

# Courrier

---

Périodique  
de la Fédération des  
Maisons Médicales et  
Collectifs de Santé  
Francophones

-  
G.E.R.M.

Soins de Santé  
Primaire

Santé  
Communautaire

*[ Pluri-  
(transdisciplinarité ) ]*

Actes du colloque  
de la fédération des  
Maisons Médicales

HERBEUMONT - JUIN 94

---

## Résumé grandiloquent

*Axel Hoffman - mai 94 in "Courrier de la fédération" n° 93*

---

Le mouvement des maisons médicales a 20 ans. Il y a maintenant un temps passé, riche d'expériences, à prendre et à laisser. Il y a un temps présent qui est celui de la maturité, celui de nous identifier. Il y a un temps avenir, celui où notre projet portera les valeurs pour lesquelles nous voulons lutter. La transdisciplinarité peut être un outil pour ce temps futur.



---

---

# Avant colloque

" Les maisons médicales  
sont des équipes pluridisciplinaires  
de soins de santé primaire "

Pourquoi ?

---

# Pourquoi un colloque sur la transdisciplinarité ?

*L. Carton - De la gestion de la santé à la santé de la gestion*

---

Il y a, dans une maison médicale, quelque chose de tout à fait fondamental.

Qu'est-ce que je veux dire par là ?

La transdisciplinarité, ce n'est pas l'addition d'une série de qualifications, c'est la transformation de chacune de ces qualifications. C'est-à-dire structurer des qualifications, des reconnaissances de qualifications qui seront infiniment plus complexes.



---

## Pourquoi ?

Partant de l'hypothèse, régulièrement admise puisque figurant dans les objectifs de toutes les maisons médicales, que l'approche globale de la santé, la continuité et l'intégration des soins trouvent dans le travail d'une équipe pluridisciplinaire un bon outil de réalisation.

Constatant les difficultés à travailler ensemble, en équipe, à la concrétisation de ces objectifs opérationnels eu égard à la santé de la population.

Observant que la pluridisciplinarité n'implique pas nécessairement une communauté de vue et de travail, plusieurs disciplines pouvant parfaitement s'accommoder de leur juxtaposition

Observant aussi, à l'inverse, que plusieurs disciplines travaillant de concert, les fonctions des unes et des autres en seront modifiées

Réalisant enfin que la synergie (le plus) tient beaucoup à l'optimisation de

cette interaction (une équipe, c'est bien plus que la somme des énergies et compétences individuelles)

Nous avons pensé développer un travail sur la transdisciplinarité et lui donner les objectifs d'une formation parce qu'il ressort de l'évidence que la plupart des professionnels de santé sont conditionnés à des comportements individualistes ou dépendants, peu propices aux dynamiques de transversalité.



Comment ?

---

## Comment organiser la réflexion autour de la transdisciplinarité ?

---

C'est le parcours de la pluri-, vers l'inter- et la transdisciplinarité. Cela pose évidemment le problème des fonctions de chacun, de leur transformation au contact des autres et du bénéfice pour l'équipe.

La démarche a donc consisté à proposer aux différents secteurs de travail rencontrés dans les maisons médicales de tenter une définition de leur fonction et des rapports entretenus (ou non) avec les autres professionnels dans le cadre de leur activité au sein de leur maison médicale.

De 4 à 6 réunions, suivant les secteurs, ont dégagé des lignes de force de l'activité des uns et des autres. Elles ont aussi montré les difficultés de rapport entre les secteurs, et principalement avec les secteurs les moins médicalisés (Assistants Sociaux et Psy), les plus alter-disciplinaires.

Elles ont montré la difficulté à cerner la spécificité pour certaines professions (liée à la perte d'identité ? A un manque de reconnaissance ? Aux effets implicites de la transdisciplinarité ?) et donc les zones de recouvrement.

Enfin et surtout peut-être, elles ont montré la difficulté à situer la fonction de chacun et des uns par rapport aux autres dans la perspective d'un projet collectif implicite, à savoir celui d'un centre de santé, localisé à tel endroit, desservant telle population et offrant des services de soins de santé primaire dont les objectifs qualitatifs sont d'être ou de vouloir être globaux, continus et intégrés (par exemple).

Cette carence de référence à un projet, nous a conduit à revoir notre approche du colloque et à proposer de reprendre le problème plus à sa source : il paraît sans fondement de vouloir approcher la transdisciplinarité sans remettre sur le tapis un a priori indispensable; le projet du centre.

La grille proposée aux équipes visait à rencontrer cette préoccupation, plus en terme de sensibilisation qu'en terme d'enquête.

La particularité des maisons médicales est aussi leur modalité très autogestionnaire de fonctionnement qui fait que c'est aussi l'équipe qui pour une large part définit son propre projet.

Le colloque devra donc aborder cette dialectique, cette démarche en va-et-vient entre le professionnel et le structurel, quotidienneté de fonctionnement des maisons médicales.

I. Selon quelles modalités une équipe (et les membres qui la composent) se construit-elle un projet collectif ? Quels en sont les axes, objectifs et valeurs ?

II. Comment se gère la pluridisciplinarité dans le cadre de la réalisation en équipe de ces objectifs ?



Le secteur infirmier : ... la rupture de l'isolement ... un rythme " humain " ... fonction peu développée au plan préventif ... besoin d'une formation axée sur le travail en ambulatoire ... organisation d'un recyclage entre maisons médicales ... de redéfinir la spécificité de la fonction : d'un rôle " interchangeable " en équipe hospitalière ...

Les travailleurs sociaux : problème de la communication dans l'équipe, où le travailleur social se sent comme à l'écart ... problème de spécificité, du projet qu'ils peuvent avoir en maison médicale ... problème de coordination entre travailleurs de la maison médicale ... problème de la reconnaissance des Travailleurs Sociaux ... financement ... ce qui plaît ... global, en réseau, non hiérarchisé ... une aide à prendre place au sein de la fédé.

### Définitions

Le concept de l'équipe, " groupe de personnes unies dans une tâche commune " (définition du Petit Robert), a fait l'objet de débats ces dernières années dans le domaine des prestations de santé, et notamment au sujet de la prestation des soins primaires.

Le terme a été défini comme suit par un groupe de travail du bureau régional OMS de l'Europe :

" Association non hiérarchisée de personnes venant de diverses professions mais ayant un objet commun qui est de fournir aux patient et à leurs familles, dans un cadre donné, les soins de santé les plus complets possible. "

Le travail en équipe a été défini comme suit par un comité OMS d'experts :

"Méthode de travail, visant un objet commun, qui permet à plusieurs personnes d'utiliser aux mieux leurs qualités individuelles en associant leurs compétences et leur expérience.

Les kiné : souvent rentré " par hasard " ... de " soins de luxe ", il se retrouve en première ligne ... le rapport habituel au médecin est modifié ... difficile ... différence de projet entre médecin et kiné pour le patient ... rôle d'éclaireur et de référent relationnel ... rôle dans la prévention ... une meilleure connaissance de possibilités kiné ... meilleure coordination ... fonction de synthèse.

Les médecins : limites sont floues ... question du transfert de technologie ... pouvoir de cette parole est contestable ... ambigu ... droit à l'erreur ... prise de responsabilité ... donne un sens ... outils d'analyse ... jeu social de la répartition des tâches et du prestige ... modifiant la relation de pouvoir ... recreation des rôles ... redistribution tant des droits ... projet vague, flou ou oublié ... réduit ... ne mobilise activement qu'une partie de l'équipe ... rôle plus ou moins " central " qu'ils jouent doit être remis en question.

Les psy : la question de sa place ... " celui qui vient après " ... la question de ses rapports à l'équipe : pression pour fonctionner selon un modèle ... le psy ressent sa pratique comme différente d'une pratique en plus ... la question de comment introduire un espace d'autonomie avec le patient ... que signifie vouloir s'occuper de l'intérêt du sujet ; la question des limites et des impossibles ... la question de ce qui traverse toutes les disciplines (transdisciplinarité) mais aussi de ce qui les dépasse toutes



---

---

# Actes du colloque

Depuis un an, réunions et enquêtes ont permis de rassembler nos paroles. Paroles sur qui nous sommes, paroles sur ce que nous voulons. Il est temps aujourd'hui de parler ensemble.

*L'équipe des réunions TD.*

# Introduction

---

## Introduction

---

Monique Van Dormael nous en présentera le modèle théorique, de l'association à l'équipe, de la coordination à l'intégration.

Béatrice De Coene envisagera les aspects de gestion collective de la transdisciplinarité ; elle nous propose une réflexion sur comment s'opère la transformation, de la juxtaposition des individus avec leur histoire à la collaboration et à la polyvalence ; quels outils mettre en place, quelle évaluation ; et que faire de l'insécurité...

Jean-Marie Gauthier abordera le passage de la pluridisciplinarité à la transdisciplinarité ; du fonctionnement individuel au fonctionnement de groupe, avec la problématique de la pluralité des actes sociaux d'un groupe institutionnel et la gestion des conflits.

Pierre Drielsma apportera un éclairage éthique sur la transdisciplinarité, notamment en ce qui concerne les questions d'égalité et de hiérarchie.

Ce travail est prévu en atelier à partir de " cas " rapportés par une diversité de maisons médicales vis-à-vis de ces deux démarches.

" Problématisation " avec les maisons médicales / cas et animation extérieure pour en faire un espace de débat-formateur et pas une tribune de la bonne-pensée, pour en dégager consensus, divergences, expériences utiles ou difficultés communes à travailler.

En introduction, outre un rapport du travail réalisé dans les groupes sectoriels et l'analyse du groupe préparatoire, nous proposons de fournir des éléments qui permettent identification ou confrontation (un peu les modèles véhiculés par la fédération).

En out-up, la matinée du dimanche devrait dégager :

- ↳ un consensus sur le projet " minimum garanti " des centres
- ↳ un constat de divergences
- ↳ les expériences utiles à partager et les difficultés communément rencontrées qui pourraient les unes et les autres s'intégrer dans un programme de formation continue spécifique au travail en maison médicale.



# Interventions

# Coordination entre secteurs ou équipe intégrée?

Monique Van Dormael

## La division du travail entre disciplines en maison médicale

Ce colloque pose des questions sur les liens entre les spécificités du travail en Maison Médicale et les spécificités du travail de chaque discipline.

Le terme de «secteur» évoque l'idée de division du travail entre différentes disciplines. Il me semble qu'il a été introduit (au moins dans certaines Maisons Médicales) notamment pour permettre l'affirmation de l'autonomie des disciplines «paramédicales» à l'égard des médecins, dimension essentielle dans le travail en «équipe non-hiérarchisée». L'idée sous-jacente est qu'il convient de diviser les tâches dans l'équipe en fonction des compétences spécifiques de chaque discipline. L'accent est placé sur l'identité professionnelle en même temps que sur l'autonomie professionnelle du membre de l'équipe.

Or dans ce colloque ce n'est pas ce qui distingue les disciplines (les «secteurs») qui est mis en évidence. La notion de «transdisciplinarité» suggère plutôt ce qui traverse les différentes disciplines présentes dans les maisons médicales.

