

# GERM

GROUPE D'ETUDE POUR UNE REFORME DE LA MEDECINE

CHAUSSÉE DE WATERLOO 255 - BOITE 12 - 8ÈME ÉTAGE - 1060 BRUXELLES  
CCP 000-0194918-45 \* TEL 02/534.42.54 \* FAX 02/534.20.97

---

## **LE CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ ET LES MAISONS MÉDICALES**

**jalons pour les soins de santé  
primaires.**

de Monique VAN DORMAEL

CAHIER N° 152, DÉCEMBRE 1981, 90 FRANCS

*3ème édition*



## SOMMAIRE

Introduction .....	p. 3
CHAPITRE 1: Les enjeux des soins de santé primaires et du Centre de Santé Intégré .....	p. 5
1. S'approprier sa santé .....	p. 5
2. Une politique de santé rationnelle .....	p. 6
CHAPITRE 2: Critères de qualité des soins de santé primaires .....	p. 8
1. La globalité des soins .....	p. 9
2. La continuité des soins .....	p. 10
3. L'intégration des soins .....	p. 11
CHAPITRE 3: Les fonctions du Centre de Santé Intégré et leurs implications	p. 13
I. Fonctions curatives .....	p. 13
I.1. Premier contact .....	p. 13
I.2. Fonction de synthèse .....	p. 14
I.2.1. Préalables : recueil des données .....	p. 15
a) mise au point clinique et psychosociale	
b) éventuels examens techniques	
c) éventuelle référence pour mise au point complète par un centre spécialisé	
I.2.2. La fonction de synthèse proprement dite .....	p. 18
I.3. Fonction d'accompagnement .....	p. 20
II. Fonctions préventives et de promotion de la santé .....	p. 22
II.1. Surveillance des individus "à risques" ou "suspects"	p. 22
II.2. Les éventuels dépistages systématiques .....	p. 23
II.3. Les vaccinations .....	p. 23
II.4. La promotion de la santé à travers l'hygiène du milieu milieu et l'hygiène individuelle .....	p. 24
CHAPITRE 4: Les obstacles à la réalisation du Centre de Santé Intégré ....	p. 25
1. L'incohérence du système de soins de santé .....	p. 25
2. Le mode de paiement à l'acte .....	p. 26
3. La formation des travailleurs de santé .....	p. 29
4. Obstacles d'ordre socio-culturels .....	p. 30
Conclusion .....	p. 32

## RÉSUMÉ

Il y a une dizaine d'années, le GERM décrivait en détail le modèle théorique de structure de soins de base qui lui semblait le plus apte à répondre efficacement, humainement et économiquement aux besoins médicaux courants de la population: cette structure était baptisée "Centre de Santé Intégré" (CSI).

A peu près dans le même temps, naissaient, en Belgique, les premières "Maisons Médicales".

Le présent cahier actualise, précise et nuance notre conception du "modèle" et notre compréhension de ses implications, à la lumière d'une observation minutieuse et prolongée de plusieurs de ces maisons médicales, avec lesquelles l'auteur collabore depuis des années à un travail d'introspection, d'accompagnement méthodologique et de réflexion sur les objectifs, les moyens, les difficultés rencontrées et les obstacles au changement.

Le dossier reprend des notions déjà évoquées précédemment ("globalité", "continuité", "intégration" des soins; "pluridisciplinarité"; "participation" de la population; "fonction de synthèse", etc.), mais il leur donne une dimension tout à fait nouvelle et beaucoup plus convaincante, soit en répondant à certaines objections importantes, soit encore en les corrigeant ou en illustrant de manière concrète ce qui pouvait parfois apparaître comme des slogans, des utopies ou des vœux pieux

## INTRODUCTION

A la suite de plusieurs années de réflexion, le Germ formulait en 1971 le modèle théorique du "Centre de Santé Intégré" (1). Au regard des tendances internationales, ce modèle n'était sans doute pas extrêmement original : déjà il y a dix ans, on admettait qu'un pays voulant se doter d'une politique de santé cohérente devait en priorité axer ses efforts sur la base de son système de soins de santé, sur le niveau des soins primaires. L'Angleterre, la Hollande, les USA, le Canada, pour ne citer que quelques pays, connaissaient déjà des expériences qui tentaient de revaloriser et de réorganiser les soins de base pour mieux répondre aux besoins de santé de leurs populations.

Mais en Belgique, il n'existait rien de la sorte, et si l'on s'accordait sur la nécessité de "revaloriser la médecine générale", on parvint à en faire une opération essentiellement financière, négligeant de poser les vrais problèmes (2).

Le modèle du Centre de Santé Intégré (CSI) apparaissait dès lors comme un outil permettant d'ébaucher ce que pourrait devenir en Belgique cette "médecine générale revalorisée".

Le CSI tel que formulé par le Germ, est un modèle théorique, défini :

- a) par ses objectifs, à savoir la dispensation de soins de base globaux, continus et intégrés (3) et la participation de la population.
- b) par certaines caractéristiques générales des moyens à mettre en oeuvre pour atteindre ces objectifs : équipe pluridisciplinaire de petite taille et non-hiérarchisée, permanence, polyvalence, et décentralisation (4).

(1) Germ, Pour une Politique de la Santé, Ed. Vie Ouvrière/ La Revue Nouvelle, Bruxelles, 1971. Ce terme compliqué et apparemment rébarbatif pour certains était repris de l'anglais "Health Center"; on y a ajouté le mot "intégré" pour le distinguer des "Centres de Santé" traditionnels, en Belgique, qui sont des services exclusivement préventifs et n'intègrent précisément pas le curatif et le préventif.

(2) cfr. M. VAN DORMAEL: "Paielement à l'acte, au forfait, à l'abonnement : 20 ans de controverses belges", lettre d'information du Germ, n° 133, pp. 28 sq.

(3) On examinera en détails ce que recouvrent ces termes dans le chapitre 2.

(4) cfr. M. QUOIJBACH, "Le Centre de Santé Intégré", lettre d'information du Germ, n° 92, nov. 1975, et P. HERCENIER, "Les concepts du Centre de Santé Intégré", in Comptes Rendus des journées de discussion du Germ sur le Centre de Santé Intégré (1975), pp. 63 à 67.

"Au-delà de ces principes généraux, nous ne voulons pas préciser davantage le CSI. Le CSI n'est en effet pas une structure rigide, c'est en s'adaptant à chaque situation particulière qu'il doit prendre forme" (5).

Or depuis 1971, beaucoup de choses ont changé sur le terrain.

De leur propre initiative, et sans interférence d'organismes publics ou privés - y compris le Germ - des travailleurs de la santé se regroupèrent dès 1972 en "Maisons Médicales". Il s'agissait de médecins généralistes, d'infirmiers, de kinésithérapeutes, insatisfaits des conditions de travail que leur offrait la pratique libérale isolée, soucieux de leur rôle social, animés de perspectives auto-gestionnaires incluant la population, et désireux d'investir une autre pratique basée sur de nouveaux rapports entre travailleurs de santé et patients, et entre travailleurs de santé entre eux.

Dans ces débuts, on ne pouvait pas encore parler de "mouvement" des Maisons Médicales. Tant de questions jamais rencontrées en cours de formation - comme le travail en équipe, par exemple - surgissaient, que les efforts restèrent concentrés au niveau local, sans réelle concertation des différentes Maisons Médicales entre elles. Au bout de quelques années, un certain nombre d'équipes s'étaient forgées une identité propre et - contrairement à certains bruits - avaient toutes survécu aux premières difficultés.

La preuve était faite qu'il ne s'agissait pas d'une entreprise impossible, les contacts se multiplièrent entre Maisons Médicales, et on put se rendre compte de la convergence des préoccupations et des intérêts des différentes équipes, au-delà de leur diversité. En été 1979 se constituait la "Fédération des Maisons Médicales", qui regroupe actuellement une trentaine d'équipes (6).

(5) P. HERCENIER, op. cit., p. 67.

(6) pour information, le siège de la Fédération se trouve au 47 chaussée de Bruxelles, 1190 Bruxelles.  
Tél.: 02/376.31.78

Mais où est le rapport entre ces Maisons Médicales et le modèle de CSI ? De fait, il n'était pas évident au départ, et l'origine des Maisons Médicales ne résidait certainement pas dans la volonté délibérée de mettre en pratique le modèle de CSI tel que proposé par le Germ.

Une recherche menée au Germ depuis 1976 sur le CSI a permis de clarifier ce rapport. La question initiale était la suivante : les Maisons Médicales réalisent-elles les objectifs du CSI ? Si non, est-ce parce que leurs objectifs sont différents de ceux du CSI ? Ou est-ce parce que, tout en partageant ces objectifs, des obstacles les empêchent de les atteindre ? Et, si oui, quels sont ces obstacles ?

Très vite, on put s'apercevoir qu'au-delà de certaines formulations différentes et des accents différemment placés, il y avait convergence entre ce que cherchaient à réaliser les Maisons Médicales et les objectifs largement définis du CSI. Les différences étaient d'ailleurs justifiées : le CSI est un modèle théorique issu d'une réflexion sur les possibilités d'une politique de santé planifiée au niveau central; les Maisons Médicales sont des structures réelles et concrètes axées avant tout sur la pratique à l'échelon local. Mais ces différences d'angles de vue se sont avérées complémentaires bien plus que contradictoires.

Schématiquement, on peut distinguer le CSI comme modèle théorique, des Maisons Médicales comme structures concrètes, se répondant mutuellement. Mais il faut bien souligner qu'aucune Maison Médicale ne parvient actuellement à réaliser sur le terrain des soins réellement globaux, continus et intégrés, et que la participation de la population reste embryonnaire. En effet, les conditions dans lesquelles fonctionnent les Maisons Médicales entravent la réalisation de ces objectifs. Les obstacles sont de plusieurs ordres et plus ou moins complexes :

- le mode de paiement à l'acte inadéquat
- la formation des travailleurs de santé inadéquate
- l'incohérence de l'ensemble du système de santé
- des obstacles plus larges d'ordre socio-culturel.

Ces obstacles seront examinés dans le chapitre 4 de ce cahier.

Il faut aussi souligner qu'il n'existe pas de modèle de fonctionnement unique des Maisons Médicales : la notion de souplesse d'adaptation aux besoins de la population locale et aux caractéristiques locales, contenue dans le concept de CSI, a naturellement été appliquée par les Maisons Médicales. Il en résulte d'importantes variations dans la composition des équipes, dans les activités prioritaires, ainsi que dans les modalités de fonctionnement. Si les Maisons Médicales se ressemblent, ce n'est donc pas tant dans leurs apparences extérieures mais bien dans leurs objectifs.

Le but de ce cahier est d'approfondir le concept de CSI. Dix ans ont passé depuis sa première formulation. Depuis, on a pu confronter le concept et la réalité du terrain. La collaboration qui s'est instaurée entre le Germ et un certain nombre de Maisons Médicales a permis un enrichissement mutuel : la confrontation théorie-pratique a d'une part favorisé une plus grande maîtrise des enjeux et des difficultés sur le terrain, elle a d'autre part considérablement enrichi le concept de CSI en concrétisant les moyens qui pouvaient être mis en oeuvre pour atteindre les objectifs.

Il ne s'agira pas ici de décrire et d'analyser des expériences concrètes et identifiables de Maisons Médicales. Il s'agira plutôt de préciser à la lumière de cette expérience concrète ce que pourraient être des Maisons Médicales réalisant les objectifs de CSI, en identifiant les freins et les obstacles qui s'y opposent actuellement.

Il ne s'agira pas non plus de fournir des recettes qui figeraient dans un moule les expériences en cours et à venir. Sans doute faudra-t-il un jour définir avec un peu plus de précisions un modèle concret, mais actuellement c'est prématuré. Cela ne peut se faire qu'après avoir expérimenté et évalué des formules différentes.

Or les conditions d'expérimentation actuelles sont telles - en raison des obstacles cités plus haut - qu'il n'est pas possible d'en tirer des conclusions valables. Les Maisons Médicales ont certes démontré qu'elles étaient crédibles, mais ne sont pas dans des conditions qui permettent de développer toutes leurs potentialités. L'étape suivante est de permettre l'expérimentation dans de bonnes conditions.

Le premier chapitre de ce cahier tente de cerner les enjeux du CSI : enjeux pour l'ensemble de la politique de santé de notre pays, mais aussi enjeux pour l'appropriation de sa santé par la population.

Le second chapitre définit et analyse les principaux critères de qualité des soins dans un CSI : la globalité, la continuité, l'intégration.

Le troisième chapitre - le plus long - examine en détails les fonctions du CSI et en dégage des implications concrètes pour l'organisation et le fonctionnement d'un CSI.

Le dernier chapitre, enfin, analyse les obstacles actuels à la réalisation de ces fonctions.

Une partie de ce travail (en particulier le chapitre 3) a été réalisé en collaboration avec des équipes de la Fédération des Maisons Médicales. C'est néanmoins le Germ qui en porte la responsabilité.

*Germ (projet d'étude pour une réforme de la médecine)*

## Chapitre 1

### LES ENJEUX DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES ET DU CENTRE DE SANTE INTEGRE

Tout le monde, ou à peu près, est à l'heure actuelle "pour" les soins de santé primaires. Ce qui est moins certain, c'est que tout le monde parle de la même chose.

Il faut bien constater en effet que la terminologie en usage est variable et que la littérature internationale parle tout autant de "soins de base", de "soins de première ligne" ou "de premier échelon" que de "soins de santé primaires", sans qu'il soit toujours possible de discerner les différences de contenu entre ces termes. De fait il existe des nuances parfois importantes entre ces termes, mais comme il n'y a pas d'usage consacré, nous ne nous lancerons pas dans une entreprise d'interprétation fastidieuse.

Rappelons simplement que la Déclaration d'Alma-Ata (7) - à laquelle a adhéré la Belgique - a identifié plusieurs principes qui s'appliquent aux soins de santé primaires tant des pays développés que des pays en voie de développement: "a) les soins de santé primaires doivent répondre aux besoins des populations; b) les consommateurs doivent participer, individuellement et collectivement, à la planification et à la mise en oeuvre des soins de santé; c) il faut tirer tout le parti possible des ressources disponibles; d) les soins de santé primaires ne constituent pas une approche isolée, mais l'expression la plus locale d'un système sanitaire complet"(8)

L'enjeu des soins de santé primaires, et du CSI en particulier, est double : il s'agit de développer une politique de santé plus rationnelle, qui permette au système de soins de santé de répondre aux besoins de santé de la population en utilisant les ressources de manière optimale et donc d'améliorer le rapport coûts/bénéfices santé pour la population. Mais ces coûts ne se limitent pas aux coûts économiques des soins de santé; il faut aussi en envisager les coûts humains et sociaux, l'angoisse et l'aliénation que peut produire le système de soins lui-même.

(7) Déclaration de la Conférence Internationale sur les soins de santé primaires, organisée en septembre 1978 à Alma-Ata, par l'Organisation Mondiale de la Santé et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (publication de l'OMS, Genève, 1978).

(8) L. KAPRIO, "Les soins de santé primaires en Europe", OMS, Rapports et Etudes EURO, n° 14, Copenhague 1980.

### 1. S'appropriier sa santé

En recherchant une plus grande efficacité du système de soins, il faut en effet garder à l'esprit :

- que la santé n'est qu'un bien parmi d'autres, et que l'effort investi dans ce secteur ne l'est pas dans d'autres qui contribuent aussi au bien-être (loisirs, culture, enseignement, etc...) : il s'agit là de choix politiques, et non techniques;
- et que par ailleurs les soins de santé ne sont qu'un des éléments qui affectent le niveau de santé de la population, et que là aussi il y a matière à choix politiques.

Si le but final n'est pas la plus grande efficacité du système de soins en soi, mais bien sa contribution à un plus grand bien-être global, il faut veiller à ce que la rationalisation dont il sera question dans le chapitre suivant n'ait pas des "effets secondaires" néfastes sur ce bien-être.

En particulier, il ne faudrait pas que ce système de soins réorganisé sur des bases plus rationnelles, utilisant les ressources disponibles à un meilleur escient, et - on l'espère - diminuant effectivement la mortalité et la morbidité, nous fasse payer cette meilleure santé "objective" en nous retirant encore davantage la maîtrise de nos conditions d'existence.

Or on peut imaginer une "mésutilisation" du concept de CSI qui aille dans ce sens : entièrement pris en charge par une équipe de soins compréhensive et efficace, qui gère ses problèmes somatiques, psychologiques, sociaux, l'individu n'aurait plus qu'à abdiquer devant tant d'empressement bienveillant. On lui demanderait simplement de "participer", c'est-à-dire d'utiliser correctement les services du Centre, de suivre les traitements qui lui sont prescrits, de se conformer aux conseils d'hygiène qui lui sont dispensés, bref de collaborer activement aux mesures que l'équipe juge favorables à sa santé.

L'objectif de participation inhérent au concept de CSI est différent : il vise avant tout la participation aux décisions, et seulement par voie de conséquence la participation exécutive décrite ci-dessus.

Tant pour les individus que pour les groupes sociaux, la possibilité d'opérer des choix est une condition première de maîtrise de leurs conditions d'existence. Cette possibilité est plus ou moins limitée pour chaque individu et chaque groupe social en fonction de ses ressources économiques, sociales et culturelles, et ce n'est pas le CSI qui aplanira ces inégalités. Mais sans doute peut-il ouvrir une brèche, et dans le domaine des soins de santé au moins, permettre des changements dans le rapport des usagers à leur santé et à la médecine.

La dépossession du public de son savoir sur le corps, sur la santé, est un effet des progrès techniques de la médecine. Dépossession et médicalisation vont de pair, si l'on entend par

médicalisation la substitution aux grilles de lecture habituelles du vécu quotidien -qu'elles soient sociales, religieuses, politiques ...- une grille de lecture médicale qui, au départ, ne fait pas "sens" pour le profane.

