

Colloque

1995

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

G.E.R.M.

Vers une réappropriation de la charte des Maisons Médicales

Avec le soutien du
Service de l'Éducation
permanente

Direction générale de
la Culture et de la
Communication de la
Communauté
française

Actes du colloque
de la fédération des
Maisons Médicales

LE COQ - JUIN 95

Présentation des actes

Axel Hoffman

Charte : du latin charta, papier.

*Ecrit authentique destiné à consigner des droits ou à régler des intérêts.
Au figuré, loi, règle fondamentale.*

Avec la mer du Nord pour dernier terrain vague et un ciel si gris qu'il faut lui pardonner, le plat pays nous a offert les conditions météorologiques idéales pour la réussite du colloque: «Vers une réappropriation de la Charte des maisons médicales».

Titre au demeurant peu approprié puisque charte jamais il n'y eut. La plate-forme des maisons médicales en a tenu lieu jusqu'à présent, mais si elle présentait des idées, des analyses et des projets assez communément approuvés dans le monde des maisons médicales, et avait été acceptée en assemblée générale, il manquait à sa rédaction le caractère consensuel, contractuel, qui caractérise une charte.

Ce glissement sémantique dans le titre du colloque n'est pas insignifiant. A près d'un quart de siècle d'existence, les maisons médicales représentent un bouillonnement d'expériences et de projets, un foisonnement de réflexions et d'actions de terrain. Ce que nous voulons nous réapproprier maintenant, ce sont nos valeurs et nos objectifs aguerris par 25 ans de réalité. Et les dresser sur papier, afin de mieux nous reconnaître et nous faire reconnaître. Et avancer.

La participation aux travaux préparatoires du colloque (lectures, questionnaires, réactions, discussions en groupes régionaux,...) a été importante. La qualité des ateliers en est le reflet. Vous en trouverez les rapports dans ces pages, ainsi que les comptes-rendus des assemblées plénières. C'est sur base de ces travaux et ateliers que travaillera le groupe de rédaction de la charte, à laquelle toute personne qui travaille en maison médicale est invitée à participer.

Nous tenons particulièrement à témoigner notre gratitude à Pierre de Locht. La tâche qu'il a si cordialement acceptée était difficile et périlleuse. Nous cherchions une personne qui n'ait des maisons médicales qu'une connaissance extérieure, pour qu'elle regarde notre petit monde s'agiter sans préjugé.

Président de notre comité d'éthique, Pierre de Locht n'était pas introduit dans les problématiques soulevées par ce colloque, dont nous lui proposons d'assumer la parole inaugurale. Nous le remercions pour la pertinence et la chaleur de ses propos qui sont pour nous un véritable cadeau.

L'équipe de préparation du colloque.

P résentation du colloque - historique

Bénédicte Dubois

Puisque nous sommes ici pour nous remettre en question, commençons par une question cruciale: «**Qu'est-ce qui différencie le Belge de tous les autres européens ?**»

Les frites ? La bière ? Les conflits communautaires ? La fierté de posséder le Mannekenpis ? Non, bien sûr. Il y a longtemps que nous n'avons plus le monopole de tout cela.

La spécialité belge s'inspire directement de notre **devise nationale** que nos illustres ancêtres ont si justement choisi pour caractériser notre peuple : «**L'union fait la force**».

En effet, si vous observez le fonctionnement de notre société, vous constaterez que dès que deux ou trois belges se rassemblent pour réaliser n'importe quoi, ils s'empressent de créer une association. Ce trait spécifique de notre caractère national est même reconnu depuis plus de 75 ans par la loi, ce qui a permis de voir fleurir un **florilège d'Asbl** : Asbl pour la défense de l'environnement, Asbl des clubs de volgelpick de Bruxelles-Est, Asbl pour la promotion Musicale à Libramont et dans le Sud-Luxembourg, etc., etc.

Parmi celles-ci, il en existe un **genre particulier** que l'on a appelé **Maison Médicale**. Mais dès que plusieurs Maisons Médicales ont été créées, que fallait-il faire ? Appliquer notre recette nationale. C'est ainsi que dès que deux ou trois responsables de Maison Médicale se sont rencontrés, ils se sont dits que «l'union faisait la force» et ont créé à leur tour une **Fédération des Maisons Médicales**. Fédération unique à ce jour mais qui sait...?

De toute façon, si par hasard, une deuxième Fédération voyait le jour, ne vous inquiétez pas, on s'empresserait de créer l'Association des Fédérations des Maisons Médicales... mais ceci n'est que vaine prospective.

Nous sommes ici pour nous pencher sur le présent. Où en sommes-nous et que voulons-nous ?

La F.M.M. a décidé de regrouper les M.M. ayant une politique de C.S.I. en poursuivant des objectifs des S.S.P. avec, comme finalité, le G.I.C.A. Voilà qui est clair... pour les initiés.

Peut-être existe-t-il malgré tout des néophytes dans cette salle qui souhaiteraient y voir plus clair. Aussi, il me semble utile de reprendre quelques fondements et de revenir aux origines.

Il était une fois... les maisons médicales.

Tout commence par une période troublée. En 64, suite à une grève des médecins contre la loi Leburton, un groupe réfléchit de façon concrète à la meilleure manière d'instaurer une politique de soins de santé en Belgique. En s'inspirant de Kennedy qui disait «ne te demande pas ce que l'Amérique peut faire pour toi, mais ce que tu peux faire pour l'Amérique», il décide de prendre en main leur destinée et d'agir.

C'est ainsi que le G.E.R.M. (Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine) publie un texte intitulé «Pour une politique de santé». Il propose de mettre en place une organisation sanitaire reposant sur des soins de santé primaires dont les trois caractéristiques principales sont les suivantes.

Ils sont:

↳ **globaux** : ce sont des soins basés sur une approche qui envisage l'ensemble des aspects d'un problème;

↳ **continus** : pour un même épisode et inter-épisodes,

↳ **intégrés** : ils intègrent les activités curatives, préventives, d'éducation à la santé et de revalidation et réhabilitation au sein d'un même service de S.S.P.

Tout cela grâce à l'instauration d'une politique de santé nationale, au développement de la prévention et à la revalorisation de la médecine générale. Les instruments de cette politique sont la suppression du paiement à l'acte et la création des Centres de Santé intégrés, poétiquement appelés aujourd'hui C.S.I. **C'est dans ce contexte que naissent les premières Maisons Médicales.**

Celle-ci poursuivent des objectifs comparables à ceux définis par le G.E.R.M. C'est-à-dire une **approche globale de la santé** et dès lors la **suppression des barrières entre médecins généralistes et spécialistes**. Ceci nécessite également la **prise en charge par le patient de sa santé**. Une relation de proximité est recherchée par l'intégration des Maisons Médicales dans la vie des quartiers et par l'intégration des patients au fonctionnement des Maisons. Bref, **l'objectif idéal est la création de Services de Soins de Santé Primaires dont la fonction ne serait plus seulement de soigner la maladie mais surtout de maintenir la santé.**

Toutes les idées avancées ci-dessus vont dans le sens d'une idée généreuse développée dans les années soixante et qui est à la base de la politique de santé actuelle. Ce principe est «l'accès de tous aux soins de santé». L'application de ce principe, même s'il est considéré comme un axe fondamental de la politique de santé développée dans notre pays, a manifestement pris deux orientations différentes : celle suivie par les Maisons Médicales dont nous avons rappelé l'origine, il y a un instant; celle mise en place par les pouvoirs publics d'autre part. A ce niveau, on constate, en effet, que le point de vue économiste a gagné du terrain : les intervenants sont des producteurs, les patients sont des consommateurs et la santé, un produit. Les développements générés par cette vision des choses tendent à favoriser les intervenants et sont souvent basés sur un développement technologique. Cette orientation est donc fort différente de celle prise dès les origines par les Maisons Médicales qui mettent, au centre de leur réflexion, le patient.

Mais, reprenons notre histoire.

Deuxième crise, deuxième pas en avant.

En décembre 1979, c'est à nouveau une grève des médecins qui fait avancer les choses. Celle-ci génère la fondation de la Fédération des Maisons Médicales en 1980. La création de cette Fédération ne se limitera pas à des réunions de gentils membres qui se réunissent pour prendre le thé. Elle permettra la mise en place d'expériences nouvelles comme celle de l'utilisation du paiement au «forfait». Elle permettra aussi -car l'union fait toujours la force- d'accroître les possibilités de subsidiation.

Les objectifs sont toujours les mêmes : améliorer le bien-être des individus et de la communauté et, pour cela, jouer un rôle à la fois préventif et curatif et en mettant en place un système d'évaluation de leurs activités dans le but d'améliorer leur efficience.

Les équipes pluridisciplinaires restent :

↳ de petite taille : pas trop grandes;

↳ non hiérarchisées : sans structure avec chef, sous-chef, sous-sous-chef,...

↳ polyvalentes : elles peuvent faire un peu de tout;

↳ adaptables : elles sont d'accord de faire un peu de tout;

↳ décentralisées : elles sont dispersées dans l'espace;

↳ permanentes : elles ne sont pas dispersées dans le temps.

Troisième épisode.

En 1989, une charte avait été proposée et approuvée lors d'une assemblée générale. Ce texte suffisamment large et suffisamment bien écrit n'avait entraîné aucun désaccord, mais n'a pas mobilisé énormément non plus.

Et nous voici en 1995.

Il n'y a plus eu de grandes grèves des médecins et aucune ne semble s'annoncer. C'est peut-être dommage puisque chacune d'elles avait eu le bonheur de nous faire aller de l'avant. Il semble déontologiquement difficile d'inviter les médecins à arrêter le travail pour nous permettre de progresser à nouveau. Aussi tenterons-nous, au cours de ce week-end, de trouver en nous le ressort pour faire un nouveau pas en avant en construisant, ou plutôt en reconstruisant, une charte de la Fédération des Maisons Médicales.

Ce document a pour objectif d'accroître la lisibilité de notre projet, entre autres vis-à-vis des pouvoirs publics et peut-être vis-à-vis de nous-mêmes également.

Il est apparu important d'associer un maximum d'équipes à ce travail de reconstruction, d'une part, parce que les anciennes équipes ont évolué et, d'autre part, parce que de nombreux nouveaux sont venus agrandir la famille.

Ce sera donc la charte qui constituera le centre de nos débats. Les trois axes centraux de la charte précédente ont été

choisis comme base de réflexion pour aujourd'hui. Vous vous en êtes rendus compte par le courrier que vous avez reçu ces derniers mois.

Rappelons-les.

↳ Première interrogation: quelles sont les valeurs qui nous portent ?

Difficile de cerner un tel sujet. Pour guider les discussions, nous vous proposons de partir des orientations prises dans les réflexions déjà menées par les équipes dans les différents inter-groupes.

↳ Deuxième interrogation: quelle politique de santé souhaite-t-on défendre ?

Quel est le bilan de près de 20 années de lutte pour la promotion d'une certaine politique de santé ?

↳ La troisième interrogation qui se pose est de savoir si le modèle des CSI est encore un outil de notre pratique. Que nous apporte-t-il ? En quoi et pourquoi le rejetons-nous ? Pourquoi l'adopte-t-on et de quelle manière ?

A l'heure actuelle, les Maisons Médicales ne sont pas des C.S.I. Certaines tentent de se rapprocher de ce modèle, d'autres s'en écartent. Atteindre cet objectif n'est en tout cas pas évident, les obstacles sont nombreux: le contexte politique et financier est peu favorable, la préparation des travailleurs est loin d'être idéale, ...

Nous tenterons d'aborder ces questions et d'y apporter des éléments de réponses lors des ateliers de cet après-midi.

Chaque concept choisi (la convivialité, l'autonomie, l'égalité, la globalité, la santé et l'accessibilité) sera envisagé suivant les trois axes que je viens d'évoquer.

Dimanche matin, nous tenterons, à partir des travaux réalisés en ateliers et des réactions qu'ils provoquent, de réviser les grands axes de notre charte.

Nous voudrions pouvoir disposer, au terme de ce week-end, de son ossature. Ceci permettrait d'en réaliser la rédaction finale.

Il serait bien entendu agréable de le rédiger avec la collaboration d'un représentant de chaque maison médicale. Vous y êtes donc d'ores et déjà invités.

Avant de conclure, je voudrais soumettre à votre réflexion un texte d'Albert Jacquard sur la valeur de la vie humaine.

Réflexion d'Albert Jacquard: «La vie humaine et sa valeur».

Dans la logique économique de notre temps, on peut se poser la question de la valeur de la vie d'un homme. Se pose aussitôt la question: de quel homme? Doit-on adopter le même chiffre pour un bébé, un travailleur ou un vieillard? Pour un clochard ou un P.D.G.?

En fait, la réponse est fournie implicitement par notre société qui consent des dépenses très différentes pour assurer la sécurité selon les domaines. Le passager d'un avion court beaucoup moins de risques, au kilomètre parcouru, qu'un cycliste dans les rues de Paris. Les constructeurs d'avions ont investi lourdement pour la sécurité de leurs passagers: les cyclistes doivent veiller sur leur propre sécurité. Tout se passe comme si, dans les choix d'investissements, les passagers d'un avion avaient une valeur bien supérieure à celle d'un cycliste. Si les valeurs avaient été égales, les économies faites en matière de sécurité aérienne auraient fourni les moyens permettant de généraliser les pistes cyclables.

En matière de soins de santé, notre société est imprégnée en profondeur de la vision économiste. Un vieillard est quelqu'un qui coûte et qui ne rapportera plus rien. Tout est décrit en termes comptables: face à chaque événement, le raisonnement est celui d'un caissier qui allonge les chiffres en les répartissant entre débits et crédits.

Par glissements successifs, nous sommes amenés à trouver tolérable la décision de ce chef de service hospitalier anglais qui réservait certains soins coûteux aux patients ne dépassant pas un certain âge, ou celle des responsables de la transfusion sanguine en France qui ont préféré écouler les stocks de sangs contaminés plutôt que de déséquilibrer le bilan du Centre national de transfusion.

Surtout, nous pourrions accepter de donner une valeur non seulement à un individu entier, mais à chacun des organes de son corps. Combien vaut un rein? Un litre de sang d'un tel groupe? Combien doit-on demander pour la location d'un utérus?

