » stratégie performante pour améliorer la santé, c'est une stratégie parmi d'autres, multiples et diverses, à la fois dans le champ de l'intervention vis-à-vis des comportements des individus par rapport à la santé mais aussi dans celui des interventions sur l'environnement socio-politique.

On parle de développer des politiques publiques saines, idée qui rejoint une intersectorialité nécessaire des politiques publiques et surtout une évaluation de leurs impacts en terme de santé sur le champs local ou communautaire : on peut imaginer de mobiliser des politiques

de type promotion de l'emploi ou des politiques sociales ou culturelles en essayant de voir l'impact de ces politiques sur la santé. Dans le champs social et dans celui de l'emploi par exemple, cet impact est évident : on connaît l'importance du statut et de la condition sociale, dont l'emploi fait largement partie, sur l'état de santé des gens. Il y a aussi la stratégie de travailler sur le développement de milieux favorables à la santé : on parle du milieu scolaire, du travail, du quartier, de l'urbanisation. Ce sont des stratégies complémentaires par rapport à l'action communautaire.

Les maisons médicales sont des services de soins de santé, je n'oserais pas dire aujourd'hui qu'elles se sont déjà transformées en structures de promotion de la santé. Si on évalue les activités des maisons médicales sur base de l'algorithme proposé par Monique Vandormael

	Objectif	Subjectif
Individuel	somatique	psychologique
Collectif	santé publique/ social	culturel/anthropologique/ social

qui définit les activités en soins de santé primaires avec quatre polarités, deux dans le champ de l'approche individuelle, deux dans le champ de l'approche collective (médecine sociale, épidémiologie, approche culturelle, anthropologique ou politique), ce sont largement les polarités dans le champ de l'approche individuelle, curatif et « psy » relationnel qui sont valorisées. Nous n'avons donc pas terminé notre nécessaire transformation vers des activités orientées davantage vers la promotion de la santé.

Quatrième point : la recherche-action, l'évaluation, la participation, ne sont pas en soi des objectifs politiques et peuvent être utilisées à différentes finalités. On peut instrumentaliser la recherche-action pour faire un marketing plus agressif, l'évaluation pour faire du contrôle, la participation pour renforcer le contrôle social, on peut faire du travail communautaire à visée occupationnelle ou proposer à des collectivités de prendre des responsabilités qu'elles n'ont pas.

Le problème de la finalité de ces outils et de

ces méthodes est important en termes d'objectif par rapport à nos projets d'une part et par rapport à des objectifs plus politiques d'autre part. Un élément qui peut affermir notre projet organisationnel et notre dimension de travail communautaire, en particulier sur la participation, est le travail d'éducation permanente. Ce travail, qui d'une part recadre les individus en tant qu'acteurs et surtout citoyens et d'autre part recadre notre travail dans une dimension sociale et politique, est susceptible de donner sens et finalité à ces outils.

Dernière chose, les remarques faites sur l'évaluation et la recherche-action positionnent notre activité en termes de lien et d'interface avec les politiques publiques. Née avec l'émergence des politiques publiques qui essaient de faire face aux dysfonctionnements de la société, producteurs de phénomènes comme l'exclusion et l'inégalité sociale, la Fédération des maisons médicales a une responsabilité à la fois vis-à-vis des gens que l'on rencontre professionnellement et en tant que collectif structuré, une responsabilité sociale qui est de faire remonter les résultats de notre travail vers les pouvoirs publics et de maintenir avec eux une interface qui permette d'agir sur ces politiques publiques. Nous n'avons pas à faire cela seuls parce qu'une réponse globale aux problématiques doit se construire de façon intégrée entre le secteur de la santé, du social, de l'éducation, et qu'il y a un terrain de fédérations représentatives du tissu associatif qui doit prendre et maintenir langue et pression vis-à-vis des pouvoirs publics pour influencer un certain nombre de politique dans des directions qui nous paraissent plus justes et correspondent aux besoins actuels de la population.

○ **Jean-Paul Parent** : A titre d'information, par rapport à la participation, nos troisièmes rencontres qui se dérouleront en juin à Mulhouse, porteront sur la place des acteurs en santé communautaire, sur la confrontation et la complémentarité des différentes logiques et comment partir de ces logiques différentes pour produire du changement.