La médicalisation n'est pas pour autant une chose mauvaise en soi, surtout lorsqu'il s'agit de médicaliser des problèmes qui ont une solution médicale valable. Là où elle devient abusive, c'est quand elle se présente comme seule grille de lecture valable et légitime face à un problème de la vie quotidienne. Ses effets sont d'autant plus néfastes que l'on finit par interioriser cette légitimité unique et par rejeter "spontanément" les autres explications. Paradoxalement, "prendre sa propre santé en charge", si on le conçoit à travers une grille médicale plutôt qu'une grille élargie à la vie toute entière, devient encore plus aliénant que la soumission traditionnelle au médecin, qui offre au moins des échappatoires. Ce n'est pas sa santé qu'il faudrait prendre en charge, mais son existence élargie, en accordant à la santé place que l'on juge appropriée.

Parmi les travailleurs de santé, c'est surtout aux travailleurs de soins de base qu'il appartient d'éviter l'écueil de la médicalisation abusive, par la reconnaissance et le respect de valeurs autres que la santé définie en termes médicaux : c'est en effet ce niveau qui est le plus proche de la population, et qui constitue en principe le point de contact entre la population et le système de soins. Cette fonction est beaucoup plus difficile à réaliser au niveau des soins spécialisés, dont le rôle est précisément de médicaliser et d'examiner avec le plus de rigueur possible sous l'angle de leur spécialité le problème qui leur est soumis.

La fonction principale du CSI est la fonction de synthèse (9), qui implique précisément la restitution du pouvoir de décision au patient individuel et à la collectivité, sur base d'une information correcte par l'équipe des enjeux locaux de la décision et de la reconnaissance des priorités de l'individu et de la collectivité.

C'est dans ce sens que la participation de la population, individuelle et collective, est un objectif prioritaire du concept de CSI. Au niveau individuel, le CSI s'efforce de favoriser le choix informé, mais autonome (c'est-à-dire libre de se gouverner par ses propres lois) du patient. Au niveau collectif, la participation implique l'échange entre le CSI et sa population, échange plus ou moins harmonieux ou conflictuel selon le degré de concordance des intérêts de l'équipe et des différents groupes qui composent cette population. Car la participation collective concerne aussi des décisions affectant la santé, qu'il s'agisse de décisions en matière d'environnement où le CSI a une fonction d'information et d'avertissement, ou de décisions en matière de gestion des services de santé et du CSI en particulier.

Cette participation collective relève, paraît-il, de l'utopie. Il est vrai qu'elle ne se conçoit pas isolément d'une participation collective plus globale dans des secteurs autres que la santé. Mais si l'on veut tendre vers une telle participation, il faut reconnaître que c'est au niveau le plus local qu'elle a le plus de chances de se développer. En matière de services de santé, la participation des usagers à la gestion du CSI semble moins difficile qu'à l'égard d'un service spécialisé : d'une part le CSI est par définition plus décentralisé : il s'adresse à une population plus réduite dont les intérêts sont plus faciles à identifier. En outre, ses fonctions l'amènent à intégrer les problèmes de santé dans la vie quotidienne plutôt qu'à privilégier leurs dimensions strictement techniques, ce qui augmente les capacités de réponse de la population. Enfin, il existe une relation continue entre usagers et CSI, alors que la relation des usagers avec le service spécialisé est limitée dans le temps.

La notion de réappropriation de la santé par la population est un élément fondamental pour discuter de la rationalité d'une politique de santé. Elle fait apparaître que, lorsqu'on veut accroître l'efficacité globale du système de soins, c'est-à-dire obtenir le maximum de bénéfices "santé" avec le minimum d'inconvénients, on ne peut pas se limiter aux inconvénients d'ordre économiques, aux coûts financiers : les inconvénients, ou coûts, humains et sociaux tels que la médicalisation abusive, l'aliénation des usagers, l'angoisse doivent également entrer en ligne de compte.

## 2. Une politique de santé rationnelle

La "politique de santé" que nous connaissons est faite d'une somme de décisions prises à des endroits différents et sans concertation; les objectifs poursuivis sont divergents, et souvent d'ailleurs mal explicités; et même lorsque ces objectifs partiels sont clairement établis, on omet souvent de prévoir les moyens nécessaires à leur réalisation.

Cette "politique" a mené à un chaos qui, tout en ne répondant pas de manière satisfaisante aux besoins de santé de la population, n'a pendant tout un temps pas posé de trop gros problèmes à ses protagonistes. Ce n'est que l'augmentation considérable des coûts économiques du secteur soins de santé - augmentation directement liée à l'absence de politique planifiée - qui a provoqué un réveil.

On constate depuis une vingtaine d'années que l'augmentation des coûts économiques n'entraîne plus de bénéfice sanitaire parallèle pour la population.

On peut même se demander si on n'en est pas arrivé à un bénéfice global qui a tendance à décroître et à devenir négatif au fur et à mesure

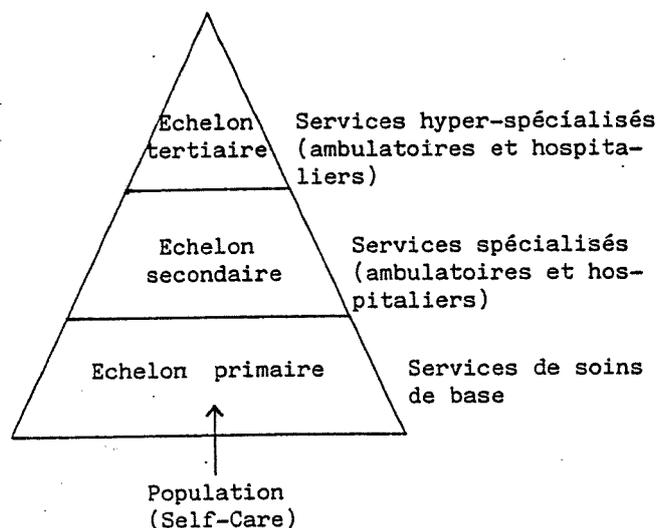
(9) cfr. chapitre 3, I, 2 et II

que notre système de soins se développe, si on met dans la balance les inconvénients humains et sociaux.

La manière dont fonctionne notre système de soins et l'accent placé sur la technique sont des facteurs prépondérants dans cette évolution.

La pyramide des soins, basée sur le principe de l'échelonnement, est chez nous tronquée par le bas. Jusqu'il y a peu, on a largement négligé le fonctionnement du niveau primaire en insistant trop sur les soins techniques et hospitaliers complexes. Il en a résulté :

- une hypertrophie des niveaux secondaire et tertiaire, en termes de nombre de services et de personnel, mais aussi en termes de poids dans les prises de décisions politiques
- une absence de coordination rationnelle entre les différents niveaux, et au sein de chaque niveau
- et en particulier, une désorganisation et fragmentation du niveau primaire.



La réorganisation de l'ensemble du système de soins sur des fondements plus cohérents devrait partir de la base. En effet, dans le cadre de cette pyramide, la population entre dans le système de soins par la base. Le niveau primaire peut prendre en charge les problèmes les plus fréquents, qui ne nécessitent ni appareillage technique sophistiqué ni compétences spécialisées. Non seulement la prise en charge correcte de ces problèmes au niveau primaire coûte moins cher économiquement, mais aussi et surtout, elle a moins de chances d'engendrer l'anxiété, la médicalisation des problèmes, l'aliénation des usagers : ce sont aussi ses coûts humains et sociaux qui sont moindres.

Dans le cadre de cette pyramide, les niveaux spécialisés constituent en quelque sorte le support des soins primaires, auquel il faut appeler pour des problèmes techniquement plus complexes ou nécessitant du matériel plus lourd.

On ne peut donc définir les besoins en soins spécialisés qu'à partir de la fréquence des problèmes que le niveau primaire ne peut prendre en charge sans le support des soins spécialisés.

Mais cette réorganisation n'implique pas seulement la mise en oeuvre du principe de l'échelonnement et la coordination des fonctions des différents échelons. Encore faut-il que l'on donne les moyens à chaque niveau de remplir ses fonctions.

Or le niveau primaire est totalement fragmenté en services et institutions divers. Sa fonction principale, la fonction de synthèse, celle qui justifie peut-être de la manière la plus frappante l'échelonnement, ne peut valablement être assurée dans de telles conditions de morcellement. C'est à cette lacune que le CSI prétend avant tout apporter une réponse, non pas comme structure isolée, mais au contraire insérée dans des rapports de coordination et de collaboration avec les structures remplissant des fonctions complémentaires aux siennes.

L'enjeu de la réorganisation des soins de santé primaires sur base du CSI ne concerne donc pas uniquement la qualité des soins au premier échelon, mais bien l'ensemble de la pyramide des soins.

De cette réorganisation, on devrait pouvoir attendre avant tout une plus grande efficacité des soins, c'est-à-dire un rapport plus favorable entre inconvénients économiques, humains, sociaux et avantages santé pour la population.

Elle implique une réallocation des moyens humains et financiers entre les échelons, et en particulier un glissement des niveaux spécialisés vers le niveau primaire. C'est ici que certains craignent des difficultés pour l'emploi des travailleurs de santé, déjà gravement menacé.

La politique de santé n'a pas pour but de servir les intérêts des travailleurs de santé, mais bien le bien-être de la population. Toutefois, si l'on veut mettre en oeuvre une telle politique de santé, il faut tenir compte d'une série de contraintes et en particulier trouver des charnières entre les exigences d'une politique de santé et les intérêts des travailleurs de santé. Il faut également préparer la reconversion qui s'impose.

Mais cette reconversion ne signifie pas pour autant perte d'emplois. Un emploi au niveau primaire coûte moins cher qu'un emploi au niveau spécialisé, si on englobe dans le calcul les frais des appareillages techniques et de toute l'infrastructure nécessaire pour créer cet emploi. Un glissement vers moins de technicité et plus de rapports humains dans les soins permettrait sans doute, à coûts égaux, d'augmenter le volume de l'emploi dans le secteur soins de santé. Il faudrait néanmoins veiller qu'un tel accroissement n'ait pas, à sa manière, des effets de médicalisation.

A cela s'ajoute qu'une telle réorganisation de-

vrait permettre à chaque niveau de remplir plus efficacement ses propres fonctions, qu'elles soient de base ou spécialisées, avec pour effet possible une valorisation du travail de chacun.

Les avantages attendus d'une réorganisation du système de soins, sur base du CSI comme structure de synthèse au niveau primaire, sont à l'heure actuelle des hypothèses plausibles.

Elles ne sont pas prouvées : pour les prouver, il faudrait les tester, et d'abord les expérimenter à petite échelle. Une telle expérimentation exige que l'on définisse clairement les conditions dans lesquelles se déroule l'expérimentation - conditions qui fixent les limites des conclusions que l'on pourra tirer - et que l'on pose préalablement des critères de "réussite". Mais ceci nécessite au départ une volonté politique, car la notion même de CSI est radicalement différente de toutes les préoccupations qui ont fondé jusqu'à présent notre "politique" de santé.

Les enjeux du CSI sont donc doubles : d'une part ils concernent l'efficacité et l'efficience future de notre système de soins de santé dans son ensemble; d'autre part ils concernent l'adaptation de ce système de soins aux aspirations de vie des individus et des différents groupes sociaux qui l'utilisent. Maximaliser simultanément ces deux aspects restera sans doute impossible, car des contradictions subsistent et impliquent des choix. Au lecteur de rester vigilant à travers les pages suivantes qui décrivent ce que pourrait être un CSI dans ses effets sanitaires et politiques.

## Chapitre 2

### CRITERES DE QUALITE DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES

Les critères de qualité spécifiques aux soins de santé primaires sont la globalité, la continuité et l'intégration des soins, concepts que nous analyserons dans ce chapitre.

Ceci ne signifie nullement que l'efficacité technique soit sans importance. Avant tout, ce qui justifie un système de soins, c'est sa capacité à résoudre les problèmes de santé, et l'efficacité technique des soins donnés en est bien sûr une composante essentielle.

Mais c'est l'ensemble du système de santé qui doit être techniquement efficace.

Dans un système de soins échelonné, les services de soins de santé primaires et les services spécialisés ne remplissent pas les mêmes fonctions, et les critères d'appréciation de la qualité des soins qu'ils dispensent doivent être pondérés différemment.

Un service spécialisé doit pouvoir apporter une réponse adéquate à un problème rare ou très complexe nécessitant une qualification élevée dans un domaine bien circonscrit. Ici, la qualité se mesure avant tout en termes d'efficacité technique. Si les niveaux spécialisés ne sont pas techniquement efficaces ils perdent leur raison d'être.

Il n'en va pas de même pour le service de soins de santé primaires, dont les fonctions sont essentiellement de synthèse, d'information et d'accompagnement du patient et de la collectivité (cfr. chapitre 3). Il faut bien sûr que la synthèse soit correcte, que les solutions proposées soient valables. Nous insisterons d'ailleurs sur les moyens d'assurer cette efficacité technique dans la réalisation des fonctions primaires. Mais les services de soins de santé primaires trouvent en principe un appui dans les services spécialisés pour les problèmes techniques difficiles. Dans le partage des fonctions entre le niveau primaire et les niveaux spécialisés, ces derniers devraient être les garants des aspects techniques (en partie via les références des services de base vers les services spécialisés, mais aussi via la recherche et la formation de base et continue), le niveau primaire assurant l'adaptation de la technique à l'être humain et à la société.

C'est dans cette optique que nous examinerons en détail ce que signifient les principaux critères de qualité des soins de santé primaires : leur globalité, leur continuité, leur intégration.

### 1) La globalité des soins

Il est exceptionnel qu'un problème, même essentiellement technique, ne puisse avoir qu'une seule solution technique. Prenons l'exemple d'une déchirure de ligament. Techniquement, on pourrait envisager une intervention chirurgicale d'emblée, ou encore la pose d'un plâtre pendant quelques semaines suivie éventuellement d'une intervention chirurgicale, ou encore le repos et un traitement de rééducation.

La supériorité technique d'une solution sur une autre peut se discuter. Mais pour le patient, la meilleure solution n'est pas simplement la plus efficace techniquement, c'est aussi celle qui lui coûte humainement le moins cher, en fonction de son contexte de vie, de sa personnalité, des conséquences possibles du traitement sur sa vie professionnelle et familiale et sur son équilibre psychologique.

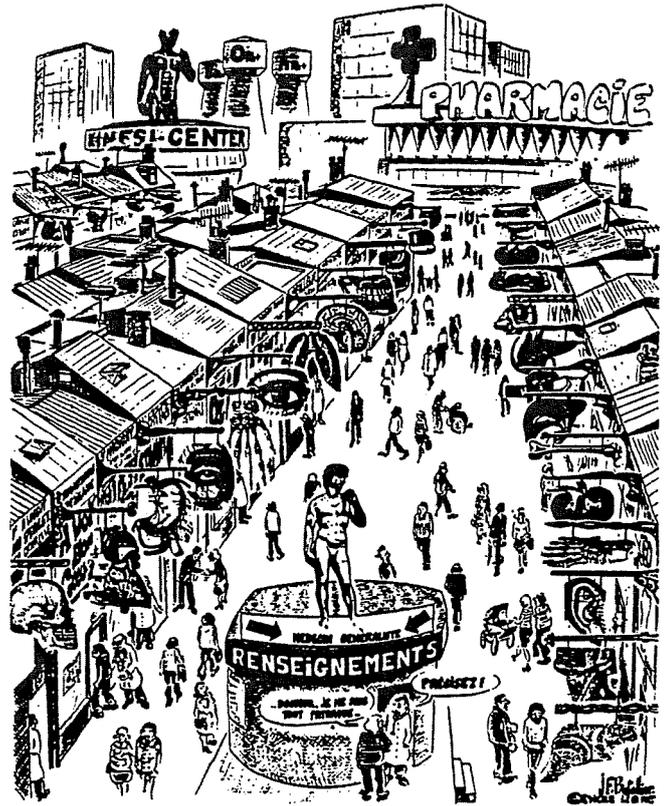
Pour comprendre l'ensemble de ces données du problème, données techniques et données de contexte, et aider le patient à trouver la solution qui lui convient le mieux, le soignant doit avoir avec le patient une relation d'empathie : il doit être capable de percevoir la manière dont le patient ressent le problème, tout en restant suffisamment détaché affectivement pour ne pas se laisser submerger par ces sentiments.

L'empathie est un des fondements du premier critère de qualité des soins de santé primaires : la globalité des soins.

La globalité signifie que la personne qui s'adresse au service de base est considérée de prime abord dans sa complexité d'être humain inséré dans un contexte particulier. L'approche globale consiste à envisager l'ensemble des aspects du problème qu'ils soient physiologiques, organiques, familiaux, sociaux, psychologiques, économiques, culturels. Elle est nécessaire tant pour poser le problème adéquatement, que pour y chercher une solution acceptable.

L'approche globale est spécifique aux soins de base : il s'agit d'aborder les problèmes d'un point de vue très large afin d'en saisir toutes les dimensions et de ne privilégier certains qu'en connaissance de cause et non par routine.

La spécialisation, au contraire, implique que l'on restreigne d'emblée le champ d'investigation pour approfondir un aspect. On ne peut donc pas exiger du spécialiste une approche globale, qui nuirait à ses compétences de spécialiste. Ce que l'on demande au spécialiste est de se poser les bonnes questions en envisageant les problèmes sous l'angle de sa spécialité. Ceci n'empêche pas qu'il tienne compte d'autres facteurs dont il serait informé, notamment par le niveau des soins de base. Mais on ne peut exiger de lui qu'il les explore systématiquement aux dépens de sa qualification spécialisée.



Le patient: ... Docteur, je me sens tout patraque...  
Le généraliste: Précisez !

L'adéquation des soins à chaque personne est donc d'abord tributaire de la globalité de l'approche à l'échelon des soins de santé primaire, et ensuite, pour ce qui concerne les échelons spécialisés, de la coordination entre soins de base et soins spécialisés.

L'approche globale n'est pas simplement la somme de multiples approches. Elle est le propre de chaque membre de l'équipe de soins de base, quelle que soit sa fonction plus spécifique à l'intérieur de cette équipe, et n'implique pas nécessairement le recours à plusieurs travailleurs de santé de disciplines différentes.