A défaut de répondre par des chiffres résultant d'un économisme rigoureux, des truands de la pègre brésilienne ont déjà répondu en collaboration avec des dirigeants de quelques cliniques des Etats-Unis. Ils ont appliqué ensemble la «loi du marché» et abouti à des prix résultant d'un marchandage conduit dans les règles de l'art. Les premiers prélèvent un rein ou un oeil sur un des nombreux enfants des grandes villes brésiennes. Les seconds utilisent les morceaux de corps humains pour pratiquer des greffes qui sauveront leurs patients et qui témoigneront de l'excellence de leur technique. Nous nous acheminons ainsi vers une humanité double où les uns bénéficieront de tous les progrès de la connaissance et où les autres n'auront guère que le statut de sources de pièces de rechange au profit des premiers.

Arrivés à ces extrémités, nous sommes contraints de nous interroger sur les sources de cette barbarie. Il serait trop facile d'accuser telle personne de négligence ou de perversité. Ceux qui ont pris ces décisions, et pratiqué ce commerce étaient d'accord avec une attitude collective. Ils l'ont simplement mise en pratique à l'occasion d'un cas limite. Le retour à la barbarie est la conséquence inéluctable de notre acceptation de l'économisme.

"J'accuse l'économie triomphante"

Casterman Lévy

Regard "critique" sur les Maisons Médicales

Pierre De Loch

Pour préparer cette intervention, j'ai circulé longuement à travers l'ensemble des textes qui nous ont été fournis. Lecture passionnante..., mais je me suis senti peu à peu noyé. Alors, j'ai pris du recul. Et je me suis situé en tant que «patient» qui, à longueur d'années et de péripéties diverses, a, peu à peu, élaboré pour lui-même une certaine philosophie de la santé. Ce sera ma première partie.

Dans la mesure où cette perspective peut vous paraître une référence intéressante, elle permet de jeter un regard critique -et vous êtes les mieux placés pour le faire- sur vos objectifs et vos réalisations.

Dans une seconde partie plus courte, vous me permettrez quelques interrogations, dont vous serez cette fois encore les mieux à même de percevoir l'éventuelle pertinence.

- I -

Esquisse d'une philosophie de la santé

Dans un article récent, consacré aux multiples conflits de valeurs dans la pratique médicale, je lis, sous la plume d'un médecin de Strasbourg ceci: «En définitive, la personne la mieux placée pour résoudre ces problèmes, c'est le médecin. Il a en mains tous les éléments techniques, psychologiques et légaux. Il sait ce qui est pathologique et ce qui ne l'est pas. Il recueille les confidences du malade au cours d'entretiens répétés...» (revue d'éthique et de théologie morale. Le Supplément, mars 1995, p.18).

Quand je lis une telle réflexion, je me sens, en tant que patient, exclu et déposé. Le médecin détient tous les rouages de la connaissance et de la responsabilité !

Notez que je n'aime guère le terme de «patient», surtout lorsque le médecin parle de «mes patients», avec toute la force du possessif que cela implique. Je suis le patient de ma santé, de mes difficultés de santé. Je vais cependant l'employer parce que je ne trouve pas de meilleur terme.

Je voudrais penser la médecine et les institutions de santé, non sous l'angle du médecin, mais au départ de la personne, du tout-venant qui chemine dans l'existence en devant assumer des difficultés de toutes sortes avec leurs causes et leurs répercussions psychosomatiques. La santé doit se penser au départ du malade construisant, dans le réalisme, sa viabilité.

La santé n'est pas une chose, un objet, un produit standard auquel j'ai droit, qui doit m'être assuré par des instances extérieures. La santé c'est d'abord et avant tout une manière personnelle d'exister, d'assumer mon être, mon devenir, de m'habiter moi-même, aux différentes étapes de ma vie. Certes, avec toutes les aides et interactions possibles. Mais elle est principalement une manière de se construire et s'habiter soi-même, ayant à faire face le mieux possible -ou à certains moments le moins mal- à des conditions d'être toujours limitées, en partie améliorables mais aussi partiellement non-modifiables, et à construire avec cela ma manière d'être, mon bonheur de vivre. La santé est un art, dont chaque personne est l'artisan principal et décisif. Comment expliquer autrement la sérénité, le goût de vivre que l'on rencontre chez des personnes marquées d'handicaps graves, de limites importantes ?

La santé touche la question philosophique la plus centrale, de façon non

cérébrale ou intellectuelle, mais de manière très personnelle dans le concret de l'existence. Qu'est-ce que je fais de ma vie, avec la vitalité qui est mienne, avec mes possibilités concrètes, avec mes limites dont je prends conscience parfois très tôt ? Comment est-ce que j'assume ses accidents, ses détériorations, ses diminutions grandissantes ?

C'est pourquoi, je suis tenté de définir la santé comme :

l'art de réaliser sa cohérence personnelle, en intégrant le mieux possible, aux différents stades de son existence, les multiples éléments (physiques, affectifs, sociaux, relationnels...) qui font la cohérence de la personne, dans sa subjectivité unique et originale.

La santé, travail essentiellement personnel, est en quelque sorte l'oeuvre de maîtrise de chacun; c'est là qu'on incarne et construit la convergence des multiples éléments qui font sa propre personne, sa personnalité toujours unique et originale. J'aime dès lors assez la définition que donne la plate-forme de la Fédération des Maisons Médicales: «La santé n'est plus seulement l'absence de maladie, mais la recherche ou le maintien d'un état d'équilibre entre les composantes (biologiques) psychologiques, mentales et sociales d'un individu, lui-même inscrit dans son environnement » (A.G. 1989).

Puisque n'est véritablement humain que ce qui émane d'une liberté responsable et solidaire, la construction de la santé, au sens où je l'évoque, ne serait-elle pas, pour chacun, sa tâche humaine prioritaire ?

En ce sens, tous les travailleurs de la santé qui y collaborent doivent être des humanistes.

Au départ d'une telle conception de la santé, se dégage un certain nombre de conséquences vitales.

↳ 1) **Le noeud de la santé se trouve dans la personne.** Elle en est l'artisan principal.

Si la santé n'est pas un objet, une chose fournie de l'extérieur, mais une manière d'être et de s'assumer avec les possibilités qui sont les siennes et l'aide qu'on peut lui apporter, peut-être serait-il souhaitable que le médecin ne gonfle pas son rôle, ne se croit pas responsable de la santé de ses patients. C'est grave les gens qui se croient responsables des autres; cela ne peut que démobiliser ceux-ci et créer une dépendance infantilissante. Je sais assez que cela se produit dans mon Eglise.

Le médecin et les différents artisans de santé ne sont pas responsables des patients; ils sont responsables de la qualité humaine de l'aide qu'ils leur apportent et de la relation qu'ils établissent avec eux. (A force de se croire responsable des autres, on en arrive bientôt à ne plus analyser suffisamment les modalités de sa propre responsabilité).

C'est dès le tout jeune âge que devrait s'inculquer l'éducation à la santé, c'est-à-dire l'intégration dans son être concret. Il s'agit d'apprendre à habiter son être, à construire sa santé, et pas seulement d'appeler au secours en cas de difficulté. Tout accroc de santé devrait être une occasion de s'assumer un peu plus personnellement, dans le réalisme de ce qu'on est, de ses possibilités et des aides à solliciter. Déjà un rhume, une grippe ou une indigestion, ce ne sont pas des coups funestes d'un sort injuste. Ce sont des accidents sur lesquels nous avons une certaine prise; prise parfois sur les causes qui les ont provoqués; prise sur les aides à solliciter et les remèdes possibles; prise sur la manière de les vivre de façon personnelle.

Dans ce cadre, on se trouve au-delà d'une distinction nette entre curatif et préventif, la prévention ayant en tout cas un rôle primordial.

↳ 2) **Besoin d'aide sans substitution de responsabilité.**

Des aides diverses sont évidemment nécessaires, qu'elles aillent du simple médicament, à la consultation médicale ou à l'intervention spécialisée. Aides précieuses, mais qui, en aucun cas, ne peuvent se transformer en substitution de responsabilité. Une intervention hyperspécialisée peut attaquer la maladie et constituer un apport indispensable et efficace; elle ne suffit pas à donner la santé. Celle-ci, sauvegardée ou retrouvée, dépendra en dernière analyse de la manière dont la personne, même avec un handicap nouveau ou une limite supplémentaire, retrouvera l'envie de vivre.

Plus on accède à un degré élevé de spécialisation, plus grand est le risque de déposséder le patient de la responsabilité de sa santé. D'où le rôle capital d'une médecine intégrée, qui sauvegarde la cohérence de la personne, et dès lors sa capacité de rester au centre de son être, fut-elle même gravement bousculée par l'accident ou la maladie.

Malheureusement, de multiples éléments de l'organisation actuelle des soins incitent davantage à la dépendance, à la soumission, à la passivité...

On peut penser ce qu'on veut de l'homéopathie, j'ai la conviction qu'elle signifie, en tout cas chez beaucoup de ses adeptes, la volonté de ne pas être traité comme un objet, de ne pas être saucissonné suivant les organes en difficulté; de sauvegarder une relation d'aide qui n'est pas noyée dans la technique, si indispensable qu'elle puisse être; de ne pas être dépossédé de soi au coeur de ses accrocs de santé.

Comment enrayer cette spirale de la dépendance ? Les travailleurs de la

santé à la base et les généralistes me semblent les éléments clefs de respect de l'autonomie du «patient» et de l'éducation à la responsabilité de sa santé.

↳ 3) **Priorité d'une aide globale**

La santé est faite d'un ajustement entre de multiples éléments, physiques, affectifs, relationnels, spirituels..., qui nous constituent chacun dans notre cohérence personnelle.

Toute alerte à ma santé met en branle en moi des réactions diverses, psychosomatiques et autres. L'aide qu'éventuellement je cherche alors ne doit pas être d'abord spécialisée; elle ébranlerait davantage encore ce nouvel équilibre intérieur qu'il me faut élaborer. J'ai besoin avant tout de quelqu'un capable d'écouter, à travers les symptômes que j'exprime, ma mise en question, mon inquiétude. Quelqu'un qui me reçoit d'abord dans ma globalité, qui n'isole pas un coin de mon être, rendant dès lors plus difficile pour le patient d'intégrer sa personne toute entière dans ce nouvel événement à franchir. C'est ma personne en réalité qui souffre et pas seulement mon coeur ou mon foie.

Si, dans des cas exceptionnels, une intervention d'urgence, sans relais préalable, s'impose, il sera d'autant plus difficile au malade d'habiter cette nouvelle situation, d'adapter son être tout entier à cette nouvelle étape de vie. Il sera d'autant plus enclin -voire même invité- à s'enfermer dans une attitude passive, n'ayant plus aucune prise sur les interventions spécialisées, dont les mobiles, les rouages et les diverses péripéties lui échappent à peu près totalement. Tenté de penser n'avoir aucun impact sur l'événement, comment ne se replierait-il pas dans une dépendance débilante ? Ainsi, les performances de plus en plus sophistiquées laissent souvent la personne à l'abandon, au moment où elle aurait le plus besoin de se ressaisir personnellement, pour affronter une étape onéreuse et transformer peu à peu

celle-ci, même à travers des limites grandissantes, en plus-être personnel.

Une fois de plus, qui, mieux que le ou la généraliste, va aider à sauvegarder l'humain au sein de ces accidents de santé ? Généraliste, appelé jadis «médecin de famille», car ces événements de santé se vivent au coeur de son milieu relationnel, matériel, économique, culturel, dans lequel ils ont d'ailleurs en partie trouvé leur origine. D'où l'importance décisive, pour vivre humainement ces accrocs de santé de la présence avec le ou la généraliste, de celles et ceux qui rencontrent la personne dans sa globalité: l'infirmière, l'aide-familiale, la kiné, le psy...

↳ 4) Cheminer en vérité.

Dans cette perspective, l'épineuse question de la vérité à dire prend une toute autre signification.

La santé du patient, c'est-à-dire son adaptation à la réalité mise en difficulté, requiert tout d'abord qu'il ait connaissance du contenu et de la signification de ce qu'il ressent. Connaissance indispensable pour donner son accord au traitement proposé, qui ne sera efficace qu'à la mesure de son adhésion. L'amélioration ou la guérison ne s'imposent pas; elles naissent d'une cohérence entre l'aide venant de l'extérieur et la réceptivité personnelle. Le rejet n'est pas que d'ordre physiologique. Il est une des modalités d'expression de l'autonomie de la personne.

Plus qu'une vérité objective dont il faut informer le patient, il s'agit de cheminer avec lui, en un dialogue confiant de part et d'autre, pour l'aider à entendre et à assumer les éléments nouveaux qu'il lui faut intégrer dans sa cohérence pour rester personnellement vivant. Chemin dans la confiance mutuelle, ce qui veut dire aussi que le médecin doit avoir foi dans la possibilité de chacun, quel qu'il soit, d'intégrer, mais progressivement et à son rythme, ces éléments nouveaux. Que de respect il faut pour remplir cette tâche essentielle et vitale !

Probablement faut-il aussi que le médecin, même s'il se fonde sur des informations hypertéchnicisées, soit plus modeste quant à la vérité qu'il détient. Il est étonnant de constater le caractère de vérité absolue que l'on confère aux informations techniques de pointe, oubliant que les données soi-disant indubitables concernent un être humain avec toute la complexité et la richesse de sa subjectivité. J'ai suffisamment d'exemples, parmi mes proches, d'informations on ne peut plus catégoriques, qui ont été par la suite démenties par les faits, non sans provoquer d'inutiles angoisses, voire d'importants traumatismes. L'infailibilité, de plus en plus contestée à juste titre aujourd'hui, n'est donc pas qu'un réflexe pontifical !

Il me semble que le médecin de famille de jadis, qui ne pouvait se fonder comme aujourd'hui sur des éléments d'analyse d'une certitude soi-disant totale, devait être plus respectueux de l'imprévisible existentiel. Il n'en était que plus humain.

↳ 5) Jusque dans la vieillesse et la mort

La santé doit se vivre dans le réalisme de ses propres limites et possibilités, et cela à toutes les étapes de l'existence, y compris lorsque les forces déclinent et qu'on s'approche de la mort. Vieillesse et mort ne sont pas des anomalies qu'il importe de contrecarrer à tout prix. Ici encore, la santé consiste à les vivre en les intériorisant le mieux possible, en leur donnant sens et signification personnelles.

Les thérapies de pointe, de même que l'acharnement thérapeutique, à ces étapes de l'existence, répondent, le plus souvent, à une conception inadéquate et abstraite de la santé sans rapport avec la phase réelle d'existence dans laquelle la personne est engagée. Ce qui ne fait que rendre plus difficile aux personnes âgées ou en phase terminale de s'adapter à ce qu'elles vivent avec les possibilités différentes - physiques, affectives, relationnelles,

spirituelles... qui sont les leurs à ce moment.

