

CAHIER

**RIEN NE SERT DE COURIR
IL FAUT PARTIR A POINT**



**De la prévention
à la promotion de la santé**

Le docteur Yves reçoit Madame Marianne

Ou une consultation fictive illustrant les obstacles à la prévention

Madame Marianne, jeune grand-mère de 51 ans, vient revoir le docteur Yves à la maison médicale. Elle a mal au dos depuis une bonne semaine, et ça ne passe pas...

A la maison médicale, l'accueillante signale discrètement au docteur Yves que Madame Marianne vient de recevoir une lettre de rappel pour le vaccin contre le tétanos. Le docteur Yves se promet bien d'en toucher un mot en fin de consultation.

- Bonjour Madame Marianne, comment allez-vous ?
- Bien mal, docteur ! C'est mon dos...
A mon âge, se dit Madame Marianne - pendant que le docteur Yves est au téléphone- quand mon dos ira mieux, ne serait-ce pas utile de faire un dépistage du cancer ? Dans la salle d'attente, il y a une affiche sur le dépistage du cancer de la prostate, mais je ne suis pas concernée. Et pour moi, qu'est-ce que le docteur peut proposer ? Pourquoi ne m'en parle-t-il pas ?
- Madame Marianne, je vois dans votre dossier qu'il est temps de faire un rappel du vaccin contre le tétanos.
- Le tétanos ?
- Oui. Vous pouvez passer chez l'infirmière chaque jour de 17h à 18h.
- D'accord, quand j'aurai moins mal au dos et si j'y pense. *(Mais je pense bien plus à maman qui est morte à mon âge d'un cancer du sein. Ce sera bientôt mon tour ? Comment pourrai-je lui dire ? J'en parlerai à l'infirmière au moment de la piqûre, entre femmes, on se comprend mieux).*

Madame Marianne est sortie, mais dans l'esprit du docteur Yves, la consultation continue.
*D'accord pour le vaccin contre le tétanos. Mais je pense aussi à la mammographie de dépistage, au frottis de col, à la prévention de l'ostéoporose, au cholestérol, à sa tension artérielle... Comment parler de tout cela quand Madame Marianne vient me voir pour son mal de dos ? J'ai l'impression de lui casser les oreilles avec le cholestérol et les petits desserts. Comme elle prend déjà bien ses médicaments pour la tension, je préfère l'encourager à continuer et ne pas l'importuner avec de nouveaux soucis... D'autres s'en chargeront : n'est-ce pas le boulot du gynécologue de proposer une mammographie de dépistage et un frottis de col ? Mais quel est le dernier résultat gynécologique de Madame Marianne dans son dossier ?
Je ne suis pas motivé pour parler d'alimentation avec les patients. En pratique, ils ne changent pas. C'est trop difficile. Pour l'ostéoporose, les spécialistes ne sont pas d'accord entre eux, mieux vaut donc se taire... Une prévention plus facile, c'est le vaccin contre la grippe : il revient chaque automne, on commence à s'y habituer. Et puis, j'oublie... Ce n'est pas évident de se rappeler de parler des mammographies à toutes les patientes de plus de cinquante ans. C'est décourageant de parler de prévention sans en voir les résultats. Cela prend du temps et c'est difficile de se faire comprendre par les patients. Ils ne viennent pas me voir pour des conseils ou de la prévention, ils viennent quand ils ont mal et veulent guérir... La prévention, c'est mon problème, ce n'est pas le leur, ils ne me demandent rien. Comment l'équipe de la maison médicale pourrait-elle s'organiser et répartir les tâches pour que la prévention soit plus facile ?*

Corinne, l'infirmière prépare le vaccin de Madame Marianne.

- Je suis très inquiète. Maman est morte à mon âge d'un cancer du sein.
- Une mammographie pourra vous rassurer. Et peut-être de voir à temps s'il y a un problème. En avez-vous parlé au docteur Yves ?
- J'ai peur. La dernière fois que je l'ai vu, il m'a parlé du vaccin. Maintenant que j'ai mon retour d'âge, je ne vais plus chez le gynécologue. A quoi bon ?

Corinne ne se sent pas assez compétente pour parler de dépistage avec Madame Marianne. *Je ne suis pas médecin, c'est mieux dit à la télévision et on en parle tellement dans les revues féminines... Et puis, nos études ne nous préparent pas à parler de prévention, et encore moins à en faire... Yves est un grand timide. C'est un médecin qui n'ose pas parler d'autre chose avec les patients que ce*



qu'ils demandent. Je voudrais qu'on en parle en équipe pour qu'on se mette d'accord entre nous et être utile pour les gens.

Sur le chemin de son domicile, madame Marianne tire les conclusions de son passage à la maison médicale. *Ils sont bien gentils tous ces jeunes de la maison médicale. L'infirmière m'a un peu rassurée pour la mammographie. Je demanderai une prescription au docteur. Mais pourquoi ne m'en a-t-il pas parlé ? Quand le docteur me propose un examen, j'accepte parce que j'ai confiance en lui. C'est son métier et il sait ce qui est bon pour moi. Nous, les patients, nous avons surtout besoin d'explications, c'est une manière de nous prendre au sérieux. Des explications quand nous sommes malades pour être vite guéris, mais aussi des explications pour éviter de tomber malade, c'est encore mieux ! Nous avons besoin de plus de prévention.*

Du bon docteur à bécicles recommandant une certaine tempérance - est intempérant celui qui boit plus que son docteur... - et mettant en garde contre les dangers de la masturbation, jusqu'au développement actuel d'outils pour la santé et la participation des usagers, le paysage de la prévention et de la promotion de la santé s'est considérablement modifié au cours de ces dernières décennies, et continue à évoluer.

La consultation, fictive mais pas vraiment inventée, que vous venez de lire à la page précédente illustre quelques aspects concrets de la manière dont se posent aujourd'hui les questions de prévention et de promotion de la santé : leur interaction avec la pratique curative, l'utilisation d'un échéancier, les difficultés à aborder certains sujets tant du côté patient que du côté soignant, la quête d'information, et ses avatars. Santé conjugulée vous invite à explorer cette problématique au travers de réflexions et d'expériences vécues.

Nous nous promènerons tout d'abord sur le chemin des concepts fondateurs avec les articles de Pierre Mercenier et Alain Deccache, et au passage nous exorciserons quelques idées diabolisant la prévention et la promotion de la santé.

Nous verrons ensuite quelle est la tâche des généralistes en prévention et à quels obstacles ils sont confrontés.

Ce sera le moment de faire connaissance avec le projet « Agir ensemble en prévention », un programme de soutien à la prévention en maison médicale, nourri à la fois par les réflexions théoriques exposées et par la connaissance des difficultés à les mettre en pratique.

Nous vous présenterons ensuite quelques activités de prévention en maison médicale dont un certain nombre à bénéficier de l'aide de « Agir ensemble en prévention ».

Un regard extérieur sur la dynamique de ce projet et une réflexion de Monique Van Dormael clôtureront ce cahier.

Bonne lecture.

Les réflexions

La médecine préventive : exigence ou panacée ?

page 26

*Pierre Mercenier, professeur en santé publique. Résumé par Jean Laperche, médecin généraliste à la maison médicale de Barvaux
Quand le curatif et le préventif s'entremêlent : une réflexion fondatrice.*

Comment ont évolué les concepts et pratiques de prévention des maladies et de promotion de la santé ?

page 30

*Alain Deccache, professeur, unité d'éducation pour la santé, école de santé publique, faculté de médecine, Université catholique de Louvain, Bruxelles
Vingt huit ans après, une relecture de Pierre Mercenier.*

Promenade de santé

page 34

*Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune
De la prévention de papa à la promotion de la santé : diabolisation, exorcisme et fécondation.*



Tâches et obstacles en première ligne de soins

La médecine préventive au quotidien des généralistes page 41

Yves Gosselain, licencié en communication, Jean Laperche, médecin généraliste et Marianne Prevost, sociologue

Les obstacles à la prévention en médecine générale : les connaître pour les dépasser page 42

Yves Gosselain, licencié en communication, Jean Laperche, médecin généraliste et Marianne Prevost, sociologue

« Agir ensemble en prévention »

Agir ensemble en prévention : sens et naissance d'un projet d'accompagnement au sein des maisons médicales page 46

Yves Gosselain, licencié en communication, Jean Laperche, médecin généraliste et Marianne Prevost, sociologue

Tenir le cap et mener les passagers à bon port page 49

Yves Gosselain, licencié en communication, Jean Laperche, médecin généraliste et Marianne Prevost, sociologue

Agir en prévention : trois outils construits avec les équipes de terrain page 52

Yves Gosselain, licencié en communication, Jean Laperche, médecin généraliste et Marianne Prevost, sociologue

Échéance et liberté page 57

Yves Gosselain, licencié en communication, Jean Laperche, médecin généraliste et Marianne Prevost, sociologue

Réalisations en maison médicale

Où l'on manie les outils

Dépistage du cancer du sein page 59

*L'équipe de la maison médicale Le Noyer
L'échéancier.*

Suivi extra-muros des patients hospitalisés en milieu psychiatrique page 61

*L'équipe de la maison médicale La Passerelle
Le carnet de bord.*

Projet « personnes âgées » page 63

*L'équipe de la maison médicale du Nord
Une grille pour ne pas enfermer.*

Les journaux Info Santé et le Courrier page 66

Daniel Burdet, médecin généraliste, membre du groupe Promotion Santé de la maison médicale à Forest et Nicole Grimberghs, infirmière, membre du groupe prévention de la maison médicale Essegem
De la communication interactive.

Où se questionnent les représentations de la santé

Groupe de parole de femmes diabétiques page 68

L'équipe de la maison médicale du Nord
Quand une supposée incompréhension est en fait un refus de la maladie.

L'accès aux soins pour les sourds et malentendants : un projet pilote page 69

L'équipe de la maison médicale d'Anderlecht
Ne pas entendre fait voir le corps et la santé différemment.

D'une impression à une recherche-action page 71

Brigitte Meire, infirmière, membre du groupe prévention de la maison médicale Essegem
Le problème, c'est peut-être de croire qu'il n'y a pas de problème.

Espace parents - petits enfants page 74

L'équipe animatrice de la maison médicale du Maelbeek : Luc Colinet, licencié en sciences familiales et sexologiques, thérapeute familial systémique, Sandrine Durieux, puéricultrice, Chantal Hoornaert, médecin généraliste et Bénédicte Roegiers, médecin généraliste
Rendre la confiance dans la capacité d'être parent.

Où l'équipe se met en question

Histoire dos : une expérience à la Free clinic... page 77

Prévention : ras-le-bol ?

Paulette Duhaut, assistante sociale à la Free clinic
Quand la prévention réveille la question du plaisir et de l'imagination...

Quand on veut faire participer les patients à une réflexion sur le dos page 81

Brigitte Poulet, kinésithérapeute à la maison médicale Norman Bethune
... ce qui ne manque pas d'être contagieux.

Prévention : un grand mot, laissons la parole aux patients page 82

Christophe Defraene, accueillant à la maison médicale Norman Bethune
Quand les attentes de la salle d'attente ne sont pas celles qu'on attendait.



Où les usagers s'affirment

Logement et santé : qu'en est-il lorsqu'on vit dans la pauvreté ? page 85

Pierre Hendrick, médecin généraliste à la maison médicale du Vieux Molenbeek

Disposer d'un logement décent est un préalable fondamental à la promotion de la santé.

La Porte Ouverte page 87

Anne, Josiane, Lucien, Olga, Thérèse, membres du groupe La Porte Ouverte

Lutter contre la solitude, cela se fait ensemble...

Où la collaboration ouvre des portes

Prenez votre foie en main page 89

Les équipes des maisons médicales du Miroir et des Marolles

Une campagne de vaccination contre l'hépatite B dans le quartier des Marolles.

Projet de sensibilisation à l'hygiène dentaire page 90

L'équipe de la maison médicale d'Anderlecht

Si tu ne vas pas chez le dentiste, le dentiste vient chez toi...

Regards

Un regard extérieur sur la dynamique du projet

Agir ensemble en prévention page 92

Marie-Christine Miermans, psychologue, chercheuse à l'Ulg-Apes

Des rôles et des enjeux page 94

Monique Van Dormael, docteur en sciences sociales, spécialisée en sociologie de la santé, professeur au département de santé publique de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers et à l'école de santé publique de l'Université de Liège

La médecine préventive: exigence ou panacée?

Jean Laperche,
médecin
généraliste à la
maison médicale
de Barvaux,
résume deux
articles
fondateurs de
**Pierre
Mercenier**,
professeur en
santé publique,
parus en 1971 :
1. La médecine
préventive :
exigence ou
panacée, *Pour
une politique de
la Santé*, EVO,
1971, p. 53-66 ;
2. Aspects
spécifiques des
activités
préventives par
rapport aux
activités
curatives, *cours
de l'Institut
médico-tropical*,
Anvers.

« Prévenir vaut mieux que guérir ». Cela signifie-t-il que l'on pourrait remplacer la médecine curative par la prévention ? Faut-il opposer les deux ?

Les approches préventives et curatives ne sont-elles pas au contraire étroitement imbriquées ?

Une réflexion de Pierre Mercenier, faite en 1971, et toujours d'actualité.

La médecine idéale : à la fois préventive et curative

« Prévenir vaut mieux que guérir » est un vieil adage. Il serait inutile de le rappeler si les développements récents de la médecine ne l'avaient fait perdre de vue au prix de beaucoup d'illusions. La responsabilité de la politique de distribution de soins inaugurée en Belgique par l'*assurance maladie-invalidité* et complétée par les lois sur l'*art de guérir* est évidente : où trouve-t-on la notion de *santé* exprimée et le concept de *promotion de la santé* pris en considération ?

Prévention (latin *praeventio*, action de devancer) : ensemble de mesures prises pour prévenir un danger, un risque, un mal, pour l'empêcher de survenir. (*Le Petit Larousse*, 1996)

Préventif : qui a pour effet d'empêcher un mal prévisible. Médecine préventive. (*idem*)

Alors la question peut se poser : peut-on remplacer la médecine curative par la prévention ? Faut-il opposer les deux ?

Posée sous cette forme, la question est évidemment absurde. A cause de l'imperfection de nos connaissances et de la diversité des interactions qui influencent la santé, rares sont les méthodes préventives actuellement

disponibles qui semblent pouvoir résoudre complètement un problème de santé : probablement peut-on trouver certains exemples dans la médecine du travail, et évidemment dans le domaine des maladies infectieuses où, par exemple, l'histoire de la poliomyélite devrait être plus souvent rappelée. D'autre part, nous allons essayer de montrer que diverses approches, préventives et curatives, ne sont certainement pas opposées mais au contraire étroitement imbriquées.

● La promotion de la santé

La première approche à considérer est celle qui répond à la définition de la santé selon l'Organisation mondiale de la santé. Elle se veut positive et ne représente pas un barrage spécifique au développement d'un état morbide particulier. Elle tend à élever le niveau de santé de base. Elle représente déjà une étape de travail adéquate pour certains problèmes, tels que la nutrition de l'enfant ou l'éducation physique. Une alimentation équilibrée aura une action préventive sur certaines maladies infectieuses ou dégénératives, le diabète par exemple. Les activités de promotion de la santé participent donc effectivement à la prévention primaire, et la distinction prend facilement un caractère artificiel.

● La prévention primaire

Le premier barrage spécifique est évidemment la prévention primaire, ou prévention vraie de l'apparition d'un état morbide. A ce niveau, on trouve un large éventail de méthodes allant des divers aspects de l'hygiène de l'environnement jusqu'à l'hygiène individuelle en passant par les vaccinations.

L'*hygiène du milieu* s'intéresse à des questions variées : urbanisme, distribution d'eau, évacuation des eaux usées, contrôle des denrées alimentaires, hygiène des lieux de travail, etc. Constatation étrange, alors que, de toute évidence, la plus grande part des progrès sanitaires au cours du dernier siècle est due à cette forme de prévention primaire, les activités d'hygiène de l'environnement sont mal connues du public et peu valorisées. Notre



environnement change et, tout le monde en devient conscient aujourd'hui, pas en mieux. Si nous avons toujours besoin de distribution d'eau potable pour nous protéger contre les infections intestinales, nous sommes maintenant confrontés aux phénomènes plus récents de la pollution atmosphérique (affections pulmonaires), du bruit (affections mentales), des radiations ionisantes (affections sanguines), sans parler du problème grandissant du contrôle des médicaments (affections iatrogènes) et de bien d'autres.

Pour marquer les relations étroites entre les divers niveaux d'activité, soulignons que l'éducation sanitaire du public est difficilement concevable, si le médecin qui le soigne en cas de maladie ne montre lui-même aucun intérêt pour l'influence des conditions de l'environnement sur la santé de son malade.

Mais la prévention primaire dépasse largement l'hygiène de l'environnement. Par les *vaccinations*, nous entrons dans le domaine de la « médecine préventive » proprement dite, dans la mesure où nous réservons le terme « médecine » aux situations où l'acte exécutif est appliqué individuellement.

La prévention primaire basée sur *l'hygiène individuelle* pourrait résoudre, à des degrés divers, les plus gros problèmes de santé d'actualité en Belgique : qu'il suffise de rappeler qu'un gros fumeur meurt en moyenne huit ans plus tôt qu'un non-fumeur et que, sur dix hommes qui meurent de cancer du poumon, neuf décès auraient été prévenus par l'abstention de cigarettes. Sans compter le rôle de la cigarette dans les bronchopathies chroniques (où un contrôle de la pollution atmosphérique augmenterait l'efficacité de la prévention primaire) ou dans les affections coronariennes (qui peuvent également être prévenues par l'activité physique ou le contrôle de l'alimentation).

La nutrition joue également un rôle essentiel pour la prévention d'autres affections telles que le diabète. L'éducation sanitaire individuelle et le médecin praticien prennent à ce niveau un rôle déterminant, bien que, comme pour les vaccinations, l'action puisse parfois être organisée collectivement (« anti-smoking

clinics », interdiction de la publicité pour le tabac, incitation à produire un lait pauvre en matières grasses). C'est probablement dans ce domaine de la prévention primaire que la distinction avec la promotion de la santé est la plus artificielle.

Le *dépistage* est la sélection des individus ou des groupes d'individus soumis à un risque anormalement élevé et auxquels les mesures de prévention primaire doivent être appliquées, exclusivement ou en priorité. La question peut se poser sous cette forme pour certaines vaccinations. Cette approche est de plus en plus expérimentée à l'heure actuelle : sélection des individus à haut risque d'infarctus du myocarde, pour les soumettre de façon prioritaire à une éducation sanitaire en vue de l'abstention du tabac ; dépistage des femmes à haut risque de cancer du sein pour appliquer une médication hormonale préventive, etc.

● La prévention secondaire et la médecine curative

Bien qu'elle soit beaucoup plus vaste que cela, la prévention secondaire est habituellement alimentée par les dépistages systématiques, « chek-up » et autres bilans de santé fort à la mode actuellement.

Ce domaine n'a pas de frontière nette avec la prévention primaire.

Et si nous n'avons pas pu prévenir la naissance d'un état morbide, si nous n'avons pas pu prévenir ses conséquences, il nous restera en dernier ressort à les traiter.

Il n'existe pas de frontière nette entre les domaines traditionnels du dépistage et du diagnostic, entre médecine préventive et médecine curative. Toute division se révélerait d'autant plus arbitraire que le praticien devrait connaître les facilités et les possibilités de dépistage systématique qui sont offertes, d'une part pour exercer son rôle d'éducateur sanitaire et inciter ses patients non seulement à les utiliser mais encore à en réclamer de plus efficaces et de plus adaptées, et d'autre part pour agir en coordination étroite avec elles en assurant la continuité de la surveillance et l'échange des informations.

Médecine préventive et médecine curative : des chemins parfois différents mais complémentaires pour améliorer la santé

Aspects spécifiques des activités préventives par rapport aux activités curatives : le risque et la demande.

L'activité préventive répond à un problème potentiel (le **risque**) alors que l'activité curative répond à un problème actuel (la **demande**). Cette réalité de la prévention a des conséquences économiques et psychologiques.

Les conséquences économiques sont qu'une activité curative peut ne s'appliquer qu'à une seule personne qui va bénéficier de la technique adéquate, alors que l'activité préventive s'applique à de nombreuses personnes à risque. Il faut donc que le coût unitaire de l'activité préventive soit x fois moindre que celui de l'activité curative pour qu'il y ait un avantage économique à la prévention.

Les conséquences psychologiques du *risque* à envisager sont que le résultat de l'activité préventive est, par définition, « négatif », aléatoire et retardé.

Négatif, c'est-à-dire souvent non perceptible concrètement si le problème est évité : ceci diminue l'acceptabilité pour la population et la stimulation du personnel. Aléatoire implique que les gens ne sont pas convaincus qu'ils vont personnellement bénéficier de l'activité préventive. Et un résultat retardé demande un effort maintenant pour un avantage futur.

L'activité préventive est prise à l'initiative du service de santé, alors que l'activité curative est prise à la demande des malades. Cette initiative n'est pas anodine, elle a des conséquences éthiques et opérationnelles.

Dans l'activité curative, il y a réponse à une demande avec les moyens disponibles quelles qu'en soient les bases scientifiques. En prévention, le service est moralement engagé par son initiative : il ne peut proposer à la population des mesures sans en avoir parfaitement estimé les avantages et les inconvénients. Les bases scientifiques sur

lesquelles la décision s'appuie, doivent être suffisamment fortes pour pouvoir affirmer la supériorité des avantages sur les inconvénients.

Dans le domaine curatif, certains aspects d'une stratégie sont déterminés par l'initiative du malade (l'objectif - la population cible - le personnel contacté - etc.) et d'autres par les professionnels.

Pour les activités préventives, c'est le service de santé qui doit définir sa stratégie complète (Pourquoi ? Faire quoi ? A qui ? Où et quand ? Par qui ?) *sans quoi il ne se passe rien.*

Les limites de la médecine préventive

Même si elles sont techniquement valables, des méthodes préventives peuvent être relativement inefficaces pour résoudre un problème de santé lorsqu'elles ne correspondent pas, ou plus, à la situation épidémiologique réelle. Dans certains cas, le docteur Knock est péniblement proche : qui de nous ne connaît l'enfant dont l'activité physique est restreinte parce qu'on a dit un jour qu'il avait « un souffle au cœur ». Double dommage, psychologique et physique, merveilleusement étudié par des auteurs américains qui ont montré, dans une population scolaire, que le problème de santé représenté par les faux cardiaques était plus important que celui des vrais cardiaques !

● Les conditions de succès de la prévention

En conclusion, ni la médecine curative, à cause des limitations qui lui sont inhérentes, ni la prévention, à cause des insuffisances de nos connaissances, ne peuvent résoudre isolément les problèmes de santé. Leur étroite imbrication montre qu'on ne peut ni les opposer ni même les séparer, c'est une approche combinée qui doit être envisagée.

Le développement de la médecine préventive requiert des conditions de trois ordres :

1. Conditions scientifiques

Il est indispensable de développer la recherche dans des domaines habituellement délaissés :



recherche épidémiologique pour mieux connaître l'histoire naturelle des maladies, leurs distributions, les formes sous lesquelles elles se présentent dans la communauté (et pas seulement chez des malades avérés), pour isoler les facteurs de causalité, enfin pour expérimenter les méthodes préventives ; recherche sur les aspects psychosociaux et économiques des maladies pour étudier la perception des maladies et de la santé par les individus et la société ; recherche opérationnelle pour étudier scientifiquement les conditions d'application d'un programme, ou évaluer le rendement en fonction de toutes les variables, et en tenant compte des différents choix possibles d'approche.

Toutes ces recherches sont indispensables, non seulement en fonction des résultats qu'on doit en attendre, mais également pour favoriser la formation du personnel.

2. Conditions de formation du personnel

La formation du médecin doit le préparer à comprendre son rôle au sein de l'ensemble social qu'il sera appelé à servir, à envisager les problèmes de santé à l'échelle de la communauté. Outre des connaissances en sciences sociales et économiques, le médecin doit recevoir une solide formation en épidémiologie et statistique. Cette formation doit au moins préparer chaque médecin à des responsabilités élémentaires : comprendre son rôle en éducation sanitaire et contribuer par ses déclarations à établir des statistiques sanitaires correctes.

Le personnel paramédical doit recevoir une formation pratique dans le cadre de programmes de médecine préventive et d'un travail d'équipe.

3. Conditions d'organisation des services

La programmation sanitaire qui doit répondre à des objectifs clairement définis, doit être établie en envisageant dans leur globalité les divers problèmes sanitaires et les services souhaitables pour y répondre. Il faut absolument faire disparaître la scission qui existe chez nous entre médecine curative et préventive. Il faut déterminer le rôle respectif et les relations entre les divers éléments de l'organisation sanitaire. Il faut, entre autres, que les informations circulent très librement dans le système des

Types de prévention

(consensus actuel des experts et des promoteurs du projet Agir ensemble en prévention)

• **Médecine préventive** : elle comprend tous les actes réalisés par des médecins ou paramédicaux en vue d'empêcher l'apparition d'une maladie (prévention primaire) ou son développement (prévention secondaire), ou d'empêcher les complications (prévention tertiaire).

• **Médecine curative** : c'est la médecine qui vise le traitement ou la guérison d'une maladie déclarée.

• **Prévention primaire** : elle se situe en amont de l'apparition des maladies. Elle prend en compte les vaccinations, la suppression des facteurs de risque, l'amélioration des conditions de vie.

• **Prévention secondaire** : elle cherche à intervenir sur les tout premiers signes d'une maladie afin d'éviter son développement et son aggravation. Elle prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes.

• **Prévention tertiaire** : elle cherche à empêcher les complications, à réduire les rechutes, à favoriser la réadaptation et la réinsertion sociale et professionnelle.

• **Education pour la santé** : c'est une démarche pédagogique. Elle cherche à informer et à motiver les personnes à obtenir l'information, à en faire quelque chose. Elle vise à modifier des connaissances, des attitudes et des comportements. L'éducation pour la santé, c'est le processus qui vise à combler le fossé existant entre l'information sur la santé et les pratiques de santé. Elle favorise l'initiative personnelle pour aider l'individu à s'adapter aux étapes de la vie, à adopter un comportement adapté à son environnement et à agir sur celui-ci pour le rendre plus favorable. Elle développe souvent le sens de la responsabilité individuelle et collective.

• **Promotion de la santé** : elle est toujours le fruit d'un travail de collaboration entre plusieurs secteurs de l'activité sociale et recherche la participation effective de la population. Elle comprend toujours un volet d'éducation pour la santé. C'est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Elle exige l'action concertée de tous les intervenants.

services de santé, de façon à pouvoir évaluer le rendement réel de tous les éléments des programmes conçus comme partie d'un tout.

Il faut bien reconnaître qu'actuellement ces conditions ne sont souvent pas réalisées.

L'effort principal devrait donc se porter vers la réalisation de ces conditions de succès plutôt que vers des applications hâtives. ●

Comment ont évolué les concepts et pratiques de prévention des maladies et de promotion de la santé?

Vingt-huit ans après: une relecture de Pierre Mercenier

Alain Deccache, professeur, unité d'éducation pour la santé, école de santé publique, faculté de médecine, Université catholique de Louvain, Bruxelles.

S'il n'est pas facile de commenter ou de discuter par écrit, c'est-à-dire de manière « décalée », les réflexions d'un auteur au moment où il les rédige, ce l'est encore moins lorsque le texte date de plus d'un quart de siècle.

Dans son article « La médecine préventive : exigence ou panacée ? » paru en 1971¹ avec d'autres textes fondateurs du GERM (Groupe d'étude pour une réforme de la médecine), Pierre Mercenier abordait les relations entre le curatif et le préventif et surtout il les articulait déjà avec l'idée de promotion de la santé.

La promotion de la santé ne verra « officiellement » le jour que quinze ans après ce texte visionnaire, même si quelques chercheurs avaient déjà perçu les enjeux et le besoin d'un déplacement de paradigme et de pratiques en médecine et plus largement dans l'action sanitaire. La charte d'Ottawa², texte princeps sur la philosophie et les stratégies de la promotion de la santé, a été inspirée de ce mouvement et de ces réflexions.

Dans son plaidoyer pour l'intégration de la prévention (et d'une prévention large) à l'action médicale et sanitaire, Pierre Mercenier traite de l'approche préventive et de ses implications pour la pratique médicale et sanitaire. La présente discussion porte sur l'évolution des approches, entre 1971 et 1999.

Evolution des concepts

Proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1946, la **définition de la santé comme état de complet bien-être**, et pas seulement l'absence de maladie, est la base de la réflexion de Pierre Mercenier. Il y voit le cadre d'une nouvelle orientation des pratiques sanitaires, impliquant, en plus des soins curatifs, la prévention primaire et secondaire, l'importance des dépistages et des traitements préventifs concomitants aux curatifs, l'action sur les multiples déterminants de la santé d'une population (état de santé et situation épidémiologique présente, environnement, conditions de vie, aspects socio-économiques, etc.) et la prise en compte de l'évolution épidémiologique (réduction des maladies infectieuses et augmentation de la prévalence des problèmes chroniques notamment) dans la conception même de l'action médicale.

Toutefois, si la conception de la santé a été révolutionnaire en 1971, et qu'elle l'est toujours aujourd'hui, parce que la vision dominante de la santé est toujours celle, objective, de l'envers de maladie, il est vrai que de nouvelles conceptions ont vu le jour depuis. La définition de l'OMS perçoit la santé comme un état, que certains ont critiqué par manque de « conception dynamique ». **La santé est donc devenue aussi « équilibre », « dynamique »,** ou encore « capacité d'action »...

Sur les modèles de santé, si Pierre Mercenier s'écarte explicitement du modèle biomédical, et fait référence implicitement à ce qui sera formulé en 1979 comme le **modèle « bio-psycho-social »** ou global³, il y a aujourd'hui de nouveaux modèles, dont celui de « **salutogénèse** » d'Antonowski⁴.

Celui-ci a développé un modèle de santé, cohérent avec la charte d'Ottawa et le concept de promotion de la santé, situé à l'opposé de ce qui fonde encore la médecine, c'est-à-dire la pathogénèse. Au lieu de s'intéresser aux



conditions, circonstances et processus d'apparition d'une maladie (pour la combattre ou la prévenir), la salutogénèse veut comprendre et agir sur ce qui est facteur ou « producteur » de santé chez une personne ou une population : qu'est-ce qui aide à résister aux stress de l'existence et aux agents de maladie, à « rester en santé », malgré l'exposition aux risques pathogènes ? On parle ici de « coping » ou processus d'adaptation, de « locus of control » ou sentiment de maîtrise de la santé, de « self efficacy » ou sentiment d'auto-efficacité en santé, etc.

Sur la perspective (ou logique) de santé, on entre ainsi dans une **logique subjectiviste** qui complète la logique objectiviste de la médecine moderne et parfois s'y oppose. La définition de l'état de santé (et de maladie) ne répond plus aux seuls critères objectifs physio-biologiques et à l'existence de signes cliniques objectivés, répertoriés et mesurables, mais aussi sur ces critères subjectifs, de « santé perçue », de sentiment de bien-être, d'auto-évaluation du « mal-être » (illness) par rapport à la maladie (disease). Pierre Mercenier l'a bien perçu, en proposant de parler de « problème de santé » plutôt que de maladie, mais il n'est pas allé au bout de sa proposition et est resté dans l'approche professionnelle ou experte : c'est le professionnel de santé, sur base épidémiologique, qui détermine les problèmes, les priorités, et les actions... Pourtant, l'idée de remplacer le terme de maladie, qui fait forcément référence à la classification internationale des maladies et à l'objectivation scientifique (« si ce n'est pas répertorié, ça n'existe pas ») par celui de problème de santé, ouvrirait sur une autre manière de soigner... et de prévenir...

