

Santé conjuguée

décembre 2015
numéro 73

Périodique de la Fédération des
maisons médicales et des
collectifs de santé francophones
Prix au numéro : 10 euros

POLITIQUE / Santé mentale :
la réforme se poursuit /

POLITIQUE / L'économie peut-elle ouvrir
une voie pour le changement social ? /

VARIA / Maisons médicales sur réseau
social ? Quête de sens et vigilance /

SANTE PUBLIQUE / L'e-cigarette :
autre voie vers le sevrage ou nouvel
avatar du tabagisme ? /

RÉSONANCE / L'énergie, vecteur
d'accompagnement social /

INTERNATIONAL / Regards croisés
entre le Portugal et la Wallonie /

DOSSIER

ARCHITECTURE

la quadrature du cercle

ET SOIN

Santé conjugué est une revue née de la fusion du «*Courrier de la Fédération des maisons médicales*» et des «*Cahiers du GERM*» (Groupe d'étude pour une réforme de la médecine).

Elle parle de la santé des gens et de ce qui la détermine. Dans une approche pluridisciplinaire, elle diffuse réflexions, témoignages, recherches, projets et analyses qui touchent à la santé des personnes et des communautés. Elle souhaite mettre ainsi en perspective les pratiques et les systèmes de santé dans leur inscription communautaire et sociale.

Santé conjugué s'adresse à toute personne qui choisit d'être acteur de la santé dans la cité. ■

Équipe de rédaction :
Marianne Prévost
Marinette Mormont
Gaëlle Chapoix
Claire-Marie Causin

Conception du dossier :
L'équipe éducation permanente de la Fédération des maisons médicales

Coordination & production :
Corinne Nicaise

Photos : **Fabrice Gillet**

Mise en page : **Fabrice Gillet**

Dessins : **Jean-Michel Prévost**

Imprimerie : **Hayez**

Abonnement annuel (frais de port compris)

Belgique 30 EUROS

CEE 45 EUROS

Autres 50 EUROS

Prix au numéro 10 EUROS

IBAN BE55 8792 5632 0144 (BIC : BNAGBEBB)

Editeur responsable: Isabelle Heymans

Fédération des maisons médicales
et des collectifs de santé francophones
boulevard du Midi, 25 bte 5
1000 Bruxelles
Tél.: (32) 2 514 40 14
Fax: (32) 2 514 40 04
Mail : fmm@fmm.be
Site internet : <http://www.maisonmedicale.org>

Les articles publiés par *Santé conjugué* n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction. La revue n'accepte pas de publicité.

Les textes parus dans *Santé conjugué* peuvent être reproduits après accord préalable de la revue et moyennant mention de la source.

Pour tout renseignement complémentaire: Fédération des maisons médicales, (+32) 2 514 40 14.

Les données nécessaires à l'envoi de nos publications sont reprises dans nos fichiers automatisés. En application de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée, vous avez le droit de consultation et de correction.

Avec le soutien des services de l'Éducation permanente de la Communauté française, du ministère de la Santé de la Région wallonne et de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale

ÉDITO



L'automne a mal commencé pour la médecine générale: les 10,2 millions d'euros prévus pour renforcer les postes médicaux de garde ont été gelés. Décision annoncée mi-octobre par la ministre de la Santé publique Maggie De Block. Amertume, déception et colère dans toute la profession¹: cette décision balaye de manière unilatérale les accords précédents.

Logique de cette décision: économique, paraît-il. Bizarre: une garde en première ligne, bien organisée et bien soutenue, pourrait diminuer le recours aux urgences hospitalières – et le coût d'exams souvent inutiles. Au bénéfice du patient: le médecin généraliste offre une meilleure réponse à certains problèmes, même lorsqu'ils surviennent le soir ou le week-end. Et dans certaines régions il est bien plus accessible que l'hôpital! On pourrait imaginer qu'un ministre de la Santé publique sache tout cela, ou alors qu'il demande l'avis des généralistes: eh bien non. Austérité point barre.

L'union sacrée de la profession s'est constituée contre cette décision ministérielle. Le cabinet a reçu les contestataires et a tenté de les rassurer. La médecine générale est sortie de cette réunion de conciliation ragaillardie mais plus méfiante que jamais. Les semaines qui viennent nous montreront comment se terminera cette crise entre la médecine de famille et un de ses anciens membres.

Gare à un autre projet du Gouvernement, justement qualifié d'«abject» par Solidaris: la remise au travail après deux mois d'incapacité – les mauvaises têtes risquent de perdre 10% de leurs indemnités journalières. Mais la Ligue des usagers des soins de santé mène l'enquête: de quoi nourrir les interpellations qu'elle prévoit de lancer vers Madame De Block et Mr K. Peeters (Vice-Premier Ministre et Ministre de l'emploi).

Restons légers: le Petit Menteur propose, pour différents mots bien installés dans le vocabulaire socio-politique d'aujourd'hui – 'austérité' par exemple - trois définitions: 'néolibérale', 'progressiste' et 'décalée'. Instructif, réjouissant et créatif: le lecteur peut ajouter d'autres mots et définitions à la version de lancement. C'est une campagne des Equipes populaires².

Une vraie bonne nouvelle: le 6 octobre, plus de 3 263 920 signatures contre le TTIP (partenariat transatlantique de commerce et d'investissement) et le CETA (Comprehensive Economic and Trade Agreement) ont été remises à la Commission européenne, en provenance de 28 pays européens. C'est un succès sans précédent, d'autant plus remarquable que cette initiative européenne avait au départ été refusée par la Commission. La campagne d'opposition au TTIP et au CETA continue³.

Garder le sourire est un sport de combat!

1. Cf communiqué de presse: Le médecin généraliste de garde se préoccupe plus du patient que la Ministre Maggie De Block signé par le FAG (Forum des associations de généralistes), la FAMGB (Fédération des associations des médecins, généralistes de Bruxelles), Domus Medica (association de médecins généralistes flamands), et Wachtposten Vlaanderen, le GBO (Groupement belge des omnipraticiens) et l'ASGB (Algemeen Syndicaat der Geneeskundigen van België) réunis en Cartel avec le MoDeS, l'ABSyM-BVAS (Association belge des syndicats médicaux-Belgische Vereniging van Artsensyndicaten), AADM (Alliantie Artsenbelang-Domus Medica) et le SVH (Syndicaat van Vlaamse Huisartsen).

2. http://www.equipespopulaires.be/IMG/pdf/petit_menteur_leger.pdf

3. <http://action.sumofus.org/fr/a/ttip-ceta-french>

RUBRIQUES

Politique

4

Santé mentale : la réforme se poursuit

Olivier Mariage, médecin généraliste, directeur de la maison médicale Le Gué à Tournai, permanent politique à la Fédération des maisons médicales

8

L'économie peut-elle ouvrir une voie pour le changement social ?

Ingrid Muller, chargée de projets en Education permanente à la Fédération des maisons médicales

Varia

12

Maisons médicales sur réseau social ?

Quête de sens et vigilance

Olivier Schmitz, sociologue, chercheur à l'Institut santé et société de l'université catholique de Louvain et Gaëlle Chapoix, chargée de projets en éducation permanente à la Fédération des maisons médicales

Santé publique

17

L'e-cigarette :

autre voie vers le sevrage ou nouvel avatar du tabagisme ?

Cédric Migard, chargé de projet, chargé de projet au Fonds des affections respiratoires – FARES

Résonance

21

L'énergie, vecteur d'accompagnement social

François Grevisse, Centre d'appui SocialEnergie (FdSS)

International

24

Regards croisés entre le Portugal et la Wallonie

Jean-Luc Belche et Alexandra Sousa, médecins généralistes à la maison médicale Saint-Léonard et doctorant au département universitaire de médecine générale de l'université de Liège

ARCHITECTURE ET SOIN

La quadrature du cercle

DOSSIER

I - Un questionnement introductif

35

De la santé à l'architecture, petit arrêt sur les mots

Marinette Mormont, journaliste à l'agence Alter

36

L'architecture, levier pour la santé ?

Sylvie Reversez, journaliste architecte

38

Repenser notre manière d'habiter

Pierre Vanderstraeten, urbaniste, sociologue

II - Architecture des lieux de soins

Chapitre 1 - L'architecture de l'hôpital

44

L'hôpital du passé et d'aujourd'hui : quels enseignements pour demain ?

*Marie-Pierre Tourneur, architecte, Partner Assar Architects,
Director Assar Architects, professeur à l'école de santé publique de
l'université libre de Bruxelles.*

47

Patient et hôpital : l'hospitalité est (aussi) dans les murs

Marinette Mormont, journaliste à l'agence Alter

49

Pousser les murs

*France Defrenne, chargée de projets en éducation permanente à la
Fédération des maisons médicales*

Chapitre 2 - L'architecture du centre de santé intégré

56

Ce qu'ils en disent

*L'équipe éducation permanente de la Fédération
des maisons médicales*

60

Le bâtiment : des normes et des valeurs

*Interview de Bernadette Witters, inspection des associations
de santé intégrée en Région wallonne par Christian Legrève,
responsable du programme Education permanente à la Fédération
des maisons médicales
Rédaction Marinette Mormont, journaliste à l'agence Alter.*

62

Architecture des centres globaux

*Gaëlle Chapoix, chargée de projets en Education permanente de la
Fédération des maisons médicales.*

66

L'architecte, artisan d'une santé globale

Marinette Mormont, journaliste à l'agence Alter

Chapitre 3 - Lecture thématique

70

Architecture des lieux d'enfancement

*Gaëlle Chapoix, chargée de projets en Education permanente à la
Fédération des maisons médicales*

74

Soins de santé mentale et architecture

*Christian Legrève, responsable du programme Education
permanente à la Fédération des maisons médicales*

Chapitre 4 - Conduite de projet

78

C'est au pied du mur...

*Christian Legrève, responsable du programme Education
permanente à la Fédération des maisons médicales*

82

Boucher les trous

Rencontre avec Luc Mabille, architecte

84

III - Perspectives

SANTÉ MENTALE : LA RÉFORME SE POURSUIT /

Depuis ses débuts en 2010, la réforme en psychiatrie 'psy 107' a déjà été largement abordée dans Santé conjugulée¹. Rappelons qu'elle répond à des directives de l'Organisation mondiale de la santé recommandant la désinstitutionnalisation, ce qui est bien nécessaire en Belgique : ce pays est champion, avec Malte, du nombre de lits psychiatriques - 15 fois plus qu'en Italie. Une nouvelle phase de la réforme s'amorce aujourd'hui ; les enjeux sont importants, y compris pour les maisons médicales. Analyse critique d'Olivier Mariage.

Olivier Mariage, médecin généraliste, directeur de la maison médicale Le Gué à Tournai, permanent politique à la Fédération des maisons médicales.

Une réforme nécessaire

L'Organisation mondiale de la santé recommande de fermer progressivement les lits psychiatriques et d'affecter les moyens ainsi dégagés à des dispositifs permettant d'accompagner les patients dans leur milieu de vie ; cela a été bien précisé dans la déclaration d'Helsinki, signée par la Belgique en 2005. Dans ce processus, les centres de soins de santé primaires (donc chez nous, les maisons médicales), sont appelés à jouer un rôle croissant.

Le budget des hôpitaux psychiatriques a augmenté de 53% en 10 ans, en plus de l'inflation, comme le reste du budget de l'INAMI. Il atteint 1,305 milliard d'€ en 2015. Fermer la moitié des lits psychiatriques permettrait de dégager 652 Mo € pour la Belgique, et donc 202 Mo € pour la Wallonie. Si ce chiffre ne vous parle pas, sachez qu'il correspond approximativement au financement de 4000 emplois.

(source service public fédéral)

1. « Les maisons médicales à l'ère du 'psy 107' », Olivier Mariage, *Santé conjugulée*, mars 2015 ; « Psychiatrie : l'amorce du virage ambulatoire », Olivier Mariage, *Santé conjugulée*, avril 2010.

En 2010, le fédéral a lancé un appel à projets aux hôpitaux psychiatriques, les invitant à « geler » un certain nombre de lits, et à consacrer les moyens dégagés en personnel à la constitution d'équipes mobiles chargées d'assurer un suivi à domicile. Parallèlement, des réseaux sont constitués autour de cinq fonctions (en bref : prévention et dépistage, suivi à domicile, réinsertion sociale, hospitalisation et logement).

Du côté francophone, 6 projets ont vu le jour en Wallonie (Tournai, Mons/Leuze, Manage, Namur, Liège et Verviers) et 2 à Bruxelles (Titeca/UCL et Hermes). Pour amorcer la pompe, chacun de ces projets a reçu une enveloppe annuelle de 400.000 € pour le fonctionnement du réseau, 225.000 € pour les honoraires des psychiatres et 100.000 € pour le salaire du coordinateur.

Nouvelles directives : on avance ... ?

Ces projets pilotes ont fait l'objet d'une « évaluation » en 2015, ils se terminent et l'on entre donc dans une phase structurelle. Cette évaluation a été pour le moins succincte : du pur *top down*. Le service public fédéral s'est contenté de regarder si les projets étaient bien rentrés dans le moule ; les acteurs de terrain n'ont pas réellement eu l'occasion de faire leur analyse. Le modèle n'a pas été questionné. Or n'est-ce pas là l'intérêt des projets pilotes ? Le service public fédéral a donné, de manière informelle (rien n'a été officialisé), ses directives pour les années qui viennent. En résumé :

on continue de la même manière, mais il faudra couvrir tout le territoire, il ne pourra pas y avoir d'overlap (recouvrement), l'enveloppe des 400.000 € destinée au fonctionnement est supprimée, les équipes mobiles devront comporter huit équivalents temps plein pour 100.000 habitants, le territoire de chaque réseau devra comporter un hôpital psychiatrique.

Cette volonté d'avancer est bien évidemment réjouissante, mais de nombreuses questions restent posées.

remettre une couche avec la constitution des réseaux santé mentale enfants-ados qui, eux, doivent coller aux provinces...

Ajoutons que les services de soins palliatifs, les centres locaux de promotion de la santé - CLPS, les services intégrés de soins à domicile - SISD..., eux aussi, ont chacun des territoires différents.

Or, si l'on défend l'idée que le centre du système de santé doit être le patient dans son milieu de vie, il est

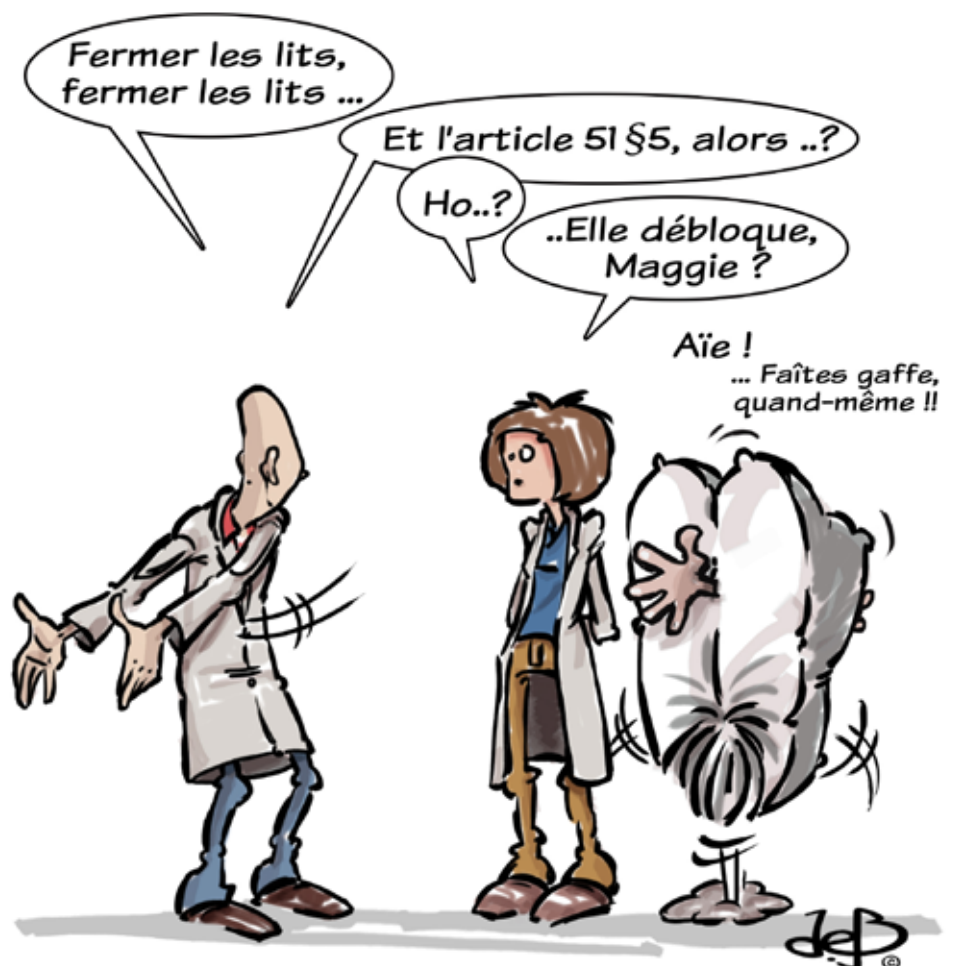
Les réseaux resteront informels ; c'est la meilleure manière de laisser les hôpitaux, qui concentrent les moyens, au centre du dispositif.

Aucune directive concernant les territoires

C'est aux réseaux de négocier entre eux ; les pouvoirs publics n'interviendront qu'en cas d'impossibilité de conclure. On appréciera le fait de laisser le terrain décider, mais ceci pose la question de la territorialisation.

Dans les réseaux, les poids lourds sont les hôpitaux, qui ont leurs propres « zones d'influence ». Ils pèseront donc de tout leur poids dans la négociation. Or, la première ligne dispose déjà d'une territorialisation officielle (les « zones de soins » en Wallonie) qui est en phase avec les cercles de médecine générale et les centres de coordination : si les pouvoirs publics souhaitent que les généralistes s'impliquent plus dans le travail de réseau, il importe de faire en sorte que l'on partage des territoires communs. D'autant plus que la complexité territoriale en santé mentale est déjà énorme aujourd'hui : réseaux, plateformes, soins psychiatriques à domicile - SPAD et réseaux assuétudes ont des territoires différents. On vient d'en

clair que le système doit se construire à partir de la première ligne (niveau de proximité) ; la seconde ligne doit venir en appui et s'emboîter autour de la première. Ce n'est pas cela qui se profile, mais bien une deuxième ligne construite à partir des zones d'influence des hôpitaux. L'hôpital reste au centre : le patient, comme les soignants, n'ont qu'à s'adapter.



Obligation de présence d'un hôpital psychiatrique

Ce deuxième point pose aussi problème, parce que la répartition des hôpitaux psychiatriques est très inégale sur le territoire : deux fois plus de lits (et donc de financement) en Flandre qu'à Bruxelles, et une situation intermédiaire en Wallonie, où la répartition est très variable. Ainsi par exemple, Tournai et ses environs ont environ 500 lits pour 150.000 habitants ; la région de Charleroi, qui compte 350.000 habitants, dispose d'environ 200 lits psychiatriques dans des hôpitaux généraux, mais n'a pas d'hôpital psychiatrique à proprement parler. Il en résulte que Charleroi devrait se rallier à Manage pour créer un réseau qui couvrirait plus de 500.000 habitants : mais quel serait le sens de cette fusion pour les acteurs de première ligne, alors que Charleroi et le centre ont leur dynamique propre ? Comment pourrait fonctionner un réseau de cette

retenue. Les réseaux resteront informels ; c'est la meilleure manière de laisser les hôpitaux, qui concentrent les moyens, au centre du dispositif.

Le grand soir, c'est pour demain ... ?

Il y avait pourtant moyen de s'y prendre autrement. La grosse difficulté dans cette matière, c'est que la santé mentale hospitalière ressort du niveau fédéral, tandis que la santé mentale ambulatoire est régionalisée. Il semble donc en théorie impossible d'utiliser des budgets issus de la fermeture de lits pour financer des dispositifs qui sont de la compétence des entités fédérées : logement, services de santé mentale, services d'insertion...

Sauf que... Lors des négociations sur la sixième réforme de l'Etat, cette question de la réforme de la santé mentale a été mise sur la table pour prévoir un mécanisme

L'hôpital reste au centre : le patient, comme les soignants, n'ont qu'à s'adapter.

taille ? Travailler en réseau, c'est d'abord apprendre à travailler ensemble. Avec des milliers d'acteurs, c'est impossible.

De plus, la mauvaise répartition des moyens sur le territoire va se poursuivre. Quand tout allait à l'hôpital, ce n'était pas trop gênant, puisqu'on peut être hospitalisé loin de son domicile. Mais à partir du moment où le patient se trouve à domicile, les services doivent être disponibles à proximité. Il y aura donc des zones suréquipées, et d'autres quasi désertes...

Suppression de l'enveloppe des 400.000 €, qui peut être compensée par la fermeture de lits

Il faudra faire plus avec moins... : pas un euro pour financer la première ligne et tout ce qui est nécessaire pour réussir cette réforme - création de logements adaptés, financement de la fonction psychosociale dans les maisons médicales, services ambulatoires de santé mentale, dispositifs d'activités et de réinsertion, etc. Où vont aller loger les patients qui sortiront des hôpitaux et qui n'ont plus de domicile ? Iront-ils grossir le flot des sans-domiciles fixes ?

Le financement continuera à transiter par les hôpitaux qui financeront « leurs » équipes mobiles avec le produit de la fermeture des lits

Les équipes de recherche avaient suggéré de créer une structure pour les réseaux : cette proposition n'a pas été

rendant ces transferts possibles. Cette disposition a été transposée dans la loi de financement (votée aux 2/3 du parlement) du 6 janvier 2014. L'article 51§5 dit ceci : « *Chaque communauté ou la Commission communautaire commune peut conclure avec l'autorité fédérale un accord de coopération ayant pour objet la reconversion de lits hospitaliers en vue de la prise en charge de patients, en dehors de l'hôpital, par un service relevant de la compétence de la communauté ou de la Commission communautaire commune. Dans ce cas, cet accord de coopération prévoit que des moyens supplémentaires sont accordés à la communauté, aux communautés ou à la Commission communautaire commune parties à cet accord de coopération. Ces moyens ne peuvent excéder le coût des lits hospitaliers reconvertis.* ».

Il est donc tout à fait possible de fermer des lits psychiatriques et d'en transférer les moyens financiers vers les communautés (et, du côté francophone, vers les régions en vertu des accords de la Sainte-Emilie) pour que celles-ci mettent en place tout ce qui est nécessaire à la prise en charge des patients en ambulatoire, sans passer par les hôpitaux. Pourquoi n'a-t-on pas emprunté cette voie ?

Nous nous en tiendrons à quelques hypothèses.