En ce sens, j'essaie de vieillir vivant, c'est-à-dire en m'adaptant le moins mal possible aux limites qui s'imposent à moi, et j'espère mourir, je n'ose pas dire «en bonne santé», mais «vivant», c'est-à-dire en m'adaptant le plus personnellement que je pourrai aux conditions imprévisibles de cette phase ultime. Car je ne suis pas sûr que vieillesse et mort soient des accidents de la vie. Peut-être se situent-elles dans une courbe, une dynamique qui n'est pas nécessairement et à tous points de vue descendante.

Certains, il est vrai, subissent ces phases sans plus avoir, apparemment au moins, la capacité d'intérioriser personnellement ce qui se passe. L'entourage en porte alors tout le poids ; Ce relais, qui peut être exemplaire, tient à la qualité de la relation qui s'est forgée au long d'une vie marquée d'attachement profond, de respect et d'amour.

Il me semble que l'on se situerait autrement en face de la vieillesse, avec ses diminutions inévitables, mais aussi ses valeurs importantes, et en face de la mort, si notre culture ne véhiculait pas une notion de santé aussi performante qu'irréaliste, qui n'aide pas à vivre de manière personnelle les différentes étapes de l'existence. La santé, je le répète, ne consiste pas à s'approcher le plus près possible d'un modèle soi-disant idéal, élaboré je ne sais en fonction de quelles normes. Elle est la manière dont chacun s'adapte avec réalisme aux possibilités qui lui sont offertes à chaque étape de son existence et forge ainsi son goût de vivre.

↳ 6) Le maître de l'impossible

Il n'y a pas moyen de se vouloir et d'être l'artisan principal de sa santé si on continue à investir le médecin d'un pouvoir quelque peu mythique. On attend de lui l'impossible, ce qui l'amène, souvent, à se draper dans

le manteau -ou le tablier blanc- de l'intouchabilité et de la toute puissance. Revendiquant de lui l'impossible, on l'accuse ensuite de ne pas être à la hauteur des dons qu'on lui attribue.

Certes, il y a des incuries et des fautes médicales. Vous le savez mieux que moi. Il faut les reconnaître, les dénoncer. Mais il est débilitant, tant pour les patients que pour la médecine, d'attribuer à celle-ci des possibilités qu'elles n'a pas, une maîtrise sur la vie qu'elle ne possède pas. Elle réalise certes des choses extraordinaires. Subsistera toujours, et heureusement, une trajectoire de l'existence personnelle qui n'est pas déterminée seulement ni principalement par la médecine, et qui donne et garde à la personne sa cohérence subjective et sa marque originale.

La toute puissance attribuée aux médecins est contagieuse; on est tenté de la reporter aussi sur ce qu'il prescrit, sur les médicaments, objets auxquels on est tenté de conférer un pouvoir magique, source de bien des désapprobations de soi. Et pour lesquels les médecins et malades sont souvent enfermés dans une connivence malsaine.

Ne pas attendre de la médecine l'impossible, ne pas laisser croire qu'elle peut tout, c'est renvoyer le patient à sa propre dynamique, à sa capacité de s'assumer dans le réalisme, c'est aviver ou raviver en lui, quelles que soient les conditions qui sont siennes, ce goût de vivre qui ne peut venir en dernier ressort que de soi, et du respect et de la confiance que les autres nous apportent.

Ne pas faire du médecin le maître de l'impossible, c'est desserrer l'exigence de réussite à tout prix qui l'empêche de descendre de son piédestal, de se reconnaître vulnérable et faillible. C'est lui permettre d'établir progressivement, avec les patients, un dialogue d'égal à égal, dans la reconnaissance de leurs responsabilités différentes et complémentaires. C'est aussi permettre aux

médecins d'affronter la mort autrement que comme un échec, et dès lors de ne plus disparaître à l'approche de la mort, comme on le constate assez souvent.

La mise sur un piédestal, alliée à sa propre démission, est d'autant plus tentante dans tout ce qui concerne la vie, de son début à son terme, là où l'on est davantage affronté aux mystères de l'existence. Mystère pourtant tonifiant, auquel on essaie d'échapper en se donnant des gourous, en projetant sur certaines catégories un pouvoir, une autorité, qui dispensent de s'y affronter personnellement et de se construire soi-même.

Dans ce cadre, le travail en équipe pluridisciplinaire, s'il est réel et va jusqu'au bout de ses véritables exigences, doit aider efficacement, me semble-t-il, à démythifier la personne du médecin et à situer son rôle parmi d'autres, différents, mais non moins nobles et indispensables, à établir une relation plus valorisante pour chacun dans le travail pluridisciplinaire.

↳ 7) La santé globale de la population

Si la santé est éminemment personnelle, elle n'est pourtant pas indépendante de la santé globale d'une population, de même que la personne, être d'autonomie, n'existe qu'au coeur d'un ensemble de relations qui lui donnent sa véritable dimension.

Pourtant, lorsqu'on est en difficulté de santé, tout absorbé par son propre problème, on n'est guère attentif aux soucis des autres et à une politique de santé. A ces moments-là, soi-même comme ses proches ne comprennent guère qu'il puisse y avoir des restrictions éventuelles et que tout ne se concentre pas sur son cas personnel. On oublie aussi quelque peu les soins et avantages dont on bénéficie, qui sont le fruit d'une large solidarité.

Le médecin également, très attentif, à juste titre, au patient dont il s'occupe, a probablement de la peine à situer son action dans le cadre d'une politique générale de santé. Et pourtant, il est important de rencontrer le «patient» en n'isolant pas les problèmes très précis qui le préoccupent de son environnement, non seulement familial ou relationnel étroit, mais aussi social et culturel. A ce titre, l'implantation d'une maison médicale dans un quartier est déjà comme tel un élément de sécurité et de confiance; dès lors de moindre recours à des solutions de panique.

La maladie replie sur soi; la santé comme responsabilité positive et comme tâche à remplir ouvre davantage à la solidarité. Cette responsabilité que l'on exige pour soi, on veut qu'elle soit rendue possible pour tous.

Une autre politique de santé, non d'abord en fonction de critères économiques, mais au nom de l'authenticité de la santé, basée sur un tout autre mode de relation entre le «patient» et les professionnels de sa santé.

-II-

Telle est mon utopie.

Vous qui êtes sur le terrain, vous aurez peut-être l'impression que je suis dans l'irréel, ayant une vue beaucoup trop optimiste des possibilités de responsabilité de la majorité des gens. Pourtant, croire dans la capacité de toute personne, quelle qu'elle soit, de faire ne serait-ce qu'un tout petit pas vers un peu plus d'autonomie et de responsabilité, est une exigence fondamentale de respect et de confiance. Je n'ai jamais accepté de penser que toute possibilité d'avancer était définitivement éteinte chez qui que ce soit. Ce serait l'enfermer, l'empêcher de rester vivant.

Les utopies nous indiquent dans quelle direction on veut avancer, ne serait-ce

qu'à tous petits pas, en fonction de quels axes et de quelles valeurs on veut infléchir l'orientation de son agir et de la politique de santé.

Tout au long de l'élaboration de mon utopie au cours de ces dernières semaines, j'avais constamment l'impression de percevoir en arrière-plan le travail des Maisons Médicales. Voilà, en tout cas, ce que je rêve que vous soyez. Est-ce à juste titre ou indûment que je projette sur vous les orientations et les valeurs qui me paraissent capitales et que j'essaie de promouvoir ?

J'en viens maintenant à quelques questions, que je regroupe autour de cinq axes.

↳ 1) Des intentions à la réalité vécue

La lecture des nombreux documents préparatoires à ces journées a suscité en moi un sentiment d'admiration. Ils manifestent un travail impressionnant de conscientisation et de maturation.

Mais qu'en est-il sur le terrain ? Quelle distance y a-t-il entre les objectifs et intentions énoncés et ce qui se vit dans les Maisons Médicales ? Vous seuls pouvez le dire.

Il y a certes une distance normale et saine entre intentions et réalisations. Les objectifs que l'on se donne sont toujours au-delà de ce qu'on réalise. C'est d'ailleurs leur but. Nos projets, c'est la part de nous-mêmes qui nous tire en avant et suscite notre dynamisme.

Ces objectifs remplissent-ils réellement un rôle de ferment, dans le travail quotidien et pas seulement à l'occasion d'un colloque ou congrès ? Constituent-ils des mobiles profonds d'engagement, non seulement personnel, mais en tant que Maison Médicale ? Quels instruments vous donnez-vous pour évaluer ? Par quels moyens les réactualisez-vous en équipe ?

Je ne trouve pas tellement trace, dans les textes reçus, des modalités

très concrètes suivant lesquelles ces objectifs reviennent régulièrement à la conscience de l'équipe, entre autres à l'occasion de crises et de conflits internes. Ceux-ci doivent exister, heureusement. Sont-ils affrontés dans la clarté, en référence aux grandes intentions et valeurs des Maisons Médicales ?

↳ 2) La place centrale des «demandeurs de soins»

Dans une note reproduite dans le cahier jaune, je trouve, au terme de 10 pages de réflexion, et comme en annexe, un court paragraphe désarmant de naïveté, qui commence ainsi: «Il faut ajouter encore un mot sur une composante oubliée de la politique de santé: la population!» On peut donc élaborer toute une politique de santé sans que la population en soit le coefficient primordial ?

Certes, il s'agit d'une note datée de 1970 et émanant du G.E.R.M. Mais en va-t-il tout autrement à l'intérieur des Maisons Médicales ? Les principaux intéressés à l'exercice des soins de santé, les «patients» et leur responsabilité sont-ils au centre des préoccupations ? Je n'en ai pas été entièrement convaincu à la lecture des textes reçus.

Bien sûr, ces documents partent -et c'est normal- de ce que vous êtes et de ce que vous voulez être... **pour** les gens, pour la population. C'est un corps, je ne voudrais pas dire «une caste» qui s'interroge sur ses objectifs de service de la population. Mais, le patient et sa santé en constituent-ils l'axe fondamental, l'interrogation décisive ? L'agent majeur n'en reste-t-il pas le médecin, qui, avec les autres travailleurs de la santé, cherche à mieux préciser les valeurs qui fondent son travail ?

Pourtant, ces valeurs ne peuvent se définir et se préciser que dans une démarche inductive, partant de ce qui se vit à la base, chez les gens, et qui est en perpétuelle évolution. Toute la déontologie de la profession découle des besoins et appels de la base.

Bien sûr, j'entrevois -et je pense que le travail de ces journées invite à le repréciser- ce que vous mettez en oeuvre

- ❖ pour enrayer la désresponsabilisation, cette démission du patient; et c'est toute l'éducation à l'autonomie;

- ❖ pour aider la personne à se situer dans une dynamique prospective; c'est spécialement la tâche de la prévention;

- ❖ pour que le «patient» ne s'isole pas, ne se referme pas sur son problème, pour situer la préoccupation individuelle de sa santé dans une perspective plus large de politique de santé. Politique de santé qui, sans la compréhension et l'appui de la masse, n'a aucune chance de réaliser, politiquement, sa percée.

↳ 3) Agents d'une authentique interdisciplinarité

Qu'en est-il de l'interdisciplinarité qui est un de vos objectifs majeurs ? Et cela, non seulement dans la vie interne des Maisons Médicales, mais comme ferment que vous voudriez contagieux ?

Objectif capital, non seulement pour un authentique travail en équipe, mais aussi dans l'intérêt du «patient». Là où dominant des «pontifes», le «patient» s'enfoncé inévitablement dans la dépendance et la passivité, marquées d'insatisfaction permanente et de revendications démesurées.

Comment le médecin ne resterait-il pas le personnage central, alors que toute sa formation est faite d'un savoir auquel on accroche une autorité hors pair, et dont découlerait une responsabilité principale et décisive? On peut parfois se demander si la difficulté de dépasser, dans la relation courante, un certain jargon médical ne recouvre pas le désir, plus ou moins conscient, de garder le privilège de son savoir comme garant de son pouvoir.

L'interdisciplinarité est un engrenage particulièrement exigeant, car elle n'a de sens que si on accepte d'aller sans cesse plus loin dans sa logique interne. Comment les uns et les autres, médecins, infirmières, kiné, psy, assistants sociaux... acceptent-ils vraiment de s'engager dans une relation d'authentique coresponsabilité, relation d'égal à égal, dans la reconnaissance de la complémentarité non-hiérarchisée d'apports différents, aussi indispensables les uns que les autres ?

Ne faut-il pas que se précise davantage la manière dont cela s'incarne sur le terrain, quelles sont les étapes d'entrée progressive dans une véritable interdisciplinarité, quelles en sont les réticences et blocages dus aux personnes et aux rôles différents; quelles sont aussi les modifications qu'elle entraîne dans la relation avec les «patients», quelles difficultés, mais aussi quels accroissements d'autonomie cela suscite chez eux ?

↳ 4) **Il m'a semble que deux aspects avaient peu de place, étaient passés sous silence dans les multiples documents reçus.**

(1) D'une part, l'argent.

Bien sûr, il est question à plusieurs reprises du refus du primat de l'argent, des raisons de s'opposer à la rétribution à l'acte, du financement des Maisons Médicales, d'une politique de santé conditionnée non avant tout par des facteurs économiques, mais au nom d'une approche de la santé. Très bien, tout cela.

Mais qu'en est-il, dans les Maisons Médicales, du vécu quotidien de l'argent, de la place qu'il occupe -ou n'occupe pas, et pourquoi- dans la relation au client, dans les relations entre les différents types de travailleurs de l'équipe, dans la psychologie de

chacun comme signe de sa valeur, de son autorité..., dans ses répercussions sur la vie familiale ?

Et cela, alors que l'argent est, dans notre culture, un signe symbolique très marquant d'une hiérarchie intouchable, l'expression des soi-disant différences de compétence et de responsabilité, et une possibilité, non plus symbolique cette fois, mais très palpable, de niveaux différents de vie pour soi et les siens.

(2) Un autre aspect étrangement laissé dans l'ombre: l'équilibre structurel et la collaboration d'égal à égal entre hommes et femmes.

Ce silence est-il l'indice qu'il n'y a pas de problèmes, qu'on est déjà au-delà de tout sexisme..., ou, au contraire, qu'on n'est pas encore arrivé à une conscience suffisante de la réalité vécue, ou que personne ne veut, ou n'ose, soulever une telle interrogation ?

↳ 5) **Le rôle de la Fédération.**

Enfin, et je termine par là, je me pose des questions concernant le rôle de la Fédération.