Cette proposition a aussi l'avantage de permettre d'intégrer le terme « santé » à la réflexion et aux pistes d'action, et par-là, à devenir cohérent avec le pressentiment de l'importance de promouvoir la santé, au lieu de seulement s'occuper de maladies.

Le problème est donc aussi sémantique, un problème de sens : **que veut dire parler de santé, tout en restant dans un paradigme de maladie ?** Car, parler de problème de santé, c'est se référer à la santé, mais encore et toujours sous un angle négatif, d'état non souhaitable, de situation à éviter ou à résoudre, la santé étant le côté positif souhaitable à atteindre, maintenir ou améliorer.

Dans la pratique médicale, cette perspective est difficile à aborder. Pierre Mercenier le rappelle : un « patient » vient avec une « plainte », pour un problème précis, et il est déjà difficile de l'intéresser à un autre problème, potentiel dans le cas de la prévention et du dépistage notamment. La médecine ne peut que très difficilement dans ces conditions s'intéresser à « ce qui va bien », ce serait « contre nature » : les patients ont un problème, et les soignants n'ont appris à fonctionner qu'avec la présence d'un problème. Leurs outils sont la démarche diagnostique, la résolution de problèmes, etc. Cette vision des limites de l'action médicale a été remise en question, en Belgique, en 1993, par l'enquête commune à la Fédération des maisons médicales et à l'ULB, qui a indiscutablement montré que les patients avaient aussi des attentes de prévention et de santé, même lorsque leur préoccupation du moment est un problème ou la maladie⁴.

C'est sans doute parce qu'il a abordé la question sous l'angle clinique (la médecine préventive) que Pierre Mercenier n'a pu aller au terme de la piste ouverte. Si la maladie est principalement l'affaire des professionnels de santé et de soins, la santé est tout autant celle des non professionnels : enseignants, parents, travailleurs sociaux, etc. qui ne perçoivent pas la question sous l'angle exclusif de la prévention de problèmes, notamment lorsqu'il s'agit d'éducation (pour la santé). Comme le soulignait un pédagogue : « si dans une famille on éduquait les enfants comme on a tendance à faire l'éducation pour la santé (dans une logique exclusive de prévention des dangers), on passerait son temps à leur demander d'éviter

Comment ont évolué les concepts et pratiques de prévention des maladies et de promotion de la santé ?

ceci ou cela... et on en ferait des névrosés ». Même les patients chroniques ne restent pas nécessairement dans une logique de maladie : sur un échantillon de quatre cents patients hospitalisés, 30 % parlent de leur santé, de leur « bonne » santé, de leurs projets, de leur vie lorsqu'on les interroge sur leur « état de santé actuel », et 40 % seulement parlent de leur maladie ou problème exclusivement⁵.

Ces différentes stratégies peuvent simultanément ou non viser la suppression d'un risque (situation de problèmes à éviter) ou le maintien et l'amélioration d'une situation actuelle (santé satisfaisante à protéger). La figure en page suivante représente la promotion de la santé comme un ensemble englobant à la fois prévention et maintien ou amélioration, et d'autre part mesures diverses, sanitaires ou non, agissant en synergie⁶.

Prévention versus promotion ?

Si l'argumentation de Pierre Mercenier en faveur de la proximité et de l'articulation entre préventif et curatif est indiscutable, et il montre comment les traitements préventifs complètent les curatifs dans bon nombre de cas, il y a un flou dans sa manière de concevoir la relation entre prévention et promotion de la santé. A partir d'un exemple clair sur l'influence d'une alimentation adéquate à la fois sur l'évolution d'un problème de santé (diabète par exemple) et sur la prévention de complications ultérieures possibles, il montre l'interrelation préventif-curatif et considère que de ce fait on promeut la santé. **Cependant, ce n'est pas la nature de l'action qui en fait de la promotion de la santé. C'est plutôt sa finalité et son objet.** Pour reprendre l'exemple de Pierre Mercenier, aider à acquérir une alimentation équilibrée

- pour guérir un symptôme ou un problème, c'est soigner, donc curatif (de problèmes) ;
- pour réduire un risque, c'est de la prévention (encore de problèmes) ;
- pour maintenir un état de santé ou l'améliorer, c'est de la promotion de la santé.

La promotion de la santé implique aussi deux autres éléments. Le premier est la **prise en compte (et l'action sur) des différents déterminants de la santé**, et Pierre Mercenier l'explique et l'illustre magistralement. Elle implique donc l'action sanitaire (technique, du ressort des professionnels), l'information et l'éducation du public (bien-portants et patients), l'action légale (mesures réglementaires de protection de la santé, normes d'hygiène et d'industrie, réorientation des services de santé), et l'action sociale et environnementale (pression politique, choix sociaux).

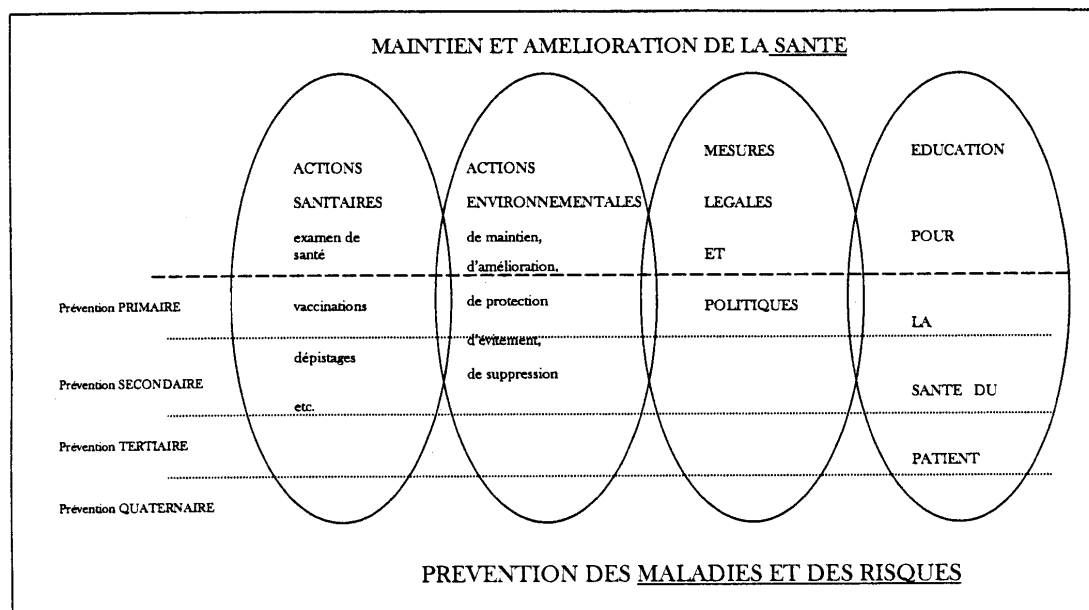
Le deuxième élément, d'ordre idéologique et philosophique, semble absent de la réflexion, et concerne la place de la population : participation aux actions et décisions, liée à la définition même de la promotion de la santé : « processus qui confère aux populations le pouvoir d'agir sur... et d'améliorer leur santé »². Cette définition implique clairement que l'on se place du point de vue des personnes, c'est **accepter la subjectivité de la santé, le fait qu'elle soit une « construction sociale » et non seulement un produit « scientifique » objectif.** Elle implique aussi que les choix et les décisions soient partagés entre professionnels et profanes, en « participation ».

A l'instar de Pierre Mercenier qui voit un lien aussi entre le curatif et la promotion de la santé, aujourd'hui certains vont même plus loin, et proposent d'intégrer les soins (curatifs) à cette vision de promotion de la santé. Ce point de vue est sujet à débat, et encore loin d'être partagé, mais il montre à quel point Pierre Mercenier avait pressenti ces développements. Il faudra encore démontrer que les pratiques de soins laissent (si elles le font) de la place aux patients, à leurs choix et à leurs actions responsables pour qu'elles puissent être considérées comme « conférant le pouvoir d'agir sur leur santé... ».

C'est le concept de prévention tertiaire qui est absent ici, et qui concerne la prévention des complications et de l'invalidité chez les personnes souffrant déjà d'un problème de santé. Ce concept est tout à fait adapté à la prise en charge actuelle des maladies chroniques (ou en tout cas de leurs phases stables), qui consiste essentiellement en des mesures de prévention d'incidents, de crises, de rechutes et de complications. En effet, pour le diabète, comme



PROMOTION DE LA SANTE ET SES COMPOSANTES



CURATIF ----- PREVENTIF
MALADIE (ET RISQUES)

----- MAINTIEN ET AMELIORATION
SANTE

(Deccache, 1994)

pour les maladies coronariennes, l'insuffisance veineuse et les maladies respiratoires chroniques, le traitement de fond est indiscutablement préventif... et non curatif, même s'il se met en place souvent après une phase aiguë.

la santé, avec des personnes malades ou en bonne santé, par des intervenants tant professionnels de santé que profanes ou que professionnels d'autres domaines qui concernent la santé et la qualité de vie. ●

Questions d'aujourd'hui

Pour la pratique médicale, deux questions majeures se posent depuis les années 70 :

1. Comment prendre en compte les points de vue de la population, et des patients, dans le travail thérapeutique et préventif, et donc arrêter d'imposer, de prescrire des traitements ou des comportements ?
2. Comment sortir du paradigme biomédical et « aigu », et créer une approche globale de la santé-maladie et une pratique (et une organisation de soins) adaptée aux situations : chronique (long terme, incurable, préventive, à gérer avec le patient, et souvent par lui) ou aiguë (court terme, guérissable, à gérer d'abord professionnellement) ?

Ces questions influencent les pratiques tant curatives et préventives que de promotion de

Références

- (1) Mercenier P, « la médecine préventive : exigence ou panacée ? » in *Pour une politique de santé*, EVO, 1971.
- (2) *Charte d'Ottawa*, in First international conference on health promotion, health promotion, 1,4, 1986, p. 405-464.
- (3) Bury J-A., *Education pour la santé : concepts, enjeux, planification*, Ed de Boeck (savoirs et santé), Bruxelles, 1988, 210 p.
- (4) Laperche J. et Delpierre V., « Prévention : côté soignants, côté patients », in *Education santé*, n° 88, p. 9-14, 1994.
- (5) Deccache A., *La compliance des patients aux traitements des maladies chroniques : approche éducative globale*, thèse de santé publique, UCL, Bruxelles, 1994, 404 p.
- (6) Deccache A., « Education pour la santé : quelques concepts et leur signification en médecine générale » in Sandrin-Berthon B. et al, *L'éducation pour la santé en médecine générale*, collection séminaires, Ed CFES, Paris, 1997, p. 51-62.

Promenade de santé

*Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.*

De critiques virulentes en espoirs démesurés, la prévention et la promotion de la santé cristallisent bien des réactions émotionnelles. Petite promenade dans ce paysage contrasté.

Le meilleur des mondes

Avec beaucoup de talent, des écrivains ont décrit les meilleurs des mondes possibles. Ce sont des mondes où tout a été prévu et « prévenu » : la maladie, les besoins, la pauvreté, les désirs, les accidents, la faim et le froid, l'injustice, rien de ce qui peut altérer la sérénité n'y est laissé au hasard. Dans certaines versions, même la soif d'aventure, de lutte et d'imprévu est organisée. Ce sont aussi des mondes aseptisés, tristes, où la vie, sans contraintes ni alea, tourne à vide.

Ces versions modernes du paradis présentent des caractéristiques intéressantes. Elles déplacent nos espoirs d'avenir radieux : l'au-delà des religions émigre dans le futur d'ici-bas. Elles délaissent l'harmonie des relations sociales édéniques qui faisaient le charme des utopies d'antan axées sur une société « réconciliée », pour nourrir les promesses de bien-être par une maîtrise parfaite sur la nature. D'un slogan, c'est...

... « le bonheur ici-bas grâce à la science »

Un certain type de prévention porte ce slogan à ravir. Dite « classique » ou médicale, cette prévention procède par énonciation de vérités et commandements. Des vérités « scientifiques », inattaquables et à vrai dire invérifiables pour le commun des mortels. Des vérités objectives, donc exemptes d'imprégnation idéologique et dénuées d'impuretés telles que volonté de pouvoir, de contrôle social ou esprit de lucre. En un mot : des évidences. Il faudrait être sot pour ne pas se conformer aux

commandements issus de telles vérités. Sot, ou irresponsable, ou mal évangélisé.

Mais nous avons appris que la neutralité de la science est un leurre, et qu'une évidence n'est une évidence que dans la conception du monde qui l'a fait naître. Auréolée par la mythologie du progrès, baignée dans la culture du risque zéro, cette prévention véhicule de manière insidieuse des idéologies - ne fut-ce que celle du progrès - et des valeurs qui ne sont pas forcément celles des « usagers de la prévention ».

Quand au siècle passé, la création de systèmes d'égoûts améliora de manière spectaculaire la santé des citadins, la morale dominante détourne ce succès de l'hygiène publique pour stigmatiser la saleté comme cause des maladies, l'associer à l'alcoolisme et désigner le monde ouvrier comme responsable - donc coupable - de ses propres malheurs à cause de ses mauvais comportements. Les conditions déplorables de vie, de travail, d'alimentation et de logement, l'absence de droit et la non-reconnaissance de la dignité humaine sont reléguées au second plan. La prévention prend alors la forme de distribution généreuse de conseils : tempérance et propreté sont la mère de toutes les vertus. On peut encore lire ce genre de devise gravée dans la pierre des bâtiments publics, parfois, quelle ironie, en latin !

Plus tard, la « vérité scientifique » servira des projets de prévention plus « radicaux » : la stérilisation des handicapés ne précédera que de peu l'élimination physique des « races tarées » sous le régime nazi.

Le marché de la santé

Les formes modernes de cette prévention sont plus discrètes mais pas moins perverses. Elles ne s'affichent plus dans un contexte de lutte de classes ou de création de société parfaite, mais il leur arrive de se compromettre avec le commerce de la santé, branche du Grand Marché (qui lui aussi s'autoproclame réglé par des lois naturelles, scientifiques). Le marché du style de vie bonne, avec ses gadgets médicamenteux, ses yaourts, ses check-up et ses pin-up aérobic, son obsession de la santé qui fait vendre de douteuses thérapies et des



chaussures de sport fabriquées par des enfants esclaves de leur production. Santé à vendre.

Le problème n'est pas tant que la prévention puisse être dénaturée à des fins lucratives ou frauduleuses. Il réside davantage dans la formidable puissance de suggestion et de persuasion que déploie l'économie pour vendre ses produits : les messages assenés ont souvent peu à voir avec la santé et diffusent de fausses connaissances tout en assoupissant l'esprit critique. En outre, le « consommateur » de prévention se voit confronté à des images idéales de lui qu'il ne peut atteindre. N'est-ce pas cette illusion du bonheur ici et maintenant, forcément en échec, qui nourrit la recherche de paradis de substitution (drogue, jeux), certains troubles du comportement (dépressions, suicides), certaines formes d'exclusion (laid, « sidéens », handicapés, agonisants) ou encore un sentiment de défaitisme qui détourne de la prévention : « ce n'est pas pour moi » ? Le mal d'être soi quand les possibilités de bonheur sont offertes et échouent nous soupire : « c'est donc moi qui ne suis pas capable ». Quand le souci de la santé tourne à l'obsession, il devient pathogène.

On peut voir là un effet pervers de la déclaration de Alma Ata (1978) qui définit la santé comme un « état de complet bien-être physique, mental et social », ce qui peut passer pour un objectif inaccessible, une définition du bonheur. A définir ainsi la santé, on se retrouve à décréter la vie, et la vie heureuse, comme Valeur. Le Juste, le Bon, le Bien sont avalés par la Santé, et secondairement par ses systèmes et ses serviteurs détenteurs des savoirs et des pouvoirs qui la garantissent. Dans une société qui se dit en panne de valeurs, la santé et la richesse se chargent désormais de pourvoir au sens de l'existence : malheur et ténèbres à ceux qui ne les honorent pas.

Le marché du médical fait ainsi boucle avec le puritanisme dont il tire sa légitimité : si vous n'êtes pas en bonne santé, demandez-vous quelle faute vous avez commise... et quel service acheter pour expier. C'est le marché de la stigmatisation et de la culpabilité. Faut-il rembourser les traitements des gros qui ne veulent pas faire régime et méritent leur diabète ou leur infarctus ? Il y a quelques années, on

fit grand bruit autour de l'affaire des chirurgiens anglais qui refusaient d'opérer un patient cardiaque si celui-ci s'obstinait dans son tabagisme.

Droit d'ingérence ?

L'approche scientifique prône une rationalité instrumentale, une gestion technologique des situations qui colonisent le monde vécu par les gens. Ceux-ci ne sont plus considérés que comme des objets relevant du projet scientifique, ou, lorsqu'il s'agit de science médicale, que comme les lieux de la maladie actuelle ou potentielle.

Se pose alors la question : de quel droit et jusqu'où peut-on intervenir dans la vie des gens pour leur santé ? Au plan individuel, leur liberté, formellement respectée, n'en est pas moins canalisée par la peur de souffrir, le désir d'être bien, la distance sociale avec les détenteurs de savoir, la culpabilité ou la honte. Cette liberté est aussi malmenée quand des décisions publiques ont force de loi. Personne (sauf en flagrant délit...) ne se plaint de la répression de l'ivresse au volant : il s'agit surtout de la protection d'autrui, des victimes de ces comportements. Peu rechignent à la vaccination obligatoire contre la poliomyélite. Les lois anti-tabac par contre sont régulièrement bafouées dans les lieux publics. On le voit, le seuil de tolérance à l'ingérence des pouvoirs publics dans les comportements de santé individuels est assez bas. Mais jusqu'où la résistance est-elle possible ? Dans certaines universités américaines, un certificat de dépistage du cancer est exigé des étudiantes comme condition à l'inscription...

Victime de sa proximité avec la médecine

La prévention porte, dans le noir tableau qui vient d'être brossé, le poids de griefs qui sont en fait adressés à la médecine toute entière. Et ce par un double mécanisme. D'une part, il n'y a pas de frontière nette entre les activités curatives et celles des différentes formes de

prévention et de promotion de la santé : elles s'entremêlent dans un continuum où il est parfois difficile de se situer (voir à ce sujet les articles de Pierre Mercenier et Alain Deccache). D'autre part, la prévention se présente comme la part « offensive » de la médecine parce qu'elle est activée à l'initiative des professionnels en direction de personnes en bonne santé, censées se sentir alors « envahies ». Ici encore il s'agit d'une idée à nuancer : l'enquête réalisée en 1992-1993

auprès de mille deux cents patients des maisons médicales démontre que les patients sont en attente de prévention. Pour ces patients, c'est le cadre où exprimer une demande de prévention qui manque !

La part des choses

Les critiques adressées à une certaine forme de médecine se retrouvent donc formulées à l'égard de la prévention : abus de pouvoir basé sur une prétendue neutralité de la science ; collusion avec des intérêts économiques ; ingérence dans la sphère de liberté individuelle, avec négation de la qualité du sujet.

Mais la description de la médecine et de la prévention ne peut être réduite à ces critiques. Médicalisation, totalitarisme de la santé, mercantilisation de la prévention, ne sont-ce pas avant tout des dérives ? Il y a un fossé entre d'une part mettre à disposition des gens les savoirs et moyens disponibles pour améliorer eux-mêmes leur santé, et dans le même temps interpeller le politique et le social pour dénoncer les éléments pathogènes de la société et stimuler les choix porteurs de santé et d'autre part développer un « marché » des soins et de la prévention, tirer de la santé des valeurs normatives ou un droit de juger, imposer un style de vie en son nom, culpabiliser et exclure. Un fossé bien net dans l'esprit, mais parfois ténu sur le terrain...

La lutte contre le tabagisme brosse un tableau exemplaire des tensions qui traversent la prévention. Considéré jadis comme un produit doté de certaines vertus, le tabac est maintenant identifié comme facteur important dans l'apparition de maladies cardio-vasculaires, pulmonaires et autres. La prévention individuelle « classique », dans le cabinet médical, a diffusé le message « arrêtez de fumer », avec une inefficacité redoutable. Pourtant le message a fait son chemin et les pouvoirs publics se sont impliqués : mention du risque de cancer sur les paquets de cigarettes, campagnes d'information, restrictions à la liberté de fumer dans les lieux publics, actions ciblées sur les jeunes avant l'âge de la première bouffée, interdiction de la publicité pour le tabac. Ce qui n'empêche pas les Etats de

La déclaration d'Alma Ata

(...)

I.

La conférence réaffirme avec force que la santé qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé.

III.

(...)

La promotion et la protection de la santé des peuples est la condition sine qua non d'un progrès économique et social soutenu en même temps qu'elles contribuent à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale.

IV.

Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés.

VII.

Les soins de santé primaires : (...)

2. visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet ;

4. font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs des domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs ;

5. exigent et favorisent au maximum l'auto-responsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer ;

(...)



continuer à autoriser la vente du tabac et d'en prélever de lourdes taxes sous prétexte d'en limiter la vente et de couvrir les soins liés à son usage. Les industries du tabac ont d'abord contesté sa nocivité, puis ont choisi de verser des écots aux États ou des indemnités aux victimes du tabagisme. Des sommes mirifiques sont en jeu dans des procès en cours aux États-Unis. Le merchandising anti-tabac (gommes, patchs, tee-shirts etc.) s'ouvre un marché en pleine expansion. Simultanément se développe un intégrisme anti-tabac qui exerce une pression morale et matérielle majeure sur les fumeurs.

A nouveau les dérives sont au devant de la scène : une fois la « vérité scientifique » admise, le débat affronte attitudes moralisatrices et intérêts économiques. Mais peu de moyens sont consacrés à l'amont des problématiques, au « pourquoi le tabac » et que peut-on faire pour aider les gens à résoudre leurs tensions de manière moins toxique.

Alma Ata, Ottawa, Adélaïde

L'émergence d'un nouveau paradigme de la santé, formalisé à Alma Ata en 1978 et développé ensuite à Ottawa et à Adélaïde, entraîne une modification des concepts et des pratiques des acteurs de la santé et suscite naturellement des résistances.

On peut s'effrayer de la définition extensive de la santé énoncée à Alma Ata et l'interpréter comme une arme aux mains de qui veut médicaliser tous les domaines de la société. On peut à l'inverse lire l'ensemble de la déclaration d'Alma Ata comme un appel adressé aux sociétés à prendre en compte les composantes non médicales de la santé, c'est-à-dire à ne pas s'en remettre uniquement au médical pour produire de la santé, à rendre aux individus et aux collectivités le contrôle et la responsabilité sur leur santé, à établir une coopération entre les divers secteurs de la société et les soins de

santé primaires. Le débat sur « quelle est la bonne interprétation » d'Alma Ata n'a pas place ici : le vrai problème est que les deux sont agissantes, et il nous faut garder à l'esprit, pour nous en défendre, les dangers de la première interprétation tout en développant la seconde. En 1986, la première conférence internationale pour la promotion de la santé réunit à Ottawa les professionnels et les profanes de la santé. Elle met l'accent sur les problématiques « d'amont » en définissant les conditions préalables à la santé et les modalités de

l'intervention en promotion de la santé : élaborer une politique publique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles, réorienter les services de santé. Le souci de la santé y est remis à sa juste place : « La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie ».

Peu après, les recommandations d'Adélaïde réaffirment la responsabilité politique quant aux

Dernier avatar en date, la loi fédérale interdisant la publicité pour le tabac menace la survie économique du Grand prix automobile de Francorchamps. Contre-lois, luttes de compétences, délires d'interprétation, le monde politique a déployé des trésors d'imagination pour autoriser la publicité tabac là où le sponsoring des cigarettiers, qui ne se sont pas privés de faire du chantage économique, est indispensable à la survie.

Charte d'Ottawa : pour la promotion de la santé

(...) La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme un but de la vie. (...)

Conditions préalables à la santé

* Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.

Conférer les moyens

* La promotion de la santé vise à diminuer les inégalités en matière de santé. Ses interventions cherchent à donner à tous les individus les mêmes conditions pour préserver et développer leur santé. Cela suppose une bonne intégration dans son milieu (urbain, social, ...), l'accès à l'information et à l'expression, suffisamment d'éléments à disposition pour prendre sa santé en charge et adopter des comportements qui lui soient favorables. Ces conditions déterminent le potentiel santé de chacun et de tous, elles sont valables pour les hommes autant que pour les femmes. (...)

implications sanitaires des choix politiques. Elles déclarent la santé droit fondamental de l'homme et investissement social valable et mettent en lumière le lien entre santé et équité : « Les inégalités dans la santé ont pour origine les injustices dans la société ». Lutte contre le tabagisme et alcoolisme, gestion de l'environnement, développement de la consultation et de la négociation dans l'élaboration des politiques de santé nécessitent la collaboration de tous les secteurs de la société.

Les recommandations d'Adélaïde

(...)
La politique publique saine est caractérisée par un souci explicite de santé et d'équité à tous les niveaux politiques et par une responsabilité face aux conséquences sanitaires des mesures politiques.
 (...)
La santé est à la fois un droit fondamental de l'homme et un investissement social valable.
 (...)
Les inégalités dans la santé ont pour origine les injustices dans la société.
 (...)
Cette conférence demande à tous les gouvernements de réfléchir sur le prix qu'ils payent au niveau de la perte de respect de la personne humaine en favorisant la perte de vies humaines et les maladies provoquées par la consommation de tabac et l'abus d'alcool.
 (...)
La gestion de l'environnement doit protéger la santé humaine des conséquences négatives directes et indirectes des facteurs biologiques, chimiques et physiques et reconnaître que les êtres humains font partie d'un écosystème complexe.
 (...)
Tout engagement sur la voie d'une politique publique saine exige une approche axée sur la consultation et la négociation.
 (...)
La paix et la justice sociale, une alimentation nourrissante et de l'eau potable, un certain niveau d'éducation et un habitat convenable, un rôle utile dans la société et un salaire suffisant, la conservation des ressources et la protection de l'écosystème sont des conditions préalables à la santé et au développement social. L'idée maîtresse de la politique publique de santé est d'arriver à remplir ces conditions fondamentales pour créer une vie saine.
 (...)

Ainsi revisitée, la conception de la santé et de sa promotion restitue à chacun droit et responsabilité sur sa propre santé et invite les démocraties à adopter les politiques qui tendent à la favoriser dans tous les domaines. Intégrant

la prévention dans le concept de promotion de la santé, elle ouvre des champs d'action nouveaux. Elle retire aux professionnels l'exclusivité d'une parole trop réductrice sur la santé, propose un cadre où les gens peuvent s'assumer en s'affranchissant de la dépendance aux valeurs imposées, appuie une réorientation des choix économiques et sociaux en fonction des besoins et valorise les options pragmatiques au détriment des normes a priori. La participation des populations, individus et collectivités, sous-tend l'adéquation des actions aux besoins et constitue un frein aux dérives idéologiques, au primat du scientifique sur l'humain et aux dénaturations économiques qui détournent la prévention et la promotion de la santé de leur objectif premier.

Ce n'est qu'un début...

Ces belles intentions ne sont pas restées lettre morte. Dans de nombreux pays, des initiatives se développent, des structures sont mises en place et des moyens mis à disposition pour la promotion de la santé. Réflexion, recherche, évaluations, formations et informations en santé publique et en épidémiologie se multiplient. L'éducation à la santé prend racine. L'impact des déterminants non médicaux de la santé est pris en compte, le poids du social et de l'économique est reconnu comme facteur incontournable de la santé, le souci de l'environnement est dopé par l'expansion de la sensibilité écologique, le politique se mobilise. Des lieux où la parole des gens peut être dite et entendue se créent.

La vigueur de ces nouvelles conceptions a commencé à modifier les mentalités : si auparavant, les conséquences sanitaires des choix de société étaient renvoyées sans aucune mauvaise conscience aux bons soins des professionnels, aujourd'hui il est devenu évident de s'en inquiéter lors de toute décision d'ordre socio-politique et d'exercer des pressions sur l'économique afin qu'il en fasse autant. Ce qui ne signifie pas que toute réalisation porte un label Santé : entre la reconnaissance de la problématique santé et la mise en application de ses recommandations dans le concret, il y a un long chemin que des priorités différentes peuvent barrer.



Malgré les progrès réalisés, les conceptions anciennes, centrées sur la santé comme absence de maladie et le monopole du médical sur la santé, tiennent toujours le haut du pavé. Tant en image de marque qu'en volume d'activité et en financement, le curatif demeure survalorisé par rapport à la promotion de la santé¹, exercée par des structures socio-sanitaires différentes et isolées. De même, la dimension psychosociale reste le plus souvent marginalisée dans les pratiques de santé.

Pour l'homme de la rue, la prévention consiste encore à obéir, vaille que vaille, aux recommandations des médecins. Il est toujours soumis au bombardement publicitaire pseudo-scientifique des commerçants de la santé, invité à s'esbaudir des prouesses technologiques de la médecine tonitruées par les media, et accablé de discours moralisateurs. L'idée d'un « changement » dans la manière d'être passe plus mal que celle de la « lutte contre... » qui prend parfois un ton très agressif (par exemple la campagne « haleine de cendrier »). Dans le vécu d'un grand nombre de gens, la prévention fonctionne encore sur un mode judeo-chrétien au sens péjoratif du terme : croyance en la récompense future des frustrations et en la punition des transgressions, plus habitée de prosélytisme que d'esprit critique.

Semblant prendre le contre-pied de cette approche, le droit au plaisir, parfois réduit à un hédonisme simpliste, est alors brandi non comme un droit mais comme une révolte. Cette dimension du plaisir, appréhendée dans un sens plus positif de réalisation de soi, est actuellement davantage intégrée à la promotion de la santé. Le programme « Agir ensemble en prévention » s'est d'ailleurs appelé à ses débuts : « La prévention est un plaisir et doit le rester ».

Trop souvent aussi les personnes touchées par la prévention sont celles qui disposent déjà d'un bagage mental et social bien développé. Les couches défavorisées de la population, a priori les plus fragiles et donc les plus concernées, demeurent les plus difficiles à atteindre et à motiver : les « préalables à la santé » sont loin d'être assurés !

Quant à la participation active des usagers à la promotion de la santé, elle reste pousive : combien se mobilisent lors de l'élection du conseil de sécurité et d'hygiène des entreprises,

combien s'impliquent dans des activités organisées à l'échelon local, combien osent contester ouvertement la parole sacrée de la Médecine...

Intégration des soins préventifs et d'éducation à la santé aux soins curatifs

Le décloisonnement des structures socio-sanitaires gérant ces divers aspects des soins de santé et l'attribution de ces missions à des structures locales de soins intégrés permet une meilleure adaptation aux besoins réels et en améliore la qualité et le coût.

Prévention efficace et éducation permanente adaptée et de qualité ne pourront se réaliser sans la mise à disposition de moyens humains, techniques et financiers appropriés.

Extrait du cahier de propositions pour une politique de santé, Fédération des maisons médicales, 1996

De leur côté, les soignants sont peu stimulés à faire de la prévention et de la promotion de la santé : ils ne sont pas payés pour cela et rechignent à la surcharge de travail, se sentent peu enclins à ce qu'ils considèrent comme une dilution de leur spécificité, renâclent à l'idée de déborder du médical pur et dur et de collaborer avec des intervenants sociaux, ou craignent (à tort) d'indisposer leurs patients et s'en remettent volontiers aux « spécialistes » en la matière.

Il reste donc fort à faire, tant du côté des usagers que dans le camp retranché des soignants, pour ébranler les comportements stéréotypés, habiller de neuf leurs rôles respectifs dans la gestion de la santé et qu'ils puissent ensemble agir en prévention.

Une autre identité

La prévention classique fonctionnait sur un mode hiérarchisé : la connaissance primait sur la relation, la recommandation l'emportait sur la négociation, la prise en charge individuelle n'avait que faire de considérations collectives. Les docteurs Knock pouvaient transformer un village en infirmerie simplement en décrétant que « tout bien portant est un malade qui s'ignore ».