Les hôpitaux voient évidemment d'un très mauvais œil qu'on leur enlève des moyens, ce qui est compréhensible. Et leur pouvoir d'influence est considérable puisqu'au fédéral, l'organe consultatif est

le Conseil national des établissements hospitaliers - CNEH : on n'y retrouve que des fédérations hospitalières, la première ligne est absente. Jusqu'il y a peu, il y avait un département « première ligne » au service public fédéral : avec la sixième réforme de l'Etat, il a tout simplement été supprimé.

Les syndicats ne sont pas chauds non plus : ils craignent que dans l'opération de transfert, on en profite pour faire des économies et raboter l'emploi. Ce n'est pas notre objectif, évidemment.

Un accord de coopération n'est pas chose simple à réaliser : il nécessite l'accord des différents gouvernements concernés, et un aval des parlements. Cela demande du temps et de l'énergie, et surtout de la volonté politique.

Les pouvoirs publics ont d'autres fers au feu pour le moment. Maggie Deblock prépare une réforme de la nomenclature (c'est un chantier titanesque), une réforme du financement des hôpitaux (un très gros morceau également) et une révision de l'arrêté royal 78 relatif aux professions de santé. Et du côté des régions, la priorité, c'est de mettre en place les organismes d'intérêt public, comme l'INAMI qui seront chargés de gérer les compétences transférées par la 6^{ème} réforme de l'Etat, et de « digérer » cette réforme.

Mais il n'est jamais trop tard pour bien faire. Pour nous, puisque la Belgique compte au moins deux fois trop de lits psychiatriques (par rapport à la moyenne européenne), le bon sens serait de fermer progressivement ces lits - d'abord là où il y en a le plus - et de transférer les budgets aux régions pour mettre en place des dispositifs ambulatoires bien répartis sur le territoire, en activant ce mécanisme de l'article 51. Ce serait aussi l'occasion de doter la première ligne de moyens nouveaux et, par exemple, de pouvoir financer la fonction psychosociale dans les maisons médicales.

Mais pour le moment tout indique que la politique des prochaines années restera centrée sur les hôpitaux plutôt que de répondre aux vrais besoins des patients. On avait un peu d'espoir en voyant arriver Maggie Deblock, médecin généraliste, aux commandes de la santé publique. Le grand soir ne semble pas encore arrivé... à moins que ? ■

L'ÉCONOMIE PEUT-ELLE OUVRIR UNE VOIE POUR LE CHANGEMENT SOCIAL ?

Le projet politique du mouvement des maisons médicales sous-tend l'idée d'un nécessaire changement social. Ce qui est notamment mis en cause dans la Charte des maisons médicales, c'est « un système économique qui propose le libéralisme comme idéologie et la libre entreprise comme modèle à suivre » (p.3), dont les conséquences néfastes sur l'accès aux droits fondamentaux sont nombreuses. Se gardant de diaboliser « l'économie » Ingrid Muller propose de se demander si, et à quelles conditions, une réflexion sur la dimension économique de la vie en société et des maisons médicales n'est pas propice à orienter celles-ci sur la voie du changement.

Ingrid Muller, chargée de projets en Education permanente de la Fédération des maisons médicales.

Pas d'alternative ?

Il est difficile aujourd'hui de penser l'économie sous une autre forme que ce qu'on appelle dans le langage courant « l'économie de marché », c'est-à-dire une vision réduite de l'économie régie par le jeu de l'offre et de la demande dans des conditions de marché libre. De nos jours, toute l'activité humaine semble ne plus tendre que vers un seul et unique but : la croissance, portée par la logique de rentabilité. Cela n'est pas sans conséquence sur nos modes d'organisation sociale : de l'air qu'on respire à l'éducation, tout acquiert statut de marchandise et tend à se vendre à qui sait l'acheter. Cette logique semble ne pas pouvoir être remise en question, comme le laisse entendre le slogan attribué à Margaret Thatcher¹ « *There is no alternative* » (TINA) : il n'y a pas d'alternative, le capitalisme est le seul système qui soit bénéfique et la mondialisation est inéluctable. C'est comme ça et ça ne se discute pas.

L'enseignement de l'économie ne soutient d'ailleurs plus la discussion entre différents courants de pensée, comme en témoigne l'enquête de l'Association française d'économie politique publiée dans *Le Monde* en 2014². Au niveau politique, face aux enjeux économiques, aucun pouvoir

politique ne sera bientôt plus en mesure d'assurer, notamment, la qualité de son environnement ou l'accès à des soins de santé de qualité aux populations. C'est ce que révèle une analyse des négociations en cours pour établir les futurs accords de partenariat transatlantique de commerce et d'investissement mieux connus sous le nom de TTIP³.

Ces différents constats nous font souhaiter un changement social. Ce souhait est d'ailleurs repris dans la Charte des maisons médicales en 2005⁴. Or, aucun réel changement ne montre le bout de son nez. Alors doit-on vraiment se laisser convaincre que *There Is No Alternative* ?

A la lecture des travaux de Karl Polanyi, il me semble qu'on peut répondre que oui, « il y a des alternatives », et même envisager que l'économie joue un rôle favorable dans une dynamique de changement social. Polanyi est historien et économiste. Dans son ouvrage « *La grande transformation* »⁵ il s'appuie notamment sur les travaux de Malinowski⁶ et Thurnwald⁷ pour analyser dans l'histoire de l'humanité, la place et les compo-

1. Premier ministre du Royaume-Unis dans les années 80.

2. Isabelle Rey-Lefebvre, *Le Monde*, 02/04/2014.

http://www.lemonde.fr/education/article/2014/04/02/profs-d-economie-neoclassiques-1-heterodoxes-0_4394162_1473685.html

3. Voir l'article reprenant la Carte blanche parue dans *Le soir* du 15 avril 2015 en page 4 du *Santé conjugulée* n°72.

4. Parmi les priorités à se donner on trouve p.5 l'instauration d'une vraie démocratie ainsi que le renforcement de la solidarité et la défense de la sécurité sociale.

5. Polanyi K. (1983), *La grande transformation. Aux origines politiques et économiques de notre temps*. Paris, Gallimard.

santes de l'économie dans les systèmes sociaux. Son analyse, centrée sur les sociétés primitives, lui permet de récuser ce qui semblait une évidence à Adam Smith et aux économistes classiques. Il affirme que l'*homo œconomicus*, qui serait mû depuis la nuit des temps par son seul intérêt matériel, est une création de la modernité. Il va jusqu'à montrer que, à d'autres époques et dans d'autres cultures, le système économique (production et distribution) « est géré en fonction de mobiles non économiques ». Si le commerce a toujours existé, il n'a pas toujours eu pour but d'obtenir le meilleur prix mais a répondu aussi à d'autres principes. On lit à la p. 71 de son ouvrage « *Aucune société ne saurait naturellement vivre, même pour peu de temps, sans posséder une économie d'une sorte ou d'une autre ; mais avant notre époque, aucune économie n'a jamais existé qui fût, même en principe, sous la dépendance des marchés. (...) le gain et le profit tirés des échanges n'avaient jamais joué auparavant un rôle important dans l'économie humaine. Quoique l'institution du marché ait été tout à fait courante depuis la fin de l'Age de pierre, son rôle n'avait jamais été que secondaire dans la vie économique.* » En écrivant cela, il relativise le rôle attribué aux marchés par les économistes classiques comme déterminant central de la structure d'une économie autorégulatrice.

L'économie est plurielle

Considérer l'économie comme plurielle revient à considérer que l'économie repose sur trois pôles : l'économie marchande, l'économie non-marchande et l'économie non-monétaire. Ces trois pôles fonctionnent suivant des logiques de circulation des biens et services différentes (logique du marché pour la première, logique de la redistribution pour la deuxième, logique de la réciprocité et de l'administration domestique pour la troisième), et contribuent à la production, la circulation et la répartition des biens et des services sans qu'il y ait de hiérarchie entre eux.

Dans son ouvrage, Polanyi théorise plusieurs principes d'organisation de l'économie ayant existé au cours de l'histoire des civilisations.

6. Malinowski B. (1922), *Les argonautes du Pacifique occidental*, Traduction française parue en 1963 chez Galimard.

7. Thurnwald R. (1932), *Economics in Primitive Communities*, Oxford University Press.

Le premier principe est celui de la *réciprocité*. Il s'appuie sur des relations symétriques entre groupes (familiaux, ethniques, ou groupes volontaires) et s'opère par une succession de dons qui sont liés à l'accomplissement de prestations sociales (mariage, deuil, accueil,...). La réciprocité contribue à assurer la subsistance des groupes. Elle « exige une réponse adéquate, non une égalité mathématique »⁸. Ce qui prévaut n'est donc pas le souci de l'équivalence dans les échanges.

Le second principe qui organise l'économie est la *redistribution*. Il contribue à assurer la subsistance d'un groupe social. Il s'organise autour d'un « chef » ou d'une autorité qui centralise la production, la collecte, l'emménagement et la redistribution des biens et des services.

Le troisième principe est celui de l'administration domestique. Il contribue à assurer la subsistance du groupe (famille, tribu, village). Chacun produit pour son propre usage ou celui de son groupe sur un modèle autarcique.

Le dernier principe est celui du marché. Il constitue le lieu de la rencontre entre l'offre et la demande de biens et/ou de services et contribue juste à organiser les échanges. Ceux-ci peuvent se faire sous forme de troc ou en monnaie. Le principe du marché se base sur un principe d'équivalence. Etant donné son mobile et son organisation particulière, le modèle du marché est capable de créer une institution spécifique.

Au cours du temps, le marché est devenu l'élément structurant de la société. Concernant les économies capitalistes, Polanyi parle de désencastrement de l'économie hors de la société qui est gérée comme un auxiliaire du marché : « au lieu que l'économie soit encadrée dans les relations sociales, ce sont les relations sociales qui sont encadrées dans le système économique. » (p. 88). Dès lors, la redistribution n'est plus envisagée qu'en cas d'échec du marché.

Les quatre principes mis en avant par Polanyi sont à mettre en regard de trois types d'économies. L'économie marchande, la plus visible de nos jours, est sous-tendue par le principe du marché. L'économie non-marchande est portée par la logique redistributive. L'économie non-monétaire est sous-tendue par les logiques réciprocitaire et de l'administration domestique. De nos jours, ces deux logiques n'ont quasi plus aucune visibilité. On ne considère comme utile à la société que l'économie marchande et uniquement l'entreprise capitaliste (qui vise l'accumulation du capi-

8. K. Polanyi, C Arensberg (1975), (dir.), *Les systèmes économiques dans la théorie et dans l'histoire*. Librairie Larousse, Paris, p.100.



tal au bénéfice des actionnaires). Une conséquence est que le travail (l'homme), la terre (la nature) et la monnaie sont devenus des marchandises, alors que ce n'est pas leur nature d'origine.

La pluralité de l'économie dans notre histoire sociale

Jean-Louis Laville, économiste et sociologue français, est un spécialiste de l'économie solidaire. Dans un article paru dans la *revue du Mauss*⁹, il s'appuie sur le travail de Polanyi pour ouvrir le débat sur l'économie comme vecteur de changement social. Il observe les mécanismes de résistance à la société de marché et nous fournit des clefs de compréhension de l'histoire de notre organisation sociale.

Depuis le XVIII^{ème} siècle, dans les associations ouvrières et paysannes qui élaborent des revendications autour de l'organisation du travail, se mêlent la production en commun, le secours mutuel et la revendication collective. Cela permet de penser une possible économie fondée sur la fraternité et la solidarité où espaces public et économique sont reliés : c'est l'économie solidaire. Ce projet d'ordre politique s'appuie tant sur une dimension réciproitaire (le lien social volontaire entre citoyens libres et égaux) que sur une dimension redistributive (l'Etat renforce la cohésion sociale et corrige les inégalités). Durant le XVIII^{ème} siècle, parallèlement au capitalisme qui se développe, le mouvement social (qui a pris nom de mouvement ouvrier) s'institutionnalise :

9. « Avec Mauss et Polanyi, vers une théorie de l'économie plurielle » (2003), *Revue du Mauss* n°21, p.237-249.

les syndicats se créent, ainsi que les mutuelles, les coopératives et les associations sans but lucratif. Le projet d'économie solidaire s'éteint, il en subsistera des organisations d'économie sociale¹⁰ que le mouvement syndical ignore. Il défend plutôt l'instauration d'un Etat redistributif. L'Etat quant à lui organise les conditions du développement de l'économie marchande. Le politique déserte la réflexion sur l'économie. Le projet de « société de marché suppose que la recherche de l'intérêt privé réalise le bien public sans passer par la délibération politique (p.244) ».

Contre ce projet, la société a réagi en recourant à la notion de solidarité. C'est ce que Polanyi appelle le double mouvement : d'un côté le laissez-faire prôné par le libéralisme et de l'autre le développement de mesures de protection contre les effets délétères du marché. Laville identifie différentes manifestations de cette réaction au projet libéral (après-guerre). La première mobilise le principe de redistribution afin de réduire les inégalités sociales. Cela permet le développement de l'économie non-marchande et des services publics qui assurent contre les risques sociaux. Les règles de la redistribution sont soumises au contrôle démocratique. La seconde consiste à socialiser le marché en définissant des règles de fonctionnement établies à partir d'une délibération politique. Ces règles encadrent et contrôlent le marché. La troisième réaction s'observe à travers le développement d'une économie non-capitaliste par la création d'entreprises dont les droits de propriété ne sont pas détenus par les investisseurs mais par d'autres parties prenantes (les travailleurs, des consommateurs, des fournisseurs¹¹,...). Les objectifs de ces entreprises ne sont donc pas définis en termes d'accumulation du capital.

Les maisons médicales : en route pour le changement ?

Aujourd'hui, et comme beaucoup d'autres, Laville constate que le compromis Etat/Marché de l'après-guerre, sous le coup des attaques du néolibéralisme, est

10. D'après le Conseil wallon de l'économie sociale : « L'économie sociale se compose d'activités économiques exercées par des sociétés, principalement coopératives, des mutualités et des associations dont l'éthique se traduit par les principes suivants : finalité de service aux membres ou à la collectivité plutôt que de profit ; autonomie de gestion ; processus de décision démocratique ; primauté des personnes et du travail sur le capital dans la répartition des revenus. »

11. Par exemple LIP en France, le Balais libéré à Louvain-la-Neuve, ce qui deviendra le groupe Multipharma, Coprosain à Ath...

de plus en plus menacé. Il considère même qu'il devient contradictoire de conditionner le développement de l'économie non-marchande à celui de l'économie marchande. Pour sortir de ce qui tendrait à ressembler à une impasse, il préconise de « *prendre en compte toutes les démarches qui (...) refusent une marchandisation (...) de la vie sociale (p.246). L'évaluation commune de leurs enjeux et leur alliance avec les mouvements sociaux pourraient contribuer à la démocratisation de la société, dont l'économie fait partie* ».

Se basant sur l'analyse historique sus-mentionnée, Laville défend que la résistance à la société de marché et le renforcement de la capacité d'auto-organisation de la société passent par la complémentarité de l'approche réciprocaire et redistributive. Pour que cela ne reste pas un vœu pieux, il préconise le ré-encastrement de l'économie par la création d'institutions inspirées des pratiques sociales, à partir du mouvement économique réel, c'est-à-dire à partir des pratiques qui relèvent de l'économie plus qu'à partir des théories économiques (dont les plus classiques se basent sur des postulats critiquables). Ces institutions viseraient la pluralisation de l'économie dans un cadre qui garantit l'articulation de l'égalité et de la liberté.

Les maisons médicales sont des lieux de soin, mais aussi de petites entreprises où la dimension économique se réalise principalement dans la sphère non-marchande. Notre mode de financement public nous permet de soustraire la santé à la voracité des marchés pour garantir son accès sinon à tous, du moins au plus grand nombre ainsi que d'assurer les conditions de la meilleure qualité possible. Notre mode d'organisation autogestionnaire permet de faire ce que Laville préconise : ramener la délibération démocratique dans la manière de gérer l'argent public au service de la population. C'est dans cette perspective que la participation des travailleurs à l'assemblée générale ainsi que celle des usagers prend tout son sens. Comme nous aimons à le considérer, les maisons médicales sont donc, en même temps que des lieux de soin de qualité, de petits laboratoires sociaux où le chercheur pourrait trouver les éléments de la réalisation d'un projet de transformation sociale. Ceci plaide pour que les maisons médicales étudient leurs modes de fonctionnement (financement, organisation institutionnelle,...) dans cette perspective.

A l'heure où l'autogestion est régulièrement mise en question pour les difficultés qu'elle présente dans sa mise en œuvre, il me semble que le projet de l'économie plurielle et solidaire pourrait donner un nouveau souffle et un sens nouveau à une pratique qui, dès lors, pourrait contribuer à réconcilier économie et politique. ■

Lire aussi du même auteur :

« *Les outils de gestion font-ils de la politique ?* »

En ligne :

<http://www.maisonmedicale.org/2015-456.html>

MAISONS MÉDICALES SUR RÉSEAU SOCIAL ? QUÊTE DE SENS ET VIGILANCE

A l'instar d'autres structures du champ de la santé (plannings familiaux, hôpitaux ou même services de santé mentale), plusieurs maisons médicales ont aujourd'hui leur propre page sur facebook. Cette pratique récente, et l'utilisation plus globale des réseaux sociaux, soulève diverses questions, comme en témoigne la publication de guides de bonnes pratiques à l'intention des professionnels de la santé et du social^[A, B, C]. Que peut apporter l'utilisation des réseaux sociaux, aux soignants, aux projets, aux usagers ? Quels en sont les risques éthiques et déontologiques ? Comment les prévenir ? Quelques pistes pour ouvrir à une réflexion plus vaste en matière de communication.

Olivier Schmitz, sociologue, chercheur à l'Institut santé et société de l'université catholique de Louvain et Gaëlle Chapoix, chargée de projets en éducation permanente à la Fédération des maisons médicales.

Pourquoi s'afficher sur les réseaux sociaux ?

La première question que pose la création d'une page facebook par une maison médicale est celle de l'objectif visé. Dans les équipes que nous avons interrogées, la proposition est généralement venue d'un travailleur utilisateur convaincu de facebook, et/ou de travailleurs en santé communautaire. Ces derniers y voient d'abord un moyen de faciliter la communication avec les usagers, de les informer des diverses activités collectives proposées par la maison médicale.

« Le but était de profiter de l'aspect « fédérateur » de facebook histoire de toucher plus de patients, ou en tout cas, d'élargir au plus grand nombre de tranches d'âges possibles. »

« Nous publions déjà un journal, périodiquement. La page facebook permet une communication plus régulière, rapide et sans coûts. La page web demande d'acquérir certaines compétences que nous n'avons pas. Par ailleurs, une page web est plus figée et ne permet aucune interaction. Enfin, facebook est un média fort répandu aussi bien chez les jeunes que les moins jeunes, nous pensions ainsi toucher un public très large. »

Ce nouvel outil s'ajouterait donc aux affiches en salle d'attente, et aux éventuels journal de la maison médicale (avec ses délais de publication), site internet

(perçu comme plus lourd et compliqué même si certaines équipes y publient un agenda des activités) ou newsletter électronique. Diversifier les outils de communication viserait à augmenter la participation aux activités et à élargir le public touché, notamment aux personnes qui viennent peu à la maison médicale et aux jeunes.

On constate cependant que facebook est de moins en moins investi par la jeune génération, au profit d'autres plateformes moins intrusives et moins complexes au niveau des paramètres de confidentialité et également moins envahies par leurs aînés^[D]. Les 25-45 ans sont par contre très présents sur ce réseau, et même les plus âgés.

Informier, et sensibiliser ?

Lorsque l'on visite les différentes pages facebook existantes, il apparaît assez rapidement que le type d'informations diffusées varient fortement d'une maison médicale à l'autre.

La plupart relaient uniquement ou principalement des informations sur leurs propres activités, mais généralement aussi sur celles organisées par d'autres acteurs locaux. Cela paraît cohérent avec la philosophie du travail en réseau, ancré dans un quartier, une commune. Plusieurs « pages » reprennent également des informations variées en lien avec la santé (gym pour le dos, alimentation, sommeil, assuétudes, bien-être au travail, effets secondaires de médicaments...) venant de sources diverses (articles de presse, campagnes officielles, sites

internet de toutes sortes...). S'ajoute alors un objectif de sensibilisation plus vaste. Et se pose dans ce cas la question du tri des informations publiées, étant donné que celles-ci seront probablement perçues par les visiteurs comme validées en termes de contenu par l'équipe de santé.

Et encore ?

Au-delà de cette fonction de diffusion d'informations, le réseau social peut-il être vu comme un moyen de favoriser les rencontres et les échanges entre usagers, voire le sentiment d'appartenance à un groupe ou même à un mouvement ? En rendant par exemple plus visibles les actions d'un éventuel comité de patients ou les campagnes relayées par la Fédération des maisons médicales... Nous y reviendrons.

Par ailleurs, selon certains acteurs de santé^[E], la mise en valeur des activités de l'organisation, par le caractère interactif de l'outil, pourrait contribuer à un sentiment de satisfaction et de motivation des travailleurs. Cela suppose néanmoins un certain succès de la page *facebook* ; or les « j'aime » et les commentaires semblent à ce jour peu nombreux.

Les « risques » de l'outil

Même si *facebook* est perçu comme un outil simple d'utilisation, la vigilance est de mise sur les plans éthique et technique.

« Profil », « page », « lieu » : késako ?

Certaines équipes ont ainsi créé un « profil » plutôt qu'une « page » selon la sémantique *facebookienne*. Or le « profil » est théoriquement réservé aux individus. Entreprises et organisations diverses sont quant à elles supposées opter pour une « page ». Ce choix a des impacts pratiques et éthiques (voir encadré), au-delà de l'erreur dans l'usage de l'outil. Cette dernière est heureusement facilement réparable en quelques clics^[F]. Elle illustre cependant les dérives possibles de l'apparente simplicité de ce support dont les dessous, tant techniques que *marketings*, sont pourtant vastes et complexes.

Par ailleurs, quelques maisons médicales sont présentes sur le réseau à l'initiative de tiers, parfois à l'insu de l'équipe, par l'intermédiaire d'une « page lieu ». Celles-ci peuvent être créées par n'importe quel utilisateur de *facebook* lorsqu'il accède à son compte avec un smartphone à partir du lieu en question. Avis, commentaires, photos peuvent alors y être postés par tout utilisateur du réseau social. La page peut heureusement être

« Page » ou « profil » ?

Avec une page « profil », les personnes intéressées par le contenu de la page doivent d'abord devenir « amies » avec la maison médicale si elles veulent commenter une information ou exprimer leur avis sur le contenu publié. Le gestionnaire de la page a alors accès à la page personnelle des « amis », donc des patients, et cela « par défaut », c'est-à-dire à moins que la personne ne modifie les paramètres de son profil pour en limiter l'accès, mais encore faut-il qu'elle ait connaissance de cette possibilité ! Même si cet accès n'est pas utilisé, sa simple existence soulève une question éthique et déontologique. Par défaut encore, les informations postées par la maison médicale apparaîtront dans le fil d'actualités de ses « amis », ce qui n'est pas un problème en soi pour autant que l'utilisateur en ait conscience.