Prenons une définition parmi d'autres de «l'équipe»: «un groupe de personnes à compétences différentes travaillant ensemble à la réalisation d'un objectif commun». Nous sommes habitués à penser «compétences» en termes de formation professionnelle, c'est-à-dire de disciplines. Pourtant nous savons que la «compétence» d'un individu relève aussi de sa personnalité, de ses options, de ses goûts, de son expérience passée... A côté de compétences «techniques» acquises par une formation particulière, il y a des compétences «personnelles». La prise en compte des compétences «techniques» dans la division du travail est d'autant

plus importante que les tâches à remplir sont à forte composante technique. La prise en compte des compétences «personnelles» dans la division du travail est d'autant plus importante que les tâches à remplir sont à forte composante relationnelle.

C'est peut-être ce qui explique que dans le travail des Maisons Médicales, la division du travail basée sur les «spécificités» des disciplines pose parfois problèmes: une bonne part des activités sont à forte composante relationnelle et sociale et ne sont pas spécifiques à une profession: elles se situent dans le vaste no-man's land des compétences qui relèvent à la fois de toutes les disciplines et d'aucune en particulier. Qui est «compétent» pour accompagner telle famille dans un deuil? Qui est «compétent» en éducation sanitaire? Qui est «compétent» pour coordonner le travail de l'équipe avec les services sociaux du quartier? Il n'y a certainement pas de standardisation souhaitable en la matière.

## Coordination et intégration

Les relations entre «secteurs» ou disciplines peuvent se concevoir en terme de coordination ou en termes d'intégration.

- la *coordination*: chacun (ou chaque groupe) continue à poursuivre prioritairement son objectif propre, on cherche un commun dénominateur et se coordonne pour le réaliser.
- l'*équipe intégrée*: on définit un projet commun autour duquel s'articulent les différents membres de l'équipe.

Dans l'absolu une formule n'est pas meilleure que l'autre. Il y a beaucoup de situations où il y a clairement plusieurs projets, parfaitement valables chacun pris isolément, mais trop différents pour être intégrés: la coordination est alors préféra-

ble si l'on veut réaliser les deux projets, en les articulant, mais sans que l'un en «phagocyte» l'autre (quelques exemples: généraliste et spécialiste; centre de santé mentale et maison médicale; centre d'animation de quartier et maison médicale; centre pour toxicomanes et maison médicale...).

En maison médicale, les projets sont généralement «polyvalents»: les membres de l'équipe partagent en principe, quelle que soit leur discipline, un souci commun pour la santé, au sens large du terme, de leurs patients (sans accorder la priorité à une catégorie particulière de patients ou de problèmes). Le postulat est que les professionnels de santé contribuent davantage à la «santé communautaire» s'ils travaillent en équipe polyvalente.

Le travail en équipe «polyvalente» est a priori plus facile pour certaines disciplines, elles-mêmes relativement polyvalentes (ex: médecine générale, accueil, infirmière). Mais ce qui importe surtout, c'est la manière de concevoir son rôle dans l'équipe: global ou sectoriel. Une infirmière qui conçoit sa responsabilité comme limitée aux soins à domicile ne parviendra pas à «s'intégrer» dans une équipe polyvalente (même si elle peut être très bien «se cordonner» avec d'autres disciplines). Un assistant social peut très bien, plutôt que de se cantonner dans son «secteur», contribuer par exemple de manière constructive de l'amélioration de l'utilisation des dossiers médicaux...

Si l'on conçoit les relations entre disciplines comme de l'ordre de la coordination, la question l'identité du travailleur de

Monique van Dormael est sociologue de la santé - U.R.E.S.P. - Antwerpen

santé se pose prioritairement en termes d'identité professionnelle (médecin, infirmier, kiné...). Si l'on conçoit les relations entre disciplines sur le mode de l'intégration dans l'équipe de la maison médicale, l'identité du travailleur de santé se définit d'abord par le projet collectif de la maison médicale.

### *Réactions*

*Ce qui paraît intéressant dans l'intégration, c'est la possibilité d'expression de chaque membre de l'équipe au delà de la technique. Et dans la transdisciplinarité ?*

*Chacun est amené à se questionner vis-à-vis de son propre champ technique à partir du champ technique des autres et pour un champ commun. Il y a donc un appel à quelque chose de soi qui est peut être un dépassement de ses capacités techniques.*

*Quelles sont les limites de l'intégration ?*

*L'intégration des spécialistes n'est pas souhaitée. Qu'en est-il des dentistes qui administrent des soins de première ligne ?*

*Les limites sont difficiles à préciser, mais les dentistes, tout comme les logopèdes, les diététiciens sont des spécialistes qui orientent leur approche sur un domaine bien précis de la personne.*

*Dans les maisons médicales, on a voulu réunir des thérapeutes qui s'occupent des patients dans leur globalité. Bien sûr, cela dépend toujours de la façon dont on conçoit son travail.*

*D'autre part, nous travaillons dans un réseau et l'intégration de différents thérapeutes dans l'équipe dépend aussi de ce que le réseau propose et offre.*

*La taille de l'équipe est également un critère ainsi que la population que l'on traite. L'intégration d'un spécialiste peut être très importante dans une équipe et tout à fait superflue dans une autre.*

---

# La gestion collective des maisons médicales

De Coene Béatrice

---

## Projet

Gérer les Maisons Médicales qui réalisent des Soins de Santé Primaires nécessite l'élaboration d'un projet en vue d'organiser les différents services tout en tenant compte

↳ des trois groupes d'acteurs :

- ♦ équipe
- ♦ patients/population
- ♦ réseau/environnement

↳ du Gica (objectifs de Globalité, Intégration, Continuité, Accessibilité)

La base est l'équipe de soins qui regroupe

↳ différentes compétences

↳ différentes spécificités

ce qui entraîne des divergences et des contradictions.

Par ailleurs, il existe d'autres divergences et contradictions à gérer et dues à la coordination avec les autres groupes d'acteurs, population et réseau.

## La référence

Il est important d'avoir une référence, c'est le modèle théorique des Centres de Santé Intégrés et des Soins de Santé Primaires, c'est le guide pour l'élaboration pratique du projet.

Le modèle théorique est nécessaire pour sortir des divergences et contradictions du quotidien et de la routine pour analyser et résoudre les problèmes en fonction

des différents niveaux ; il s'agit donc de se placer dans un cadre dans lequel on crée. Le modèle théorique permet de sortir de la gestion de l'affectif et de bénéficier de l'expérience des réalisations des autres maisons médicales en Belgique et à l'étranger.

Le modèle théorique est une utopie en ce sens qu'il n'est jamais atteint.

Le projet, quant à lui, est concret, en évolution, il est une dynamique évolutive et engendre dès lors des incertitudes.

## Polyvalence - Transdisciplinarité

Gérer une maison médicale se fait en deux étapes essentielles :

La 1ère étape consiste en :

↳ la coordination entre les différentes fonctions et les différentes professions

↳ la définition et délimitation des différentes tâches

↳ la connaissance des spécificités de chacun et du travail de chacun afin d'atteindre un réalisme de l'image de l'autre et de l'image collective.

Le projet est collectif, il est donc supérieur à la somme des compétences individuelles et professionnelles.

La seconde étape consiste en :

↳ l'intégration des parties communes et polyvalentes du travail de chacun, c'est-à-dire le passage à la Transdisciplinarité, c'est-à-dire agir comme un ensemble polyvalent, soit :

- ♦ modifier les spécificités individuelles
- ♦ élargir les capacités professionnelles de chacun pour permettre une autonomie plus grande
- ♦ reconnaître les spécificités professionnelles et personnelles de chacun (potentiels - capacités)
- ♦ transformer sa spécificité professionnelle et personnelle en l'enrichissant par les spécificités professionnelles et personnelles des autres.

Attention ceci n'est pas à confondre avec :

↳ tout le monde fait tout...

↳ la suppression des spécificités...

*Polyvalence et transdisciplinarité... Comment ?*

Principalement

↳ par une formation continue - dans l'équipe et à l'extérieur - avec la finalité de dépasser ses déformations individuelles.

Cette formation doit promouvoir :

- ♦ les techniques et spécificités professionnelles
- ♦ la relation avec les patients

Béatrice De Coene est directrice des activités à la maison médicale de Forest

- ❖ la prise de décisions (pas d'équipe à deux vitesses), d'expliquer les enjeux des décisions

- ❖ les capacités d'interaction

Cette formation devra se faire dans le but :

- ❖ de développer le savoir de chacun
- ❖ de favoriser les échanges de savoir

Il existe un parallélisme entre l'évolutivité du projet et celle du savoir.

↳ par l'évaluation du projet :

Une méthode ayant fait ses preuves est celle de la recherche-action qui est basée sur une dynamique :

problème-question, analyse, action, évaluation, problème-question, etc.

De même, dans la gestion d'une maison médicale, une dynamique similaire apparaît :

modèle théorique, application pratique, problème-question, référence au modèle théorique, application pratique, problème-question, etc.

L'utilisation de la recherche-action dans l'évaluation du projet permet de renforcer son évolution.

*Polyvalence et transdisciplinarité ... Pourquoi ?*

Pour partager une responsabilité commune pour tous les problèmes de santé de la communauté ; pour gérer donc collectivement le projet.

**Remplacer de fausses certitudes par des incertitudes collectives**

Gérer une maison médicale

revient à

↳ gérer des divergences, des contradictions

↳ gérer un projet en évolution

tout en tenant compte du point de vue

↳ de l'équipe

↳ de la population

↳ de l'environnement

ce qui crée des incertitudes, des doutes

entraînant de ce fait la peur du changement et des erreurs qui obligent au changement.

Pour gérer les divergences, les contradictions et les incertitudes, il faut trouver des compromis et un consensus.

Le compromis n'est pas la somme des certitudes individuelles, mais l'acceptation des incertitudes collectives ce qui crée une dynamique collective.

## Réactions

**Pourquoi parler de responsabilité médicale ? Les autres thérapeutes ont aussi une responsabilité importante.**

*Théoriquement bien sûr. Il y a non seulement la responsabilité médicale, mais aussi la responsabilité de la gestion du projet. D'autre part, il ne faut pas oublier que la société, la nomenclature INAMI poussent à une responsabilité majeure des médecins.*

*La formation des paramédicaux ne les aide pas au départ à prendre des responsabilités.*

**Pourquoi avoir créé une fonction de direction à Forest ?**

*C'est l'histoire, l'évolution de la maison médicale, le nombre croissant de travailleurs qui a conduit à la création de ce poste de « coordinatrice ».*

*Au départ, il y avait des A.G. permanentes qui manquaient d'efficacité ; puis ce fut la mise sur pied de groupes de coordination (qui ne soient pas le C.A.), mais il y avait une discordance entre les statuts, le R.O.I. et notre façon de fonctionner. Aussi, a-t-on créé un C.A. qui s'occupe de la gestion plus globale de la maison médicale. L'A.G. reste souveraine et Béatrice De Coene est la coordinatrice, surtout pour l'extérieur (signature, personne de référence).*

**Est-on C.S.I. ou maison médicale ?**

*La maison médicale valorise plus l'aspect convivial de l'équipe tandis que le C.S.I. met en évidence le projet de santé. La porte d'entrée des maisons médicales n'est pas toujours une demande médicale. Elle peut être une demande pour la kiné, l'A.S., une participation à des séances de prévention, ... De plus, le terme « médical » demande à être bien défini. « Médical » ne veut pas dire rôle du médecin, mais est beaucoup plus large et signifierait plutôt : prise en charge des problèmes de santé.*

---

# D e la pluri à la transdisciplinarité

Jean-Marie Gauthier

---

**J**e suis pédopsychiatre, psychanalyste. Je n'ai pas de passé en lien avec la Fédération et les Maisons Médicales. Je pense que je suis ici plutôt parce que j'ai travaillé pendant plusieurs années, et je continue à le faire dans le cadre de mon travail, en tant qu'analyste institutionnel dans la mouvance de la pensée de G. Mendel.