(1) En Belgique, seul l'acte curatif fait l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale.

L'approche globale impliquée par la définition « large » de la santé place les soignants en porte à faux. Puisque la santé est dans tout, elle les pousse à sortir de leur champ clos pour s'intéresser à tous les aspects de la société. Mais simultanément cette approche grignote leur pouvoir et leur monopole du savoir ou à l'inverse, les met en accusation de médicaliser la société, de neutraliser la conscience critique en transformant les problèmes politiques en troubles médicaux à prévenir. Le cadre

s'intégrer harmonieusement soins curatifs et promotion de la santé, et que la collaboration sera la plus fructueuse avec les intervenants psychosociaux.

Elle modifie le rapport « activité-passivité » qui présidait à la prévention classique et introduit l'ordre de la négociation, de la participation mutuelle. Donnant voix à l'usager, la promotion de la santé déconstruit l'alliance de la science et du pouvoir. L'usager devient un partenaire, l'information et la discussion remplacent l'injonction, le savoir n'est plus une vérité à respecter mais un moyen parmi d'autres pour un bien-être qui le dépasse. Dans sa relation plus égalitaire avec le professionnel, l'usager est reconnu comme gestionnaire de santé, responsable de ses choix.

Elle met en lumière l'écart entre le rationnel et le subjectif. Quand l'évidence scientifique rebondit sur la subjectivité de celui que l'on « prévient », il ne suffit plus d'incriminer la subjectivité mais il faut questionner la pertinence du savoir scientifique dans le vécu de la personne et dans son milieu. Un savoir parmi d'autres qui ne peut faire du monde biologique la norme permettant de juger toute autre valeur.

Elle invite à se pencher sur le sens de la santé et de la maladie, tant dans le vécu de l'usager qu'au niveau des représentations collectives, à se détacher de concepts figés pour répondre à la demande de sens.

Elle introduit la dimension sociale et politique dans un monde médical qui se croyait à l'abri des turbulences de la société. « Une société ne peut plus uniquement renvoyer la balle à ses membres en leur disant qu'ils et elles sont responsables de leurs habitudes de vie et donc de leur santé. Une société doit se préoccuper de la qualité de l'environnement social qu'elle crée »².

En douceur, en profondeur, la promotion de la santé est bel et bien en train de changer l'identité de la médecine. ●

Participation de la population

Plus un système est organisé, plus grandit le danger bureaucratique et la menace de perte d'autonomie des usagers. Il faut travailler à réduire l'écart entre le professionnel expert et l'usager ; le système actuel contribue à l'aggraver. Outre une organisation des soins de santé à l'échelle nationale, il est nécessaire de promouvoir de petites structures en contact étroit avec la population. Celles-ci favorisent la réflexion critique des prestataires sur l'organisation sociale dans la relation thérapeutique, de prévention et de promotion de la santé.

Les objectifs d'une volonté de participation de la population sont :

1. analyse de la demande et définition des besoins ;
2. travail communautaire ;
3. développement de l'éducation à la santé ;
4. développement de la recherche-action et de l'assurance de qualité incluant l'étude de la perception par la population des résultats obtenus par le système de soins, et l'étude de son degré de satisfaction.

Extrait du cahier de propositions pour une politique de santé, Fédération des maisons médicales, 1996

classique de la médecine se fendille, une nouvelle définition se met en place, une autre répartition des tâches de santé vient rompre les habitudes.

La promotion de la santé pousse le système de santé à s'ouvrir aux intervenants non médicaux. C'est au niveau de la première ligne de soins que s'articulent le médical organiciste et l'approche globale de la santé et des personnes dans leur milieu de vie et dans la continuité de leur histoire. C'est à ce niveau de grande proximité avec les usagers que peuvent

(2) Marc Renaud, « Expliquer l'inexpliqué : l'environnement social comme facteur clé de la santé », Interface, mars-avril 1994, p. 22.



La médecine préventive au quotidien des généralistes

Cet automne, en Belgique, parmi les personnes de plus de 65 ans, 32 % seront vaccinées contre la grippe¹ (et plus de 70 % parmi les patients des maisons médicales²). Le vaccin contre la grippe entre dans la routine du travail quotidien des généralistes. Pour le vaccin contre le tétanos, la même enquête nous informe que près de 70 % des Belges sont correctement vaccinés. D'autre part, 70 % des femmes déclarent être bien protégées contre la rubéole. Ces chiffres globaux ne montrent cependant pas les diversités locales qui peuvent être fort variables.

Encourageants - bien qu'améliorables - ces résultats d'actions préventives sont en grande partie le fruit du travail quotidien d'une majorité de généralistes. Chaque jour, dans la variété, l'imprévu ou la routine des consultations, les généralistes sont actifs en médecine préventive : vaccins, prescriptions de mammographies pour le dépistage du cancer du sein (50 % des femmes de 50-70 ans)¹, contrôle de la tension artérielle (90 % des adultes)¹, dépistage de l'excès de cholestérol (55 % des adultes)¹, ou conseils pour arrêter de fumer.

Autre axe fondamental de la relation des généralistes avec les patients : la disponibilité et l'écoute, portes ouvertes pour des relations humaines respectueuses partageant les doutes et facilitant des explications pour les maladies et les traitements. Cette proximité et cette intimité des généralistes leur permettent de s'imprégner des conditions de vie de chaque patient et d'évoquer avec lui ce à quoi il faut faire attention pour rester en bonne santé aujourd'hui et demain, avec ou non quelques problèmes de santé, compagnons du quotidien.

Des experts belges nous rappellent les dix actes préventifs de base, utiles et pertinents en médecine générale³ : mesurer le poids et la taille, la tension artérielle et le taux sanguin de cholestérol ; conseiller aux personnes âgées un examen de l'ouïe et de la vue, examiner la peau et l'hygiène de la bouche (les dents) ; réaliser les vaccinations, le frottis du col de l'utérus, les mammographies de dépistage du cancer du sein. La prévention des signes de la ménopause complète, si nécessaire, cette première approche.

Ces examens ont été retenus sur les critères d'inclusion nécessaires et simultanés de Frames⁴ :

- la maladie dépistée doit être fréquente, c'est-à-dire que son incidence et/ou sa prévalence doivent être suffisamment élevées pour justifier le dépistage en tenant compte des coûts (matériels et humains, en ce compris l'impact anxiogène des faux positifs et la réassurance injustifiée des faux négatifs) ;
- elle doit être grave, c'est-à-dire avoir un effet significatif sur la quantité de vie (mortalité) et sa qualité (morbidité) ;
- elle doit être clairement distincte de la normalité. Son cours doit être connu et son stade pré-symptomatique bien défini par rapport au stade clinique ;
- le traitement au stade pré-symptomatique doit réduire la mortalité et la morbidité de façon plus marquée que le traitement après l'apparition des symptômes ;
- la maladie doit être traitable et contrôlable en tant que phénomène de masse ;
- toutes les facilités de diagnostic et de traitement des sujets positifs au test de dépistage doivent être disponibles ;
- le programme de dépistage ne sera mis en place qu'après avoir examiné les autres priorités sanitaires dont la réalisation entraînerait un coût identique à celui de ce programme.

De manière variable et le plus souvent occasionnelle, ces actes préventifs de base sont réalisés par la plupart des médecins de famille. Quelques-uns s'organisent pour devenir systématiques et améliorer leur efficacité en utilisant, entre autres, un échancier. Les expériences des maisons médicales ont permis de clarifier les consignes et l'organisation quotidienne pour rester performant dans ces domaines. Les deux brochures de la Fédération des maisons médicales *Le Point sur...* le vaccin contre la grippe et le dépistage du cancer du sein offrent aux praticiens curieux des protocoles pratiques, des idées d'organisation, des références aux consensus actuels et des possibilités d'évaluer ce qui est réalisé et ce qui est améliorable. Incontournables ! ●

Yves Gosselain,
licencié en
communication,
Jean Laperche,
médecin
généraliste et
**Marianne
Prevost**,
sociologue.

(1) Centre de
recherche
opérationnelle en
santé publique -
Institut Louis
Pasteur, enquête
de santé en
Belgique, 1997.
Ils s'agit d'une
enquête par
interview directe
des patients.

(2) Fédération
des maisons
médicales,
« Actes du
colloque Forum-
Recherche », le
Courrier,
Bruxelles, avril
1994.

(3) Mutualités
libres, Préservez
votre capital
santé, Bruxelles,
1996.

(4) Jenicek M.,
Cléroux R.,
Epidémiologie :
principes,
techniques,
applications.
Québec : Edisem
Inc. et Paris,
Maloine sa, 1984.

Les obstacles à la prévention en médecine générale: les connaître pour les dépasser

Yves Gosselain,
licencié en
communication,
Jean Laperche,
médecin
généraliste et
Marianne
Prevost,
sociologue.

Des recommandations en santé publique énoncées par les experts (nocivité du tabac, intérêt du dépistage du cancer du sein, vaccins, ...) à la pratique des généralistes (aider les patients à ne plus ou à ne pas fumer, proposer systématiquement une mammographie de dépistage ou un vaccin contre la grippe, ...), il y a de multiples étapes à comprendre et des obstacles à contourner pour réaliser utilement des actions préventives.

Ce sont ces obstacles et ces étapes qui ont été progressivement éclairés, décortiqués et parfois surmontés par les différentes recherches sur les pratiques des médecins généralistes en prévention et sur les attentes de leurs patients dans ce domaine, menées en Belgique avec le soutien de la Communauté française depuis une dizaine d'années.

Les généralistes et la santé

« La santé, c'est le bien-être au-dedans et au dehors de quelqu'un. C'est aussi ne pas être malade. Mais être malade de temps en temps, ça fait du bien. » (Max, 12 ans)

Les généralistes sont les professionnels de la santé les plus proches et les plus souvent en contact avec tous les patients. Cette proximité et cette présence au fil des ans leur demandent de préparer des conditions de bonne santé pour demain, de tenter d'éviter l'un ou l'autre problème de santé vulnérable, de prévenir ce qui peut l'être. C'est aussi ce que les patients attendent d'eux.

La prévention médicale est une dimension de la promotion de la santé familière aux généralistes : vaccinations (grippe, tétanos, hépatite B, vaccins des enfants), dépistage du cancer du sein et du col, suivi des diabétiques, dépistage des hypertendus... Toutes ces actions préventives sont réalisées de manière variable, avec cependant quelques progrès ces dernières années. Une enquête réalisée en Belgique montre que 90 % des patients de plus de quinze ans ont eu une mesure de la tension artérielle, 70 % sont vaccinés contre le tétanos, 55 % connaissent leur taux de cholestérol lors des cinq dernières années, la moitié des femmes de 50 à 70 ans ont eu une mammographie de dépistage du cancer du sein, 32 % des patients âgés de plus de 65 ans ont été vaccinés contre la grippe en 1997...¹

Mais ce n'est pas simple. Pour devenir performants et utiles pour les patients, les généralistes apprennent à éviter les pièges, à contourner les obstacles, à desserrer les freins que la médecine elle-même a parfois construits.

La prévention reste le parent pauvre de la médecine

Malgré son importance de plus en plus reconnue, la prévention reste le parent pauvre des soins de santé. Le développement des pratiques de soins, que ce soit en terme de budget, de reconnaissance scientifique ou de prestige social, continue à aller vers la deuxième ligne, avec une spécialisation croissante, plutôt que vers la médecine générale et les pratiques préventives que le premier échelon serait le mieux à même de promouvoir.

Les obstacles au développement de la prévention viennent du système de santé existant et du modèle biomédical sur lequel il se fonde, des réticences des médecins, et du manque de motivation des patients ; tous ces éléments sont bien entendu liés.

Dans le système actuel, les budgets publics alloués à l'éducation du patient ou à l'éducation pour la santé sont dérisoires en regard des

(1) Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique - Institut Louis Pasteur, Enquête de Santé en Belgique, 1997.



budgets colossaux dévolus aux soins curatifs : même pas de l'ordre de 1 % ! Ce qui en dit long sur les priorités établies, et sur les possibilités concrètes de sortir du modèle biomédical classique, toujours largement dominant. La reconnaissance des actes préventifs et éducatifs, leur inscription dans la nomenclature des soins, restent extrêmement marginales. Ce manque de reconnaissance freine l'intégration d'actes ou de conseils préventifs dans la consultation curative, tant au niveau symbolique (quelle peut être la valeur d'une pratique non reconnue ?), qu'au niveau pratique (comment, lorsqu'on est payé à l'acte, consacrer un temps suffisant à une pratique n'entraînant aucun bénéfice financier ?).

La médecine, centrée sur un organe malade, empêche une approche humaine, globale et préventive du patient

Ce manque de reconnaissance correspond au modèle biomédical classique, qui reste le principal axe de formation des médecins. Ce modèle est centré sur la maladie, sur l'organe, sur la causalité biologique. La personne même du patient intervient bien sûr, mais plutôt comme un potentiel « empêqueur de soigner en rond » (il risque de ne pas être assez compliant) que comme un être possédant des ressources, capable de prendre des responsabilités, de faire des choix dignes d'intérêt, de respect. Bref, les médecins n'apprennent guère à approcher le patient de manière globale, comme une personne à part entière vivant dans une famille, un quartier, dépositaire de connaissances, d'une culture propre en matière de santé ; ils n'apprennent pas à articuler les soins curatifs avec d'autres domaines liés à la santé - tels que le contexte politique et social, le niveau économique, les conditions de vie, l'instruction, l'insertion sociale. L'apprentissage à une lecture critique d'articles scientifiques reste embryonnaire dans la formation des médecins. Or, qu'on la considère dans ses aspects médicaux ou éducatifs, l'approche préventive nécessite toujours une rigueur scientifique et la prise en compte du patient dans sa globalité ; elle vient donc remettre en avant un ensemble de facteurs constitutifs de la santé, que les

médecins ont appris soit à négliger complètement, soit à considérer comme n'appartenant pas à leur champ de compétence.

Le traditionnel clivage entre préventif et curatif est nuisible pour la santé

Cette négligence, ou ce sentiment d'incompétence, rejoint, et est en même temps renforcé, par le clivage que notre système de santé a introduit entre le curatif et le préventif. Les pratiques préventives sont réalisées par des institutions verticales spécialisées : les soins préventifs aux bébés et aux enfants en âge scolaire¹ ; la médecine du travail ; les centres spécialisés pour le dépistage du cancer, du SIDA, etc. Le médecin généraliste ne se sent dès lors pas responsable de ces aspects préventifs, puisque d'« autres s'en occupent ». D'autres qui, parfois, peuvent avoir tendance à disqualifier le médecin généraliste... puisqu'il faut bien protéger un territoire dans lequel on a, il est vrai, acquis une certaine spécialisation...

Non seulement d'« autres s'en occupent », mais ces autres semblent avoir, à certains égards, plus de facilité que le médecin généraliste : ils ont des budgets pour mener leur activité préventive ; ils travaillent le plus souvent autour d'une problématique précise et sur base d'un contact plus ou moins ponctuel ; ils ont affaire à un public demandeur (c'est-à-dire un public dont, éventuellement, des campagnes bien orchestrées ont pu susciter la demande²) ou « captif » (les jeunes à l'école, les travailleurs). Le médecin généraliste, lui, a affaire à un public qui demande autre chose - parfois de manière pressante ; un public dont il faut considérer l'ensemble des problèmes, et pour lequel il faut veiller à préserver la relation à long terme... Certains médecins pensent que, bien souvent, « le motif de la consultation ne permet pas » de poser un acte préventif quand le patient vient avec une demande de soin curatif. Ils craignent que tout conseil s'écartant de la demande initiale soit ressenti comme une intrusion, vienne provoquer une anxiété inutile, brise quelque chose dans la relation... Difficultés réelles bien sûr, et qui apparaissent d'autant plus lourdes que rien ne prépare les médecins à les

(1) Office de la naissance et de l'enfance (ONE), Inspection médicale scolaire (IMS), etc.

(2) On pense par exemple aux « mammobus », véhicules conçus pour réaliser des mammographies quasiment sur le pas de la porte des gens, dûment avertis du passage de la « mammobus » par une campagne d'information préalable.

Les obstacles à la prévention en médecine générale: les connaître pour les dépasser

surmonter ; et surtout, rien ne les aide à concevoir les choses de manière plus optimiste - à comprendre par exemple à quel point la relation privilégiée avec un patient permet justement de mieux communiquer avec lui, de percevoir des demandes non exprimées, de donner des conseils, un soutien personnalisé. Ils méconnaissent aussi très largement le souhait qu'ont en réalité les patients, de voir leur médecin assurer une prise en charge préventive : les patients se disent prêts à répondre aux propositions du médecin, à écouter ses conseils, et sont extrêmement satisfaits lorsque le médecin s'autorise à dépasser le strict cadre de la demande initiale.

La pauvreté des généralistes

Bien souvent aussi, les médecins se sous-estiment, ils sous-évaluent leur impact auprès des patients en croyant, à tort, que les médias (dont la télévision) ont un impact plus grand auprès de leurs patients que leur propre parole de médecin de famille. Cet impact du généraliste a pu être évalué : le conseil donné par le médecin, surtout s'il s'accompagne de pistes pratiques (par exemple, expliquer le fonctionnement et donner l'adresse d'un groupe d'arrêt du tabagisme) est bien plus efficace qu'une simple campagne média, justement parce qu'il s'intègre dans une relation personnalisée, dans un contexte sensible qui permet d'envisager les besoins et les ressources propres du patient. Les campagnes médiatiques ne sont certes pas inutiles, mais elles ne remplacent pas l'intervention personnalisée ; elles peuvent la compléter, la soutenir, créer un climat favorable - mais une campagne média non relayée par une action de proximité reste le plus souvent impersonnelle, abstraite et peu efficace.

Les médecins généralistes manquent d'outils préventifs : comment tenir un échecancier ? Comment travailler de manière systématique et envoyer, si nécessaire, des lettres de rappel aux patients ? Bien souvent, ils n'osent pas le faire alors que ces lettres de rappel sont explicitement autorisées par l'Ordre des médecins. Celui-ci demande simplement que le patient qui reçoit la lettre garde le libre choix

du médecin à consulter pour cet acte préventif.

La prévention est vaste et plurielle : comment s'y retrouver ?

Mais, nouvelle question pour beaucoup de médecins, que faire en matière de prévention, et comment ? Les pistes sont multiples : de la prévention de type médical, à la promotion de la santé, en passant par l'éducation, les objectifs, les méthodes, les stratégies sont diverses et souvent éloignées de l'activité médicale habituelle. Il n'y a pas toujours de consensus clairs, et les compétences en la matière sortent souvent du champ de l'expertise médicale : le bien-fondé, les critères d'efficacité de telle ou telle stratégie proviennent d'autres disciplines, qui n'ont pas toujours une crédibilité suffisante auprès des médecins. Même dans le domaine de la prévention médicale, plus facilement appréhendable, il existe des contradictions entre experts, des incertitudes qui freinent la motivation : comment proposer à un patient quelque chose qu'il ne demande pas, si l'on n'est pas absolument certain que cette proposition lui procurera un bénéfice ? Si l'on craint même de faire « pire que bien », parce que l'on a engendré une inquiétude ou parce que l'on a préconisé un comportement qui sera, quelque temps plus tard, invalidé par de nouvelles connaissances scientifiques ?

Tout cela entraîne bien souvent une démission des praticiens qui ne savent pas bien sur quelles bases agir, où trouver les références de recherches et d'expériences auxquelles se fier. La tentation est alors grande de se centrer sur une approche strictement curative - ou sur une démarche préventive minimaliste dont ne bénéficiera qu'un nombre limité de patients.

La demande implicite des patients : « Même quand nous ne sommes pas là, prenez soin de nous »

Beaucoup de généralistes n'ont pas assez conscience que les patients attendent de leur



docteur des propositions concrètes de prévention et qu'ils apprécient les lettres de rappel : « Même quand nous ne sommes pas là, vous prenez soin de nous ». Les patients apprécient aussi que leur médecin de famille prenne le temps d'écouter et le temps d'expliquer un traitement ou un acte préventif, le pourquoi et le comment, les limites, les effets secondaires et les indications.

Malheureusement, écouter, expliquer et proposer prend du temps, et il n'y a pas de financement prévu pour cette dimension humaine et thérapeutique de la médecine préventive.

Conclusion

De la théorie à la pratique, le chemin est long et semé d'embûches. Les premiers obstacles à contourner sont inhérents au système de santé : prépondérance du modèle biomédical, clivage du préventif et du curatif, formation inadéquate des praticiens. Les institutions préventives spécialisées déresponsabilisent souvent de fait les médecins généralistes qui se sentent mis à l'écart de leurs responsabilités, empêchés de suivre ces patients à long terme.

Un autre volet d'obstacles est lié à la relation entre les praticiens et les patients. « Le motif de la consultation ne permet pas de proposer tel acte préventif » disent les médecins qui sous-estiment leur grande influence sur le comportement des patients et la demande implicite des patients pour plus de prévention.

Par le programme Agir ensemble en prévention, la Fédération des maisons médicales est au cœur de ce débat depuis 1992, alliant les réflexions des experts à l'expérience des praticiens (voir articles dans ce numéro). Ces constants allers-retours et l'accompagnement de ces praticiens permettent de dégager des pistes d'intervention pour implanter durablement des actions de prévention réalisées par les généralistes et autres professionnels de la santé du premier échelon au bénéfice de toute la population. ●

Bibliographie

Berghmans L., Boutsen M., Swennen B., Wanlin M., *La prévention en médecine générale*, rapport de recherche inédit, Ecole de santé publique, ULB, Bruxelles, 1990, 57 pp.

Centre de recherche opérationnelle en santé publique - Institut Louis Pasteur, *Enquête de Santé en Belgique*, 1997.

Deccache A., Laperche J., « Values, paradigms and quality criteria in health promotion : an application to primary health care », in Davies JK. and Mc

Donald G. (Eds) : *Quality, evidence and effectiveness in Health Promotion*, Routledge Publishers, London, 1998, p. 150-164.

Gosselain Y., Laperche J., *Agir Ensemble en Prévention*, brochure didactique résumant le rapport d'évaluation de Miermans M-C., Fédération des maisons médicales, 1995.

Laperche J., Delpierre V., « La prévention, côté soignants - côté patients », *Revue Education Santé* n°88, p. 9-14, Infor-Santé, Bruxelles, juin 1994.

Laperche J., Gosselain Y., Prevost M. « Une expérience belge en médecine générale », *La Santé de l'Homme*, CFES, Paris, n° 341, mai-juin 1999, p. 40-42.

Leveque A., Berghmans L., Lagasse R., Laperche J., Piette D., *Style de pratique en médecine générale et activités préventives en Communauté française de Belgique*, in *Arch Public Health* 1997, 55, 145-158.

Leveque A., De Roubaix J., *Education pour la Prévention*, rapports de recherche, PROMES, ULB, Bruxelles, 1993.

Miermans M-C., *Rapport d'évaluation du programme « Agir ensemble en prévention »*, APES, 1995.

Piette D., « Mettre à profit la consultation de médecine générale », *Cahier du GERM*, n°186, 1985.

Agir ensemble en prévention : sens et naissance d'un projet d'accompagnement au sein des maisons médicales

*Yves Gosselain,
licencié en
communication,
Jean Laperche,
médecin
généraliste et
Marianne
Prevost,
sociologue.*

Avec la naissance des maisons médicales, dans le courant des années 70, c'est la médecine de première ligne qui est privilégiée. Face à un modèle dominant centré sur l'hôpital, le diagnostic et le traitement des maladies, les maisons médicales cherchent à développer des petites structures de soins, accessibles à tous, qui considèrent l'individu dans sa globalité et dans la continuité et intègrent à la fois l'information, la prévention et les soins proprement dits.

La plupart des maisons médicales réalisent depuis toujours des activités de prévention, mais dans un certain isolement et avec pas mal de difficultés pour les mener à terme ou les rendre permanentes. Au début des années '90 naît le programme Agir ensemble en prévention. Favoriser une certaine coordination en vue de faire plus et surtout mieux les activités de prévention est alors un des objectifs à l'origine du programme de la Fédération des maisons médicales. Un second objectif sera de rencontrer la crainte, alors vivace, d'une « prévention-terrorisme », une prévention qui appliquerait aveuglément ses programmes et s'arrogerait le droit de préserver la santé du patient sans se préoccuper de son avis et de ses besoins individuels. La conception du projet Agir ensemble en prévention permettra d'écarter la menace de ces dérives.

Outre la stimulation et le soutien à réaliser des projets de prévention coexistent d'autres finalités issues de choix politiques de la Fédération des maisons médicales. Il s'agira tout d'abord d'**intégrer** les projets préventifs au sein de la pratique curative et d'éviter de les rejeter en périphérie de l'activité principale de l'équipe. Deuxièmement, d'inscrire les projets de prévention dans un principe de **globalité** :

éviter le cloisonnement des activités, accorder une place pour l'avis du patient, pouvoir entendre ses refus. Une troisième finalité tient au fait que la prévention représente en général un travail à long terme, avec peu de résultats directement visibles. C'est pourquoi les formations incitent à la **rigueur scientifique** dans toutes les étapes d'un projet de prévention.

Destiné à l'accompagnement d'équipes pluridisciplinaires, ce programme utilise pleinement les atouts des maisons médicales et veut surtout rester en permanence à l'écoute des pratiques, des attentes et des besoins des membres des équipes. Concrétisée par des temps d'arrêt, cette attitude d'écoute des équipes a façonné le programme : le dialogue a développé une connaissance toujours plus concrète des pratiques en maison médicale et permis de fréquents réajustements du contenu du programme et du rythme de travail en fonction de l'implantation effective du programme sur le terrain.

Cet ancrage au sein des pratiques actuelles des maisons médicales est renforcé par les soucis permanents d'**évaluation** qui traverse le programme et de **participation** des maisons médicales. Ainsi, les souhaits et les sensibilités des membres des équipes ont influencé les directions prises par le programme, en tenant compte bien entendu des priorités habituelles en santé publique.

A contrario, cela signifie que le projet Agir ensemble en prévention n'a jamais cherché à implanter un même projet dans toutes les maisons médicales. Privilégiant la formation des acteurs à l'analyse des besoins et la conception de projets, ce service de la Fédération des maisons médicales a plutôt favorisé le développement d'actions adaptées tant aux besoins qu'aux ressources disponibles pour chaque petite structure (garantissant un espace pour des projets moins médicaux, de santé communautaire, ...).

On peut essayer de résumer en quelques items **les messages que le programme Agir**



ensemble en prévention a essayé de faire passer dans les équipes :

- Réaliser effectivement des activités de prévention adaptées aux maisons médicales ;
- Avoir le souci de la qualité des actions menées : rigueur scientifique, choix de priorités, évaluation. Considérer l'évaluation comme une étape à part entière de toute projet ;
- Connaître et utiliser les atouts et les ressources de la maison médicale et de son environnement proche ;
- Favoriser le travail pluridisciplinaire : impliquer l'équipe dans les projets et éviter l'isolement, mandater une cellule prévention qui reste en lien avec l'activité principale de la maison médicale ;
- Profiter des acquis et des expériences des autres maisons médicales : tant les réussites, les méthodes qui ont fait leurs preuves, que les obstacles récurrents à éviter. Réaliser un bilan des actions et le faire connaître ; favoriser la reproductibilité, tant au sein qu'en dehors des maisons médicales ;
- Favoriser le travail en réseau avec des partenaires adéquats, proches de la maison médicale ;
- Prendre le temps de concevoir un projet et prévoir les étapes d'évaluation ; utiliser les outils existants en méthodologie de projet (carnet de bord, assurance de qualité, APPRET¹, fiche prévention) ; s'assurer de concrétiser les projets retenus ;
- Comprendre les différents domaines de la prévention au sens large aide à concevoir des projets adaptés à des besoins précis. A côté de la médecine préventive, la prévention connaît bien d'autres chemins : éducation pour la santé, promotion de la santé, santé communautaire ;
- Prendre conscience de la responsabilité des soignants, en matière de prévention, d'initier les projets et d'établir le dialogue envers les patients ; prendre conscience que ceux-ci sont demandeurs de plus de prévention ;

- Porter aussi un regard éthique sur la prévention ; pouvoir déterminer des limites à l'implantation des projets ; favoriser la participation des patients.

A l'origine, en 1992-93, la Fédération des maisons médicales a fait réaliser une large enquête auprès de travailleurs de maisons médicales et leurs patients pour connaître leurs attentes en matière de prévention. Une des conclusions de l'enquête est que les patients sont demandeurs de plus de prévention, même s'ils sont en visite à la maison médicale pour un tout autre motif. Mais ils considèrent généralement que c'est au médecin de proposer. Alors que celui-ci craint que ses patients n'apprécient pas ce genre d'initiative et sous-estime certains acquis des patients en matière de prévention. Nettement, cette enquête renvoie la balle dans le camp des soignants ; elle a pleinement joué son rôle vis-à-vis des équipes puisque aujourd'hui encore elle est utilisée pour mobiliser les soignants.

Par la suite, l'adhésion aux étapes annuelles a toujours été laissée à une décision volontaire de chaque maison médicale. Mais dès le départ la participation a été plus importante que prévue. **Qu'est-ce qui motivait principalement ces soignants** à assister aux réunions prévention ? Au début, ce sont surtout des motifs individuels : intérêt personnel pour la prévention, souhait de redynamiser l'équipe². Quelques années plus tard, les motifs d'adhésion se sont diversifiés. Ils vont souvent de pair avec une implication dans le programme et se confondent avec les bénéfices perçus : projet moteur qui donne une place à la prévention et propose des repères ; lieu d'échange et de soutien par rapport à la prévention ; possibilité de motiver l'équipe autour de thèmes et activités existantes, de dégager ensemble des priorités ; ouverture d'un espace de réflexion et d'échange qui soutient l'action...³

D'autres **bénéfices** sont cités par les équipes participantes⁴ :

- Constitution de cellules de prévention et

(1) **APPRET** : méthode pour construire des programmes d'activités d'éducation pour la santé. On reprend les initiales des étapes classiques de la planification d'actions: analyser, préparer, planifier, réaliser, évaluer, transformer. D'après Michel Demarteau Une méthode pour construire des programmes d'éducation pour la santé, Apes collection Méthodes au service de l'éducation pour la santé, 1991.

(2) Interview des délégués et des équipes pour l'évaluation annuelle, août 1995.

(3) Perceptions issues de la réunion plénière du 18 janvier 97 qui présentait les orientations pour l'année.

(4) Interview des équipes pour l'évaluation annuelle, mai-juin 1997 et réunion plénière du 28 novembre 98.

Agir ensemble en prévention: sens et naissance d'un projet d'accompagnement au sein des maisons médicales

d'assurance de qualité au sein des équipes ;
déploiement de lieux pour parler de prévention dans et hors de la maison médicale ;
participation à un projet plus large ;

- Actions mieux intégrées au curatif : une plus grande partie de l'équipe est concernée et la prévention devient un choix délibéré ;
- Réflexion de fond sur le travail en équipe, le préventif et le curatif, la rigueur, l'évaluation ;
- Meilleure conception et évaluation des projets.

Toute cette structure mise en place, avec les bénéfices qu'elle a procurés, doit évidemment être mise en relation avec les obstacles repérés pour la mise en œuvre de projets de prévention. Cette expérience développée par les maisons médicales peut dans une certaine mesure être utilisée au profit de la médecine libérale. Un projet est actuellement en cours avec la Société scientifique de médecine générale.