A l'inverse, si la maison médicale s'est créée une « page basique » d'organisation, ceux qui le souhaitent peuvent « aimer » la page. Un deuxième clic est nécessaire pour « s'abonner » et ainsi voir les publications dans son fil d'actualité. Ce type de page ouvre une autre possibilité : celle pour les visiteurs de mettre une cotation dans la rubrique « Avis ». Cette possibilité s'ajoute à celle de faire des commentaires sur le « journal » de la maison médicale (qu'elle ait un « profil » ou une « page ») à moins qu'elle n'ait été désactivée.

Quel que soit le type de page, chaque équipe aura à décider et régler le niveau d'interactivité et de confidentialité (commentaires possibles ou non, adhérents visibles ou non...), en fonction des objectifs qu'elle se donne.

« revendiquée » ensuite par le propriétaire du lieu^[F] à même alors de régler les paramètres d'interactivité et de confidentialité comme il le désire, quitte à la réduire à une simple carte de visite.

Respect de la vie privée et droit à l'image

Les questions du respect de la vie privée et du droit à l'image se posent nettement dans le cadre de la publication d'informations sur *facebook*.

Depuis 1992, il existe en Belgique une loi « vie privée »¹. Elle vise à protéger l'individu en cas d'utilisation, par des tiers, de données à caractère personnel relatives à sa vie privée (en ce inclus appartenance communautaire, opinions politiques, convictions religieuses ou philosophiques, appartenance syndicale, mais également santé et vie sexuelle) et aussi de la vie professionnelle ou publique. La loi stipule très clairement qu'il n'est autorisé de collecter et de traiter des données à caractère personnel qu'à condition de poursuivre un objectif particulier et légitime bien connu de la personne concernée, et pour autant que celle-ci ait donné son consentement libre et éclairé.

1. Il s'agit de la « loi vie privée » du 8 décembre 1992 (Moniteur belge du 18 mars 1993), modifiée par la loi du 11 décembre 1998 (Moniteur belge du 3 février 1999), qui fut à son tour profondément modifiée par la loi du 26 février 2003 (Moniteur belge du 26 juin 2003).

Or *facebook* constitue une vitrine ouverte sur le monde virtuel, et sur lequel on ne peut avoir que très peu de maîtrise. Il devient effectivement à peu près impossible de supprimer complètement et définitivement un contenu posté.

De plus, les paramètres de confidentialité de l'outil changent fréquemment, de même que d'autres aspects techniques. La possibilité qu'offre par exemple *facebook* de commenter ou « aimer » certaines infos diffusées par la maison médicale permet, par défaut, à n'importe quel visiteur de la page, d'identifier les personnes ayant ou « aimé » ou commenté certaines activités ou messages pouvant avoir une portée politique, voire idéologique. A moins que cette possibilité n'ait été désactivée, il suffit en effet de cliquer sur le nom ou l'image d'un ami, d'un commentateur ou d'un « likeur » pour avoir accès à des données personnelles, variant encore une fois en fonction des réglages des paramètres de confidentialité changeants.

C'est pour cette raison notamment, que le comité d'éthique des Auberges du cœur au Québec^[A] a recommandé l'interdiction pour les professionnels d'être « amis » avec les jeunes, et a conseillé que les professionnels ne commentent pas la page de l'institution à partir de leur page personnelle.



Dans le cas de la publication de photos d'activités organisées par la maison médicale, le consentement des intéressés, usagers comme professionnels, devrait théoriquement être obtenu dès qu'il devient possible de les identifier. Cela suppose d'accepter que les informations partagées circulent de manière libre et pérenne sur la toile. Les photos d'ambiance aux visages indistincts devraient certainement être privilégiées.

Du marketing au lobbying ?

Plus qu'un « réseau social », *facebook* est avant tout un puissant outil de *marketing* par les publicités ciblées. Celles-ci utilisent des données à caractère personnel telles que le sexe, l'âge, les pages et sites visités. Or, cette logique commerciale va à l'encontre des valeurs du mouvement des maisons médicales qui utilisent le réseau à de toutes autres fins. C'est le cas aussi de nombreuses organisations non-gouvernementales^[G] et autres mouvements de résistance et de transition sociale qui y diffusent des informations, campagnes et pétitions que les médias classiques ne reprennent pas ou peu. La mise en lien de leurs adhérents y est généralement encouragée. On peut néanmoins se demander si le simple fait de s'en servir n'induit pas une forme de caution, voire une incitation à s'y inscrire.

Une autre question se pose sur ce thème et concerne la diffusion d'activités parfois payantes de la maison médicale. D'un point de vue légal, la maison médicale, en tant qu'acteur (collectif) de santé, ne peut faire de publicité selon la législation belge² et le Code de déontologie médicale³. La frontière entre publicité et information n'étant pas toujours très claire, la vigilance est vivement conseillée.

Image et débat

Comme nous l'avons déjà évoqué, s'exposer sur un vaste réseau social c'est prendre certains risques en termes d'image. Et c'est aussi une occasion de communiquer activement sur son identité, son projet, ses valeurs... ou pas. Ainsi par exemple, parmi les catégories pré-définies par *facebook* pour les pages « organisation », les maisons médicales ont choisi des catégories aussi

2. Notamment, par la loi du 2 août 2002 relative à la publicité trompeuse et à la publicité comparative, aux clauses abusives et aux contrats à distance pour les professions libérales, ainsi que par la loi du 14 juillet 1994 (loi AMI) relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

3. Voir les articles 12 à 17 du chapitre III du Code, concernant la publicité.

diverses que centre médical, santé/beauté, santé/médecine/produits pharmaceutiques, ou principalement organisation à but non lucratif. Un choix qui peut faire l'objet d'interprétations. C'est également le cas du type d'informations diffusées, du ton employé...

Par ailleurs, les pages « à propos » qui offrent un espace pour présenter l'organisation sont parfois vides ou presque. Certaines seulement y décrivent brièvement leur projet et leurs objectifs. Pourtant, l'adhésion à la Fédération des maisons médicales pourrait également être mentionnée afin de cultiver un sentiment d'appartenance plus large comme l'appréciant généralement les usagers qui participent à des activités ou événements rassemblant plusieurs maisons médicales. Certaines affichent à leurs fenêtres ou en salle d'attente leur positionnement sur des événements d'actualité en matière de politique de santé ou autre, comme par exemple leur soutien aux actions sociales contre les mesures gouvernementales d'austérité. Au moins une équipe y donne également une visibilité sur sa page *facebook*. Une piste pour mieux faire connaître le projet global du mouvement et susciter le débat politique ?

Notons d'ailleurs que l'outil offre potentiellement aussi un nouvel espace d'expression pour les usagers lorsque l'équipe opte pour une page interactive. Ce qui peut être source de lien peut alors également être à l'origine de tensions ou de conflits. Choisir l'interactivité implique donc certainement de se construire un cadre pour penser les modalités d'intervention en cas de besoin : que faire en cas de propos haineux ou diffamatoires, comment intervenir dans le réel en cas de dérives ou de signes de détresse dans le virtuel ?

Organiser la responsabilité partagée

Ainsi la page *facebook* d'une maison médicale engage l'ensemble des membres de l'équipe. La responsabilité des publications et de leurs effets est partagée. C'est pourquoi certains^[A] recommandent l'intégration de ce projet et des questions qu'ils suscitent aux réunions d'équipe quand c'est nécessaire, la sensibilisation aux dérives de *facebook*, une description des objectifs, des tâches, du temps de travail maximum à y consacrer, afin d'éviter d'être envahi par l'outil. Si la gestion quotidienne doit pouvoir être confiée à un petit nombre de personnes, les décisions liées au cadre et aux balises doivent être établies en équipe – et éventuellement rediscutées et débattues quand une question se pose : objectifs de la page, présentation du projet, type d'informations relayées, niveau d'interactivité et paramètres de confidentialité, modalités d'intervention éventuelle...

Conclusion

On peut qualifier la généralisation de l'utilisation de *facebook* dans tous les secteurs de phénomène social. Comme d'autres réseaux sociaux, il offre un support pour créer du lien virtuel et peut-être par là développer la convivialité dans le réel. Il constitue aussi potentiellement un instrument de mobilisation, d'émancipation et de changement collectif. Cependant, ses dessous et son fonctionnement échappent en grande partie à ses utilisateurs. Ceux-ci s'exposent ainsi à des risques à la fois légaux et éthiques, dont celui de contribuer à l'extension du *marketing* ciblé.

Si l'on souhaite en exploiter les potentialités spécifiques (qui le distinguent par exemple d'un site internet ou d'une *newsletter*) il est certainement indispensable de bien connaître l'outil, et de s'informer régulièrement sur les évolutions de ses aspects techniques. Il semble également nécessaire de définir le projet et ses modalités de mise en œuvre et de gestion et de l'évaluer régulièrement. Permet-il d'atteindre les objectifs visés ? Que coûte-t-il en temps de travail ? Quels sont les problèmes rencontrés ?

Cette réflexion gagnerait à s'inscrire dans une perspective plus large visant à identifier les outils de communication les plus adéquats pour nos structures (et les secteurs de la santé et du social en général) pour atteindre les objectifs visés en réduisant les risques, effets pervers et contradictions.

Pour éviter l'exclusion, la diversité des supports est fondamentale.

Associer les usagers à ces questionnements serait sûrement utile et pertinent. La sensibilisation aux risques et dérives de *facebook* pourrait utilement s'adresser aux professionnels et aux usagers, dans une approche collective qui suscite l'esprit critique et permet tant l'information que le débat. ■

Références

A. « Réflexion éthique sur l'utilisation des médias sociaux dans les Auberges du cœur », Lyse Langlois et Isabelle Gendreau. *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 24, n° 2, 2012, p. 273-280.

En ligne : <http://id.erudit.org/iderudit/1016360ar>

B. *Bonne pratiques des réseaux sociaux*, CHU Bordeaux, 2013. En ligne : www.reseau-chu.org

C. *Les médias sociaux et la pratique du travail social*, Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, 2014. En ligne : www.casw-acts.ca

D. *Comment Facebook a perdu les jeunes*, Grégory Raymond. Huffingtonpost, février 2014. En ligne : www.huffingtonpost.fr

E. *Charte d'utilisation des médias sociaux*, Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins. En ligne : www.csssalphonsedesjardins.ca

F. « 5 manières de transformer, fusionner ou revendiquer des pages ou profils sur Facebook » : www.kriisiis.fr

G. « Les ONG sur le terrain des réseaux sociaux. Je t'invite, tu m'acceptes », *Antipodes* n° 202., ITECO, 2013. En ligne : www.iteco.be

SANTÉ PUBLIQUE /

L'E-CIGARETTE : AUTRE VOIE VERS LE SEVRAGE OU NOUVEL AVATAR DU TABAGISME ? /

Une nouvelle directive européenne, bientôt mise en application, libéralise la commercialisation des cigarettes électroniques contenant de la nicotine, jusqu'ici vendues uniquement en pharmacie. C'est à partir d'une préoccupation pour les seniors que l'auteur de cet article examine l'affaire, mais les enjeux sont évidemment beaucoup plus larges : une fois banalisée, l'e-cigarette va sans aucun doute conquérir bien vite de nouveaux publics ! L'industrie du tabac sabre le champagne -- chaque fabricant de cigarettes « normales » propose son modèle de cigarette électronique -- tandis que les acteurs de santé publique fourbissent leurs armes : éternelle lutte du petit pot de terre contre le grand pot de fer (ou plutôt d'argent).

Cédric Migard, chargé de projet au Fonds des affections respiratoires – FARES.

Le phénomène de l'e-cigarette

Commercialisée en Chine au cours de l'année 2004, l'e-cigarette s'est depuis répandue dans le monde, même si elle reste à ce jour interdite dans certains pays tels que le Canada, le Brésil ou la Turquie. Elle est également désignée par son diminutif « e-cig » ou sous l'appellation « cigarette électronique » et, lorsqu'elle contient de la nicotine, par l'acronyme « ENDS » pour *Electronic Nicotine Delivery System*, ou « IEN » pour Inhalateur électronique nicotinique. Elle reproduit la forme et parfois jusqu'à l'esthétique d'une cigarette. Elle fonctionne sans combustion et est conçue pour simuler l'acte de fumer. A l'heure actuelle, une grande variété de marques et dispositifs sont disponibles ; au côté de l'e-cigarette sont proposés notamment l'e-cigare et la pipe électronique. Ces systèmes peuvent contenir de la nicotine, en concentration variable. Jetable ou rechargeable, l'e-cig est composée d'un réservoir contenant l'e-liquide (ou la recharge d'e-liquide) ainsi que d'une batterie et d'un atomiseur permettant la production de vapeur chaude. Différents arômes sont commercialisés dont celui de tabac. Les utilisateurs de la cigarette électronique ne parlent plus de « fumer », lui préférant le terme « vapoter » ou « vaper ».

Depuis son apparition en Belgique, l'e-cigarette a connu un succès relativement timide mais, au vu des différentes publications et enquêtes, il apparaît

clairement que la tendance est à la hausse ; chez les fumeurs, l'utilisation de la cigarette électronique est passée dans notre pays de 0,2% en 2012 à 2% en 2013. Comme dans les pays voisins, une forte augmentation de ce pourcentage est prévue dans les prochaines années¹. Il y a d'ailleurs fort à parier que la nouvelle directive européenne dont la mise en application est prévue en mai-juin 2016 va participer à l'accentuation de ce phénomène puisqu'elle libéralisera sur notre territoire la commercialisation de la cigarette électronique contenant de la nicotine, laquelle ne sera dès lors plus considérée comme un médicament, vendu obligatoirement en pharmacie, mais comme un produit de consommation à part entière, soumis toutefois à un certain nombre de réglementations...

Les seniors aussi vapotent

On observe des utilisateurs d'e-cigarettes appartenant à des tranches d'âge très diverses et il apparaît que les seniors ne sont nullement épargnés par le phéno-

1. Avis du Conseil supérieur de la santé n° 8941 et 9106, 2013. *Place de l'e-cigarette comme aide au sevrage du tabac classique et risques toxicologiques et d'assuétudes liés à sa consommation ainsi que celle de la shisha pen.* http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@shc/documents/ie2divers/19091013_fr.pdf (Consulté le 10/08/2015)

mène. Sachant par ailleurs qu'en Europe la prévalence tabagique des 65 ans et plus est en augmentation ces dernières années, singulièrement chez les femmes, il est assez probable qu'il y ait une répercussion sur les chiffres de l'e-cigarette concernant ce groupe. Mus par des motivations parfois très différentes, les seniors fumeurs de longue date ou tardifs, voire ex-fumeurs, trouvent en effet un intérêt dans le recours à la cigarette électronique : adhérer à une nouvelle tendance, et, de ce fait, maintenir le lien transgénérationnel ; se garantir du lien social dans une société aujourd'hui moins tolérante à l'égard des fumeurs et où le taux d'isolement social est dès lors plus important chez les seniors consommateurs de tabac ; réaliser des économies tandis qu'une pension peu élevée oblige certains seniors à surveiller leurs dépenses (le coût de l'e-cigarette fonctionnant au moyen d'un système de recharges est en effet plus démocratique que celui du « paquet de clopes ») ; enfin, trouver une alternative à un tabagisme jugé davantage impactant en termes de santé².

Cigarette électronique et sevrage tabagique des fumeurs âgés

Le sevrage tabagique fait partie des arguments en faveur de la cigarette électronique : 63% des vapoteurs ont choisi l'e-cig pour arrêter de fumer, 57% y voient une façon de réduire leur consommation de tabac et 48% jugent cette alternative moins toxique³.

Et les seniors d'être également représentés dans ces chiffres. Rien d'étonnant car, pour ce groupe de fumeurs, contrairement à certaines idées reçues, le sevrage tabagique garde tout son sens et il n'est jamais « trop tard » pour arrêter. En effet, le tabagisme demeure la première cause de décès chez les seniors (cancer du poumon, maladies pulmonaires obstructives ou maladies cardiovasculaires) et est associé à des risques spécifiques pour ce groupe d'âge (déclin cognitif accéléré, risque accru de démence sénile, d'ostéoporose post-ménopausique, de fracture du col du fémur et de déficit fonctionnel global). Or, plusieurs études ont démontré qu'un aban-

don du tabac par des sujets de plus de 65 ans, même avec un long et important passif de fumeurs, avait une incidence évidente sur l'augmentation de l'espérance de vie (jusqu'à quatre ans) et l'amélioration de la qualité de vie. Les premiers effets du sevrage sur ce groupe d'âge concernent la réduction du risque de maladies cardiovasculaires⁴. Une étude internationale à grande échelle à laquelle ont participé 503.905 personnes de plus de 60 ans, originaires de 14 pays d'Europe et d'Amérique du Nord, a elle aussi analysé les effets du tabagisme et du sevrage tabagique auprès des seniors. Elle parvient notamment à la conclusion qu'un fumeur de plus de 60 ans n'ayant pas encore arrêté de fumer décède 5,5 ans plus tôt d'un problème cardiovasculaire qu'un non-fumeur. Ce chiffre descend à 2,36 ans en moyenne pour les personnes ayant arrêté de fumer. De plus, les auteurs expliquent que le risque de décéder de maladie cardiovasculaire pour un fumeur dépend de la dose et, qu'après l'arrêt tabagique, ce risque diminue avec le temps pour être presque insignifiant après 20 ans d'abstinence⁵.

Bien-fondé de l'e-cig ?

Mais, que cela soit comme méthode de sevrage tabagique ou en tant que simple mode de consommation alternatif, il reste évidemment à déterminer le bien-fondé ou non du recours à la cigarette électronique et ses éventuelles conséquences sur la santé.

En la matière, les consommateurs relèvent plutôt une série de bénéfices. D'abord, l'e-cig leur paraît moins dangereuse que la cigarette. Ils l'apprécient parce que l'on peut vapoter n'importe où, même dans les lieux non-fumeurs (ceci n'est toutefois pas permis dans la législation belge qui soumet l'e-cig aux mêmes interdictions que la cigarette). Il n'y a pas de fumée secondaire ni de mauvaises odeurs. Pour certains, dont une part des utilisateurs âgés, l'intérêt est d'ordre économique ou social. Plusieurs consommateurs disent par ailleurs ressentir un gain au niveau de la respiration, ils toussent moins, expectorent moins. Enfin, des témoignages mettent en avant l'aide que la cigarette électronique apporte dans la diminution de la consommation de tabac.

2. Glover-Bondeau A.S., 2015. *Le tabagisme des seniors*, disponible sur le site : <http://www.stop-tabac.ch/fr/le-tabagisme-des-seniors> (Consulté le 05/08/2015).

Enjeux Seniors, 2015. *Le tabagisme 2.0*, disponible sur le site <http://www.enjeux-seniors.fr/2014/05/27/le-tabagisme-2-0> (Consulté le 06/08/2015)

3. Nys P., 2013-14. *La e-cigarette*, extrait du cours « Autres produits : e-cigarette, snuss,... », p.3-6. Formation interuniversitaire en tabacologie, FARES.

4. Glover-Bondeau A.S., 2012. *L'arrêt du tabac chez les personnes âgées : des bénéfices à tout âge*, disponible sur le site : <http://www.stop-tabac.ch/fr/larret-comme-premier-remede> (Consulté le 20/08/2015).

5. Mons U. et al. "Impact of smoking and smoking cessation on cardiovascular events and mortality among older adults : meta-analysis of individual participant data from prospective cohort studies of the CHANCES consortium" in *British Medical Journal*, 2015 ; 350 :h1551.

D'un point de vue scientifique, les études et rapports se multiplient depuis 2009 sans parvenir actuellement à des conclusions claires et définitives. Dans la presse, des articles mettant l'accent sur la dangerosité de la cigarette électronique, notamment parce qu'elle contiendrait des molécules cancérigènes comme le formol et des métaux lourds, côtoient d'autres papiers signalant les mérites d'un système au potentiel suffisant pour engendrer une forte régression du tabagisme mondial. Dernièrement, à six mois d'intervalle, des études contradictoires concluaient, pour l'une, que l'e-cigarette était 15 fois plus cancérigène que la cigarette traditionnelle et, pour l'autre, qu'elle s'avérait au contraire 95% moins dangereuse⁶. L'embrouillamini conséquent à ces communications antagonistes est renforcé par la présence, au sein des enquêtes publiées, de diverses études possiblement biaisées car financées par les entreprises du tabac elles-mêmes, lesquelles ont massivement investi afin de développer leurs propres produits électroniques et cherchent dès lors sans surprise à en démontrer les avantages tout en continuant par la même occasion à banaliser l'acte de fumer⁷. La Fondation contre le cancer rappelle, pour sa part, que le fonctionnement de la cigarette électronique n'entraîne pas de combustion du tabac et qu'elle se trouve être donc moins nocive qu'une cigarette classique, mais prévient : l'e-cig n'est pas pour autant sans danger. En cause, la formation d'aérosols qui se diffusent dans la bouche, la gorge et les voies respiratoires ainsi que la présence de substances toxiques dans des quantités insuffisamment connues, et n'ayant pas fait l'objet d'études suffisantes sur leur sécurité à long terme⁸.

6. Wikistrike, 2015. *E-cigarette : en janvier, 15 fois plus nocive ; en août, 95% moins nocive que la cigarette classique !*, disponible sur le site <http://www.wikistrike.com/2015/08/la-cigarette-electronique-15-fois-plus-cancerogene-que-le-tabac.html> (Consulté le 25/08/2015)

Jensen R. P., Luo W., Pankow J., Stringin R. M. et Peyton D. H., "Hidden Formaldehyde in E-Cigarette Aerosols" in *The New England Journal of Medicine*, 2015 ; 372 :4.

McNeill A., Brose L.S., Calder R., Hitchman S.C., Hajek P. et McRobbie H, 2015. *E-cigarettes : an evidence update. A report commissioned by Public Health England*. Public Health England.

7. Fourmanois D., 2015. *Pourquoi l'industrie du tabac paie-t-elle des chercheurs pour dire que la cigarette électronique est moins nocive que la cigarette normale ?*, disponible sur le site : <http://www.rtl.be/info/vous/temoignages/cigarette-electronique-l-industrie-du-tabac-paie-des-milliards-pour-dire-que-fumer-n-est-plus-toxique-709369.aspx> (Consulté le 20/08/15)

8. Fondation contre le cancer, 2015. *Cigarette électronique et cancer : pour la première fois un positionnement clair*, disponible sur le site : <http://www.cancer.be/nouvelles/cigarette-electronique-et-cancer-pour-la-premiere-fois-un-positionnement-clair> (Consulté le 10/08/2015)

Mais d'autres éléments rendant la cigarette électronique sujette à caution ont également été relevés, dont le risque d'intoxication à la nicotine (les capsules de liquide contenant 24 mg de nicotine seraient, selon l'Organisation mondiale de la santé, mortelles en cas d'absorption accidentelle par des enfants de moins de 30 kg). En outre, les e-cigarettes ne sont pas toujours proposées par des fabricants très scrupuleux en ce qui concerne l'étiquetage et la qualité des produits. Contrairement par exemple aux patchs contenant de la nicotine, le dosage de celle-ci par les utilisateurs peut, dans le cas des e-cigarettes de moindre qualité, être rendu plus difficile. Les opposants soulignent aussi que les allégations relatives à l'efficacité des e-cigarettes pour arrêter de fumer ne sont généralement pas étayées par des essais cliniques comme il est d'usage pour les moyens destinés au sevrage tombant sous la législation des médicaments⁹.