Le travail en équipe pluridisciplinaire au niveau des soins de santé primaires n'est pas indispensable à l'approche globale. On peut très bien imaginer un médecin généraliste isolé assurant des soins globaux - ce qui est moins évident pour la continuité et l'intégration des soins. Cependant, les échanges permanents au sein d'une équipe pluridisciplinaire ont probablement pour effet d'élargir le champ de perception de chaque membre de l'équipe au-delà des limites de sa propre discipline, et de favoriser ainsi l'attitude d'esprit qu'exige la globalité des soins.

Notons encore que, si l'approche globale entrave l'efficacité de la démarche spécialisée, la spécialisation entrave aussi la globalité : le spécialiste privilégie un aspect, inévitablement au détriment d'autres. En conséquence, une équipe de soins de base devrait éviter la spé-

cialisation de ses membres : chacun, quelle que soit sa profession, devrait rester polyvalent et "généraliste" dans sa fonction.

## 2) La continuité des soins

Chaque individu a un passé qui lui est propre : passé biologique, affectif, etc... Ce passé est parfois lointain, parfois très récent. Certains éléments de cette histoire individuelle constituent des informations essentielles pour l'interprétation de l'évolution de certains problèmes ou de l'apparition de nouveaux problèmes, ainsi que pour la recherche de solutions adéquates.

La continuité des soins - trop souvent confondue avec la permanence d'un service de garde - signifie que toutes ces informations soient prises en considération au moment adéquat par les travailleurs de santé appelés à soigner l'individu, tant au niveau des soins de base qu'au niveau spécialisé. Toutefois nous verrons que la responsabilité de la continuité revient largement au niveau des soins de base, ainsi qu'au patient lui-même.

La notion de "prise en charge" est centrale à la continuité des soins. Elle implique une responsabilité du service de soins de base qui dépasse largement le moment ponctuel de la consultation ou de la visite à domicile. La responsabilité du service de base vis-à-vis du patient est engagée aussi longtemps que l'on n'a pas trouvé de solution satisfaisante au problème en cours et que l'épisode n'est pas achevé (continuité intra-épisode). Mais la responsabilité se prolonge aussi à travers la succession des épisodes morbides que connaîtra l'individu durant sa vie (continuité inter-épisodes).

Les points de rupture potentiels de la continuité sont nombreux et nous les examinerons successivement.

Le premier point de rupture provient du patient lui-même : insatisfait des conseils d'un premier médecin, et après avoir suivi partiellement le traitement prescrit, le patient consulte un second médecin après quelques jours sans informer celui-ci du traitement qu'il a déjà suivi. Ce comportement est socialement fort bien compréhensible si l'on considère les rapports de pouvoir habituels entre médecins et patients : le patient est conscient que s'il met ouvertement en doute la parole ou la compétence du médecin précédent, il risque de s'attirer un jugement négatif de "patient difficile" de la part du second médecin; c'est dans le but de mettre le plus de chances de son côté qu'il tait des informations qui, dans sa relation sociale avec le médecin, pourraient se retourner contre lui. Mais ce faisant, il entrave aussi le processus de recherche d'une solution optimale à la lumière de l'ensemble des données du problème. Les conséquences de l'occultation

par le patient de certaines données qui permettraient une meilleure continuité ne sont pas nécessairement graves; mais c'est le patient qui en est la victime et finalement, ses tentatives de ménager sa relation sociale avec le médecin se retournent contre lui.

Une seconde source de discontinuité provient du fait que, même s'il a un médecin traitant habituel, il est exceptionnel que le patient ne soit jamais en contact qu'avec celui-ci.

En cas d'absence de son généraliste habituel, cet individu sera sans doute amené à faire appel à un remplaçant. Celui-ci doit pouvoir disposer des informations utiles, via le dossier, pour intervenir valablement et en continuité avec le généraliste habituel. Inversement, le généraliste habituel doit être informé en retour des interventions de ses collègues et de leurs effets.

Il en va de même pour les autres travailleurs de soins de base appelés à intervenir auprès de ce patient : infirmier, travailleur social, kinésithérapeute, etc.

L'exigence pour plusieurs travailleurs de santé d'agir en continuité implique qu'ils aient une vision commune du problème et soient informés des changements qui peuvent intervenir et qui modifient les données du problème. L'échange d'informations, la coordination fonctionnelle, mais surtout la concertation entre travailleurs de santé au niveau primaire sont certainement facilités par le travail en équipe.

Encore faut-il que cette équipe ne soit pas un simple agglomérat de plusieurs travailleurs de santé. La notion d'équipe est parfois assimilée à un regroupement de travailleurs de santé travaillant sous le même toit, alors que cette dernière caractéristique est secondaire par rapport à l'exigence de coordination et de concertation, et peut même être dysfonctionnelle dans des zones à faible densité de population.

Un autre point de rupture potentiel de la continuité est le recours aux soins spécialisés. Lorsque ce recours se limite à des examens techniques bien précis demandés par le centre de soins de base, cela ne pose généralement pas de problème majeur. Mais il en va tout autrement lorsque l'individu est référé à un centre spécialisé pour y être pris en charge. Dans ce cas il y a transfert de responsabilité du service de base au service spécialisé. Le spécialiste est amené à prendre des décisions qui risquent d'être au moins partiellement inadéquates - en discontinuité - s'il n'est pas en possession des informations utiles.

L'outil de continuité est ici constitué par la synthèse d'informations fournies par le service de soins de base lors de sa référence vers le service spécialisé. De même, la qualité du retour d'informations du service spécialisé vers le service de base est un élément qui in-

flue sur la continuité des soins et dont la responsabilité incombe cette fois au service spécialisé. Signalons encore que, pour un même épisode, des points de rupture de continuité peuvent aussi exister à l'intérieur des services spécialisés; nous ne les aborderons pas ici.

Les points de rupture examinés jusqu'ici concernent surtout la continuité pendant toute la durée d'un même épisode. Pour les épisodes chroniques, cette durée peut s'étendre sur toute la vie du patient. Mais il peut également s'agir d'épisodes aigus qui se succèdent.

La responsabilité de la prise en charge par le service de base ne s'arrête pas avec la fin d'un épisode. Et il existe aussi des points de rupture à la continuité inter-épisodes.

Lorsque survient un nouveau problème, son analyse et la recherche d'une solution acceptable implique que le service de base qui a en charge ce patient dispose aussi d'informations relatives au passé et susceptibles d'influencer les décisions.

Le dossier est l'outil de synthèse qui permet de remédier à la mémoire inévitablement défaillante du service de base. La conception et l'utilisation du dossier sont de première importance pour la continuité des soins, et en particulier pour la continuité inter-épisodes.

Ce dossier devrait suivre le patient en cas de changement de service de soins de base et donc de transfert de responsabilité d'un service de base à un autre. Ce changement constitue un moment charnière : pour la continuité intra-épisode si un épisode est en cours au moment du changement, mais dans tous les cas pour la continuité inter-épisodes.

Ces considérations sur l'importance de la continuité comme critère de qualité impliquent une forme de contrat entre l'individu et le centre de soins de base. Si le centre s'engage à assurer la continuité, c'est en supposant qu'il sera informé des événements ayant une influence sur la santé de l'individu. Si l'individu a recours à d'autres services de santé, et qu'il en résulte une modification des informations à prendre en considération, sans que le centre en soit averti, c'est l'utilisateur lui-même qui aura introduit une rupture de continuité. Les conséquences peuvent en être négligeables ou importantes, mais ce sera l'utilisateur qui les subira.

Un contrat par lequel le centre s'engage à assurer, pour ce qui le concerne, la continuité des soins et l'utilisateur à avertir le centre de ses éventuels recours à d'autres services, semble un moyen adéquat pour éviter ces points de rupture. L'inscription dans un centre, assortie éventuellement de l'impossibilité du recours direct au spécialiste, en est une modalité possible.

Loin d'être une limitation de la liberté de l'individu - comme on se plaît parfois à le présenter - ce type de contrat bénéficie, en principe, d'abord à l'utilisateur. Le contrat ne devrait d'ailleurs que sceller une compréhension commune au centre et à l'utilisateur de l'importance de la continuité. Elle implique une discussion qui est un élément de l'éducation à la santé.

Mais il est vrai que cette vision normative tient peu compte des rapports de pouvoir habituels entre soignants et soignés. Le contrat, qui restreint volontairement les portes de sortie tant pour le patient que pour les soignants pourrait, dans la pratique, conduire à l'exacerbation de ces rapports de pouvoir.

Encore faut-il se demander si le régime du "libre choix" qui favorise l'établissement de liens moraux sans aucune officialisation par contrat, ne laisse pas au moins autant de place, et de manière bien plus subtile sinon plus pernicieuse, à tout un ensemble de stratégies d'intimidations mutuelles.

La question de l'inscription mérite d'être plus largement débattue. Elle est à concevoir comme un engagement réciproque de l'équipe et de l'utilisateur à contribuer à la continuité des soins, et des garanties quant au respect de ces engagements doivent être données de part et d'autre. Il ne faudrait en effet pas que l'imagination soit plus fertile lorsqu'il s'agit de trouver des garanties à ce que le patient ne rompe pas cette continuité (par exemple par la non-intervention de la Sécurité Sociale pour tout recours non contrôlé par le service de base) que lorsqu'il s'agit de garantir la continuité de la part du service de base. Ne faudrait-il pas permettre à l'utilisateur de s'assurer que le service de base s'est donné les moyens nécessaires pour assurer la continuité : au niveau du dossier commun, de la coordination interne à l'équipe, des références vers les services spécialisés et de leurs retours, du transfert de dossier en cas de changement de service de soins de base ?

C'est ici qu'apparaît, à côté de l'enjeu "continuité", un second enjeu de l'inscription, à savoir : l'officialisation du droit de regard de l'utilisateur sur le fonctionnement du service avec lequel il a conclu un contrat.

### 3) L'intégration des soins

Le terme d'"intégration" des soins recouvre des significations très différentes et donne souvent lieu à confusion.

Le sens que nous lui donnons ici concerne spécifiquement l'intégration dans le même service de soins de santé primaires d'activités curatives, préventives, d'éducation à la santé et de revalidation et réhabilitation.

Le développement de l'organisation médico-sanitaire belge a quasi totalement cloisonné les secteurs curatif et préventif. D'un côté, les "prestataires de soins", rétribués par l'INAMI, dispensent des soins curatifs. De l'autre, et généralement sans la moindre coordination, des institutions spécialisées dépendant du Ministère de la Santé publique ou autres ministères, sont chargées de la prévention.

Certes, les limites entre curatif et préventif ne sont pas toujours très nettes. Dans les faits, la médecine curative déborde souvent sur la prévention secondaire - celle qui consiste à contrôler l'évolution d'une maladie pour en prévenir ou retarder les conséquences. C'est le cas pour la plupart des maladies chroniques.

Toutefois, la division du travail qui s'est établie laisse généralement les "curatifs" indifférents à l'égard de la prévention primaire - celle qui consiste à empêcher l'apparition de la maladie -, du dépistage précoce dans les catégories de population soumises à un risque particulier, de la promotion de la santé de manière générale.

Créées au départ pour pallier les lacunes ou l'inaccessibilité de la médecine curative, une série d'institutions spécialisées se partagent le domaine de la prévention: médecine scolaire, médecine du travail, O.N.E., Oeuvres du Cancer ou de la Tuberculose, pour n'en citer que quelques-unes. Outre le fait que l'on peut douter parfois de l'efficacité des méthodes de travail de certaines institutions, la non-coordination généralisée est source de discontinuité.

L'intégration du préventif et du curatif au sein du CSI ne rendrait pas pour autant inutilisés les services de prévention spécialisés, de la même manière que les services curatifs spécialisés ne perdent pas leur raison d'être. Il faudrait sans doute revoir cas par cas leurs fonctions spécifiques et veiller à ce que le CSI assure la fonction de synthèse.

Dans le cas de la médecine du travail, par exemple, il serait d'autant plus difficile à imaginer qu'une équipe de soins de base surveille seule l'état de santé des travailleurs de sa population, que ces travailleurs sont occupés dans des entreprises plus nombreuses et soumis à des risques spécifiques plus variés. Ceci n'empêche pas que le fonctionnement de la médecine du travail pourrait être amélioré et que la coordination avec les services de base est indispensable à la prise en charge de la santé globale du travailleur par le CSI.

En ce qui concerne la surveillance des nourrissons, par contre, on voit moins pourquoi l'équipe de soins de base ne pourrait pas s'en charger pour ce qui concerne sa population, quitte à référer à un service spécialisé pour des problèmes plus complexes. Cette surveillance n'implique en effet aucune "technique" spécialisée. Moyennant quelques éléments de formation et un minimum de pratique, il est probable que l'équipe puisse assurer cette surveillance de manière plus adéquate que les services actuels, dans la mesure où elle est mieux placée

pour l'assurer de manière globale et continue.

La raison première qui pousse à plaider pour l'intégration du préventif et du curatif est qu'elle permet une approche plus globale et une meilleure continuité. On est également en droit de penser que la prévention serait, dans ce cadre, plus acceptable. Les individus bien-portants ne sont généralement pas demandeurs de soins préventifs. L'équipe qui les soigne, en cas de maladie, et qu'ils connaissent donc, est sans doute plus apte à attirer leur attention sur des mesures préventives adéquates. Cette même équipe n'aura pas seulement plus de chances d'être entendue; par la globalité de sa démarche, elle évitera plus facilement de dramatiser ou de médicaliser des situations inutilement.

L'intégration concerne également l'éducation à la santé, tant dans la relation individuelle que dans les contacts avec la population locale.

L'éducation à la santé recoupe en partie le préventif et le curatif, dans la mesure où elle cherche à promouvoir des comportements plus favorables au maintien ou au rétablissement de la santé des individus. Mais elle peut déborder largement le préventif et le curatif lorsqu'elle vise à promouvoir l'autonomie des individus et de la collectivité, et leurs choix informés en matière de santé.

Si l'on veut que l'éducation à la santé réponde adéquatement aux besoins réels des individus et de la collectivité, il faut connaître ceux-ci et établir une communication à double sens avec eux. Une telle communication s'établit bien plus facilement sur le plan local, et c'est là un fondement de l'intégration de l'éducation à la santé dans le CSI. En effet, les campagnes d'éducation à la santé de grande envergure visant un public très large sont incapables de fonder leur action sur une telle communication à double sens, et doivent généralement se contenter de tentatives de "faire passer un message" unilatéralement sans qu'aucun feed-back ne leur revienne sur la pertinence de ce message.

Enfin, l'intégration concerne également la revalidation et la réadaptation, c'est-à-dire, le prolongement des soins curatifs. Relativement développée dans ses aspects techniques (revalidation par kinésithérapie, logopédie ...), la réadaptation sociale laisse largement à désirer. Dans une optique de prise en charge globale et continue, le processus de réadaptation jusqu'à la réinsertion sociale du patient fait pourtant partie des fonctions du CSI.

C'est à la lumière de ces critères de qualité - la globalité, la continuité, et l'intégration des soins - que nous allons examiner maintenant les fonctions spécifiques du niveau de soins de santé primaires, et particulièrement du CSI.

## Chapitre 3

### LES FONCTIONS DU CSI ET LEURS IMPLICATIONS

Comment pourrait-on imaginer que fonctionne un CSI ? Il est impossible de proposer un modèle de fonctionnement concret qui soit universellement valable, puisque précisément le CSI doit pouvoir s'adapter aux particularités locales de la population qu'il dessert et de son environnement.

Mais au-delà de cette nécessaire variabilité sur le terrain, on demande aux CSI de remplir des fonctions précises. Le chapitre qui suit tente de définir ces fonctions, d'en dégager des implications générales pour le fonctionnement des CSI, et de proposer des moyens concrets de mise en oeuvre. Ce sont ces moyens de mise en oeuvre qui constituent matière à options, à adaptation locale.

Il y a plusieurs manières possibles de présenter les fonctions primaires. Celle qui suit n'est pas la seule valable et on pourrait en inverser l'ordre. Ce qui importe est que le contenu en soit respecté. Par facilité, on a distingué les fonctions curatives des fonctions préventives, avec toute la part d'arbitraire que cette distinction comporte (10).

#### I. FONCTIONS CURATIVES

##### I.1. Premier contact

Le CSI devrait être la porte d'entrée du patient dans l'organisation médico-sanitaire. Conscient d'un problème, l'individu aura d'abord tenté de le gérer lui-même, il aura reçu l'avis ou les conseils de membres de sa famille, d'amis, de voisins. S'il n'a pas trouvé de solution satisfaisante par cette démarche, il décidera sans doute de faire appel à des professionnels. Mais où s'adresser ?

S'il s'adresse directement à un service spécialisé, son problème sera envisagé d'emblée sous un angle très précis et limitatif. Il doit pouvoir trouver un interlocuteur polyvalent, capable d'envisager globalement le problème plutôt que de le situer a priori dans des catégories restreintes.

(10) Ce chapitre résulte largement d'une réflexion commune au Germ et à la Fédération des Maisons Médicales, sur la base d'une énumération des fonctions primaires parue dans P. GALAND, P. HERCENIER, F. VANDENBUSSCHE, "Du médecin de famille au Centre de Santé Intégré", in Germ, Pour une Politique de la Santé, Bruxelles 1971, pp. 74-76.

Le premier contact est la première fonction du service des soins primaires, et pour ce qui nous concerne de l'équipe du CSI, dans le cadre d'un système de soins de santé échelonné.

En raison des habitudes culturelles, la demande sera le plus fréquemment adressée à un médecin généraliste de l'équipe. Mais ce premier contact pourrait se concevoir avec tout autre membre de l'équipe (infirmier(e), travailleur social, psychologue ...). D'ailleurs le réel premier contact avec le CSI se fait généralement avec le(la) secrétaire d'accueil, contact que l'on peut décider d'encourager et de valoriser.

L'implication première de cette fonction de premier contact est donc la polyvalence. Polyvalence souvent difficile à réaliser car tout généraliste qu'il soit, le médecin verra, de par sa formation, d'abord les aspects médicaux du problème, le psychologue les aspects "psy" et le travailleur social les aspects sociaux - et le patient, sachant à qui il s'adresse, insistera lui-même sur les aspects qu'il pense être du ressort de la formation de son interlocuteur.