L'essence du programme Agir ensemble en prévention, qui est facilement transmissible, part des projets des équipes (avec les besoins, leurs ressources, les obstacles connus) et propose des méthodes, aide à structurer, rappelle certaines valeurs, donne accès à une littérature de référence, soutient la rigueur scientifique, propose des outils adéquats... Cette voie ne se centre donc pas sur l'élaboration d'un programme commun à mettre en œuvre mais passe par **la formation d'intervenants responsables** qui pourront prendre les décisions qui s'imposent tant pour un projet particulier que pour l'orientation des structures elles-mêmes à plus long terme. ●



Tenir le cap et mener les passagers à bon port

En promotion de la santé, il faut être préparé et bien entouré. Pour le projet Agir ensemble en prévention, un bon équilibre entre les acteurs de terrain, les experts et une cellule centrale sont essentiels.

En gardant constamment le cap sur les bénéficiaires réels de l'action : les usagers de la santé.

Subventionnée dès le départ par la Communauté française, la recherche-action menée par la Fédération des maisons médicales a débuté en 1992 par une large enquête auprès des travailleurs de maisons médicales et leurs patients : plus de deux cent cinquante travailleurs des maisons médicales et mille deux cents de leurs patients ont exprimé leur avis sur la prévention et ce que chacun en attend.

Un premier enjeu était d'encourager les équipes des maisons médicales dans leurs projets de prévention par la prise de conscience que les patients sont demandeurs de plus de prévention. Assurer la pertinence des choix, améliorer la réalisation des tâches, utiliser pleinement les ressources disponibles

étaient donc quelques-unes des portes d'entrée du programme auprès des équipes. Tout aussi important, le second enjeu, était de mener cette recherche-action en gardant le cap sur les bénéficiaires ultimes : les patients.

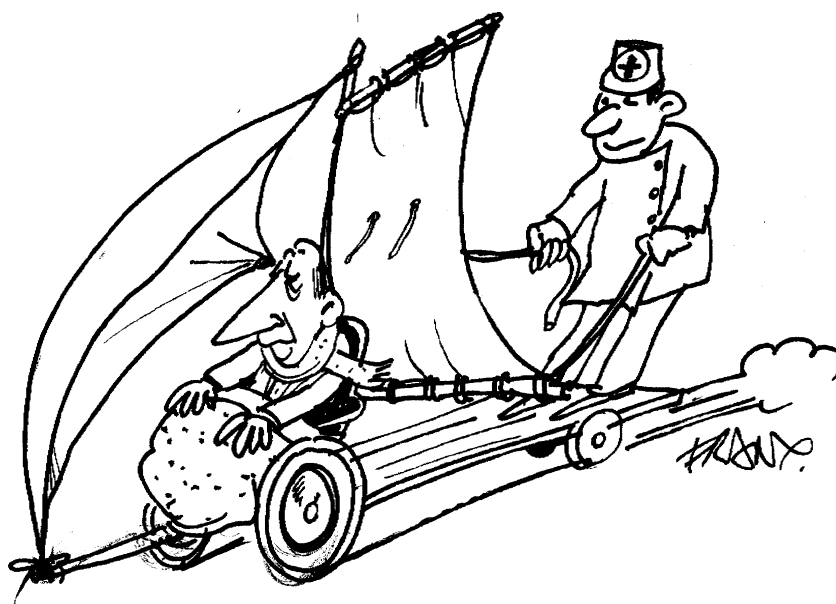
Résolument participatif, ce programme s'est doté d'un nom qui facilite la reconnaissance par chacun des acteurs : « Agir ensemble en prévention ».

Une volonté d'échange et de participation

Trois niveaux de dialogue sont suscités :

- entre maisons médicales : échanger les expériences, faire connaître ses résultats, les méthodes qui ont fait leurs preuves, les obstacles prévisibles ;
- au sein de l'équipe : mener un travail interdisciplinaire, profiter au mieux de chaque fonction, assurer en équipe la continuité des projets ;
- avec les patients : connaître les besoins, partir des acquis et des savoirs des patients, être prêt à entendre leurs refus, viser ensemble à plus d'autonomie, établir un dialogue de partenaires .

*Yves Gosselain,
licencié en
communication,
Jean Laperche,
médecin
généraliste et
Marianne
Prevost,
sociologue.*



Cette préoccupation participative s'est manifestée de façon permanente envers les équipes participantes au travers des attentions suivantes :

- être à l'écoute de ce qui se vit et s'exprime dans les équipes de terrain et notamment savoir ce qui leur apparaît prioritaire à ce moment ;
- offrir autant que possible à tous les

participants la possibilité de donner leur avis, d'exprimer leurs attentes et leurs besoins ;

- solliciter systématiquement les avis des participants sur les supports développés à leur intention (collaboration, relecture, test, échanges en formation) ;
- se donner la possibilité de réorienter le programme en fonction d'avis exprimés ou de nouveaux besoins mis à jour ;
- se réserver régulièrement des moments de rencontre avec les équipes de terrain, sur leur lieu de travail.

Toute l'activité a toujours été considérée comme une occasion de sensibiliser au travail interdisciplinaire et à la participation des patients : les acteurs à la Fédération des maisons médicales n'ont pas d'implication au sein des équipes ni de contacts avec les patients.

Premier plateau, l'équipe des travailleurs de la Fédération des maisons médicales est composée de Jean Laperche, médecin généraliste en maison médicale, Marianne Prévost, sociologue et Yves Gosselain, licencié en communication, auxquels se joignent parfois Michel Roland et Jacques Morel, médecins généralistes.

Deuxième plateau, les maisons médicales avec leur cellule prévention.

Troisième plateau, les experts extérieurs sont :

*Alain Deccache, professeur, UCL, unité d'éducation pour la santé
Stéphane Duval, médecin généraliste, ULg, département universitaire de médecine générale*

*Marie-Christine Miermans, psychologue, chercheuse, ULg
Jacques Morel, médecin généraliste, Fédération des maisons médicales*

*René Tonglet, médecin, professeur, UCL, ESP, Epidémiologie
Monique Van Dormael, docteur en sciences sociales, Institut de médecine tropicale, URESP.*

Face à n'importe quelle volonté participative, la question se pose de celui *qui a pris l'initiative*. Dans notre cas, c'est la Fédération des maisons médicales qui est à l'origine du programme, devenu bien vite une *dynamique* d'échange d'expériences et de formation en vue d'agir en prévention. Initié par la Fédération des maisons médicales, le service Agir ensemble en prévention s'est toutefois mis prioritairement à l'écoute des équipes, et ensuite s'est tourné vers des experts. La priorité a toujours été accordée aux préoccupations des praticiens, mais avec une réelle attention pour les avis de ces intervenants extérieurs.

(1) L'analyse des besoins est devenue une préoccupation constante, se traduisant par une évaluation de toute activité et une évaluation annuelle, basée sur un entretien avec les équipes de terrain.

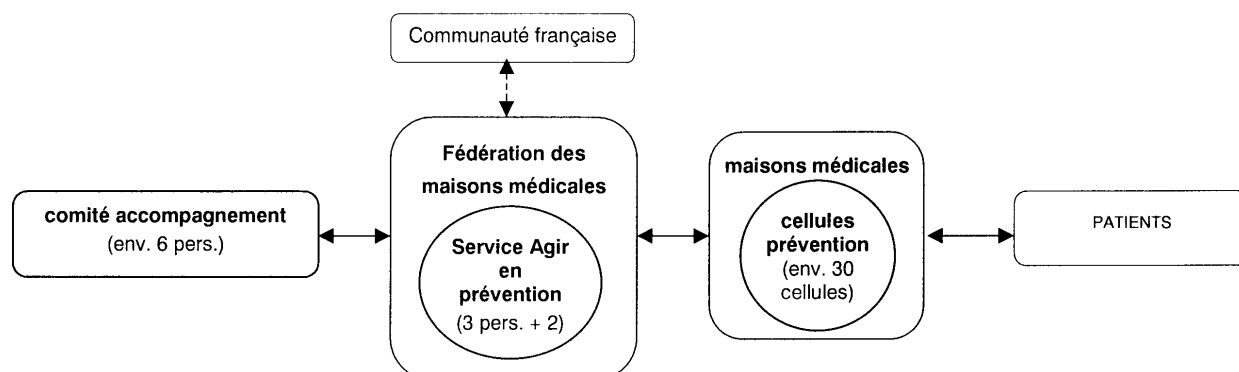
Articuler les compétences et maintenir l'équilibre des plateaux

Eviter les écueils d'un tel projet et maintenir le cap fixé implique une bonne articulation autour de plusieurs plateaux. C'est ce que nous voulons mettre en évidence ici comme acquis de notre expérience, sans oublier que ceux qui doivent rester les bénéficiaires ultimes, ce sont les patients des maisons médicales.

Le **premier plateau**, c'est l'équipe des travailleurs à la Fédération des maisons médicales pour ce programme. C'est cette équipe qui met en œuvre la recherche-action et interagit avec les deux autres plateaux. Elle est la véritable plaque tournante du projet.

Le **deuxième plateau**, ce sont les maisons médicales, avec leurs cellules prévention. Bien qu'elles préexistaient dans quelques maisons, une première étape fut d'aider à constituer ces cellules qui ont pour mission d'initier et de suivre les activités de prévention. Elles sont, via un délégué désigné en leur sein, l'interlocuteur privilégié pour la Fédération des maisons médicales. Ce plateau amène auprès de celle-ci les besoins des équipes et leur renvoie les conseils méthodologiques et les acquis de formation. Ce va-et-vient orchestré avec les équipes assure le caractère participatif et les réorientations nécessaires¹.

La vigilance par rapport aux finalités et objectifs est maintenue grâce au **troisième plateau** constitué d'experts extérieurs, des partenaires universitaires rassemblés tous les deux mois. Articulation indispensable pour le respect des objectifs et le pilotage, ce comité a établi un *modus vivendi* lui permettant d'acquérir une bonne connaissance de la réalité de terrain et de moduler ses réunions en fonction des étapes en cours. Ce plateau apporte son aide pour l'évaluation annuelle du programme, l'élaboration des objectifs, la recherche documentaire, l'élaboration de concepts et la révision d'outils... Avec le recul, il est indéniable que cet accompagnement régulier est un des atouts qui a rendu possible la continuité dans le programme, avec toutes les réorientations utiles. Il a permis un dialogue



Articulation des différents « plateaux » pour garantir le suivi des objectifs jusqu'à la cible ultime

adéquat entre partenaires attentifs à la finalité du programme et à la cible ultime.

Pour illustrer la nécessité d'une bonne articulation entre les niveaux, on peut retracer **les grandes évolutions du programme** depuis ses débuts.

Après l'enquête de 1992-93, les premières étapes se sont appuyées sur les résultats pour mobiliser les équipes à s'engager dans ce projet, engagement qui est toujours resté sur base *volontaire*. L'échange d'expériences était alors le principal moteur. Très vite, un accompagnement individuel a pu être proposé. Avec l'accroissement des demandes et des besoins mis à jour, il a fallu réorienter une partie des activités afin de les rendre plus collectives. Par la suite, l'offre des activités et des réponses aux besoins s'est encore accrue au travers de publications, d'outils... Dans le même temps, cette diversification a conforté le caractère de *service* de cette cellule à la Fédération des maisons médicales, service qui s'ouvrait désormais aussi aux maisons médicales non adhérentes. Le travail en réseau a été soutenu, facilitant l'utilisation des ressources. Enfin, une partie de l'offre s'est spécialisée depuis plus de deux ans, à travers les cycles d'assurance de qualité en prévention. Et finalement, l'accent est mis aujourd'hui sur la concrétisation des actions envers les patients et leur évaluation.

L'équilibre qu'il a fallu maintenir depuis le début, c'est l'investissement dans l'analyse des

besoins, par rapport au temps consacré aux propositions de formations ; c'est le partage entre les activités collectives et l'accompagnement individuel des équipes ; c'est la production de nouveaux outils adaptés ou la formation à des outils existants ; c'est la prise en compte des nombreux obstacles de tous ordres, ou la recherche de concrétisation... Et ce ne fut jamais l'un ou l'autre, mais justement un judicieux dosage. Peut-être grâce au bon équilibre des « plateaux », décidés à travailler de concert. ●

Agir en prévention: trois outils construits avec les équipes de terrain

*Yves Gosselain,
licencié en
communication,
Jean Laperche,
médecin
généraliste et
Marianne
Prevost,
sociologue.*

Le projet Agir ensemble en prévention accompagne les équipes des maisons médicales dans leurs projets de prévention et leur propose des formations, des groupes de travail, centralise un certain nombre d'informations, analyse l'évolution des besoins, fait connaître les ressources existantes... C'est la partie « habituelle » de ce service. Mais à côté de celle-ci, il y a aussi un travail très différent qui essaye d'apporter une réponse la plus appropriée possible à un manque particulièrement répété ou important. Et cette réponse prend parfois la forme de la conception d'un nouvel outil, d'un support méthodologique adapté aux besoins perçus.

Voici quelques manques et besoins mis à jour dans les maisons médicales et qui ont servi de point de départ pour les trois projets présentés ci-dessous :

- manque de formation dans le domaine de la prévention ; manque d'outils accessibles et adéquats ;
- souhait de pouvoir mieux structurer et évaluer les activités ;
- besoin de soutien, de reconnaissance et d'échanges avec des pairs.

Un répertoire d'actions : pour échanger mais aussi pour structurer

Dès le départ, plus de vingt équipes ont participé à ce programme : cela représente une diversité impressionnante d'actions en prévention. Très vite l'idée a germé de créer un répertoire

d'actions en prévention. Ce qui répondait à la nécessité de profiter des expériences acquises par toutes ces équipes. Il apparaissait prioritaire de lever un double obstacle : la difficulté des intervenants de terrain (infirmières, médecins, kinésithérapeutes, assistants sociaux ou psychologues) d'une part à se situer dans les champs de la prévention et d'autre part à définir correctement les différents aspects de leurs projets.

Avant la mise en route du répertoire, un travail de définition de concepts a donc été entamé avec l'aide du comité d'encadrement, les ébauches faisant l'objet d'allers-retours vers les délégués des équipes. Un langage commun a ainsi été précisé et une fiche de récolte d'information sur les activités de prévention a été mise au point, avec des questions bien précises : objectifs, public visé, type de prévention, lien avec le projet de la maison médicale...

En six mois, vingt et une maisons médicales avaient rempli plus de soixante fiches d'activités de prévention, pour la plupart en cours. Deux ans plus tard, le nombre de fiches était monté à cent vingt. Certaines ont subi des mises à jour. Par contre, amener d'autres équipes à rédiger des fiches constitue un obstacle persistant. De fait, tous ceux qui ont fait ce travail d'écriture le trouvent éprouvant mais très utile pour (re)structurer les projets, et donc pouvoir plus facilement les partager en équipe et les évaluer.

Développer l'assurance de qualité pour des projets de prévention

Avec les années, les équipes ont exprimé un besoin de plus de méthode et d'outils d'évaluation pour mesurer la qualité de leurs actions de prévention. Cela rejoignait l'objectif d'aide à la prise de décision en fin de projet (continuité de celui-ci, réorientation ou suspension), par le choix d'une méthodologie adéquate. Par ailleurs, le développement actuel de l'assurance de qualité dans le champ des



Voici les rubriques de classement actuellement utilisées dans le répertoire¹ :

ACC Accident

- ACC.1 domestique
- ACC.2 vacances

ALI Alimentation

- ALI.1 étude
- ALI.2 petit déjeuner
- ALI.3 hygiène alimentaire

DEP Dépendances

- DEP.1 toxicomanies
- DEP.2 médicaments
- DEP.3 tabac

DIV Divers

- DIV.1 salle d'attente
- DIV.2 document, journal
- DIV.3 réunion, animation

MAT Maternité, enfance

- MAT.1 enfants, parents, familles
- MAT.2 enfants malades

VIE Mode de vie, environnement

- VIE.1 condition physique
- VIE.2 sommeil
- VIE.3 habitat
- VIE.4 social, psychologique et relationnel
- VIE.5 personnes âgées

PRE Prévention des maladies

- PRE.1 échecancier, fiche prévention individuelle
- PRE.2 vaccin
- PRE.3 cancer
- PRE.4 système osseux et musculaire
- PRE.5 système nerveux
- PRE.6 dents
- PRE.7 système respiratoire
- PRE.8 consultation (para)médicale
- PRE.9 système cardio-vasculaire
- PRE.10 système urinaire
- PRE.11 système digestif
- PRE.12 métabolisme et endocrinologie

SOC Santé, société

- SOC.1 participation, autonomie
- SOC.2 entraide
- SOC.3 intégration
- SOC.4 surendettement
- SOC.5 solitude
- SOC.6 accessibilité aux soins

SEX Sexualité

- SEX.1 SIDA et maladies sexuellement transmissibles
- SEX.2 féminine
- SEX.3 contraception

soins de santé primaires et de la promotion de la santé a facilité le choix de cette voie pour répondre aux besoins des équipes.

L'assurance de qualité est un processus de réflexion et de recherche par lequel on cherche à savoir ce que l'on fait bien, à détecter et comprendre les failles d'une activité, à améliorer son travail. C'est un processus dynamique par lequel on cherche à définir et implanter des solutions optimales dans des situations ressenties comme posant problème.

Le programme Agir ensemble en prévention a toujours privilégié l'intégration des étapes méthodologiques en partant des acquis et des attentes des intervenants de terrain. A cette époque, les échanges d'expériences occupaient une place importante dans les réunions. Sur un ton de reconnaissance mutuelle, d'émulation et de recherche d'amélioration. Dans ce contexte, c'est naturellement que la question de *critères de référence* s'est posée pour essayer d'orienter les actions en fonction de *standards* qui pourraient être définis au préalable. Tout un travail de réflexion a été mené avec des représentants des équipes qui a débouché sur la définition de sept critères de références² : un projet de prévention devrait être collectif, structuré, systématique, réaliste, efficace, agréable et participatif.

La lecture de la charte des maisons médicales nous éclaire, par ailleurs, sur un certain nombre de valeurs qui doivent aider à offrir des soins de santé primaires de qualité : la prise en compte de l'individu dans sa **globalité**, **l'intégration** des activités d'information et de prévention au contexte curatif, **la continuité** des soins grâce à la tenue d'un dossier commun aux différents soignants et enfin **l'accessibilité** des soins.

A ce stade, les acteurs du programme ont entamé un travail d'adaptation de l'assurance de qualité au champ de la prévention, avec l'aide précieuse d'experts universitaires qui suivent le programme depuis ses débuts. Compte tenu de ce qui avait été construit avec les équipes, de ce qui était inscrit dans la charte, puis surtout grâce à une recherche importante dans la littérature³, ce sont finalement treize dimensions de la qualité qui ont été retenues.

(1) Le classeur avec les fiches peut être consulté à la Fédération des maisons médicales ou dans les différents intergroupes régionaux, avant de rencontrer un membre de l'équipe pour en connaître plus encore...

(2) C'est évidemment à dessein que nous utilisons des termes propres à l'assurance de qualité, même si à ce stade ils n'appartenaient encore qu'au langage courant pour les participants.

(3) références en fin d'article

Agir en prévention: trois outils construits avec les équipes de terrain

Voici ces dimensions - parfois appelés critères - de la qualité :

PERTINENCE

est **PERTINENTE** la démarche de prévention ou la stratégie qui répond à un (des) besoin(s) clairement identifiés, médicaux, sociaux, personnels, et/ou autres. Les besoins peuvent être définis objectivement ou subjectivement.

EFFICACITE théorique ou potentielle

est **POTENTIELLEMENT EFFICACE** la démarche de prévention ou la stratégie qui est construite sur base d'informations ou de démarches dont l'efficacité a été démontrée par ailleurs, dans des conditions spécifiques.

EFFICACITE pratique

est **EFFICACE** la démarche de prévention ou la stratégie qui atteint ses objectifs, c'est-à-dire dont les effets positifs sont ceux qui ont été recherchés, dans le contexte particulier de l'action.

EFFICIENCE

est **EFFICIENTE** la démarche de prévention ou la stratégie qui parvient à obtenir les meilleurs effets au moindre coût, ou avec la meilleure utilisation des ressources existantes.

GLOBALITE

est **GLOBALE** la démarche de prévention ou la stratégie qui s'intéresse explicitement et simultanément aux différents aspects de la personne ou du patient : biomédicaux, sanitaires, psychologiques, sociaux, éducatifs.

CONTINUE

est **CONTINUE** la démarche de prévention ou la stratégie qui s'assure d'un suivi adéquat dans le temps de la question, du projet ou encore de la personne (patient). Exemple : mise en place annuelle d'une action de rappel de vaccination contre la grippe, chez les patients concernés.

INTEGRATION

est **INTEGREE** la démarche de prévention ou la stratégie qui s'assure que les préoccupations de prévention, éducation ou promotion de la santé sont **INCLUDES** dans les autres activités (quotidiennes ou habituelles).

ACCESSIBILITE – EQUITE

est **EQUITABLE** (et accessible) la démarche de prévention ou la stratégie qui s'adresse à toutes les personnes, ou encore à celles qui en ont le plus besoin, et qui est conçue pour toucher aussi les personnes les plus démunies.

PARTICIPATION DES PATIENTS y compris acceptabilité et y compris autonomisation

est **PARTICIPATIVE** la démarche de prévention ou la stratégie qui permet au patient de prendre part à la prise en charge de sa santé, qui l'incite à exprimer ses choix et l'aide à les réaliser. Une telle démarche implique un partage du pouvoir de décision et une prise en compte du point de vue du patient.

SUBSIDIARITE

c'est le caractère de la démarche de prévention ou la stratégie qui d'une part reconnaît les rôles et places des divers organismes et intervenants concernés, et d'autre part qui incite à un partage des rôles et tâches en fonction des compétences et services existants.

SYSTEMATISATION

est **SYSTEMATIQUE** la démarche de prévention ou la stratégie qui vise à toucher toutes les personnes et patients concernés.

SATISFACTION des patients et/ou des soignants

est **SATISFAISANTE** (pour les intervenants et/ou pour la population) la démarche de prévention ou la stratégie qui répond aux **ATTENTES** et aux **SOUHAITS** des participants.

INTERDISCIPLINARITE et travail d'équipe collectif

est **COLLECTIVE** la démarche de prévention ou la stratégie qui associe l'ensemble des intervenants concernés par les actions prévues.

L'intérêt manifesté par les participants aux formations a certainement facilité la mise sur pied l'année suivante de séminaires d'assurance de qualité : une dizaine d'équipes se sont engagées dans un processus de recherche-



action. Ces séminaires permettaient à la fois une évaluation de l'implantation des cellules d'assurance de qualité, et une réflexion pour la mise en œuvre de l'assurance de qualité en maison médicale. Les experts extérieurs ont collaboré activement à cette phase du programme.

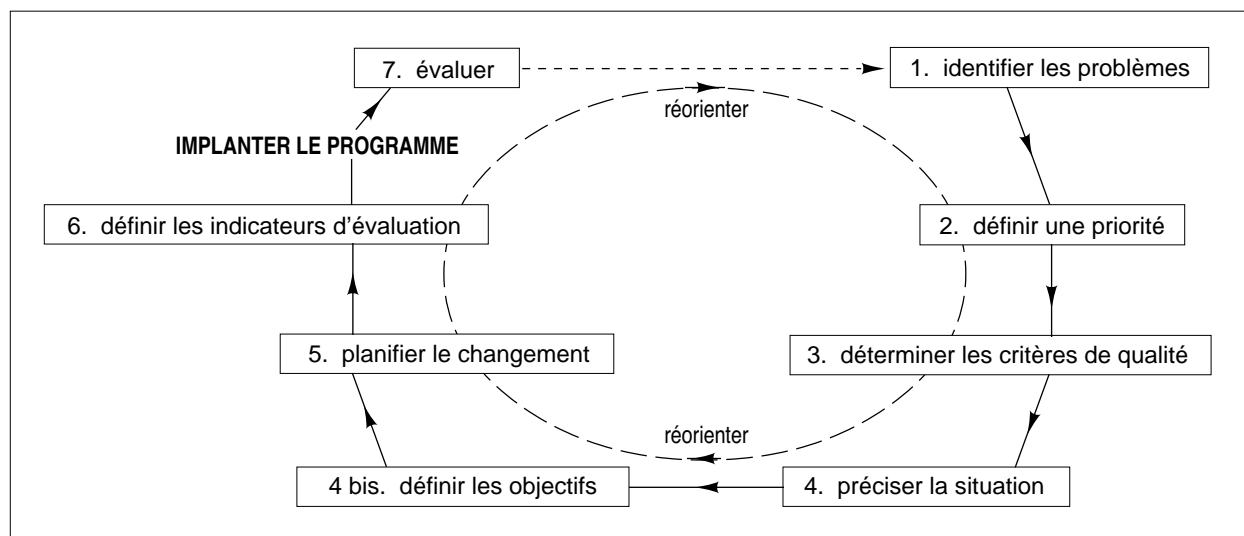
Aujourd'hui, plusieurs cellules fonctionnent et d'autres maisons médicales devraient rejoindre le premier groupe. Mais si la phase d'adaptation du modèle d'assurance de qualité n'est certainement pas terminée, une évaluation réalisée en 1998 a permis de tirer déjà certains enseignements quant au fonctionnement des cellules assurance de qualité⁴ :

- elles doivent acquérir une certaine compétence, qu'apporte le séminaire grâce à des contenus théoriques, aux partages

manière trop isolée est plus facilement reconnue ;

- le mandat des cellules doit non seulement être clair et connu, mais aussi suffisamment précis : sa durée, le suivi des propositions qui découleront du cycle d'assurance de qualité ;
- on doit prêter attention aux conditions de travail de la cellule ; ses membres doivent avoir la possibilité d'y enrichir leurs connaissances.

Les acquis de ce séminaire et le souhait de faciliter l'accès à l'assurance de qualité au plus grand nombre d'équipes ont été des éléments déclencheurs pour la préparation d'un nouvel outil pour le suivi d'un projet de prévention : le « carnet de bord en assurance de qualité » présenté ci-dessous.



d'expériences et au travail commun sur des cas concrets ; ces compétences devraient être progressivement partagées avec le reste de l'équipe ;

- il est nécessaire que l'équipe adhère à la démarche d'assurance de qualité et qu'elle mette en place une cellule ; qu'elle reconnaisse la compétence des membres de la cellule et leur mandat ; une cellule pluridisciplinaire qui évite de travailler de

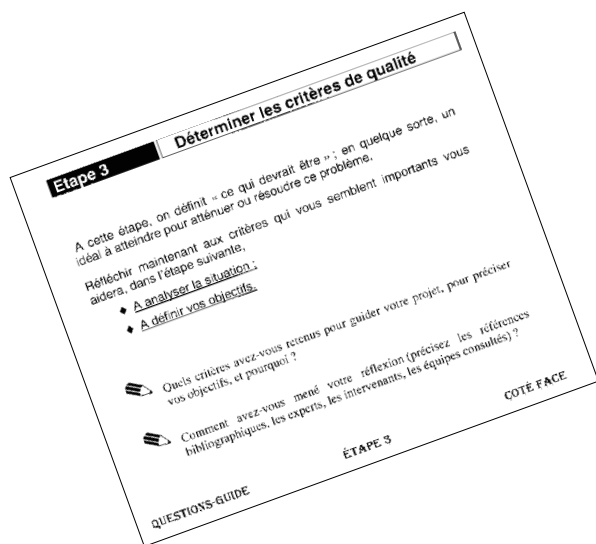
Le carnet de bord en assurance de qualité : une méthode « sur mesure »

Après quatre années d'accompagnement des équipes des maisons médicales, la connaissance des besoins récurrents et la pertinence des différentes propositions méthodologiques commencent à être bien affinées. Pouvoir

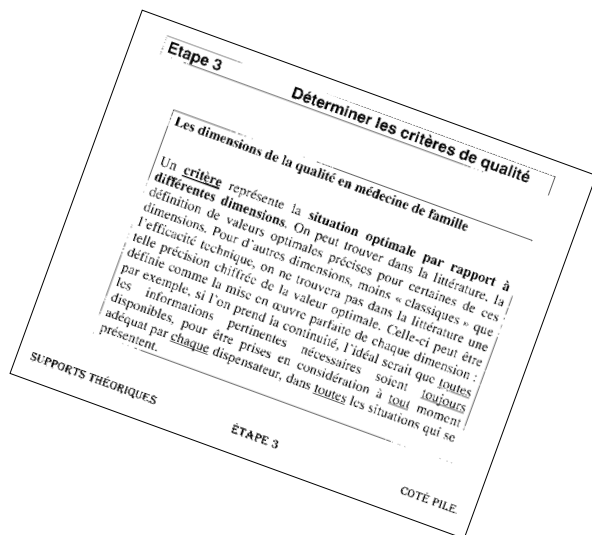
(4) M. Prévost et al.,
Développement de l'assurance de qualité dans les maisons médicales,
Rapport d'évaluation
1997-98.

Agir en prévention: trois outils construits avec les équipes de terrain

concrétiser les étapes d'évaluation et profiter de celles-ci pour fixer de nouvelles priorités constituait la demande la plus importante des équipes fin 1998.



Profitant de la bonne intégration des dimensions de la qualité dans les équipes, et de l'intérêt manifeste des cycles d'assurance de qualité développés dans certaines maisons médicales, la Fédération des maisons médicales a décidé d'élaborer un outil de conception, de suivi et d'évaluation des projets de prévention, propre aux pratiques en maison médicale. Il est appelé carnet de bord car il est construit pour accompagner les promoteurs d'un projet tout



au long des étapes de conception, de réalisation et d'évaluation. Pour chaque étape, il pose des questions de base et surtout il aide à se poser les questions nécessaires pour viser la qualité des projets et apporte certaines pistes de réponse. Au recto, c'est le fil conducteur avec les interrogations, au verso, ce sont les rappels théoriques, et deux exemples fictifs peuvent être intercalés pour illustrer les démarches.

Cet outil va permettre de récolter des résultats d'évaluation auprès d'équipes participantes pour juin 2000.

Bibliographie

Grol R., Wensing M., Jacobs A., Baker R., *Quality assurance in general practice, the state of the art in Europe*, Utrecht, Nederlands Huisartsen Genootschap, 1993.

Donabedian A., « The quality of care : how can it be assessed ? », *JAMA*, 1988, 260 : 1743-8.

Hutchinson A., « Primary Care quality improvement », *Huisarts en Wetenschap*, 1993, 36(13).

Grol R., « National standard setting for quality of care in general practice : attitudes of general practitioners and response to a set of standards », *Br J Gen Pract*, 1990, 40 : 361-364.

Evans D., Head M.J., Speller V., *Assuring quality in health promotion. How to develop standards of good practice*.

MacDonald G., « Indicateurs de qualité et efficacité de la promotion de la santé : la nécessité de les marier. Troisième Conférence européenne sur l'efficacité », *L'évaluation de la qualité en promotion de la santé et en éducation pour la santé*, 12-14 septembre 1996, Turin.



Echéance et liberté

Quand la prévention implique un suivi systématique, le professionnel de santé s'équipe d'un échéancier.

Les domaines de la prévention sont nombreux et variés. Très souvent, il est question d'agir sur le long terme : les effets de la prévention sur la santé n'apparaissent qu'à long terme et demandent des actions répétées. Il est nécessaire de faire un suivi, de rappeler, de vérifier... Que ce soit pour des vaccins, un dépistage, pour proposer des méthodes d'arrêt de tabagisme, la visite prévue chez un spécialiste, les conseils de prévention des maladies sexuellement transmissibles ou des grossesses non désirées... Dans les soins de santé primaires, une approche globale de la personne est nécessaire pour prendre en compte ces différents aspects. La vigilance par rapport à ceux-ci relève de la responsabilité des soignants.

Cette fonction est d'ailleurs reconnue par les patients. Ils se disent demandeurs que les soignants de la maison médicale leur proposent des actes de prévention. Et ils seraient prêts à suivre leurs recommandations.

Un principe d'équité face à la santé exige par ailleurs que toute action de prévention bénéficie aux populations les plus démunies et fragilisées. Or, cette fragilité se traduit souvent par une plus faible accessibilité aux soins de santé. Non seulement la proposition d'acte préventif doit donc être systématique, mais il faut s'assurer d'en faire bénéficier la partie de la population qui en a le plus besoin.