Pas de certitudes donc, et des divergences notables entre les différentes sources. Le manque de recul et l'insuffisance de données établies incitent d'ailleurs à prôner le principe de précaution, et là réside sans doute à ce jour le principal consensus au sein de la communauté scientifique et des autorités publiques concernant la cigarette électronique. Le Fonds des affections respiratoires, agissant notamment au niveau de la prévention du tabagisme et de l'aide à l'arrêt du tabac, a contribué, quant à lui, à la définition d'une orientation commune dans le cadre du Comité scientifique interuniversitaire de gestion du tabagisme (CSIGT) qu'il coordonne. Il en ressort un positionnement à l'égard de la cigarette électronique¹⁰ volontairement très proche de celui avancé par l'Organisation mondiale de la santé en appui de la Convention cadre de juillet 2014.

Qu'en retenir ici ? D'abord, pour ce qui est du sevrage tabagique, que les fumeurs devraient continuer à favoriser la panoplie de traitements déjà approuvés. Et pour cause : d'une part, les données scientifiques,

9. Avis du Conseil supérieur de la santé n° 8941 et 9106, 2013. *Place de l'e-cigarette comme aide au sevrage du tabac classique et risques toxicologiques et d'assuétudes liés à sa consommation ainsi que celle de la shisha pen*. http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@shc/documents/ie2divers/19091013_fr.pdf (Consulté le 10/08/2015)

10. Les membres du CSIGT, 2015. *Positionnement à l'égard de la cigarette électronique*, Disponible sur le site du FARES : <http://www.fares.be/static/front/upload/1/upload/files/tabac/Positionnement%20e-cig%20FARES%20mai%202015.pdf> (Consulté le 06/08/2015)

certaines actuellement bien insuffisantes, ont laissé entrevoir la faible efficacité de l'inhalateur électronique nicotinique (IEN) pour arrêter de fumer. D'autre part, la nicotine a sa propre toxicité, particulièrement pour la femme enceinte et l'adolescent. Au niveau individuel, les experts avancent toutefois que le recours à l'inhalateur électronique nicotinique, correctement encadré, pourrait contribuer à faciliter les tentatives de sevrage chez certains fumeurs pour qui le traitement a échoué, qui ne l'ont pas toléré ou qui refusent d'utiliser les produits classiques. Pour les fumeurs susceptibles de développer de graves maladies mais incapables ou non désireux d'arrêter leur consommation, le Comité scientifique interuniversitaire de gestion du tabagisme estime que l'e-cigarette avec nicotine constitue très probablement une notable réduction du risque dans le cas où l'arrêt du tabac est obtenu.

Par contre, et l'avertissement est clair, il apparaîtrait totalement inadéquat de considérer comme un public cible privilégié de la vente d'e-cigarettes les adultes non-fumeurs, ou encore les enfants et les adolescents. Pour ces derniers, il faut garantir que l'e-cigarette ne puisse donner lieu à une initiation de l'acte de fumer et à un premier contact avec la nicotine. Dès lors, prévenir, voir interdire, l'usage de la cigarette électronique quelle que soit sa forme est la position recommandée. Enfin, les membres du Comité scientifique interuniversitaire de gestion du tabagisme mettent en garde contre les conséquences d'une distribution tous azimuts et d'une banalisation de l'e-cigarette, entrevoyant là le risque de détourner du réseau d'aide à l'arrêt tabagique des patients qui, bien accompagnés, auraient pu se défaire du tabac et de la nicotine.



Dès le printemps 2016, les acteurs en prévention du tabagisme devront pourtant tenir compte de la nouvelle directive européenne et faire face à certains des écueils qu'ils redoutaient ou dénonçaient, le principal étant la vente « libre » des cigarettes électroniques contenant de la nicotine (en dessous de 20 mg/ml et un volume maximum des cartouches de 2 ml). Heureux concours de circonstances au regard de l'application prochaine de ladite directive, le Conseil supérieur de la santé vient de publier un avis de 87 pages¹¹ au sujet de la cigarette électronique qui actualise celui de décembre 2013. Si, à ses yeux, le principe de précaution reste de mise, de même que le constat d'une incertitude concernant l'éventuel rôle de tremplin de la cigarette électronique vers le tabagisme, le Conseil supérieur de la santé a par ailleurs fait évoluer sa position sur certains points : il ne plaide plus pour la vente exclusive en pharmacie des e-cigarettes contenant de la nicotine, en arguant du fait qu'il ne serait pas logique de soumettre celles-ci à plus de contraintes que les produits du tabac. Dans le même esprit, le Conseil supérieur de la santé estime qu'en matière de publicité les cigarettes électroniques doivent désormais répondre non plus aux réglementations propres aux produits pharmaceutiques mais bien à ceux du tabac. Enfin, le Conseil supérieur de la santé salue les exigences imposées par la directive européenne en matière de qualité, dans la mesure où cela devrait résoudre les divers problèmes rencontrés jusqu'à présent en matière d'étiquetage, de dosage, de batteries, de capsules, d'arômes, etc. Doit-on voir dans ces dernières recommandations du Conseil supérieur de la santé l'élaboration d'une stratégie visant à permettre aux différents acteurs de la santé, en particulier ceux liés à la prévention en matière de tabagisme, de ne pas rater le train de la nouvelle directive européenne et de ses implications très concrètes ? Quoi qu'il en soit, et indépendamment des positions des uns et des autres, sans doute faudra-t-il rester vigilant et mener de manière accrue un travail d'information, de sensibilisation et de prévention auprès des nouveaux consommateurs ou consommateurs potentiels afin de les aider à s'orienter vers un usage de la cigarette électronique le plus adéquat possible, mais également afin d'éviter à nos sociétés d'être confrontées à un phénomène de dépendance inédit. L'e-cigarette, en tout cas, ne doit pas passer entre les mailles du filet pour n'être considérée que comme un banal objet de consommation. Ne nous y trompons pas, nous sommes ici face à de véritables enjeux en termes de santé publique... ■

11. Avis du Conseil supérieur de la santé n° 9265, 2015. *Etat des lieux : cigarette électronique*. <http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@shc/documents/ie2divers/19105017.pdf> (Consulté le 27/10/2015)

Fondamental pour la santé physique et mental, l'accès à l'énergie s'est vu entravé par la libéralisation des marchés en 2007. La Fédération des services sociaux a vite perçu la nécessité d'accompagner les familles précarisées ainsi que les travailleurs sociaux face à l'éventail des difficultés rencontrées en matière d'énergie et d'eau ; depuis 2009, des « accompagnateurs énergie » posent les jalons d'un nouveau métier d'accompagnement des ménages en précarité énergétique, à leur domicile et en étroite collaboration avec les services les plus proches de ces ménages.

François Grevisse, Centre d'appui SocialEnergie (FdSS).

Article paru dans *La chronique de la ligue des droits de l'Homme* n°170 de septembre-octobre 2015.

Des ménages en quête d'énergie

Si l'accompagnement des ménages confrontés à la précarité énergétique est utile et nécessaire, c'est d'abord parce que l'énergie est nécessaire. Le logement froid, sombre et humide se fait l'hôte privilégié de maladies respiratoires ou cardiovasculaires, incite à la dépression, aux sentiments de honte, d'isolement, de solitude, d'infériorité ou d'abandon.

« On n'a pas envie de se lever le matin... Il fait trop froid. Mon fils se plaint tout le temps. On devient dépressifs parce qu'on doit toujours laisser les rideaux fermés. On ne peut pas recevoir des gens... On a honte devant des gens. »

En 2013, selon Eurostat, 6% des ménages belges – dont 18% de ceux qui vivent sous le seuil de pauvreté – étaient incapables de chauffer leur logement à un niveau suffisant pour des raisons économiques. Cela ne représente pourtant que la partie émergée de l'iceberg : dans l'intimité du domicile, les passoires énergétiques, les châssis pourris et non étanches, les systèmes de chauffage obsolètes sont monnaie courante.

Mais en pratique, ce sont les menaces financières et administratives qui inciteront généralement les plus démunis à sortir de l'ombre en quête de solutions. Et là

commence souvent un interminable parcours fait d'errance administrative et de report de responsabilité. Car il faut pousser de multiples portes pour aider à sortir du froid ceux qui s'y trouvent cloîtrés. À commencer souvent par celle des intéressés qui ne parviennent ni à expliquer leur problème, ni à faire entendre leur voix.

Fournisseurs, gestionnaires de réseaux, démarcheurs à domicile, sociétés de relevés, bailleurs, chacun dispose de son propre domaine de responsabilité, de ses procédures, de ses formulaires, de son numéro de téléphone. Chacun agit isolément, dispense sans coordination des informations de qualité variable, protège ses intérêts propres. Et au beau milieu de cet archipel d'acteurs et de compétences, un océan de problèmes irrésolus. Les choses se corsent encore pour les consommateurs vulnérables et les mauvais-payeurs, dont la bonne foi est si simple à mettre en doute. Par défaut, on finit souvent par reporter sur eux la responsabilité de leur situation : *« Si votre facture est si élevée, c'est que vous consommez. Si votre logement est humide, c'est que vous n'aérez pas assez. »* N'est-ce pas simple l'énergie, après tout ?

C'est aussi cela qui caractérise la précarité énergétique : une intrication aussi obscure que complexe de difficultés administratives, techniques, financières et parfois juridiques. Un problème flou, inexplicable et néanmoins insupportable.

Mettre de l'énergie dans le social

Voilà donc planté le décor de l'accompagnement énergétique : un bien de première nécessité dont la privation altère la santé physique et mentale, un ensemble de problèmes intriqués de natures tellement différentes que – parmi les travailleurs sociaux comme parmi les ménages – l'on peine à en faire la synthèse, un nombre invraisemblable d'acteurs et d'actants de la problématique et, finalement, une demande imprécise sur laquelle on pourrait aisément jeter le discrédit.

Dans ce contexte, l'utilité première de l'accompagnateur énergie est sans aucun doute d'offrir une écoute non-jugeante et apporter du crédit à celui qui se heurte quotidiennement à l'incrédulité.

Mais ce qu'offre l'accompagnateur énergie, c'est aussi une capacité de compréhension qui lui permet de transformer la demande en problème concret, objectivable. Il lui faut investiguer, poser les bonnes questions pour s'efforcer de comprendre ce qui coince. Souvent, l'observation directe de la situation au domicile (compteurs, installations, etc.) s'avérera nécessaire. L'accompagnateur énergie s'appuie aussi sur une solide expérience des questions énergétiques, malgré laquelle il continue à se définir comme un généraliste confronté à la fois à des problèmes à la fois techniques, juridiques, mais aussi relationnels ou de santé.

Une fois la demande transformée en problème, le travail des accompagnateurs énergie consiste à déterminer les leviers d'action et à expliquer à la personne quelles sont les marges de manœuvre. En exposant le champ des possibles, l'accompagnateur énergie permet aux personnes de retrouver l'énergie nécessaire pour se mettre en mouvement et reprendre progressivement la maîtrise de leur situation. Le métier devient plus pédagogique. L'accompagnateur énergie aidera par exemple la personne à décoder ses factures, lui rappellera ses droits de locataire et de consommateur, conseillera d'effectuer telle ou telle démarche auprès de son propriétaire, d'un fournisseur d'énergie, d'un CPAS, expliquera comment réduire les consommations.

Reste alors à actionner les leviers identifiés. Or, il est rare que les solutions ne dépendent que de la personne elle-même. Une part considérable du travail de l'accompagnateur énergie est donc consacrée à convaincre les différents acteurs qu'ils ont effectivement un rôle à jouer dans le dénouement du problème. Il faut que la demande de la personne devienne audible, concrète et légitime. L'accompagnateur énergie se fait ainsi diplomate, chargé de promouvoir la cause du ménage

auprès d'un fournisseur, d'un bailleur ou d'une société de relevé. Cela suppose évidemment que l'accompagnateur d'énergie (AE) connaisse « la langue » et les préoccupations de son interlocuteur. Ainsi est-il souvent appelé à jouer un rôle de médiateur, privilégiant le compromis. Pourtant, en accord avec la personne, il lui faudra aussi pouvoir prendre le risque d'un conflit.

Alimenter la flamme du travail social

Par sa fonction, l'accompagnateur énergie est exposé aux épreuves de professionnalité caractéristiques du travail social.

Les « prescriptions contradictoires »¹ devaient entre autres se révéler inéluctables entre le souhait de singulariser les pratiques et les contraintes de standardisation : d'une part remplir des cases, encoder des factures, classifier les usagers, suivre les consommations, sachant que c'est sur tout cela que seront évalués les résultats ; et d'autre part répondre de manière globale et complète à des demandes toujours plus singulières. Une autre forme de tension devait également se faire jour entre les visées environnementales du pouvoir subsidiant et les motivations sociales des travailleurs.

À cet égard, ainsi que le rappelle Bertrand Ravon, l'épreuve ne résulte pas tant des contradictions – auxquelles les travailleurs sociaux sont par ailleurs habitués – que d'un manque de reconnaissance de l'inventivité dont ils font preuve pour combler le décalage entre le travail prescrit et le travail réel. Aussi était-il nécessaire d'éviter une coordination trop gestionnaire ou « technicienne » à laquelle la technicité des questions énergétiques pouvait inciter.

Le projet épargne par contre à l'AL la contradiction habituelle entre le temps prescrit et le temps réel : les objectifs fixés (50 bénéficiaires/an/ travailleur) permettent un travail de long terme dûment justifié par l'ambition de combiner réponse à l'urgence et émancipation ; les visites à domicile – nécessairement chronophages – sont la règle plutôt que l'exception ; le temps consacré à chaque intervention n'est pas plafonné.

De même, l'accompagnateur énergie subit moins que d'autres travailleurs le paradoxe selon lequel il est sommé de donner de l'aide, avec des moyens toujours plus limités : l'expertise de l'équipe confère au travailleur

1. B. Ravon, G. Decrop, J. Ion, C. Laval, and P. Vidal-Naquet, « Le malaise des travailleurs sociaux : usure professionnelle ou déni de reconnaissance ? », *La Lettre de l'ONPES*, 2008.

une crédibilité auprès des différents acteurs, le temps disponible est suffisant et l'arsenal législatif bruxellois est relativement protecteur pour les consommateurs d'énergie.

Accompagner sans contrôler

S'il est un terme auquel nos « accompagnateurs énergie » tiennent par-dessus tout, c'est bien celui d'accompagnateur. « *Pas comme l'accompagnateur de train, qui n'est en définitive qu'un contrôleur* », s'empressent-ils de rajouter. Il ne s'agit pas tant de contrôler les consommations ou de forcer les pauvres à adopter les comportements *ad hoc*. Pourquoi faudrait-il d'ailleurs réguler les comportements, à l'heure où l'on dérégule les marchés ? Le cœur du travail consiste à « se mettre à côté » des personnes, à les aider à voir quelles sont leurs marges de manœuvre, à les soutenir dans les différentes démarches qui leur permettent progressivement de retrouver une meilleure maîtrise de leur situation lorsqu'elles se sentent totalement démunies et ballotées. ■

Plus d'infos

Pour télécharger gratuitement la brochure *Mettre de l'énergie dans le social* :
<http://lc.cx/ZHPc> (lien raccourci)

Plus d'infos : www.fdss.be

Le Centre d'appui SocialEnergie traite essentiellement les matières bruxelloises et, dans une moindre mesure, fédérales.

Pour les matières wallonnes :

Le Réseau wallon pour l'accès durable à l'énergie – RWADE rue de Gembloux 47 - 5002 Saint-Servais (Namur) Tel. : 081/73.40.86 - Fax : 081/74.28.33 thibaud.dementen@rwade.be

La Commission wallonne pour l'énergie – CWAPE
www.cwape.be



REGARDS CROISÉS ENTRE LE PORTUGAL ET LA WALLONIE /

En 2013, le Dr Wim van Lerberghe, alors professeur à l'Instituto de Higiene e Medecina Tropical de Lisbonne¹, invitait des professionnels de santé wallons à visiter le système de santé portugais, notamment les unités de santé de famille (USF-Unidade de Saude Familiar)². Un an plus tard, un jeune médecin généraliste portugais quittait ce système pour intégrer une maison médicale à Liège. Les auteurs de cet article ont donc fait le même trajet, dans deux directions opposées mais avec une volonté commune : découvrir quelque chose de nouveau, de mieux peut-être, qui interpelle et dépasse les modèles connus.

1. Egalement ancien chef de département à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers et directeur à l'Organisation mondiale de la santé du département sur la recherche en systèmes de santé.

2. Cette visite était encadrée par Wallonie Bruxelles International.

Jean-Luc Belche et Alexandra Sousa, médecins généralistes à la maison médicale Saint-Léonard et doctorant au département universitaire de médecine générale de l'université de Liège.

Le système de santé portugais : un peu d'histoire

Un petit regard en arrière permet de mieux comprendre la situation actuelle au Portugal. Avant les années 70, le système de santé était très fragmenté ; il fonctionnait dans une logique libérale. Mais les profondes transformations vécues durant les dernières décennies ont fortement conditionné les politiques de santé. Tout commence avec la *Révolution des œillets* en avril 1974 : la démocratisation résultant de ce moment historique oriente les priorités sur de nouvelles politiques sociales, telles que la reconnaissance du droit à la santé pour tous les citoyens. Les conditions sont dès lors propices à l'établissement d'un service national de santé : celui-ci se met en place en 1979. Inspiré du modèle anglais, le service national de santé portugais semble la réponse la plus adéquate au besoin de services de santé gratuits assurant une large couverture : l'État assume ainsi sa responsabilité, inscrite dans la Constitution, en matière de protection de la santé. Les activités de première ligne sont au départ centrées sur des missions de santé publique ; elles s'élargiront plus tard aux activités de médecine générale.

En 1985, le Portugal entre dans la Communauté économique européenne et gagne une stabilité politique et économique sans précédent depuis la révolution. Une proportion croissante de la richesse du pays est attribuée à la santé, via le service national de santé. On assiste à une régionalisation des services, avec une coordination centrale, ainsi qu'à une tentative de séparer l'exercice privé et public de la médecine. L'introduction de tickets modérateurs en 1990 – sauf pour certains groupes cibles comme les populations précarisées - marque un changement de vision sur la gestion du service national de santé : le service national de santé « gratuit » devient un service national de santé « tendanciellement gratuit ».

Après 10 ans, différents projets expérimentent une réorganisation des soins de santé primaires visant à développer des formes de gestion plus flexibles et autonomes. L'évaluation est positive, et ces expériences stimulent l'adoption de systèmes de rémunération associés à la performance, ainsi que de nouveaux modes de contractualisation. Elles font aussi croître les exigences en matière de critères de qualité et de

Tableau 1: modalités organisationnelles générales, similitudes et différences

	<i>Unidade de Saude Familiar</i>	Maisons médicales membres de la Fédération des maisons médicales ou association de santé intégrée (ASI)
Nombre de centres	400 USF en 2015 (depuis 2005).	102 maisons médicales affiliées à la Fédération des maisons médicales en 2015 (début en 1973).
Population couverte	près de 50% de la population (tout le pays).	4% de la population (Wallonie-Bruxelles).
Représentation	Association nationale des USF : USF-AN.	Fédération des maisons médicales et des centres de santé francophones
Type d'organisation	Organisation publique.	Organisation privée, sans but lucratif. Contractualisation avec INAMI (pour le paiement forfaitaire) et les pouvoirs régionaux pour ASI.
Mode de création	Adhésion volontaire des travailleurs d'un centre. Pas de programmation. Soutien des centres à passer en modèle USF.	Initiative privée et volontaire. Pas de programmation.
Mode de gestion	Gestionnaire (médecin) élu par les travailleurs et Conseil général reprenant tous les travailleurs. Gestion du personnel par le service public, central. Autonomie technique et organisationnelle détaillée dans un plan d'action de 3 ans.	Autogestion ou gestion centralisée par un gestionnaire. Plan d'action de 2/3 ans pour les ASI en Wallonie avec évaluation par l'Administration régionale. Agrément conditionné à la mise en place de démarches d'évaluation qualitative à Bruxelles.
Labellisation	2 modèles A et B (et peut-être C) suivant le type d'activités à prester et le niveau d'autonomie de gestion et supplément financier si passage en USF modèle B. Contractualisation d'objectifs d'accessibilité, effectivité, efficience et qualité.	L'agrément et la subsidiation de certains postes par le pouvoir régional sont conditionnés par décret à la mise en place d'une structure minimale.
Organisation du travail	Tous les travailleurs sont fonctionnaires (employés de l'Etat). Contrats imposés à 35 ou 40h/semaine. Législation complexe.	Les travailleurs sont engagés par la maison médicale (contrats salariés et conventions d'indépendants). Nombreux temps partiels (pas de données disponibles) : variable pour chaque maison médicale.
Zone d'action	Limite territoriale administrative. Le patient hors-zone peut rester au sein de l'USF mais ne reçoit pas de soins au domicile.	Limite territoriale déterminée par l'équipe, et souvent négociée et inscrite dans le contrat avec le patient et l'INAMI.
Mode de paiement pour le patient	Paiement par le patient d'un ticket modérateur uniquement (5€/consultation). Gratuité pour femmes enceintes, enfants, chômeurs, personnes en difficultés financières (in fine près de 50% de la population bénéficie de la gratuité).	Soit acte (14% des maisons médicales). Soit forfait (84% des maisons médicales) pour les patients en ordre de mutuelle : pas de paiement des soins M-I-(K) –pas de ticket modérateur.

systèmes d'information. Le financement augmente parallèlement à l'augmentation de la qualité demandée, et le système finit par être confronté à des problèmes de soutenabilité financière : c'est une des raisons qui a suscité, en 2005, la grande réforme des services de soins de santé primaires – ceux-ci restant considérés comme la base du système. Dans le cadre de cette réforme, les centres de santé publics créés dans les années 70 sont invités à devenir des unités de santé familiale (USF), à certaines conditions et selon deux modalités différentes (USF type A et type B) décrites ci-dessous.