Je mesure aussi à quel point ce que je dois faire ce matin est difficile parce que j'ai l'impression de devoir dire beaucoup de choses en peu de temps. J'ai mesuré aussi combien, dans les soirées de préparation, mon vocabulaire n'était pas le vôtre. Heureusement, on m'a donné quelques listes de décodage pour que je ne dise pas des choses qui ne soient pas du tout comprises.

Ce que je vais essayer de vous donner aujourd'hui, c'est un ensemble d'outils que moi j'utilise quand je suis face à des institutions, quand on me demande d'intervenir pour un enfant placé dans un I.M.P ou par le juge. C'est un outil que j'utilise de manière permanente et qui m'aide beaucoup. Je vais donc être assez synthétique et assez abstrait d'autant. Je vais essayer de faire des ponts entre ce que je dis et ce que j'ai déjà entendu ce matin et qui m'intéresse beaucoup.

Le premier point que je vous propose d'aborder, c'est, pour éclaircir les choses, de distinguer deux types de groupes : ce que j'appelle, groupes informels et groupes institutionnels. On va rejoindre ici la question qui semblait importante et qui concerne la convivialité, la direction, le pouvoir, ...

Tout d'abord, les groupes informels, qu'est-ce qu'un groupe informel ? Le paradigme d'un groupe informel, c'est le

groupe de psychothérapie, c'est-à-dire un groupe qui se rencontre pour se rencontrer et pour parler ensemble. Mais ce groupe de psychothérapie, (c'est très important de le noter), ce sont des groupes qu'ont étudiés les psychanalystes, et les thérapeutes de groupe et qui fondent un peu leur mode de pensée de ce que devrait être un groupe. Qu'est-ce qu'on peut dire sur ces groupes informels ? Et bien c'est que quand vous pénétrez dans un groupe, votre identité est mise en question et cela suscite une angoisse importante et la meilleure façon de se défendre contre cette angoisse de perte d'identité, c'est de se créer en commun des fantasmes que tout le monde partage et alors, on retrouve une identité qui était menacée quelque temps avant.

Quels sont les fantasmes les plus courants et qui sont permanents ? Quand j'en ai parlé dans les soirées de préparation, ça avait l'air de dire beaucoup de choses aux gens qui étaient là. Ça va être, par exemple, tout ce qui tourne autour du fantasme de séduction et de la rivalité ; des fantasmes qui concernent l'idéalisation et la fusion groupale, l'indifférenciation des membres, ou bien l'identité groupale qui se fait autour d'un bouc-émissaire, c'est-à-dire quelqu'un qui est mauvais dans le groupe et qu'on veut éjecter, ou l'identité qui se fait par rapport à un persécuteur externe, que ce soit l'INAMI ou l'Ordre des Médecins, les Chambres Syndicales, par exemple. Vous avez aussi d'autres fantasmes qui peuvent être présents, ce sont des fantasmes de clivage, c'est-à-dire il y a les bons, les mauvais, les anciens, les modernes, les paramédicaux, les médicaux. On peut aussi avoir des fantasmes de déni, c'est-à-dire qu'une partie de la réalité du groupe est niée, absente, méconnue.

Tous ces fantasmes ne sont pas exclusifs les uns des autres et la situation de l'équipe peut englober en quantité diverse des fantasmes en proportion variable suivant l'histoire. Ça c'est le fonctionnement du groupe informel. J'y reviendrai par la suite, c'est très important.

Le deuxième type de groupe, c'est ce que j'appelle les groupes institutionnels. C'est ceux qui ont un projet. On m'a dit, dans les soirées de préparation, que c'est ça que je devais dire pour me faire comprendre. J'ai l'habitude du dire que ce sont des groupes qui posent un acte social. Un acte social, ça veut dire qu'il y a un produit de base et un produit fini. Entre les deux, il y a un processus de transformation. Quand je vais dans certaines institutions de placement d'enfants, je demande quel est le produit de base, un enfant abandonné par ses parents, qu'est-ce que c'est et quel est le produit fini, rééduquer un enfant, l'éduquer... Ça veut dire aussi qu'il y a un processus de transformation et ce processus de transformation entraîne toujours une division du travail. On en discutera. Dans notre groupe, on a eu l'occasion de travailler avec des institutions qui se disaient parfaitement égalitaires, c'est en général aussi un fantasme d'indifférenciation, car la plupart du temps, il y a une division d'un travail, mais qui est occulte. Il semble bien que les groupes humains, la division du travail soit quelque chose d'inévitable.

Cette division du travail entraîne deux conséquences tout à fait fondamentales. Deux remarques essentielles sur les

Jean-Marie Gauthier est psychanalyste et analyste institutionnel

groupes à projet ou les groupes à pacte social : c'est que chacun, dans le groupe institutionnalisé, va avoir une vision différente de l'institution, du processus de travail, du processus de transformation, à partir de la place qu'il occupe dans ce processus de travail. Quand on voit dans les institutions pour enfants placés par le juge, les dames d'ouvrages ont toujours une perspective très différente de celle des éducateurs, d'une part, c'est aussi parce qu'elles ont une origine sociale très différente, mais c'est aussi parce qu'elles occupent une place différente.

Alors cet avis que l'on peut donner sur le processus de travail, c'est le pouvoir que les gens ont sur leur propre institution et ça définit aussi ce que j'appelle le moi social. Mais l'institution, vous pouvez aussi avoir une vision différente de votre institution en fonction de votre individualité, de votre histoire, de votre formation base, c'est-à-dire en fonction de votre moi familial. Un des grands dangers de toutes les organisations, c'est qu'on active toujours le moi individuel sans activer le moi social. Je vais essayer de vous donner quelques conditions qui font qu'on peut activer le moi social et essayer de désactiver ou rendre moins nocif le moi familial.

Pourquoi ? Deuxième conséquence tout à fait importante de la division du travail, c'est qu'il n'y a pas de définition définitive et stable des fonctionnements institutionnels. C'est-à-dire que quand je dis produit fini, je pense que dans le social, ou en tout cas, dans nos activités, l'ensemble de cette activité n'est pas définissable une fois pour toutes. En termes de mathématique, c'est un ensemble aux limites floues, c'est-à-dire que ce sont des ensembles dont les limites ne sont pas précisables. Quand on va dans une école, c'est assez intéressant de demander aux enseignants ce que fait l'école. Alors, tout le monde dit enseigner, et quand on commence à parler, on se rend compte qu'il y a enseigner, étudier, socialiser, il y a des tas de choses qui se font.

Je pense que la question est la même du côté des maisons médicales ; est-ce qu'il y a une définition définitive de ce qu'on fait à l'intérieur des maisons médicales ?

C'est quoi les soins de santé primaires on a demandé ce matin, est-ce que c'est définissable une fois pour toutes ? Je suis persuadé que non. Cela entraîne évidemment des conséquences tout à fait importantes, c'est qu'il n'y a pas une théorie qui peut habiter l'ensemble ces maisons médicales ou ses activités. D'une part, une théorie ne peut pas décrire l'ensemble, ne peut pas définir ce qu'on fait à l'intérieur d'une institution, et d'un autre côté, non seulement, on est dans un ensemble flou aux limites imprécises, mais on est aussi dans un ensemble dont chacune des activités, chacun des membres de l'institution ne fait qu'apercevoir une des facettes. La somme de ces facettes n'est pas égale à la totalité des activités faites par l'institution. Donc, on est devant un objet qui est non définissable et incomplet. Donc, la bonne nouvelle que je vous apporte, c'est qu'il faut vivre avec le flou, ou apprendre à vivre avec cette notion.

Ce qui veut dire que la transdisciplinarité, c'est l'intégration de tous ces points de vue tout en sachant qu'ils sont toujours incomplets.

Donc, il y a différents points de vue sur l'institution, cela entraîne une troisième conséquence tout à fait importante. C'est que le conflit, c'est-à-dire la reconnaissance de ces différents points de vue qui ne sont pas toujours les mêmes, qui ne sont pas nécessairement congruents entraîne des potentialités de conflits. Je pense que le conflit est une source de vie. Je sais que le conflit, on m'a dit que c'était un mauvais terme qui risquait d'être mal compris, mais je veux l'utiliser. Je pense que le conflit est une source de vie pour les institutions car ça évite la sclérose parce que les patients bougent, le temps bouge, les intervenants changent, etc.

L'avenir d'une institution, ce n'est pas de nier les conflits, c'est de voir dans quelle mesure elle peut les organiser, et comment elle peut les organiser du côté du moi social dont je vous ai parlé tout à l'heure. Le grand risque de nos institutions, c'est que le conflit soit interprété en terme individuel, c'est-à-dire qu'il soit interprété en terme de votre moi individuel, de votre moi historique, de

votre moi familial et non pas en fonction de votre moi social.

Si quand quelqu'un dans l'institution dit un point de vue sur ce qu'on fait dans l'institution et que tout le monde pense qu'il le dit en fonction de son point de vue personnel, en fonction de son histoire, ça va entraîner des conflits interpersonnels. Si on considère qu'il le dit en fonction de la place qu'il occupe à l'intérieur de cette institution, à un moment donné de l'histoire de cette institution, ça devient un conflit entre travailleurs, et entre perspectives différentes qui peuvent être faites de ce travail.

A ce moment-là le conflit prend une toute autre nature, c'est-à-dire que le conflit ne devient plus un conflit individuel de séduction, de grand frère, d'ennemi, d'anciens ou de modernes, ça devient le point de vue d'un travailleur qui donne son avis sur un objet qui n'est pas définissable et qui est incomplet.

Donc l'avenir d'une organisation sociale dans le groupe institutionnel, c'est de faire vivre le conflit, mais dans un certain cadre et donc de stimuler au maximum le moi social des individus. Pour cela, il faut qu'il y ait des réunions. Je vais vous donner quelques idées pour faire vivre le moi social. Je me souviens d'une institution dans laquelle j'étais allé, où il y avait beaucoup de réunions, mais personne ne savait à quoi elles servaient, qui était invité, quel était l'ordre du jour, si c'était des réunions d'information, si c'était des réunions de décision, etc..

Il faut formaliser minimalement l'ordre du jour des réunions, les modes de décisions, l'objectif de la réunion, c'est-à-dire organisationnel, informationnel, décisionnel, à quel degré il y a une décision, etc...