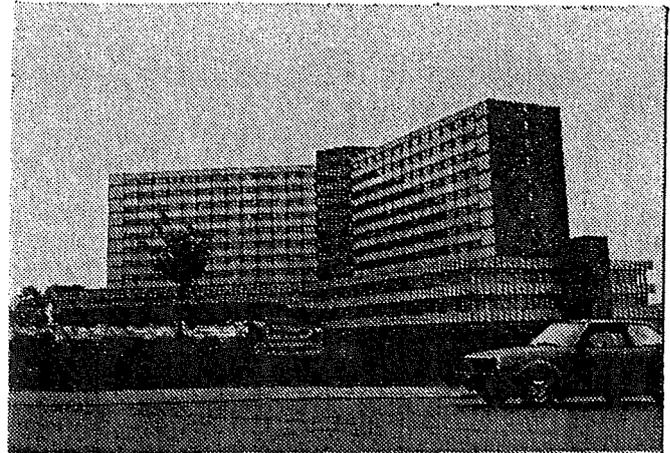
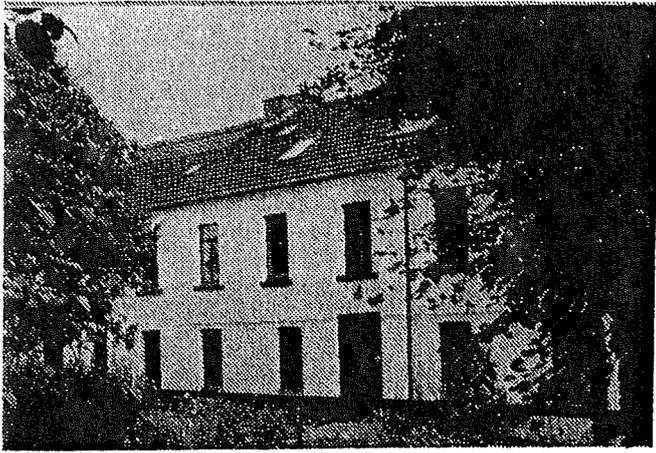
Seul, en principe, le personnel d'accueil est d'emblée polyvalent. Le développement de sa fonction d'accueil demanderait toutefois une formation spécifique, un financement adéquat, ainsi sans doute qu'un changement de mentalités dans la population. Il pourrait ainsi guider le patient dans sa demande de service à l'intérieur du CSI.

Cette difficulté à assurer la polyvalence du premier contact peut être en partie contrebalancée par l'environnement interdisciplinaire de l'équipe qui module les perceptions premières de chaque travailleur de santé. C'est là un des fondements essentiels du travail en équipe pluridisciplinaire. Car, même à supposer que la formation des travailleurs de soins de base soit mieux adaptée à l'exigence de polyvalence, elle ne pourra jamais supprimer totalement la difficulté.

Mais avant même la polyvalence, la fonction de premier contact implique que le CSI soit accessible en permanence à la population qu'il dessert.

L'accessibilité comprend plusieurs dimensions :

- a) l'accessibilité géographique : le CSI doit être proche des lieux de vie de la population qu'il dessert. Il est donc important qu'il se limite à la population d'un quartier ou d'une aire géographique limitée
- b) l'accessibilité économique : l'intervention financière personnelle de l'utilisateur ne doit pas constituer un frein à l'accès aux soins. Pour autant que le principe soit respecté, le montant de cette intervention personnelle est matière à option et peut varier selon les ressources de la population, quel que soit le mode de paiement (acte, abonnement, forfait).
- c) l'accessibilité culturelle et "psychologique" : le CSI doit rester à "dimension humaine" ce qui implique une équipe de petite taille, bien intégrée dans la vie culturelle et sociale du quartier. La nécessité de



Maison Médicale et hôpital, des niveaux d'accessibilité différents

maintenir une équipe de petite taille a deux conséquences :

- il est préférable que les fonctions soient assurées par du personnel temps plein (pour autant que la fonction requière un temps plein) plutôt que par plusieurs personnes à temps partiel
- la composition de l'équipe ne peut s'étendre indéfiniment et implique des choix en fonction des besoins prioritaires rencontrés.

Une autre dimension de l'accessibilité "psychologique" peut être l'établissement d'une relation privilégiée entre l'utilisateur et un membre de l'équipe (le plus souvent le médecin traitant).

La permanence de l'accessibilité a elle aussi plusieurs implications.

- a) un poste d'accueil recevant les demandes des patients durant la journée (cfr supra pour la fonction d'accueil).
- b) un système de garde de nuit et de week-end. Ce système de garde n'est pas nécessaire pour tous les services offerts par le CSI mais uniquement pour ceux qui ne souffrent pas de délai. Il est indispensable pour la médecine générale, ainsi que pour les soins infirmiers lorsque l'équipe prend en charge des patients "hospitalisés à domicile".

Le principe de base de ce système de garde est de préserver non seulement la permanence, mais aussi la continuité des soins. Ceci implique que le remplaçant du soignant habituel dispose des informations nécessaires pour intervenir valablement (par exemple via le dossier ou le carnet sanitaire au domicile du patient ...) et que le soignant habituel soit rapidement informé de l'intervention de son remplaçant.

La situation la plus typique est celle où le système de garde est interne à l'équipe. En effet, une réelle continuité (à ne pas confondre avec la simple permanence) semble plus facile à assurer dans cette situation. Cependant, la petite taille de l'équipe peut rendre difficile la réalisation d'un tel service de garde intense.

On se trouve ici face à une des nombreuses situations où deux conditions souhaitables peuvent entrer en contradiction. Il convient alors

de rechercher, en fonction de la situation particulière, la solution qui présente le plus d'avantages pour le moins d'inconvénients.

C'est ainsi qu'on peut imaginer des systèmes de garde où les remplaçants ne sont pas nécessairement membres de l'équipe, pour autant que des garanties de continuité soient présentes (par exemple : dossier accessible au remplaçant; information systématique des remplacés de tous les appels reçus par le remplaçant ...).

## I.2. Fonction de synthèse

La seconde fonction essentielle de l'équipe du CSI est la fonction de synthèse.

Cette fonction consiste :

- 1) à rassembler les informations utiles, relatives au présent ou au passé, concernant le problème de santé de l'individu
- 2) à inventorier les solutions techniquement adéquates avec leurs avantages et inconvénients respectifs
- 3) et ce aux fins d'informer valablement l'individu
- 4) et de lui permettre de prendre autant que possible lui-même la décision optimale, en connaissance de cause, en fonction de la valeur qu'il accorde à ces avantages et inconvénients.

Nous examinerons d'abord les préalables à la fonction de synthèse, à savoir le recueil des données (mise au point clinique et psychosociale, éventuels examens techniques, éventuelle mise au point spécialisée).

La fonction de synthèse proprement dite est difficilement standardisable en séquences successives : il s'agit en effet de confronter données du problème et alternatives d'actions possibles, d'en informer le patient et d'en discuter avec lui - cette discussion menant éventuellement elle-même à une révision des données du problème ou à la découverte d'alternatives non proposées par l'équipe (11) initialement. Schématiquement, l'équipe informe le patient des alternatives de traitement, et le

patient prend la décision sur base de cette information, mais il est évident que l'ensemble du processus forme un tout.

### I.2.1. Les préalables : recueil des données

#### a) Mise au point clinique et psychosociale

La première étape en est la mise au point clinique et psychosociale. Celle-ci est souvent réalisée par le médecin généraliste seul (interrogatoire et examen clinique du patient), mais elle peut nécessiter la collaboration d'autres membres de l'équipe.

Il s'agit d'avoir une vision globale du problème et d'identifier les divers facteurs qui sont susceptibles de le composer. Ces facteurs peuvent être limités ou multiples, directement exprimés ou non par le patient, relever de la clinique, du psychologique, du socio-économique etc.

Il importe d'éviter plusieurs écueils, à savoir

- de médicaliser des problèmes non-médicaux ou bénins

- de "psychosocialiser" des problèmes essentiellement somatiques
- de passer à côté de problèmes importants cachés sous des plaintes ou demandes apparemment anodines.

Cette mise au point, par la discussion avec le patient et l'examen physique, exige une "bonne communication" entre l'équipe et le patient. Difficilement objectivable, cette "bonne communication" suppose de la part du soignant certaines compétences relationnelles. Celles-ci reposent en partie sur la conscience qu'a le soignant de ses propres composantes émotionnelles et affectives ainsi que de ses réactions d'être social face à des personnes d'un milieu social donné, qu'il soit différent ou semblable au sien.

L'écoute est un élément primordial à la communication. Elle n'est pas simplement passive. Elle implique des attitudes favorisant l'expression du patient, ainsi que la capacité de poser des questions adéquates de manière acceptable. Elle implique aussi la capacité de décoder les messages transmis par le patient, verbalement ou non-verbalement.

L'appréciation correcte du problème implique également que l'on y consacre un temps adéquat, qui augmente généralement avec la complexité du problème sous-jacent à la demande du patient. Ceci ne signifie pas qu'il faille standardiser la durée des contacts, mais au contraire l'adapter au problème. Si une heure est parfois nécessaire pour apprécier un problème, cinq minutes peuvent suffire pour un autre.

(11) Le plus souvent, cette démarche sera le fait du médecin traitant. Nous parlerons toutefois par la suite de l'"équipe" pour indiquer que d'autres membres de l'équipe peuvent également réaliser cette fonction de synthèse ou y contribuer. L'usage du terme "équipe" ne signifie bien sûr pas que l'ensemble de l'équipe intervienne activement vis-à-vis de chaque patient.

La relation durable entre le patient et l'équipe contribue d'ailleurs à réduire le temps nécessaire à l'appréciation correcte de chaque nouveau problème. D'une part elle facilite le processus de communication, tant pour le patient que pour le soignant avec lequel est instaurée une relation privilégiée. D'autre part, elle rend plus aisément accessible la connaissance des données significatives passées, en particulier via le dossier.

Le dossier de synthèse est en effet un outil de recueil des données préalable à la fonction de synthèse. Actuellement, la plupart des dossiers utilisés en médecine générale ne sont pas adéquats pour une réelle synthèse : ils se présentent en effet - quand ils sont tenus à jour - comme une succession non ordonnée d'épisodes divers, noyants sous une foule d'informations qui n'ont eu qu'une importance limitée dans le temps les informations réellement significatives, c'est-à-dire celles qui continuent à avoir de l'importance pour les décisions futures. Au bout de quelques années, un tel dossier aura perdu une bonne partie de son caractère opérationnel.

Le dossier de synthèse devrait permettre de saisir en un coup d'œil tous les événements antérieurs, encore actifs ou non, qui peuvent influencer les décisions aujourd'hui et dans l'avenir. La principale difficulté de son élaboration réside dans la nécessité de sélectionner les informations "significatives". Il n'est pas toujours aisé de définir à l'avance si un épisode s'avèrera "significatif" (c'est-à-dire susceptible d'influencer des décisions futures) et on serait facilement tenté de "tout" noter dans le dossier de synthèse qui en reperdrat dès lors son caractère de synthèse. Ce n'est que par l'expérimentation et l'évaluation du dossier que l'on peut progressivement se rapprocher d'un outil plus maniable. Il faut remarquer que le dossier de synthèse n'exclut pas la tenue d'un "journal" où sont inscrites les informations successives au jour le jour.

Mais le dossier n'est en principe pas uniquement un outil dans les mains du médecin traitant ou de son remplaçant, il devrait pouvoir être utilisé par l'ensemble de l'équipe. La réalisation d'un "dossier d'équipe" pose encore d'autres questions qui appellent, elles aussi, à l'expérimentation d'un outil de synthèse utilisable par l'ensemble de l'équipe, c'est-à-dire d'un outil de synthèse qui soit en même temps outil de coordination.

Le dossier n'est toutefois pas le seul outil de coordination au sein de l'équipe. Cette coordination est nécessaire chaque fois que plusieurs membres de l'équipe interviennent auprès d'un même patient. Ca peut être le cas au niveau de la mise au point clinique et psychosociale, mais aussi dans la réalisation des autres fonctions que nous décrirons. Nous anticipons donc déjà en partie en abordant la question de la coordination interne à l'équipe.

La coordination implique une compréhension commune du problème par des travailleurs de santé de formations différentes. Il est donc dans

l'intérêt du patient qu'il y ait non seulement échange d'informations, mais aussi concertation pour aboutir à une vision commune, à partir des visions partielles de chaque membre de l'équipe en contact avec le patient. C'est d'ailleurs cette nécessité de discussion ouverte, qui ne privilégie pas a priori le point de vue d'un membre dominant de l'équipe, qui justifie avant tout le caractère non-hiérarchisé de l'équipe.

C'est pourquoi le dossier, même amélioré, ne sera jamais suffisant dans tous les cas. Les "réunions de cas" institutionnalisées complètent les discussions informelles entre membres de l'équipe à propos de patients communs.

Il faut constater que les discussions de cas en équipe pluridisciplinaire sont étrangères à la formation des travailleurs de santé. Beaucoup d'équipes ont fait l'expérience de la difficulté d'imaginer une méthode et de s'astreindre à une discipline de discussion de cas. Il semble que celles-ci soient favorisées lorsque l'équipe prévoit des réunions qui sont exclusivement réservées aux discussions de cas, à l'exclusion de tout autre problème (gestion, élaboration de programmes d'activités préventives, etc...)

Refermons provisoirement cette parenthèse sur la coordination interne à l'équipe pour poursuivre l'examen des préalables à la fonction de synthèse.

## b) Eventuels examens techniques

La mise au point clinique et psychosociale peut s'avérer insuffisante comme source d'information et l'équipe peut souhaiter recourir à certains examens techniques de diagnostic (effectués par l'équipe ou par un service spécialisé).

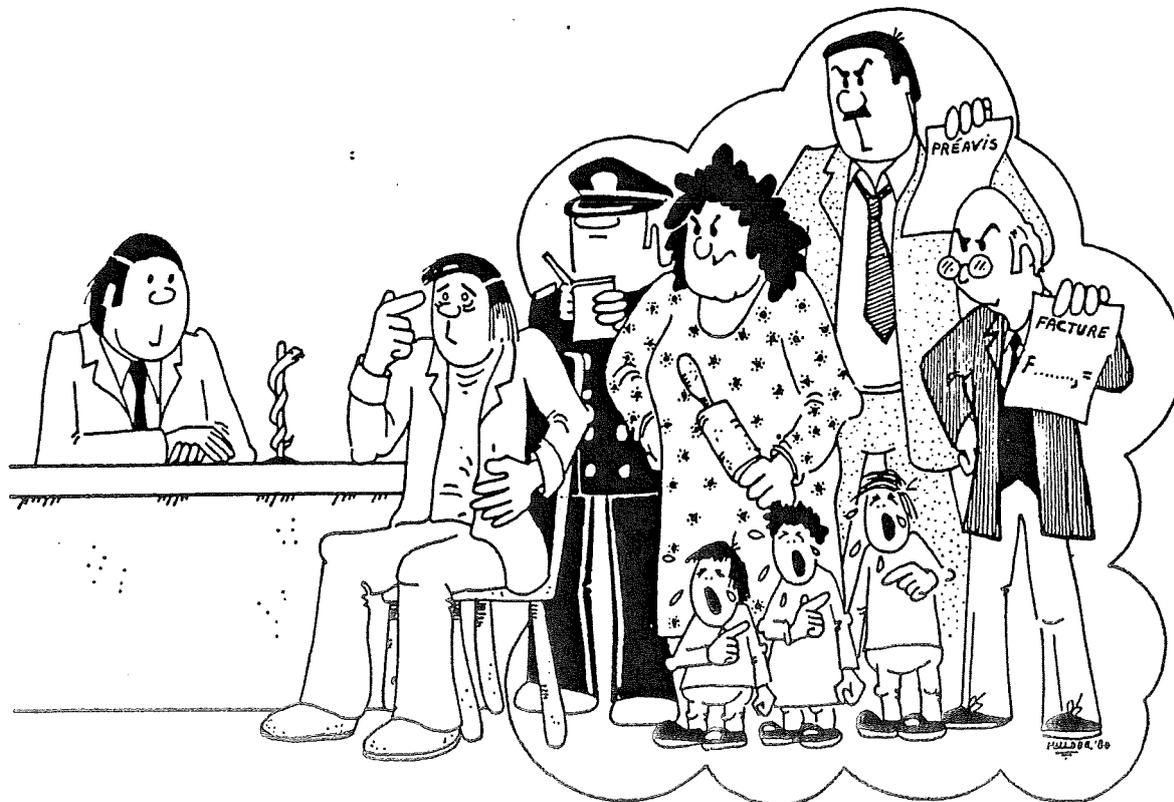
Examinons d'abord la décision d'avoir recours à de tels examens.

Les examens techniques comportent un certain nombre d'inconvénients :

- leur coût économique (qui devrait être connu de l'équipe)
- leur coût humain pour le patient, en souffrance, en inconfort, en temps, en anxiété
- éventuellement des risques inhérents à l'examen
- l'entrée dans un processus de médicalisation du problème par le simple fait de l'examen technique.

Lorsqu'on propose des examens à un patient, il faut donc pouvoir valablement l'informer sur les avantages que l'on peut en attendre en contrepartie et qui reposent sur :

- les possibilités de traitement : ce n'est pas en soi la plus grande précision diagnostique qui est utile, mais les indications de traitement que l'on peut dégager du diagnostic plus précis. Un examen dont les résultats ne modifieront pas les stratégies à court ou à long terme est inutile.



**Un aspect de la globalité des soins**

- les chances de corriger les éventuels faux négatifs ou faux positifs résultant de la mise au point clinique et psychosociale; ceci implique que l'on mette aussi dans la balance les risques de faux négatifs et faux positifs inhérents aux examens techniques eux-mêmes.
- les risques encourus par le patient en cas de faux négatif ou de faux positif

A ces éléments d'appréciation s'ajoute la notion de délai admissible: il s'agit de pondérer d'une part les risques d'éventuelles complications encourus par le patient si la décision d'examen technique est postposée, d'autre part les chances de guérison avec des moyens simples qui rendent l'examen superflu.

Cette démarche de l'équipe nécessite la mise à jour ou l'acquisition de connaissances scientifiques, mais aussi l'évaluation régulière de ses propres stratégies empiriques en matière d'examens techniques. Il s'agit ici de dépasser en équipe la discussion des cas individuels pour dégager des régularités de pratique et de résultats, et aboutir à l'élaboration de stratégies plus ou moins standardisées pour les plaintes fréquentes.