Le sens d'une rencontre

Les USF et les maisons médicales membres de la Fédération des maisons médicales ont beaucoup de points communs¹, comme on le verra dans les tableaux présentés en page précédente et suivante ; au moment où ces structures font chacune face à des contraintes particulières, l'analyse de leurs spécificités offre des enseignements utiles à la réflexion sur l'organisation de la première ligne de soins.

Le système de santé portugais est souvent cité en exemple : il est classé parmi les meilleurs au monde et la première ligne de ce système est considérée comme une des plus performantes. Les USF offrent des soins à plus de la moitié de la population (environ 500.000 personnes). Mais le Portugal affronte une crise financière qui place le pays dans une situation difficile. Cette situation fait peser de fortes contraintes sur le système de santé.

En Belgique francophone, le nombre de pratiques de groupe pluridisciplinaires augmente, mais elles sont très hétérogènes étant donné les lacunes du cadre organisationnel. En effet, si les pouvoirs régionaux peuvent agréer les associations de santé intégrées (ASI) en fonction de critères établis par décret, ceci n'empêche pas des professionnels de se regrouper sur de tout autres bases – et de se nommer « maison médicale » : l'appellation n'est pas déposée et elle peut donc recouvrir des pratiques très hétérogènes. En effet, la question de la labellisation des pratiques se pose au sein de la Fédération des maisons médicales, au moment où la régionalisation des soins de santé permet de définir des pistes de développements futures.

1. Pour que les comparaisons présentées ici aient du sens, nous ne considérons dans cet article que les structures reconnues par la Fédération des maisons médicales.

Similitudes et différences

La comparaison entre les USF portugaises et les associations de santé intégrées belges sont présentées en page précédente et suivante en deux tableaux : le premier porte sur les modalités organisationnelles générales, le second sur les pratiques.

Public et privé : des modes de gestion différents

Le modèle USF portugais est clairement défini, avec une gradation de la reconnaissance en fonction de critères organisationnels et d'un système *pay-for-quality*. En Belgique francophone, les pouvoirs régionaux donnent un agrément aux associations de santé intégrées (ASI) en fonction de critères précisés par décret².

Les USF sont des structures publiques : les travailleurs, y compris les médecins, sont des fonctionnaires de l'État travaillant en tant que salariés dans le système de santé national, qui est public et financé par les impôts au bénéfice de tous.

En Belgique, la médecine générale repose sur une pratique libérale et les maisons médicales sont des initiatives privées. Le lien des maisons médicales avec l'État concerne principalement le mode de rémunération (forfait ou acte) avec l'INAMI et la reconnaissance en tant qu'association de santé intégrée par les pouvoirs régionaux.

La Fédération des maisons médicales prône l'autogestion ; ce type d'organisation est mis en pratique selon des modalités variables dans les maisons médicales affiliées. Tous les aspects de la gestion sont présents dans chaque centre : il y a peu de mutualisation entre différentes structures. Au Portugal par contre, la gestion des centres de santé est centralisée ; toutefois la réforme de 2005 a introduit, en échange de la contractualisation en tant qu'USF, un certain degré de décentralisation décisionnelle et d'autonomie au niveau de la gestion financière. La marge de manœuvre reste cependant limitée, même dans les USF de type B ; par exemple, l'engagement d'un nouveau travailleur est une décision centrale, qui ne prend pas en compte l'avis de l'équipe.

La mutation des centres publics pré-existants vers le modèle USF A ou B (réforme de 2005) n'est pas imposée et nécessite une adhésion volontaire des travailleurs des structures. La proposition a été massivement sui-

2. Rappelons que d'autres types de regroupements professionnels existent sous l'appellation « maison médicale » mais que nous ne considérons dans cet article que les structures reconnues par la Fédération des maisons médicales.

Tableau 2 : modes de pratique, similitudes et différences

	Unidade de Saude Familiar	Maisons médicales ou Association de Santé Intégrée
Taille de la patientèle	De 4000 à 18000	2270 patients en moyenne (Fédération des maisons médicales - données 2011).
Compétences professionnelles de base	Médecin-infirmier-secrétaires cliniques. Actifs en Triade pluridisciplinaire.	Médecin-infirmier- accueil (=minimum pour une association de santé intégrée , non déterminé pour les maisons médicales non agréées par les pouvoirs publics).
Autres professions	Kinésithérapie en services privés conventionnés (co-financé par l'Etat). Psychologue en soutien d'équipe ou 2 ^{ème} ligne, pour plusieurs USF. Idem pour assistant social ou diététicien. Médecins spécialistes en appui.	Personnel administratif et kinésithérapeute(s) intégré(s) à l'équipe (majorité des équipes). Assistant(e) social(e), psychologue, diététicien, gestionnaire. Pas ou peu de mutualisation.
Taille de l'équipe	19,8 travailleurs en moyenne. 6,8 médecins, 6,8 infirmières, 5,8 secrétaires médicaux. Critères minimaux de volume de patientèle : 1 med/1750 patients (1900 pour un jeune médecin), 1 inf/1500 patients et 1 secrétaire/>2000 patients ; en augmentation depuis plusieurs années.	14-15 travailleurs en moyenne. Actuellement, on observe 1,7 équivalent temps plein (ETP) med, 0,6 ETP infirmier et 0,6 ETP kiné pour 1000 habitants dans les maisons médicales ; donc en moyenne 3, 9 ETP médecins, 1,3 ETP inf et kiné par structure. Pas de critères définis de volume de patientèle.
Activités cliniques	Intégration santé de l'enfant et de la femme enceinte, et planning familial au sein de l'USF. Echelonnement : passage obligé par le médecin généraliste avant l'accès à la seconde ligne. Un hôpital général de référence principal par USF.	Peu ou pas d'intégration avec des structures spécialisées de 1 ^{ère} ligne (ONE, planning familial, centre de santé mentale...) Coordination avec la 2 ^{ème} ligne peu structurée, si ce n'est l'obligation de transmission des rapports médicaux.
Dossier médical	100% informatisé	Mixte (majoritairement informatisé)
Accès au domicile	En moyenne 2h/domicile par semaine par médecin.	Proportion de visite à domicile varie de 4% à 40% suivant les maisons médicales.
Accessibilité horaire et permanence des services	Minimum 8-20h. L'équipe dispose de 24h pour donner réponse à une demande de domicile. Gardes non obligatoires de 20h-24h (jour ouvrables) et 9h-21 (we) (La nuit, les patients vont aux urgences des hôpitaux).	Minimum 10h/jour d'accueil. Rôle de garde médecin/kiné/infirmier obligatoire pour chaque maison médicale/ association de santé intégrée + participation obligatoire au rôle de garde médical communal.
Formation médicale continue	Conseil technique constitué d'un Duo de med/inf. Formation médicale continue pour Médecin/Infirmier/Secrétaire clinique ensemble, au sein de l'USF ; sans accréditation. Formations pour chaque secteur individuel et formation en équipe.	Laisse à l'appréciation de l'équipe. Formation médicale continue externalisée pour les médecins. Peu de formation intégrée.
Type de patientèle	Grande hétérogénéité de la population Implantation majoritairement urbaine de USF A-B.	Pas de sélection à l'inscription ; mais observation d'une population plus jeune, plus défavorisée, plus malade ; lien avec la zone d'implantation (majoritairement urbain).
Participation communautaire	Variable suivant les centres.	Variable suivant les centres.
Lieu de formation	Lieu de stage fréquent pour les différentes professions présentes.	Lieu de stage fréquent pour les différentes professions présentes.

vie : 10 ans après la réforme, environ 400 USF couvrent près de la moitié de la population portugaise, avec un ancrage principalement urbain. Situation toute différente en Belgique : près de 40 ans après l'ouverture de la première maison médicale, les territoires wallon et bruxellois ne comptent qu'une centaine de maisons médicales, couvrant 4% de la population.

Modes de financement

L'enveloppe financière totale par USF de type B augmente selon le type d'activités réalisées et l'atteinte d'objectifs pour certains indicateurs ciblés ; prévention, suivi de patients diabétiques, activités de planning familial, suivi de grossesse suivant les recommandations, suivi d'un enfant lors de sa première année... Ce système de *pay for performance* bénéficie à tous les professionnels. Les centres peuvent recevoir des suppléments, associés à un créneau horaire d'ouverture élargi, à la taille de la patientèle ainsi qu'à son âge (facteur de pondération 2,5 pour les personnes de plus de 75 ans). La situation est différente en Belgique ; si le forfait bénéficie aussi d'une certaine forme de pondération, celle-ci est principalement reliée à des caractéristiques médicales et sociales de la population inscrite et non au type d'activités réalisées.

Quelle intégration des soins ?

Les USF reposent majoritairement sur une équipe plus étoffée et des zones d'action plus étendues que les maisons médicales ; en parallèle, le nombre de travailleurs est plus élevé, avec des équipes avoisinant 20 personnes. Il existe cependant dans les maisons médicales belges des équipes de taille équivalente pour une patientèle plus réduite : en effet, la Belgique autorise le temps partiel contrairement au Portugal, et les travailleurs de maisons médicales choisissent souvent cette formule.³

La triade professionnelle médecin-infirmier-secrétaire clinique est à la base des USF. Chaque patient dispose d'une combinaison fixe de soignants qui le connaissent et qui se connaissent. Cela permet de développer une dynamique de travail spécifique à chaque équipe, basée sur la confiance et la connaissance interpersonnelle et interprofessionnelle, ce qui facilite la coordination clinique. Des programmes de formation continue partagée viennent compléter ce travail d'équipe. En Belgique, bien que la formule pluridisciplinaire existe depuis le

3. Par exemple la maison médicale Saint-Léonard compte près de 21 travailleurs pour 2400 patients, avec seulement 5 temps-plein dont 3 pour des soignants.

début des maisons médicales, l'interdisciplinarité ou la coprofessionnalité, (la confusion des termes employés est symptomatique de sa faible pénétration) piétinent au stade de « projets pilotes » ou de discussions plus ou moins animées, sans arriver à une structuration plus importante dans les centres ou dans le cadre légal général de chaque profession.

On remarquera que les USF ne disposent pas d'autres professionnels de 1^{ère} ligne que les médecins et infirmières, contrairement aux maisons médicales ; celles-ci, complètent souvent leur équipe de base (Médecin-Kiné-Infirmier-Accueil) par d'autres professionnels en contact direct avec le patient. La voix choisie au Portugal est plutôt l'intégration avec le réseau existant que la re-création du réseau en intra-muros.

La 1^{ère} ligne de soins portugaise a une réelle place au sein du système : sa complémentarité avec les structures spécialisées est reconnue et indiscutable. Les activités de soins développées au sein des USF sont définies dans un panier minimal de soins. Elles reprennent toutes des activités caractéristiques de la première ligne de soins qui ont, depuis plusieurs années, quitté les cabinets de consultation du médecin généraliste belge : suivi des nouveau-nés, suivi de grossesse... En Belgique, ces activités ont été organisées en services ad hoc (Office National de l'Enfance, planning familial) et institutions assez hermétiques au partage d'informations avec le médecin généraliste.

Alors que le débat fait rage dans le milieu de la médecine générale belge, il est intéressant de remarquer que la permanence de soins au Portugal repose sur une accessibilité augmentée des USF en journée (jusque 20h), des gardes non obligatoires jusqu'à minuit et le recours aux urgences hospitalières pour la nuit profonde pour des cas triés à la source par des infirmiers spécialisés.

La qualité face aux politiques d'austérité

Le modèle portugais d'organisation de la 1^{ère} ligne de soins a souvent été montré en exemple pour les autres systèmes de santé : meilleurs résultats pour un coût moindre. En 2014, le Portugal dépensait 2037 euros par habitant pour la santé ; la Belgique, 5093 - avec une espérance de vie comparable.

La situation financière du Portugal a apporté son lot de mesures correctrices, dictées de près ou de loin par la Troïka (Fonds monétaire international - Banque mondiale - Union européenne), et le système de santé n'a pas échappé à la pression. Il a été demandé - surtout imposé - aux USF et à leurs soignants, de réaliser des

économies d'échelle : augmentation des patientèles par soignant (avec le même salaire) et donc diminution du temps de consultation par patient (une consultation de médecine générale doit être réalisée en 7 minutes). De plus, les termes de la contractualisation avec l'Etat permettant la création de nouvelles USF de type B (avec reconnaissance financière) ont été durcis, avec une hausse des exigences pour les équipes demandeuses : elles doivent fournir des garanties organisationnelles et des résultats significatifs avant que leur candidature ne soit prise en compte pour bénéficier des valorisations financières.

Leçons à tirer

Les USF et les maisons médicales ont le même ADN : une équipe pluridisciplinaire de soignants de 1^{ère} ligne, travaillant avec une liste de patients attribués (pour les maisons médicales, via le forfait ou le Dossier médical global), assurant les soins de santé primaires sur une zone déterminée. Les similitudes sont nombreuses, mais les divergences sont marquantes et la comparaison interpelle.

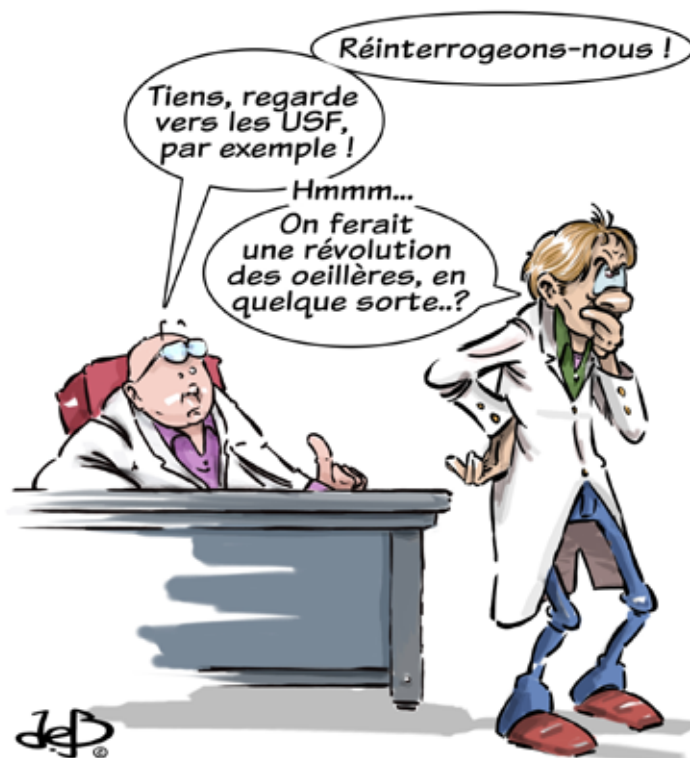
Certaines différences s'expliquent par la structuration des systèmes de santé qui les chapeautent : la 1^{ère} ligne de soins portugaise est incontournable et les USF offrent un panier minimal de soins complets, en articulation avec les structures hospitalières. En Belgique par contre, alors que tout le monde s'accorde sur la pertinence des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaire, le système existant reste « faible » : la pratique en 1^{ère} ligne est en majorité soliste et monodisciplinaire, la pratique au forfait est minoritaire, la 1^{ère} ligne de soins n'est pas une porte d'entrée reconnue dans le système de santé et son champ d'action est amputé par d'autres services de 1^{ère} ligne, axés notamment sur la prévention (et la plupart du temps fonctionnant avec des médecins généralistes !). Les maisons médicales sont le (presque) parfait contre-poids de cette médecine générale, et en ce sens elles se rapprochent des USF. Mais elles doivent composer avec des éléments structurels du système de santé qui ne mettent pas leur pratique en valeur.

Au Portugal, la réforme de 2005 a représenté une certaine forme de libéralisation du système, avec une autonomie des équipes négociée ; l'explosion du nombre d'USF dès 2005 laisse penser que cela répondait à un besoin des travailleurs de santé fonctionnaires. Le mouvement inverse s'observe en Belgique : des centres de santé (presque) totalement libres sont nés de manière spontanée, et le service public tente d'y apposer un cadre réglementaire minimal (par le biais de la reconnaissance ASI). Cette réglementation « a posteriori »

rencontre, au sein des maisons médicales existantes, et peut freiner les travailleurs tentés de choisir ce modèle d'organisation.

Au Portugal, le système de paiement à la performance a favorisé l'adoption du modèle USF de type B qui valorise financièrement les équipes et les travailleurs. Pour y accéder, les USF doivent compiler une quantité importante d'informations, qui vire presque à l'excès... En Belgique, les trajets de soins, la formule DMG+, etc. sont les premières manifestations du système paiement à la performance. Le risque inhérent à ce système de rétribution est la tentation de concentrer la pratique clinique sur les activités de soins entraînant une valorisation financière, et de délaisser les autres ; le choix des indicateurs à atteindre est donc une question cruciale pour éviter cette dérive.

L'USF est un modèle déposé, cadré et défini par une réglementation claire. Ce n'est pas le cas en Belgique ; dès lors, quand des habitants de Libin, Verviers, Seraing, Charleroi ou Bruxelles parlent de « maison médicale », ils ne parlent pas de la même chose. Dans quelle mesure l'absence de cadre clair pour la définition d'une « maison médicale » a-t-elle joué un rôle dans la faible



Les membres adhérents doivent répondre concrètement et simultanément, à chacun des quatre premiers critères suivants :

- ◆ L'adhésion formalisée de l'ensemble de l'équipe à la charte et aux statuts de la Fédération des maisons médicales ;
- ◆ Un travail en équipe pluridisciplinaire non hiérarchisée constituée de minimum trois personnes y ayant le même pouvoir de décision, dispensant des soins de santé de première ligne globaux, intégrés, continus et accessibles ;
- ◆ Un engagement concret dans la recherche et/ou l'expérimentation d'un mode de financement optimal des travailleurs de santé de première ligne, et dans la recherche d'une meilleure répartition des ressources de l'équipe, le plus justement possible partagées entre tous les travailleurs dans une perspective autogestionnaire ;
- ◆ Une option claire en faveur de la réappropriation de la santé par la population, considérant la personne comme partenaire dans la gestion de sa santé.

Chacun des membres adhérents bénéficie d'une seule voix délibérative.

Membres effectifs

Les membres effectifs doivent en outre répondre aux cinq critères supplémentaires suivants :

- ◆ Etre constitué en asbl ;
- ◆ Un engagement concret de l'équipe dans les luttes sociales en rapport avec la santé ;
- ◆ Un travail concret dans le domaine de la promotion de la santé ;
- ◆ La collaboration à un travail collectif d'évaluation ;
- ◆ L'autonomie de l'équipe soignante quant à ses choix idéologiques et à la détermination de ses objectifs.

adhésion des travailleurs et des patients à ce modèle présent chez nous depuis plus de 40 ans ? Cela devrait nous pousser à définir les éléments majeurs qui représentent les spécificités des maisons médicales affiliées à la Fédération des maisons médicales ; en ce sens, le projet LABEL vise à renforcer l'identité des maisons médicales et à donner au mouvement une visibilité centrée sur la qualité⁴.

D'autres points saillants de la comparaison peuvent nous interpeller et nous mettre en action, en tant que travailleurs impliqués dans la gestion des maisons médicales. Ainsi, la gestion des USF est centralisée par défaut et décentralisée à partir d'un niveau d'exigence défini à atteindre ; dans les maisons médicales, la gestion est, par défaut, interne, peu ou pas professionnelle. La mutualisation entre structures en est à ses premiers pas dans certains intergroupes ; elle pourrait porter sur certains aspects de la gestion (gestion des contrats ou du parc informatique) ou des soins (compétences spécifiques en kinésithérapie par exemple). Cela permettrait une économie d'échelle et un allègement du temps passé en gestion sans pour autant nuire à la mission première de prestation de soins. La professionnalisation de la fonction de gestionnaire est aussi en voie d'organisation en Belgique avec la création d'une filière de formation spécifique (Master en management des entreprises sociales à l'université de Liège par exemple) ; une proportion croissante d'équipes y font appel.

La lourdeur de l'autogestion et/ou la faible professionnalisation qui peut parfois l'accompagner ne doit pas en faire oublier les vertus. La question de l'étendue des compétences décentralisées et du pouvoir de décision des travailleurs peut aussi s'enrichir de l'exemple portugais. Ce dernier nous enseigne que, quand la gestion n'inclut pas ou peu les travailleurs ou est totalement coupée des réalités qu'ils vivent, elle est contre-productive voire toxique.

Dans les USF, la titularisation des patients est forte et repose sur une triade de 3 professionnels développant des complémentarités fonctionnelles au service d'un patient. Dans nos maisons médicales, c'est plutôt le manque de personnalisation du soin qui est souvent dénoncé et associé à la pratique de groupe au forfait par les défenseurs de la pratique soliste à l'acte et par une partie du grand public. Une meilleure communication sur ces aspects est probablement nécessaire ; mais des mesures structurelles devraient aussi être mise en place pour favoriser la « titularisation » d'une patientèle

4. <http://www.maisonmedicale.org/-Label-.html>

parfois plus fidélisée à la maison médicale qu'à l'un de ses soignants.

Il reste une autre leçon à tirer de l'exemple portugais et de son évolution récente dans le contexte de la crise économique. Le modèle USF ayant prouvé son efficacité (qualité/coût), il a été mis sous pression dans le but de réaliser des économies d'échelle : on en demande plus avec le même dispositif de base. Les soignants sont placés dans des conditions de travail critiques qu'il leur est difficile de supporter dans la durée : il s'ensuit un risque majeur de diminution de la qualité de soins. Victime de son succès, l'USF est actuellement même en danger pour des raisons économiques. Ou comment casser (ou se faire casser) son plus beau jouet...

Les maisons médicales ont encore un potentiel de développement et d'innovation important qui pourrait s'inscrire dans la voie empruntée par les USF : les leviers sont nombreux... mais plutôt aux mains des décideurs politiques. Il est dès lors primordial de défendre notre modèle, dont les nombreuses vertus sont bien reconnues. A l'heure où la régionalisation des soins de santé s'opère, il existe une chance inédite de redéfinir un projet global et ambitieux pour les soins de santé, notamment la place de la 1ère ligne de soins dans le système de santé. Chaque structure garde aussi une marge de manœuvre importante pour améliorer le fonctionnement des pratiques et continuer à jouer le rôle novateur qui a caractérisé les premières maisons médicales dans le sillon du Groupe d'Etudes pour Réforme de la Médecine. ■



« On a loué une habitation, pour y installer la maison médicale. On a commencé à discuter de l'aménagement, mais on n'arrivait pas à trouver de bonne solution pour installer l'accueil, et ça bloquait toute l'organisation. On a cherché, cherché, on s'est arraché les cheveux. Et puis quelqu'un a proposé que l'entrée se fasse par derrière. On a déplacé la porte d'entrée, et ça réglait tout. C'était magique¹ !»

Ce n'est pas un hasard si on s'appelle des maisons médicales. Ce que nous avons créé, ce sont des maisons où on fait de la médecine. Bien sûr, c'est évident... Alors, regardons l'évidence ! Ce sont des maisons dans la rue, où on trouve un accueil par des professionnels du soin. « C'était une maison de la rue, une maison comme les autres ». C'est encore Henri de Caevel qui insistait là-dessus lors d'une rencontre il y a bien longtemps.