J'entrevois assez bien son rôle vers l'extérieur. Pour pouvoir peser efficacement sur les politiques de santé, au moins au niveau national, une Fédé a plus de poids qu'une Maison Médicale particulière. Bien que celle-ci peut avoir une action efficace au plan local.

Quelles énergies investit-on dans cette action vers l'extérieur, qui fait partie de votre volonté de modifier la politique générale de santé, et qui conditionne du reste assez largement votre travail sur le terrain ?

L'impact de la Fédération sur les questions de politique générale n'est

pas suffisamment connu, me semble-t-il. Comment faire mieux connaître son action ? Comment s'en donner les moyens financiers ?

Une plus grande publicité sur les objectifs que sont les vôtres et sur ce que vous réalisez serait souhaitable. Mieux connus, peut-être obtiendrez-vous -encore une utopie de ma part- que les médecins et autres travailleurs de la santé chevronnés, et pourquoi pas des «patients» qui disposent d'une assez large aisance, comprennent l'importance de votre combat et vous soutiennent entre autres financièrement.

Quant à la vie interne, quelle convergence y a-t-il entre toutes les Maisons Médicales sur certaines valeurs fondamentales, précisément celles que vous voulez réactualiser par des rencontres comme celle-ci ?

La Fédération a-t-elle une certaine autorité à ce sujet, entre autres pour agréer une Maison Médicale et éventuellement lui enlever son label ?

Mais bien au-delà d'un rôle éventuellement disciplinaire, qui n'est pas à négliger, la Fédération doit avoir une tâche principalement stimulante. Quels moyens lui donnez-vous pour cela ?

Tout cela pour que la Fédération, et chaque Maison Médicale, soit de plus en plus, comme il est dit dans vos textes, non pas un modèle, mais «une histoire, un endroit, un mouvement» (III, p. 18).

Telles sont quelques-unes de mes questions. A vous de juger de leur pertinence. Elles émanent, en tout cas, d'un regard critique, marqué de beaucoup de sympathie et d'admiration.

Assemblée plénière du samedi matin

Bénédicte Dubois

La santé, c'est d'abord un «processus dynamique» dans lequel la maladie occupe une place importante. La manière dont le patient pourra s'approprier «la maladie» contribuera à l'évolution de la santé.

Quelle place le thérapeute peut-il occuper dans l'acceptation de la maladie par le patient? Comment aider le patient à être autonome, à rester libre de ses choix?

- ↪ le respect du patient qui nécessite non seulement une relation d'égalité entre thérapeute et patient, mais aussi la connaissance de la part des travailleurs de la Maison Médicale des différentes cultures et des différentes conceptions de la santé.
- ↪ l'information du patient pour l'aider à faire ses choix en connaissance de cause.
- ↪ la démystification du pouvoir médical dans le but d'éviter l'infantilisme: travail de longue haleine qui devra se faire parallèlement au sein de la Maison Médicale et avec la population.

Telles sont les ébauches de réponses qui ont été exprimées ce samedi matin. Certaines d'entre elles ont été approfondies dans les ateliers de l'après-midi.

Deux axes ont été abordés :

La santé :

La santé est un processus dynamique. Même si une maladie survient, son évolution dépendra, entre autres, de la façon dont le patient «s'approprie» la maladie et vit avec.

La maladie fait partie de la santé.

Se pose la question de l'autonomie, de la liberté du patient. Comment l'aider à garder son autonomie et à rester libre de ses choix?

Proposition de lui fournir le plus d'informations possibles pour qu'il puisse choisir en connaissance de cause.

Le médecin doit être informé de ce qu'il fait (par exemple, via le CEDOSSP).

Le respect du patient :

- ✓ Inclure la notion de respect, de dialogue, dans la formation des médecins et des paramédicaux.
- ✓ Diminuer la notion de «pouvoir médical», démystifier ce pouvoir. Cela nécessite un travail de longue haleine car les gens sont habitués à une attitude de servilité. La démystification du pouvoir médical doit se faire parallèlement au sein de la Maison Médicale et avec la population. Il faut éviter que l'écart entre ce qui se vit en Maison Médicale et à l'extérieur ne soit trop grand.

Le pouvoir et l'autorité augmentent l'infantilisme.

- ✓ Important d'être au courant des différentes cultures, des différentes conceptions de la santé pour pouvoir les respecter. Il ne faut cependant pas perdre notre propre conception de l'humain et capituler.
- ✓ Nécessité de l'égalité entre thérapeutes, et entre thérapeutes et patients. Si l'égalitarisme n'est pas toujours souhaitable, la reconnaissance d'une valeur égale des différentes compétences est indispensable.

Cette utopie qui nous pousse à vouloir l'égalité entre patients et thérapeutes doit se réfléchir et se travailler en équipe avant d'être abordée avec la population.

Santé

Rapporteur : Pierre Drielsma Animateur : Jean-Michel Melis

Le groupe s'est d'abord préoccupé de la définition de la santé, de celle de l'O.M.S. à celle d'Alma-Ata, en passant par celle d'Illitch et celle de Pierre DE LOCHT. Les aspects subjectifs de la santé sont mis en exergue. Il est proposé de tenir compte d'une pluralité de définitions, d'une santé " plurielle " (ça s'est bien trouvé).

La proposition de Monique VANDORMAEL d'établir un tableau à double entrée, avec la double opposition subjectif/objectif et collectif/individuel est définie.

En plus de ces 4 aspects le groupe santé insiste sur le fait que la santé peut être envisagée à la fois comme un **état** ou comme un **processus**. Cela donne pour qui sait compter 8 définitions conjointes de la santé.

Certains intervenants insistent sur les aspects objectifs de la santé collective et individuelle. La " nature " de l'homme est de vivre approximativement une centaine d'année. Si on suit une telle population humaine au cours du temps (cohorte), la forme de la courbe collective de survie sera dans les conditions optimales un rectangle. Or la forme actuelle des courbes de survie est progressivement décroissante. Donc le but des services de santé (lato sensu) est de rectangulariser les courbes de survie.

Qui parle de la santé ? Les professionnels, les patients, les politiques ?

Pour certains la sensation de mal-aise est principale, pour d'autres, il ne faut pas oublier les données objectives. La santé, pour les médecins, c'est l'absence de maladie, pour les patients le bien-être (ou le contraire). Le système de soins

s'obsède sur l'individuel objectif. Les médecins doivent constamment faire des compromis entre leur perception de la santé et celle des malades. Les médecins sont-ils aptes à parler de la santé ? Pour d'aucuns, il s'agit d'une appropriation abusive, du fait qu'ils s'occupent de la maladie, ils s'arrogent la santé.

Manifestement chaque intervenant à son dada qui représente une **facette** du diamant " santé ". Peu d'intervenants peuvent (veulent) regarder le diamant avec suffisamment de recul pour le voir entier.

Si les courbes de survie se rectangularisent, les humains vivront mieux plus longtemps. Oui mais à quoi bon vivre vieux et en bonne santé, si c'est pour **s'emmerder seul** dans son HLM ?

Pour travailler les médecins ont besoin d'une définition de la santé fût elle imparfaite.

La santé définie par les experts est **anxiogène et culpabilisante** : "mange moins de cholestérol, mets ta p'tite laine pour aller voir les filles, recycle les cendriers. " Qu'en est-il du droit au suicide dans une société qui placerait la santé publique (vétérinaire) au pinacle ?

Et puis en deçà du suicide, quel droit gardons nous de prendre des **risques** ? Le risque est quelque chose de **grisant** de jouissif. Il est possible que le plaisir qu'on éprouve à prendre des risques s'accroît avec le progrès de la sécurité générale (alimentaire, logement, chauffage, sécurité sociale,...). Inversement la prise de risque n'est-elle pas une compensation à la **déshérence** sociale et/ou

psychologique (cas des toxicomanies, tabac, alcool, stupéfiants..).

Le groupe conclut que la (les) santé(s), se précisera(ont) dans un dialogue approfondi avec le patient. On définira un **Plus Grand Commun Dénominateur** (comme tout le monde sait, le PGCD est le **plus grand accord possible** entre deux réalités **distinctes**, ce PGCD est forcément **plus petit** que les deux parties en présence, plus les deux parties sont divergentes, plus le PGCD est petit) entre patient et thérapeute.

Dès lors la science doit nous aider à proposer des services aux patients. Mais ce sont eux qui disposent !

Mais alors qui parle de la santé ? Tous ceux qui ont quelque chose à vendre : les marchands de bracelets magnétiques, les fabricants de dépistage, les spécialistes du Sida, etc... .

Un participant s'interroge sur Alma-Ata : pourquoi les communautés locales ont-elles le **devoir** de préserver leur santé, pourquoi le CSI est-il **responsable** d'une communauté ?

Puisque les **marchands** de santé doivent apprendre à se taire, il faut apprendre à entendre les **consommateurs** de soins. Comment entendre leur parole ? Leur silence ? Comment faire émerger la parole des patients et des communautés ?

1° Il faut utiliser les associations de patients. L'associations de patients est un point fondamental de la **démocratie** dans les soins de santé. Pourtant nous avons connu des échecs cuisants. Pour la maison médicale de Barvaux, il faut investir dans la participation, mais pas un peu, beaucoup !

Il faut que l'association de patients devienne une **priorité**. Cela signifie que les soignants doivent être présents ! Et que l'association de patients doit disposer d'un permanent et de moyens économiques adéquats.

2° Nous devons aussi utiliser d'autres "médiants", comme des membres pertinents du réseau (Assistants sociaux, enseignants, éducateurs, etc.). A Cureghem, il existent des "relais santé" non professionnels.

Que disent les patients ? Seuls ou accompagnés ? Ils disent leur malaise. Ce malaise est social, sociétal ! Les médecins (et les Psy) sont incapables de répondre à cette demande. La réponse est ailleurs ! Mais alors: "Que faire ?" comme disait Vladimir Illitch Oulianov .

Il faudrait répercuter ce malaise en haut-lieu, crier, amplifier le son de la "misère du monde". Nous ne sommes

pas écoutés. D'aucuns se méfient de l'associatif car il court-circuite la représentation politique, il représenterait un contre-pouvoir illégitime. Cela est particulièrement vrai pour le P.S., qui souffre d'associatio-phobie. C'est hélas une réaction "normale" d'un parti dominant.

Un camarade propose une meilleure collaboration entre médecin généraliste et médecin du travail pour les mises au point toxicologique et le partage d'information à visée d'améliorer la surveillance épidémiologique des toxiques.

Les chercheurs ont peur, il n'est pas bien vu de s'abaisser à la politique. C'est mal vu par les pairs, et par les financeurs de toutes sortes. Le chercheur doit être muet et se cantonner à son domaine étroit. On ne peut attaquer les pouvoirs économiques. De plus ces pouvoirs ont à leur service une armée de chercheurs brillants et serviles.

Il faut que les Maisons Médicales s'engagent dans le combat politique, c'est la seule façon de répondre au mal dont souffre une majorité de patients. Ou bien stimuler les gens eux-mêmes à se défendre, à porter le fer dans le ventre de la bête marchande.

Les soignants peuvent être un catalyseur, mais ce sont les populations qui doivent prendre en charge leur lutte. Il faut travailler vers l'extérieur, se bouger. Qu'allons nous faire quand nous serons dans nos Maisons Médicales pour être porteur de ce message, de ce combat. Le véritable pouvoir est économique, les politiques sont subordonnés. L'économie est impalpable insaisissable.

Une des façons d'agir serait de disposer de statistiques de morbi-mortalité pour (ré)établir le lien entre déshérence et maladie. Il faut aussi tenir compte des témoignages. Les chiffres sont nécessaires mais pas suffisants.

Egalité dans l'équipe

Rapporteur : Monique Boulad Animateur : Marc Hombergen

Répartition des tâches

Vouloir que tout le monde fasse tout n'est pas possible ni rentable. La délégation de certaines tâches s'impose. Certaines Maisons Médicales fonctionnent avec un directeur. Les décisions essentielles restent du ressort de l'équipe.

Nommer une fonction permet:

- ↳ de la reconnaître
- ↳ de la soumettre à la critique.

Egalité salariale

Différentes opinions et pratiques se sont manifestées :

- ↳ L'égalité doit s'exprimer très concrètement au niveau de l'A.G., où chaque travailleur a une voix et au niveau des salaires par l'égalité salariale.

Il est nécessaire de dépasser le clivage entre tâches rentables et non rentables et de reconnaître que chaque fonction est indispensable et apporte sa contribution au travail de la Maison Médicale.

- ↳ L'égalité salariale est un facteur secondaire. La responsabilité portée par chaque travailleur est plus importante comme possibilité d'égalité que l'argent. L'essentiel est de ne pas faire naître un sentiment d'inégalité entre

les travailleurs malgré les différences de poids et de salaire. Certaines procédures permettent de mieux y arriver :

- ❖ accord sur le but;
- ❖ définition des tâches de chacun en tenant compte de son individualité;
- ❖ règlement de travail très nuancé;
- ❖ directeur qui règle les problèmes.

- ↳ Celui qui perd son salaire a une forme extraordinaire de pouvoir. L'égalité salariale est insultante pour celui qui autrement gagnerait moins. On ne peut pas faire abstraction du monde extérieur où le pouvoir de négocier, de signer, ... est reconnu au médecin. On peut mettre en place des systèmes d'égalité formelle mais les inégalités informelles, inégalités par nature, ne changeront pas. Est-il souhaitable de les changer ?

Egalité de l'investissement

Dans une équipe, les travailleurs n'investissent pas tous autant, ni de la même façon. Cela entraîne le sentiment d'être lésés chez ceux qui investissent beaucoup et un sentiment de culpabilité chez les autres .

Le surinvestissement de certains amène et entretient le sousinvestissement des autres : c'est le cercle vicieux !

Ils détiennent plus de pouvoir et d'informations, ce qui crée des inégalités et des tensions au sein de l'équipe.

Quelques solutions ont été proposées:

- ↳ Mandater certaines personnes pour des tâches définies et leur faire confiance pour leur exécution. C'est une reconnaissance et cela permet à chacun d'être plus à l'aise.
- ↳ Se réappropriier le projet par une discussion commune; cela permet d'évoluer ensemble et de mettre en place une dynamique intéressante.

L'égalité implique la reconnaissance et l'acceptation des différences de chacun, de ses capacités spécifiques et de son degré d'investissement.