Cette évaluation et les stratégies standardisées qui en résultent délimitent l'opportunité technique de procéder à un examen. Elles ne déterminent pas la décision finale, mais seulement la décision de proposer l'examen au patient. En effet, l'équipe devrait alors correctement informer le patient de ces données techniques et envisager avec lui les données non techniques qui pèsent aussi sur la décision. En principe c'est au patient informé que revient cette décision : l'ensemble de la fonction de synthèse s'applique chaque fois qu'une décision est à prendre - y compris dans la phase préalable de recueil des données.

On peut imaginer que le patient souhaite subir un examen technique jugé inopportun par l'équipe. Si après discussion le patient persiste dans sa demande, il est normal de lui laisser ici aussi la décision. L'examen technique ne remplira sans doute pas de fonction diagnostique, mais bien une fonction de réassurance du patient pour laquelle la relation équipe-patient a échoué.

Une fois l'examen diagnostique décidé, il doit être exécuté

- soit par un membre de l'équipe
- soit par un centre spécialisé

L'exécution de l'examen par l'équipe implique :

1) que l'équipe ait préalablement décidé quels examens seront réalisés au centre, en fonction des critères suivants :

- a) le coût du matériel : des examens exigeant un matériel coûteux ne seront pas effectués dans le CSI
- b) les compétences de l'équipe, reposant d'une part sur la formation et d'autre part sur une pratique suffisante de l'examen
- c) la fréquence du besoin qui détermine directement la fréquence de la pratique et donc les compétences de l'équipe

- d) les risques de technicisation et/ou de gonflement de l'équipe résultant de l'exécution au Centre même d'un grand nombre d'examens techniques, ainsi que la "tentation" de pousser à la multiplication des examens, en vue de conserver la compétence de l'équipe et/ou d'amortir les coûts du matériel
- e) l'accessibilité des centres spécialisés géographique, financière et "psychologique"; pour certains examens urgents, la permanence de cette accessibilité peut aussi être un critère de choix.

2) que l'équipe se soit donné les moyens de réaliser ces examens, c'est-à-dire

- a) une formation adéquate
- b) l'acquisition et l'entretien du matériel nécessaire
- c) la définition, la coordination et l'organisation des tâches au sein de l'équipe
- d) une évaluation continue de la qualité technique des examens effectués au Centre.

Dans le second cas, concernant les examens que l'équipe a décidé de ne pas réaliser elle-même, il faut encore choisir le centre spécialisé de référence (ambulatoire ou hospitalier), en fonction :

- a) de son accessibilité (géographique, financière, "psychologique")
- b) des délais de réponse habituels
- c) de la qualité des réponses fournies
- d) de la correspondance entre la réponse et la demande.

Le choix d'un centre spécialisé implique donc une évaluation par l'équipe de base des réponses de celui-ci. Cette évaluation ne pourra toutefois jamais être que partielle, et il y aurait intérêt à confronter les rationalités différentes de l'équipe de base et du centre spécialisé. Si la collaboration est bonne, le centre spécialisé peut par ailleurs aider l'équipe de base à évaluer ses propres critères de référence et à les améliorer.

En conclusion de ce chapitre sur les examens techniques, on notera qu'il est prématuré sinon impossible de dresser une liste rigide des examens qui devraient être effectués au niveau du CSI. Les facteurs qui déterminent ce choix varient en effet d'une région à l'autre, d'une équipe à l'autre. Mais ces variations ne doivent pas dispenser les équipes d'établir, chacune, en la justifiant, la liste des examens qu'elles effectuent elles-mêmes, dans un souci de plus grande efficacité globale, sans oublier que "trop" de technique risque d'obscurcir leurs fonctions spécifiques dont les dimensions sont davantage humaines.

- c) Eventuelle référence pour mise au point complète par un centre spécialisé

Dans le cadre du recueil des données du problème, l'équipe peut être amenée à référer le patient à un centre spécialisé pour une mise au point complète. Contrairement aux décisions

d'examens techniques où l'équipe décidait elle-même des stratégies de diagnostic, une telle référence laisse au centre spécialisé la décision des stratégies. Nous parlons toutefois à ce stade-ci de référence "pour mise au point" et non "pour prise en charge", ce qui implique que le spécialiste ne prendra pas - sauf réelle urgence - d'initiative de traitement mais renverra le patient à l'équipe de base pour décider du traitement, l'avis du spécialiste venant s'ajouter comme élément aux informations nécessaires à la synthèse des données du problème.

Comme pour les examens techniques, l'équipe devrait évaluer rétrospectivement ses propres stratégies (empiriques au départ) de référence pour mise au point, afin de parvenir à une relative standardisation pour les problèmes les plus fréquemment rencontrés.

Comme pour les examens techniques, la décision de la référence revient, dans la mesure du possible, au patient, informé des avantages que l'on peut attendre de cette mise au point, de ses inconvénients, ainsi que des avantages et inconvénients de ne pas recourir à cette mise au point. Le choix du centre spécialisé de référence lui revient également, et ici aussi il importe qu'il soit valablement informé et puisse poser ce choix en connaissance de cause.

La logique de ce chapitre étant fort semblable à celle du précédent, nous résumerons donc succinctement ce qu'implique pour l'équipe de soins de base la référence pour mise au point à un centre spécialisé :

1°) l'examen de l'opportunité de la référence pour mise au point en fonction

- a) des compétences requises pour décider des stratégies de diagnostic et pour les réaliser
- b) de l'infrastructure nécessaire à la mise au point (matériel sophistiqué, observation permanente ...)
- c) du coût économique de la mise au point
- d) du coût humain pour le patient de la mise au point, qui inclut la notion d'accessibilité du centre spécialisé.

2°) la discussion avec le patient sur l'opportunité de demander une telle mise au point, aboutissant à une décision (positive, négative ou reportée à plus tard)

3°) la discussion avec le patient menant au choix du centre spécialisé (ambulatoire ou hospitalier) en fonction d'une série de critères, dont :

- son accessibilité géographique, psychologique, économique
- les délais de réponses
- la "valeur scientifique" des spécialistes et la qualité des réponses fournies
- la correspondance entre la demande (de mise au point) et la réponse.

Ici également, on se trouve face à la difficulté pour un service de soins de base d'évaluer la "qualité" des réponses des services spécialisés, et face à la nécessité de confronter les

rationalités de l'équipe de base et des spécialistes.

Il serait souhaitable que chaque CSI établisse un réseau de référence habituel pour toutes les spécialités avec lequel il entretient et améliore les relations de collaboration. L'avis des usagers est un facteur important dans l'établissement d'un tel réseau (cfr accessibilité).

L'évaluation des références de l'équipe est la première étape pour optimiser ses stratégies de références. Elle devrait permettre d'atteindre les deux objectifs évoqués ci-dessus :

a) la "rationalisation" des références, qui vise à diminuer la proportion de références "inopérantes" qui n'ont pas pour résultats un changement dans les stratégies thérapeutiques, par rapport aux références "opérantes" qui modifient les stratégies de traitement adoptées. C'est donc directement la décision de l'équipe de proposer la référence que l'on veut améliorer par cette évaluation.

b) la constitution d'un réseau de spécialistes avec lesquels la collaboration est jugée satisfaisante, à partir de l'évaluation de leurs réponses et de l'appréciation des usagers.

Il est à noter que ces services spécialisés ne sont pas du ressort exclusif de la médecine. Des références sociales ou juridiques spécialisées peuvent par exemple être nécessaires pour cerner l'ensemble des données du problème présenté par le patient à l'équipe de CSI, même si l'équipe comprend un travailleur social "généraliste".

### I.2.2. La fonction de synthèse proprement dite

La fonction de synthèse est essentielle au CSI: elle est située au point de convergence des différentes informations techniques et psychosociales, là où elle a le plus de chances d'être globale et d'aboutir à la décision optimale de conduite thérapeutique en fonction du problème du patient dans son contexte de vie.

Une fois les informations recueillies, il s'agit en effet de faire la synthèse du problème et de la confronter avec le patient aux alternatives de marches à suivre envisageables - alternatives qui ne se limitent d'ailleurs pas nécessairement à des traitements médicaux.

Cette démarche n'est pas aussi évidente qu'elle peut paraître à première vue.

Il semble en effet que le plus souvent, le travailleur de santé, dans son rapport avec le patient, privilégie d'emblée une solution unique plutôt que d'envisager systématiquement les alternatives possibles, et qu'en outre il n'en relève que les inconvénients à ses yeux majeurs (12).

(12) cfr R.F. FADEN, C. BECKER et al., "Disclosure of information to patients in medical care", in Medical Care, July 1981, Vol. XIX, n° 7, p. 718-733.

La raison en est sans doute en partie que le travailleur de santé ne maîtrise pas lui-même les alternatives techniquement adéquates et leurs avantages et inconvénients respectifs.

Il est d'ailleurs illusoire d'attendre de l'équipe qu'elle fournisse sur le champ et pour tous les problèmes diversifiés qu'elle rencontre sur une journée un inventaire raisonné des alternatives possibles. Le recours à des stratégies standardisées pourrait faciliter la tâche de l'équipe.

La standardisation a pour but de délimiter les solutions techniquement adéquates à un problème à partir de l'examen de leurs avantages et inconvénients. Si le niveau de formation du personnel interdit une trop grande complexité, on simplifiera l'arbre de décision et on standardisera davantage en ne retenant que la ou les meilleures solutions techniques (13). Mais ce n'est pas le cas des équipes de soins de base en Belgique, et on peut très bien ne standardiser les stratégies que partiellement et maintenir dans l'arbre de décisions des solutions plus nombreuses, y compris les "moins bonnes techniquement", qui pourraient s'avérer plus acceptables pour certains patients, pour autant que l'on inventorie les avantages et inconvénients de chacune d'entre elles.

La standardisation des stratégies est souvent présentée comme frein à la "liberté thérapeutique". Elle a en fait pour but de canaliser cette "liberté" dans les limites de ce qui peut être le plus bénéfique au patient, et de restreindre l'empirisme et l'arbitraire de décisions non réfléchies.

L'information du patient et la discussion des possibilités d'action sont la pierre d'angle de la fonction de synthèse. L'équipe y est d'emblée engagée dans un processus d'éducation à la santé, consciemment ou non, dont il est fort possible que les effets soient beaucoup plus pregnants que ceux des campagnes organisées d'éducation à la santé.

En effet, l'éducation à la santé ne se limite pas aux actions volontaires et conscientes de l'équipe.

On peut faire l'hypothèse que dans le cadre des activités médico-sanitaires ce sont surtout les contacts individuels avec des membres de l'équipe qui "éduquent" le patient à prendre les décisions qui le concernent ou au contraire à s'en remettre à d'autres. L'attitude de l'équipe est à cet égard primordiale. Très peu de recherche a été consacrée jusqu'à présent à ce processus d'éducation à la santé individuelle parce retranché dans le colloque singulier. Nous voudrions proposer ici, à titre d'outil, un modèle d'analyse de cette fonction de synthèse.

(13) cfr. J.-P. UNGER et H. VAN BALEN, "Kasongo : une tentative de distribution des soins continus, globaux et intégrés en Afrique centrale", lettre d'information du Germ, n° 146-147, mars-avril 1981.

La première condition est l'information correcte du patient. Il serait en effet tout à fait inacceptable de la part du travailleur de santé interpellé de restituer formellement le pouvoir de décision au patient sans lui en fournir les moyens.

L'information "correcte" implique :

a) qu'elle soit exacte dans le sens où elle reflète des connaissances scientifiques établies ainsi que les lacunes de ces connaissances et/ou les lacunes des connaissances de l'équipe;

b) qu'elle soit complète, c'est-à-dire qu'elle ne taise pas certaines solutions envisageables, ni les avantages et inconvénients des différentes alternatives, qu'elles soient médicales ou non. Les stratégies standardisées permettent d'approcher de plus près cette exigence d'information exacte et complète;

c) qu'elle soit compréhensible et assimilable pour le patient, ce qui implique un effort d'adéquation de l'équipe au savoir et au vécu du patient.

Il peut toutefois exister des situations où on ne peut pas informer valablement le patient, soit que l'on ait des raisons de croire que le patient ne supporterait pas cette information, soit que l'information soit trop complexe pour que l'on parvienne à la rendre compréhensible. Mais ces situations pourraient devenir exceptionnelles, et non la règle générale : pour la plupart des problèmes rencontrés au niveau des soins de base, il est possible d'informer plus ou moins correctement le patient, et d'améliorer progressivement cette information par l'évaluation de la pratique courante.

La capacité du soignant de juger de l'opportunité ou de la non-opportunité d'informer le patient est liée à sa compréhension des attitudes et sentiments du patient face à la situation, c'est-à-dire au degré d'"empathie" du soignant.

Dans les situations exceptionnelles où le patient n'est pas informé et ne peut donc pas réellement prendre la décision, il existe d'ailleurs souvent d'autres recours (la famille, l'avis d'autres travailleurs de santé ...).

Il faut noter que l'information correcte ne dépend pas seulement de la bonne volonté de l'équipe mais devrait être favorisée par une plus grande capacité du patient de poser les bonnes questions (qui ne sont pas nécessairement celles que son interlocuteur trouvera "bonnes"). Ce type de formation du public fait à l'heure actuelle tout à fait défaut. Ne serait-il pas fructueux de rechercher avec des patients ce qui, dans l'attitude et les questions du patient, pousse le travailleur de santé à lui fournir une meilleure information ? Les résultats d'une telle recherche pourraient servir de matériau à une éducation à la santé qui viserait à permettre aux patients eux-mêmes de tirer davantage de profit du "colloque singulier" en termes de maîtrise des décisions.

Enfin, valablement informé des données techni-

ques du problème et de ce qu'il peut attendre, en termes d'avantages et d'inconvénients, de différentes solutions envisageables, le patient prend, dans la fonction de synthèse typique, la décision en fonction de la valeur qu'il attache à ces avantages et inconvénients.

Il ne faudrait cependant pas tomber dans le formalisme de la prise de décision par le patient. Même informé, le patient peut s'avérer incapable de décider, et ici aussi la bonne compréhension, l'"empathie" de la part de l'équipe est nécessaire pour juger jusqu'à quel

point elle peut pousser le patient à décider lui-même.

Dans certaines situations, il peut donc être acceptable que l'équipe prenne la décision à sa place. Dans ces situations, il est toutefois hautement souhaitable que la relation d'"empathie" soit suffisante pour que l'équipe soit en mesure de déceler la décision qu'aurait prise le patient s'il en avait été capable. La relation d'"empathie" ne justifie toutefois jamais à elle seule la prise de décision par l'équipe.

→

MODELE D'ANALYSE DE LA FONCTION DE SYNTHESE

Information de l'individu		
	Correcte	Incorrecte
<p>Décision</p> <p>par l'équipe</p> <p>par l'individu</p>	<p>Acceptable dans certains cas où l'individu n'est pas capable de décider.</p> <p>Condition : relation d'empathie suffisante pour prendre la décision qu'aurait prise l'individu en fonction de son système de priorités.</p>	<p>Situation actuelle inacceptable dans sa généralisation.</p> <p>Exceptionnellement acceptable dans les situations où on a des raisons de croire qu'on ne peut pas informer l'individu.</p>
	<p>Fonction de synthèse typique</p>	<p>Formalisme de la restitution du pouvoir de décision à l'individu.</p> <p>Inacceptable</p>

I.3. Fonction d'accompagnement

Une fois le traitement initial décidé et instauré, la fonction de l'équipe consiste essentiellement dans l'accompagnement du patient et dans la synthèse de l'évolution qui peut mener à de nouvelles prises de décision (examens techniques, demande d'avis spécialisés, poursuite, modification ou arrêt du traitement): la fonction de synthèse qui vient d'être décrite se renouvelle aussi souvent que des décisions doivent être prises.

L'exécution du traitement est le premier aspect de cet accompagnement.

Dans bon nombre de cas, ce sera le patient lui-même qui exécutera le traitement décidé. Mais

d'autres traitements exigeront des interventions techniques, soit de l'équipe elle-même soit d'un centre spécialisé. Cette donnée de lieu du traitement fait d'ailleurs partie des informations à fournir au patient, dans la mesure où elle influence le coût et l'acceptabilité du traitement.

- Le choix du lieu du traitement est fonction
- des compétences requises pour son application
  - de l'infrastructure matérielle requise
  - des coûts humains
  - des coûts économiques
  - de l'accessibilité des centres spécialisés.

Le développement d'un service d'"hospitalisation à domicile" dans le cadre du CSI permettrait d'étendre les possibilités de prise en

charge du traitement par l'équipe elle-même. Il implique que l'équipe se soit donné les moyens d'y faire face adéquatement : moyens matériels limités, et surtout moyens en personnel disponible et en collaboration avec d'autres services qui rendent possible l'Hospitalisation à Domicile (14).

Le développement d'un service d'Hospitalisation à Domicile est toutefois lié à la fréquence du besoin rencontré et donc aux caractéristiques de la population que dessert l'équipe.

La composition de l'équipe intervient également dans les possibilités de prise en charge du traitement. Si le noyau de l'équipe est composé d'un(e) secrétaire, de médecins généralistes et d'infirmier(e)s, il semble que la fréquence du besoin justifie souvent la présence d'un travailleur social et d'un(e) kinésithérapeute. L'équipe peut être complétée par psychologue, diététicien(ne), logopède ..., pour autant que le besoin soit suffisamment fréquent et que l'on ait des raisons de croire que l'inclusion de ces services dans l'équipe améliorera l'accessibilité et/ou la qualité des soins.

En effet, au-delà d'un certain seuil, l'élargissement de l'équipe offre plus d'inconvénients que d'avantages : gonflement de l'équipe et difficultés de communication, perception par la population d'une structure imposante plutôt que d'un centre à dimension humaine. Toute équipe est donc amenée à faire des choix dans sa composition, choix qui devraient être dictés par la fréquence des besoins qui varie d'une population à l'autre, et par les possibilités de collaboration avec des services existants. Il n'est donc pas pertinent de vouloir définir de manière normative la composition de l'équipe d'un CSI.