● **Natacha Carrion** : Jacques Morel a parlé de lien entre ce que nous faisons sur le terrain et les politiques, mais les politiques ne sont pas bêtes, ils doivent se rendre compte de la situa-

tion. Est ce qu'il ne faut pas davantage pour que les choses changent ? Ne devons-nous pas être nous-mêmes plus actifs dans la vie politique : beaucoup de gens en maison médicale ne se voient que comme travailleurs en maison médicale et manquent d'intérêt pour l'activité politique. Or l'action au niveau du terrain est importante mais pas suffisante pour changer fondamentalement les choses.

Portrait de la Fédération en Dorian Gray (ou : appel aux jeunes)

● **Patrick Jadouille, médecin généraliste à la maison médicale La Glaise et président du conseil d'administration de la Fédération des maisons médicales** : On constate un effriement du projet politique depuis plusieurs années. Les jeunes entrent dans les équipes avec des motivations en partie différentes de celles des fondateurs, ce qui, au quotidien, génère des difficultés dans les équipes et à la Fédération. Nous avons donc mis en chantier la réécriture de la charte, écrite la dernière fois en 1996. La charte stipule les valeurs qui fondent notre action et doivent guider les projets des maisons médicales. En parallèle, il y a une réécriture partielle des statuts, l'objectif étant de rendre plus explicite et plus moderne dans son expression le projet de notre mouvement qui est bien un projet politique de transformation de la société. Au sein de la Fédération on s'interroge aussi beaucoup sur la manière dont on peut intéresser les jeunes générations à ces dimensions politiques du travail. Probablement sur deux axes : en développant un bagage théorique mais aussi en partant des expériences du terrain et en proposant des outils d'analyse.

○ **Marc Hombergen, kinésithérapeute, gestionnaire de la maison médicale d'Esseghem** : Le travail politique se fait aussi par la présence de beaucoup de personnes dans des endroits particuliers, dans les cabinets ministériels, mais également dans le travail syndical, à la Fédération des associations sociales et santé (FASS), dans les 10^e chambres et d'autres lieux encore où on est représentés. Ce sont des « vieux » qui y sont et il est temps qu'on nous



relève...

○ **Marianne Prévost, sociologue, chercheur à la Fédération des maisons médicales** : On parle des jeunes, des changements, de militantisme, et il n'y a que des vieux qui parlent de ça. Je me disais que si j'étais jeune, j'aurais été agacée d'entendre notre non-vaillance alors que vous avez gagné puisque le système a été reconnu. Pourquoi alors créer des lieux et des conditions pour que des personnes concernées parlent alors que le colloque se termine par des vieux qui mettent des jeunes en accusation dans des circonstances telles que les jeunes ne prennent pas la parole. On se demande si les jeunes ont la possibilité de prendre la parole. Les conditions de l'action politique aujourd'hui sont peut être beaucoup plus compliquées qu'avant : est-ce qu'on crée des espaces pour que les jeunes puissent dire quelque chose ?

○ **Patrick Jadouille** : C'est un constat et pas une accusation, c'est un appel !

Projet sharing

● **Eric Cazes, médecin généraliste à la maison médicale à Forest** : Pour nos projets en recherche-action ou en santé communautaire, le gros problème est le retour en équipe et l'appropriation du projet.

C'est paradoxal et absurde de ne pas connaître parfois ce que nous avons nous-mêmes créé il y a x années. En politique c'est pareil : on a créé depuis quelques mois un groupe politique à la maison médicale et concrètement nous en avons très peu de retour.

○ **Patrick Jadouille** : A la Fédération, le débat politique pourrait avoir lieu dans les colloques, mais surtout lors des assemblées générales. Il a lieu parfois, pas toujours, pas assez, alors que c'est le lieu même où la confirmation ou la réorientation de projets politiques devrait avoir lieu.

○ **Jacques Morel** : A la Fédération des organisations d'insertion socioprofessionnelle (FEBIS) avez-vous mis des choses en place ? Le problème se pose dans toute une série de lieu : arriver à partager le projet dans l'analyse,

avec les tenants et aboutissants de sa construction, avoir des retours des délégations ou de l'histoire collective des projets, puis donner des outils suffisants aux travailleurs pour qu'ils aient une capacité d'analyse, de lecture critique suffisante pour eux même et aussi pour recadrer le travail qu'il font avec leur public et pour situer leur projet dans un panorama qui lui donne du sens. Là, on est dans des interrogations non sur le fait de le faire mais de comment le faire.