Origine de la notion d'égalité dans l'histoire des Maisons Médicales

Cette notion fait référence à l'idéologie marxiste, voire communiste. Elle est née du constat de l'existence d'inégalités entre professionnels de la santé et patients et du désir de diminuer ou d'effacer ces inégalités. Pour être logique, on a appliqué l'égalité aux seins des équipes aussi.

Dans quelle mesure y réussit-on

- ↳ sur le plan des relations patients- professionnels ?

↳ sur le plan de la hiérarchie et de l'organisation ?

Pour y arriver il faut :

↳ que nous définissions notre idéologie politique.

↳ que nous mettions le doigt sur les inégalités qui existent.

↳ que nous prévoyions des procédures pour les réduire.

S'engager dans une Maison Médicale est un désir d'alternative par rapport à l'ordre social existant.

Egalité par rapport au projet

Pour certains, l'adhésion de chacun au projet est indispensable pour travailler dans une Maison Médicale. Pour d'autres, on peut accepter que des travailleurs viennent simplement y gagner leur vie sans souscrire à la charte pour autant qu'ils fournissent un travail de qualité et s'impliquent dans le travail en équipe; le discours idéologique est porté par ceux qui le désirent. Mais ne risque-t-on pas que les Maisons Médicales soient vidées de leur substance et ne se caractérisent plus que par leur structure ? Ou qu'elles soient des avancées glorieuses de la médecine libérale (cfr. Carton) ?

Définition proposée

Dans un contexte de lutte contre les inégalités sociales, l'égalité est un processus de diminution des inégalités existantes et constatées dans le partage du pouvoir par rapport à un projet commun auquel chacun adhère et que chacun s'approprie tout en reconnaissant les capacités spécifiques de chacun.

Egalité entre les patients

Rapporteur : Bénédicte Dubois Animatrice : Myriam Provost

L'égalité est une utopie.

Notre objectif :

- ↪ tendre vers moins d'inégalité
- ↪ tendre vers une équité d'accessibilité aux soins
- ↪ respect des différences
- ↪ accueil des demandes

Il existe des inégalités :

- 1) Les équipes ne peuvent faire face à toutes les demandes.
- 2) La prise en charge des toxicomanes a ses limites.
- 3) La Maison Médicale ne peut dépasser un quota de patients non en ordre de mutuelles.
- 4) Les maintiens à domicile, les hospitalisations à domicile sont très lourdes à porter par une équipe et doivent donc être limitées.
- 5) Les sidéens en stade final ainsi que les soins palliatifs nous confrontent perpétuellement à nos limites et nous mettent face à face avec les inégalités engendrées par le système de soins en Belgique.
- 6) Le milieu culturel (origine ethnique différente ou niveau social différent) engendre des inégalités.
- 7) Si une Maison Médicale est prise temps plein par 50 cas lourds, qu'en est-il des autres patients ?

Comment faire pour éviter l'inégalité des soins des « moins malades » au « profit » des cas très lourds et/ou très pompants ? Est-on attentif à leur demande parfois non-exprimée ?

Plusieurs pistes ont été émises pour essayer de réduire ces inégalités

↪ Toute demande doit être entendue.

Cependant, chaque Maison Médicale a ses limites. Les définir et fixer les critères de prises en charge peut faciliter la prise de décision d'acceptation ou de refus d'un traitement.

Refus ne veut pas dire fin du dialogue et fermeture des portes.

- Formation à l'écoute
 - Collaboration avec le réseau
- sont deux pistes proposées.

Il convient pour chaque patient de trouver la solution la plus adéquate à son problème.

↪ Collaboration avec le réseau nécessite une bonne connaissance de celui-ci pour pouvoir référer le mieux possible: connaissance des structures médicales, mais également des services sociaux, des maisons de quartier (cours d'alphabétisation, haltes-garderies)...

Il faut éviter de tout médicaliser.

- Le respect du patient et le dialogue avec lui.

➤ Les discussions en équipes et la connaissance des compétences de l'autre (transdisciplinarité) sont indispensables pour diminuer les inégalités. Discussions de cas, supervision sont des outils utiles pour notre combat.

↪ Définir nos limites peut susciter des solidarités (famille, amis) et peut donner la possibilité au patient de se repositionner face à sa maladie, lui fournir les moyens de cheminer vers l'acceptation de sa maladie.

L'aide de la famille ou de l'entourage peut être une condition indispensable pour assurer le maintien à domicile.

- Formation de l'équipe dans certains domaines plus précis :

Toxicomanie, sida, soins palliatifs, supervision avec ethnopsychiatre peuvent nous aider à rencontrer la problématique plus spécifique de notre population.

↪ Pour rencontrer les patients d'ethnies différentes, certaines équipes ont recours à des interprètes. Susciter la participation à des cours d'alphabétisation peut être très dynamisant et peut être un pas vers moins d'inégalité.

QUEL QUE SOIT LE MILIEU CULTUREL, LE NIVEAU ET LA QUALITE DE L'INFORMATION NE PEUVENT DIMINUER.

Il est parfois préférable que ce soit un autre membre de l'équipe que le

médecin qui fournisse les informations concernant un traitement

- L'existence de l'équipe, sa diversité, permet de mieux rencontrer la demande du patient et donne la possibilité à celui-ci de refuser un traitement.

↗ Le cheminement vers plus d'égalité suppose que l'on accepte une remise en question du traitement proposé. Cette remise en question est parfois plus facile à expliquer à l'infirmière ou au kiné qu'au médecin.

Il revient au thérapeute concerné de donner toutes les informations nécessaires au patient pour qu'il puisse maintenir son choix ou accepter d'en parler au médecin en connaissance de cause. Nécessité de démystifier le «pouvoir suprême» du médecin.

- La voix du patient doit être entendue.

↗ Le comité des patients nous paraît être réducteur. Comment rendre un comité représentatif et démocratique ? Comment gérer un comité de patients ?

Le plus important semble d'être à l'écoute du patient et de lui donner les moyens de s'exprimer. Réfléchir à différentes façons de susciter le dialogue et la participation des patients à la gestion de sa santé et ... de la Maison Médicale.

Proposition : enquête en salle d'attente, questionnaire, place de l'accueillante et être à l'écoute dans tous nos contacts individuels.

A un autre niveau, à Forest, les patients ont créé une ASBL : Solidarité-

Santé, pour aider les patients qui doivent faire face à des dépenses en soins de santé. Principe : chaque personne paie 30 fr par mois.

- Le fichier prévention, la connaissance des consensus de santé publique peuvent nous aider à rencontrer la demande non-exprimée des gens.

La rigueur peut nous aider à tendre vers l'égalité en nous poussant à avoir les mêmes exigences pour tous les patients (ex : mammographie pour les femmes de plus de 50 ans).

Proposition d'un échange des expériences intéressantes faites dans les Maisons Médicales.

Proposition de faire, dans le «Courrier», une rubrique «éducation santé», avec suggestion d'un calendrier reprenant les thèmes «chauds» suivant les saisons (ex: vaccination contre la grippe, intoxication au CO₂...)

La Fédération des Maisons Médicales pourrait créer un répertoire des différentes brochures existantes et le communiquer aux Maisons Médicales qui le souhaitent.

Ce calendrier ne doit cependant pas nous faire oublier les préoccupations spécifiques de notre population.

⊙ Au niveau politique :

↗ Interpellation des pouvoirs politiques sur deux thèmes précis :

- Le maintien à domicile. Celui-ci est plus coûteux pour le patient mais l'est moins pour la sécurité sociale.

- Les SDF, les non en ordre de mutuelle, les clandestins, affluent chez nous et cette situation convient aux CPAS et aux pouvoirs politiques. Nous ne pouvons cependant pas accepter cette situation qui est une source d'inégalités croissantes (nous avons nos limites).

L'interpellation des pouvoirs politiques et des CPAS nous semble, dès lors, très urgente.

L'échelonnement :

- Si, d'un point de vue idéologique, nous ne pouvons qu'être d'accord avec le principe de l'échelonnement, sa mise en application, d'ordre répressif, nous pose problème et risque, à nos yeux, d'engendrer plus d'inégalités.

En effet, le patient plus démuné ne pourra pas choisir d'aller directement chez le spécialiste sans être pénalisé financièrement.

Nous suggérons une INFORMATION DE LA POPULATION ET DU MONDE MEDICAL ET PARAMEDICAL SUR LES AVANTAGES ET LE BIEN FONDE DE L'ECHELONNEMENT AVANT SA MISE EN APPLICATION.

La Fédération des Maisons Médicales devrait être un partenaire des mutuelles et des médias pour collaborer à cette diffusion d'une information la plus complète et la plus juste possible.

Accessibilité

Rapporteur : Pascale Kusters Animateur : Olivier Mariage

Autour de ce thème, se sont retrouvés quatre généralistes, trois infirmières, une assistante sociale et un informaticien.

En partant des vécus sur le terrain, se sont dégagées des valeurs sous-tendues par nos pratiques ainsi qu'une réflexion sur les moyens présents, ou à mettre en place, pour élargir les champs d'accessibilité judicieuse.

1) Vers une définition de l'accessibilité

L'accessibilité des soins de santé à l'ensemble de la population est une valeur inscrite dans la culture. On la retrouve notamment dans la Déclaration des Droits de l'Homme.

La Fédération des Maisons Médicales en a fait un de ses objectifs dès sa fondation (1980).

L'accessibilité :

↳ est financière : le manque d'argent ne doit pas être un frein à se faire soigner, que l'on ait besoin d'un conseil du généraliste, d'une prothèse dentaire ou d'un scanner. Cela sous-tend aussi une système d'assurabilité très efficace.

↳ est culturelle : les gens disent : "avec vous, on sait parler". Ils perçoivent la place pour leur parole et entendent une façon de parler qui se veut proche d'eux.

↳ est sociale : elle s'inscrit dans le processus de vie de chacun, sans ségrégation. Elle s'inscrit dans un système suffisamment souple pour coller aux réalités d'une société où existent, par exemple, la pauvreté, la toxicomanie,...

↳ est temporelle : il y a nécessité à pouvoir donner une réponse quand le problème se pose, à régler les urgences quand elles se posent. C'est une demande fortement exprimée par la population.

↳ est géographique : intégration au lieu de vie des gens.

L'accessibilité aux "soins" est à prendre dans le sens "accès" possible, encore faut-il une démarche vers cette voie.

Etre accessible ne veut pas dire accéder à toutes les demandes.

2) Limites et difficultés en rapport avec l'accessibilité.

Elles ont semblé avoir été mises en lumière pour plusieurs équipes lors du passage d'un système à l'acte à un système au forfait.

Ces freins sont de plusieurs ordres.

a) Liés à l'actuel système de soins de santé.

Il a été exprimé par un généraliste que, même en améliorant l'accessibilité au "dialogue santé" avec les professionnels de la Maison Médicale, elle n'en voyait pas l'effet. Ceci pose les questions des objectifs et de l'évaluation de l'accessibilité.

Le système forfait est à contre-courant par rapport au système global qui tend vers des soins moins accessibles, au moins financièrement, et ce, alors que la précarité financière s'étend dans la population.

b) Liés aux Maisons Médicales elles-mêmes.

Des personnes non en ordre de mutuelle ou en séjour "illégal", ou encore

des enfants qui ont deux lieux de vie (divorce), se voient exclus des services d'une Maison Médicale au forfait.

Ceci soulève le problème de l'assurabilité et des possibilités d'accord avec les CPAS notamment. Les soins gratuits (ce n'est pas du vrai gratuit si on regarde les cotisations sociales, la part de l'INAMI, ...) posent problème à certains, pas à d'autres, dans la mesure où, ne pas payer dans une société où tout a un coût, peut enlever du sens à la démarche de mobilisation vers un soignant pour la santé, de l'ordre d'une perte de symbole.

Il semble aussi qu'être accessible ne se fait pas sans réveiller des mécanismes de défenses partiellement compensés par le fait de travailler en équipe: vu l'afflux de "cas lourds" et l'attraction que crée une Maison Médicale au forfait auprès d'une population particulière, peut s'exprimer du "rejet" de la part de l'équipe.

Il peut y avoir un risque aussi de déresponsabilisation des "politiques" : il existe des Maisons Médicales pour s'occuper des pauvres, on peut les oublier.

c) Liés à la démarche de santé.

Quelle est la place de l'accessibilité dans la construction d'une santé qui est à faire par chaque individu, chaque population ?

Est-ce que les populations quart-monde, pour qui les perspectives sont plus dans le court terme, adhèrent réellement à un projet Maison Médicale (prévention, transdisciplinarité, ...) ? Ils n'ont, quelque part, plus d'illusions sur leurs possibilités d'accès à la santé.

Propose-t-on une accessibilité inconditionnelle ? Doit-on le faire ?

On peut dire qu'il y a des difficultés. L'accessibilité est une obligation qui a un impact sur la réalité de travail et qui crée, chez les professionnels de santé des résistances, des défenses par rapport à ce qu'elle provoque : c'est le système qui doit être accessible.

Après une définition -avec ses utopies- et des réflexions sur la réalité, nous avons voulu traduire, en stratégies pour le terrain, notre volonté au niveau d'une politique de santé.

3) Moyens à mettre en oeuvre.

Localement, ont été retenus :

- ↳ Un accueil qui soit un garant d'une certaine accessibilité temporelle, culturelle et sociale: financement ?
- ↳ Le dossier médical, l'échéancier.
- ↳ Une bonne organisation des gardes.
- ↳ Le traitement des problèmes urgents.
- ↳ Des négociations avec les cpas.
- ↳ Renforcement de l'écoute des gens.

Au niveau politique de santé :

a) Politique générale

- ↳ Le ticket modérateur devient un ticket d'exclusion des soins pour certains, il n'a pas sa place.
- ↳ Il est urgent de simplifier, pour l'étendre, le problème d'assurabilité.
- ↳ Le forfait dentaire est une idée à développer.
- ↳ Les soins en Maison Médicale ont beau être accessibles, il n'en est pas de même pour les médicaments (il y a des problèmes politiques).

↳ Il faut avoir un souci, non pas tellement de soins qui coûtent moins chers, mais de plus d'équilibre entre les niveaux de vie des gens.

↳ Il y a certainement des choses à faire pour éviter que des gens n'aient pas d'existence légale en Belgique: il s'agit de problèmes internationaux.

↳ Le système de freins mis aux professionnels de santé qui surconsomme semble aussi adéquat.

b) Système forfaitaire plus souple.

↳ Les participants étaient d'accord pour que le système forfait s'étende pour autant qu'il évolue vers quelque chose de moins rigide. La majorité des participants n'était pas pour un forfait généralisé et imposé. Un généraliste estimait que cela serait une solution.