Et puis, il y a une deuxième piste à suivre. C'est assez intéressant dans l'enquête qui a été faite, l'enquête a été adressée à des gens qui occupent des places différentes dans les différentes organisations, dans les différentes maisons médicales, et les réponses ont été différentes. Il est peut-être aussi intéressant

de donner la place aux gens, non pas aux gens en tant qu'individu, mais aussi au groupe institutionnel, c'est-à-dire en tant que le groupe des infirmiers, ou le groupe des médecins, le groupe des usagers,...

C'est donc les réunions et la reconnaissance des groupes en tant que groupe et non en tant qu'individu qui permet d'organiser le conflit...

Une troisième condition qui me paraît tout à fait importante et essentielle, c'est que les débats doivent toujours être ramenés à la fonction sociale, c'est-à-dire à l'acte social, au projet si vous voulez. C'est-à-dire de toujours être attentif lorsqu'il y a une discussion, que cette discussion soit indexée ou indiquée par la fonction sociale de l'organisation dont on s'occupe, c'est-à-dire il faut toujours revenir sur, l'acte social ; hier j'ai travaillé là-dessus avec un groupe qui s'occupe de la toxicomanie. La toxicomanie suscite beaucoup de difficultés parce que ce sont des patients très difficiles, il y a beaucoup de conflits à l'intérieur des gens. Je leur ai dit que c'était très bien s'ils s'entendaient bien entre eux, mais qu'ils n'étaient pas là pour s'entendre. Ils sont là pour essayer de répondre aux besoins des toxicomanes et essentiellement ça. Il faut donc avoir un moyen pour faire réapparaître le besoin ou les désirs des usagées, le désir des travailleurs et de savoir exactement de quoi on parle et, forcément, l'objectif d'une organisation, c'est de répondre à un certains nombres de besoins. Il faut toujours ramener l'institution par rapport à cet acte social qui est celui que l'on pose dans le quotidien.

## Débat

*Dr Pierre Drielsma*

La division du travail, c'est évident. Ça ne veut pas forcément dire pour moi qu'il y ait hiérarchie. Ce sont deux concepts qui se distinguent.

En ce qui concerne la théorie, je ne peux pas accepter non plus qu'on ne puisse pas théoriser des systèmes flous et incomplets. Il faut savoir que la mathématique elle-même est incomplète. Il faut savoir que la physique souffre du

principe d'incertitude. Il n'y a pas d'objet scientifique qui soit complet, complétable. Donc, ça veut dire ça n'empêche pas les gens de théoriser à tout de bras. Des théories, ça sert à réfléchir, ça fait des vedettes ( ? ? ? ), ce sont des outils de travail, il ne faut pas les sacraliser. Je sais que la théorie, historiquement, est une possession ( ? ) religieuse et je pense que l'on peut théoriser sans s'enfermer.

*J.M. Gauthier*

La question de la hiérarchie, puisqu'il faudra y arriver. Je n'ai pas parlé de la hiérarchie, j'ai parlé du pouvoir. Le pouvoir, pour moi, c'est aussi une définition un petit peu abstraite, mais c'est le poids que le travailleur a sur son organisation, sans lien à l'acte qu'il fait dans l'institution, c'est-à-dire que si quelqu'un arrête de travailler, une partie du fonctionnement de l'institution s'arrête de fonctionner, donc quelque part, l'acte produit dans l'institution est incomplet.

Donc, on a toujours du pouvoir sur l'institution et je distingue ça de l'autorité qui est un abus de pouvoir, c'est-à-dire qui est une façon de pomper du pouvoir à quelqu'un en utilisant les mécanismes des groupes informels, c'est-à-dire la séduction, le déni, le clivage, les oppositions, les rivalités, etc. Tout ça sont des mécanismes qui sont très utiles pour faire croire à quelqu'un qu'il n'a pas de pouvoir sur l'organisation.

Je n'ai pas parlé de hiérarchie, je dis simplement qu'il y avait une division du travail et cette division peut être plus ou moins hiérarchique, suivant la place de l'autorité à l'intérieure de cette institution. Je pense que la division du travail est inévitable. Nous avons travaillé comme ça avec une organisation qui avait fait le retour à la ferme, c'était des gens de type de 68 où le monde faisait la même chose. Ils nous ont appelé parce qu'il y avait un problème, c'était les femmes qui se disputaient entre elles et ils avaient l'interprétation évidemment toujours à portée de la main de dire que les femmes sont plus jalouses, plus instables, hystériques, etc. (ils ne disaient pas hystériques). Ils avaient l'idéologie de dire que tout le monde faisait la même chose. On a pu constater

qu'effectivement les femmes souffraient plus parce qu'elles avaient des parts de travail qui n'étaient pas du tout les plus rentables, ni les plus valorisantes et que donc, il y avait une contradiction dans l'organisation entre les valeurs prônées et l'organisation concrète, réelle.

Donc, ce que je dis c'est qu'il ne faut se leurrer sur la division du travail. Elle existe et elle entraîne des jeux de pouvoirs inévitables à l'intérieure desquels il peut y avoir des hiérarchies parfois subtiles qui se mettent en place. Il faut parfois mieux avoir des hiérarchies formelles, claires que des hiérarchies qui ne se disent pas, mais qui sont efficaces et en contradiction. Le pire dans une organisation, c'est qu'il y ait des contradictions entre le discours officiel et le discours réel. C'est toujours à ce moment là qu'il y a beaucoup de tensions à l'intérieur de l'équipe.

Je n'ai pas voulu dire qu'on ne pouvait pas théoriser parce que l'ensemble était flou et non définissable, ce que j'ai dit c'est que la discussion ne peut pas s'arrêter. C'est-à-dire que ne peut jamais se dire que demain on saura enfin ce que fait une maison médicale. C'est mon point de vue. Le conflit est inévitable parce que le conflit va toujours se reposer. Il doit toujours être là.

*Dr Michel Elias*

Je n'ai pas bien compris cette histoire de surgissement du moi qui caricature une espèce de panacée par rapport au moi inconscient mortifère qui ferait du mal à la collectivité. Le moi social surgirait comme moyen, comme panacée. C'est ça que vous avez voulu dire ?

*J.M. Gauthier*

Panacée, sûrement pas. Quand je dis qu'il y a un conflit qui est permanent, c'est bien pour vous dire qu'il n'y a pas de panacée et que vraiment il n'y a pas de raison de croire qu'un jour, il y aura une solution.

Il surgit pas de n'importe où, il surgit de l'acte que vous posez dans une organisation. Je vais être un peu explicite. Dans une organisation telle qu'une institution de placement d'enfants par le juge, quand on vous réunissez les femmes



d'ouvrages, elles disent toujours que les enfants doivent apprendre la discipline. Quand vous réunissez les éducateurs, à peu près toujours, ils vont vous dire que les enfants doivent apprendre à s'exprimer.

Alors, il y a deux interprétations à ça. Ou bien, on dit ben oui, les éducateurs sont plus identifiés aux adolescents, les femmes d'ouvrages sont plus identifiées à la direction, etc. Donc, on va donner une interprétation individuelle, qui n'est pas fausse nécessairement. On peut donner aussi une autre interprétation, c'est aussi que les femmes d'ouvrages ont une tâche à effectuer qui est différente de celle des éducateurs et effectivement, on peut entendre ce discours là comme une affirmation de l'identité sociale à l'intérieur de l'organisation, c'est-à-dire que les éducateurs ont pour tâche de

permettre aux adolescents de s'exprimer, et les femmes d'ouvrages ont pour tâche de permettre à ces enfants de fréquenter l'école, d'avoir un minimum de discipline, etc...

Les deux discours peuvent être interprétés de manière différente. A partir de là, on peut organiser socialement les choses en disant, si vous voulez en donnant la prévalence à la première interprétation, à ce moment là vous entrez dans un conflit interindividuel. Comme dans une maison d'enfants, le problème de savoir ce que c'est d'éduquer un enfant, c'est très compliqué, chacun y va de sa recette personnelle. Vous avez le maximum de chance d'avoir un chaos au bout d'un certain temps.

Autre chose est de permettre aux femmes d'ouvrages d'avoir la parole, parce

qu'elles ne l'ont jamais. Quand vous réunissez des enseignants, on ne va jamais donner la parole aux élèves, etc. Ça c'est le mode hiérarchique, mais si vous donnez la parole à ces gens-là, si vous leur donnez la possibilité de s'exprimer sur l'acte social de l'institution, ils parlent d'une position tout à fait différente qui ne risque pas d'entraîner le chaos. Ce qui ne veut pas dire que demain tout le monde va bien s'entendre, ou qu'il n'y a pas des sympathies ou des antipathies qui circulent.

Donc, ce n'est pas une antidote ou une panacée. Dans toute organisation sociale, il y a des sympathies, des antipathies, mais elles ne doivent pas occuper le devant de la scène. Ne pas parler en son nom propre, mais en tant que donnant des services à un tiers, ça donne une tout autre dimension à la parole.

### Réactions

#### *En quoi une équipe non hiérarchisée est-elle utile au patient ?*

*Il n'y a pas de réponse précise. Dans notre civilisation occidentale, la non hiérarchisation est une valeur démocratique plutôt qu'une nécessité technique. Et cette valeur est primordiale dans les maisons médicales qui sont à la pointe d'une idéologie démocratique.*

*Par contre, la non-hiérarchisation est impensable dans les pays en voie de développement car c'est la hiérarchie qui est une valeur importante.*

*Cependant, il existe des situations où la hiérarchie est importante (par ex., dans une équipe chirurgicale). Il est toujours important de veiller à l'intérêt du patient.*

#### *Si les rôles dans une équipe ne sont pas suffisamment définis, qui est responsable et de quoi ?*

*On est tous responsable devant la loi, le citoyen, le patient, mais il existe différents niveaux de responsabilité et il est important de clarifier les rôles de chacun en équipe et d'évaluer. On pourrait représenter la responsabilité comme un recouvrement de petits ensembles. Ces petits ensembles symboliseraient la responsabilité de chacun. La zone commune serait la responsabilité de tous.*

*On peut l'expliquer aussi de la manière suivante : dans une polyclinique, l'accueil a toute une série de tâches bien définies (sortir dossier, répondre au téléphone, ...). Les limites sont établies. Il n'y a pas de responsabilités qui dépassent le travail propre d'accueil. Dans les maisons médicales, le rôle de l'accueil, outre les tâches définies comme ci-dessus, est aussi une contribution à l'amélioration de la santé des patients.*

*Ce qui implique la présence de l'accueil aux réunions d'équipe car il dispose de toute une série d'informations importantes de par sa position. Aussi sa responsabilité change. Ce n'est plus une responsabilité sectorielle, même si les tâches à accomplir sont toujours précises, mais une responsabilité qui dépasse son étage et qui donne un sens différent à son travail quotidien.*

---

## I y a-t-il un sens éthique de la transdisciplinarité?

Pierre Drieslma

---

*Transdisciplinaire adj. (V. 1970 ; de trans- et discipline). Qui traverse les disciplines.*

*Le Petit Robert.*

Se distingue de pluridisciplinaire et de multidisciplinaire (qui concerne plusieurs disciplines) et d'interdisciplinaire (plusieurs disciplines agissant en commun).

Nous voyons que le concept transdisciplinaire est le plus pointu des trois, c'est-à-dire celui qui a la plus petite extension et la plus grande compréhension.