Si le traitement est exécuté par l'équipe, il faut définir les tâches de chaque membre de l'équipe concerné, assurer la coordination de ces tâches, et veiller à une évaluation régulière de la qualité technique et humaine des soins.

Si la décision impliquait l'exécution du traitement par un centre spécialisé, l'équipe doit veiller à fournir au centre de référence - choisi si possible dans le réseau de spécialistes dont s'est entourée l'équipe - l'ensemble des informations nécessaires à la continuité des soins. La référence thérapeutique implique transfert de la responsabilité de la surveillance de traitement du CSI au centre spécialisé. Toutefois l'accompagnement par le CSI, plus proche du patient, peut en améliorer la conduite. Il faut alors veiller aux mécanismes de coordination entre CSI et centre spécialisé.

Mais l'accompagnement dans le traitement ne se borne pas à son exécution. Il peut en effet s'avérer que le traitement, décidé par le patient, devienne trop lourd ou trop inadéquat

(14) cfr. Cahier du Germ n° 150, "UN LIT FAMILIER ... L'expérience de la Maison Médicale de Seraing en hospitalisation à domicile", par l'équipe de la Maison Médicale de Seraing, septembre 1981.

pour qu'il soit suivi comme prévu. Il peut y avoir à cela plusieurs raisons : très souvent, de nouveaux éléments ont modifié les données du problème et rendu la décision inadéquate ou affaibli la motivation du patient de suivre le traitement; mais par ailleurs, la décision n'était peut-être pas vraiment acceptée par le patient comme sienne; certaines données du problème n'avaient peut-être pas été suffisamment prises en considération; l'information fournie par l'équipe était peut-être insuffisante et le patient n'avait pas décidé en connaissance de cause.

Dans le cadre d'une relation continue entre l'équipe et le patient, qui implique une forme de contrat (réciproque), l'équipe est responsable de veiller à l'application du traitement ou à son réaménagement. Cette fonction est délicate, car il ne s'agit en aucun cas d'obliger le patient à suivre un traitement contre son gré ni de le soumettre à une surveillance intrusive.

Le problème se pose sans doute davantage pour des problèmes chroniques qui nécessitent une surveillance régulière pendant des périodes prolongées. Si un patient a marqué son accord pour un rythme de surveillance et ne se représente pas au CSI à la date prévue, le problème de la relance se pose. Un outil nécessaire à la relance est la tenue par l'équipe d'un échancier qui permet d'identifier le patient qui ne se représente pas. Les modalités de la relance elle-même restent à discuter (rappel écrit, visite à domicile ...) et doivent éviter toute coercition ou intrusion, qui serait contraire à toute la conception de la fonction de synthèse. La relance vise soit à parer à un simple oubli, soit à permettre une discussion équipe-patient menant à une nouvelle décision du patient dont l'équipe est alors avertie. Il faut d'ailleurs noter que de telles discussions constituent un des seuls moyens dont dispose l'équipe pour évaluer la qualité de sa fonction de synthèse.

L'accompagnement du traitement implique aussi que l'on reprenne, après instauration du traitement, d'éventuelles décisions d'exams techniques ou de mise au point spécialisée, et que l'on refasse la synthèse de l'évolution, le traitement instauré apportant des informations supplémentaires. Le but de cette synthèse est la décision de l'arrêt, de la poursuite ou de la modification du traitement.

A ce niveau, il devient possible de faire une évaluation des stratégies adoptées, à partir des résultats obtenus dans des cas comparables. En particulier l'analyse des échecs (qui implique la définition préalable des objectifs à atteindre) apporte des indications importantes dans l'évaluation tant des stratégies standardisées que de leur adaptation aux individus.

Enfin la fonction d'accompagnement vise aussi la convalescence, la réadaptation et la réinsertion sociale du patient.

Selon le type de problème, la réadaptation et la réinsertion sociale du patient comporteront des aspects plus techniques (kinésithérapie,

logopédie ...) ou plus sociaux (problèmes d'emploi, de logement ...). Elles impliqueront un soutien - qui n'est pas nécessairement médical - du patient et de son entourage dans leurs propres efforts de réinsertion. La prise en charge de cette responsabilité de continuité aidera d'ailleurs l'équipe, dans le cadre de la fonction de synthèse, à mieux informer le patient de toutes les conséquences de certaines décisions, et pas seulement des conséquences étroitement médicales à court terme.

La réadaptation et réinsertion pourront aussi nécessiter la référence à un centre spécialisé, qu'il s'agisse de services sociaux ou juridiques ou de services techniques spécialisés dans la revalidation (kinésithérapie spécialisée, par exemple).

## II. FONCTIONS PREVENTIVES ET DE PROMOTION DE LA SANTE

De même que pour les fonctions curatives, l'essentiel des fonctions préventives et de promotion de la santé réside dans la synthèse, l'information et l'accompagnement, que ce soit à l'égard d'un individu, de groupes spécifiques ou de l'ensemble de la population desservie.

Nous examinerons les fonctions préventives en envisageant différentes activités préventives : la surveillance des individus "à risques", les éventuels dépistages systématiques, les vaccinations et la promotion de la santé à travers l'hygiène du milieu et l'hygiène individuelle (15).

### II.1. La surveillance des individus "à risques"

Les individus ou groupes d'individus "à risques" sont ceux qui sont soumis à un risque normalement élevé et auxquels des mesures de prévention primaire - c'est-à-dire visant réellement à prévenir l'apparition d'une affection particulière - peuvent être appliqués. Le risque peut provenir d'une affection déjà déclarée (diabète), d'un état momentané (grossesse), d'antécédents familiaux (cancer du sein), du milieu de vie ou de travail (radiations ionisantes) ...

Une catégorie particulière est composée des individus "suspects" chez lesquels la probabilité d'avoir contracté une affection grave est élevée (membres d'une famille où s'est déclaré un cas de maladie contagieuse grave).

Le but de la surveillance des individus "à risques" est :

- soit de proposer à ces individus des mesures de prévention primaire : hygiène individuelle spécifique visant à réduire le risque (obésité,

(15) Ce chapitre est en partie inspiré de P. Mercenier, "La médecine préventive : exigence ou panacée ?" in Germa, Pour une politique de la santé, Ed. Vie Ouvrière/Revue Nouvelles, Bruxelles 1971.

té, tabac); vaccination de certains enfants contre la rougeole; prescription de vitamines chez les nourrissons en vue de prévenir le rachitisme; etc.

- soit le diagnostic précoce, lorsqu'il n'existe pas de mesures de prévention primaire adéquates.

Contrairement aux services curatifs, les individus ne sont généralement pas demandeurs de services préventifs. Or la prévention demande elle aussi des efforts, dont la contrepartie en avantages est encore moins perceptible qu'en matière de soins curatifs. La fonction de synthèse, l'information correcte du patient et la décision informée et autonome de celui-ci, sont donc au moins aussi importantes dans ce domaine de la prévention.

La première étape logique de la surveillance des individus "à risques" est la définition des stratégies : quels risques va-t-on surveiller, dans quel but et comment ?

Un risque ne sera retenu que dans deux cas :

- soit que l'on puisse raisonnablement considérer que l'application de mesures de prévention primaire préviendront l'apparition d'une affection grave
- soit que l'on puisse considérer qu'un diagnostic précoce d'une affection grave permettra de guérir ou de prévenir l'évolution de cette affection, et ceci avec un résultat meilleur que si l'on instaurait un traitement après l'apparition des symptômes.

La surveillance des risques ne correspondant à aucun de ces critères aboutirait à médicaliser des individus de manière tout à fait inutile, puisqu'ils n'auraient pas d'avantage "santé" à attendre en contrepartie de leurs efforts.

Une difficulté dans la définition des stratégies réside souvent dans les lacunes ou imprécisions des connaissances scientifiquement établies en matière de facteurs de risque, lacunes dont il faudra également informer correctement le patient.

De même qu'en matière curative, la standardisation des stratégies de surveillance et de traitement préventif, identifiant les avantages et inconvénients des alternatives possibles (y compris celle de ne rien faire) permettra d'informer plus correctement l'individu. Cette standardisation implique l'évaluation des résultats a posteriori et la formation continue de l'équipe.

La deuxième étape consiste à identifier les individus "à risques" pour lesquels des mesures préventives sont utiles. Comme il s'agit souvent d'individus bien portants qui ne sont pas demandeurs de soins et ne viennent pas consulter, il faut pouvoir les identifier à partir des outils disponibles au CSI (par exemple l'ensemble des dossiers). La condition en est la délimitation de la population vis-à-vis de laquelle le Centre est responsable. Le contrat usager-CSI permet de distinguer clairement la population qui se considère comme usager du Centre, des patients qui n'ont consulté que

pour un service ponctuel et ne considèrent pas l'équipe comme responsable de leur information.

Une fois les individus "à risques" identifiés parmi l'ensemble des usagers, l'équipe les invite à une discussion individuelle ou en groupe. C'est ici que prend place la fonction de synthèse, dont le modèle d'analyse proposé antérieurement pour les soins curatifs s'applique également : information correcte du patient des données du problème et des alternatives d'actions possibles, et prise de décision de l'individu en fonction de la valeur qu'il accorde à ces avantages et inconvénients. L'éducation à la santé individuelle en ce qui concerne les patients "à risques" semble ne pas pouvoir être entièrement remplacée par l'éducation à la santé collective : dans la mesure où l'importance du risque varie d'un individu à l'autre, les avantages et inconvénients des actions envisageables différeront sans doute aussi. Mais l'éducation à la santé individuelle pourrait être renforcée par des réunions de groupe de patients à risques semblables partageant leurs expériences.

Si l'individu a opté pour un programme de surveillance, l'équipe doit alors l'exécuter, refaire la synthèse aussi souvent que de nouvelles décisions doivent être prises, et observer l'évolution du risque jusqu'à résolution du problème. Le problème de la "relance" peut se poser de la même manière que pour les soins curatifs, et nécessite la tenue d'un échancier. L'équipe peut aussi référer à un centre spécialisé en fonction des critères de matériel et compétences requises et d'accessibilité des centres spécialisés.

Actuellement, une bonne partie de la surveillance des individus "à risques" est réalisée par des services spécialisés : surveillance de la grossesse, des nourrissons (ONE, ou service gynécologique ou pédiatrique), des enfants en âge scolaire (médecine scolaire), des travailleurs soumis à des risques professionnels (médecine du travail) ... Certaines de ces activités pourraient être intégrées au sein du CSI (16).

Mais, même si la surveillance est réalisée par un centre spécialisé, le CSI est responsable de la synthèse de l'ensemble des informations concernant la santé de l'individu. Tout comme pour les services curatifs spécialisés, le CSI et les services préventifs spécialisés doivent entretenir des rapports de collaboration et de coordination.

## II.2. Les éventuels dépistages systématiques

A la différence de la surveillance des individus à risques, le dépistage systématique s'adresse à l'ensemble de la population ou d'un groupe déterminé de la population. Il s'agit de mettre en évidence précocement une affection

(16) cfr. chapitre II, 3) intégration des soins.

afin de mieux en contrôler l'évolution et d'en prévenir les conséquences.

Le dépistage systématique n'est donc qu'un outil, une étape préliminaire à l'application de mesures préventives ou curatives. En soi, il ne prévient rien et n'a de sens que par les suites qui peuvent lui être données. Pour décider d'un programme de dépistage systématique, il faut donc que les avantages globaux pour tous ceux qui y sont soumis excèdent les inconvénients.

La décision d'un programme de dépistage systématique devrait être subordonnée aux conditions suivantes :

- l'affection envisagée doit être suffisamment fréquente dans la population considérée (le coût économique et humain de chaque affection dépistée diminue avec la fréquence de l'affection)
- l'affection doit être dangereuse pour la vie ou être cause d'invalidité ou d'incapacité excessive
- un signe unique doit s'accompagner d'une haute probabilité que la maladie soit présente
- le signe doit être simple, économique et acceptable pour l'individu
- il doit y avoir une perspective raisonnable que des mesures pourront être prises pour guérir ou pour prévenir son évolution
- il doit y avoir des raisons suffisantes de considérer que le traitement précoce permettra un résultat meilleur que le traitement institué après apparition des symptômes (17).

Peu d'affection répondent à l'ensemble de ces critères. On peut citer à titre indicatif: le dépistage précoce du cancer du col et du sein, des caries dentaires, de l'amblyopie, de certaines maladies professionnelles ...

Si l'on a décidé d'un programme de dépistage systématique, on reprend les étapes décrites antérieurement : identification des individus auxquels s'adresse le dépistage (qui implique la délimitation de la population), convocation, information de ces individus et prise de décision (fonction de synthèse), exécution du programme par l'équipe ou par un centre spécialisé.

## II.3. Les vaccinations

Parmi les vaccinations on peut distinguer :  
- celles qui visent à enrayer ou éradiquer une maladie; le fait que tel individu soit vacciné importe moins que le taux de vaccination dans la population. Elles impliquent une large échelle, beaucoup plus grande que celle d'une population de CSI. Mais si la décision de telles vaccinations ne relève pas du CSI, l'équipe pourrait prendre en charge leur exécution.  
- les vaccinations qui visent à protéger l'individu. La plupart d'entre elles ne sont pas organisées systématiquement, et le centre est responsable de leur décision et de leur exécution.

(17) cfr. P. MERCENIER, "La médecine préventive" in Comptes-Rendus des Journées d'Etudes du Gern sur la Médecine Préventive, 22-23 mars 1969, pp. 21-22.

tion : les rappels de tétanos dans la population adulte, le vaccin antirubéoleux chez les jeunes adolescentes, le vaccin contre la grippe chez des patients à risques; le vaccin contre la rougeole chez des enfants à risques ...

La démarche est semblable à celle évoquée pour la surveillance des individus "à risques" et les dépistages systématiques :

- définition des stratégies de vaccinations en fonction de leurs avantages et inconvénients et standardisation de ces stratégies (18)
- l'identification des individus éligibles, qui implique la délimitation de la population
- l'information de ces individus et l'invitation à discuter des avantages et inconvénients de la vaccination, la discussion individuelle et/ou en groupe, et la prise de décision par les individus concernés (fonction de synthèse)
- l'exécution du programme de vaccinations, avec éventuellement l'appui d'un système de relance qui nécessite la tenue d'un échancier. La référence sera rare pour les vaccinations qui ne concernera en principe que les vaccins qui posent des problèmes complexes de conservation ou dont l'application est rare et délicate.

#### II.4. La promotion de la santé à travers l'hygiène du milieu et l'hygiène individuelle

Jusqu'à présent nous n'avons envisagé parmi les activités préventives que celles qui visent à empêcher l'apparition ou l'aggravation d'affections spécifiques, et qui s'adressent à des individus, en ayant souvent recours à des moyens techniques.

La promotion de la santé vise plutôt à élever le niveau de santé de base de la population et s'adresse à l'ensemble de la population desservie. C'est ici qu'apparaît de la façon la plus nette la relation entre le CSI et la collectivité comme telle, et non comme somme d'individus.

Il s'agit tout d'abord d'identifier les facteurs de promotion de la santé individuels et propres à l'environnement. Notons d'emblée que la distinction n'est pas toujours précise. On considère généralement comme relevant de l'hygiène individuelle des facteurs tels que les habitudes alimentaires, l'exercice physique, l'usage de la télévision, l'usage du tabac, l'allaitement maternel ... Par contre le bruit, la sécurité routière, l'urbanisme, la pollution atmosphérique, l'hygiène du travail relèveraient plutôt de l'hygiène du milieu. Mais comment par exemple des individus pourraient-ils améliorer leurs habitudes alimentaires s'ils n'ont pas de prise sur les repas scolaires ou les cantines ?

L'identification de ces facteurs de promotion de la santé devrait se faire avec la population concernée, et nécessite donc des formes de participation collective.

(18) cfr. L. Thiry, "Vaccins ou maladies : mettez vous-mêmes les poids dans la balance", lettre d'information du Germ, n° 137/138, avril/mai 1980.

L'équipe elle-même dispose de sources d'information à partir de ses activités curatives et des observations faites lors des consultations ou visites à domicile. Ces informations peuvent compléter ou préciser, par leur aspect quantitatif lié à la répétition des observations faites par l'équipe, l'information que détient la population elle-même. Toutefois, bon nombre de besoins connus ou ressentis dans la population resteront inconnus de l'équipe à défaut d'une écoute de la population, par l'intermédiaire de groupes locaux de base ou d'autres "relais" privilégiés. Concrètement, ce n'est en effet jamais avec l'ensemble de la population que l'équipe peut dialoguer. Les "relais" sont des personnes ou des groupes qui, par leur intégration dans leur environnement social et la connaissance qu'ils en ont, sont en mesure de "représenter" des aspirations ou des valeurs débordant celles qu'ils ont en propre.

La participation collective de la population est d'autant plus importante qu'il faudra établir des priorités parmi les facteurs de santé à promouvoir, priorités relevant de choix plus que d'une argumentation technique.

Une fois de plus, la fonction de synthèse apparaît comme la fonction centrale du CSI, non seulement dans le rapport avec les individus mais aussi avec la population.

Le CSI a une fonction d'information ou d'avertissement à remplir, sur base de l'analyse des problèmes avec la population. Cette information doit être correcte dans ses aspects techniques, mais ce n'est pas le rôle de l'équipe de décider de la modification de l'hygiène du milieu ou de l'hygiène individuelle, ni de les réaliser. C'est à la population de prendre de telles décisions, sur base de ses propres priorités et en connaissance de cause.

Ces décisions collectives posent toutefois un problème que ne posait pas la décision individuelle : la "communauté" est rarement homogène mais plutôt constituée de groupes sociaux à intérêts parfois divergents, et les priorités ne sont pas nécessairement les mêmes pour tous ces groupes sociaux. L'équipe doit donc être consciente du rôle que pourrait lui faire jouer un groupe particulier ou dominant, éventuellement aux dépens d'autres groupes. Les conflits qui surgissent par exemple à l'occasion du maintien ou de l'intégration des personnes handicapées dans "la communauté" sont révélateurs de divergences profondes d'intérêts entre les groupes qui composent cette "communauté".