La maison, c'est un des deux termes qui nous définissent. Le bâtiment en lui-même est une partie de notre signifiant. Ce n'est pas pour rien que les logotypes des maisons médicales déclinent à l'infini le thème de la maison : de rigolotes petites maisons avec des sourires, des manoirs pittoresques tout en hauteur, des toits, des formes épurées... Nous sommes, avant tout, des maisons.

Une maison, ça existe vers l'extérieur et vers l'intérieur. Elle crée une image par sa façade, et une atmosphère par ses aménagements intérieurs. Elle représente quelque chose pour ceux qui y vivent et pour ceux qui passent devant. Et cette image de la-maison-comme-les-autres semble avoir évolué depuis que nous avons les moyens de choisir, d'adapter, et, parfois, de construire nos maisons médicales.

Nous, on pense d'abord à l'intérieur, évidemment. Dimensions, lumière, circulation, couleurs, formes, recoins, accès, portes, aération. C'est qu'on y passe du temps ! Et que, dans chaque espace, il se passe des choses spécifiques, importantes. Les soins aux

1. Henri de Caevel, médecin généraliste, aujourd'hui reconverti dans la psychothérapie, fondateur de la maison médicale à Tournai.

ARCHITECTURE ET SOIN

La quadrature du cercle

enfants et ceux aux usagers de drogues, le premier accueil, la stérilisation du matériel, les archives, la facturation aux mutuelles, l'administration, les cours de yoga, les conciliabules, les confidences, les crises de larmes, les coups de colère, les coups de cafard, les réunions d'équipe, les assemblées générales jusqu'à pas d'heure, les petites fêtes, les pauses déjeuners. Chacune de ces activités, et il y en a beaucoup d'autres, est déterminée par le lieu dans lequel elle prend place.

Mais, bien entendu, l'aspect extérieur dit aussi quelque chose de ce que nous sommes. Et d'abord à nos premiers interlocuteurs : les usagers. Nous affirmons une image qui produit un effet. Qui donne confiance, qui interpelle, qui encourage, qui rassure ou impressionne. Qui invite et qui cadre.

Cette maison, ils le disent, c'est aussi un peu la leur. Feed-back des patients très contrasté : certains sont ravis, d'autres regrettent la vieille moquette ; un d'entre eux aurait précisé que cela le mettait à l'aise que le cabinet soit « *un peu crado, moins que chez lui* », « *on ressort coloré même si l'esprit était sombre avant* »².

C'est pour l'hygiène !

La maison médicale constitue donc un espace à partager. Entre professionnels, entre patients et entre professionnels et patients. Un partage des espaces pour la confidentialité, l'autonomie, le bien-être des uns et des autres. Afin d'anticiper les effets du lieu. Pour ça, on peut penser les incidents comme des signes. Par ici, un travailleur demande l'aide d'un usager pour transporter quelque chose à la cuisine ou à la cave, l'emmenant ainsi dans des espaces supposés réservés aux travailleurs, ce qui provoque des réactions négatives de la part de certains collègues. Par-là, l'animation d'une activité est totalement prise en charge par un-e ou plusieurs usagers. Ça change le rapport au lieu et à ses autres utilisateurs. « *Ils commencent quand même à se sentir fort à l'aise...*³ ». « *Chez les kinés, il n'y*

a pas assez d'espace pour les deux cabinets ; on entend tout entre les deux, il n'y a pas d'intimité² ».

La maison médicale, espace de travail, lieu de vie en commun, constitue aussi un investissement. Sauf cas rares de collaboration avec un pouvoir public local, nous n'avons pas de financement pour nos infrastructures. Les budgets consacrés aux projets architecturaux, qu'ils soient empruntés ou pas, sont financés sur fonds propres. C'est-à-dire qu'ils résultent de choix budgétaires. Dans le partage du bâtiment, entre ceux d'aujourd'hui et ceux de demain, ceux qui font des choix, éventuellement des renoncements, et ceux qui en bénéficient, cet aspect détermine aussi le rapport à l'architecture.

La confrontation de toutes ces subjectivités donne, en fin de compte, une dimension proprement politique à la rencontre dans nos bâtiments et, partant, à leur conception. Il n'y a pas de règle, si ce n'est de s'interroger sur le sens qu'on donne aux choix qui sont faits. Presque toutes les maisons médicales ont des espaces réservés au personnel, dont des toilettes distinctes. Ça se conçoit sans peine. Néanmoins, quand on dit, sans ambages, que « c'est pour l'hygiène », ça donne à réfléchir sur les représentations qui guident la conception de nos lieux de soin.

On apprend en faisant, et chaque équipe qui est passée par une phase de travaux en a beaucoup appris sur elle-même. Il nous semblait qu'il était grand temps de se pencher ensemble sur ces projets architecturaux qui marquent et transforment les maisons médicales, les équipes et les usagers, parfois durablement. Élargir la vision, confronter les points de vue, partager les expériences, dégager des perspectives pour mieux appréhender ce volet de nos projets sont les objectifs que nous poursuivons avec ce dossier. ■

Christian Legrève,
responsable du programme Education permanente
à la Fédération des maisons médicales

2. Voir *Ce qu'ils en disent* dans ce dossier.

- I -

Un questionnement introduction

C'est donc bien l'architecture de nos lieux de soins qui fait l'objet de notre réflexion. Tant l'architecture en tant que résultat, les bâtiments en eux-mêmes, que la démarche de leur conception et de leur réalisation. Néanmoins, il nous a semblé indispensable de questionner d'abord, et d'une manière générale, les relations entre l'architecture et la santé, entre contrainte et évidence.

De la santé à l'architecture, petit arrêt sur les mots

Marinette Mormont, journaliste à l'agence Alter.

*La qualité d'un bâtiment influe sur la santé de ses occupants.
Mais de quoi parle-t-on exactement ? Que nous disent les mots ?*

Quand on pense à la santé et à l'habitat, nous viennent assez vite à l'esprit les problèmes médicaux liés à la qualité du logement. En gros, la pollution intérieure et ses nuisances pour la santé. Ce serait oublier que l'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (Constitution de l'Organisation mondiale de la santé adopté en 1946 par la Conférence internationale sur la santé, New York). En 1986, l'Organisation mondiale de la santé ajoutait dans sa charte d'Ottawa que la santé était « *la mesure dans laquelle individus ou groupes peuvent d'une part, réaliser leurs aspirations et satisfaire leurs besoins et d'autre part, évoluer avec le milieu et s'y adapter* ». Si l'on envisage ces deux définitions dans leur acceptation la plus large, on se rend compte que parler de santé dans le logement est réducteur.

Le logement est un lieu d'habitation. « *C'est un local, un appartement ou une maison et plus généralement tout endroit où une ou plusieurs personnes peuvent s'abriter, en particulier pour se détendre, dormir, manger et vivre en privé. C'est un endroit pour s'abriter (héberger) le jour et la nuit.* » (Wikipedia)

Comment intégrer dans la réflexion sur la santé liée à ce lieu dans lequel on vit l'appropriation de cet espace par son/sa/ses habitant-e-s ? Son/leur bien-être ? De même que la question du lien entre l'intérieur et l'extérieur, entre l'espace privé et l'espace public ?

C'est là qu'intervient la notion d'habitat, plus vaste. Elle se réfère davantage à l'« *environnement* » dans lequel vit un individu, une population ; aux « *faits géographiques relatifs à la résidence de l'homme (forme,*

emplacement, groupement des maisons, etc.) » ; mais aussi aux « *conditions relatives à l'habitation, au logement* ». (Larousse en ligne)

Le « *bien-être* » dans une habitation repose en effet sur une multitude d'autres facteurs que les seules normes en matière de « *logement sain* ». Des aspects sociaux, affectifs. Des modes de vie, des manières d'habiter, qui sont aussi culturels. La qualité du logement et celle de l'habitat sont bien deux choses distinctes. « *La déclaration universelle des droits de l'homme garantit dans son article 25 le droit au logement ; il nous faut dès maintenant œuvrer pour le remplacer par le droit à l'habiter* », revendiquait d'ailleurs Pierre Vanderstraeten, architecte et sociologue, dans un article paru dans *Santé conjugulée* en 2001.

L'architecture, en tant qu'« *art majeur de concevoir des espaces et de bâtir des édifices, en respectant des règles de construction empiriques ou scientifiques, ainsi que des concepts esthétiques (...), de forme et d'agencement d'espace, en y incluant les aspects sociaux et environnementaux liés à la fonction de l'édifice et à son intégration dans son environnement (...)* » (wikipedia), est une expression de la culture. Elle tente de répondre à la question du « *bien-être* » et donc... à une meilleure santé. ■

Sources

- ♦ Wikipédia
- ♦ Larousse en ligne
- ♦ Pierre Vanderstraeten, « Le logement habité - vecteur de santé », *Santé conjugulée* n°18, octobre 2001, p. 71 et suiv.

L'architecture, levier pour la santé ?

Sylvie Reversez,
journaliste architecte.

L'architecture est soumise à des normes de plus en plus nombreuses et variées. Qu'est-ce que cela dit de notre manière de concevoir nos lieux de vie ? Normalisation de l'hygiénisme ? Médicalisation de l'architecture ? Quels en seraient les risques ? Comment les dépasser ?

Du refuge à la « machine à habiter »

Le rôle premier d'un bâtiment, habitat ou autre, est de créer un environnement confortable pour l'homme. La maison le protège du vent, de la pluie, du soleil,... Bref, de tout ce qui pourrait mettre en péril le bien-être de son occupant. D'un simple refuge, la construction s'est peu à peu complexifiée, répondant aux besoins de son époque et aux critères de confort de plus en plus élevés. Les normes d'hygiénisme et, plus récemment, les contraintes énergétiques ont radicalement changé l'acte de bâtir. Codifié et contrôlé, celui-ci est désormais soumis à des règlements de plus en plus nombreux, spécialisés et précis. Urbanisme, salubrité, dimensionnement structurel, performances environnementales, entre autres, forment le contexte de travail des architectes contemporains. Comment appréhender nos lieux de vie dans ce contexte ? Comment continuer à concevoir des bâtiments à visage humain lorsque, sous le poids des contraintes, la réponse à chacune de celles-ci amène à la construction de « machines à habiter » ?

Créer un lieu

La complexité actuelle de la construction peut cependant être accueillie positivement par les architectes : plus que jamais, leur discipline a lieu d'être ! En effet, l'architecture, naturellement à la croisée de la technique, de l'esthétique et du sens, est en mesure d'apporter une solution unique et satisfaisante pour tout et pour tous. L'architecte construit, oui, mais pas seulement : il crée des lieux, habités par l'homme, dans toute sa dimension. Le choix des proportions, des matériaux, des couleurs créent des ressentis, met l'homme en condition pour des comportements spécifiques : le

recueillement dans les lieux de culte, le respect dans les bâtiments institutionnels, l'échange dans les lieux de travail, la frénésie dans les galeries commerçantes... L'architecte, s'il répond de façon technique à toute une série de demandes d'ordre technique, est aussi capable de les dépasser pour toucher la sphère du psychologique. Cependant, face au contexte normalisé et chiffré auquel est durement soumise sa discipline, l'architecte doit aujourd'hui redoubler de créativité et d'ingéniosité. Il convient de satisfaire chaque norme, une à une, dans une solution qui tient compte de l'ensemble des problèmes et des interactions entre ceux-ci. Pour faire sens, cela suppose aussi une considération pour ce qui n'est pas normé et qui a trait au sensible, au psychologique, à ce qui fait l'homme, bien au-delà des règles.

L'architecture comme vecteur de bien-être

L'architecture, pensée dans sa globalité, est donc en mesure de participer au bien-être de l'homme, et donc de sa santé. Dépasser les normes scientifiques au profit du confort physique et psychologique est une chose, mais l'idée que l'espace architectural puisse influencer nos habitudes de vie est à creuser. En dehors de toute considération médicale, les architectes et les urbanistes pourraient, dans une certaine mesure, être perçus comme des acteurs de la santé. Puisque l'architecture et les aménagements conditionnent nos comportements, ceux-ci peuvent être pensés pour remplir leur rôle premier, mais aussi pour briser l'isolement des personnes ou lutter contre le surpoids de la population, par exemple. L'élargissement et l'aménagement adéquat des espaces de circulation dans un immeuble à appartements pourraient être propice à la rencontre et l'échange, avec des répercussions sur la santé psychologique de personnes fragilisées. L'embellissement

et la praticabilité des espaces urbains inciteraient la population à les emprunter à pied ou à vélo, influençant positivement la condition physique de tout un chacun. Les exemples ne manquent pas pour voir plus

loin qu'une architecture qui solutionne des problèmes, mais plutôt considérer le travail de l'architecte comme une possibilité supplémentaire sur laquelle se pencher pour prendre soin de nous et préserver notre santé. ■

Sylvie Reversez propose un premier élargissement de la vision du rôle de l'architecte et de l'impact de l'architecture. On ne peut s'empêcher de faire le parallèle avec le rôle des soignants et les effets du soin.

Les uns comme l'autre doivent avoir assez de compétence, d'aisance technique, de connaissances :

- ◆ pour prendre de la distance avec leur expertise ;
- ◆ pour ne pas regarder les seuls aspects techniques, les seules normes prescrites, le seul résultat recherché et prévu ;
- ◆ pour prendre en compte la complexité de la situation ;
- ◆ pour interroger le sens de leur intervention, et leur propre place, la position dans laquelle ils se pensent.

Pour le premier comme pour les seconds, le sens ne peut s'interroger du seul point de vue du professionnel, il doit être mis en discussion, et pas seulement avec le patient des uns ou le client des autres. L'acte de l'architecte et celui des soignants a une dimension politique qui résonne dans la cité. Ces actes ne sont jamais anodins, et sont rarement indiqués de manière univoque. Il y a une responsabilité à prendre, de faire ou dire telle chose ou telle autre, ou rien. Ainsi, si l'architecture influence, à l'évidence, la santé, elle ne peut, en aucun cas, s'enfermer dans des objectifs de santé.

On remarquera, au passage, que le modèle de référence des professions de médecin et d'architecte, chez nous, est celui des professions libérales, alors qu'on retrouve l'un et l'autre de ces métiers au service des pouvoirs publics, et dans des rôles de conseil auprès des structures des pouvoirs publics.

Le Centre canadien d'architecture a consacré une publication à l'enjeu de la démedicalisation de l'architecture. En voici quelques extraits.

« En acceptant ce rôle thérapeutique, l'architecture et le design urbain deviennent en fait partie intégrante du paradigme de responsabilisation individuelle produit par les politiques de santé publique [-] »

« Les praticiens de ces disciplines [architecture et urbanisme] préfèrent ignorer, par exemple, la façon dont les processus environnementaux impliquent souvent des processus économiques et surtout, dont les notions de corps, de santé et de maladie sont le produit de processus historiques, politiques, économiques et culturels. »

« Le processus de démedicalisation appliqué à l'architecture permettrait à cette discipline d'échapper à l'ambiguïté et au moralisme qui caractérisent le concept contemporain de santé, et de ramener les problèmes et leurs solutions non pas à l'échelle de l'engagement individuel, mais à celle plus adéquate de l'environnement social. De cette façon, l'architecture pourrait récupérer sa capacité critique envers les politiques publiques de santé, accepter de prendre part au débat actuel sur la question et renoncer à offrir une solution soi-disant rationnelle et scientifique à une conception toute médicale de la santé. »

« Pour une démedicalisation de l'architecture »
de Giovanna Borasi et Mirko Zardini, in *En imparfaite santé, La médicalisation de l'architecture*.
Centre canadien d'architecture Lars Müller Publishers, février 2012.

Repenser notre manière d'habiter

Pierre Vanderstraeten,
architecte, urbaniste, sociologue.

Pierre Vanderstraeten nous propose de percevoir et concevoir autrement l'organisation de nos territoires. Il nous invite à occuper l'espace dans une conscience de ses limites, de nos limites, et de nos ressources, à (re) créer du lien. Vers un nouveau mode d'« habiter » où les soins prendraient racines à « l'échelon zéro » du système de santé, au cœur de la communauté.

Avant de signifier 'avoir', le verbe latin 'habere' qui a donné 'habiter' désignait le maintien, la manière d'être, de se tenir, d'occuper l'espace. Dans ce sens, habiter est constitutif de notre manière de vivre. Comprendre comment la manière dont nous habitons nous façonne doit pouvoir nous aider à nous situer dans nos rapports à soi, aux autres et au monde. Habiter est tout sauf un verbe neutre.

Installer des limites

L'époque moderne nous laisse un héritage qui, sans réorientation structurelle, cela n'est plus à démontrer, ne peut conduire qu'à une impasse. On connaît aujourd'hui les écueils des multiples crises croisées de l'environnement, du social, de l'économique et du politique. Mais il en est un dont nous ne prenons sans doute pas assez la mesure tant il s'est insidieusement, sournoisement et durablement glissé dans nos esprits : l'adhésion à l'idée de l'illimité.

Portée par nature par les sciences et les techniques, progressivement dégagée de toute croyance, religion ou principe transcendant, l'illimitation a tracé son chemin sur des promesses d'abondance. Alors que toutes les activités humaines étaient jusqu'alors entremêlées, l'idée d'illimitation a conduit à percevoir cette imbrication comme une entrave aux possibilités d'expansion. Elle a ainsi induit une certaine organisation de l'espace par spécialisation et concentration d'activités de même type d'une part, et séparation voire éloignement d'activités de types différents d'autre part.

L'espacement entre lieux de production et de consommation, entre lieux de prélèvement des ressources et lieux d'émission des rejets, entre logement et travail est devenu aujourd'hui à ce point démesuré que nous en

sommes amenés à avancer et de plus en plus à courir vers des horizons imprévisibles en surconsommant aveuglément matière et énergie. Cette trajectoire accélérée se produit, il est important de le noter, malgré les inflexions vertes de notre économie dans laquelle le découplage entre la croissance de l'activité économique et l'exploitation des ressources demeure pourtant d'ordre incantatoire.

Mais surtout, cette course est aveugle puisque les lieux dans lesquels nous vivons ne nous donnent plus à comprendre les conséquences de nos choix de mode de vie et ne nous mettent plus en situation de pouvoir adapter nos comportements faute de ne plus voir et sentir leurs effets réels.

Comme l'écrit si justement Philippe Gruca, avec l'espacement, l'espace ment¹. L'exemple des technologies de l'information et de la communication (ordinateurs, smartphones, tablettes...) qui sous-tendent l'économie dite de la connaissance et des services, est à cet égard éclairant puisque nous ignorons les réalités matérielles qui rendent possible l'usage de ces technologies à commencer par la consommation d'électricité qui équivaut aujourd'hui à environ 10% de la consommation électrique mondiale totale.

On peut difficilement apprécier l'impact de ce désentremêlement démesuré sur notre manière de percevoir le monde et de l'habiter. Comment se tenir, occuper l'espace en tant qu'habitant immergé dans la démesure de cette forme de mirage ? Comment espérer la transition tant promue et tant espérée de notre société lorsque habiter nous déconnecte à ce point de notre capacité d'autonomie et de prise sur le cours des événements ?

1. Philippe GRUCA, 2010, « Le principe immanence », revue *Entropia, Territoires de la décroissance*, n° 8, Lyon.

A l'échelle du temps long de l'histoire, cela ne fait que peu de temps que les espaces du logement et ceux du travail se sont dissociés. Les fermes, les maisons d'artisans et de marchands étaient occupés jour et nuit et voyaient y grandir, s'entraider, prendre mutuellement soin et se succéder les générations. La consommation et, dans la foulée, la surconsommation d'énergie fossile abondante et bon marché va transformer nos sociétés engagées dans l'aventure industrielle et capitaliste en compartimentant et en spécialisant l'ensemble des activités et des établissements humains. Habiter est ainsi devenu progressivement synonyme de se loger, réduisant et affaiblissant ainsi ce qui a longtemps constitué une assise existentielle multidimensionnelle de l'homme.

Lorsque l'on mesure l'importance décisive de notre capacité à sortir du dogme de l'illimité, on ne peut faire l'économie d'une interrogation sur l'impact et le rôle de l'habiter. Ainsi, la question se pose de savoir si une autre manière d'habiter pourrait contribuer à nous autolimiter, à nous installer dans un contexte qui nous aiderait à vivre au quotidien le projet de l'autolimitation, à l'incarner et, qui plus est, nous le ferait envisager dans une joyeuse perspective ?

Signaux faibles du changement

Dans le tohu-bohu assourdissant de notre monde contemporain, il importe de pouvoir être attentif et de pouvoir discerner les signaux du changement annonciateurs de nouveaux horizons.

De timides formes de réentremêlement du logement et du travail permises par le développement des technologies de l'information et de la communication sont en train de prendre corps. Il ne s'agit pas uniquement de la possibilité de télé-travailler chez soi mais aussi de traiter d'affaires familiales et privés au boulot et plus largement de travailler partout pour autant que l'on puisse disposer du confort souhaitable et de connexions aux réseaux. Travailler partout ou dans ce que d'aucuns nomment les tiers-lieux s'effectue notamment dans les télécentres qui sont ces lieux de télétravail en commun qui font partie du voisinage du logement, du quartier que l'on a l'habitude de fréquenter ; dans l'habitude, il y a habiter.

A ces formes de décloisonnement peuvent être ajoutées les multiples initiatives de cohabitation ou plus exactement de recohobitation tant il est vrai que le logement unifamilial qui constitue la norme de notre société est un produit historique relativement récent. Qu'il s'agisse de formules d'habitat groupé, d'habitat solidaire, d'habitat intergénérationnel, d'habitat kangourou, de colocations, de coopératives de locataires, de *commu-*

nity land trust... toutes visent à des degrés divers des objectifs d'entraide, de partage et de mutualisation de services et de biens qui réactivent ainsi le beau mot de 'commun'. Car loin de signifier ce qui est banal, insignifiant, voire vulgaire, comme le voulurent les tenants des pouvoirs cherchant à briser les résistances de l'ingénieuse auto-organisation des communautés paysannes traditionnelles, le 'commun' est noble et existe pleinement et durablement à partir du moment où il émane d'une action commune contrairement au public et au privé qui désignent avant tout des statuts². A ces mouvements de télétravail et de cohabitation, il convient d'associer les nombreuses initiatives de partage, de recyclage et d'économie des ressources dans les domaines de l'énergie (cogénération, renouvelable...), de l'eau (épuration in situ, gestion alternative des eaux de pluie ...) des déchets (compost, ressourceries...), des matériaux (récupération, recyclage, réparation...), de la mobilité (espace partagé, voiture partagée...), de l'alimentation (potager, verger...)... On le comprend, le tableau d'ensemble donne à penser ! Le 'résidentiel' aurait-il pour nouvel horizon un champ domestique intégré et élargi ?