↳ Il semble important qu'un organisme soit garant de la vérification de qui entre dans le créneau CSI.

↳ Revalorisation du forfait au point de vue financier.

↳ Un forfait adapté aux "cas lourds" n'a pas été retenu comme solution.

↳ Un financement de base, par année de fonctionnement, et le système de cotation, et une aide au démarrage, et des financements à l'acte pour des prestations "délaissées" (comme des prestations de nuit payables), et des incitants aux résultats (comme 40% de population vaccinée tétanos vaut x points)

↳ Une participation financière des gens qui peut être demandée sans être obligatoire.

↳ Il a été souligné que l'aspect forfait est un soulagement pour les infirmières par rapport au travail à l'acte.

↳ Une équipe a proposé d'utiliser les trois mois à l'essai lors de l'inscription des gens pour leur permettre d'apprendre le cadre.

↳ D'une façon globale, une revalorisation financière par rapport au forfait actuel est nécessaire. On ne peut arriver à refuser un "cas lourd", chose qui se passe pourtant. Le financement doit permettre de prendre en charge tous les gens qui en font la demande.

4. Liens entre accessibilité et santé.

Croire que l'accessibilité entraîne la santé est un leurre. "La maladie fait partie de la santé, c'est un événement de ce processus qui peut s'accompagner d'une mobilisation dans le processus de vie. Les soins interviennent dans ce processus dynamique autrement qu'un produit à consommer, dans le sens d'un lien d'échange". O. Mariage.

Certains participants de l'atelier ont identifié, lors du passage au forfait, des "méconsommateurs", d'autres non.

L'écoute, qui se concrétise dans un lieu, un temps, une relation peut être une ouverture pour que les gens aillent mieux.

L'accessibilité ne peut casser une démarche personnelle des gens.

Il y a beaucoup d'éléments psychosocio-relacionnels sur lesquels on n'a pas de prise.

La réflexion n'a pas été plus loin pour cette question.

Autonomie du patient

Rapporteur : Axel Hoffman Animatrice : Anne Gillet

Abstract

L'autonomie est décrite comme une valeur individuelle: c'est la capacité de maîtriser son destin et d'exercer des choix en fonction de ses propres critères. C'est aussi une valeur collective: elle se construit dans la relation et par le dialogue, par la négociation de personne à personne.

L'organisation d'une activité qui se veut globale, continue, intégrée, accessible à tous est susceptible d'être utilisable dans n'importe quel but. L'autonomie du patient est ce qui donne sens à notre action.

Quelles sont les conditions d'une approche orientée vers l'autonomie du patient ? Il faut :

- ↳ que l'intervenant soit lui-même autonome;
- ↳ que la demande du patient soit abordée sous l'angle d'une occasion d'autonomie;
- ↳ que l'échelle de valeur du médical ne masque pas celle du patient.

Valeur collective, l'autonomie est aussi une valeur politique.

Compte-rendu des moments importants de la discussion.

L'animatrice rapporte les paroles d'un patient. On vient de diagnostiquer un cancer chez son épouse. Il demande au médecin de ne rien dire, de le laisser annoncer lui-même la maladie à sa femme. «Docteur, je me suis marié pour le meilleur et pour le pire. J'ai eu le meilleur, ne me volez pas le pire».

A l'opposé de cet exemple où la personne assume sa condition, le monde médical est toujours plus sollicité à intervenir dans de nombreux domaines à la place des personnes. Serait-ce que les gens sont de moins en moins autonomes ? Il y a, d'une part, le besoin de réassurance, de contact, l'isolement favorisé par la disparition de la famille, l'excès d'individualisme, et, de l'autre, l'envie du soignant de déborder de son propre rôle.

L'exemple de l'hôpital est frappant. Une infirmière affirme : à l'hôpital, on ne veut pas que le patient soit autonome.

Les messages de prévention, sous des dehors de maîtrise de son destin par la personne, se terminent souvent par la référence ambiguë : parlez-en à votre médecin. Les gens sont-ils si dépendants qu'ils ne peuvent intégrer seuls ces messages ?

Le paiement à l'acte n'est-il pas aussi un incitant au maintien de la personne sous dépendance ?

Nous vivons dans une culture médicale qui altère l'autonomie. Il faut se garder d'une illusion : le fait d'être «en demande» ne nous permet pas d'inférer que le patient n'est pas autonome. La tentation est grande pour l'intervenant de déterminer ce qui est bon pour le patient, y compris la tentation de déterminer ce qui est «autonome» pour lui... Donner la priorité au dialogue est la seule façon de constater s'il y a une relation de dépendance. Ainsi, il apparaît que l'autonomie du patient est d'abord le résultat d'une discussion, d'une négociation.

Dans la «gestion» de l'autonomie, il ne semble pas qu'il y ait grandes différences entre l'intervention en solo et le travail en équipe. Toutefois, l'équipe a plus de moyens, qui peuvent être utilisés pour son propre pouvoir. Un participant fait remarquer que le phénomène équipe apparaît au moment où le pouvoir individuel du médecin faiblit.

L'organisation d'une activité qui se veut globale, continue, intégrée, accessible à tous présente un danger potentiel pour l'autonomie et est susceptible d'être utilisable dans n'importe quel but : elle pourrait être mise au service de l'hospitalocentrisme, du pouvoir médical ou de tout autre objectif (les camps d'extermination étaient globaux, continus, intégrés et accessibles...). C'est pourquoi il est essentiel d'être clair : globalité, continuité, accessibilité et intégration, sont des outils; l'autonomie est la valeur que nous visons à travers eux et qui leur donne sens.

L'autonomie est la valeur que nous visons... mais qu'est-ce qui nous permet de juger de l'autonomie du patient ? Nous disons que, à l'inverse du monde hospitalier, «un patient non-autonome nous énerve». Pourquoi ? Dans la relation que nous avons avec le patient, n'est-ce pas aussi notre propre autonomie qui est en jeu ? N'y a-t-il pas un phénomène d'écho entre la «non-autonomie» du patient et celle de l'intervenant ? Cette «non-autonomie» ne met-elle pas notre pouvoir en échec ?...

Nous avons un projet d'autonomie pour le patient. Mais quel est le projet du patient ? Nos projets respectifs ne rentrent-ils pas en opposition ? Nos échelles de

valeur doivent-elles forcément être les mêmes ? La réponse à ces questions pourrait venir d'une meilleure compréhension du phénomène de l'autonomie, phénomène complexe qui apparaît de moins en moins comme un «donné», et de plus en plus comme une construction de l'interaction : il ne faut pas aborder le patient avec un projet pour lui, si ce n'est de permettre l'émergence de son propre projet. ⁽¹⁾

Et, dans le concret, que représente pour nous l'autonomie ?

Un tour de table avait permis d'énumérer quelques définitions.

L'autonomie, dans le concret, c'est, par exemple, apprendre au patient une technique d'injection. Ou, plus généralement, apprendre à gérer une situation qui pourrait se reproduire. Avoir une capacité de maîtrise. La capacité de choisir selon ses propres critères. Encore faut-il qu'il y ait un choix possible... ⁽²⁾

La seule autonomie que nous pouvons espérer favoriser est réduite au champ de la santé: c'est une ouverture dans un monde aliénant.

Un moyen de la promouvoir est l'éducation pour la santé.

Cette proposition a généré un trouble dans l'atelier. Car il y a toujours cette terrible ambiguïté de l'éducation qui donne les moyens de se déterminer en même temps qu'elle donne des règles venues d'ailleurs.

Dans la foulée, l'idée d'une «éducation à l'autonomie» apparaît. Ce concept paraît piégé pour certains des participants, qui y voient une antinomie fondamentale: apprendre à autrui les règles nécessaires pour s'autodéterminer. Il leur semble que l'autonomie ne peut naître que d'une recherche personnelle, notamment en réaction contre les règles apprises. C'est le paradoxe de l'injonction : sois libre ! Peut-on imposer l'autonomie ?

Une autre lecture de ce concept est exposée : c'est en développant la conscience du respect de l'autre grâce à

l'éducation que se posent les conditions du développement de l'autonomie du sujet.

Un deuxième moyen est de favoriser l'autonomie du soignant. Le soignant qui se sent responsable n'est pas autonome et ne peut ouvrir des champs d'autonomie pour son patient.

Un troisième est de redéfinir avec lui la plainte du patient «non-autonome qui nous énerve». L'appel au médecin à 4 heures du matin pour un rhume en est l'exemple type. Le soignant peut s'occuper du rhume en grommelant, il peut aussi refuser de se déplacer en tempêtant. Mais au lieu de se cantonner dans le technique ou d'invoquer de vagues règles de logique ou de bienséance, il peut sortir du cadre que l'appel lui impose et gérer avec le patient son angoisse ou son refus de limites.

De même, devant une personne qui se détruit, n'avons-nous pas tendance à justifier notre intervention en considérant que cette personne n'est pas autonome ? Que son autodestruction est un appel ? S'il y a une demande, plutôt que d'y répondre en imposant notre solution, ne devrions-nous pas sortir de la relation et reposer le problème ?

Sans oublier que, si le recours au monde médical déborde largement des limites du médical, c'est en partie parce que le médical est devenu un réflexe, un bain culturel. N'est-il pas important ainsi de redéfinir non seulement la plainte du patient, mais aussi notre propre rôle ?

L'autonomie porte d'autres paradoxes

L'autonomie du patient est une pure altérité, mais, en même temps, elle se définit en société. L'autonomie «seule» n'existe pas, ce n'est que du bon vouloir. Ce qui existe, c'est une personne qui se détermine en face d'autres personnes, qui, elles-mêmes, se déterminent : c'est une construction, c'est collectif. On ne peut avancer vers l'autonomie en entretenant avec autrui des rapports d'inégalité ou de dépendance.

Exemple des exclus : ils sont confrontés à la difficulté de préserver leur identité

culturelle, leur image de soi. Le souci de l'autonomie rend nécessaire l'inscription des soins de santé primaires dans une stratégie plus globale. Il pose la question du droit d'ingérence, et du devoir d'ingérence, comme dans le cas de l'enfance maltraitée.

La question de la prévention est un autre aspect du paradoxe de l'autonomie. Le risque d'imposer notre conception de l'autonomie est grand si nous affirmons des solutions; il est beaucoup moindre si nous parlons en tant que personnes, mais pas absent, car nous gardons toujours un reflet de pouvoir médical.

Quelles solutions peut-on envisager pour nous préserver des dérives du paradoxe de l'autonomie ?

La première est le souci de notre propre autonomie.

La deuxième est l'humilité par rapport à notre savoir. Il y a toujours dans le savoir sur le patient quelque chose que nous fabriquons, une sorte de patient fictif sur lequel nous pensons pouvoir travailler. Nous n'avons pas un savoir sur le patient, mais un savoir technique.

Ce savoir lui-même est limité: rien ne nous autorise à dire ce qu'est la bonne santé.

Tout ce que nous pouvons donner, ce sont des outils, et parmi les plus précieux, les outils de la critique de notre propre savoir.

La troisième est la prudence, notamment dans la communication «sur le patient» entre intervenants. Cette règle est encore

(1) Sur ce point de la relation intervenant-patient, l'utilité de la formation personnelle est évoquée, et la référence aux groupes de type Balint vient immédiatement à l'esprit.

(2) ...bien que sur la question du choix, la discussion puisse se poursuivre: est-il impossible d'être autonome en l'absence de possibilité de choix si nous envisageons l'autonomie comme la capacité de donner un sens... (remarque du rapporteur)

plus importante dans les équipes au forfait, où le patient n'a pas le choix des intervenants hors de l'équipe.

La quatrième est la conscience de notre position en tant qu'équipe. La prise en charge globale, par une équipe, est un moyen puissant de rapprocher les patients en détresse d'un plus d'autonomie

(par une aide très concrète); mais elle est aussi parfois «la dernière chance».

Il importe que l'équipe soit consciente de son idéologie, du risque de plaquer des idées sur le vivant.

Et consciente des risques d'une prise en charge massive, totalitaire.

Au plan politique

Les soins de santé primaires impliquent le concept d'autonomie. A l'exception de l'enseignement, les autres «mondes» négligent généralement ce concept. Est-ce parce que nous offrons un des rares lieux où les gens peuvent s'exprimer ? N'y a-t-il pas urgence à reprendre pied dans le politique, dans la vie civile...

L' autonomie de l'équipe par rapport au contexte politique

Rapporteur : A. Meert Animateur : Paul De Muynck

Les questions

- ↳ Quelle définition ?
- ↳ Les Maisons Médicales existent et se sont fixées un mode de fonctionnement spécifique à chacune d'elles.
 - ❖ Accepte-t-on de remettre en question cette autonomie par l'établissement d'un modèle commun de C.S.I. ?
 - ❖ En s'adaptant à un modèle "exogène" (c'est-à-dire émanant de la Fédé), que gagnons-nous ? Que perdons-nous ?
 - ❖ L'apparition d'un subventionnement ne présente-t-il pas un risque - d'institutionnalisation stérilisant ? - d'immobilisme institutionnel ?

Tentatives de réponses

I. Définition de l'autonomie par rapport au politique

- ↳ «Penser globalement, agir localement»
- ↳ Localement, les C.S.I (Centres de Santé Intégrés), constitués en ASBL, doivent être gérés par une A.G. (assemblée générale) où les travailleurs du C.S.I sont membres de droit
- ↳ les «extérieurs» sont d'office minoritaires (pour éviter une perte d'autonomie du C.S.I.) (voir remarque 1 infra);
- ↳ la population - patientèle est représentée (de droit) (participation active de l'utilisateur - du citoyen à la gestion du C.S.I.).

↳ Au sein des C.S.I., le respect de la **pluralité** paraît essentiel. Accepter les différences, les divergences, les conflits paraît être une condition essentielle de **respect de la démocratie**. La population est plurielle; nous devons être pluralistes et peut-être pluri-dépendants pour préserver notre autonomie.

↳ Cependant, d'aucuns rappellent, à juste titre, que cette pluralité n'équivaut pas à faire «n'importe quoi», «n'importe comment» avec «n'importe qui». Cette autonomie des C.S.I. - des équipes est «limitée» ou, mieux, doit s'intégrer dans le cadre d'un projet caractérisé par des **objectifs** et des **moyens** spécifiques. Evoquons brièvement les concepts de soins de santé **primaires, globaux, continus, intégrés, accessibles, d'équipes pluri-trans disciplinaires** prenant en compte la santé tant au point de vue psychologique que médical et socio-culturel.