Mais il s'agit là de problèmes importants dont l'équipe doit avoir conscience pour mieux se situer socialement, ce n'est pas à elle à les résoudre. Son rôle principal réside dans l'information et l'éducation à la santé (fonction de synthèse) et dans l'accompagnement des actions de modification de l'hygiène individuelle et du milieu.

Les moyens concrets de l'éducation à la santé collective peuvent être très variés et doivent tendre à la meilleure adaptation aux caractéristiques de la population locale et/ou des

divers groupes qui la composent : tracts, af-fiches, journal des patients, réunion d'un comité de patients ou d'un groupe de la popula-tion sur un thème sont des moyens "classiques" qui peuvent être améliorés, mais qui ne tou-chent pas nécessairement l'ensemble de la popu-lation. L'adaptation de l'information à des groupes particuliers de la population exige la recherche de moyens plus appropriés, en col-laboration avec les intéressés ou leurs repré-sentants (par exemple : organisation d'ateliers cuisine pour des femmes immigrées en vue d'é-quilibrer les recettes traditionnelles en fonc-tion des contraintes belges).

Tous les membres de l'équipe sont responsables de l'éducation à la santé et assument occasion-nellement un rôle plus important selon le thème traité. Il pourrait cependant être utile qu'un membre de l'équipe assure (outre ses fonctions spécifiques) la fonction de coordination des activités d'éducation à la santé.

Mais avant même la mise en oeuvre de ces moyens il faut que les objectifs du programme d'éduca-tion à la santé soient clarifiés, dans la mesu-re du possible avec des "relais" dans la popu-lation : ce sont ces objectifs qui déterminen-t avant tout le choix des moyens. C'est de leur définition claire que dépendra aussi l'é-valuation que pourront faire l'équipe et les usagers qui y participent de la réalisation de leur programme (19).

L'accompagnement des décisions peut consister dans l'assistance des individus qui ont décidé de modifier leurs habitudes de vie, individuel-lement ou dans des groupes où l'assistance mu-tuelle des individus peut supplanter le soutien du professionnel.

Il peut aussi s'agir de soutenir l'initiative de groupes qui tentent d'obtenir des améliorations en matière d'hygiène du milieu.

Le champ des activités s'élargit ici considéra-blement : pressions diverses pour obtenir une plaine de jeux, l'amélioration du système de chauffage dans un complexe de logements so-ciaux, l'amélioration des conditions de travail dans une entreprise de la région, l'améliora-tion de la qualité des repas scolaires ...

La fonction de l'équipe n'est pas de prendre en charge ces négociations mais de soutenir dans leurs démarches les groupements de patients, de locataires, le Comité de Sécurité et d'Hygiène ..., qui lui en font la demande.

Toute activité visant à la promotion de la san-té s'inscrit dans un cadre plus vaste de "déve-loppement communautaire". Une fois de plus, rappelons que la santé n'est qu'un bien parmi d'autres, et que des activités visant spécifi-quement à promouvoir la santé doivent éviter de médicaliser des problèmes dont la solution est avant tout sociale.

(19) Pour les principes d'évaluation de campagnes d'édu-cation sanitaire, cfr. D. Piette "Education pour la santé - Campagnes locales évaluées - Thème : l'Artério-sclérose", lettre d'information du Gern n° 148/149, Mai/juin 1981.

## Chapitre 4

### LES OBSTACLES A LA REALISATION DE CENTRES DE SANTE INTEGRES

La réalisation par le CSI de soins globaux, continus et intégrés (chapitre 2), et la réali-sation des fonctions de premier contact, de synthèse, d'information et d'accompagnement, tant dans les activités curatives que préventi-ves (chapitre 3), se heurtent actuellement en Belgique à une série d'obstacles.

Partant de l'analyse des fonctions primaires, nous examinerons dans ce chapitre quatre caté-gories d'obstacles qui se dégagent de l'expé-rience des Maisons Médicales et les empêchent d'aller plus loin dans l'expérimentation des potentialités du CSI. Ces quatre catégories d'obstacles sont : le morcellement et la non-coordination dans tout le système de soins, l'inadéquation du mode de financement des Mai-sons Médicales, l'inadéquation de la formation de base et continue des travailleurs de santé, et enfin, de manière plus large, des obstacles d'ordre socio-culturel.

#### 1) L'incohérence du système de soins de santé

La première difficulté dans la réalisation tant de la fonction de premier contact que des fonc-tions de synthèse et d'accompagnement réside dans l'absence de planification, le morcelle-ment des services de soins, et le manque de coordination entre services.

Notons avant d'examiner les problèmes posés par cette incohérence, que cet obstacle pourrait être partiellement atténué par des réaména-gements locaux pour les besoins de l'expérimenta-tion à petite échelle de CSI. La phase de déve-loppement de la structure CSI implique toute-fois des mesures de planification dans le cadre d'une politique de santé dont les objectifs se-raient définis à l'avance à un niveau plus cen-tral.

La fonction de premier contact implique le principe de l'échelonnement : le patient entre dans le système de soins par la base de la py-ramide, là où l'approche de son problème a le plus de chance d'être globale. Il ne s'agit pas d'interdire aux usagers le recours direct au spécialiste ou à l'hôpital, mais surtout de les informer des avantages qui résultent pour eux de l'entrée dans le système de soins par le niveau primaire : globalité, continuité, li-mitation d'une médicalisation excessive. Les éventuels inconvénients que l'on peut trouver à ce passage premier par la médecine générale tiennent actuellement à l'inadéquation de la

médecine générale, et il est évident que si l'on prône l'échelonnement, il faut en même temps améliorer la qualité des soins de base.

Actuellement, le principe d'échelonnement sur base des fonctions respectives des services de base et des services spécialisés n'existe ni dans l'organisation des soins, ni bien souvent dans les mentalités. L'accent placé pendant des années sur les services spécialisés a produit un déséquilibre numérique entre services de base et services spécialisés. L'offre a créé la demande, et ce n'est pas un hasard que le recours direct aux services spécialisés soit beaucoup plus fréquent dans les régions où les services spécialisés sont surdéveloppés. Bruxelles est sans doute la ville belge où la notion même de "médecin de famille" - premier échelon traditionnel - a le plus perdu son sens.

La fonction de premier contact implique aussi une intégration des activités préventives et curatives au niveau du CSI. Or l'organisation démantelée des services de base a créé, elle aussi, la confusion face aux multiples portes d'entrée possibles au niveau des soins de base même.

Dans des conditions où des services de soins multiples, tant à l'échelon primaire qu'aux échelons spécialisés, "soignent" les mêmes patients sans concertation ni coordination, il devient illusoire d'assurer la fonction de synthèse. Le but de cette fonction de synthèse n'est nullement la mainmise d'une équipe sur toutes les données relatives à la santé des individus, mais bien l'information correcte de ces individus sur base de ces données. Sans doute le patient peut-il lui-même assurer cette fonction de synthèse dans des situations simples, mais il se trouve fort démuné lorsque les enjeux des décisions à prendre deviennent plus complexes.

Un autre aspect du morcellement du système de soins au niveau primaire réside dans la séparation nette entre services médicaux, psychologiques et sociaux. Il en résulte que le patient qui s'adresse à un de ces services sera généralement pris en charge dans une logique univoque, soit médicale, soit psychologique, soit de service social. La réponse à sa demande sera davantage l'effet de la porte d'entrée qu'il aura choisie, souvent par hasard, que l'adéquation à son besoin réel.

C'est une des raisons fondamentales qui pousse à prôner une collaboration étroite entre travailleurs de ces diverses branches, collaboration qui peut être réalisée au sein même de l'équipe du CSI ou par l'instauration de rapports privilégiés avec des services extérieurs. Dans les deux cas, la formation de chaque travailleur de santé de base devrait le préparer à cette ouverture d'esprit aux diverses dimensions des problèmes qu'est la globalité.

A cela il faut encore ajouter que s'il n'y a pas lieu de se plaindre de l'offre numérique en travailleurs de soins de base médicaux et psychologiques (même si on peut parfois se poser des questions sur la qualité de cette offre),

il existe de manière flagrante un manque au niveau de services sociaux répondant aux besoins réels. C'est sans doute à ce niveau que les équipes ont le plus de difficultés à trouver des collaborations valables contribuant à la fonction de synthèse.

Enfin, nous avons vu que la délimitation de la population est une condition de la réalisation des fonctions préventives, ainsi que de la continuité des soins et de la participation collective des usagers à la gestion du CSI. Une délimitation de la population sur des bases géographico-administratives serait culturellement inacceptable en Belgique, et ne serait même pas utile vu la densité géographique des services. Par contre, la délimitation de la population sur base de contrats usagers-CSI, définissant les droits et devoirs réciproques, aurait l'avantage de maintenir le "libre choix" tout en "responsabilisant" davantage tant l'équipe que l'usager.

## 2) Le mode de paiement à l'acte

Le mode de paiement à l'acte constitue une entrave beaucoup plus immédiate encore à l'expérimentation même des CSI. Tel qu'il fonctionne actuellement en Belgique, il freine fortement la réalisation des fonctions primaires que nous avons décrites. Cela ne signifie pas pour autant qu'il existe un mode de paiement idéal qui ne comporterait aucun inconvénient. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il faudrait pouvoir expérimenter d'autres formules à petite échelle avant de décider de leur institutionnalisation.

Quelles sont les difficultés que devrait lever un autre mode de paiement ?

Le paiement à l'acte couvre des prestations ponctuelles et essentiellement de type curatif. Il a des effets tant sur les activités préventives que curatives de l'équipe.

Puisque l'équilibre financier du CSI en dépend, les services curatifs et individuels restent nécessairement à l'avant-plan des activités, aux dépens d'activité de prévention et d'éducation à la santé. Celles-ci nécessitent en effet beaucoup plus de travail de préparation que de prestations individuelles reprises dans la nomenclature, et sont en large partie non-rétribuées et de toute manière non rentables. Ces activités sont actuellement du ressort du bénévolat.

Par ailleurs, le paiement à l'acte n'est pas non plus favorable à la réalisation des fonctions curatives telles qu'elles ont été décrites. De plus en plus, la pathologie dominante est chronique et nécessite une prise en charge continue. Or le paiement à l'acte, dans sa logique, couvre des réponses ponctuelles à des épisodes isolés. Certes, on peut contourner cette logique et assurer néanmoins une continuité de la prise en charge malgré cette entrave. Mais en tout état de cause, le paiement à

l'acte n'incite pas à essayer de trouver des solutions d'ensemble à des problèmes complexes et de longue durée, à rechercher une efficacité globale, il incite plutôt à répondre dans l'im-médiat au plus pressé.

Il faut encore rappeler que la continuité peut impliquer la relance de patients "perdus de vue"; or une telle relance peut être considérée, dans le cadre du paiement à l'acte, comme motivée par l'appât du gain et assimilée à du "racolage" de patients. Il en va d'ailleurs de même pour des campagnes collectives d'éducation sanitaire ou de prévention : en l'absence de délimitation précise de la population, toute équipe qui s'engage dans telles campagnes touche inévitablement - à moins de garder une discrétion telle que l'efficacité en est largement réduite - des individus qui ne se considèrent pas comme usagers du centre. Ici aussi surgissent des objections "déontologiques" directement liées au mode de paiement à l'acte.

A cela s'ajoute le problème de la durée des contacts avec les patients. Nous avons insisté sur le fait que le "temps adéquat" à une mise au point ou à une discussion n'est pas standardisable et varie d'un problème à l'autre. Le paiement à l'acte incite néanmoins à multiplier les actes et à éviter les consultations longues au profit de consultations plus brèves et plus nombreuses. Ceci peut être préjudiciable à la vue d'ensemble du problème, à la réelle synthèse des informations, et aussi à l'information du patient.

Informé correctement le patient est doublement non rentable : cela prend du temps supplémentaire qui vise en outre à favoriser l'autonomie du patient et sa moindre dépendance à l'égard des services de santé : l'éducation à la santé devrait avoir globalement pour effet un recours

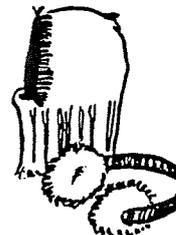
.....  
.....Hiver...grippe...toux...ENGELURES...rhume.....  
.....

Où ça?

Aux extrémités: nez, doigts, orteilles, oreilles.

Comment?

La peau est luisante, violette, froide et enflée. Elle chatouille et l'endroit est endormi.



Que faire?

En rentrant, se frotter la peau à l'alcool camphré, se remuer les doigts et les orteils pour activer la circulation. Se mettre une pommade nourrissante sur la peau.

**ATTENTION**

Cela peut se compliquer si la peau se crevasse et qu'elle s'infecte.

Dans ce cas...



pour les mains, des gants protecteurs en cas de travail manuel,



Pour les pieds des bottes fourrées, des pantoufles et du repos les jambes surélevées.

moins fréquent à l'équipe, les patients disposant des informations nécessaires pour prendre eux-mêmes dans de nombreuses circonstances les mesures utiles.

Le paiement à l'acte pénalise donc les activités préventives et d'éducation à la santé à dimension collective, et entrave la bonne réalisation de la fonction de synthèse dans le domaine curatif. Mais tel qu'il fonctionne, il comporte aussi des inconvénients majeurs pour la composition de l'équipe.

L'INAMI ne rétribue actuellement, parmi les membres de l'équipe, que les médecins généralistes, les infirmières et les kinésithérapeutes. Et encore ceux-ci ne sont-ils rétribués que pour les activités curatives. En outre, on peut considérer que les montants des prestations des infirmières sont nettement insuffisants pour couvrir un travail, même exclusivement curatif, qui permet le contact humain, la globalité de l'approche, la contribution à la fonction de synthèse. Ceci met en péril la répartition des tâches en fonction des compétences de chacun des membres de l'équipe. En particulier, la fonction de synthèse (qui devrait être assurée par le membre de l'équipe qui a le meilleur contact humain avec le patient, en concertation avec les autres membres) devient presque inévitablement l'apanage exclusif du médecin. Renverser cet ordre des choses nécessite une répartition interne des revenus au sein de l'équipe, sur base de la reconnaissance du travail non rentable aux yeux de l'INAMI mais néanmoins jugé nécessaire pour l'équipe. Or une fois de plus, le paiement à l'acte entraîne des objections "déontologiques" à tout "partage d'honoraires" qui risque d'être interprété comme forme de "collusion" (20).

Quant aux autres membres de l'équipe, qu'il s'agisse de travailleurs sociaux, du personnel d'accueil, d'aides familiales, de psychologues..., ils ne sont tout simplement pas rétribués par l'INAMI; leur traitement est donc actuellement à charge des autres membres de l'équipe, sauf si celle-ci a pu trouver une solution partielle ou à court terme, comme par exemple le recours à des stagiaires ou des "cadres spéciaux temporaires".

La notion même d'équipe pluridisciplinaire qui ne soit pas cantonnée aux aspects médicaux ou techniques des soins de base est donc remise en cause par le mode de paiement en vigueur. Le caractère figé de la nomenclature a pour effet d'inciter certaines catégories de travailleurs de santé reconnus par l'INAMI à multiplier leurs prestations dans des circonstances pour lesquelles ils n'ont pas toujours les compétences, alors que d'autres travailleurs de santé, mieux armés pour répondre à certains problèmes, ne sont tout simplement pas rétribués s'ils s'en chargent. Il s'agit là d'un constat d'inefficience caractérisée : pour assurer leur

équilibre financier, les équipes sont bien souvent obligées de se répartir les tâches en fonction de la maximalisation de la rentabilité de leur exécution plutôt qu'en fonction des compétences réelles.

L'hospitalisation à domicile offre un exemple particulier de cette contrainte : dans le cadre du paiement à l'acte tel qu'il fonctionne, il est évidemment beaucoup plus rentable pour l'équilibre financier de l'ensemble de l'équipe de multiplier les passages du médecin que ceux de l'infirmier(e) ou de l'aide familiale. Or, la surveillance de l'évolution du patient hospitalisé à domicile peut dans beaucoup de cas être largement assurée par l'infirmier(e), en concertation avec le médecin traitant. Les soins techniques requis seront souvent essentiellement des soins infirmiers, et le soutien au patient et à sa famille n'exige pas de compétences spécifiquement médicales. Mais les équipes qui respectent cette logique et se répartissent les tâches en fonction de leurs compétences respectives et de la qualité de leurs rapports avec chaque patient se voient une fois de plus financièrement pénalisées (21).

Enfin, un dernier aspect du paiement à l'acte concerne le contrôle par les usagers. On allègue parfois que le paiement à l'acte permet une forme de participation personnelle et de contrôle du patient qui exige d'"en avoir pour son argent". Dans notre régime d'assurance-maladie, qui occulte ce que chaque assuré paie réellement pour ses soins de santé - par le biais des cotisations retenues à la source - et qui entretient l'illusion de la "gratuité des soins", le paiement direct à la prestation comme mode de participation perd largement le sens qu'il peut éventuellement avoir en dehors de tout système d'assurance-maladie.

Ceci dit, il est exact que le paiement à l'acte permet au patient, sinon de contrôler, au moins de pénaliser financièrement le travailleur de santé dont il n'est pas satisfait en ne retournant plus chez lui. Cette forme de contrôle indirect du patient sur la qualité des soins peut toutefois se retrouver dans d'autres modes de paiement - comme l'abonnement.

L'abonnement est en effet une des alternatives possibles au paiement à l'acte. Il a l'avantage de lier la rémunération de l'équipe au nombre de personnes vis-à-vis desquelles elle est responsable plutôt qu'au nombre de prestations, et d'avoir recours à un contrat qui délimite la population et définit les droits de regard des abonnés sur le fonctionnement de l'équipe. On peut en attendre qu'il incite l'équipe à une plus grande efficience globale, et qu'il lui permette une plus grande souplesse d'adaptation dans le choix de ses moyens de travail. Il maintient et accentue même le contrôle potentiel des usagers.

(20) art.135 du Code de Déontologie élaboré par l'Ordre des médecins : "Tout partage d'honoraires entre médecins et non-médecins est interdit": cfr. "Analyse critique du Code de Déontologie", lettre d'information du Germ n°88/89 mai-juin 1975.