Il s'agit donc, pour nos CSI, que des travailleurs de santé de plusieurs disciplines travaillent ensemble (un même lieu), dans un but commun, (un même objectif), et que chaque professionnel se laisse "traverser" par les autres disciplines... (un même statut). Certes on peut penser des statuts égaux en dehors de la transdisciplinarité, mais par contre la "transdisciplinarité hiérarchique" est un concept difficile à penser.

Car pour se laisser "traverser" par l'avis de l'autre sur un même sujet (mais avec une autre approche), une relation égalitaire est pratiquement indispensable.

La fédération a le projet de réunir un congrès fin de cette année. Nous y retrouverons, les aspects éthiques et opérationnels. Dans la transdisciplinarité, nous observons ces deux aspects indissociables. L'interdisciplinarité rend le travail plus efficace, tandis que la transdisciplinarité le rend plus "acceptable", plus éthique.

Mais nous pensons de plus que la transdisciplinarité rendra le travail encore plus efficace et cela par un double effet direct et indirect.

L'effet direct est évident, car chaque discipline est porteuse d'une grille de lecture (cf. notre texte sur le politique) et la superposition de ces différentes grilles permettra à un thérapeute d'une discipline de voir plus clair, de plus la mise en question du travail médical par une infirmière (par exemple) crée une boucle de rétroaction fructueuse.

L'effet indirect est au moins aussi important, la certitude, pour le praticien d'une profession traditionnellement subalterne (subordonnée), d'être écouté et pris en compte, créera ipso facto une dynamique de créativité et de solidarité. Les conditions de travail en seront améliorées et l'efficacité accrue.

Cependant il faut insister sur le fait qu'il s'agit d'un effet indirect, c'est-à-dire que paradoxalement, cet effet ne peut être obtenu que pour autant qu'il ne soit pas poursuivi...

Un gestionnaire qui désirerait faire "sembler" de s'intéresser au travail de ses subordonnés pour voir augmenter leur productivité serait vite confronté au mensonge communicationnel et la révolte qu'il engendre.

La transdisciplinarité suppose une réelle confiance en l'autre, en ses capacités de progrès, dans ses capacités à m'apprendre quelque chose, même dans les domaines où je suis théoriquement expert. On le voit, la transdisciplinarité contient un a priori éthique favorable à autrui, cet a priori favorable vis-à-vis de l'autre

s'observera semblablement en face des patients.

Raison pour laquelle je reste assez dubitatif quand une maison médicale très hiérarchisée affirme une accessibilité culturelle maximale vis-à-vis des patients, en effet, comment peut-on refuser à ses collaborateurs ce qu'on accorde si aisément à ses patients.

Une telle attitude correspond plutôt au modèle paternaliste.

Le modèle paternaliste est bien illustré par la parabole du "fils prodigue", il suppose un chef bienveillant et tout puissant, qui accueille le malade comme un enfant qui peut régresser, en général les subalternes-frère aîné, sont jaloux (en fait envieux) à la fois du malade-enfant et du médecin-père.

Une telle relation idéale (mythique) entre le très-haut et le tout-petit permet de faire l'économie de la question des inégalités. Le raisonnement sous-jacent est le suivant : si la plus grande distance sociale peut être effacée comme par miracle, à plus forte raison toute distance sociale, aussi grande que l'on veut, est effaçable. Si elle est effaçable, elle est (comme) effacée. CQFD.

### Transdisciplinarité et hiérarchie.

Nous l'avons dit précédemment, ces deux concepts ne font pas bon ménage, concrètement, notre maison médicale a connu des "crises" significatives qui marquaient le passage de l'inter- à la trans-disciplinarité : un des généralistes

Pierre Drieslma est médecin généraliste à la maison médicale de Seraing

de la structure demanda à une infirmière d'exécuter un ordre (j'utilise ces termes à dessein), une instillation vésicale. L'infirmière n'était pas convaincue du bien fondé de cet acte. Il est indéniable que le modèle traditionnel imposait à l'infirmière de s'exécuter.

Le fonctionnement transdisciplinaire suppose que l'on convainc ou que l'on persuade, je préfère personnellement la première hypothèse.

Des conflits semblables ont existé pour les injections intramusculaires, ainsi que pour les soins de kinésithérapie "de luxe". On pourrait évidemment faire une lecture "croziériste"<sup>1</sup> de ces événements, mais en fait l'expérience montre que ni les infirmières, ni les kinés ne refusent le travail lourd et pénible (au contraire) mais que ce qui importe à leurs yeux c'est que le travail ait un sens. Et l'exécution passive d'un ordre, sauf à

croire en une légitimité de droit divin, ne peut contenir de sens.

<sup>1</sup> Crozier est un sociologue français qui a décrit le processus bureaucratique dans les grandes entreprises françaises, il insiste sur l'intérêt collectif du groupe à minimiser ses efforts, et cela au détriment de l'utilisateur.

## Réactions

### Que veut dire égalité patient-thérapeute ?

*Nous ne sommes pas là pour imposer un traitement thérapeutique ou un diagnostic à un patient. Notre rôle est un «rôle d'expert» car on dispose d'un savoir et d'un savoir-faire. Nous devons donc donner aux patients les moyens d'être autonome, de se prendre en charge.*

*Là nous serons dans une relation égalitaire.*

*Si maintenant le patient vient pour nous exploiter (demande de certificats à répétition, par ex.), ou si nous en tant que thérapeute, nous imposons à un patient de maigrir ou d'arrêter de fumer, nous passons à côté du pourquoi de son comportement et nous nous trompons d'objectif. Nous ne respectons pas sa liberté, son autonomie.*

*Dans ces deux cas de figure, il ne s'agit pas d'une relation égalitaire. Et une relation égalitaire où l'on prend le temps de discuter avec les gens et de voir l'ensemble du problème donnera de meilleurs résultats en santé publique que si on attaque les gens de front. On peut exprimer son angoisse face à un état mais pas imposer une manière d'être.*

### Que devient la question de responsabilité ?

*Les intervenants non médicaux n'ont pas seulement à revendiquer contre le pouvoir médical, ils ont aussi à prendre leurs responsabilités. Mais trouver la responsabilité en dehors de la hiérarchie, ou en dehors d'une définition pré-conçue professionnelle, c'est difficile. Ça n'empêche que le résultat vaut la peine d'être recherché. L'important dans cette répartition des responsabilités, c'est de toujours respecter l'autre ou d'être respecté comme personne autonome et pas comme exécutant des tâches du médecin.*

*On ne peut cependant définir les responsabilités s'il n'y a pas de référence. On est responsable par rapport à quelque chose ; le médecin est responsable de mettre sa technicité en corrélation avec ce que le patient vient demander (et les références ne sont pas toujours les mêmes d'où importance du dialogue). De même, dans la transdisciplinarité, chaque discipline peut, sans s'en rendre compte, avoir des références qui sont différentes, voire contradictoires. Aussi, si on pose la question des responsabilités, il est important de savoir quelles sont nos références (parallèle avec le conflit de l'objet social de Jean-Marie Gauthier).*

*La structure elle-même peut aider à définir les responsabilités ... s'il y a un projet bien précis. Quand on arrive en maison médicale, on possède un savoir faire théorique, il faut trouver sa place.*

*Avant d'arriver à la transdisciplinarité, il y a tout un travail à faire autour de l'objet social. L'existence de cet objet social permettra de mieux préciser nos responsabilités même s'il évolue et que c'est pour le dépasser par la suite. Il évolue en effet car notre travail n'est pas réductible à un processus de guérison. Il est beaucoup plus large. Le processus de transformation est donc plus compliqué, mais cependant il nous permet de voir ce qu'il y a lieu de faire en fonction du moment, de la situation sociale dans laquelle on se trouve : situation qui est toujours en évolution, et qui influence, par différentes pressions, notre objet social. Aussi, soyons ouverts, et attentifs aux changements pour pouvoir à tout moment modifier nos comportements de façon adéquate.*



# Ateliers

---

## Ateliers : Questions - Débats - Synthèse

---

Les ateliers du samedi après-midi ont été conçus en fonction des questions proposées par les équipes, que ce soit lors des réunions préliminaires à une formation sur la transdisciplinarité, dans le corps des réponses au questionnaire "transdisciplinarité", ou lors des contacts téléphoniques pris avec chaque équipe. Nous avons fait une "synthèse opérationnelle" des questions, ce qui explique que vous n'en retrouverez peut-être pas le libellé : toutes ont cependant été prises en compte. Ces questions et réflexions formeront avec la substantifique moelle de ce colloque, la base de la formation à la transdisciplinarité projetée.

Ces questions ont été rassemblées autour de 4 axes, chacun puisant l'objet d'un atelier. Elles sont réunies au centre de la page, comme elles ont été au centre du débat.

Les ateliers sont organisés en deux "temps" :

- ↳ un premier où vous pourrez choisir entre quatre ateliers différents, que l'on pourrait nommer "comment la transdisciplinarité nous change-t-elle, et que change-t-elle pour les patients ?"
- ↳ une deuxième série d'ateliers tous basés sur le même thème : "la question de la réalisation, du passage à l'acte"

Peut-on "souffrir" la transdisciplinarité ?



# Que devient la spécificité de chaque fonction dans la transdisciplinarité ?

Synthèse de l'atelier A : Caroline Callens

Durant cet atelier, nous avons abordé divers points importants. Les voici.

Nous avons surtout parlé des divers processus pour arriver à définir les rôles et fonctions de chacun, ceux-ci pouvant en effet être vécus de façon très différente.

On parle de redéfinir les fonctions sur base du projet personnel, du projet d'équipe.

Il est important de ne pas parler seulement des rôles et fonctions mais aussi des tâches et responsabilités, de pouvoir définir qui fait quoi.

Nombreux sont ceux qui soulèvent l'idée de fonction, fonction réelle, des spécificités différentes, spécificités par rapport au projet, projet personnel, projet d'équipe. Mais apparaît une certaine crainte pour chacun de perdre son territoire et sa place, une certaine peur d'être mis en danger.

Dans la transdisciplinarité sont soulevés l'importance de la communication et l'investissement qui tous deux sont nécessaires pour arriver à un mieux.

La communication fait apparemment défaut dans de nombreuses équipes. Elle est toutefois reconnue indispensable pour un réel travail en transdisciplinarité. Cette communication doit être centrale afin de se connaître davantage et suffisamment, et arriver à un meilleur travail. Ce qui n'est pas toujours simple !

Apparemment, entre membres d'une même équipe apparaît une mauvaise connaissance de l'autre, mais plus encore de sa spécificité et de ses fonctions. Apparaît également la difficulté de disponibilité, d'investissement personnel, d'investissement temps, d'investissement financier, prendre le temps de redéfinir. Tout le monde est unanime pour dire que c'est pourtant nécessaire.

Il apparaît la difficulté d'organiser de grandes équipes. C'est pourquoi il est souvent nécessaire de devoir s'organiser, de se structurer davantage. Ce sujet entraîne de fortes discussions. Certains soulèvent le fait que l'organisation et que la structure sont parfois nécessaires et que ça ne signifie par pour autant privation de créativité, mais elles permettent d'être plus performant. D'autres ne veulent pas augmenter leur nombre de membres, de peur de cette structuration, de cette organisation, qui se réaliseraient au détriment d'autres activités.