L'adéquation entre les objectifs et les moyens se fait par ajustement progressif dans le cadre d'un processus dynamique de «**recherche-action**», où l'évaluation permanente est donc incontournable.

↳ En «amont» de ces objectifs et de ces moyens se situe notre **projet politique**, notre **idéologie**, caractérisés par certaines valeurs comme :

- ❖ l'équité, la justice, ...
- ❖ la liberté, la responsabilité,
- ❖ la démocratie, la citoyenneté,
- ❖ l'autonomie,

- ❖ la non-hiérarchie,
- ❖ l'autogestion,
- ❖ la solidarité.

Vécues (ou cherchant à être vécues) dans les relations à la fois au sein des équipes et thérapeutes/patients et avec l'ensemble des intervenants de la société globale.

↳ La **négociation du «décret C.S.I.»** a été motivée par une double volonté :

- ❖ d'une part, une «ouverture maximale» dans la définition des conditions d'agrément, assez larges;
- ❖ d'autre part, une «exigence» assez stricte dans les critères de subsidiation, assez «normatifs».

↳ Les C.S.I., les Maisons Médicales, ne paraissent, hélas, pas plus autonomes par rapport au politique que les **thérapeutes (M,K,I, ...) privés, libéraux**, au contraire parfois, surtout quand elles sont au forfait. Ceci dit, les subsides représentent en général une part très limitée du budget des Maisons Médicales.

↳ Le **pool d'honoraire** est, pour d'aucuns, le témoin, l'indicateur de l'existence d'un «véritable» projet commun. Il rend, en tous cas, l'équipe plus autonome, dans la mesure où il lui permet de choisir d'investir (en temps, en argent, les ressources humaines) comme elle le souhaite; il favorise l'émergence de fonctions comme le psy, l'accueil, le service social par rapport à des pratiques en solo, ou de groupes, ou d'équipes non poolées.

↳ Il existe une dynamique d'interaction positive entre pool d'honoraire et forfait même si l'un peut se concevoir indépendamment de l'autre. Néanmoins, l'un et l'autre sont décrits, par d'aucuns, comme des outils favorisant l'autonomie de C.S.I. et leur capacité à répondre aux besoins de la population.

↳ Nous pouvons nous interroger à deux niveaux :

d'une part, l'autonomie de la Fédération par rapport à la/au politique, d'autre part, l'autonomie des équipes par rapport à la Fédération.

❖ Cependant, que faut-il considérer comme son modèle exogène, le modèle libéral, privé ou l'utopie C.S.I. ?

❖ Enfin, les subsides ne conduisent pas à un immobilisme institutionnel; ils sont une contrainte librement consentie, un moteur à l'action, entre autres, permettant de contrebalancer l'excès de pouvoir médical.

❖ De plus, nous ne voulons pas d'un modèle, d'une utopie minimaliste, qui serait le plus petit commun dénominateur entre les équipes. Nous voulons un projet maximaliste, souple, adapté aux spécificités locales.

↳ Nous sommes convaincus que nous ne sommes pas plus autonomes seuls qu'en groupe. Nous gagnons plus que nous perdons, en travaillant en équipe.

Il y a probablement un parallélisme à faire entre la peur de certaines équipes de perdre leur autonomie par rapport à la Fédération et/ou au politique, d'une part, et, de l'autre, la peur de la perte du libre choix du patient. Dans les deux cas, les «modèles» peuvent être vécus comme contraignants ou, au contraire, comme dynamisateurs.

↳ L'autonomie doit avant tout être celle de la population dans la mesure

où c'est à elle à définir un «cahier de charges» définissant la «demande», les besoins ressentis, etc...; le C.S.I., sans les patients, les utilisateurs, n'a pas le droit de définir cette demande de façon «autonome», propre, isolée.

↳ La peur de certaines équipes face à une perte d'autonomie vis-à-vis de la Fédération, du modèle C.S.I., voire d'une exclusion de la Fédération doit pouvoir être prise en compte. Elle est peut-être proportionnelle, pour certains, à la «distance» (réelle ou fantasmée) qui les sépare du «modèle» et/ou à la participation +/- active à l'élaboration du modèle (vécu selon le cas comme endogène ou exogène).

↳ **La subsidiation n'est pas un danger par rapport à l'autonomie.** Chacun se définit avant tout comme militant du projet C.S.I., indépendamment du fait d'être ou non subsidié.

↳ Il existe une superposition partielle, mais partielle seulement, entre les **concepts d'indépendance et d'autonomie.**

↳ L'autonomie des équipes par rapport à la Fédération, et de la Fédération par rapport au politique doit être maximisée. Dans le cadre de la **subsidiarité** et de la **décentralisation**, priorité doit être donnée à l'échelon local, par opposition à une politique sclérosante, sclérosée, bureaucratique, technocratique, centraliste, ...

↳ Nous nous opposons, au nom de l'autonomie, à l'idée que le monde politique puisse, seul, décider, par exemple, des modalités de fonctionnement d'un C.S.I. Mais nous acceptons la légitimité de certaines contraintes (contrôle) du politique dans la mesure où l'**allocation de ressources** suppose des choix (autres que ceux définis par les seules **lois du marché** que nous refusons). Choix à réaliser avant tout par la population, les citoyens.

Remarque 1 : débat autour de la question relative à l'acceptation ou non par la Fédération de Maisons Médicales subsidiées par un CPAS ou une

mutualité ou un parti vécu comme incompatible avec notre volonté d'autonomie.

Quels sont les obstacles rencontrés au sein des équipes par rapport à l'autonomie vis-à-vis du contexte politique ?

↳ Que ce soit au sein des équipes elles-mêmes, ou, d'une manière plus globale, au sein de la Fédération, il existe incontestablement des **différences significatives par rapport «au politique»**, que ce soit au niveau de la stratégie à adopter, ou même, parfois, plus fondamentalement, au niveau d'objectifs. Ces différences intégrées au sein d'un débat politique sont souvent enrichissantes. Elles peuvent cependant aussi être paralysantes quand le débat démocratique n'a pas lieu, ou s'il ne permet pas de dégager un consensus.

↳ **Le mode actuel de financement des Soins de Santé** n'est pas adéquat par rapport au modèle des C.S.I.. En effet, il ne donne pas la priorité aux soins de santé primaires, il ne garantit pas l'accessibilité maximale aux soins, il ne permet pas une prise en charge globale (psycho-médico-sociale), ni continue au sein d'un épisode ou d'un épisode à l'autre, du berceau au tombeau, ni intégrée (prenant en compte le curatif, le préventif, l'éducation à la santé, la revalidation...)

↳ Il existe indéniablement un **manque de communication, globalement**, entre les citoyens et les décideurs de politique de santé, et, **localement**, entre les utilisateurs de service, les patients et les acteurs professionnels de santé (au sein des C.S.I.), mais aussi au sein du «réseau» psycho-médico-social loco-régional.

↳ La population, les citoyens, les patients, ne semblent pas «mûrs» ou pas «demandeurs» pour devenir «acteurs autonomes», en matière de définition d'une politique de santé ou, en tous cas, il ne semble pas, à l'heure actuelle, exister des **moyens démocratiques adéquats** pour formuler ce type de demande, de projet,

ou nous ignorons, en tant que travailleurs de santé, cette demande plus ou moins explicite/implicite...

↳ **L'absence de pluralisme au sein des actuels «pouvoirs décideurs»** (syndicat, mutuelle, INAMI etc...) paraît être un obstacle majeur;

❖ par rapport à l'établissement d'une politique de santé efficace;

❖ par rapport à notre travail de «lobbying» de ces structures.

En effet, d'aucuns expriment un malaise par rapport aux fractures multiples de la Belgique (Nord/Sud - Chrétien/Laïc - Flamand/Wallon/Bruxellois - etc) dans lesquelles ils ne se retrouvent pas.

↳ Nos équipes et la Fédération sont traversés, comme la société dans laquelle elles s'intègrent, par certains mouvements, par une certaine **mentalité, qui diabolise la/le politique et/ou l'économie** (c'est «sale», «impur») **qui la/le mystifie** («c'est trop complexe, c'est inefficace ce n'est peut-être à très long terme»).

Ce désinvestissement de la chose politique donne une fausse image/illusion de «pureté», d'autonomie»...

↳ De même, se rencontrent, au sein de nos équipes, un certain **atavisme du libéralisme médical** (qui se méfie des évaluations, des contrôles,...), et un certain **médico-centrisme** (dans le double sens d'une prédominance des médecins vis-à-vis des «para-médicaux, d'une part, et, de l'autre, dans le fait de privilégier, dans la santé, le volet médical «classique» par rapport au psychologique, social, économique, politique,...)

↳ Certaines équipes vivent difficilement le fait de se sentir «contraintes» de se «plier» à accepter des conditions minimales d'adhésion au décret C.S.I. qu'elles conçoivent comme un **modèle exogène** (pour avoir droit à des subsides). Certains se plaisent cependant à souligner le débat démocratique qui a traversé la Fédération dans le cadre d'élaboration de ce décret.

↳ **Un manque (cruel) de temps et/ou d'argent** hypothèque, **au niveau global**, l'efficacité du lobbying de la Fédération au sein des instances où elle est ou cherche à être présente. Au niveau **loco(régional)**, le même problème existe. Au **sein des équipes**, trop peu de temps est consacré au(x) débat(s) politique(s).

↳ La «chose politique», la «sphère politique» est un «art» qui se cultive. Il nécessite l'apprentissage d'un certain nombre de **pré-requis**, jugés souvent trop excessifs et donc démobilisateurs. En témoigne également le **fossé** qui existe entre les connaissances, les expériences de ceux qui gèrent la politique et l'intérêt, la curiosité («naïve») de ceux qui voudraient s'y impliquer.

N.B.: Les participants à l'atelier s'interrogent sur le sens du petit nombre de participants à l'atelier autonomie et politique ???

↳ Les travailleurs de santé tombent souvent dans le piège de **se centrer exclusivement sur leur relation intersubjective - interindividuelle avec les (leurs) patients**, sans se rendre compte de l'influence énorme du contexte politique sur le travail thérapeutique.

↳ Dans les équipes, souvent le **«curatif et l'organisationnel»** mangent le temps/l'énergie, tel un cancer.

↳ Les Maisons Médicales, d'une manière globale et, a fortiori, le sous-groupe de Maisons Médicales au forfait ne représentent, hélas, qu'un minuscule groupuscule peu influant face au reste du monde et au politique.

Il y a un problème de taille entre la souris et l'éléphant. Alors si, en plus, la souris se divise au cours de lutte fratricide, je vous laisse imaginer...

↳ **«Qui trop embrasse, mal étreint».** Il existe dans nos équipes, et peut-être à la Fédération, un chemin à faire dans le sens de poser des choix, c'est-à-dire d'accepter de limiter, de perdre, de

renoncer pour avoir le bénéfice de réaliser réellement et complètement nos objectifs (souvent trop vastes).

↳ Nous vivons au quotidien, dans certains contextes, **la peur de perdre nos patients**, que ce soit à l'acte ou au forfait. Cette peur peut être un obstacle à notre autonomie politique au sein des équipes; elle nous pousse parfois à nous résoudre à faire des choses qui sont en opposition ou incohérentes avec nos valeurs.

↳ Les **moyens et les objectifs** doivent être cohérents dans le modèle. Il existe parfois des contradictions (réelles ou apparentes) entre ces niveaux.

III. Remédiations et moyens pour favoriser l'autonomie de l'équipe par rapport au contexte politique.

↳ D'emblée, s'impose la nécessité absolue d'initier, entretenir, un **débat démocratique** au niveau local, régional, fédéral, au sein des équipes et au sein de la Fédération mais aussi à «l'extérieur», au sein d'institutions touchant de près ou de loin au concept de santé globale c'est-à-dire psycho-médico-socio-culturelle.

Au cours de ces débats démocratiques doivent se définir des concepts comme ceux d'objectif macro-micro politique, de stratégie, de représentativité, de délégation de pouvoir, de mandat, de contrôle (en amont et/ou en aval d'un mandat lui-même défini précisément ou, au contraire, dont seul le cadre global aura été précisé, etc...)

↳ La **décentralisation** de la Fédération **au sein des inter-groupes régionaux** paraît être une stratégie intéressante en vue de permettre une **«clarification des enjeux»**, un rapprochement des équipes et de l'institution Fédération.

↳ Il paraît essentiel **d'élargir/d'exporter les débats au sein des «cercles» (extérieurs à la Fédération)** qui, sur le terrain, à divers titres, participent à la réflexion autour de la définition d'une politique de santé (Mutuelle,

Syndicat de travailleurs, associations locales, CUMG, GBO, Universités, Ecoles de Santé publique, partis politiques, CMP, Ordre, groupes de garde...).

↳ **La négociation/finalisation d'un décret C.S.I.** spécifique et adapté à nos objectifs permettra de développer, au sein de la Fédération et des équipes, des stratégies/des outils efficaces conformes à notre projet global.

↳ **La (re)négociation d'un forfait** (au sein du groupe forfait entre autres) **découplé de la logique de l'acte** paraît être incontournable.

↳ Développer des outils/stratégies améliorant la «visibilité» de la Fédération, des concepts CSI-SSP-GICA est stratégiquement important.

En d'autres mots, il faut tout faire pour que la Fédération se positionne sur l'échiquier, prenne position dans tous les débats, se fasse (re)connaître et comprendre. Cette «visibilité», «lisibilité» doit être orientée à la fois vers l'extérieur, mais aussi à l'intérieur de la Fédération et de nos équipes.

↳ La question importante des définitions de **stratégies**, précisant le choix des **alliances** tactiques avec divers groupes de lobbying (c'est-à-dire groupes de pression) reste ouverte...

↳ Investir, au sein des équipes, au niveau «**d'action politique**» et **communautaire locale** paraît essentiel (partenariat avec CPAS, maison de quartier, membres du réseau psychomédico-socio-culturel, etc...)

↳ La «norme» C.S.I. est une utopie, un idéal, un absolu, une définition qui engendre une dynamique au sein des équipes et pas un carcan stérilisant.

↳ Notre (dé)marche vers ce paradigme peut-être envisagé comme un **processus** (c'est-à-dire quelque chose qui s'inscrit dans la durée) **continu**, par paliers.

↳ La notion de «**parrainage**» ou «**d'écologie**» interindividuel et/ou inter-équipe, collectif, est retenue comme moyen efficace pour diffuser les «compétences» en matière «politique».

↳ Il paraît cependant important de trouver un point d'équilibre (dynamique) entre deux polarités, à savoir le **professionnalisme**, la professionnalisation de la gestion politique, d'une part, et, de l'autre, la **participation de tous** à cette gestion (autogestion, citoyenneté, démocratie,...).