○ **Frédérique Mawet** : On sous-estime la nécessité de rencontre collective, de revenir à « où en est-on ? Qu'est ce qu'on porte ensemble ? C'est quoi le projet politique ? ». Le faire au début et à la fin du rassemblement d'un secteur n'est pas un luxe. Cela devient alors une évidence qui permet d'affirmer et de construire le nous.

○ **Sophie Goldmann** : En tant qu'extérieure à votre secteur, je suis étonnée et heureuse de voir cet essaimage des maisons médicales et j'aurais envie de proposer que le modèle puisse acquérir une certaine transférabilité dans d'autres secteurs d'activités sociales. J'ai été surprise dans ma fonction de formatrice d'assistants sociaux, votre projet assez conséquent en termes d'institution et de force de travail est méconnu en dehors du secteur de la santé. Les assistants sociaux connaissent très peu votre façon de fonctionner.

Les maisons médicales, une énorme recherche-action

○ **Michel Roland** : La recherche-action est un moyen pour réaliser des objectifs que l'on croit justes, et pas une fin en soi, mais là où la Fédération inscrit la recherche-action dans ses fondements, c'est qu'on pourrait considérer que les maisons médicales sont par elles-mêmes une énorme recherche-action.

Vue du dehors, elle aboutit à une remise en question du système de santé qu'on estime trop marchand, inéquitable, qui cautionne des inégalités socio-économiques. Ceci nous amène à proposer un autre modèle de fonctionnement au travers de centres de santé intégrés proches de la population (intégrant la promotion de la

santé et la prévention).

Un des critères est la reproductibilité : nous avons commencé en 1972 avec une maison médicale (en fait deux, ndlr) et on est à soixante-neuf aujourd'hui, le critère est donc validé et dans toutes les instances qui discutent du système de santé, du ministère aux universités, à la Société scientifique de médecine générale, au Forum des associations de généralistes (FAG), on se rend compte que la médecine « solo » est terminée. Au fond, le problème est qu'il faut en faire le deuil et que les médecins qui ont la parole dans les médias sont âgés, ils ne parviennent pas à faire le deuil de trente ans de pratique. Cette pratique n'est plus ce que veulent les jeunes et ne répond plus aux besoins de la population.

Vue de l'intérieur, c'est aussi la preuve que des équipes peuvent fonctionner de façon non hiérarchisée, en auto-gestion, avec d'autres moyens de communication et de gestion interne et cela peut être quelque chose d'exemplatif qui pourrait s'étendre à l'échelle de la société. Il n'est pas indispensable d'avoir une structuration profondément hiérarchique avec d'énormes tensions barémiques, une structuration inscrite dans des normes sociales traditionnelles, on peut fonctionner autrement. On teste des moyens de fonctionnement qui ont à voir avec le politique, qui sont ancrés dans un système de valeurs. En soi c'est une énorme recherche-action et autant celle concernant le système de soins a abouti, autant la contamination de notre modèle plus démocratique et auto-gestionnaire peut s'étendre et progresser. ●