L'échéancier, outil de premier choix en soins de santé de première ligne

« On a toujours été attentifs aux vaccins des enfants suivis à la maison médicale. Mais quand on a vérifié un échantillon de dossiers, le résultat nous a vite décidés à en faire un projet. Aujourd'hui, on atteint enfin une couverture tout à fait satisfaisante ». De nombreux

problèmes de santé nécessitent une approche systématique auprès de la population concernée. Sans un outil ad hoc, il n'y a aucune possibilité de s'assurer que la proposition a été faite à toutes les personnes, ni d'évaluer la couverture obtenue.

L'outil proposé ici, c'est l'échéancier. L'échéancier est un calendrier. Sous sa forme « papier », c'est un simple boîtier rempli de fiches. Une fiche par patient et par échéance, c'est-à-dire par rappel à faire. Une fois les échéances à prendre en compte sélectionnées, on crée ou on met à jour une nouvelle fiche pour chaque patient concerné. A chaque consultation, on vérifie si une échéance est arrivée à son terme. Une fois par mois, on envoie les éventuelles lettres de rappel : proposition de dépistage, de vaccination...¹ Effectivement, dans certains cas, il est utile de rappeler une échéance au patient, même s'il ne se présente pas en consultation. Il y a alors la possibilité de lui envoyer une lettre de rappel pour lui indiquer qu'il devrait se présenter chez le médecin de son choix² pour tel acte préventif. L'enquête de 1992 précitée écarte une objection courante par rapport à cette pratique : contrairement à ce que pensaient les professionnels de santé, plus de 90 % des patients acceptent qu'on leur envoie ces lettres de rappel. Ils se disent satisfaits que leur médecin montre ainsi qu'il s'occupe de leur santé.

L'échéancier peut aussi être utilisé dans sa forme informatisée. Ici, un certain nombre d'opérations sont automatisées : sortie des lettres à envoyer, mise en évidence des échéances arrivées à terme, ...

Quelle que soit la forme choisie, l'échéancier est un outil efficace qui permet d'être systématique, à peu de frais et avec un investissement de temps réduit. Ce sont surtout des habitudes à acquérir et un peu de travail administratif une fois par mois.

La santé de chaque patient nécessite aussi un suivi spécifique en fonction des connaissances en matière de santé publique et de prévention. C'est à chaque soignant de se doter des outils nécessaires pour planifier son travail de manière à pouvoir réaliser des actes préventifs de

Yves Gosselain,
licencié en
communication,
Jean Laperche,
médecin
généraliste et
**Marianne
Prevost,**
sociologue.

(1) Un article disponible à la Fédération des maisons médicales présente en détail la mise sur pied et l'utilisation d'un échéancier, sur base de l'exemple de la mammographie « Cancer du sein. L'échéancier, un outil préventif qui mérite le (petit) détour ». On peut y lire notamment qu'un pourcentage non négligeable des lettres envoyées par un médecin de famille induisent une réponse active de la part des patients.

(2) L'Ordre des médecins a marqué son accord pour une telle pratique : « les convocations en vue d'examen préventifs ne peuvent se faire qu'à condition de mentionner que la patiente peut à cette fin s'adresser au médecin de son choix ».

manière systématique, et d'opérer le suivi oralement ou par écrit. Evaluer la couverture atteinte ou l'efficacité du « projet » deviennent alors des atouts pour les praticiens.

L'autonomie du patient pour améliorer la prévention ?

Dans ce domaine de la santé, la place octroyée au patient joue un rôle prépondérant, si l'on parvient à le rendre plus responsable par rapport à chaque facette de sa propre santé. L'autonomie du patient doit cependant être améliorée pour y parvenir. Et si l'échéancier peut devenir un outil bien huilé qui tourne facilement, il faut à tout prix éviter de considérer le patient comme un consommateur passif. C'est ainsi que la lettre de rappel est souvent envoyée un mois après l'échéance, pour laisser au patient l'initiative de venir lui-même au moment prévu, sans nécessairement recevoir une lettre de rappel « automatique ».

terroriste ». C'est-à-dire d'une action mise en place de manière telle que l'acte préventif soit réalisé à tout prix auprès du plus grand nombre possible de personnes du public ciblé. Dans ce contexte, la reconnaissance de l'autonomie du patient par rapport à sa propre santé est un préalable inconditionnel. Tout acte préventif se présente alors comme une proposition faite au patient, proposition qui doit alors s'accompagner d'une information suffisante, argumentée (on veillera notamment, tant lors de l'échange oral que dans la lettre de rappel, à ne pas inquiéter inutilement le patient en lui fournissant une information suffisante et claire). Le patient conserve le droit de refuser la proposition ou de postposer l'acte. Reste évidemment à concilier ces principes avec la pratique quotidienne, ce qui peut demander du temps et des aménagements par rapport aux réalités rencontrées.

Santé publique, équité et responsabilité sont les trois mots clefs qui motivent l'utilisation d'un outil de suivi dans la pratique des soins de santé de première ligne. Mais si sa mise en route peut

demander certains efforts d'organisation, l'efficacité obtenue en retour ne pourra que satisfaire tant ses utilisateurs que les bénéficiaires de ces actions de prévention. ●

PRÉVENTION - TERRORISTE !



Cette obligation s'impose d'autant plus qu'un autre écueil est à éviter. Fin des années 80, début des années 90, en réaction à une certaine conception totalitaire de la prévention, de nombreux professionnels de la santé tenaient à se démarquer de toute campagne qui pouvait être considérée comme de la « prévention

L'article de la maison médicale Le Noyer qui suit apporte une expérience tout à fait pratique et intéressante d'utilisation d'un échéancier dans le cadre d'une campagne de prévention du cancer du sein.



*L'équipe de la
maison médicale
Le Noyer.*

Dépistage du cancer du sein

A la maison médicale Le Noyer, nous avons toujours pratiqué le dépistage du cancer du sein. La fréquentation des séminaires du projet Agir ensemble en prévention et « assurance de qualité » de la Fédération des maisons médicales nous a donné envie de voir si nous étions efficaces.

Pour commencer, il était important de connaître notre « score naturel » : il s'est avéré que, parmi nos patientes âgées de 50 à 69 ans, 39 % avaient effectué une mammographie au cours des deux dernières années. Or, si on s'en réfère au Guide canadien de médecine clinique préventive, le dépistage du cancer du sein par mammographie doit atteindre un taux de couverture de 70 %¹ pour diminuer de façon significative la mortalité (par cancer du sein) dans la population.

A partir de juin 97, nous avons envoyé un courrier à toutes les femmes non en ordre de mammographie. Cette lettre a eu peu de succès : le nombre de réponses avoisinait les 10 %. Nous avons alors privilégié le contact verbal lors des consultations, sans toutefois abandonner le courrier. Placée dans le dossier, une gommette rouge nous signalait que la patiente avait reçu la lettre mais n'était pas encore en ordre. Ce procédé facilitait aussi le lien entre dossier papier et fichier informatisé.

Six mois plus tard, soit fin 97, le taux de couverture était passé à 53 %. C'était un résultat appréciable, il n'y avait plus qu'à progresser...

Bien qu'il soit peu efficace en lui-même, nous avons continué à utiliser le courrier : il représente une garantie d'équité et de systématisation. Deux modèles sont employés : l'un est une première invitation adressée aux femmes qui viennent d'avoir 50 ans ou aux nouvelles patientes âgées de 50 ans et plus, l'autre est une lettre de rappel pour les femmes qui ont déjà effectué une mammographie.

Six mois plus tard, nous n'avions plus guère progressé : régulièrement de nouvelles femmes entraient dans le programme mais peu de mammographies étaient réalisées. Or pour

dépister efficacement un cancer, la mammographie doit être effectuée tous les deux ans entre 50 et 69 ans.

Deux décisions ont été prises pour résorber ce retard dans la réalisation de l'examen. Tout d'abord, nous envoyons les rappels trois mois avant l'échéance, ce laps de temps devant permettre à chaque femme de s'organiser. Ensuite, sachant que les patientes entre 50 et 69 ans consultent en moyenne trois fois par an, nous abordons impérativement le sujet de la mammographie au cours de la première consultation qui suit l'activation de l'échéance. Cela en dépit de la lourdeur des consultations de médecine générale et de toutes les bonnes raisons qu'il y aurait à ne pas « en rajouter » en proposant cette démarche.

Après un an de travail assidu, notre taux de couverture a atteint 70 %. Le défi est de maintenir ce score en sachant que la difficulté est double. Pour l'équipe de la maison médicale, il faut assumer la charge de travail administratif du projet. Pour les femmes, elles doivent se soumettre au moins dix fois à cet examen souvent vécu comme pénible et angoissant.

Le point après deux ans de campagne

A posteriori, l'idée de calculer le niveau de couverture de départ puis de décider de mettre en ordre un maximum de femmes a eu un effet très stimulant sur l'équipe. L'analyse des résultats tous les six mois et les bons résultats obtenus nous ont dynamisés. Maintenant il faut durer, mais notre procédure est bien codifiée.

Le courrier s'est révélé un moyen de convocation inefficace mais très utile dans notre procédure. Il facilite le dialogue en consultation, les femmes ont lu la lettre et savent de quoi on parle. Il nous permet d'être systématiques, toutes les femmes le reçoivent, même celles qui sont suivies par un gynécologue ou un centre de dépistage.

La démarche a été bien accueillie par les patientes qui apprécient que nous organisions ce dépistage. Nous en tenons pour preuve que nombre d'entre elles, suivies pour le dépistage

(1) Guide canadien de médecine clinique préventive, Ed. Santé Canada, 1994, p.892.

en dehors de notre consultation, font envoyer le protocole pour leur dossier de médecine générale.

Toute l'équipe se mobilise et participe aux tâches du projet : tenue à jour du fichier administratif, encodage des protocoles, réflexion pluridisciplinaire sur la rédaction des courriers, mise en place des stratégies.

En vitesse de croisière, il nous reste à soutenir une petite attention continue (respect du protocole établi), à activer l'échéancier et envoyer le courrier tous les mois, à réaliser les bilans : analyse des résultats et réévaluation des stratégies tous les six mois.

une mammographie tous les deux ans entre 50 et 69 ans. Nous avons intégré avec efficacité cette procédure dans notre consultation de médecine générale, il reste à tenir dans le long terme et à continuer la réflexion. ●

Demain, les limites

Si en santé publique un taux de couverture de 70 % est suffisant pour que le dépistage soit efficace, en médecine générale on ne peut pas accepter que 30 % des patientes ne bénéficient pas de l'examen. Nous essayons d'identifier ce groupe de « non répondeuses ».

Nous étudions l'impact des lettres de convocation en fonction du message et du ton employé.

Nous introduisons une fiche dans chaque dossier actif du projet mammographie. Elle doit permettre d'étudier le délai qui s'écoule entre la prescription de l'examen et sa réalisation, ajusté sur la durée pour chaque femme (20 ans). Comment évaluer le temps de réaction ? Y a-t-il facilitation ou lassitude ? Parfois trois prescriptions pour une mammographie et un délai allant jusqu'à huit mois sont nécessaires avant que l'examen soit réalisé. Nous nous posons parfois la question de la limite entre dépistage et harcèlement.

Conclusion

Dans notre pays, une femme sur douze sera confrontée au cancer du sein.

Il existe une procédure de dépistage validée :



Suivi extra-muros des patients hospitalisés en milieu psychiatrique

En 1990, la réforme Busquin modifie la prise en charge de la patientèle en psychiatrie. La partie la plus visible de cette réforme concerne la reconversion de lits psychiatriques en maison de soins psychiatriques et habitations protégées. Dans les suites de cette réforme, la population qui a connu un parcours en psychiatrie s'accroît au sein de la patientèle de la maison médicale.

Notre position centrale dans Liège, notre accessibilité et notre prise en charge pluridisciplinaire expliquent l'attrait de la maison médicale pour ces patients. Nous travaillons avec certains hôpitaux psychiatriques et avec de nombreuses institutions liégeoises pratiquant la psychiatrie en « milieu ouvert » (habitations protégées et autres) qui nous adressent presque systématiquement leurs usagers. Tout cela concourt à un accroissement de ce type de population, ainsi que l'objective une étude effectuée par Pierre Drielsma : « la population de la Passerelle est particulière, et au sein de la population VIPO, le pourcentage de cas psychiatriques lourds est anormalement élevé » (rapport de l'INAMI du groupe forfait 1998).

Ces personnes éprouvent des difficultés importantes quant à la gestion du suivi post-hospitalier : problèmes médicaux, psychosociaux, financiers. Rien d'étonnant à ce que ces patients psychiatriques génèrent un nombre important de journées d'hospitalisation.

Une étude du SIAJEF¹ qui connaît le même type de population que notre centre, démontre que les principaux éléments conduisant les personnes en souffrance dans les hôpitaux psychiatriques sont davantage d'ordre socioculturel que médical : isolement social, manque de ressources personnelles, bas niveau de scolarisation et de qualification, faible revenu.

Le nombre trop élevé (nous dirions plutôt : très élevé) d'hospitalisations alerte l'INAMI qui nous interpelle régulièrement sur ce problème. Nous observons par ailleurs que sous la pression de l'INAMI, certaines institutions expérimentent des projets de maintien à domicile sous diverses formes. L'objectif de ces projets est de « diminuer les lits » en psychiatrie qui engendrent des coûts très importants.

L'équipe décide alors de mettre sur pied le projet « suivi extra-muros des patients hospitalisés en milieu psychiatrique ». Il s'agit de re-socialiser les personnes qui ont eu un parcours en psychiatrie : gérer le temps libre, augmenter la capacité de relations sociales, travailler la perception de soi, rendre accessibles les lieux culturels, apprendre à gérer sa solitude, ... Ce projet s'intègre dans un projet plus vaste qui englobe toutes les maisons médicales liégeoises et s'intitule : « Le retissage des liens sociaux ». Des coordinations avec les acteurs de la santé mentale se mettent en place pour améliorer le suivi de ces patients à domicile.

Elaboration du projet

Nous en sommes à nous poser des questions quant à une méthodologie de travail. L'équipe du projet Agir ensemble en prévention nous a fait connaître le carnet de bord « assurance de qualité » qui nous fut d'une aide précieuse pour structurer notre projet.

Les quatre premières étapes du carnet de bord sont :

1. Identifier les problèmes ;
2. Définir une priorité ;
3. Déterminer les critères de qualités ;
4. Préciser la situation actuelle et définir des objectifs.

Nous avons déjà « identifié » les problèmes, il fallait en préciser les aspects prioritaires.

Ce projet nous paraît prioritaire parce qu'il touche des patients défavorisés et fragilisés. Nous avons le sentiment de ne pas avoir suffisamment pris en charge ce problème de manière systématique.

D'autre part, c'est un projet qui va nécessaire-

L'équipe de la maison médicale La Passerelle.

La maison médicale La Passerelle se situe en Outremeuse à Liège, quartier socialement défavorisé et à forte composante immigrée. Elle fonctionne au forfait.

(1) SIAJEF : Service intégré d'aide et de soins psychiatriques dans le milieu de vie. Analyse tirée de l'étude : « L'aide et les soins psychiatriques dans le milieu de vie : Mythe ou réalité ? » d'Alex Neybusch édité par l'asbl Revers.

Suivi extra-muros des patients hospitalisés en milieu psychiatrique

ment ouvrir vers d'autres structures du réseau psycho-médico-social. Enfin, cette problématique peut entraîner des conséquences financières pour notre équipe, via la suppression du biais social octroyé par l'INAMI vu le coût impressionnant engendré par les hospitalisations psychiatriques (voir encadré).

La troisième étape consiste à définir et confronter les objectifs du projet aux critères de qualité. L'objectif global du projet sera d'améliorer la qualité de vie des personnes qui ont séjourné à l'hôpital psychiatrique en leur assurant un suivi à domicile, dans leur milieu. L'outil sera une meilleure collaboration avec les intervenants de la santé mentale et tous les services psycho-médico-sociaux qui permettent une prise en charge ambulatoire. Pour, in fine, tenter de diminuer les hospitalisations.

Pour y arriver, nous devons réaliser un certain nombre d'objectifs intermédiaires :

- Etudier notre population et ses besoins : quelles sont les pathologies, les profils de patient, et envisager par la suite des stratégies différenciées. Par exemple, le suivi des toxicomanes est différent du suivi des patients psychiatriques ;
- Assumer un meilleur suivi des patients au sein de l'équipe en mettant sur pied



Biais social octroyé par l'INAMI

Les maisons médicales au forfait ne perçoivent pas d'honoraires payés par les patients mais touchent un montant forfaitaire directement payé par l'INAMI, alloué pour chaque patient inscrit dans la maison médicale et équivalent à la dépense moyenne nationale par patient en soins de santé.

Il a été démontré que les maisons médicales travaillant au forfait accueillent une population socialement plus défavorisée et nécessitant plus de soins que la « moyenne » de la population sur laquelle est calculée la rémunération forfaitaire.

Pour compenser le surcroît de travail lié à ce biais social, l'INAMI octroie « sous condition » une certaine somme aux maisons médicales travaillant au forfait. La « condition », c'est que la maison médicale prouve que son mode de fonctionnement entraîne une économie de frais en soins spécialisés et en hospitalisations. Cette preuve (chiffrée) est apportée périodiquement... mais l'explosion atypique de la patientèle psychiatrique à la Passerelle a fait grimper le nombre de journées d'hospitalisation et quasiment effacé l'économie de frais hospitaliers !

- une réelle systématisation ;
- Mieux connaître les intervenants sur le terrain pour collaborer de manière efficace ;
- Evaluer les besoins en rapport avec les ressources offertes ;
- Améliorer la communication entre hôpital et maison médicale pour la continuité des soins ;
- Tenter de casser l'ancrage institutionnel de ces personnes en proposant un ancrage social dans leur communauté de vie, dans leur quartier, tout en travaillant la notion de « référent » (personne qui a la responsabilité du suivi du patient).

Le carnet de bord « assurance de qualité » nous a permis de voir clair dans notre projet. Reste à dépasser le stade de l'élaboration...

A suivre. ●



Projet «personnes âgées»

Les assistantes sociales nous ont mis en éveil. Elles avaient constaté combien les personnes âgées sont méfiantes quand il s'agit d'introduire un « tiers aidant » au moment de leur vie où elles ne sont plus fort « adaptables ». Surtout en l'absence d'événement critique : un accident ou une hospitalisation rendent souvent les choses plus aisées.

Le problème, c'est que les personnes âgées sont de plus en plus isolées parce qu'elles ont perdu leur réseau habituel (magasins, paroisse, ...) dans le quartier, qui a fort changé avec l'arrivée d'une nouvelle population : immigrés, jeunes intellectuels, prostituées, toxicomanes... L'isolement entraîne une dépendance plus rapide et, une fois installé, il ne permet plus aux personnes âgées d'intégrer de nouvelles personnes dans leur vie. La question est donc : que faire pour que les personnes âgées ne doivent plus être placées contre leur volonté mais puissent vivre leur vieillesse dans leur cadre familial et en meilleure santé possible.

Vieux et seul...

La problématique de la personne âgée isolée est complexe.

Il y a des facteurs sociaux : la solitude, c'est l'absence de famille dans le quartier, mais aussi le manque de solidarité avec un voisinage souvent perçu avec méfiance. La précarité financière rend difficile de se payer des soins de kinésithérapie qui permettraient d'entretenir la mobilité, elle rend impossible d'envisager d'aller dans un home confortable...

Interviennent les facteurs biologiques : les maladies à risque (pathologie cardiaque ou autres) ou les médicaments à risque (risque d'hémorragie grave en cas de chute pour les personnes qui prennent des médicaments anticoagulants par exemple).

Il y a aussi des facteurs environnementaux : à quartier défavorisé, logement inadapté ! Cela

signifie la toilette à un autre niveau que l'habitation, des escaliers pour accéder au logement, pas de sonnette, pas de téléphone. Pas de télévigilance non plus, parce que cela ne fonctionne que si la personne signale des référents possibles en cas de problème... or la personne âgée est souvent seule et méfiante...

La personnalité et le comportement de la personne âgée ne facilitent pas les choses. Certaines ont des moments paranoïdes, croyant parfois que l'argent a disparu ou qu'on l'a volé, d'autres ont des troubles de la mémoire, faisant craindre l'oubli ou des erreurs lors de la prise de médicaments. On connaît aussi des situations de dépendance vis-à-vis d'un tiers ou d'un membre de la famille qui en tire des bénéfices financiers ou sociaux et se montre méfiant face à tout autre intervenant.

Stratégie et évaluation : une grille pour ne pas enfermer...

Pour que la personne âgée ne doive plus être placée mais puisse vivre sa vieillesse dans son cadre familial, il faut qu'elle vive mieux une étape de sa vie où l'aide d'une tierce personne est indispensable et qu'elle puisse s'y préparer doucement : ce sera notre **objectif principal et le changement attendu**. Il faudra aussi que les médecins perçoivent mieux le bon moment et la bonne façon de parler d'autres intervenants avec les personnes âgées.

Grâce à l'informatisation du dossier médical, nous avons pu quantifier la population cible dont la demande est de pouvoir rester à domicile.

L'élaboration et le testing en équipe d'une grille d'observation simple à remplir permet d'évaluer le risque de survenue de problèmes... Cette grille (voir page 65) reprend quelques données concernant l'état de santé, le logement, l'entourage (famille, intervenants) et la téléphonie. L'élaboration s'est faite par l'étude de grilles existantes (grille de la Croix Jaune et Blanche par exemple). Le testing en équipe nous a montré les différences de cotation entre médecins et assistantes sociales concernant des points tels que le logement...

Cette grille est remplie par les médecins,

L'équipe de la maison médicale du Nord.

Projet «personnes âgées»

souvent seuls intervenants auprès des personnes âgées « sans problème ». Le critère de qualité serait que la grille soit remplie pour toutes les personnes âgées de plus de septante ans répertoriées. A ce niveau l'assistante sociale responsable du projet, Lili Valcke, a eu (et a encore !) un rôle de harcèlement des médecins tout à fait capital ! L'oubli étant le principal écueil, chaque médecin a été invité à remplir la grille « en chambre », au vu du listing, pour les personnes âgées oubliées.



Un score est attribué pour chaque personne. Le score de septante points a été considéré comme seuil de proposition du passage de l'assistante sociale. Ce chiffre a été rapidement abandonné car certaines personnes pouvaient avoir un score inférieur à septante points tout en ayant pour une seule rubrique un gros problème justifiant une aide. Nous avons cependant gardé bien évidemment la grille.

L'assistante sociale porteuse du projet a réalisé un travail très important d'analyse des grilles qui ont ensuite été rediscutées en équipe à raison de quatre grilles par réunion hebdomadaire. Ceci a permis de prendre une décision individualisée pour chaque personne. Être attentif de façon systématique à différents items rend plus sensible à la globalité des facteurs de risque et suscite un dialogue sur ce sujet avec la personne âgée ; ceci est déjà un résultat en soi.

Cette grille sera remplie périodiquement, quatre fois en deux ans, afin de suivre l'évolution chez une même personne.

En cours de projet, il a été décidé de proposer à toutes les personnes âgées de plus de septante ans, le passage de l'assistante sociale, passage annoncé oralement par le médecin puis par lettre par l'assistante sociale. Le but de la visite est de prendre un premier contact et de présenter les services existant dans le quartier. Ceci nécessite d'intensifier le partenariat avec des services d'aide à domicile : repas chauds, aides familiales... Dans le futur, la maison médicale souhaite organiser des groupes de parole pour les personnes âgées encore capables de se déplacer, accompagnées ou non d'un membre de leur famille.

Enfin, un des objectifs est d'insister sur l'importance d'avoir le téléphone (avec aide financière éventuelle), d'avoir la télévigilance si nécessaire. Pour ce point particulier la maison médicale étudie son rôle potentiel de relais téléphonique.

Atouts, contraintes et obstacles

L'adhésion de toute l'équipe et la conscience de l'importance du problème étaient indispensables à la mise en route du projet. La bonne connaissance et la confiance de la population cible de même que l'informatisation du dossier médical depuis deux ans et demi (listing et mailing aisés) l'ont rendu possible. Sans oublier l'engagement d'une assistante sociale, dans la maison depuis septembre 98.

Il fallait bien tous ces atouts pour affronter la masse de travail et surtout le problème « temps ». Beaucoup de temps a été consacré à l'élaboration de la grille d'évaluation, à son testing, à sa correction, au remplissage de cette grille par les médecins, invités à la remplir de préférence en présence de la personne âgée, à l'analyse de toutes les grilles par l'assistante sociale d'abord puis, au cas par cas, en équipe lors de réunions déjà surchargées.

Temps ensuite pour la rédaction et l'envoi d'un courrier systématique, c'est-à-dire une bonne partie du temps de l'assistante sociale porteuse du projet et de l'accueillante.



Enfin temps de prise de contact de l'assistante sociale avec les personnes âgées. Elle a déjà rencontré toutes les personnes de plus de nonante ans et a entamé la tranche des septante huit personnes âgées de plus de quatre vingt ans. A la suite de son passage, certaines personnes âgées ont demandé à la revoir... le temps du suivi à assumer ! Et puis, les obstacles financiers...

A ce stade du projet, nous constatons que les personnes âgées occupent une place de plus en plus grande dans nos réunions d'équipe. L'œil averti des soignants mobilisés dans une

dynamique d'observation est révélateur de l'importance majeure de l'environnement (logement, réseau social, ...) pour la santé des personnes âgées et de la nécessité de l'évaluer régulièrement. Une évaluation à échéance fixe nous a fait prendre conscience que la routine dans les visites aux personnes âgées occultait parfois les nombreux problèmes que nous avons été amenés à discuter en équipe.

Cette sensibilité accrue des soignants répond déjà à l'objectif de notre projet car elle invite à discuter très vite avec les personnes âgées de problèmes pour lesquels elles assumeront pleinement des choix plus éclairés. ●

Date :	Médecin traitant :		
Nom + Prénom :	Date de naissance :		
Adresse :			
Tél. :			
SANTE évaluation SANS aide			
1. Diagnostic principal	0	5	10
2. Médicaments	0	5	10
3. Facteurs aggravants (problème pécuniaire, alcoolisme, décès, hospitalisation, tendance suicidaire, dépression, ...)	0	5	10
DEGRE D'AUTONOMIE évaluation SANS aide :			
1. Hygiène	0	5	10
2. Tâches domestiques	0	5	10
3. Mouvement	0	5	10
SITUATION LOGEMENT			
Adapté, non-adapté (étage, escaliers, plafond, chauffage central, ...)	0	5	10
CONTACTS			
1. Famille	0	5	10
2. Ami(e)s - Voisinage	0	5	10
3. Services professionnels de soins	0	5	10
4. Services professionnels d'aide (AS, AF)	0	5	10
5. Services commerciaux (repas à domicile)	0	5	10
6. Téléphone (0 si télévigilance, 5 si téléphone normal, 10 si pas de téléphone)	0	5	10
TOTAL :			

Les journaux Info Santé et le Courrier

Daniel Burdet,
médecin
généraliste,
membre du
groupe
Promotion Santé
de la maison
médicale à
Forest.

**Nicole
Grimberghs,**
infirmière,
membre du
groupe
prévention de la
maison médicale
Esseghem.

Publication créée en 1980 à la maison médicale à Forest, **Info Santé** s'adresse également depuis 1993 aux patients de la maison médicale Santé Plurielle à Saint-Gilles.

C'est un outil de communication avec la population desservie et avec le réseau, c'est aussi un instrument de promotion de la santé, destiné à donner à la population des moyens pour une construction plus opérante de son bien-être et de sa santé. On y trouve notamment des articles d'éducation pour la santé sur des sujets d'intérêt général (le corps et son fonctionnement), sur des questions de circonstance (vaccin contre la grippe) ou sur la politique de santé (organisation des soins dans l'équipe, système de santé en Belgique).



L'optique est d'améliorer les capacités du public à se situer efficacement dans ce système. Dans cette perspective, sont également présentés les relais de l'aide sociale et psychologique, les activités culturelles, pédagogiques, éducatives du réseau associatif et des institutions locales dans leurs rapports aux objectifs de santé (alphabétisation, ateliers créatifs, école des devoirs, etc.).

Le Courrier, trimestriel de la maison médicale Esseghem destiné aux patients et intervenants extérieurs, commun aux maisons médicales

Esseghem et Kattebroek, contient des informations sur la maison médicale, sur des services extérieurs à la maison médicale, des jeux en rapport avec la santé, des petites annonces ouvertes aux patients. Ses objectifs sont d'informer les patients concernant la maison médicale, son fonctionnement, ses activités et de favoriser, par des informations plus générales, l'autonomie des patients vis-à-vis de la santé. Le trimestriel permet aussi d'avoir un lien concret avec les patients, d'annoncer des campagnes de prévention...

Une **évaluation** a été effectuée au printemps 1999. Nous voulions entre autre

- avoir l'avis de patients au sujet de notre journal ;
- évaluer la pertinence du contenu dans notre politique de communication avec les patients ;
- répondre à la question : comment mieux stimuler les patients à participer interactivement ?

Les conclusions de cette évaluation sont encore incomplètes, mais quelques remarques méritent déjà notre attention. Il ressort que 85 % des personnes interrogées lisent le journal. Les moins intéressés par le trimestriel sont les jeunes. Les informations pratiques rencontrent le plus d'intérêt ; les articles concernant la santé sont souvent de bons rappels de connaissances un peu oubliées qui, parfois, donnent envie d'agir un peu plus pour le bien de la santé de chacun.

D'une façon globale, les patients trouvent le journal intéressant, utile et y retrouvent la « tonalité générale » de la maison médicale. Pour une grande majorité, les articles les plus intéressants et les plus lus sont ceux en rapport avec un sujet « médical » (information sur les maladies, les vaccins, les médicaments), ceux qui concernent le fonctionnement de la maison médicale (congés, horaires, nouveau travailleur) de même ceux qui concernent le réseau associatif du quartier et, plus généralement, tous les articles touchant au « social ». Il existe une demande pour que nous diffusions davantage d'informations sur ce qui se passe dans le quartier en rapport avec la santé.

Les avis concernant le langage sont partagés. Certains estiment qu'il y a des articles trop



compliqués ; la revue est perçue comme « intellectuelle » alors que les contacts personnels de ces patients avec la maison médicale sont de nature plus conviviale. Pour d'autres le langage est compréhensible.

Peu de patients ont conscience que le journal est le fruit de la collaboration de toute une équipe : beaucoup pensent qu'une ou deux personnes s'en occupent, surtout les médecins et les infirmières, c'est à dire les « techniciens » de la santé...

Les jeunes voudraient un journal plus coloré, avec plus de dessins ou des bandes dessinées. Les articles doivent rester assez courts et le journal ne doit pas être trop volumineux. Le fait de retrouver dans les salles d'attente la documentation en rapport avec les articles parus dans le trimestriel plaît assez.

Les lecteurs apprécient la volonté d'inclure des articles écrits par des patients, mais quasi aucun ne se déclare prêt à collaborer de façon active en rédigeant un article ou l'autre. On pouvait aussi s'y attendre un peu : employons-nous les bonnes méthodes pour stimuler cette collaboration ? ●

Groupe de parole de femmes diabétiques

L'équipe de la maison médicale du Nord.

La maison médicale du Nord draine une importante population d'origine turque et marocaine. Un grand nombre de patients diabétiques suivis chez nous se présentent régulièrement avec des paramètres glycémiques et tensionnels excessifs.