Enfin, nous essayons de soulever les obstacles, les aspects positifs de la transdisciplinarité. Quels sont les outils utilisés pour arriver à une meilleure transdisciplinarité ?

La difficulté de temps, de disponibilité revient et est liée au point précédent : «le temps c'est de l'argent».

On reconnaît qu'en terme d'efficience globale, c'est très rentable quand on travaille à longue échéance, c'est augmenter le sens du travail par rapport aux patients, c'est également rentable pour la dynamique de l'équipe. On apporte une meilleure réponse en étant global, transdisciplinaire qu'en étant seul dans son coin.

Pour arriver à tout cela, diverses possibilités sont présentées :

Pourquoi ne pas se faire aider par quelqu'un d'extérieur pour un travail au sein de l'équipe ?

Par une analyse institutionnelle.

Mais il y a aussi les processus internes de l'équipe qui se font souvent dans la douleur, la haine, les pleurs, mais qui permettent d'aboutir à quelque chose de concret.

Il y a le travail en commun, il faut reconnaître que l'on a du plaisir à cela.

*Qu'est-ce qui ressort de l'individuel, du secteur, du commun ?*

*Comment améliorer la coordination, tout en gardant sa spécificité ?*

*La non-hiérarchie, la non-égalité salariale, la parole dominante, donner la parole à tous, chercher le langage commun qui permet de poser les questions "dans la même langue", la problématique de l'interchangeable et du spécifique des fonctions ?*



Apparaît également l'idée de formation au sein des équipes et à l'extérieur ? Il y a eu unanimité pour la reconnaissance de la nécessité de cette formation, mais il n'y a pas de profil commun à cela. Certaines MM ont un budget spécifique pour des formations, d'autres parlent de formations informelles. Voici quelques types de «travaux/formations» organisés au sein de certaines MM : travail commun, travail sur thèmes, travail sur

documents, travail de réflexion avec équipe ou avec travailleurs extérieurs, travail de type «échange de savoir».

Voici en quelques mots le compte-rendu de cet atelier. Ce ne fut pas très facile d'aborder réellement la question, mais au fur et à mesure de l'atelier, certaines questions importantes apparaissaient, c'est le début d'un long travail à prolonger.

---

---

# Que devient, dans la transdisciplinarité, la communication entre nous et le patient ?

Synthèse de l'atelier B : Pierre Smet

---

La transdisciplinarité suscite d'emblée une double énigme quant à sa définition et quant à sa pratique. A partir de quand nous trouvons-nous à un niveau de transdisciplinarité et comment dégager cet enjeu de questions institutionnelles ?

En effet, en premier lieu, un constat peut être établi que très souvent les discussions en équipes portent sur la pratique réalisable et que s'il s'agit d'aller plus «loin» très rapidement survient la question de la confiance.

Avec le dossier, bien sûr, une certaine dynamique peut être introduite mais là aussi se joue la question de la confidentialité notamment celle liée à l'acte.

Un second constat porte sur le fait que si dans les maisons médicales les personnes ont effectivement des formations différentes, ce qui rentre davantage en compte, c'est le fait qu'elles occupent des places institutionnelles différentes et ce sans compter le type de financement choisi par les maisons médicales.

Enfin, comme dernier point, il faut souligner que si la transdisciplinarité laisse supposer un échange entre différentes approches, il reste cependant la question de savoir comment se gère le conflit entre les différentes disciplines ?

## *Aspects légaux et éthiques ?*

*Secret, confidentialité, confiance entre secteurs ?*

*Améliorer l'information, la communication ?*

*Rôle et risque de la "psychosociologisation" des problèmes apportés par les patients ?*

Or à ce niveau, le constat qui peut être fait est que le mode d'organisation de la gestion du conflit est de façon générale davantage lié au type de fonctionnement des constitutions. Il n'y a donc pas ou peu d'organisation spécifique du conflit. Elle est très souvent traduite à travers les modes d'organisation de l'institution (A.G., C.A., réunion d'équipe) et peu développée à partir d'une réflexion transdisciplinaire.

Peut-on pour autant en conclure quant à l'absence de transdisciplinarité : non car si ce débat n'est pas fort développé durant les temps formels, il existe par

ailleurs, durant les temps informels, davantage de confrontations et de questions, et puis surtout l'option de travailler avec une dimension communautaire amène à devoir repenser son acte et de le pratiquer d'une ou l'autre façon et encore davantage lorsque différentes approches portent sur le même projet.



# La transdisciplinarité dans nos projets, dans nos hiérarchies de valeur

Synthèse de l'atelier C : Bénédicte Dubois

## Quelles sont les valeurs qui sous-tendent nos projets ?

Furent discutées :

### *L'autonomie*

En faisant référence à la liberté. Autonomie que le patient a, la liberté d'accepter ou de refuser.

L'autonomie semble une valeur choisie par la plupart des maisons médicales.

### *L'altruisme*

Bien que cette valeur soit attirante, pour certains, il semble qu'elle ne peut en aucun cas être à l'origine de la création d'une maison médicale et ce, parce que l'altruisme est en contradiction avec l'autonomie (côté ambigu de l'altruisme qui recherche toujours l'aide auprès des autres).

### *Le mérite*

Qu'est-ce que le mérite ? Le mérite peut signifier reconnaissance de l'effort ou reconnaissance du résultat. Pourquoi parle-t-on du mérite en maison médicale ? Mérite dans le sens de puissance : chaque travailleur n'est pas figé au sein de la maison médicale, il peut évoluer, acquérir plus de "puissance" tout en augmentant également celle d'autrui.

Parle-t-on des valeurs lorsqu'on élabore un projet ?

Il semble que ce ne soit pas toujours le cas. Chacun reconnaît pourtant l'importance d'une discussion sur ces valeurs et ce pour deux raisons :

- ↳ pour permettre aux nouveaux de se positionner, de s'approprier ces valeurs
- ↳ parce que l'équipe évolue toujours et le projet aussi...

Fut souligné également le souhait de faire participer les patients à l'élaboration du projet.

## Qu'est-ce que l'équipe ?

L'équipe se compose de plusieurs individus qui ont chacun leurs spécificités, leurs compétences.

Cette équipe serait le champ I. Son rôle serait de permettre à chaque personne d'être créative, de pousser ses compétences le plus loin possible.

Mais l'équipe, de par son existence, se prolonge dans un deuxième champ : équipe + 1 = territoire commun, territoire de l'écoute, territoire de l'autre. Savoir, savoir-faire, savoir écouter, savoir se remettre en question.

C'est dans ce champ que s'inscrirait la transdisciplinarité.

Problème soulevé :

↳ Est-on formé à l'écoute ?

↳ Comment évaluer nos compétences dans ce domaine ? Selon quels critères ?

La formation à l'écoute peut se faire lors des discussions de cas, lors de supervisions.

Que veut dire pour nous transdisciplinarité ?

Différentes définitions ou notions données lors des réunions sectorielles furent soumise :

Définition proposée par les psy :

- ↳ Ce qui concerne toutes les disciplines, ce qui les dépasse et le rapport de chacune d'elle à ce "transcendant".

Définition proposée par les médecins :

- ↳ Espace de parole impliquant au même titre le patient et les intervenants de l'équipe dans un chemin vert plus d'autonomie

Définition proposée par Pierre Drieslma :

- ↳ Accepter d'être transparent, de confronter sa grille de lecture avec celles des autres intervenants.

Définition proposée par les kinés :

- ↳ Pouvoir être le référent relationnel privilégié. Chaque membre de l'équipe peut recueillir et partager des données qui peuvent être utiles à tous pour le suivi d'un patient.

La définition des psy a obtenu un consensus en spécifiant que la transcendance serait ce qui vise à l'autonomie du patient.

La notion de transparence, de confrontation des grilles de lecture séduit beaucoup de monde.

L'importance du référent relationnel privilégié, médecin ou autre, a été soulevée plusieurs fois dans la présentation de cas concrets, même si au départ elle ne semblait pas faire l'unanimité.

De même, le partage de l'information est indispensable.

**Comment l'applique-t-on dans le quotidien ?**

La transdisciplinarité pourrait entraîner une confusion des rôles.

Il semble important de rester dès lors très vigilant.

- ↳ L'infirmière sociale " qui a laissé tomber une casquette " pour que les gens s'y retrouvent ;
- ↳ la kiné qui participe à des haltes-garderies en tant que " citoyenne du quartier ", avec l'accord de la maison médicale.

La transdisciplinarité ne fonctionne pas toujours, n'est pas toujours facile parce que :

- ↳ certains médecins n'ont pas envie de se déposséder de leurs pouvoirs;

- ↳ certains paramédicaux n'ont pas envie de prendre plus de responsabilités ou n'ont pas envie de faire le sale travail.

Se pose le problème de la responsabilité de l'augmentation du pouvoir ? La transdisciplinarité pourrait entraîner une dilution des responsabilités "chacun comptant sur l'autre si les objectifs ne sont pas bien définis au départ ". Le référent privilégié serait le responsable aussi aux yeux de l'équipe. C'est lui qui recollecterait les informations utiles, qui prendrait les décisions thérapeutiques après avoir éventuellement demandé conseil aux personnes compétentes. Libre à lui de suivre ces conseils ! Le médecin généraliste qui envoie pour avis un patient chez le spécialiste suit-il toujours les directives données ?

L'augmentation de pouvoir doit être mise au service du patient qui doit rester le centre de nos préoccupations, principalement lors du passage de l'information, des échanges entre thérapeutes.

Patient qui peut choisir l'autonomie ou la refuser, qui a son mot à dire dans le choix du référent relationnel. Patient qui peut lui-même vivre la transdisciplinarité si elle se vit dans l'équipe.

Nous semblons tous d'accord pour dire que la créativité de chacun doit être développée, que l'écoute est primordiale.

La transdisciplinarité est, pour certains, tout à fait souhaitée dans les soins palliatifs, dans la prise en charge des toxicomanes.

Les accueillant(e)s sont très demandeur(se)s de transdisciplinarité.

**La transdisciplinarité coûte-t-elle cher ?**

Aucune nomenclature ne la prévoit.

Le forfait est, pour certains, indispensable pour qu'elle soit possible.

La discussion ne fut pas poursuivie, nous n'avons pas envie d'entamer un débat acte-forfait.

# Qu'est-ce que la transdisciplinarité change pour le patient, et dans nos rapports au patient ?

Synthèse de l'atelier D : Axel Hoffman

D'emblée, les participants de l'atelier affirment leur conviction que la place du patient est changée par la TD, et que ce changement ne pose en général aucun problème, que du contraire.

Parmi ces modifications, la circulation de l'information sur le patient paraît la première question à explorer :

↳ au plan somatique, les problèmes que pourraient générer la circulation dans l'équipe de données concernant le patient se résolvent par le dialogue entre l'intervenant et le patient, sur base d'une bonne information, ils décident ensemble de ce qui peut se dire et ce qui ne peut pas, en cas de «couac», c'est par la reprise de dialogue que la situation se résout.