(21) cfr. Cahier du Germ n° 150, "Un lit familial ... L'expérience de la Maison Médicale de Seraing en hospitalisation à domicile", par l'équipe de la M.M. de Seraing, septembre 1981.

On pourrait rétorquer que tout ceci n'est qu'hypothèses et qu'il faudrait d'abord le prouver. Précisément, et ce sera une première conclusion : il est urgent de permettre aux Maisons Médicales l'expérimentation d'autres formes de paiement, de vérifier si elles sont acceptables tant économiquement que culturellement et si elles permettent mieux de réaliser les fonctions primaires.

### 3) La formation des travailleurs de santé

Une autre source d'obstacles réside dans le fait que les travailleurs de santé de base sont très mal préparés à réaliser les fonctions primaires que nous avons décrites (22).

La formation tant théorique que pratique se déroule le plus souvent dans des milieux spécialisés du deuxième voire du troisième échelon. Les spécialistes qui forment les futurs travailleurs de santé le font dans une optique de spécialiste, c'est-à-dire nécessairement morcelée. Cette acquisition de connaissances et de compétences spécifiques est nécessaire, mais n'est pas complétée par une formation à la globalité de l'approche. D'ailleurs, les malades rencontrés en cours de formation dans les milieux spécialisés sont généralement des malades qui requièrent des soins complexes, dont les problèmes sont déjà médicalisés et souvent à juste titre, mais qui sont fort peu représentatifs des malades que les futurs travailleurs de santé de base rencontreront dans leur pratique. Une telle formation permet sans doute de mieux se familiariser avec certains problèmes techniques complexes, mais laisse totalement démuni face aux plaintes imprécises, multifformes ou apparemment anodines qui constituent une bonne partie des problèmes rencontrés au premier échelon. Ce n'est en effet pas dans un contexte hospitalier que l'on peut le mieux se former à la globalité, à la polyvalence, ni à la vigilance à l'égard d'une médicalisation inutile.

En outre, l'apprentissage de l'écoute et le développement des compétences relationnelles, fondamentales pour la fonction de synthèse, sont à l'heure actuelle étrangers à la formation de base, en particulier à celle du médecin généraliste.

L'insistance sur la maladie se fait en général aux dépens de la formation à la prévention ou à l'éducation sanitaire. Le contact avec des individus bien portants est tellement rare qu'il ne faut pas s'étonner de ce qu'à l'entrée de la vie professionnelle, tout consultant sera considéré comme malade, au moins en puissance, et donc objet de médicalisation.

(22) cfr. H. Cleempoel et I. Dumont "Nos facultés de médecine forment-elles des médecins généralistes ?", lettre d'information du Germ, n° 105, février 1977. Et lettre d'information du Germ n° 144/145, "Formation des infirmières : Savoir-être", janvier/février 1981.

Quant à la continuité des soins, elle reste, au niveau spécialisé, très limitée dans le temps et en ce sens diffère radicalement de la notion de continuité au premier échelon où elle ne couvre pas seulement un épisode isolé, mais bien la succession d'épisodes. Une fois de plus, on ne voit pas comment les milieux spécialisés pourraient à eux seuls faire passer cette notion parmi leurs étudiants.

La formation au travail en équipe pluridisciplinaire non-hiérarchisée fait tout à fait défaut. Au contraire, toute la socialisation pousse à reproduire les rapports hiérarchiques vécus en cours de formation, que ce soit de la part des médecins ou des paramédicaux. Les discussions de cas, la concertation entre travailleurs de santé à compétences différentes, et a fortiori la collaboration entre services médicaux et sociaux sont inexistantes.

Enfin, les travailleurs de santé sont très mal formés à s'auto-évaluer et à revoir leurs stratégies. Ils ne sont généralement même pas formés à élaborer des stratégies, à rechercher eux-mêmes les avantages et inconvénients de différentes marches à suivre, que ce soit pour des activités curatives ou pour la prévention.

Faire le point, s'arrêter pour examiner les régularités de sa pratique routinière, s'interroger sur leur efficacité, inventorier les alternatives possibles, se rappeler ou se fixer de nouveaux objectifs, tout cela n'est enseigné ni dans les Facultés de Médecine, ni dans les Ecoles Paramédicales.

Pourtant cette auto-évaluation de la pratique quotidienne serait sans doute la manière la plus efficace d'envisager la formation continue en rapport direct avec les problèmes rencontrés.

Or, non seulement la formation de base ne fournit pas d'éléments de méthodologie pour l'auto-évaluation, mais la formation continue telle qu'elle est organisée reproduit largement les mêmes inadéquations que la formation de base.

Ce qui reste de cette formation, c'est bien sûr la maîtrise de certaines connaissances, de certaines techniques mais aussi, des attitudes d'esprit intériorisées qui modulent le comportement du travailleur de santé sans qu'il n'en soit même conscient. L'adaptation de la formation aux soins de base ne pourrait donc être réglée par l'adjonction de quelques cours supplémentaires de psychologie, de sociologie, de santé publique ou de médecine préventive. C'est l'ensemble de la formation qui doit être revue, à partir d'une définition claire des objectifs éducationnels : de quoi veut-on que les travailleurs de santé de base soient capables ? Ce n'est qu'à partir de là que l'on pourra trouver des moyens de formation de base et continue plus adéquats, qui, tout en fournissant connaissances et techniques, forment aussi aux attitudes d'esprit requises pour mieux répondre aux besoins de la population au niveau primaire.

La réforme des études en médecine générale ainsi que dans les branches "paramédicales" néces-

site des efforts importants de recherche, d'investissements et de transformation des mentalités, dont on ne pourra commencer à mesurer les effets que plusieurs années plus tard.

Ces efforts doivent être entrepris et poursuivis. Cependant, la recherche d'une formation continue plus adéquate pourrait aboutir plus rapidement à la levée partielle d'une série d'obstacles à la réalisation des fonctions du CSI.

L'identification des besoins en formation continue, à partir des difficultés concrètes rencontrées par les travailleurs de santé sur le terrain, et l'expérimentation de réponses appropriées à ces besoins, seraient d'ailleurs riches d'enseignement pour la réforme des études de base.

#### 4) Obstacles d'ordre social et culturel

Les obstacles que nous venons d'analyser (incohérence du système de soins, inadéquation du mode de paiement, inadéquation de la formation) ne sont pas seuls en cause pour expliquer les difficultés de fonctionnement et de développement des CSI. Ce serait un leurre que de croire que la simple injection de moyens organisationnels plus appropriés peut suffire à résoudre tous les problèmes. Elle y contribuerait certainement. Mais le système de soins de santé est lui-même imbriqué dans un système social et culturel plus large qui détermine une bonne part de son fonctionnement.

Nous voudrions lancer dans ce dernier chapitre quelques pistes de recherche concernant les obstacles d'ordre social et culturel, sans doute les plus tenaces, à la réalisation concrète du modèle de CSI tel que nous l'avons décrit. On peut espérer que l'analyse de ces obstacles pourra un jour être approfondie comme elle le mérite. Sans doute cette analyse ne déboucherait-elle pas sur des propositions de solutions applicables immédiatement. Mais elle permettrait de mieux comprendre l'ensemble du problème et par là d'orienter les solutions partielles, en tenant compte des effets possibles de leurs interactions avec la structure sociale élargie.

Une difficulté prépondérante dans la mise en oeuvre du modèle de CSI réside dans la non-demande de participation de la part de la population, ou au moins de larges couches de la population. Il semble que les attentes des usagers soient bien davantage axées sur la consommation plus ou moins passive des services que sur une prise en charge autonome de leurs problèmes de santé, tant individuellement que collectivement.

Ce phénomène n'est pas propre au système de soins de santé et se retrouve dans de nombreux champs d'activités traditionnellement gérés par des experts en la matière : enseignement, urbanisme, etc.

En ce qui concerne la participation collective, la privatisation de la santé et de la maladie sur le plan culturel - privatisation inégalement répandue dans les diverses couches de la société - semble constituer un frein important.

Mais il existe d'autres obstacles, tant à la participation individuelle que collective.

Il est certain que le corps médical lui-même a contribué à l'affermissement d'attitudes de soumission et d'abdication des usagers face à la médecine. La tradition de non-partage du savoir jointe à la foi démesurée placée dans la science et la technique médicales aux moments de ses progrès les plus spectaculaires a forgé un mythe du médecin omniscient. Si de nombreux patients se plaignent de ce que leur médecin "n'explique pas", il interprètent généralement ce manque d'information par des traits de caractère du médecin ("il est taiseux", "il ne prend pas le temps"). Il leur viendra rarement à l'esprit que le médecin pourrait lui-même ne pas savoir, et par là même serait incapable d'expliquer sans avoir à développer son ignorance partielle. Par ailleurs, il n'est pas rare que des médecins cherchant à susciter une décision autonome du patient s'entendent répondre : "Mais Docteur, c'est vous qui devez savoir".

De telles réactions ne s'expliquent cependant pas uniquement par l'intériorisation d'attitudes dictées traditionnellement par le personnel de santé et le corps médical en particulier. Certes le degré de dépendance du patient est lié à son expérience de rapports avec les services de santé. Mais la maladie elle-même prédispose à l'angoisse et à la crainte de prendre des décisions et des responsabilités, et favorise la demande de s'en remettre à plus fort que soi.

La capacité de faire des choix est cependant également liée aux ressources dont dispose chaque individu en fonction de sa position sociale : ressources psychologiques, culturelles, relationnelles, économiques, ... qui délimitent l'éventail des choix possibles. On pourrait faire l'hypothèse que le recours à la médecine et la demande de prise en charge par elle, conçue comme décharge de soi-même, croissent d'autant que les perspectives de solutions sociales aux problèmes de mal-être semblent s'éloigner.

Il est possible aussi que la relation de dépendance soit accentuée par une conception très organiciste de la maladie où les interactions entre le corps, le psychisme et le social interviennent peu.

Cette conception a été encouragée par l'essor des progrès techniques. Dans le corps médical lui-même, l'évolution vers un regain d'intérêt pour l'être humain global est récente (23), et

(23) cfr à ce propos l'analyse de D. ARMSTRONG, "The emancipation of biographical medicine", in Social Science and Medicine, Vol. 13 A, pp. 1 à 8 (1979), qui décrit l'évolution des conceptions médicales en parallèle à la "revalorisation de la médecine générale".

est encore faiblement implantée dans les Facultés de Médecine elles-mêmes. Il ne faut donc pas s'étonner de ce que le public ait actuellement tendance à interpréter la maladie de manière essentiellement organique et à y chercher des réponses d'ordre technique.

Cette conception de la maladie explique sans doute en partie la dévalorisation de la médecine générale aux yeux du public et le recours au spécialiste perçu comme "plus compétent" parce que mieux armé techniquement. L'utilité des soins primaires ne peut en effet apparaître que si l'on conçoit que l'on est, en tant qu'individu malade, partie prenante de l'état de maladie et que la réponse la plus élaborée techniquement n'est pas nécessairement la meilleure réponse dans une perspective globale.

Certaines attitudes largement répandues dans la population sont donc en contradiction avec le modèle de CSI. Pourquoi ces attitudes ? Quels sont leurs fondements ? La réponse à ces questions est essentielle. Si elles étaient avant tout "naturelles", c'est-à-dire dans la nature même de l'être humain, il n'y aurait aucune chance que le CSI puisse jamais remplir ses fonctions. Si au contraire, comme nous en avons fait l'hypothèse, elles sont essentiellement des produits historiques de l'évolution des idées et de la société, on peut envisager qu'elles se modifient progressivement sous l'effet de la diffusion de nouvelles idées et de l'évolution des rapports sociaux entre soignants et soignés.

Cependant les attitudes de la population ne sont pas les seuls obstacles d'ordre social et culturel au fonctionnement et au développement de CSI. Les attitudes des travailleurs de santé sont également en cause.

On peut se demander jusqu'à quel point la participation de la population est réellement souhaitée par le personnel de santé. Aussi longtemps qu'il s'agit d'une participation exécutive, cela ne pose pas de problèmes. Au contraire, cette forme de participation contribue à renforcer l'image du professionnel de santé fiable et compétent, dont il importe de suivre scrupuleusement les recommandations.

Mais la participation aux prises de décisions peut faire surgir des conflits de valeurs et d'intérêts, particulièrement lorsqu'il s'agit de décisions collectives de gestion ou d'organisation de service de base.

Les rapports sociaux internes au système de soins ne sont pas propices non plus au développement des CSI.

La notion d'équipe non-hiérarchisée est en contradiction avec les modèles dominants de rapports sociaux entre les diverses catégories de soignants. Dans le cadre du bon fonctionnement du CSI, cette notion trouve son principal fondement dans la nécessité de concertation entre travailleurs de santé à propos de patients communs.

Chaque membre de l'équipe contribue à cette concertation selon la qualité de sa relation avec le patient et la compréhension qu'il a de lui en tant qu'être humain global, bien plus qu'en raison de compétences techniques spécifiques. Mais, si la hiérarchie dans l'équipe est défavorable au patient au niveau des soins de santé primaires, tout l'environnement social contribue à entraver cette non-hiérarchisation.

Les niveaux de formation différents - du médecin à l'aide familiale, par exemple - s'accompagnent de capacités différentes au niveau de la verbalisation et de l'expression, et très souvent les discussions restent dominées par les médecins. Cela est d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit de discuter, non pas de cas de patients, mais d'options pour le fonctionnement du centre, qui apparaissent comme plus abstraites et d'autant plus difficiles à maîtriser que le niveau d'études est moins élevé.

Les fortes différences de revenus des différents membres de l'équipe selon leur qualification entérinent pour leur part les représentations de valeurs différentes attachées au travail de chacun.

Un autre obstacle au travail en équipe réside dans la résistance à accepter le regard des autres sur sa propre ignorance et aussi sur son angoisse face à la maladie et à la mort. En dehors d'une équipe, le soignant est confronté seul à son ignorance. Cette ignorance résulte en fait de plusieurs niveaux d'incertitude. Le premier provient des lacunes, voire des contradictions ou des erreurs qui sont propres au savoir scientifique lui-même. Une seconde source d'incertitude résulte de l'impossibilité pour tout soignant de maîtriser à lui seul l'ensemble d'un savoir scientifique beaucoup trop vaste malgré ses lacunes. Constatant son ignorance face à un problème, ou une erreur qu'il aurait commise, le soignant est alors confronté à un troisième type d'incertitude : est-ce moi, est-ce ma connaissance, ma maîtrise d'un savoir en constante évolution qui est en cause, ou le savoir scientifique lui-même est-il inadéquat pour proposer des réponses valables à ce problème ? (24)

Dans le cadre d'une équipe où le travail de chacun acquiert une bien plus grande visibilité pour les autres membres de l'équipe, le soignant aura plus fréquemment des réponses à cette dernière question que s'il travaille seul. Tantôt le partage de son ignorance par ses collègues le rassurera partiellement sur ses propres compétences, tantôt au contraire ses décisions seront remises en cause par des éléments d'information scientifiques qu'il ne maîtrisait pas.

Sans doute l'incertitude est-elle inconfortable. Mais quand cette incertitude se réduit à travers le jugement par les "pairs", les limites de chaque soignant apparaissent plus clairement. De telles appréciations, même si

(24) cfr Renée C. FOX, "Training for uncertainty", in Robert K. HERTON et al., eds, The Student-Physician, Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press, 1957, pp. 204-241.

elles contribuent à la formation continue et améliorent la qualité du travail, ne sont pas toujours facilement acceptées.

Au-delà de l'équipe, des freins d'ordre social et culturel limitent aussi la collaboration entre les différents niveaux de soins.

La hiérarchie qui s'est établie entre niveaux de soins de base et niveaux spécialisés est contraire à la notion de complémentarité. Plutôt que de chercher à ce que les soins spécialisés soutiennent les soins de base, on conçoit souvent qu'ils les commandent.

Le changement est rendu d'autant plus difficile que les nombreuses institutions et services spéciaux qui se sont créés et ont prospéré ont actuellement tellement d'intérêts propres à défendre que la moindre remise en cause du système de soins en place apparaît comme une menace.

Cette résistance au changement, cet immobilisme lié à la défense d'intérêts souvent étrangers à la santé de la population expliquent aussi pourquoi il est tellement difficile de trouver des solutions aux trois catégories d'obstacles analysés précédemment.

La mise en place d'une expérimentation d'un autre mode de paiement, pour ne prendre que cet exemple, peut apparaître à première vue comme un problème avant tout technique. Et pourtant, les mécanismes de décisions qui rendraient une telle expérimentation possible semblent influencés bien davantage par des considérations d'ordre politique - au sens étroit du terme - que par la recherche sereine d'une plus grande efficacité du système de soins.

Sans doute la résistance tenace de la structure en place à se laisser modifier constitue-t-elle le principal obstacle au développement de CSI.

## CONCLUSION

Nous sommes aujourd'hui à un tournant.

Si nous n'empruntons pas la voie d'une politique de santé plus cohérente et plus efficiente, notre système de soins continuera à nous coûter de plus en plus cher sans nous apporter de bénéfices santé équivalents. Si nous ne trouvons pas des soins de santé plus humains qui respectent notre autonomie, nous risquons d'être embrigadés à notre insu dans une morale médicalisante de plus en plus envahissante.

Le CSI est un élément de réponse plausible à ce double défi, et la première chose à faire est de l'essayer.

Certes, le CSI est à considérer comme un but vers lequel on tend, en sachant qu'il ne sera jamais possible de réaliser totalement et parfaitement l'ensemble de ses objectifs et fonctions, mais tout au plus de s'en rapprocher. Le rôle d'un modèle théorique n'est pas de définir de manière normative ce qui doit être atteint, mais plutôt de guider la recherche dans des voies qui maximalisent les avantages et minimisent les inconvénients. C'est à l'expérience elle-même d'améliorer le modèle théorique.

Mais, d'emblée, l'expérience se trouve freinée, et il faut trouver dès à présent des solutions aux obstacles les plus immédiats, c'est-à-dire:

1°) expérimenter des modes de paiement alternatifs au système à l'acte, qui soient plus adéquats à la réalisation des fonctions du CSI;

2°) promouvoir une formation de base et prioritairement une formation continue qui permette aux travailleurs de santé du premier échelon de répondre plus adéquatement aux vrais besoins de la population.