↳ **Dégager du temps et/ou de l'argent** pour la «gestion politique».

↳ Les concepts de «**qualité des soins, d'efficacité**» (rapport entre efficacité et coûts) permet de dépasser la pseudo-contradiction entre la politique de santé, l'économique et le politique.

↳ Pour certains, le forfait **diminue la peur du lendemain**, parce que les rentrées sont stables; cela **autonomise** l'équipe par rapport à la pratique à l'acte.

↳ **Stratégiquement**, plusieurs soulignent l'importance «d'investir» les **syndicats des travailleurs** (par opposition au syndicat corporatiste monoprofessionnel), et les **mutuelles**, organismes de défense des utilisateurs.

Globalité

Rapporteur : Pierre Arnoldi Animateur : Bernard Vercrusse

1) Ebauche d'une réflexion

Un premier tour de table a permis de mettre en évidence notre malaise par rapport à la notion, le concept de globalité.

Il s'agit sans doute de l'un de ces concepts mou, flou, revendiqué par nombre d'intervenants à la santé et le plus souvent utilisé de façon négative pour permettre à chacun de se différencier dans sa pratique (c'est ainsi qu'un homéopathe, pour se différencier des allopathes, parlera de prise en charge globale du patient).

On voit donc émerger pour la première fois la notion de spécificité :

↳ spécificité de notre définition de la globalité;

↳ spécificité du travail en Maison Médicale par rapport à la notion de globalité.

Cependant, axer la réflexion sur ces thèmes ne nous a pas permis d'apporter une réponse satisfaisante à la question de la spécificité.

2) Exploration du concept

Nous avons essayé d'établir une première grille d'analyse reposant sur une triple thématique.

1) Du point de vue du contact avec le patient :

↳ suppression des préjugés;

↳ écoute globale.

2) Du point de vue de la prise en charge par l'équipe des différents problèmes de la personne (problèmes multiples)

3) Du point de vue du rôle de l'équipe dans la globalité (points de vue multiples).

La grille proposée ne nous a cependant pas semblé entièrement satisfaisante. Aussi, nous lui avons substitué la grille d'analyse reproduite page suivante.

3) Idées essentielles

↳ La globalité sous-tendue par sa valeur essentielle le respect de l'individu- permet de se rendre compte des limites (de la «petitesse») de l'intervention du thérapeute.

↳ Les abus de la coordination au sein d'une équipe :

a) ne pas (re)connaître la volonté de la personne;

b) ne pas tenir compte de l'évolution propre de la personne;

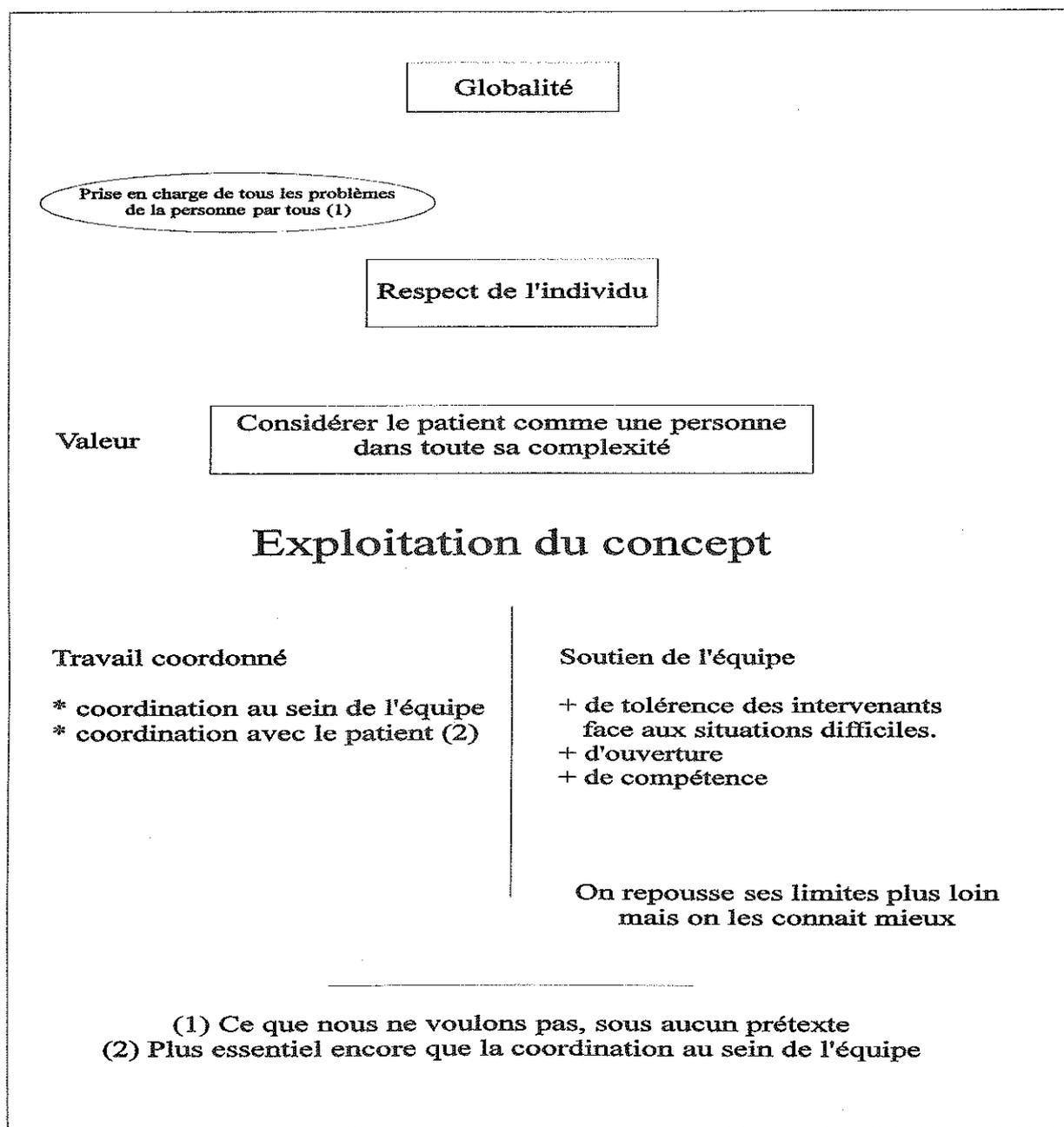
c) la trop grande perméabilité de l'information et le non-respect du secret médical.

↳ Les objectifs de la globalité:

a) rendre plus efficace la prise en charge;

b) apporter un «mieux-être» à la personne;

c) faire de la personne un intervenant à part entière participant à la décision.



4) Deux ou trois réflexions... pour relancer le débat

↳ Qu'est-ce que l'élaboration d'une «Charte» ?

↳ L'essentiel de notre démarche ne réside-t-il pas dans la dynamique propre de nos échanges et de nos réflexions lors des ateliers ?

↳ Notre spécificité, pour autant qu'il y en ait une, ne prend-elle pas sa source dans cette dynamique même ?

Convivialité

Rapporteur : Thierry Wathelet Animatrice : Geneviève Roger

1) La convivialité et l'objet social.

Objet social = soins de santé primaires
= travail en équipe.

1.1) Sont-ils compatibles ?

Oui ++ et même *essentiels*.

Mais obstacles :

- ↳ temps
- ↳ argent (discussion à propos de)
- ↳ conflits à propos de l'adhésion au projet équipe (manifestés souvent dans conflits anciens/nouveaux)
- ↳ abus de pouvoir, manque de respect.

1.2.) Priorités ?

- Définir les objectifs et y adhérer.
- Pouvoir exprimer les conflits (importance de la parole)
- Avoir la confiance des autres et faire confiance
- Utiliser des «trucs» du type repas, fêtes d'anniversaires dans l'équipe, soirées cinéma, etc...

2) La convivialité au service du patient

2.1.) Quelle convivialité vivons-nous avec la population?

Divers exemples de comités de patients qui ont périclité à cause :

- ↳ manque d'implication de l'équipe;

↳ manque de représentativité des patients;

↳ désir non exaucé de rencontrer les thérapeutes.

Souhait de plusieurs Maisons Médicales de recréer des comités de patients suite à l'enquête sur la prévention.

Autres exemples:

- ↳ Journal
- ↳ Boîte à suggestion
- ↳ Barbecue avec les patients
- ↳ Rallye santé
- ↳ Cahier d'expression destiné aux patients en salle d'attente
- ↳ Ballades
- ↳ Visites
- ↳ Tutoiements

Patients apportent cadeaux aux thérapeutes (cake maison, tarte, pralines, etc...).

Quand la population est défavorisée, les contacts sont parfois plus faciles.

Dans les Maisons Médicales à population étrangère, il peut exister un racisme entre les nationalités différentes qui contrecarre une convivialité.

2.2.) Comment mettre la convivialité au service du patient ?

Convivialité par comité de patients permet une solidarité entre les patients => prêt de matériel (aérosols, béquilles etc...)

La convivialité de l'équipe permet de mandater des membres de l'équipe à des réunions extérieures concernant la vie sociale du patient.

Démystification du thérapeute => il est une personne comme une autre.

Les patients trouvent manifestement «autre chose» dans les Maisons Médicales au niveau relationnel.

2.3.) Risque d'intrusion plus grande ?

Excès de familiarité peut gêner le rapport soignant/soigné.

Nécessité de maintenir un cadre au sein duquel peut s'exprimer la convivialité et rester disponible.

Quand trop de proximité avec patient -> risque d'imposer au patient notre façon de voir les choses et d'empêcher le patient de faire sa propre analyse.

3) Action politique ?

Question difficile à aborder car mal comprise par le groupe.

Peut-être :

- ↳ convivialité entraîne solidarité qui peut être modèle politique;
- ↳ action solidaire et unifiée a plus de poids;
- ↳ modèle convivial va entraîner société de l'être plutôt que de l'avoir.

Assemblée plénière du dimanche

Bénédicte Dubois

L'objectif de ce dimanche matin était d'essayer de tirer les éléments importants des ateliers pour permettre de tracer les grandes lignes de notre charte.

Objectif présomptueux auquel nous ne pouvions arriver sans avoir répondu au préalable à quelques questions fondamentales :

Pourquoi voulait-on une charte ?

Que voulait-on y mettre ?

Comment finaliser sa rédaction ?

Pourquoi une charte ?

La charte peut être l'occasion de nous redéfinir, de traduire la recherche de «notre identité». Identité remise en question par l'arrivée de plus jeunes qui ne partagent pas toujours la même révolte que les pionniers et qui, par leur attitude, leurs interrogations, conduisent à une remise en question qui ne peut être que bénéfique.

La charte sera aussi l'occasion de nous situer par rapport au politique. A une époque où les oppositions peuvent venir de tous côtés, disposer d'un document de base pour se positionner par rapport au politique s'avère indispensable.

La charte pourra enfin être un moyen d'augmenter notre visibilité. Visibilité qui est jugée par la plupart comme insuffisante. Aussi, plusieurs idées sont émises au passage pour accroître celle-ci :

- ↳ la recherche de relais dans la presse
- ↳ la présence de la Fédération des Maisons Médicales lors des grands débats concernant la sécurité sociale...
- ↳ être porteur vis-à-vis de l'extérieur et des patients de ce qui se vit, se discute au sein des Maisons Médicales.

Contenu de la charte

Si certains d'entre nous souhaitent y voir des objectifs très concrets et très proches de notre pratique, la majorité désire que la charte soit stimulante et mobilisatrice. Dans cette perspective, les objectifs plus lointains et utopistes y trouvent toute leur place.

Une des spécificités des Maisons Médicales est la réflexion permanente qu'elles mènent pour une meilleure politique de santé. le cheminement vers la rédaction de la charte en est une étape. Il existera toujours un décalage entre ce qui sera écrit et ce que vivront les Maisons Médicales. Décalage porteur de changement et d'évolution...

Si jusqu'à ce jour, nous avons plus réfléchi à un changement de la politique de santé, il nous semble important d'élargir notre réflexion à la politique en général.

De même, la place de l'individu par rapport à une politique de santé publique doit être sauvegardée. Les deux pôles doivent être maintenus en tenant compte de tous les intervenants et de la liberté du patient.

Enfin, une réflexion concernant notre conception de la sécurité sociale y trouvera sa place.

Quelles procédures?

Nous avons émis l'objectif (peut-être utopiste) de présenter notre charte lors d'un congrès organisé cet hiver.

Aussi, l'impératif temps nous oblige à trouver un mode de travail démocratique et efficace. Ce qui fut proposé :

↳ La réflexion est menée dans les différents intergroupes avec un délégué de la Fédération des Maisons Médicales

↳ Création d'un comité de rédaction ouvert à tous. Celui-ci se chargera de l'envoi d'un texte martyr qu'il enverra aux équipes avant la rédaction finale de notre charte

↳ Toutes les équipes, y compris les absentes, seront conviées et tenues informées de l'évolution des travaux.

Fédération des Maisons Médicales

Collectifs de Santé Francophones

G.E.R.M.

Périodique mensuel

Bureau de dépôt : 1060 Bruxelles 6

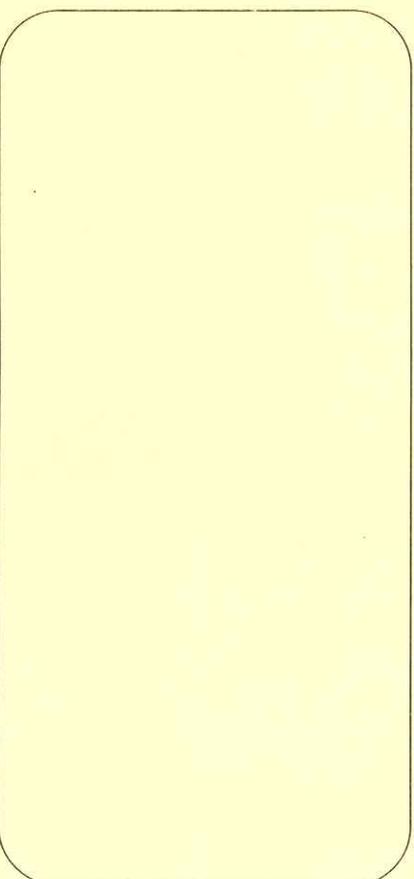
Éditeur responsable :

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

 534 44 46

 534 20 97

Réalisation : Gestion Assistance – ASBL



Hors série : Actes Le Coq - juin '95

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