Malgré un suivi régulier, des conseils diététiques et un traitement médicamenteux optimal, nos objectifs thérapeutiques en matière de diabète sont loin d'être atteints. Parmi ces diabétiques, on retrouve une majorité de femmes turques ou marocaines, qui n'ont pas toujours une bonne maîtrise de la langue française. Reçoivent-elles réellement le message que l'on croit faire passer ? Quelles notions ont-elles de leur pathologie ? Et de ses risques à long terme ?

Afin de mieux traiter ces patientes, il paraît primordial de mieux comprendre le vécu quotidien de leur maladie.

A cet effet, nous avons profité du passage à la maison médicale de deux stagiaires, l'une turque, Hatice Ozlucanbaz en dernière année de santé communautaire, l'autre marocaine, Nadia Malali en quatrième doctorat en médecine, afin d'organiser des groupes de parole entre femmes diabétiques d'une même nationalité.

L'objectif de ces réunions n'était pas de dispenser des informations sur le diabète mais d'offrir un lieu où les femmes d'une même culture peuvent partager leurs difficultés au quotidien, leur expérience, leurs craintes. La connaissance par ces deux stagiaires de la langue turque et marocaine a permis de dépasser la barrière linguistique existant parfois en consultation. De même, leur statut d'étudiantes, tout en leur conférant une compétence reconnue sur cette maladie, a donné un caractère moins médical à ces rencontres.

Sur base d'un listing établi à partir des critères « femme », « glycémie supérieure à 150 »,

« turque » ou « marocaine », une lettre a été envoyée aux femmes concernées trois semaines avant la réunion, réunion par ailleurs annoncée en consultation. Dans la plupart des cas, la stagiaire a confirmé par téléphone la date et le lieu de la réunion une semaine après l'envoi du courrier.

Plus de la moitié des femmes invitées y ont participé. Les thèmes abordés ont essentiellement été :

- les difficultés liées à une alimentation différente : « c'est difficile de manger autre chose que le reste de la famille » ; se priver de sucre dont la place et le rôle symbolique sont si importants socialement, est vraiment très difficile quelle que soit la culture ;
- les souffrances physiques liées à la maladie : « je suis toujours fatiguée », « le sucre atteint mon cœur, mes yeux » ;
- la peur de l'insuline : « tu te piques tous les jours ? Ca fait mal ? » ;
- le lien entre le stress et le taux de sucre : « au pays, ça va mieux », « j'essaye tous les jours de rire, mon sucre diminue » ;
- les croyances : « les édulcorants donnent le cancer », « Dieu nous a donné cette maladie, il faut vivre avec ».

On pouvait imaginer que la mauvaise maîtrise de la langue française est un facteur favorisant l'échec thérapeutique. Cependant, au travers des groupes de parole, on se rend compte que les femmes ont en général une bonne connaissance de leur maladie et de ses risques, de ce qu'il faut manger ou ne pas manger.

C'est davantage une non-acceptation plutôt qu'une non-compréhension de la maladie qui rend ardu le traitement de ces patientes.

Beaucoup de participantes ont exprimé une très grande satisfaction et se sont montrées désireuses d'une suite à cette réunion orientée vers une formule « questions-réponses » avec la participation des soignants de l'équipe. La balle est dans notre camp... ●



L'accès aux soins pour les sourds et malentendants: un projet pilote

En matière d'accessibilité aux soins de santé, on a parfois tendance à réduire l'angle de vue. Le cas de la population sourde nous rappelle avec force que cet accès est bien plus qu'une question financière. Un handicap sensoriel entraîne ici une kyrielle d'obstacles pour pouvoir communiquer, comprendre, échanger ou décider par rapport à sa propre santé. Adapter nos structures de première ligne est une exigence de simple équité.

La maison médicale d'Anderlecht, en collaboration avec l'asbl Centres de santé pour sourds (CSS) développe depuis un an une consultation spécialisée pour sourds et malentendants en langue des signes. C'est l'adaptation d'une maison médicale pour un public qui présente un handicap auditif. Pour un public surtout qui ne bénéficie que d'un faible accès aux soins de santé. Et qui côtoie, grâce à ce projet pilote, la patientèle habituelle de la maison médicale.

Contrairement au Canada, aux Etats-Unis, à d'autres pays d'Europe¹, aucune structure médicale n'est adaptée aux sourds en Belgique. Or les sourds représentent environ quarante mille personnes en Communauté française. Si l'on y ajoute les malentendants et les devenus sourds, ce chiffre s'élève alors à quatre cents mille.

Les sourds possèdent leur propre culture, différente de la nôtre. Ils ont une perception beaucoup plus visuelle du monde que les entendants : en quelque sorte, leurs yeux remplacent leurs oreilles. Même le langage écrit leur est d'accès malaisé.

On constate ainsi qu'ils comprennent difficilement la terminologie médicale. Ils ont une connaissance très vague des maladies, même les plus courantes comme l'acné, la rubéole, la dépression, la diarrhée, la

constipation, ainsi que de tout ce qui concerne le fonctionnement de leur corps. Il leur est donc difficile d'exprimer ce qu'ils ressentent et de répondre aux questions du médecin.

En outre, les différents canaux d'informations sont conçus par et pour les entendants et ne sont pas adaptés à la problématique des sourds. Il y a très peu d'émissions de télévision sous-titrées et les journaux sont peu lus en raison de la non maîtrise du français. La plupart des brochures relatives à la santé ne sont pas accessibles aux sourds.

L'équipe de la maison médicale d'Anderlecht.



Il y a quelques années, la fréquentation de la maison médicale d'Anderlecht par quelques patients sourds nous a fait sentir le besoin de comprendre cette communauté et de nous adapter en conséquence. A cette époque, notre équipe ne savait pas précisément quel comportement adopter face à ce genre de patients. Pourtant, il s'avérait indispensable de vérifier la compréhension mutuelle des messages émis. Dans un premier temps, nous avons donc appris à respecter certaines règles

(1) Suède, Angleterre, France. A Paris par exemple, l'accueil et les soins se donnent en langue des signes à la Pitié-Salpêtrière.

L'accès aux soins pour les sourds et malentendants: un projet pilote

élémentaires de communication : bien articuler, adapter son débit de paroles, communiquer face à face...

C'est alors que le Centre de santé pour sourds s'est mis en contact avec notre maison médicale. Et une partie de notre équipe s'est investie dans la formation en langue des signes.

prévention et des soins curatifs. Sous peine de refuser à ces personnes un accès équitable aux soins de première ligne.

Pour notre part, il est évident que le volet préventif et les actions concrètes que nous menons doivent être conçus en collaboration étroite avec différents organismes et avec la participation active des sourds eux-mêmes. ●

Ce fut l'origine du projet pilote...

... destiné à permettre aux sourds l'accès aux soins de santé et à la prévention. Il se déroule concrètement en trois phases.

A court terme : création de consultations spécialisées en langue des signes dans le domaine médical (y compris les soins dentaires), social et juridique.

*Une interprète en langue des signes a été engagée afin de permettre au personnel de la maison médicale de s'imprégner efficacement de cette langue.
Période de transition à la suite de laquelle le sourd pourra se rendre seul aux différentes consultations proposées, dans le souci de préserver le secret médical et la vie privée.*

A moyen terme : création d'outils spécifiques d'éducation à la santé et adaptation de brochures concernant les thèmes de la santé (prévention).

A long terme : formation de personnel soignant sourd médical, paramédical, social...

Actuellement, les consultations drainent une population sourde qui vient parfois de loin, même de l'extérieur de Bruxelles. Il s'agit pourtant bien d'un projet pilote, centré sur Bruxelles mais destiné à s'essaimer en différents points de la Belgique francophone.

Grâce à nos relais, nous constatons avec satisfaction le développement de services répondant aux besoins de la communauté sourde en Belgique. Il nous semble néanmoins prioritaire aujourd'hui d'élaborer une politique globale en matière d'accès et d'éducation aux soins de santé adaptés aux personnes sourdes. Cette situation illustre par ailleurs la nécessité d'adopter une approche intégrée de la



D'une impression à une recherche-action

La mise en place d'un projet de prévention en maison médicale peut se faire au départ d'une impression ressentie par les membres ou une partie des membres de l'équipe et pas toujours au départ d'une réflexion théorique poussée sur les concepts qui devraient sous-tendre notre action de tous les jours.

Mais, à terme, la théorie nous rattrape et nous fait prendre conscience que le projet ne peut réussir que s'il est établi sur des bases de réflexion solide. Sans quoi le risque est grand de s'épuiser pour des résultats très maigres.

C'est le passage de cette impression à un début de recherche-action que nous aimerions illustrer ici.

L'impression de départ

Le groupe prévention de la maison médicale Essegem est en place depuis plusieurs années et propose régulièrement des projets à l'équipe.

Suite à une série de réflexions, il avait acquis la certitude que la meilleure prévention des problèmes de santé en général, que le meilleur apprentissage d'une attitude autonome et responsable face à la santé commence avant la naissance, par la création du lien parents-enfants, et juste après, par la prise de conscience par le nouveau-né de son existence en tant que personne, par le développement de la confiance en soi, par l'apprentissage de la gestion de la frustration et des conflits.

Le groupe avait également l'impression, subjective et à objectiver, que dans la population de la maison médicale, peu de femmes allaitent leur bébé au-delà d'une ou deux semaines. Les hôpitaux ne semblent pas motiver les mères à

l'allaitement et certaines mères font très peu appel au médecin pour suivre leur grossesse, au kinésithérapeute pour se préparer à l'accouchement ou à leur entourage pour réfléchir à leur vie de future maman (allaitement, garde du futur bébé, ...).

Autre impression : le nombre d'enfants asthmatiques ou allergiques semble augmenter dans notre population inscrite.

Dernière impression mais non des moindres : n'existe-t-il pas un fossé entre les comportements personnels des membres de l'équipe dans leur propre façon de donner la vie et les comportements des patients. Apparaît alors un sentiment d'injustice, lui aussi moteur de notre action.

Et la littérature ?

Nous souhaitons conforter nos impressions par la rencontre d'autres intervenants (ONE, hôpitaux, gynécologues, autres maisons médicales, ...) et par une bibliographie sur le sujet.

Nous avons rencontré ces intervenants, lu ces documents (voir bibliographie en annexe) et, forts de ces éléments, nous nous sommes lancés dans une pré-enquête auprès d'une série de mamans inscrites dans notre maison médicale et ayant un enfant âgé d'un an maximum.

De l'impression à la dépression

La pré-enquête comportait douze questions sur la période prénatale, seize questions sur l'accouchement et le séjour hospitalier et dix-sept questions sur la période qui suivait la sortie de l'hôpital. Les infirmières et les kinésithérapeutes de la maison médicale ont questionné les mamans à domicile.

La maison médicale Essegem compte environ vingt à trente naissances par an et sur les trente mamans entrant dans les conditions d'enquête que nous avons définies, seules dix ont pu être interrogées.

*Brigitte Meire,
infirmière,
membre du
groupe
prévention de la
maison médicale
Essegem.*

Notre déprime s'est déclarée lorsque nous avons cru comprendre que pour les personnes interrogées... tout allait bien. Les suivis semblaient corrects, l'allaitement était fréquent, le père était présent et il n'y avait aucune attente précise vis-à-vis de la maison médicale.

Nous pouvions donc ranger notre matériel et consacrer notre énergie à d'autres plaisirs.

Le projet Agir ensemble en prévention, par l'intermédiaire de Marianne Prévost, nous a alors proposé de réfléchir à cette absence « supposée » de problèmes pour voir si la situation était aussi rose qu'il y paraissait.

De la dépression à la recherche-action

La pré-enquête nous avait apporté une série de renseignements sur l'allaitement, le manque d'informations post-natales, les difficultés d'organisation. Mais étions-nous parvenus à faire ressortir l'avis des mamans ? N'avaient-elles pas refoulé les problèmes pour ne garder de cette période que le meilleur ? Est-il si facile d'exprimer des besoins, ne faudrait-il pas trouver d'autres moyens pour les connaître ?

Nous décidons, à partir de ce moment, de restructurer notre projet et de repartir dans une recherche-action en appliquant à notre travail le processus de l'assurance de qualité tel qu'il est défini très concrètement dans le carnet de bord « assurance de qualité ».

Recherche parce que nous allons tenter de mieux comprendre ce qui se passe pendant et après la grossesse sans nous en tenir à des enquêtes où apparaissent des phénomènes de déni ou d'oubli.

Action car il nous faudra agir et résoudre les problèmes décelés.

Assurance de qualité parce que nous allons tenter d'en parcourir les sept étapes : identifier les problèmes, définir une priorité, déterminer les critères de qualité, préciser la situation actuelle et définir des objectifs, planifier le changement, définir les indicateurs d'évaluation, évaluer et réorienter.

La théorie nous a rattrapés à temps...

Un groupe restreint a travaillé sur les trois premières étapes et a proposé les éléments suivants au groupe prévention :

Identification du problème : discontinuité des relations avec la maison médicale entre le moment de la conception d'un enfant et le premier épisode « aigu » où les parents font appel à la maison médicale.

Définition d'une priorité : améliorer la continuité du suivi des femmes enceintes et des familles en période de périnatalité par la maison médicale. Ce choix d'une intervention précoce de la maison médicale dans la prise en charge de la grossesse pourrait permettre de diminuer les risques éventuels de maltraitance, de prévoir certains problèmes, de favoriser l'allaitement, d'informer sur ce que la maison médicale ou d'autres services peuvent apporter.

Détermination des critères de qualité : ce projet nous a paru répondre à toute une série de critères de qualité (pertinence, continuité, intégration, accessibilité, acceptabilité, équité, ...) même si certains autres (efficacité théorique, globalité, participation des patients, subsidiarité, ...) devront encore être mieux définis par la suite.

Enfin, nous avons pu définir de manière claire les nouveaux objectifs de notre travail. L'objectif principal est devenu celui-ci :

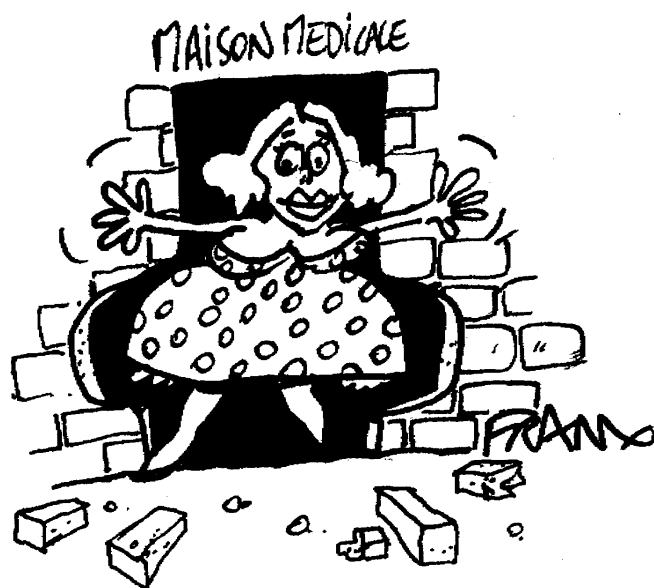
EN SANTE PENDANT LA PERINATALITE.

Les objectifs finaux de notre processus d'assurance de qualité étant la continuité dans cette prise en charge, l'autonomie et l'accès aux soins pour les femmes enceintes.

Afin d'y arriver nous avons déterminé une série d'objectifs intermédiaires :

Améliorer la qualité des soins : pour cela nous devons reprendre un travail d'information (contacts, bibliographie, ...) approfondi sur le sujet.

Assurer la continuité du processus : nous devons mettre en place un système de repérage efficace des femmes enceintes dans le long terme.



Arriver à l'autonomie des patientes concernées : amener les femmes à faire elles-mêmes les démarches nécessaires vers la maison médicale et à plus long terme envisager un partage des informations par les femmes entre elles, sans intervention de la maison médicale.

Améliorer l'accès des femmes enceintes au réseau : ceci nécessite un travail avec le réseau ainsi qu'avec la première et la seconde ligne auxquelles les femmes feront appel.

Améliorer l'accès des femmes enceintes à la maison médicale : sommes-nous certains que cet accès est optimal ?

Nous en sommes là aujourd'hui. Nous repartons en confiance dans la réalisation de ce projet en envisageant déjà la mise en place de certains outils et, en tout cas, la présentation à toute l'équipe du carnet de bord et de l'assurance de qualité afin que les démarches du groupe prévention soient comprises par tous.

Réfléchir avant d'agir n'est-ce pas très proche de recherche / action ? ●

Bibliographie

Bernard-Bonnin A.C., Stachtchenko S., Rousseau E., Girard G., « Pratiques hospitalières et durée de l'allaitement maternel : méta-analyse », *Revue d'Epidémiologie et de Santé publique*, Vol 37, 1989, n°3, p. 217-225.

Bréhier A., « Allaitement maternel : dossier complet », *Les dossiers de l'Obstétrique* n°170, février 1990, p. 1-26.

Bréhier A., « L'allaitement maternel : échos psychologiques », *Les dossiers de l'obstétrique*, n°176, septembre 1990, p. 25.

Deleuze J., *Contribution à l'étude de l'allaitement maternel. Influence des conduites observées lors de la situation d'allaitement au sein, sur la durée de ce mode d'alimentation infantile*, mémoire ULB, sciences hospitalières, année 1981-1982.

Gérard-Solé A.M., *Les soins en maternité favorisent-ils l'établissement des liens affectifs père-mère-enfant ?*, mémoire UCL, sciences hospitalières, octobre 1985.

Guigue L., Pibarot A., Blanc JF., « Facteurs influençant le choix de l'allaitement par les mères. Résultats d'une enquête en maternité publique », *Pédiatrie*, 44, p. 53-58, 1989.

Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, Chapitre : Soins préventifs prénatals et périnatals, *Guide Canadien de Médecine Préventive*, Santé Canada, 1994, p. 4-201.

Hayward S., Ciliska D., Mitchell-DiCenso A., Thomas H., Underwood J., Dobbins M., « Effectiveness of public health nursing interventions in parent-child health : a systematic overview of literature reviews », Ontario Health Care Evaluation Network, Public Health Effectiveness Inventory, Public Health Effectiveness Project, Hamilton Teaching Health Unit Internet, 1996.

Lebeer G., *Rôle des déterminants psychosociaux et des interventions médico-sociales dans l'initiation et la prolongation de l'allaitement maternel*, Centre de sociologie de la santé, ULB, juin 1988.

Macquart-Moulin G., Fancello G., Vincent A., Julian C., Baret C., Ayme S., « Evaluation des effets d'une campagne de soutien à l'allaitement exclusif au sein à un mois », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, Vol 38, mars 1990, p. 201-209.

ONE, « Dossier allaitement maternel », *L'enfant* n°1, 1983.

Prévost M., Gosselain Y., Laperche J., Roland M., *Carnet de bord « Assurance de Qualité »*, Agir ensemble en prévention, Fédération des maisons médicales, 2ème édition, Juin 1999.

St-Jacques A., « L'allaitement maternel. Entre l'échec et le succès », *Nursing Québec*, vol 8/n°1, janvier/février 1988, p. 29-33.

Espace parents - petits enfants

L'équipe animatrice de la maison médicale du Maelbeek :
Luc Colinet, licencié en sciences familiales et sexologiques, thérapeute familial systémique,
Sandrine Durieux, puéricultrice,
Chantal Hoornaert, médecin généraliste et
Bénédicte Roegiers, médecin généraliste.

Dans les familles défavorisées, un certain nombre de parents manifestent un sentiment d'incompétence vis-à-vis de leurs enfants. Comment les aider à prendre confiance dans leur capacité d'être père ou mère et permettre ainsi le développement d'une identité positive chez l'enfant ?

De génération en génération

Bébé crie, pleure, refuse de manger, que faire ? Nombre de parents ne savent comment réagir face à diverses manifestations de leur bébé, ni comment entrer en relation avec lui.

La peur de mal faire entraîne des blocages. Quand l'enfant grandit, se pose souvent le problème des limites. Dans quelle mesure faut-il laisser l'enfant découvrir par lui-même, faire ses expériences... Les parents que nous voyons ont généralement peu confiance dans les capacités de leur enfant et aussi dans leur propre capacité à être père ou mère.

Ces constatations prennent encore plus de sens lorsque la maman a connu des problèmes physiques ou psychosociaux pendant la grossesse, lorsqu'elle a des antécédents de fausses-couches, d'avortements, de décès d'un bébé, des antécédents de placement d'un de ses enfants ou qu'elle a vécu un placement dans son enfance et qu'elle n'a pu bénéficier d'une réelle référence maternelle ; de même lorsque l'enfant n'est pas vraiment attendu, lorsque le couple parental connaît de grosses difficultés relationnelles ou lorsque la situation socio-économique est précaire¹.

Dans la famille marquée par la misère nous savons que l'enfant qui naît représente une possibilité de recommencer à zéro, de faire des projets, des rêves. C'est un renouveau d'espoir... mais souvent illusoire².

Et souvent l'enfant n'est pas désiré pour lui-même, il est chargé de remplacer la relation qui

a manqué dans l'enfance de la mère, c'est l'enfant-réparation³.

Nous pensons que le processus de précarité psychosociale qui se transmet de génération en génération ne peut être enrayeré que si les personnes développent une conscience de leurs capacités, de leurs compétences. C'est particulièrement vrai pour l'enfance, période principale des apprentissages, des expériences, où la valorisation des « savoir-faire » permet le développement d'une identité positive. C'est vrai aussi pour les parents dont la vie n'a été qu'une succession d'échecs et de rejets, pour lesquels tout regard positif posé sur eux peut leur permettre de revivre un peu.

Un espace où « se trouver »

Comment développer le sentiment de compétence chez l'enfant et chez les parents, en priorité dans les familles les plus défavorisées du quartier ?

Nous avons choisi de créer un espace de rencontre, de jeux et de communication pour les parents, leurs petits enfants de 0 à 3 ans et des professionnels. C'est ainsi que la salle de kinésithérapie de la maison médicale leur est ouverte tous les vendredis de 9h à 12h. Les enfants doivent être accompagnés par un parent et restent sous la responsabilité de celui-ci.

C'est une occasion pour les parents de voir leur enfant accéder à de nouvelles compétences sur le plan moteur, au niveau de la créativité, de l'habileté, de la sociabilité et du langage. La présence d'enfants à des niveaux différents d'évolution ainsi que de parents ayant vécu ces différents niveaux, d'autres manières d'être et de faire, permet de multiples échanges qui contribuent à ouvrir un éventail d'attitudes possibles pour les uns et les autres.

Cet espace se veut être aussi un lieu de socialisation : accueil et éveil des enfants à travers les relations entre eux, relations avec les autres parents ou avec les animateurs. La séparation mère-enfant peut être facilitée et l'angoisse qui l'accompagne mieux gérée par de multiples expériences de petits éloignements.

(1) voir à ce propos F. Molenat, Mères vulnérables, Stock, 1992.

(2) M.C. Ribeaud, Les Enfants des exclus, Stock, 1976.

(3) M.C. Ribeaud, La Maternité en milieu sous-prolétaire, Stock, 1979.



L'équipe responsable du projet est composée de médecins généralistes, d'un thérapeute de famille et d'une puéricultrice. Deux animateurs sont toujours présents. Ils disposent le matériel nécessaire dans la salle, accueillent les familles, peuvent aider à la rencontre, apportent un soutien, un encouragement. L'un sera plus attentif à ce qui se passe au niveau des enfants, l'autre plus proche des parents. Il pourra faciliter les échanges, souligner l'une ou l'autre chose. De manière générale, l'animateur veille à intervenir le moins possible et à laisser les choses se passer surtout entre les familles. Ce lieu est avant tout le leur.

Dans la salle : des tapis, des blocs en mousse de différentes couleurs, un grand miroir collé au mur, des petits tapis d'éveil pour les bébés, des jeux divers adaptés à l'âge, des petites tables et chaises, du matériel de dessin, des livres pour les enfants et les parents, un enregistreur à cassettes, des fauteuils et une table pour les parents.

A la fin de chaque matinée d'activités un petit temps d'évaluation est prévu. Une réunion d'évaluation a lieu tous les mois d'une part entre les animateurs, et d'autre part avec les animateurs et les parents présents.

Observation des enfants par les parents et les animateurs

Parents et animateurs ont remarqué la curiosité et l'inventivité dès le plus jeune âge, ainsi que la différence du point de vue psychomoteur entre les enfants, même entre des enfants du même âge. Ils ont aussi observé l'évolution dans le développement de l'enfant (prise des objets, bébé qui rampe, marche à quatre pattes, ...), un grand intérêt suscité par le miroir et les interactions entre les enfants, notamment quand ils sont de races différentes.

Au début des séances, les enfants sont souvent collés à leur maman ; c'est moins souvent le cas pour ceux qui ont déjà fréquenté la crèche. Les enfants peu habitués aux jouets touchent à tout mais ne jouent avec rien. Pour entrer en relation, ils donnent souvent quelque chose, un jouet, un bloc.

Quand une maman lit une histoire tous les enfants écoutent. Ils montrent un grand intérêt pour la musique rythmée.

Promotion Santé asbl

L'initiative du projet revient à l'asbl Promotion Santé. Cette association lutte contre tout ce qui entretient les inégalités sociales, raciales, sexuelles et culturelles devant la santé. En particulier, elle fait du droit à la santé pour les personnes les plus exclues une priorité. Actuellement le travail de cette association s'organise autour de deux pôles principaux : la maison médicale du Maelbeek et la Garde d'enfants malades.

La Garde d'enfants malades à domicile est assurée par deux puéricultrices et une secrétaire téléphoniste. Cela permet aux parents de ne pas s'absenter de leur travail et à l'enfant de ne pas quitter son milieu de vie habituel. Les priorités sont données aux personnes qui fréquentent la maison médicale, à celles qui habitent le quartier, aux parents seuls ainsi qu'aux personnes démunies, isolées socialement qui ont beaucoup de difficultés à trouver des solutions alternatives.

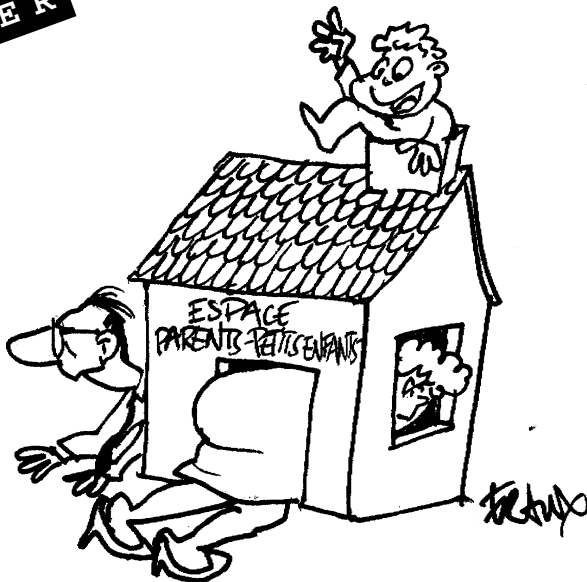
Promotion Santé collabore avec les autres associations du quartier, en particulier avec l'asbl Promotion Communautaire - Le Pivotal dont l'objectif est d'être médiateur de changement auprès des familles en situation d'extrême pauvreté à partir de leurs dynamismes propres et d'alliances avec d'autres.

Que font les mamans ?

Les mamans observent leur enfant et les autres enfants. Elles apprennent à se détacher de leur enfant et à le laisser faire ses expériences sans intervenir trop vite.

Elles échangent beaucoup entre elles, parlent de leurs problèmes quotidiens, de leurs autres enfants, de la difficulté de se lever le matin quand on n'a pas de travail, de la manière dont elles ont vécu.

Les questions qu'elles abordent sont multiples. On peut relever l'éducation de l'enfant à la propreté, les limites, la place du papa : une maman relève que son enfant fait plus attention aux « non » de son papa qu'aux siens. Une autre s'étonne que son enfant soit si calme ici et ait



Le 27 mai 1999, le projet « Espace parents - petits enfants » a remporté le prix 1999 de la Fondation Denise Desmedt.

l'air si heureux. Comment se faire obéir sans frapper ? Comment être une bonne mère quand soi-même on n'a pas eu d'enfance ? Que faire avec un enfant qui prend la nuit pour le jour, avec un enfant qui dit toujours « non » ? Comment réagir face à la curiosité de certains enfants pour le sexe ?

Ce que les mamans disent de l'Espace parents - petits enfants :

« Ca permet de rencontrer d'autres gens, de sortir de chez moi. »

« Je ne suis pas toute seule avec mes difficultés. »

« Je vois mieux comment mon enfant se développe, progresse. »

« J'ai difficile à me lever le matin, c'est pour ça que j'arrivais toujours tard, mais

L'espace parents - petits enfants s'est ouvert au début novembre 1996

Pendant la première année, vingt deux enfants différents ont fréquenté l'espace. La fréquentation est soit occasionnelle, par exemple lors d'une consultation médicale de l'enfant ou du parent, soit régulière mais limitée à trois ou quatre séances, le plus souvent en attendant une entrée en crèche, au pré-gardiennat ou à l'école. Une maman avec ses deux enfants étaient toujours présents, une autre avec un bébé venait environ tous les quinze jours.

Pendant la deuxième année, dix-huit enfants différents sont venus. Trois mamans se sont montrées très régulières, et, de mai 98 à ce jour, cinq enfants sont pratiquement toujours présents avec leur maman. Il y a eu une séance avec un enfant... mais aussi une où onze enfants étaient présents, ce qui était un peu trop !

Espace parents - petits enfants

maintenant je vois que mon fils a beaucoup évolué ici, je fais un effort. »

« J'ai appris à partager ma fille et mon fils. »

« Ma fille montre aux autres ce qu'elle a appris. »

« Mon enfant apprend à vivre en société, à entrer en contact avec d'autres, à partager... et c'est pas facile ça. »

Difficultés rencontrées

La fréquentation est irrégulière. Parfois il n'y a que un ou deux enfants.

L'intégration des nouveaux est parfois difficile. Dans la mesure du possible, l'accueil est fait par les mamans.

Les interactions des mamans entre elles posent parfois problèmes, notamment quand l'une fait une remarque à une autre sur sa manière de parler à son enfant, ou sur sa manière de faire (punitions, claques, ...).

Et puis il y a le respect des règles minimum : enlever les chaussures des enfants, ne pas boire et manger tout le temps mais aux moments prévus et à l'endroit prévu, s'asseoir pour boire ou manger, ...

Une question cruciale pour nous : comment faire profiter de cet espace aux enfants et aux parents qui en ont vraiment besoin ? Même en allant les chercher chez eux, certains refusent... Certaines mamans éprouvent beaucoup de difficultés à venir car elles ont peur du regard des autres.

Projet

Plusieurs mamans aimeraient en savoir un peu plus sur les différentes étapes du développement de l'enfant. Nous élaborons un projet qui mélangera un apport théorique notamment par séquences vidéo, à des discussions et des partages d'expériences. ●



Histoire dos: une expérience à la Free clinic...

Prévention: ras-le-bol?

Des anthropologues de la santé attribuent certaines désillusions de la prévention au fait qu'elle parle de raison raisonnable en s'adressant à ce qu'il y a de plus subjectif : notre vie, notre bien-être. Si cette hypothèse se vérifie pour ceux qui « reçoivent » la prévention, n'en va-t-il pas de même pour ceux qui la « donnent » ? L'expérience (réussie) de la Free clinic donne à y réfléchir.

Discussion entre travailleurs. Certains estiment qu'il convient de garantir une paix royale aux patients de la salle d'attente : cesser de les bombarder d'informations, de vouloir les animer à tout prix. Stop à la surenchère et à l'activisme... Les mêmes sont convaincus de faire en permanence de la prévention en tête-à-tête, dans le cabinet de consultation, que c'est la meilleure prévention qui soit, que le reste est superflu et pas très efficace. Au contraire, d'autres voient une complémentarité indéniable entre des actions collectives et la prévention individualisée...