Habitat hospitalier

Il importe de stimuler ces initiatives et ces dynamiques dans des projets conjoints aux échelles pertinentes – immeuble, groupe d'immeubles, rue, quartier, village, ville. Garder à l'esprit qu'à chacune de ces échelles correspondent des opportunités spécifiques qui s'emboîtent et forment la trame quotidienne de nos existences. L'agir en commun familial, entre voisins, entre habitants se joue à chaque fois autrement, sur d'autres modalités d'entente, de confiance et d'échange. Il existe ainsi de nombreux seuils au-delà desquels un changement de taille devient un changement de nature. Mais traversant toutes ces échelles, ces opportunités s'inscrivent dans une ambition, une vision du développement de reconnections : habiter en se reconnectant ou vivre dans une disposition à prendre soin des autres et, en particulier, des plus vulnérables ainsi que de nos ressources naturelles et fabriquées.

Cette disposition présuppose la reconnaissance de notre interdépendance comme modalité d'être commune. Or, cette reconnaissance est aveuglée par le mythe moderne de l'individu '*self made man*' et par l'obsession sécuritaire. Etymologiquement, sécurité qui vient du préfixe privatif 'se' et du latin '*curare*', se soucier, prendre soin, signifie littéralement insouciance. L'insouciance, forme illimitée de déconnexion et de

2. DARDOT P., LAVAL C., 2014, *Commun ; essai sur la révolution au XXI^{ème} siècle*, éd. La Découverte, Paris.

déresponsabilisation qui renvoie le souci du soin pour les autres et les ressources aux tiers, aux responsables des services divers, cette insouciance est limitée dans l'habitat par la souciance. Peut-on concevoir et imaginer une insouciance sans souciance ? Peut-on se sentir en paix les uns avec les autres, l'esprit libre et tranquille sans savoir que l'on peut compter sur une forme de bienveillance et de soutien implicite des autres ? Mais aussi, à l'inverse, peut-on concevoir et imaginer une souciance sans insouciance ? Notre capacité d'attention potentielle aux autres ne dépend-t-elle pas d'une disponibilité personnelle suffisante ? Se soucier de l'autre ne suppose-t-il pas que je ne sois pas trop exclusivement rempli de moi-même, de mes propres soucis, que je sois capable de me défaire, au moins temporairement, de mes propres soucis.

Cette disposition peut ainsi être qualifiée d'hospitalière³ en se référant à nouveau à la signification étymologique du mot 'hôte'. 'Hôte' dit bien en effet cette relation d'égalité et de solidarité fondamentale entre les personnes puisqu'on est indistinctement 'hôte' tout à la fois lorsqu'on reçoit et lorsqu'on est reçu. Cette qualité hospitalière a un pouvoir rayonnant et attrayant. Ne dit-on pas d'un lieu, d'une 'contrée' qu'elle est hospitalière lorsqu'on veut souligner son caractère accueillant et agréable ?

Ainsi donc, si l'habitat hospitalier est bien étroitement lié à la prise en compte des multiples reconnections évoquées plus haut, la raison qui l'explique ne serait-elle pas à chercher dans le point de départ de notre réflexion qui consistait à se poser la question de savoir comment sortir de l'illimité ?

L'autolimitation pourrait-elle exister autrement qu'à travers et à partir de ces expériences de partage et de frottement inhérentes au vivre ensemble ainsi qu'au vécu quotidien des cycles de la vie, qu'il s'agisse du rythme circadien - mener ses activités en fonction et grâce à la lumière naturelle -, du rythme des saisons - manger, s'habiller de saison, habiter de saison, plus serré l'hiver et plus dilaté l'été -, des périodes de la vie - vivre pleinement dans les limites acceptées de l'âge, se préparer à la mort -, de l'intensité solaire, des vents, des pluies qui nous alimentent et nous énergétisent... Au fond, ne serait-ce pas là dans cette condition hospitalière de l'habitat que se jouerait de manière la plus déterminante ce rapport entre l'architecture et la santé qui fait l'objet de cette publication ? Car, s'il doit bien évidemment être question de la qualité des espaces,

des matériaux, du confort et du dimensionnement inhérents à l'architecture, c'est sans doute d'abord et avant tout à la manière et à l'ampleur avec laquelle l'habitat nous reconnecte à soi, aux autres et au monde que nous serons à même de mener nos vies en bonne santé et que nous serons capables de prendre patiemment soin les uns des autres, de ménager les ressources, les services ; de ne recourir aux soins médicaux et hospitaliers qu'à partir et seulement à partir du moment où sont dépassées les limites de l'hospitalité de l'habitat et de ses habitants. ■

3. Cette approche de l'hospitalité m'a été inspirée par la lecture d'Ivan Illich, « L'origine chrétienne des services », in *La perte des sens*, éd. Fayard, 2004



Architecture des lieux de soins

Au regard des enjeux posés dans notre introduction, on pourrait s'attendre à ce que l'impact de l'architecture sur la santé soit pris en compte de manière plus explicite dans les institutions qui mettent en œuvre les soins de santé. On songe aussi d'emblée à la spécificité des activités qui s'y déroulent. A la place de la fragilité, de l'angoisse, de la souffrance dans ce qui s'y joue. A ce qui concerne l'intime, la relation au corps, le dénudement, la promiscuité. Aux relations ambivalentes entre soignants et patients. Existe-t-il, pour autant, une architecture propre au soin ? Notre hypothèse est qu'il est difficile de répondre à cette question globalement pour tous les lieux de soin. Puisque nous concevons notre action dans le cadre d'un système de soins échelonnés, l'architecture doit nécessairement se penser de manière différente aux différents niveaux. Nous explorerons cette hypothèse dans les chapitres suivants.

L'architecture de l'hôpital

- 1 -

L'architecture hospitalière est devenue un secteur en soi. Au salon soins& santé, à Namur¹, les bureaux d'architectes spécialisés sont présents, rencontrent leurs clients, et discutent avec les fournisseurs de matériel qui déterminent les évolutions. Lors de l'édition 2014, plusieurs projets hospitaliers récents, en cours ou en perspective faisaient l'objet de présentations sous des formes diverses. Dans ces projets, l'hôpital est amené à doter provisoirement des fonctions qui permettent de jouer l'interface entre le maître d'ouvrage, les usagers du lieu et les concepteurs. La spécialisation est telle que les phases successives d'un projet (étude, ébauche, projet, réalisation) peuvent être confiées à des bureaux différents. Il y a donc une expertise très importante et pointue qui se développe là.

Pourtant, lors des rencontres préparatoires à cette étude, des architectes faisaient à l'hôpital la critique d'être une écriture architecturale vécue par défaut. Si on met à part le fait qu'il s'agit peut-être d'une caricature, et qu'elle est peut-être dépassée, il est exact que, dans le langage courant, pour désigner un aménagement intérieur déshumanisé et impersonnel, on dit « ça fait couloir d'hôpital ». D'où vient cette représentation ? Comment ça se traduit-il ? Qu'est-ce qui amène ou a amené à cette situation ?

Comment l'architecture hospitalière traduit-elle les spécificités, les caractéristiques, les enjeux, les contraintes et les menaces propres à la deuxième ligne ? Que peut-on dire de l'inscription de l'infrastructure hospitalière dans son environnement direct ?

1. Salon des professionnels de la fourniture de biens et de services aux hôpitaux, organisé chaque année à Namur à l'initiative de la Région wallonne.

L'hôpital du passé et d'aujourd'hui : quels enseignements pour demain ?

Marie-Pierre Tourneur,
architecte, Partner Assar
Architects, Director Assar
Architects, professeur à l'école
de santé publique de l'université
libre de Bruxelles.

Comment réorienter les axes de conception de l'hôpital de demain ? Un passage par le passé s'impose. L'histoire de l'architecture hospitalière nous éclaire sur les causes des mutations du passé, sur celles qui ont menés aux choix réalisés pour construire les hôpitaux d'aujourd'hui. Tirer les leçons du passé pour dépasser les faiblesses et obsolescences de nos modèles contemporains : c'est ce que nous propose Marie-Pierre Tourneur.

Petite rétrospective de l'architecture hospitalière

L'architecture de nos hôpitaux prend ses racines dans les hospices ou hôtels-Dieu du Moyen-Âge. Les premiers lieux de soins sont tenus par des religieux qui accueillent les moribonds, les nécessiteux et les pèlerins ; le moteur qui régit ces lieux est la charité. L'architecture des hôpitaux est ecclésiale, identique aux églises : grandes nefs possédant des longueurs entre 30 et 100 mètres, des hauteurs de ± 20 mètres et des largeurs de l'ordre de 15 à 20 mètres. Elle permet d'avoir de grands cubages d'air et de créer une ventilation en partie haute, dans les croisées des voûtes. La qualité de la ventilation est alors la seule garantie de l'hygiène des lieux. Afin de maintenir une certaine température dans les lits, dans lesquels gisent deux ou trois malades, ils sont à baldaquins, fermés sur les côtés par de grandes tentures. Cette période va durer cinq siècles. L'hôtel-Dieu de Tonnerre et l'hôtel-Dieu de Beaune en sont deux témoins.

La première mutation s'opère avec la prise de Constantinople (1453). Le pouvoir temporel se substitue au pouvoir spirituel et la bienfaisance prend la place de la charité. L'architecture devient monumentale, à l'image des palais de la Renaissance. On bâtit sur deux, trois voire quatre niveaux de 6 à 8 mètres de hauteur chacun. Les escaliers sont très amples de manière à ce que les malades ne basculent pas du brancard pendant leur transport. Les planchers, en fûts de chêne, possèdent des portées d'une dizaine de mètres, les salles sont plus longues et plus étroites qu'au Moyen-Âge. C'est en Italie que naît le premier hôpital caractéristique de cette époque : l'Ospedale Maggiore de Milan (Archit. Filarete, 1456), qualifié d'« hôpital en croix ». Autre mo-

dèle caractéristique, l'« hôpital cour » dont l'exemple représentatif est l'Hôpital Saint-Louis à Paris (1609), toujours en activité.

L'hygiène n'a guère fait de progrès : la ventilation continue d'être l'objet des soucis. Plusieurs personnes sont présentes dans un même lit et les épidémies se poursuivent. Mais on voit tout de même se développer, à la fin de cette époque, des systèmes de prévention : isolement des malades, murailles et vie en autarcie, localisation près d'un cours d'eau pour drainer et évacuer les matières souillées, séparation des malades en salles spécialisées. Les médecins prennent place dans l'hôpital, ce sont les seuls à pouvoir prescrire des remèdes.

Mais les problèmes minent les hôpitaux de France, annonçant les mutations à venir. L'hôtel-Dieu de Paris (quatre à six malades par lit, 615 malades dans 760 m²) devient un endroit redouté ; les épidémies s'y propagent. Le taux invraisemblable de morbidité (25%) est à la base d'une nouvelle réflexion et d'une enquête de Jacques Tenon, chirurgien français. Ce dernier, séduit par le *Royal Naval Hospital* de Plymouth, en Angleterre, lance la vague des hôpitaux pavillonnaires : chaque pavillon est isolé des autres ; il n'y a plus de grande concentration des malades. Un des premiers modèles du genre est l'hôpital de *Lariboisière* à Paris (1846-1854). L'architecture pavillonnaire (l'hôpital des Granges Blanches, hôpital Brugmann à Bruxelles) sera présente de 1850 à 1930.

La fin du XIX^{ème} et le début du XX^{ème} siècle est le temps de l'industrialisation, de la spéculation foncière, de la naissance des syndicats et... des techniques de ventilation et de l'éclairage artificiel. C'est l'arrêt de mort

du pavillonnaire. Les premiers hôpitaux d'un nouveau genre, l'hôpital monobloc (1930-1970), voient le jour en Amérique : *NewYork Hospital* (1929) et *Los Angeles Hospital* (1932). En France, le premier modèle du genre sera *Beaujon* (1934), puis *La Cité hospitalière de Lille* (1934).

Les techniques se développent. Il est impératif de réduire les déplacements. 1970, c'est la naissance de l'hôpital compact, dont le modèle le plus représentatif est l'hôpital Bichat, à Paris. C'est le modèle de l'hôpital 'Arbre', avec ses différents niveaux :

- ♦ terre/sol : logistique ;
- ♦ racines : plateau technique ;
- ♦ tronc de circulations verticales ;
- ♦ ramures : hospitalisation.

L'hôpital compact en proie aux critiques

Ce modèle d'hôpital est celui que nous connaissons dans les infrastructures hospitalières construites entre les années 70 et 90 et toujours en activité aujourd'hui : *Henri Modor* à Paris, hôpital d'Aix-La-Chapelle, centre hospitalier universitaire Tivoli à La Louvière, Intercommunale de santé publique du pays de Charleroi (ISPPC) - site Vésale à Montigny-Le-Tilleul, centre hospitalier universitaire La Citadelle et centre hospitalier universitaire du Sart-Tilman à Liège, université catholique de Louvain Saint-Luc et Centre universitaire de Bruxelles Erasme à Bruxelles...

Mais beaucoup de critiques sont formulées à son égard. La structure s'empêtre dans sa monumentalité, basée sur la superposition. Les transports, verticaux, sont mal adaptés à une flexibilité devenue indispensable. Cette monumentalité est aussi synonyme de déshumanisation des soins. L'ampleur de la masse bâtie et le nombre trop élevé des personnes employées empêche la confiance de s'installer, y compris entre les services eux-mêmes. Enfin, la concentration des espaces favorise les échanges d'air entre les services, donc de la flore microbienne, et les risques d'infections nosocomiales. A cela s'ajoute que trop d'espaces ne permettent pas de contact avec l'extérieur et sont alimentés par des facteurs d'ambiances artificielles (éclairage, ventilation).

La courbe du caractère éphémère de l'architecture hospitalière est impressionnante. Les édifices du Moyen-Age duraient 500 ans. Les hôpitaux de la fin du XX^{ème} sont abandonnés, détruits, ou totalement reconstruits après 40 ans. Aujourd'hui, on réaménage parfois après quelques années. Ce phénomène proclame l'instabilité en matière de validité de la conception hospitalière.

Aujourd'hui, les réponses sont recherchées dans les logiques de regroupement au sein de la structure, par disciplines, par activités, par populations, par spécialités, ainsi que dans une structuration par flux (visiteurs/soignants/patients, consultation/hospitalisation/urgence, approvisionnement/déchets...).

Hôpitaux du futur en échelons¹

Mais, dans le futur, d'autres enjeux devront être rencontrés, qui pousseront plus loin encore la nécessité de repenser les structures hospitalières et dicteront ses évolutions.

Et d'abord, la révolution dans les principes de gestion. Cette dernière se professionnalise. Ce ne sont plus des médecins qui dirigent les hôpitaux, mais des spécialistes de la gestion, orientés vers l'efficacité économique, voire la rentabilité. Dans la foulée, on remarque une tendance à la sous-traitance des prestations logistiques et hôtelières, dont les coûts explosent.

Ensuite, l'accélération de l'évolution des techniques. C'est particulièrement vrai pour l'imagerie médicale, qui impose un rythme de remplacement toujours plus rapide, et qui détermine fortement la structure même des bâtiments, pour permettre leur évolutivité.

La déshospitalisation et la multiplication d'alternatives à l'hospitalisation. Ça se marque par une généralisation de la chirurgie ambulatoire, mais aussi, plus radicalement, par le glissement d'activités hospitalières dans le milieu de vie ou au domicile. Et des perspectives inouïes se font jour avec les potentialités de la connectivité.

Enfin, les réformes institutionnelles qui affectent le système de santé créent un manque de visibilité sur l'avenir, même proche.

La logique gestionnaire dans un contexte de raréfaction des moyens publics conduit à des stratégies de développement qui orientent des politiques foncières déterminantes. Tel projet va choisir telle implantation, en ville ou en bordure de ville, pour viser tel public, en connexion avec telles voies d'accès, en vis-à-vis ou en rapport avec tel autre hôpital, en cherchant la concurrence, la complémentarité ou la fusion à terme. Ces choix fonciers vont se révéler décisifs, tant les contraintes du terrain sont importantes dans des projets de cette ampleur.

1. Dans son article, l'auteur n'utilise pas le concept d'échelon dans le sens où nous l'entendons habituellement à la Fédération des maisons médicales, dans le cadre de la vision des soins de santé primaires (NDLR).

L'hôpital du XXI^{ème} siècle doit se situer entre deux extrêmes, à un point d'équilibre entre l'hôpital pavillonnaire, aéré, et l'hôpital contemporain basé sur la densité à outrance et l'abus de la verticalité. Le nouvel hôpital doit assurer une grande flexibilité, éviter les contenants et les systèmes aliénants, et limiter les transports. Il doit encore être aéré, de manière à offrir de la lumière naturelle et des vues sur la nature qui deviennent des standards de confort. La qualité des ambiances est une attention de tous les instants.

Du coup, la tendance de l'avenir semble être l'éclatement des fonctions. Nous ne devrions plus définir un hôpital par son nombre de lits, mais par les pratiques médicales exercées, la recherche et la qualité des soins.

Les nouveaux ensembles hospitaliers seront répartis suivant plusieurs échelons. « L'entité de base » sera un pôle de technologies avec un secteur médico-technique performant et évolutif, associé à des unités de soins de premier échelon, nécessitant une liaison continue avec le médico-technique.

Le concept de *Life Cycle Hospital* devient déterminant. Il est fondé sur la prise en compte des différences de durée de vie entre les secteurs qui composent l'hôpital. Le pôle médico-technique est celui dont la durée est la plus courte, et dont l'évolutivité doit donc être privilégiée. Idéalement, l'hospitalisation lui sera juxtaposée. On préférera les concevoir en face à face ou côte à côte, plutôt qu'en superposition, pour ne pas contraindre l'évolutivité. La logistique avoisinera le secteur hospitalisation, mais pourra être logée dans un bâtiment de type industriel, moins onéreux. Il en va de même de l'administration qui occupera un bâtiment adapté à la fonction, et qui doit peu évoluer.

Un peu plus à l'écart, nous trouverons les unités de deuxième échelon, pour lesquelles les transferts de lits vers le médico-technique ne sont qu'occasionnels ou possédant leurs propres installations de diagnostic et de traitement légers et de routine.

Quant aux unités de troisième échelon, constituées d'ensembles spécialisés (exemple : psychiatrie, soins palliatifs, etc.), elles auront un statut de totale indépendance fonctionnelle, et peuvent se situer plus à l'écart.

A côté de ces établissements de soins traditionnels, nous devrions voir apparaître ce que l'on appellerait des « pôles médicaux prédominants (PMP) », proposant la gamme des plus performantes et coûteuses possibilités nouvelles dans un domaine particulier. Chacun de ces pôles, en nombre limité, serait équipé selon un programme répondant aux besoins de sa localisation et des pathologies relevée dans le secteur impliqué. Le statut des pôles médicaux prédominants devrait logiquement être supra hospitalier, c'est-à-dire situé au-dessus des hôpitaux dans l'échelle des moyens en équipements médicaux, mais également dans le domaine de la gestion. En parallèle se développent aussi des centres de traitement privés : cliniques des yeux, centres de chirurgie esthétique, centres de diagnostics (imagerie médicale), etc.

En fin de compte, c'est le concept même d'hôpital général qui semble appelé à disparaître, au profit de structures éclatées, monofonctionnelles, hyperadaptées, interconnectées et modulables. Dans ces ensembles, on voit d'ailleurs apparaître des structures hôtelières de proximité, démedicalisées, mais permettant l'accès plus direct aux opérations de contrôle et de suivi. ■



Patient et hôpital : l'hospitalité est (aussi) dans les murs

Marinette Mormont,
journaliste à l'agence Alter.

Quels sont les points de vue des patients sur les hôpitaux et leur bâti ? Accessibilité, accueil, cabinets médicaux... A l'occasion d'une journée des associations de patients organisée dans le hall d'un hôpital, nous avons interrogé à ce sujet quelques membres de la Ligue des usagers des soins de santé (LUSS), Fédération francophone d'associations de patients. Ils nous font savoir ce qui compte pour eux quand ils vont et viennent dans les structures hospitalières.

Le plus important ? « *L'endroit où on est le mieux écouté* ». La relation avec le médecin, le personnel hospitalier, l'écoute que l'on reçoit (ou pas), l'attention dont on fait l'objet (ou pas), sont au cœur du ressenti des patients quand ils évoquent l'institution hospitalière. C'est assez spontanément qu'ils se détournent du sujet du bâti pour se recentrer sur le relationnel. Est-ce à dire que l'architecture n'a pas d'importance ? Pas vraiment.

Accès et circulation

Cinq tours qui encerclent un bloc central, le hall d'accueil couvert d'une verrière monumentale. Le centre hospitalier universitaire de Liège repose sur un plateau battu par les vents où les places de parking s'éloignent de plus en plus de la structure pour répondre à une demande croissante. À tel point qu'un parking de délestage a été mis sur pied, duquel part une navette gratuite qui véhicule les visiteurs jusque l'entrée de l'hôpital. Quand on accède à l'hôpital à pied, après une promenade dans les ruelles animées du quartier universitaire, l'arrivée semble plus agréable.

L'accessibilité est l'un des principaux éléments évoqués par les patients quand on parle du bâti de l'hôpital : disponibilité et éloignement du parking, qualité du fléchage pour les automobilistes, proximité du cœur de la ville, de la gare ou d'autres transports en commun. Une desserte de qualité permet notamment d'« être autonome même lorsqu'on doit passer des examens sous sédatif, qui empêchent la conduite automobile ».

Mais les premières perceptions des usagers, aux abords de l'édifice, touchent aussi à son intégration

dans le quartier dans lequel il est implanté et au sentiment qu'il suscite chez celui qui s'en approche. Le style « château fort » donne-t-il du charme ou remémore-t-il l'allure austère de la prison ? L'aspect monumental d'une institution écrase-t-il ou rassure-t-il, comme s'il promettait de détenir la solution à tous les maux ?

Dès l'instant où on pénètre dans la bâtisse surgit le hall d'entrée autour duquel s'organise le trafic. C'est l'espace où on s'oriente. Il « *doit être grand et ouvert* ». Ça permet d'y accueillir aussi des expositions, des stands... comme ceux des associations de patients ! Attention, cependant, disent certains, au confort des personnes malentendantes.

La circulation doit être organisée afin de pouvoir s'orienter dans le dédale des couloirs qui se succèdent les uns après les autres, les uns au-dessus des autres. D'une manière générale, il y a de plus en plus de concordance entre hôpitaux dans la manière dont ils aiguillent le patient en leur sein. Chiffres, lettres et lignes de couleurs tracent et indiquent les chemins à suivre. Le terme officiel est celui de route. Il reste que, dans les gros hôpitaux, « *on peut vite se perdre* », déplorent les patients. Les routes sont pensées sur un mode rationnel. L'émotion n'est pas prise en compte : « *On fait des erreurs parce qu'on est stressé.* » D'où l'intérêt d'un accompagnement humain.