↳ la circulation de données d'ordre social et surtout psychologique suscite davantage de réticences, l'intervenant prend beaucoup plus de précautions ; toutefois, rien ne semble organisé pour protéger ces informations véculées comme sensibles ;

↳ il semble que la sensibilité du patient à cette question de circulation de l'information à son sujet soit très différente de celle des intervenants : ainsi il apparaît que le patient pense que les autres intervenants que celui auquel il s'est soit jamais précisée avec lui.

La question de la manipulation que ce soit dans le sens manipulation du patient par l'équipe ou de l'équipe par le patient, n'éveille aucune crainte particulière : les participants décrètent rapidement qu'il s'agit d'un fantasme.

La question du référent de base : il n'y a pas de problème dans l'équipe à ce que ce ne soit pas le médecin. Au contraire, certains médecins ont déclaré attendre impatiemment que d'autres se désignent, tandis que des paramédicaux, n'attendent que ça, ce qui leur permettra de modifier leur rapport avec le médecin. Cette attitude est vécue comme garante de l'autonomie du patient. La façon dont le patient peut vivre cela ne semble poser de problèmes, sauf pour certaines populations spécifiques.

L'investissement en temps et en énergie que réclame un fonctionnement TD (réunions, transfert de données, etc.) est

ressenti comme un allègement et non comme une charge : il permet un travail plus utile et plus efficace, c'est un véritable investissement qui rapporte avec intérêt !

En effeuillant ces questions, le groupe a été amené à la conclusion que la TD, c'est surtout pour les professionnels !

↳ Elle permet de dépasser les limites traditionnelles de sa fonction (notamment pour les paramédicaux), et de retrouver un sens à son travail .

↳ Elle permet aussi de partager et alléger les poids, la charge mentale et les tensions de manière beaucoup plus efficace qu'un travail en solo (par exemple lors de l'accompagnement d'un mourant).

↳ Elle apporte une sécurité au plan de nos connaissances et de nos ignorances, dans le savoir et dans le faire, («gestion des trous»), et développe une humilité créatrice.

La TD modifie également les conceptions classiques de la santé, et révèle l'incongruité du clivage entre malade et bien-portant ; elle rend conscient que le malade n'est pas «un malade», que la personne qui nous consulte ne se définit pas comme «malade, et a d'autres modèles d'existence; cela change notre façon

de l'aborder et oblige aussi le patient à se repositionner, élément vécu comme positif ; cela éloigne également le fantasme de la «guérison», complexe qui hante la plupart des professionnels de la santé.

Nous avons constaté lors de ces échanges que toutes les équipes estiment déjà fonctionner en TD, y compris les équipes à l'acte. La TD est un processus, ce n'est pas une fin en soi, et elle n'a d'ailleurs pas de fin, c'est une utopie mobilisatrice ; le mode de financement n'est pas vécu comme obstacle aux changements qu'apporte la TD, que ce soit la circulation de l'information ou la transformation du mode d'être de chacune des fonctions.

*L'autonomie du patient, quelle est sa place ?*

*Demandeur, que devient notre image de nous, l'image de nous que la population nous renvoie ?*

# Synthèse

---

# Points clés et axes de transversalité

André Stengele

---

## Points clés de la journée du samedi

Avant de laisser la parole à tout un chacun, André Stengele, animateur extérieur, se propose de faire apparaître les points qui lui semblent les plus transversaux aux quatre ateliers et qui sont peut-être les points majeurs autour de la transdisciplinarité.

Le travail en transdisciplinarité n'est pas une méthode toute faite, c'est «un processus» : processus extrêmement spécifique à chaque maison médicale.

Aussi les pratiques dans le milieu des maisons médicales sont-elles très hétérogènes, selon l'historique, les personnes en présence, le format de l'équipe, et ce, même s'il y a une série de valeurs sur lesquelles il existe un consensus.

Ces deux constats étant faits, on peut comprendre la difficulté de mener à bien les débats et certaines insatisfactions exprimées.

Cependant, il y a un point commun qui se dégage dans la transdisciplinarité : le travail de communication au sein de l'équipe est très intense.

La TDS signifie travail en groupe et implique pour chacun de nous une remise en question car ce n'est pas une donnée de départ ; c'est un travail «expérimental» et très spécifique à chaque équipe. Il est donc difficile de le «normaliser ou le standardiser».

Il doit être perpétuellement évalué et donc peut parfois être lourd à vivre.

Comme tout travail de communication, il est un processus de création permanente qui consiste à la fois à se connaître

mieux les uns les autres et à se transformer soi-même à travers le travail collectif.

C'est sans doute une raison qui explique la difficulté d'exprimer comment se travaille la TDS dans les équipes.

D'autre part, la position d'écoute, d'accueil ; écoute qui favorise l'autonomie du patient. Patient qui peut prendre toute sa place en tant que sujet pouvant assumer comme il est et non pas manipulé par les soignants (y compris dans le choix d'être autonome ou pas).

Il y a donc là encore une attention extrêmement forte à la communication la plus juste possible avec le patient.

Un autre aspect soulevé est la question financière, le temps nécessaire pour réaliser ce travail de TDS. Est-il plus facile à concrétiser par le forfait ? Tout le travail de communication est-il considéré comme faisant partie de la fonction professionnelle ou comme un supplément que l'on se donne parce que l'on estime que c'est important ?

Le regard extérieur d'André nous invite encore à réaliser des «intervisions» entre maisons médicales sur la manière de fonctionner et sur toute cette variété de pratiques, et ce, avant de voir nos accords et nos divergences. Conclusions qui seraient prématurées à ce jour.

## Débat - Processus à mettre en place pour l'avenir

Le débat s'est déroulé en deux temps.

Dans un premier temps, ce fut plutôt des échanges, des éclaircissements ou des

questionnements sur ce qu'est ou devrait être la TDS

Une deuxième partie fut consacrée, d'une part, à préciser notre intérêt commun de travailler ensemble sur le thème de la TDS et, d'autre part, de voir quels moyens l'on se donnait pour poursuivre cet objectif.

La TDS permet un regard tout à fait différent car on aborde le problème de la spécificité des différents thérapeutes, spécificité qui se trouve transformée par la notion de transdisciplinarité.

Ces transformations peuvent être source de conflit et le concept TDS va nous permettre de trouver les moyens adéquats pour sortir de ce conflit tout en respectant les exigences de chacun.

Dans la TDS une autre valeur importante est l'écoute. Dans l'écoute, il y a un savoir autre qui n'est pas connu à l'avance, ni par le patient, ni par l'écouter. Il y a ce que l'on a appelé «Transcendance», ce quelque chose d'inconnu, ce savoir qui circule. Ce savoir nous interpelle au delà des soins et nous permet, si l'on en tient compte, de travailler de façon transdisciplinaire.

Revient donc l'importance de la communication ; communication avec le patient pour cerner l'entiereté du problème à résoudre, communication avec l'équipe pour permettre de se laisser interpeller par les autres et trouver ensemble la solution la plus adéquate.

Dans la TDS, le sujet est mis en avant, le sujet est écouté. Le thérapeute se remet en question en tant que sujet participant à toute une réflexion sur la souffrance, les soins de santé en général, à l'intérieur de l'équipe.



Le travail TDS implique la reconnaissance du «4 + 1», c'est-à-dire de ce qui est à côté de l'équipe. L'équipe est un amalgame historique... et le «4 + 1» est la structure fondamentale du social par rapport à la relation individuelle. Si on parvient à reconnaître cette notion de «4+1» et à la vivre, notre travail collectif s'en trouverait fortement amélioré.

La TDS ne semble pas applicable pour tous dans le champ curatif car il existe des prérequis de notre formation qui nous empêche d'accéder à la TDS. Aussi la TDS est plus facile à appliquer dans le champ préventif, ou des soins palliatifs car on est moins déformé.

Réaction d'autres qui estiment que la TDS devrait être une position de base de travail même s'il n'est pas encore bien défini.

Il serait intéressant qu'on réfléchisse à ce qui nous bloque par rapport à la TDS ; surmonter ces obstacles nous aidera à progresser.

Aborder la TDS par le préventif pour l'intégrer ensuite dans notre pratique est une possibilité qui agréé certains.

Viennent alors les limites de la TDS.

La TDS est un moyen qui doit servir avant tout au patient. Elle n'est pas toujours le meilleur moyen pour répondre au souhait du patient.

Les limites éthiques et d'ordre social sont soulevées. Un débat ne devrait-il pas être lancé sur ce sujet ?

La question du diagnostic a délié les langues : faut-il un diagnostic ? Ne bloque-t-il pas le dialogue ? N'enferme-t-il pas le patient derrière un mot ? Que mettre dans le «diagnostic» ? Comment confronter nos diagnostics, nous, thérapeutes qui avons parfois des registres différents ?

Tels furent les points soulevés.

Le diagnostic semble majoritairement nécessaire pour le patient lui-même qui souhaite être éclairé sur son état, pour le thérapeute qui a besoin de références,

mais il est important de pouvoir ce remettre en question, de l'évaluer pour éviter de réduire le patient à un mot car il existe là un espace subjectif tout à fait intéressant qui permet de travailler de façon transdisciplinaire.

Evaluation, questionnement peuvent se faire si l'on accepte de se laisser interpeller par les autres membres de l'équipe, si l'on accepte de confronter nos diagnostics. Confrontation qui se fait dans certaines équipes par la méthode SOAP (Subjectif, Objectif, ...). La méthode soap est intéressante car elle permet la juxtaposition de la notion de diagnostic avec la notion de problème. Dans certains cas, le diagnostic n'est pas suffisant. Le diagnostic et le problème sont deux choses différentes. Importance de l'évaluation.

Est aussi exprimée la notion du temps que prend la tds, du coût de l'investissement. On ne peut oublier cet aspect. Quel temps les équipes sont-elles prêtes à libérer pour un travail de réflexion transdisciplinaire.

Et dans cette même optique, quels moyens se donne-t-on au sein de l'équipe pour assurer le travail tds ? Si on part du principe que les fonctions respectives de l'infirmier, du kiné, de l'accueillant, du psy, de l'A.S.,... ont la même valeur, l'égalité salariale s'impose. Or il n'existe pas d'accord à ce sujet au sein de toutes les équipes. La question reste entière et demande à être débattue.

Après toutes ces réflexions, le débat fut orienté vers les moyens que l'on décidait de se donner pour améliorer, d'une part, notre perception du concept tds, d'autre part, notre travail en TDS.

Quatre grandes idées peuvent être dégagées :

↳ L'une est la reprise des «formations-échanges» dont l'une des fonctions importantes est, non pas d'essayer d'homogénéiser les pratiques mais bien d'explicitier son propre fonctionnement d'équipe au regard du fonctionnement d'un autre. Le but de ces formations est de rendre explicite

nos propres critères d'organisation pour rendre possible l'évaluation et la précision des objectifs d'une équipe.

↳ Une deuxième idée est qu'une personne extérieure participant aux interventions au sein d'une équipe et qui apporterait son éclairage.

↳ Une formation à l'accueil a été organisée parce que l'accueil était sans doute le secteur le moins spécifique et le moins formé. Beaucoup d'échanges ont eu lieu lors de ces formations. Serait-il superflu d'organiser ce type de formation pour tous les secteurs ?