Des réflexions prises à bras le corps par une petite cellule fraîchement constituée : fin 1997, trois travailleuses se rejoignent en « cellule de prévention » et suivent les formations proposées par la Fédération des maisons médicales. La cellule relève le défi : initier dans la salle d'attente une campagne de prévention sur un mode nouveau car, quoi qu'on en dise, c'est un lieu favorable à une approche d'éducation à la santé, et mille deux cents consultations par mois, ça compte !

L'accès libre aux consultations entraîne, aux moments d'affluence, un temps d'attente prolongé. Comment proposer aux personnes immobilisées autre chose qu'une attente passive et davantage de convivialité ? Dans la course contre le temps qui nous entraîne, ce moment d'attente peut être un moment très précieux de retrait, de contact avec soi-même, voire d'intériorisation. Puis, il y a l'anxiété, le mal

être des uns, les préoccupations des autres, de quel droit les « bousculer » ?

Force est d'ailleurs de constater que malgré l'information, le public n'accuse pas toujours de gros changements de comportement, tant il est plus facile d'agir sur des éléments extérieurs à soi que sur son mode de fonctionnement propre. Les messages préventifs omniprésents en côtoient d'autres, mercantiles, qui favorisent des comportements de consommation néfastes à la santé. Trop de mots, de conseils, de mises en garde saturer les gens, qui entendent moins, voient moins, d'autant qu'ils sont poursuivis jusque dans leur espace intime...

On leur demande d'être responsables alors que l'économisme triomphant les préfère soumis, avec peu d'esprit critique et disponibles au-delà de leurs limites. Etre responsable implique la connaissance et le respect de soi, de ses besoins, de ses rythmes afin d'adapter le mieux possible l'environnement pour entretenir son capital santé. Quel paradoxe quand on sait que la maladie reste souvent la seule façon socialement admise de dire « stop », d'être à l'écoute de soi, de prendre le recul nécessaire afin de mettre en mots ce qui nous nuit, quand nous parvenons enfin à plus de conscience.

Vous avez dit « plaisir » ?

En matière de prévention, une alternative serait-elle néanmoins possible ? Intéresser sans imposer, transmettre sans ennuyer, suggérer sans obliger, informer sans juger et surtout prévenir sans être « sinistres » ou moralisateurs ? Introduire de la créativité et qui sait, du plaisir, dans un domaine qui se languit parfois d'un excès de sérieux ?

A propos, avons-nous encore du plaisir ? Dans l'équipe, les tâches se multiplient, la surcharge de travail nous entraîne à fonctionner de façon cloisonnée et à mal connaître les réalisations des collègues. Envie de nouvelles synergies ? Sûrement, pour autant que cela n'entraîne pas un surcroît de travail ! Une cellule de prévention interne tombe donc à pic pour organiser et

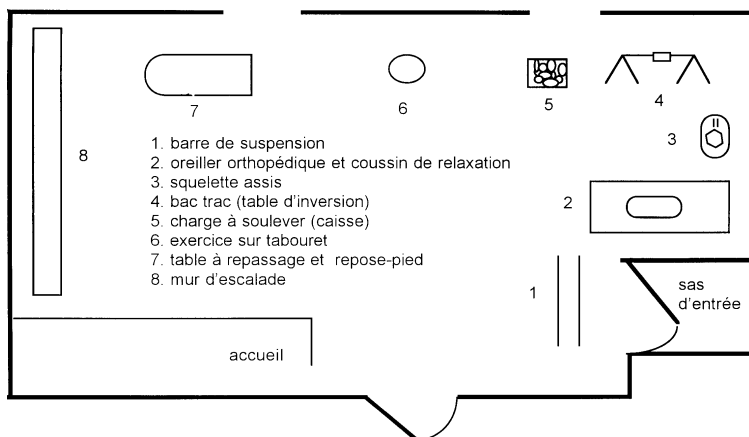
*Paulette Duhaut,
assistante sociale
à la Free clinic.*

Histoire dos: une expérience à la Free clinic... Prévention: ras-le-bol?

prendre en charge le processus. Oui, mais est-elle nécessaire hormis cela ? A-t-on besoin de collègues motivés par une méthodologie en qualité des pratiques ? A la Free clinic, tant de projets se sont concrétisés sans cela et avec succès... Pourtant, les temps changent : désir d'ouverture vers l'extérieur, besoin de canaliser autrement l'énergie, de trouver un souffle neuf... S'occuper du public ? Naturellement ! Ne faisons-nous pas de la prévention comme Monsieur Jourdain faisait de la prose ! Mais nous occupons-nous suffisamment de nous-mêmes ? Réfléchissons-nous suffisamment au processus de changement lié à la démarche préventive pour reconnaître « qu'œuvrer » au changement des autres implique préalablement d'accepter soi-même d'en prendre le risque...

D'abord, dire à notre public : nous ne sommes pas indispensables, vous pouvez prendre votre santé en main, vous êtes compétents. Ensuite, ne pas avoir trop d'ambitions, tout au plus proposer à chacun, à sa manière et à son rythme, de jeter un œil critique sur le temps consacré à la sollicitude envers son propre corps, de se poser la question du plaisir.

Combien de dos bloqués, de « plein le dos » se présentent à nous, que nous soyons médecins, « pys », kinésithérapeutes, assistants sociaux. Ce symptôme peut révéler au patient qu'il n'y a pas qu'un seul chemin thérapeutique possible et au praticien que « à chaque patient, autre réalité » !



Le parcours santé « Histoire d'os »

Do it your self

C'est ainsi que nous démarrons l'organisation de la campagne « histoire dos » à partir de la notion de bien-être plutôt que de celle de défaillance.

De la confrontation de nos imaginaires naît la structure d'un parcours santé expérimental, ludique, visuel et sensitif, sorte d'outil au service du patient. Son objectif sera de susciter le désir d'une meilleure hygiène de vie, de gestes plus « écologiques », en permettant l'expérimentation de postures et la mise en contact avec les sensations.

Nous sommes conscients que cette formule se heurtera à certaines résistances, à la gêne aussi d'oser se mettre en situation en public, mais nous gardons cependant l'idée. Voir un engin, le contourner, le toucher et, qui sait, observer quelqu'un en train de s'y essayer, nous paraît nettement plus susceptible d'éveiller la curiosité qu'une avalanche de phrases et de conseils. Puisque les études de santé publique démontrent le rôle positif de l'activité physique, pourquoi ne pas y inviter les gens autrement que par le discours ?

Pendant douze semaines (de mars à juin 98), les patients peuvent tester huit activités de sensibilisation à l'état du dos, activités soulignées par des affichettes : un titre court sur le mode humoristique, un bref mode d'emploi, une question-interpellation. Nous éditons une brochure à emporter concluant le circuit d'expérimentation sous une forme adaptée au ton de la campagne.

Contents ? Pas contents ?

L'évaluation est organisée au niveau des patients (questionnaire), des travailleurs de la Free clinic et d'autres maisons médicales, et de la cellule avec ses collaborateurs, et étoffée par les articles parus dans la presse.



Les patients, en général satisfaits, trouvent la formule : « intéressante, utile, sympathique, amusante »... Ils jugent qu'elle fait prendre conscience de certaines erreurs, qu'il faudrait des installations semblables dans les entreprises et bâtiments publics tant le mal de dos est fréquent, que la formule favorise la participation et la découverte de la nécessité du mouvement, qu'elle devrait s'intégrer à des programmes éducatifs touchant les jeunes pour créer des automatismes, qu'elle permet de se relaxer après une journée de travail.

Certains suggèrent de séparer les activités par un paravent. Un seul patient réagit par le rejet, il ne peut supporter la présence d'un squelette didactique dans la salle d'attente et invective notre « mauvais goût ».

Nous constatons que la moitié des personnes ayant répondu à notre questionnaire ignorent le rôle de l'alimentation dans la prévention des lombalgies et que beaucoup s'enthousiasment pour les activités simples (table de repassage, charge à porter) qui leur apprennent des attitudes ergonomiques auxquelles elles n'avaient simplement pas pensé. Bien que décontenancées, plusieurs personnes expriment clairement leur satisfaction d'avoir été invitées à « se dépasser ». Les feuillets sur des exercices simples et courts à faire assis (chez soi et au bureau) et les brochures partent comme des petits pains. Notre décision de ne pas poursuivre l'investissement financier pour de nouvelles impressions contribuera d'ailleurs à terminer la campagne.

La confrontation avec des collègues externes, d'autres maisons médicales, soulève de nouvelles questions : une telle formule ne justifie-t-elle pas le travail d'un animateur en permanence ? La durée de la campagne est-elle suffisante pour garantir un impact ? L'animation, qui demande de l'espace, semble difficilement transposable dans d'autres lieux...

Quant à l'évaluation interne, elle soulève quelques controverses : impression que la campagne prend trop de place et n'en laisse pas assez à d'autres formes d'information, réticences devant l'investissement en temps et en énergie, devant la surcharge de travail subie par les accueillants pas toujours « à la hauteur » pour répondre aux questions des patients... La

nécessité d'un animateur s'exprime en même temps que des réserves sur la tâche même, son coût... Des conférences plus scientifiques auraient peut-être du être proposées en soirée pour un public élargi... La campagne aurait gagné à se prolonger pour les patients réguliers qui, « accoutumés » à sa présence, allaient enfin oser tester les activités... Peut-être, mais nous, les « organisateurs », avons ressenti une baisse de motivation car les relais internes se révèlent insuffisants, à moins que nos attentes aient été quelque peu irréalistes...

Les souhaits sont parfois contradictoires. Le mur d'escalade construit en salle d'attente fait la joie des enfants. Du coup, certains suggèrent de l'exploiter davantage par des contacts avec des écoles, centres PMS, etc. Mais en pratique, quand une classe de primaire débarque avec son institutrice, nous voilà confrontés à nos limites : intrusion massive d'un groupe extérieur, plein de vie et bruyant, dans « l'intimité » des patients et dans les habitudes des praticiens. La gestion du groupe, son encadrement mobilisent certains d'entre nous et sollicitent la collaboration du service accueil. Moment de flottement entre satisfaction et grincements de dents. Malgré le surplus de travail, nous gardons de ce moment un excellent souvenir : l'intérêt, le sourire des enfants, quelle récompense !

Et si c'était à refaire ?

A la lueur des critères de qualité retenus (pertinence, efficacité pratique, globalité, intégration), le bilan est globalement positif. Cette expérience nous ouvre les yeux sur les zones fragiles entre l'enthousiasme personnel et les contraintes institutionnelles. Matériellement, il ne serait pas réaliste à l'avenir de s'engager à nouveau dans une entreprise d'une telle envergure sans meilleure évaluation des moyens matériels : budget, temps de travail, rémunération.

Les différences entre l'indépendant et le salarié, l'insuffisance des subsides destinés aux frais de fonctionnement (c'est sur cette enveloppe qu'il faut prélever l'argent nécessaire à la prévention) posent problème. On comprend que certains parmi nous renâclent devant

Histoire dos: une expérience à la Free clinic... Prévention: ras-le-bol?

l'investissement. Envisagerait-on à l'avenir le soutien de sponsors ? Pas sans de nouvelles questions !

Nous remercions au passage l'Administration de la santé du ministère de la Communauté française qui, a posteriori, nous a octroyé un subside d'encouragement. Cela contribua à notre crédibilité institutionnelle et vint à point, malgré le gros travail d'élaboration du dossier¹. La demande de subsides précède habituellement l'action, ici elle lui succède compte tenu des circonstances. Introduire une demande de subside est un travail en soi, il retarde la réalisation sans garantie d'aboutissement si le subside n'est pas accordé... Autre réalité dont il faut tenir compte.

De telles campagnes justifient incontestablement l'occupation d'un travailleur supplémentaire. Nous avons mal évalué la disponibilité de nos collègues, trop espéré leur investissement, particulièrement celui du service accueil absorbé déjà par de multiples tâches qui mettent à mal sa capacité d'être à l'écoute de façon optimale. Les membres de la cellule ont donc été fréquemment sollicités tout au long de la campagne et même au-delà, avec des répercussions parfois contrariantes pour le travail journalier. Pourtant, nous ne le dirons jamais assez, sans la force de notre désir, sans notre foi et notre solidarité, sans notre conviction, jamais cette campagne n'aurait vu le jour. Si nous avions été plus « scientifiques », plus « raisonnables », si nous avions voulu réunir toutes les conditions pour agir, nous aurions très probablement réussi à nous féliciter de notre perspicacité et à nous épargner tout ce travail. Parfois, nous nous laissons aller à penser que notre imperfection et notre « grain de folie » furent la source de notre créativité et de notre élan...

plus de clarté à l'avenir quant à la faisabilité (budget et engagement possibles). Intimement, nous savons aussi que pour réaliser ensemble quelque chose autrement, il faut être un peu funambule, accepter de ne pas recevoir toujours son plein d'applaudissements et de vivre des moments de doute et de découragement. L'équilibre entre volonté et lâcher prise dans le cadre institutionnel est une école aux leçons sans cesse renouvelées...

La cellule de prévention doit beaucoup au projet Agir ensemble en prévention de la Fédération des maisons médicales.

Complémentaire à la démarche scientifique en gestion de projets, nous rendons hommage à cette grâce qui déplace les montagnes : l'enthousiasme ! ●

Alors, prévention : ras-le-bol ou pas ?

Certainement pas, mais nous tirons un enseignement de tout ceci. Nous gagnerons à

(1) dossier-témoin disponible à la Free clinic.



Quand on veut faire participer les patients à une réflexion sur le dos

Animation dans la salle d'attente de la maison médicale Norman Bethune

Nous avons répondu à l'invitation de la Free clinic pour voir et discuter leur animation « Histoire dos ». Nous en sommes sortis enthousiasmés. Le récit que nous en avons fait à l'équipe a dû être éloquent. L'idée « et si nous aussi... » a fait son chemin pour aboutir à du concret... quelques huit mois plus tard.

Depuis des années, notre salle d'attente est « animée » en permanence par des panneaux informatifs alliant dessins, textes et objets en trois dimensions, sur des thèmes toujours renouvelés : alimentation, accidents domestiques, départ en vacances, etc. La Free clinic propose une autre démarche : mettre les patients dans des situations, des positions variées et leur demander de sentir la « réponse » du dos.

La bonne parole ne doit pas toujours sortir de la bouche des spécialistes, les gens peuvent sentir d'eux-mêmes ce qui leur fait du bien (ou du mal). Et si la personne doute de ce qu'elle sent, ou ne sent rien et demande une réponse à un tiers, l'expérimentation sur elle-même va déjà au-delà de la simple visualisation sur papier de ce qu'il faut faire ou ne pas faire.

Notre salle d'attente étant de dimension trop modeste, pas question d'installer un mur d'escalade ni même une table, difficile d'imaginer les mères de famille, souvent en djellabas, se suspendant la tête en bas sur les engins... Il fallait adapter. Nous avons décidé de travailler par tranches : la position assise pour commencer, plus tard le portage, les tâches ménagères, etc.

Voici ce qui a été retenu après réflexions et... test sur les membres de l'équipe. Sur les murs, des panneaux proposent aux patients de se poser quelques questions sur leur dos. Dans un coin « expérimentation », rien de rébarbatif : une chaise normale, une chaise avec les pieds arrière soulevés par des bottins, une chaise équipée d'un coussin-support lombaire et un panneau

montrant des personnages de bandes dessinées assis de diverses manières. Les patients sont invités à essayer les chaises, à sentir « comment est leur dos » selon le type de siège, à comparer leur position avec celle des personnages de bandes dessinées. Un petit questionnaire guide les observations des patients.

*Brigitte Poulet,
kinésithérapeute
à la maison
médicale Norman
Bethune.*



Mais la présence de ce matériel est bien insuffisante pour animer vraiment la salle d'attente. Certains patients ne remarquent rien, absorbés par leurs pensées, se plongeant dans la lecture ou dans l'examen du linoléum... D'autres regardent distraitement sans chercher à comprendre, d'autres encore n'osent pas utiliser les chaises « bizarres ». L'animation prend réellement vie grâce aux accueillants : « Vous avez vu les panneaux ? », « Voulez-vous essayer les sièges ? », « Regardez, on a ici un petit questionnaire... ». A eux de sentir quand les patients sont réceptifs, sans les envahir. Une chose est de stimuler l'auto-observation et l'auto-interrogation, autre chose est de pouvoir répondre aux questions du patient. Outre les explications des accueillants, les patients disposent de brochures à l'accueil.

Les réactions des patients nous ont déjà fait rectifier le tir plusieurs fois. Une évaluation est prévue, avant de retrousser nos manches pour la suite !

Prévention: un grand mot, laissons la parole aux patients

Christophe Defraene, accueillant à la maison médicale Norman Bethune.

En 1985, à Norman Bethune, l'équipe souhaite dynamiser ses activités en matière de prévention. Lors des contacts avec les patients, les médecins avaient mis en évidence un fossé entre leurs « préoccupations médicales » et la façon dont les patients envisageaient la prévention. Une enquête est organisée dans la salle d'attente, sous forme de questionnaire que les patients remplissent avec l'aide des accueillants, afin de déterminer quels thèmes ils aimeraient voir développer.

- Il est difficile de toucher tout le monde et surtout d'évaluer le nombre de patients réellement sensibilisés ;
- Il est difficile de réceptionner le feed-back : avons-nous responsabilisé les patients ? Nous obtenons peu de retour de la part des partenaires concernés.

Depuis ce premier pas, quinze ans sont passés. L'objectif reste le même mais les techniques adoptées sont sensiblement différentes. Nous évitons les thèmes médicaux, les discours informatifs trop pointus, trop complexes. L'axe central de notre travail : prévenir dans le domaine de la santé. Cela commence par être en harmonie dans son quartier, son environnement, ses activités professionnelles,

Prévention, pas médicalisation

L'intuition première se vérifie : la plupart des demandes s'écartent des sentiers battus de la prévention et touchent le bien-être au quotidien. Dans notre population en majorité d'origine maghrébine, une question primordiale à l'approche de l'été est : quelles précautions prendre lors des départs en vacances ? Même si elles sont présentées sous l'angle de leurs implications médicales, les questions les plus fréquentes tournent surtout autour du logement, des droits du locataire.

Une cellule prévention s'organise au sein de l'équipe, animée par les médecins et les assistants sociaux. Une campagne d'information centrée sur le logement se met en route : affichages, séances d'information auxquelles on invite juristes et assistants sociaux spécialisés dans le domaine du logement. L'équipe trouve important d'assurer la continuité de ces séances préventives par un partenariat avec la commune (service du logement).

(1) PASSH : service réservé aux habitants de la commune de Molenbeek (02/410 33 03)

Au terme de cette action, trois problématiques se dessinent :

- Il est difficile d'évaluer les attentes de la population ;

Une campagne peut en cacher une autre

Lors d'une séance vidéo sur le monoxyde de carbone dans la salle d'attente, quelques patients se sentirent particulièrement concernés : il n'est pas rare dans nos quartiers qu'un voisin, un cousin ait été victime de l'intoxication et ait rapporté ses mauvais souvenirs du passage par le caisson à oxygène.

A l'issue de l'animation, nous remettons les coordonnées de notre partenaire « relais », le programme d'amélioration de la salubrité et de la sécurité de l'habitat (PASSH¹), qui vérifie gratuitement à domicile l'état des chauffe-bain et convecteurs et donne des conseils d'aménagement pour lutter contre le monoxyde de carbone.

Bien qu'intéressés par ce service, les patients manifestèrent des préoccupations inattendues : ce service fait-il aussi office de soutien des locataires ? Peut-on leur demander d'écrire des lettres aux propriétaires quant à l'hygiène, l'insalubrité, l'aménagement d'appareils conformes, les droits relatifs au bail, à la garantie ?



ses loisirs, son quotidien... Nous mettons donc l'accent sur des thèmes socioculturels et sportifs et laissons de côté le calendrier médical : vieux dépliants draconiens et culpabilisant sur l'hygiène dentaire, les vaccins, le tabac, la drogue.

Les techniques utilisées

Le premier pas est de bien cibler la demande des usagers. A l'accueil, nous avons souvent l'impression d'imposer aux patients ce qui nous semble important à nous. Nos thèmes correspondent-ils vraiment à leurs attentes ? Ne prenons-nous pas les patients pour plus sots qu'ils ne sont ! Nous voulons répondre à des demandes plus précises, plus ponctuelles en ouvrant un maximum de portes : politique, débat d'idées, bien-être, sensation physique, perception, questionnement. A cet effet nous essayons de formuler un questionnaire type nous aidant dans cette démarche avec toute la difficulté que cela comporte : trop d'ouverture risque de ne plus être réaliste ou en désaccord avec notre philosophie de travail.

Une fois la demande ciblée, il faut identifier nos sources et élaborer nos supports.

Nos sources d'informations sont issues essentiellement du « savoir » de nos praticiens mais nous souhaitons à l'avenir faire intervenir des animateurs plus spécialisés dans tel ou tel domaine.

Les supports sont des affiches imaginées par l'équipe et conçues par un designer. Naguère, elles véhiculaient beaucoup - souvent trop - d'informations, trop de texte. Aujourd'hui nous favorisons le questionnement, les phrases courtes, une information qui ramène au patient, qui le touche plus personnellement et affectivement. Le relief attire l'attention : nous veillons à réaliser des supports en trois dimensions pour marquer le coup et susciter des réactions vives.

Cette approche permet réflexions et échanges dans la salle d'attente. Le feed-back dans les cabinets semble devenir plus fréquent.

Quand l'évaluation ravive la question des objectifs

Enfin il faut évaluer notre impact. Nous ne disposons encore d'aucun moyen technique rigoureux qui nous permette d'identifier si nous avons permis à quelqu'un de se responsabiliser, d'améliorer la qualité de son quotidien.

L'idée de faire remplir un second questionnaire « évaluation » nous semble lassante pour les patients comme pour nous. Seuls les retours de partenaires avec lesquels nous pourrions travailler nous semblent importants à enregistrer.

Pas très sérieuse prévention au moment x mais climat propice pour entamer discussion utile et d'importance

Avant les élections du 13 juin 99, nous avons déployé dans la salle d'attente une campagne sur l'alimentation. Un panneau en trois dimensions sur les équivalences en sucre de certaines friandises excitait la curiosité et les débats parmi les patients. Dans un coin, une affiche toute aussi attractive marquait notre opposition à l'extrême droite ; elle suscitait tout autant de réactions. C'est ainsi que nous avons pu échanger avec quelques patients sirotant soda, chips, gaufres et force sucreries variées des discussions intéressantes sur leurs positions et leurs attentes du futur gouvernement.

L'alimentation saine aux heures adéquates d'accord, mais on y penserait volontiers mieux dans un système politique nous offrant les conditions adéquates pour commencer à penser (santé).

Nos campagnes ont-elles un réel impact sur le patient ? Pour certains la mission sera accomplie si dans l'observable il y a des résultats. Prenons le cas d'une campagne sur l'hygiène dentaire. Que vise-t-on ? Que l'enfant ne contracte plus de caries dentaires à court terme mais reste frustré, ou préférons-nous qu'il prenne conscience que s'alimenter peut devenir un réel plaisir et que son corps est un trésor qu'il peut écouter ? La topographie dentaire de

Prévention: un grand mot, laissons la parole aux patients

cet enfant ne sera peut-être pas étincelante dans les six mois mais sa conception de la santé sera peut-être une porte ouverte vers un bien-être à long terme ?

Comment avancer dans cette direction ? Nous aimerions trouver un moyen concret et efficace qui permette au patient d'exprimer vivement ses attentes, ses craintes, ses angoisses, lui faire comprendre que sa maison médicale est aussi un lieu où il peut « apprendre », où il peut capturer des idées pour améliorer son quotidien sans que ce soit répressif, culpabilisant.



Une piste séduisante serait de cibler l'humour et plus de surréalisme. Disposer aussi de pistes différentes et pouvoir répondre spontanément aux attentes au moment propice. Favoriser les échanges.

Le patient doit pouvoir se sentir partie prenante, avoir la possibilité de laisser des traces de réalisations personnelles, de bien-être, (expositions de dessins, un coin expériences, vécus, ...)

Finalement, pourquoi ne pas résumer la prévention en trois affiches.

Affiche : Etes-vous heureux ? ! !

Affiche : Qu'est-ce qui ne va pas ?

Affiche : Qu'est-ce qui va bien ?





Logement et santé: qu'en est-il lorsqu'on vit dans la pauvreté?

Un constat

Depuis que la maison médicale du Vieux Molenbeek existe, tous les travailleurs de santé qui y ont collaboré ont été impressionnés par l'exécrable qualité de centaines de logements qui, aujourd'hui comme il y a vingt cinq ans, continuent d'être loués.

Le plus souvent, ces logements sont eux-mêmes situés dans un environnement dégradé : manque d'espaces verts et d'infrastructures collectives, voirie et trottoirs défoncés, proximité d'entreprises bruyantes et polluantes.

Contrairement à une croyance répandue, ces logements n'appartiennent pas tous à quelques propriétaires privés, âpres au gain. Certains sont des logements publics et dits « sociaux ». Il y a aussi des taudis acquis par des familles à faibles revenus espérant les « retaper ». Certaines y arrivent vaille que vaille, d'autres pas.

Quelles sont les caractéristiques de ces logements ?

1. La vétusté : la plupart de ces logements ont été construits avant la guerre 14-18 ou juste après. Cette ancienneté associée à la négligence des propriétaires a pour conséquence que les parties en bois (châssis, portes, escaliers, planchers) sont défectueuses. Parfois la mûre s'y installe et entraîne un danger considérable ;
2. Les installations électriques généralement avec tubes ou fils apparents sont rudimentaires, souvent « bricolées » et dangereuses ;
3. Les toitures, corniches et châssis défectueux rendent le logement humide ;
4. Les installations sanitaires sont inexistantes ou déficientes. Certains « logements » sont encore dépourvus d'arrivée d'eau : il faut remplir des seaux sur le palier entre deux étages ;
5. Le chauffage pose problème : mauvaise isolation, cheminées défectueuses, absence d'arrivée de gaz. On chauffe alors avec du charbon, des bonbonnes ou du pétrole sans raccord à la cheminée.

Vivre dans un taudis

Tout cela a des répercussions multiples et majeures sur la santé. Les travailleurs de santé en sont conscients mais très démunis. Ils constatent les dégâts, particulièrement nets chez les enfants sans savoir comment réagir. Certains, malheureusement, rendent les familles responsables de cet état de fait.

Nous avons voulu en parler avec les familles du quart-monde lors des soirées débats appelées « réunions de découverte de la santé ». Voici en résumé ce que nous avons appris.

Pour les plus pauvres, la peur d'être sans logement reste présente. Quiconque s'est retrouvé à la rue s'en souvient sa vie durant. Ceci explique que beaucoup sont amenés à louer de mauvais logements faute de temps pour choisir, d'argent pour la garantie et le loyer d'un logement correct.

Ce qui frappe lorsqu'on écoute les familles, c'est l'impact psychologique d'un mauvais logement. « Un taudis, ça casse le moral. On n'a pas envie de rentrer chez soi, on est mal dans sa peau ». « Je suis coincée ici. Je n'ai pas l'argent de la garantie pour louer ailleurs. Le propriétaire le sait, alors il ne fait rien, aucune amélioration, cela m'énerve ». « On peut nettoyer tant qu'on veut, on a toujours l'impression de vivre dans la saleté ». « C'est indigne d'habiter dans un taudis. On ne peut y inviter des amis ».

Le logement, c'est aussi les autres, les voisins, la police, les assistants sociaux... Plusieurs nous ont dits avoir déménagé pour s'écarter de voisins envahissants ou bruyants, se faire « oublier » de certains intervenants. L'errance des pauvres existe depuis des siècles. Il est inadmissible que des travailleurs médico-sociaux y contribuent.

Les logements vétustes, petits et surpeuplés sont dangereux. On ne compte plus les accidents souvent mortels : incendie, intoxications au monoxyde de carbone et autres, chutes et blessures, brûlures, etc.

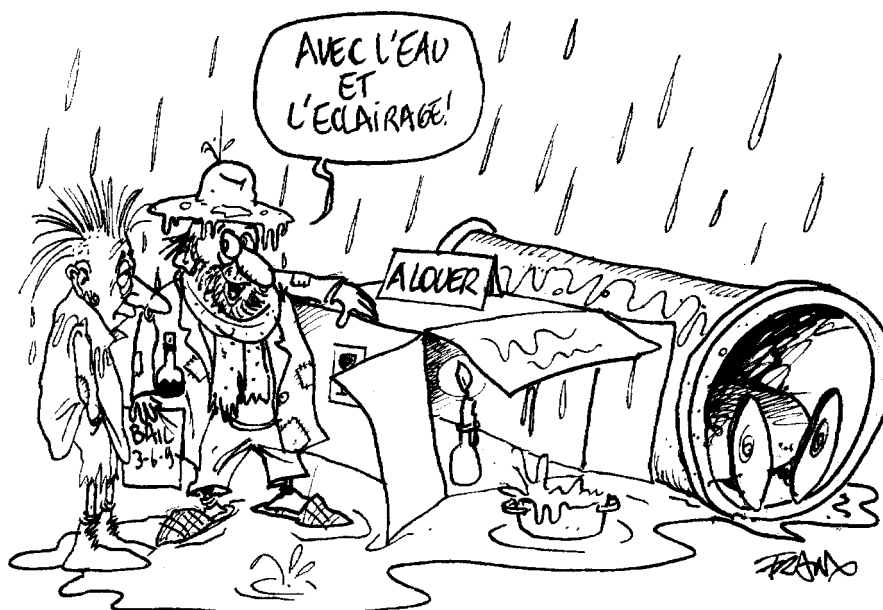
*Pierre Hendrick,
médecin
généraliste à la
maison médicale
du Vieux
Molenbeek.*

Logement et santé: qu'en est-il lorsqu'on vit dans la pauvreté?

La maladie physique est souvent présente pour les personnes mal logées. Les enfants et les personnes âgées sont particulièrement vulnérables. De notre expérience, il ressort que les infections respiratoires hautes et basses, diverses dermatoses, des troubles digestifs et du sommeil liés au stress sont particulièrement fréquents.

Enfin, nous avons réfléchi à la manière de réagir si l'on se retrouve à la rue.

Tout cela, nous l'avons résumé puis écrit ensemble. Nous avons ainsi réalisé une brochure « Un toit pour être bien chez soi » que nous diffusons dans l'espoir que tous pourront accéder à un logement décent¹.



Que faire ?

Durant les réunions, nous avons tenté de comprendre les lois. Nous avons dû recommencer ce travail en raison d'un changement de loi en juillet 1997. Nous avons fait appel à des spécialistes de cette législation. Ceci montre que ces lois ne sont pas simples et donc très difficiles à comprendre pour des personnes peu instruites. Il apparaît nettement que les lois ne sont généralement pas appliquées : par exemple, le dépôt de la garantie locative sur compte bancaire bloqué est le plus souvent refusé par les propriétaires.

Nous avons aussi cherché diverses pistes pour arriver à habiter de meilleurs logements. Il existe des groupes et associations actives pour faire du droit au logement, repris dans la Constitution, un droit effectif dans la vie quotidienne.

On y lit comment distinguer un bon logement d'un mauvais, comment obtenir une allocation de déménagement installation et loyer (ADIL), que faire en cas d'accident (intoxication au monoxyde de carbone par exemple), comment améliorer son logement et à qui incombent les frais, comment faire respecter ses droits en tant que locataire, quelles sont les institutions et associations qui peuvent y aider, etc. ●

(1) « Un toit pour être bien chez soi », projet Santé Culture Quart-monde, rue de la Savonnerie 7 à 1080 Bruxelles. Tél : 02/410 26 15.



La Porte Ouverte

La Porte Ouverte est un groupe d'entraide solitude, né à l'instigation de l'asbl Forum-Santé (soignants et patients de la maison médicale de Barvaux). Le groupe se réunit une fois par semaine, rassemblant une vingtaine de personnes et est entièrement pris en charge par les patients, aidés occasionnellement par l'assistante sociale de la maison médicale.