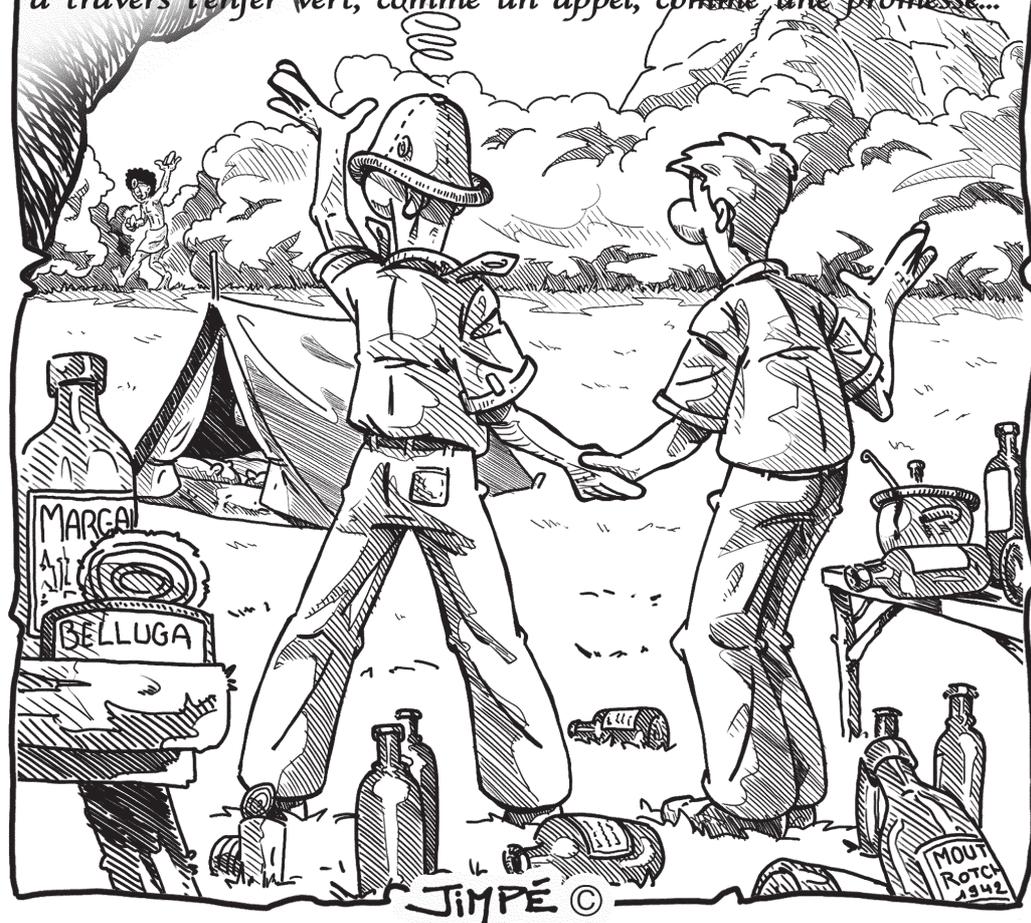


Les carnets du Professeur Krummenaugen

- Chapitre 7 -

Dimanche 13 heures

Après le banquet rituel, la clairière est abandonnée par les F'fédés. Il ne reste pas une trace de leur passage. Je perds un instant la distance de la rigueur scientifique à la vue du camp désolé. Le découragement m'envahit. Quel magnifique exemple de courage et de simplicité ces femmes et ces hommes magnifiques m'ont donné. Quelle leçon d'humanité. Mais pourrais-je la transmettre aux populations civilisées? Et si ce n'était qu'un mirage, une illusion née des mystères de la forêt et de la solitude? Alors j'entends au loin le long hululement des femmes de la tribu à travers l'enfer vert, comme un appel, comme une promesse...



Un coup d'œil sur la boussole

Telle qu'elle se matérialise dans le travail des maisons médicales décrit en ces pages, la recherche-action constitue le terreau fertile des soins de santé primaires. Grâce à elle, les progrès de la Science avec un grand S mettent pied à terre et se rapprochent de la réalité des gens. La recherche-action est un outil d'appropriation de sa santé par la population, un instrument au service d'une dynamique de santé qui se veut globale et accessible et en cela elle est indissociable de notre conception des soins de santé primaires.

Le cheminement inverse consiste à faire remonter les besoins de la population vers les zones dites nobles de la Science et de la Recherche, et aussi vers le Politique, pour les modifier et les orienter sur ces besoins tels qu'ils sont et non tels qu'ils « devraient être » (« devraient » en raison d'intérêts économiques, de credos politiques ou de choix scientifiques). Cette route là, bien que pas désertée, semble moins fréquentée : il faut dire qu'elle est beaucoup plus ardue.

Pourtant, sans cette circulation à deux sens, du « haut vers le bas » et du « bas vers le haut », tout outil susceptible d'influer sur le comportement des gens, fut-ce pour la bonne cause, risque d'être dévoyé au profit du plus fort. Il n'est pas question ici de sombrer dans la fantasmagorie de l'oppression ou du pouvoir, mais bien de situer la recherche-action à sa vraie place : celle d'une technique au service de qui l'emploie. Cette même technique peut être instrumentalisée dans une optique managériale axée, sur mode capitalistique, vers l'accumulation d'un profit-santé évalué selon des critères économiques et statistiques où les personnes de chair s'évanouissent.

C'est pourquoi il est essentiel de toujours s'en référer à des valeurs, de garder vive la primauté du sens de la recherche et de l'action. Les critères de qualité des soins de santé primaires (voir le numéro 21 de *Santé conjuguee* consacré à l'assurance de qualité) constituent en cela une boussole, un horizon à ne jamais perdre de vue. Mais au-delà, c'est le projet politique, le projet global de changement de la société qui doit sous-tendre les choix de la recherche-action. Il nous semblait bon d'insister sur cette dimension qui n'a été qu'effleurée dans le débat final et

dont nous aurons à reparler. Pour garder le cap et le bon. ●