↳ Proposition de réunir des thérapeutes des différentes maisons médicales pour créer une maison médicale fictive. Ce groupe de personnes se réunirait et pourrait réfléchir autour d'un thème qui nous aiderait, à travers notre pratique, à élaborer un travail tds. Les objectifs de ces formations (MM fictives) pourraient être :

- ❖ une discussion autour de nos concepts, de nos objectifs
- ❖ la redéfinition des soins de santé primaires (cette notion est-elle évidente pour tout le monde ?)
- ❖ la réponse à la question suivante : peut-on utiliser la tds comme moyen d'atteindre nos objectifs (gica)

Partir des concepts fondamentaux semble être une proposition attirante car d'autres thèmes apparaîtront en amont.

D'autre part, l'avantage de partir des objectifs des c.s.i., c'est qu'ils sont partagés par la plupart des travailleurs des maisons médicales et les références sont largement standardisées.

D'autres thèmes ont été retenus, à savoir : le pouvoir; un bouquin; les médicaments que les médecins prescrivent, que l'infirmière injecte, que le kiné utilise sous forme de pommade, que l'A.S. entend parler, que le psy refuse de prescrire...; le gica; regard sur la demande du Patient.

---

Notre but est l'autonomie. Qu'en est-il si le patient refuse ?

De plus, d'autres thèmes pourraient être envisagés si l'on imagine de poursuivre en parallèle de ces formations interdisciplinaires, les formations échanges. «Echange» signifie observation et analyse des problèmes. Aussi les groupes interdisciplinaires pourraient se donner les moyens d'analyser ses problèmes recensés en profondeur avec du matériel de référence et un animateur extérieur.

Ce processus de formation devrait être un processus d'éducation permanente qui n'a aucune raison de s'arrêter sauf

par épuisement des acteurs. De plus, il devrait nous permettre de vérifier si ce que nous proposons comme nouveau - à savoir le travail pluri, voir transdisciplinaire - apporte un plus au patient. Les résultats de cette évaluation pourraient être intéressants pour nos interpellations des pouvoirs politiques.

Quant à l'organisation de ces formations, plusieurs pistes ont été lancées :

↳ Il serait intéressant de former des groupes au hasard, car la difficulté du travail collectif est accrue si des personnes ayant des valeurs différentes se confrontent. Aussi la rencontre

entre ces personnes en dehors d'un cadre de travail quotidien peut être très riche et permettre à tout un chacun de trouver les moyens de surmonter ses difficultés dans sa propre maison médicale.

↳ Une production du groupe devra être transmise aux autres pour alimenter le travail de chaque groupe. La transmission de ces «rapports» pourrait se faire par le biais du «Courrier».

↳ La mise en route de cette formation est confiée au groupe organisateur du colloque.



---

---

# Après colloque

La fiction comme réalité...

...la réalité des "maisons médicales  
fictives"



---

# Les maisons médicales fictives...

Bénédicte Dubois - Axel Hoffman

---

La composition des maisons médicales fictives est constituée par tirage au hasard et en équilibrant les groupes selon les fonctions, les maisons médicales d'origine et l'aire de déplacement acceptable.

Cette composition a été difficile à réaliser, et il est à regretter que nombre d'amateurs ne se soient pas fait connaître. Il y aura des mécontents ! C'est pourquoi nous vous proposons, lors de la réception de ce courrier :

↳ Pour ceux qui ne se sont pas fait connaître et désirent participer aux maisons médicales fictives, d'envoyer le plus rapidement possible leurs coordonnées à la Fédé au nom de B. Dubois.

↳ Pour ceux qui sont inscrits et ne sont pas satisfaits du tirage, (par exemple pour des questions de déplacement), de le signaler rapidement à B. Dubois, ou de s'arranger directement deux par deux pour des échanges, mais en le signalant également, afin que nous puissions équilibrer les nouveaux arrivages.

Dans chaque groupe, un "responsable" a été tiré au sort : son rôle est d'être le centralisateur de la première réunion : établir le contact avec les autres participants, fixer le lieu et la date de cette première réunion. Le groupe s'organisera à sa guise.

Si la personne tirée au sort ne peut assumer cette tâche, il lui est demandé d'en investir un autre participant du groupe prêt à l'assumer.

En toute dernière extrémité, elle peut aviser le groupe organisateur (GO)<sup>1</sup> qui suscitera un autre "responsable".

Le fonctionnement des groupes sera ensuite autonome : choix du rythme et du nombre des réunions, de leur lieu, des thèmes et des modes de fonctionnement, etc ... Il est demandé :

↳ lorsque le groupe est stabilisé, d'avertir le GO de sa composition définitive

↳ de présenter les travaux du groupe au moins une fois par an, par un texte, ou une production audio ou visuelle, à envoyer au GO. Ces productions seront répercutées auprès des autres groupes via le courrier.

Pour les groupes qui se sentent prêts à fonctionner dans la composition suggérée : bon voyage !

Vous trouverez dans les pages suivantes un digest des principaux thèmes suggérés tout au long du processus qui court, des réunions par secteur de 1993 au colloque TD de 94.

## 1<sup>er</sup> paquet de thèmes Transdisciplinarité et patient

↳ TD apporte-t-elle un plus aux patients ? Comment évaluer cela ? A mettre en balance avec l'impression que la TD est surtout un outil utile aux intervenants (gain de temps, satisfaction / valorisation du travail ...)

↳ TD est-elle applicable partout dans la relation avec le patient ; TD semble plus praticable dans le préventif / palliatif que dans le curatif : mécanisme de défense du curatif ?

↳ TD et soins de base : collaboration avec logopèdes, pharmaciens, diététiciens ...

↳ TD et la question du diagnostique ; la notion de problème ;

↳ TD et la question du médicament ;

↳ TD et autonomie du patient (et si le patient n'en veut pas ?)

↳ TD et écoute ; la question du savoir autre, connu ni par l'écouter ni par l'écouter au départ ; la "transcendance" ;

↳ TD et relation égalitaire avec le patient lui-même : comment ne pas dominer le patient avec nos savoirs d'experts, sans s'asservir à sa demande ou à son désir ?

↳ le patient et le dossier centralisé ;

↳ comment la TD améliore-t-elle l'accès aux soins ; comment favorise-t-elle un meilleur usage des structures de soins par le patient ?

## 2<sup>ème</sup> paquet de thèmes Sur et autour de la communication entre les intervenants

↳ de la difficulté à faire réfléchir une équipe sur le problème rencontré par un intervenant ; l'écoute entre intervenants, une formation à l'écoute ? ou une formation à l'accueil pour tous ? ; de la transparence ?

↳ comment valoriser les capacités de chacun au travers de l'équipe ; savoir ce que fait l'autre ;

↳ la pratique soap, la notion de problème ;

↳ la référence interne, la formalisation de la coordination ;

- ↳ l'éthique de la transmission de l'info (secret, confidentialité, ...), ses modalités;
  - ↳ la place et la responsabilité de chaque fonction (accueil, secrétariat, ... mais aussi les autres !) dans l'équipe et par rapport au projet de l'équipe;
  - ↳ la remise en question de chacun et la reconnaissance du fait "équipe" (le social et l'individuel, le 4 + 1);
  - ↳ le dossier centralisé
  - ↳ les transferts de compétence;
  - ↳ les peer-review entre secteurs;
  - ↳ comment la td favorise-t-elle une meilleure utilisation du système de soins par les professionnels pour le patient;
- 3<sup>ème</sup> paquet de thèmes**  
**La hiérarchie, la responsabilité, le pouvoir**
- ↳ la non-hiérarchie est approchée comme une valeur démocratique,
- mais en quoi est-elle utile au patient ? la hiérarchie est parfois utile (soins d'urgence, équipe chirurgicale, ...); comment articuler non-hiérarchie et responsabilité;
  - ↳ le problème de la responsabilité vis-à-vis du patient; de l'équipe; de la société; la responsabilité traditionnellement évolue au médecin; question du "référént";
  - ↳ la responsabilité de quoi ? de l'indispensable définition de nos références, de notre projet, de notre objet social;
  - ↳ tout le monde a du pouvoir de par la fonction qu'il remplit; l'autorité n'est qu'un abus de ce pouvoir;
  - ↳ chaque personne a une responsabilité "personnelle" et une responsabilité "commune": dans la TD, la responsabilité dépasse-t-elle le secteur?
  - ↳ les limites du "pouvoir": notre travail n'est pas réductible à un proces-
- sus de guérison, il nécessite de rester ouvert à ce que nous représentons, où nous sommes, et d'être attentifs aux pressions de l'environnement.
  - ↳ L'égalité salariale; le temps;
  - ↳ techniques (du terrain) pour limiter / contrôler le pouvoir médical au sein d'une équipe et motiver les non-médecins.

<sup>1</sup> Pour rappel, le groupe organisateur (GO) est composé de Bénédicte Dubois, Marie-Pierre Depléchin, Roseline Antoine, Pierre Smet et Axel Hoffman. Le contact est Bénédicte Dubois, à la Fédé. Le rôle du GO est d'initier l'organisation des groupes, de recevoir les rapports, d'en faire la synthèse éventuelle, et de servir de courroie de transmission de l'info entre les groupes d'une part, et entre les groupes et le Fédé d'autre part.

Fédération des Maisons Médicales  
et Collectifs de Santé Francophones

G.E.R.M.

Périodique mensuel

Bureau de dépôt : 1060 Bruxelles 6

Éditeur responsable :

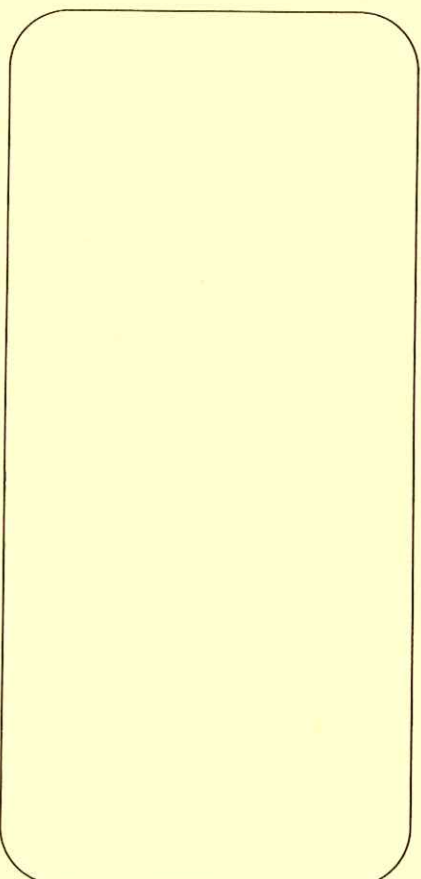
J. Morel, Ch. de Waterloo 255 bte 12  
1060 Bruxelles

☎ 534 44 46

Fax 534 20 97

Réalisation : Gestion Assistance – ASBL

## Numéros 98 - 99 - 100



Articles à envoyer à Marc Hombergen, Ch. de Waterloo 255 bte 12 – 1060 Bruxelles  
Abonnements :  
Membres de Maisons Médicales : 400 Francs  
Autres : 700 Francs  
Associations : 1000 Francs

A verser au compte : 210 – 0630590 – 45 de la Fédération des Maisons Médicales  
avec comme mention : Abonnement Courrier