Comment le groupe est-il né ?

Le parcours de la solitude est un chemin traversant plusieurs paysages. La solitude peut être physique, choisie ou non, telle celle des célibataires, veufs/veuves, divorcé(e)s, séparé(e)s. Elle peut aussi être intérieure, telle celle de ceux/celles qui, vivant en couple ou en famille, se retrouvent seul(e)s face à eux-mêmes. Ce n'est pas seulement l'isolement ou le fait de vivre seul. C'est aussi un mal-être ressenti par de plus en plus de personnes dans notre société.

Suite à un colloque à Bruxelles sur les groupes d'entraide et pour répondre aux nombreux besoins et demandes, l'asbl *Forum Santé* a proposé la création d'un groupe d'entraide solitude. Au départ, six personnes, dont un médecin et une psychologue, sont parties à l'aventure. Nous ne voulions pas faire de thérapie de groupe, ni verser dans l'agence matrimoniale ou le club de rencontre, mais former une structure solide de fond et de forme.

Après une dizaine de mois de réflexions, le groupe « Solitude » voit le jour. Pourquoi un groupe entraide-solitude ?

Recevoir : se reconnaître un besoin et accepter une aide, un dialogue.

Partager : être écouté et entendu.

Donner : répondre à l'attente de l'autre en oubliant ses propres problèmes.

L'accueil est primordial : recevoir une personne et ne pas être un numéro.

Chaque mois, excepté juillet et août, le groupe aura une soirée de réflexion autour d'un thème préalablement choisi : amitié, réflexologie, tolérance, etc. Deux autres soirées seront consacrées à des activités diverses : jeux de société, peinture, etc.

Après un an de fonctionnement, une première évaluation nous conduit à nous poser quelques questions.

Le nom « Solitude » est-il bien choisi ou donne-t-il une autre idée qui peut être mal interprétée ? Faut-il en changer ? Notre groupe est-il à la portée de tous ? Les activités ont-elles été intéressantes ? Faut-il changer le programme ? Faut-il changer quelque chose aux activités extérieures, à la soirée de réflexion ? Les thèmes ne sont-ils pas trop touffus, trop chargés, pas toujours bien compris ?

La Porte s'ouvre

Ce questionnement a permis une restructuration du groupe répondant plus aux besoins des gens. Le groupe a commencé à voler de ses propres ailes, avec l'aide d'une assistante sociale du Forum Santé. Un logo, un nouveau nom : le groupe Solitude devient « La Porte Ouverte », dans un nouveau local, avec un nouveau programme.

Nous avons opté pour une pédagogie à la portée de tous et où tous réunis, agissons selon nos possibilités et nos connaissances, ce qui est particulièrement enrichissant. Notre groupe est un lieu de rencontre. C'est l'occasion de sortir de chez soi. C'est la richesse de la rencontre avec d'autres solitudes. Ce sont des amis destinés à se soutenir dans le respect de soi et dans la tolérance. Autour d'une grande table, lors de discussions amicales, nous apportons notre soif de contacts et de communication, nos attentes, nos interrogations, dans un partage de nos expériences mais surtout avec l'espoir de relever ce formidable défi : rompre notre solitude. Car nous avons tous besoin de communiquer pour exister. Dialoguer est important !

Chacun est libre de venir à sa guise, de parler ou de se taire, libre de revenir ou pas. Comme

*Anne, Josiane,
Lucien, Olga,
Thérèse,
membres du
groupe La Porte
Ouverte.*

*La Porte
Ouverte, c/o
Thérèse Talmas
18, rue des
Alisiers
6940 à Barvaux
s/Ourthe
Tél :
086/47 72 67.*

nous souhaitons faire le maximum pour réussir nos rencontres, un groupe de quatre personnes se réunit auparavant et fait un travail de préparation, secondé par une assistante sociale. Cette dernière est garante du respect du règlement mis en place par le groupe lui-même et des priorités que le groupe s'est donné. Elle apporte une aide technique pour l'animation des réunions du groupe.

Une soirée par mois, La Porte Ouverte propose une soirée de réflexion autour d'un thème choisi par tout le groupe, parmi diverses propositions. Nous en débattons entre nous, ce qui nous rapproche par rapport à nos questions et nos réponses. La soirée de réflexion commence par une tribune libre où chacun a la possibilité d'exposer un problème personnel. La soirée peut n'être consacrée qu'à la tribune libre, le thème prévu est alors reporté à la fois suivante. Deux autres soirées par mois sont consacrées à des activités ludiques, jeux de société par exemple.

Nous organisons aussi quelques activités spéciales, les principales étant un souper en juin, date anniversaire du groupe, et un souper de fin d'année, pain - vin - fromage. Lors de nos rencontres, il y a beaucoup de joie, d'humour, de plaisir, de sensibilité et d'entraide... qui ne s'arrêtent pas lorsqu'on ferme la porte en fin de soirée.

Nous sommes attentifs au bon fonctionnement du groupe et avons quelques règles de conduite, nos « règles d'or » :

- Je suis respectueux de moi-même et des autres ;
- Je suis à l'écoute de l'autre, sans jugement de sa manière de faire, de ses pensées, de ses silences ;



- Je ne monopolise pas la parole ;
- Je respecte la confidentialité.

Dans le contexte des soirées à activités diverses, notre dernier bébé, le club du jeu Pyramide « Barvautus Pyramidis » prend de l'extension et a un réel succès.

Nous devons apprendre à gérer la solitude, à l'appriivoiser, à la considérer comme une compagne silencieuse et amicale. ●



Prenez votre foie en main

Une campagne de vaccination contre l'hépatite B dans le quartier des Marolles

Dans le quartier des Marolles, réputé défavorisé, le taux global de vaccination est faible et peu d'enfants profitent du remboursement du vaccin de l'hépatite B.

Jusqu'à présent, le vaccin pour l'hépatite B n'est remboursé, après demande au médecin conseil de la mutuelle, que pour les enfants de moins de 13 ans. Ce programme de vaccination est largement soutenu en Communauté française depuis quelques années.

Nous pensons que la mauvaise couverture vaccinale dans le quartier serait due en grande partie à une faible conscientisation et à un manque d'information quant aux périodes de vaccination et aux possibilités de remboursement. Ceci nous rappelle la stricte nécessité de compléter toute campagne à grande échelle par des actions locales, proches de la population, et de manière répétée. C'est pourquoi, début 1999, les responsables de la prévention du *centre de santé du Miroir* et de la *maison médicale des Marolles* se sont réunis afin d'élaborer une campagne commune de vaccination contre l'Hépatite B.

Notre action au niveau du quartier a commencé en avril 1999 et durera deux ans avec des évaluations intermédiaires tous les trois à six mois, communes aux deux maisons médicales. Elle cible les préadolescents (11-12 ans) et comporte un volet de « rappel » pour le vaccin rougeole-rubéole-oreillons (RRO), recommandé au même âge.

Si l'objectif principal est d'améliorer la couverture vaccinale des préadolescents contre ces quatre maladies dans l'ensemble du quartier, nous attachons aussi beaucoup d'importance à informer et sensibiliser parents et enfants aux conséquences morbides, parfois très graves, de l'hépatite B. Une fois passées les vaccinations de la petite enfance, de nombreuses personnes

imaginent que leur enfant est protégé pour longtemps. Nous voulons sensibiliser le maximum de personnes à l'importance de ces vaccins, et par-là, essayer de les responsabiliser davantage par rapport à leur santé.

Pour ce faire les deux maisons médicales ont collaboré de façon à toucher une population plus large, et il a été fait appel aux asbl voisines (écoles de devoir, club de jeunes, centre d'alphabétisation, ONE, ...) pour relayer les informations.

Afin de personnaliser notre message et de l'adapter à notre population, nous avons créé une affiche intitulée « Prenez votre foie en main ». Elle est conçue de façon très visuelle, avec un texte simple, un minimum d'informations et un slogan facile à retenir. « *Connaissez-vous le virus de l'hépatite B ? Il peut dévorer votre foie. Parlez-en à votre médecin* ». Emblème du projet, elle se retrouve dans les salles d'attente des deux maisons médicales et dans les diverses asbl partenaires. D'autres tableaux explicatifs complètent cette affiche et des dépliants sont mis à disposition des patients. Autant que possible, nous veillons à ce qu'ils soient distribués de la main à la main par les accueillantes ou les médecins qui en profitent pour ajouter un mot ou répondre à une question. A l'occasion de la fête « Bruxelles en couleurs » organisée dans le quartier le 22 mai, un stand d'information et un jeu éducatif ont été mis sur pied.

Cette collaboration plus structurée entre deux maisons médicales situées à quelques centaines de mètres l'une de l'autre peut paraître une évidence. Pourtant cela a demandé une préparation importante et un véritable esprit de travail en commun. Il nous semble en tout cas que la sensibilisation à certains problèmes de santé ne sera que plus efficace et pertinente si, maisons médicales et associations du quartier, nous « tapons ensemble sur le même clou ». C'est probablement ce genre de collaboration qui peut conduire vers la promotion de la santé. ●

Les équipes des maisons médicales du Miroir et des Marolles.

Tout se complique !

Nous avons appris récemment que le vaccin contre l'hépatite B sera désormais gratuit pour les nourrissons et les enfants de 11-12 ans, suite à un accord intervenu entre l'Etat fédéral et les communautés. Il pourra être administré soit par le médecin traitant, soit par le médecin scolaire pour les classes de sixième primaire. Nous allons donc être obligés de revoir notre stratégie. Décidément, rien n'est jamais simple.

Projet de sensibilisation à l'hygiène dentaire

L'équipe de la maison médicale d'Anderlecht.

S'il est un sujet qui semble avoir été remis cent fois sur le métier, c'est bien celui de l'hygiène dentaire. Affaire classée ? Pas du tout : de larges campagnes, même répétées, ne garantissent pas des résultats suffisants. Un dépistage systématique des caries dentaires auprès des enfants de la maison médicale nous fait prendre conscience de cette réalité. Et les partenariats mis sur pied illustrent un principe essentiel en promotion de la santé, la subsidiarité : que chacun réalise les actions qui incombent à sa mission, et se coordonne avec d'autres institutions pour le reste.

L'originalité est aussi au rendez-vous pour sensibiliser les enfants.

Les dentistes de la maison médicale ont commencé par vérifier systématiquement l'état des dents chez les enfants de la maison médicale. La haute prévalence des caries dentaires et le défaut en matière d'hygiène dentaire nous ont décidés à développer un projet de prévention dentaire. Nous avons choisi les enfants de deuxième année primaire (7-9 ans) car c'est la période où ils perdent leurs dents de lait, tandis que les dents définitives font leur apparition. Ils sont donc naturellement portés à s'intéresser à ce qui se passe dans leur bouche.

A travers cette action, nous souhaitons tout d'abord provoquer des changements auprès des enfants (prévention primaire) :

1. Adopter de nouveaux comportements et les intégrer à la vie quotidienne. Par exemple, manger moins de sucreries, se brosser correctement les dents, utiliser du fluor. Ces conseils semblent aller de soi, et pourtant, ils restent encore trop souvent négligés dans de nombreux foyers ;
2. Dédramatiser la visite chez le dentiste. Et d'autre part améliorer notre impact sur ce problème en évitant son développement (prévention secondaire) ;
3. Faire le dépistage systématique des caries le plus tôt possible ;
4. Eviter l'apparition du syndrome de polycarie du jeune enfant, appelé aussi syndrome du biberon : ces caries sont provoquées par les biberons d'eau ou de jus sucrés donnés aux jeunes enfants et attaquent principalement les incisives.

Une première collaboration s'est développée avec Les Pissenlits, asbl travaillant en santé communautaire. Cette association a donné une impulsion au projet via un soutien méthodologique et des subsides octroyés par la Cocof. Ensuite, l'Inspection médicale scolaire (IMS) est apparue comme un partenaire incontournable : le personnel de l'IMS a l'occasion d'examiner les enfants de première et de troisième année lors de la visite médicale annuelle. Il semblait donc judicieux de compléter leur travail de prévention en suivant les classes de deuxième année.

Paroles d'enfants de 11-12 ans sur la santé et les dents

(extraites du mémoire de Jean Laperche, *La santé des enfants vue par les enfants*, présenté dans le cadre de la licence en éducation de la santé à l'UCL en 1990)

« La santé, c'est ne pas fumer, ne pas manger trop de graisse, ne pas manger trop de bonbons. »

« Pour augmenter ma bonne santé, je me brosse les dents et je me sens fraîche. »

« Aller au dentiste. »... « Ne pas aller chez le dentiste. »

« Je trouve que je mange beaucoup trop de bonbons, et cela nuit à mes bonnes dents. »



Une animation a été préparée pour les enfants, répartie en plusieurs volets. Tout d'abord, ils ont une séance d'information de base en classe avec leur instituteur. Ensuite, ils viennent par groupe de dix au cabinet du dentiste et y regardent une vidéo sur les grands principes d'une bonne hygiène dentaire. Suit une discussion sous forme de questions et réponses reprenant, entre autres, les explications d'un bon brossage des dents, concrétisées à l'aide d'une mâchoire et une brosse à dents géant. Pour terminer, chaque enfant s'installe dans le fauteuil du dentiste pour un petit contrôle des dents. A la fin de l'animation, deux dossiers sont remis à chaque enfant. Le premier lui est destiné et comporte des jeux et des conseils récapitulatifs. Le deuxième est adressé à ses parents et reprend, outre des conseils, l'état dentaire de leur enfant. Quant à nous, nous gardons copie du bilan dentaire de l'enfant que nous transmettons à l'IMS pour permettre un suivi l'année suivante.

moment de l'animation et par des organismes extérieurs qui supervisent le projet (Pissenlits, IMS).

En terme de résultats, on peut observer les chiffres suivants. Parmi les 158 enfants examinés, 24 % ne présentent pas de caries, 32 % n'ont jamais vu un dentiste, 20 % des dents définitives sont cariées (correspondant aux dents de six ans c'est-à-dire les premières molaires définitives).

Ces résultats semblent proches des (rares) études réalisées en Belgique, notamment celle de Hubert (1983) dans la région de Liège (exemple : 27 % des enfants âgés de six ans ne présentent pas de caries).

Comme dans de nombreuses activités de prévention, l'évaluation en terme de résultats concrets est peu aisée. Mais l'évaluation du dispositif mis en place nous donne déjà de bonnes indications quant à l'intérêt réel de

l'action développée. Et le dépistage systématique auprès d'un échantillon de la population visée nous a effectivement permis d'évaluer l'importance du problème que sont les affections bucco-dentaires. Enfin, la littérature scientifique nous fournit souvent des informations décisives. Sans affecter gravement la santé des enfants, les affections bucco-dentaires n'en restent pas moins un problème de santé publique. Selon l'Organisation mondiale de la santé, elles viennent effectivement au troisième rang des problèmes de santé en terme d'importance

socio-économique et ce, derrière les affections cardio-vasculaires et les cancers. Suffisamment de bonnes raisons, en somme, pour se mettre en projet, et partager les fruits de cette expérience. ●



Nous tenions à évaluer notre projet à la suite des animations. Cette évaluation s'est faite à plusieurs niveaux : par les enfants grâce à un questionnaire simple, par les instituteurs et les médiateurs scolaires donnant leur avis au

Un regard extérieur sur la dynamique du projet Agir ensemble en prévention

Marie-Christine Miermans, psychologue, chercheuse à Ulg-Apes.

De l'enquête menée en 1992-1993 sur la « Prévention, côté patients, côté soignants » est né le projet Agir ensemble en prévention. Fin 1994, la Fédération des maisons médicales propose aux maisons médicales d'y participer. Ce n'est pas un projet extérieur, clé sur porte, mais plutôt un soutien apporté par les chercheurs de la Fédération des maisons médicales aux équipes afin qu'elles améliorent leur communication avec les patients à propos de prévention et développent leurs projets préventifs personnels de façon plus réfléchie, mieux structurée et plus concertée.

Travailleurs en maison médicale, les promoteurs d'Agir ensemble en prévention connaissent la réalité de travail des équipes. Ils proposent un accompagnement méthodologique adéquat : réunions des délégués en prévention, formations en communication et à la gestion de projets, accompagnement individualisé à la demande des équipes, publications thématiques et méthodologiques, séminaires sur le cycle d'assurance de qualité. Récemment, ils ont publié un outil précieux pour structurer le développement et l'évaluation d'actions préventives dans un cycle d'assurance de qualité : le carnet de bord.

Promoteurs d'Agir ensemble en prévention, les docteurs Jean Laperche et Jacques Morel ont mis sur pied un comité d'encadrement qui associe des personnes extérieures aux côtés des représentants de la Fédération des maisons médicales et sollicite les compétences d'équipes universitaires du secteur de promotion de la santé. Depuis cinq ans, ce comité se réunit tous les deux mois pour réfléchir sur le suivi du projet, sur les objectifs, objets, méthodes et résultats d'évaluation. C'est un lieu de questionnement où les apports de chacun ainsi que les échanges entre réflexion théorique et expérience de terrain enrichissent la dynamique du projet dans un climat porteur d'innovation et d'audace.

Mon regard est celui d'une personne extérieure impliquée à divers titres. Membre du comité d'encadrement depuis 1995, j'ai confronté régulièrement mon point de vue à celui des promoteurs et des permanents du projet, j'ai

contribué à l'évaluation d'Agir ensemble en prévention en 1995 et 1996 et rencontré les professionnels des équipes à diverses reprises.

Je pointe trois caractéristiques d'Agir ensemble en prévention qui se renforcent dans le décours du projet : son rôle mobilisateur, sa souplesse et son adaptabilité aux réalités de terrain, sa préoccupation pour la gestion de la qualité totale des services rendus à la patientèle et parfois plus largement à des populations locales.

● Rôle mobilisateur auprès des équipes

Dès son démarrage, le projet Agir ensemble en prévention a suscité une mobilisation importante et continue : plus de la moitié des équipes de la Fédération des maisons médicales s'y sont engagées. Au départ, chaque maison médicale a été invitée à se choisir un délégué-prévention. Ce dernier était garant de la place accordée par l'équipe à son projet préventif et relais entre son équipe et les autres équipes adhérant à Agir ensemble en prévention. Au fil du temps, le délégué-prévention s'est entouré de professionnels de formations différentes : accueillantes, infirmières, médecins, kinésithérapeutes... Ensemble, ils s'impliquent de façon concertée dans le développement de leurs projets de prévention médicale, d'éducation pour la santé ou de santé communautaire décidés de façon consensuelle par l'équipe. Depuis l'an dernier, ces cellules se constituent en cellules d'assurance de qualité. Elles cherchent à obtenir une reconnaissance et un mandat clair de toute leur équipe.

● Souplesse et adaptabilité aux réalités de terrain

Chaque année, de nouvelles équipes décident de structurer ou d'améliorer leurs pratiques en prévention en bénéficiant du soutien de la Fédération des maisons médicales et adhèrent au projet Agir ensemble en prévention. Il est vrai que d'autres mettent leur participation en veilleuse en fonction de priorités momentanées. Cela ne signifie pas l'abandon de leur réflexion en prévention mais une difficulté passagère à dégager les ressources humaines nécessaires aux exigences de projets de qualité. En fonction



de ses choix, chaque équipe sait qu'elle peut intégrer le projet Agir ensemble en prévention dès qu'elle parvient à réunir les conditions nécessaires au développement de projets de prévention concertés. Cette souplesse et cette adaptabilité aux réalités de terrain permettent à chaque équipe d'avancer à son rythme et paraissent un gage d'inscription des projets dans la durée.

● **Préoccupation pour le développement et gestion de la qualité des services rendus**

Autre intérêt majeur, le projet Agir ensemble en prévention vise à modifier en profondeur la qualité des pratiques développées en prévention. Dans leur travail avec les équipes, les chercheurs d'Agir ensemble en prévention mettent l'accent sur la gestion de la qualité totale qui, loin de ne viser que le respect de normes extérieures, s'intéresse tout à la fois au processus participatif mis en place ainsi qu'aux résultats tangibles obtenus pour contribuer à une meilleure santé de la patientèle et des populations locales.

Cette année, les équipes s'engagent dans la difficile voie de l'évaluation de l'efficacité de leurs actions : elles seront soutenues activement dans le développement de leurs pratiques d'évaluation interne.

L'humour et la convivialité sont également partie prenante. Bref, c'est un projet dans lequel le plaisir est au rendez-vous ! ●

Des rôles et des enjeux

Monique Van Dormael, docteur en sciences sociales, spécialisée en sociologie de la santé, professeur au département de santé publique de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers et à l'école de santé publique de l'Université de Liège.

Quels rôles les professionnels de soins ont-ils à jouer en matière de prévention et de promotion de la santé ? Telle est sans doute l'interrogation centrale de ce cahier, qui met en évidence la nécessité pour les professionnels de jongler sans cesse avec des principes et des critères multiples et parfois contradictoires pour les maintenir en équilibre.

Premier constat : il s'agit tout d'abord de relativiser leur rôle, les professionnels de soins étant loin d'être les seuls acteurs en matière de prévention. L'histoire nous rappelle que, si l'on a effectivement observé un déclin de la mortalité par maladies infectieuses au cours du 19^{ème} siècle en Europe, ce n'est pas grâce aux soins de santé préventifs ou curatifs dont l'impact est resté minime jusqu'en 1935¹. Ce déclin s'explique plutôt par l'accroissement de la production agricole et l'amélioration nutritionnelle d'une part, par des mesures d'hygiène publique (eau potable et égouts) d'autre part. Par ailleurs les préoccupations préventives ne sont pas l'apanage des professionnels. L'intérêt des hommes pour la prévention - au sens de « aller au devant de choses fâcheuses » - a toujours été présent et depuis toujours les sociétés se sont dotées de moyens divers (alimentation, rituels, prières, ...) pour prévenir le malheur. Ce qui est nouveau aujourd'hui est que d'une part la santé est devenue un champ distinct du bien-être, et que d'autre part la valorisation de la science et de l'efficacité suscite parmi la population des demandes d'informations - parfois manipulées avec des visées mercantiles - pour que leurs initiatives propres pour prévenir le mal-être ou la maladie soient en ligne avec les recommandations des scientifiques.

Relativiser le rôle des professionnels ne signifie toutefois pas de le minimiser mais plutôt d'accentuer que, à eux seuls, ils peuvent peu de choses en matière de prévention. Il s'agit donc de trouver un équilibre entre des fonctions différentes, des relations différentes. Ce ne sont

pas les professionnels de santé qui améliorent la qualité de l'environnement, mais ils peuvent « prévenir » - au sens d'avertir - la collectivité et les autorités publiques de certains risques, et nouer des alliances pour lutter contre les nuisances. Ce ne sont pas les professionnels de santé qui modifient les comportements de leurs patients, mais ils peuvent informer ceux-ci et les aider dans leurs démarches de mieux-être à travers l'éducation pour la santé. Et si la « médecine préventive » à proprement parler se réduit finalement à un petit nombre d'interventions spécifiques (vaccinations, dépistages, ...) réputées efficaces et efficientes, encore faut-il que les personnes éligibles dans le cadre de ces programmes jugent utile de s'y soumettre.

Ce qui mène à la question, centrale et récurrente à travers ce cahier, de la tension permanente entre la recherche d'efficacité telle que définie par la biomédecine et l'autonomie des personnes. Quel équilibre trouver entre une approche pro-active de la prévention et de l'éducation pour la santé (au risque de médicaliser abusivement) et une approche réactive de réponse à la demande (au risque de passer à côté de besoins réels voire de demandes non explicites) ? C'est, mutatis mutandis, le choix classique qui se pose aux professionnels de santé entre deux risques d'erreurs : le risque de soigner inutilement et avec des risques iatrogènes quelqu'un qui n'en a pas besoin (les faux positifs) ou le risque de ne pas soigner quelqu'un qui en a besoin (les faux négatifs). La réaction dominante parmi les cliniciens reste d'en faire plutôt trop que trop peu². Cette logique a également prévalu lors de la mise en place de programmes de prévention ou de dépistage, de pertinence discutable, au risque de générer de la dépendance sans bénéfice potentiel significatif.

Comment concilier efficacité et autonomie des personnes en matière de soins préventifs et d'éducation pour la santé ? Il faut d'abord souligner que l'autonomie individuelle est une notion relative. De fait, les individus exercent des choix limités sur leurs modes de vie, largement déterminés par des contraintes sociales et économiques : on peut modifier son alimentation, mais difficilement en contrôler la qualité qui dépend de plus en plus de quelques



grosses industries. Et jusqu' où faut-il défendre l'autonomie individuelle lorsque l'enjeu des mesures est collectif ou lorsque le refus d'un individu d'adopter des mesures préventives est susceptible de créer des risques pour des tiers ? Même lorsque le problème semble individuel, il n'en reste pas moins que les choix individuels peuvent avoir des répercussions en termes de coûts pour la collectivité.

En insistant sur les enjeux collectifs de la prévention, on risque toutefois de tomber dans l'excès inverse de culpabilisation des « récalcitrants ». Est-ce un hasard si un des sens historiquement premiers de « prévenir » est de « citer en justice », si un « prévenu » est « une personne traduite devant le tribunal et considérée comme pouvant être coupable », et si l'on place ces coupables présumés en « préventive » pour devancer leurs actes potentiellement nuisibles³ ? Une dérive possible de visions biomédicales de la prévention est en effet la tendance à montrer du doigt, non pas un environnement défavorable, mais les personnes qui en sont victimes, laissant peu de place aux choix individuels et collectifs fondés dans des valeurs et priorités autres que la santé au sens biomédical du terme.

C'est la spécificité des services polyvalents de premier échelon que de pouvoir effectuer la synthèse entre les savoirs scientifiques et ce qui est souhaitable pour telle personne (et sa famille) étant donné son contexte de vie. Les relations nouées à l'occasion de problèmes curatifs leur permettent, en principe, d'aller beaucoup plus loin en matière de « personnalisation » de la prévention et de la promotion de la santé que ne peuvent le faire les services préventifs spécialisés qui ont des contacts plus épisodiques et pointus avec leurs usagers. Dans ce travail de synthèse de l'évidence scientifique du moment et des valeurs subjectives du patient individuel, des programmes de prévention standardisés, fondés dans des résultats de recherches, peuvent guider les décisions du praticien de la même manière que des *guidelines* cliniques sont utiles aux décisions curatives. Mais ils sont aussi insuffisants pour assurer la qualité des décisions en matière de soins préventifs que ne le sont des *guidelines* appliquées comme un livre de recettes⁴. La qualité des soins suppose autant

des compétences d'approche globale que le recours à la meilleure évidence externe disponible. Ne pas tenir compte des résultats des recherches risque de nuire aux patients. Mais les recommandations issues de ces recherches se basent sur des moyennes et peuvent s'avérer inapplicables ou inadéquates dans des situations particulières.

La mise en œuvre systématique de programmes verticaux de prévention, avec adaptation aux situations particulières, n'est pas contradictoire avec une approche horizontale « à la carte » de la promotion et de la prévention en fonction des préoccupations particulières des individus. Il s'agit certes de logiques différentes dont l'équilibre n'est pas toujours aisé à maintenir, mais qui est central dans la notion d'intégration du préventif et du curatif dans un service de premier échelon.

Les professionnels de soins ne peuvent donc pas s'appuyer sur des recettes simplistes en matière de prévention, ce qui exige une réflexion toujours renouvelée sur les priorités à définir et les attitudes à adopter dans chaque situation particulière. La richesse des expériences concrètes et des processus d'assurance de qualité relatés dans ce cahier en témoigne. ●

Bibliographie

1. McKeown Th., *The Modern Rise of Population*, Arnold, London, 1976.
2. Scheff Th. J., « Decision rules, types of errors and their consequences in medical diagnosis », *Behavioral Science*, 1963, 8 : 97-107.
3. Rey A., *Dictionnaire Historique de la Langue Française*, Robert, 1993.
4. Sackett D.L. et al., « Evidence based medicine : what it is and what it isn't. It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence », *British Medical Journal*, 312, 13/1/1996 : 71-72.

Bibliographie

- Anctil H., Martin C., *La promotion de la santé : concepts et stratégies d'action*, Montréal, Ministère de la santé et des services sociaux, 1988.
- Anctil, H., Martin C., *La promotion de la santé : une perspective, une pratique*, Montréal, Ministère de la santé et des services sociaux, 1990.
- Anctil, H., Martin C., *La promotion de la santé : les acteurs en promotion de la santé. Concertation et action intersectorielles*, Montréal, Ministère de la santé et des services sociaux, 1990.
- Bass M., *Promouvoir la santé*, Paris, L'Harmattan, 1994.
- Bontemps R., Cherbonnier A., Mouchet P., Trefois P., *Communication et promotion de la santé : aspects théoriques, méthodologiques et pratiques*, Bruxelles, Question Santé, 1998.
- Centre de recherche opérationnelle en santé publique - Institut Louis Pasteur, *enquête de santé en Belgique*, 1997.
- Cherbonnier A. et al., « Agir en promotion de la santé : un peu de méthode », numéro spécial de *Bruxelles Santé*, Question santé, septembre 1997.
- Colloque sur l'évaluation en promotion de la santé : 3^{èmes} rencontres francophones de promotion de la santé : communications*, Lille (France) 27-30 juin 1994, SRSP Nord-Pas-de-Calais, 1994.
- CRAES, CFES, ENSP, Université de Bordeaux, *L'évaluation en éducation pour la santé entre épidémiologie et sciences humaines, 15-16-17 septembre 1998*.
- Delepeire Marc, Moerman Félix et al., « Pour une politique de la santé », EVO, *La Revue Nouvelle* 1971, p.1-142.
- Demarteau Michel, *L'APPRET, une méthode pour construire des programmes d'éducation pour la santé*, APES collection Méthodes au service de l'éducation pour la santé, 1991.
- Dumas B., Segulier M., *Construire des actions collectives ; développer les solidarités*, Lyon, Chronique sociale (Comprendre la société - Synthèse), 1997.
- Fédération des maisons médicales, « Actes du colloque Forum-Recherche », in *le Courrier*, Bruxelles, avril 1994.
- Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Santé Canada, 1994.
- Hallmaier R. et al., *European catalogue of materials for adult health education*, volume 1, Programme Socrates, Barcelona, 1998.
- Jenicek M., Cléroux R., *Epidémiologie : principes, techniques, applications*, Québec : Edisem Inc. et Paris, Maloine sa, 1984.
- Jonnaert Ph., *De l'intention au projet*, 2e éd., Bruxelles, Paris, De Boeck & Larcier (Pratiques pédagogiques), 1996.
- Laperche J., Delpierre V., « La Prévention, côté soignants - côté patients », *Revue Education Santé* n°88, p. 9-14, Infor-Santé, Bruxelles, juin 1994.
- Laperche J., Gosselain Y., Prevost M., « Une expérience belge en médecine générale », *La Santé de l'Homme*, CFES, Paris, n° 341, mai-juin 1999, p. 40- 42.
- Meiers B., *Répertoire des outils d'éducation permanente pour la santé*, Bruxelles, Question Santé, 1996.
- Ministère de la Communauté française - Direction Générale de la Santé, *Programme quinquennal et législation de promotion de la santé de la Communauté française : 1998-2003*, Bruxelles, 1998.
- Mutualités libres, *Préservez votre capital santé*, Bruxelles, 1996.
- Renaud L., Gomez Zamudio M., *Planifier pour mieux agir*, Montréal, REFIPS, 1996.
- Sandrin Berthon Brigitte, *L'éducation pour la santé en médecine générale : de la fonction curative à la fonction éducative*, France, éditions CFES, 1997.
- Vandoorne Chantal et al., *Évaluation formative des matériaux d'éducation pour la santé des adultes*, Programme Socrate, 1998.

RIEN NE SERT DE COURIR



IL FAUT PARTIR A POINT