Autre demande exprimée par les usagers, le regroupement des services selon leur parcours de soins, un regroupement particulièrement nécessaire aux personnes âgées fragilisées.



Soins et convivialité

Quand on se rend à l'hôpital, on passe le plus clair de son temps à patienter. Pourtant, dans nombre de cas, les salles d'attente consistent encore souvent en de simples alcôves le long des couloirs, devant lesquelles défilent personnel médical et personnes hospitalisées, en lit ou en fauteuil roulant. On attend dans les couloirs... pas toujours assez larges pour permettre de se croiser sans difficulté.

Pour que ce temps soit apaisant, le choix des couleurs, des matériaux et des éléments de décoration sont importants. « À la clinique du sein, rue des Alexiens (centre hospitalier universitaire Saint-Pierre, NDLR), les lieux ont un effet positif sur le moral, explique une patiente. Les murs sont gris, couverts de pensées s'écoulant en vagues, les fauteuils sont arrondis. Ces aménagements répondent à un besoin de sérénité. »

Quant au cabinet médical, il est le lieu de l'échange par excellence. Ni trop austère, ni trop tape-à-l'œil, il doit être fonctionnel et laisser de la place à l'intimité, estiment les patients. Il devrait comporter un endroit pour se débarrasser. La lumière naturelle est essentielle : les cabinets en sous-sol ou autre disposition sans fenêtre devraient être évités, pour le bien-être des travailleurs également ; pourtant, ils sont nombreux dans les grosses structures.

En cas d'hospitalisation, « il faut combler le temps ; on se balade avec son baxter ; d'où l'importance des revêtements de sol mais on n'y fait pas partout attention même si c'est élémentaire. ». S'éveille aussi le besoin de s'ouvrir vers l'extérieur. Sortir de l'isolement, croiser d'autres personnes... Et pour cela, rien de tel qu'un retour à la case départ : le hall d'entrée, la cafétéria qui jouent ce rôle de lieu de socialisation. Et ici comme ailleurs dans le bâtiment, la lumière naturelle et la hauteur des plafonds apportent une bouffée d'oxygène. « On n'aime pas être confiné car on est déjà angoissé quand on arrive à l'hôpital, ce qui pousse à se renfermer sur soi-même. ». Pour certains, la présence d'une galerie commerçante est un plus pour répondre aux besoins des visiteurs et des patients sans devoir descendre en ville. « C'est plaisant de faire ses emplettes et du lèche-vitrine mais ce n'est pas pour rien ».

« Je n'ai pas de lieu préféré dans un hôpital, car je n'ai jamais envie d'y aller » conclut un patient, rappelant l'importance de l'écoute. Reste que pour favoriser le dialogue, rien de tel que des espaces conviviaux. Et « la convivialité, lâche un autre, ça se construit ». ■

Pousser les murs

France Defrenne,
chargée de projets en
Education permanente
à la Fédération des maisons
médicales.

Dans le cadre de notre étude, nous souhaitons avoir le regard syndical sur le lien entre architecture et bien-être des travailleurs en milieu hospitalier. Nous avons rencontré Evelyne Magerat sur le sujet. Infirmière, jusqu'à récemment et pendant un peu plus de dix ans, déléguée syndicale de la Centrale nationale des employés et représentante au Comité pour la prévention et la protection au travail¹ (CPPT) pour trois sites du groupe hospitalier privé, le Chirec (clinique Edith Cavell, clinique du Parc Léopold et hôpital de Braine-l'Alleud-Waterloo). Cet article rapporte sa réflexion et son regard critique sur la question.

Les travaux d'agrandissements, les rénovations des bâtiments hospitaliers influencent-ils le bien-être des travailleurs ? De quoi s'agit-il en réalité ? D'améliorer le confort ? Est-ce une question de convivialité, d'ergonomie ? Tient-on compte de l'avis des travailleurs lors des transformations ? Les aménagements, déménagements sont-ils pensés en termes d'accessibilité ? Les enjeux se trouvent-ils ailleurs ? Cet article permettra d'amener un éclairage sur ces différents aspects.

Aberrations architecturales

L'hôpital de Braine-l'Alleud a souvent depuis sa naissance fait l'objet de transformations. Agrandissement dans les années '70. Il y a huit ans, implémentation d'une nouvelle aile (gériatrie, revalidation, et hospitalisation de jour). Il y a deux ans, l'hôpital a mis en chantier la construction d'une annexe. Elle a été inaugurée en janvier 2015. On y retrouve la pédiatrie, l'orthopédie, les consultations. Il est prévu d'y inclure la stérilisation lorsque les travaux seront terminés. Il y a donc une expérience de travaux au sein de l'hôpital. Cependant, il n'y a pas eu de concertation avec les représentants syndicaux au niveau des plans, de l'aménagement intérieur ou encore de l'achat de mobilier, même si notre interlocutrice nous rapporte que « *ce n'est pas faute d'avoir essayé* ». Pas de dialogue prévu dans le cadre du CPPT. Ces travaux et achats de matériel n'ont pas été réalisés pour le bien-être des travailleurs, ceux-là même qui allaient occuper les locaux et utiliser le matériel. « *L'objectif primordial pour le gestionnaire, c'est de mettre un peu plus dans un espace délimité, dans*

les m² qui lui sont attribués, de mettre un maximum de chambres et de respecter les normes architecturales qui lui sont imposées par la législation (dans une chambre, il faut x m², il faut une salle de bain, une toilette, une salle de douche..). L'objectif c'est de répondre aux normes et pas du tout d'avoir l'avis du CPPT. »

À plusieurs reprises, le CPPT a demandé d'avoir une vue sur les plans pour se faire une idée des travaux qui allaient être réalisés. L'objectif étant d'éviter de devoir corriger a posteriori, comme cela avait déjà été le cas pour des raisons d'ergonomie, d'agencement des services ou d'utilisation de matériau inadapté. Tous ces défauts qui ont des incidences sur le travail quotidien. Il semble que le manque de temps soit à l'origine de la non consultation et que la direction fait le choix de modifier après coup.

Il y a eu des aberrations architecturales selon la formule de notre interlocutrice. « *Les architectes qui conçoivent les plans ne sont évidemment pas des ergonomes* ». Quelques exemples pour illustrer son propos. Le bureau d'une secrétaire, bloquée par un bloc tiroirs encastré en-dessous de son bureau et qui obligeait celle-ci à dialoguer de biais avec le patient qui se présentait à elle. « *Le confort n'a pas été la priorité* ». Ou encore l'exemple

1. Le Comité pour la prévention et la protection au travail (CPPT) a pour mission de proposer et de contribuer à mettre en œuvre les moyens destinés à favoriser le bien-être des travailleurs. Il est composé de représentants du personnel et de l'employeur.

d'un dispositif avec trois entrées ouvertes et séparées par des panneaux à la verticale face à la salle d'attente pour un secrétariat d'accueil de patients. Espace dans lequel le patient qui vient pour un rendez-vous ou autre chose ne bénéficie d'aucune confidentialité et d'aucune convivialité.

Dans le service gériatrie encore, des douches à l'italienne ont été installées dans la salle de bain, a priori plus faciles d'accès et donc d'usage pour un public moins mobile. Mais les trous d'évacuation ont été sous-dimensionnés, entraînant des débordements d'eau dans la chambre à chaque utilisation. Le personnel devait ainsi racler la pièce après avoir donné la douche, « *conclusion, le travailleur ne donnait jamais de douche* ».

Dans un service orthopédique, le miroir de la salle de bain avait été placé à hauteur d'une personne debout, de même que la tablette et l'armoire alors que, suite aux opérations, de la hanche par exemple, les patients ne pouvaient faire leur toilette qu'assis.

Sur l'achat de matériel, lorsque l'hôpital a construit le service de gériatrie, les gestionnaires ont fait l'achat de fauteuils. Pour les brancardiers, il y a un trajet assez important d'un service à l'autre, le CPPT a fait remarquer que le fauteuil n'était pas adéquat pour les trajets. La direction a reconnu que ce n'était pas un fauteuil de brancardage mais un fauteuil de chambre qui permettait de changer la disposition du fauteuil mais uniquement dans la chambre. Pour la direction, ce choix avait été fait car c'était suffisant pour le service en question. Mais elle n'a jamais fait tester ces fauteuils par les brancardiers. Encore un exemple de problème de concertation.

Dans les exemples de modernisation, les lits. Tout est réglable avec une télécommande, tout est électrique à présent. « *Belle avancée. Le souci, c'est qu'ils sont plus lourds et que c'est toujours un seul travailleur qui le pousse !* ». Il semble difficile de concilier ergonomie et conditions de travail du personnel avec la nécessité de s'adapter aux avancées technologiques.

Quantité de petits et moyens détails qui ont amené le CPPT à demander pourquoi on ne les consultait pas à l'occasion de la rénovation d'un service, d'autant qu'il y a une obligation légale² d'informer les membres du CPPT de la planification et de la réalisation des travaux. « *Bien sûr, il n'a pas d'expertise au niveau conception*

2. Loi et code sur le bien-être au travail et arrêté royal du 3 mai 1999 relatif aux missions et au fonctionnement des comités pour la prévention et la protection au travail.

architecturale mais bien une expertise de terrain qui pourrait être mise au service de la réflexion ».

Depuis un an environ, chaque fois que le Chirec veut rénover, les plans bruts (c'est-à-dire un tracé avec des pièces sans explication) sont disponibles pour les membres du Comité. C'est un pas mais reste que « *lire ce type de plan n'est pas évident* » (savoir dans quel sens s'ouvrent les portes, les fenêtres, les évacuations, le respect des normes de sécurité,...). Pour ce qui est de l'achat de matériel, la voie d'un dialogue possible entre les parties s'ouvre lentement également.

A présent aussi, à la demande du CPPT, il y a une analyse systématique des postes de travail et l'hôpital fait appel à un conseiller en prévention interne (sécurité) qui s'assure du respect des normes en matière d'incendie, des portes coupes feu, etc.

Finance, image de marque et rentabilité

Le CPPT peut aborder des questions liées à l'aménagement des alentours de l'hôpital. Parking pour les travailleurs, accès praticable pour les travailleurs, demande d'un espace de bien-être avec des bancs.... Il peut mais n'obtient pas nécessairement gain de cause. « *Ce n'est pas la priorité, c'est secondaire selon la direction* ». Des parkings qui étaient réservés aux travailleurs sont à présent dédiés aux patients et il n'y a toujours pas d'espace de détente pour eux à l'extérieur. Quant à un abri vélos, sécurisé, il a fallu quatre ans pour l'obtenir. « *Des espaces de parking pour le personnel et un espace bien-être, cela ne rapporte rien* ».

Une demande entendue concerne l'aménagement d'un mini parc à conteneurs (gestion des déchets autres que ceux soumis à des règles de sécurité). C'est en effet nécessaire vu l'augmentation de la capacité hospitalière. Lorsque la question sur la gestion des déchets fut abordée, notre interlocutrice se souvient que le CPPT a fait appel à des éco-conseillers financés par le projet RISE (Réseau intersyndical de sensibilisation à l'environnement) pour prouver que ça allait « *rapporter* » au Chirec de faire du tri. En termes d'image de marque et d'argent (nombre de tonnes de déchets en moins à payer pour l'incinération). Ces deux arguments ont convaincus mais c'est encore en projet. En effet, un espace suffisamment grand est essentiel pour accueillir un camion pour venir chercher les déchets et cet espace n'existe pas.

« *La priorité n'est pas le travailleur, c'est la patientèle, attirer les clients, faire tourner la boutique !* »

Pour ce qui est de la situation et de l'accessibilité, elle n'a pas été la préoccupation première de l'hôpital. La problématique principale à Braine-l'Alleud, c'est le parking. La suppression - à terme, d'un parking communal gratuit (commune qui a des bureaux à côté de l'hôpital et qui va bientôt déménager) provoquera une difficulté supplémentaire pour l'hôpital de Braine-l'Alleud, principalement « pour amener le patient ». Et le passage généralisé de la commune en zone bleue, même si deux heures suffisent pour une consultation, pour le personnel, c'est autre chose. « La direction a bien prévu la location de 100 places pour les travailleurs dans le parking souterrain en-dessous de la gare. Ce n'est pas attendant à l'hôpital et c'est à 20 minutes à pied (cette annonce pendant une période de vacances a d'ailleurs amené des préavis de grève...). Une solution après coup ! ».

Selon Evelyne Magerat, « le groupe a fait une erreur stratégique en implantant l'hôpital de Braine-l'Alleud. Il aurait dû être plus avant-gardiste, avoir une vision à plus long terme. L'agrandissement était une opportunité pour déménager vers l'Alliance, un autre site sur la commune, beaucoup plus grand. Difficile d'accès pour l'instant mais étant donné que la commune va s'y installer, il y aura très probablement des navettes de bus et d'autres transports envisagés ».

Deux en un ou les tendances futures de l'architecture hospitalière ?

Le groupe Chirec a fait l'acquisition d'un terrain qui appartenait aux chemins de fer, à Delta (Bruxelles). Il faut dépolluer les sols, à charge de l'acheteur, mais étant donné que tout doit être fait à partir des fondations et que creuser fait partie des travaux, il n'y a donc pas de coûts supplémentaires.

L'idée est de centraliser les activités de deux hôpitaux (avec une seule pharmacie, un seul service stérilisation...) amenés à disparaître. La Clinique Léopold et Edith Cavell. Pourquoi là ?

« Il fallait une accessibilité plus grande et plus aisée pour le personnel et les patients ». Les normes bruxelloises au niveau de la mobilité sont de plus en plus contraignantes (La région impose des disques, des parkings payants...). Il devient difficile de circuler en voiture dans la Capitale. Bruxelles privilégie l'utilisation du métro, du train, des transports en commun.... Delta est très accessible grâce au métro. Géographiquement mieux implanté et avec beaucoup plus d'espace que Cavell ou Léopold. « Il n'était en effet plus possible d'agrandir ces deux hôpitaux existants en respectant les normes ». Les salles d'opération étaient devenues trop petites, de

même que les chambres. « Quant à l'accessibilité et la mobilité dans le quartier, elle n'était pas adéquate ». Ici, notre interlocutrice parle de l'accessibilité en voiture (circulation et zone bleue ou payante). Des bus et des trams, il en passe et c'est à 10 minutes de marche. Pour ce qui est du vélo, rien de vraiment aménagé en terme de pistes cyclables ou de parking.

« Delta, c'est un nouvel endroit avec des matériaux modernes, la création d'un grand parking. Un grand terrain avec un énorme hôpital, mais aussi une maison de repos, un hôtel, et même un centre commercial ». Ce type de complexe multi services répondra, nous dit Evelyne Magerat, à ce que la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Maggie De Block veut réformer dans le secteur hospitalier. Lors d'une interview au *Vif l'Express*³ en avril dernier, la ministre disait de l'hôpital qu'il doit « être réinventé à la mesure du patient d'aujourd'hui (...) et devenir un centre d'expertise médico-technologique où le diagnostic est posé pour le patient et où le patient est traité. Il ne s'agit plus d'une simple maison avec des lits ». La ministre parle également d'une durée de séjour écourtée, elle souhaite privilégier la revalidation et le retour à domicile. A Delta, il y aura la maison de repos, ou l'hôtel pour assurer la transition, assurer un suivi⁴ pendant quelques jours. Ce dispositif « permettra de libérer des chambres qui seront directement occupées. Ça va tourner ! ».

Pour notre interlocutrice, il y eu là, une vraie réflexion. « Construire un espace suffisamment grand pour accueillir d'autres petites structures (il y a même une voie de chemin de fer qui passera dans l'hôpital) ».

Dans l'hôpital, 700 à 800 lits. Avec énormément de salles d'opération, un service médicotechnique très à la pointe. En Conseil d'entreprise⁵, Evelyne Magerat avait ramené la question de l'existence de deux Comités pour la prévention et la protection au travail (de Cavell et Léopold), et demandait qui allait avoir une vue sur l'ergonomie, l'espace, les vestiaires, sur tout ce qui concerne le travailleur. Son interpellation avait provoqué une levée de bouclier au départ mais finalement des visites des postes de travail ont été organisées. Le CPPT a finalement son mot à dire.

Quant au compartimentage des services au sein de l'hôpital, tout ce qui est médicotechnique sera au

3. *Le Vif l'express* du 24/04/2015 Maggie De Block veut « réinventer l'hôpital à la mesure du patient d'aujourd'hui ».

4. Voir l'article dans ce cahier : *L'hôpital du passé et d'aujourd'hui : quels enseignements pour demain ?*

5. *Institution représentative du personnel au sein de l'entreprise.*

rez-de-chaussée. Sont prévues 26 salles d'opération, soins intensifs, service des urgences, radiologies sur un seul palier.

« 26 salles d'opération, 26 salles qui tournent en même temps. Cela va drainer énormément de patients ».

« L'hôpital va être créé en forme d'étoile ». Il y aura 4 ailes par palier, des paliers qui se superposeront : 4 services de médecine générale, 4 services de chirurgie, un palier avec la maternité, gynécologie... Toutes les spécialités se retrouveront dans la même entité. Pour faire le lien avec l'article de Marie-Pierre Tourneur dans ce même cahier, on pourrait dire qu'il s'agit d'un mélange d'« hôpital en croix » et d'« hôpital compact » décrit dans l'article.

Une infirmière chef est dédiée pour l'aménagement des services hospitaliers, d'autres personnes seront chargées de la bonne configuration des services. *« Le Chirec a mis les moyens pour mettre des gens qui ne font que les plans, l'aménagement. Mais pas d'ergonome engagé ! »*

Le pôle administratif du Chirec quant à lui va déménager. Il prend effectivement beaucoup de place au sein de l'hôpital. La place de chambres, de salles d'opération... Un déménagement est prévu aux abords du site de Delta. Cela rejoint l'évolution décrite par Marie-Pierre Tourneur.

Les soignants s'organiseront en pool (vasculaires, orthopédiques, thoracique, cardio...) hiérarchisé. Le patient qui rentrera à l'hôpital sera transféré à l'interne en fonction de complications éventuelles, il sera redirigé vers les services compétents. Il y aura une prise en charge du patient dès son arrivée, et un travail en pluridisciplinarité des soignants. *« Tous ces gens vont devoir travailler ensemble, se parler entre services. L'objectif est d'avoir des centres d'excellence ».*

Conclusion

Construire et agrandir lorsqu'on sent qu'il n'y a plus de place, rajouter des bâtiments, des annexes, même des préfabriqués en attendant, mais qui durent, pour répondre à la demande. Tout cela sans se soucier du confort ou des conditions de travail, c'est ce que choisissent parfois les gestionnaires. Et comme le souligne Marie-Pierre Tourneur, *« ce phénomène proclame l'instabilité en matière de validité de la conception hospitalière »*⁴. Et ce n'est pas toujours possible de pousser les murs pour avoir plus de place, plus de lits, plus de salles d'opération, pour accueillir plus de monde. A Delta, le

choix a été d'occuper un espace plus grand dès le départ avec la possibilité de construire sur le même terrain une maison de repos, un hôtel pour attirer encore plus de clients, pardon de patients, pour assurer un turn-over. S'assurer d'un taux d'occupation maximum semble être la priorité pour l'avenir. Une histoire de rentabilité avant d'être une question de soins.

Le travailleur dans tout cela ? Il est consulté pour la couleur des locaux. Pour le reste, il a fallu comme nous l'avons lu plus haut, de nombreuses années d'interpellation de la direction par le CPPT, et des arguments légaux pour qu'enfin ce dernier puisse donner, quelquefois, son avis ou proposer des idées. Cela ne veut pas dire pour autant que les informations données soient expliquées et que le travail d'analyse soit facilité.

Il semble que le bien-être du travailleur ne soit pas au centre des préoccupations des gestionnaires du groupe. Les normes légales et les questions de rentabilité sont centrales. L'hôpital ne vise pas les travailleurs mais la patientèle et cela se traduit par une expansion.

Les exigences du Gouvernement fédéral sont-elles un prétexte à la création à l'avenir de complexes multi-services tel celui de Delta ? Des grands espaces avec l'hôpital et des structures indépendantes autour qui sous-louent le terrain à l'hôpital. Il semble plutôt qu'à l'avenir le paysage hospitalier donne la priorité à des enjeux marchands.

Il est nécessaire de s'adapter, de faire évoluer les bâtiments, d'avoir une vision à long terme pour éviter de transformer sans cesse mais pour le bien-être des travailleurs comme des patients d'ailleurs, une réelle et pleine participation des travailleurs devrait être envisagée, avec une attention particulière en matière d'ergonomie. ■

L'architecture de l'hôpital

Conclusion

On le voit, l'architecture hospitalière se conçoit à l'intérieur d'une série de contraintes qui lui laissent peu de liberté. La gestion de ces contraintes dans un projet prend le nom de programmation hospitalière. Des bureaux deviennent experts de ce segment des projets hospitaliers, tant il est déterminant¹.

Avant et au-delà des exigences caractéristiques des soins spécialisés, on constate que ce sont d'abord les évolutions du contexte qui déterminent la programmation hospitalière. Ce n'est en tout cas pas la politique hospitalière des pouvoirs publics, qui n'arrive pas à créer un cadre, et dont le déficit ouvre la voie à la seule logique concurrentielle.

Le constat majeur pour l'avenir est celui de l'inadéquation structurelle de ce que nous avons pris l'habitude d'appeler un hôpital. Ce sont toutes nos habitudes et nos représentations par rapport au soin qui risquent d'être mises à mal par les évolutions qui en découlent, et dont on ne mesure pas encore l'importance. Lors d'une conférence à Namur en mars dernier, Marie-Pierre Tourneur évoquait, à ce propos, la mode grandissante du tourisme médical, qui associe voyage d'agrément et intervention chirurgicale à moindre coût dans des pays du sud².

On constate que la priorité aux soins de santé primaires, et la juste place de la deuxième et de la troisième ligne dans ce cadre, sont loin des préoccupations. Et les enjeux financiers dont il est question n'engagent pas à l'optimisme.

Nous avons vu que la conception de l'hôpital est historiquement déterminée par ce qui fait valeur dans la société. Après la charité, la bienfaisance et l'universalité, le marché ?

1. Voir l'article *C'est au pied du mur...* dans ce dossier.
2. Sonia Shah, « Safari scalpel à New Delhi, ou les périls du tourisme médical », *Le Monde Diplomatique*, décembre 2012.



Les principaux critères de qualité du premier échelon¹ se traduisent-ils dans nos réalisations architecturales ?

Peut-on regarder le résultat en termes d'intégration ? Les différentes stratégies de santé trouvent-elles leur place dans les locaux ?

Accessibilité : la localisation est-elle adéquate ? Les accès sont-ils adaptés à tous les publics ? Comment pense-t-on l'image du bâtiment en accord avec les normes socioculturelles des travailleurs et des usagers ?

Satisfaction : quel est le retour des usagers du lieu, professionnels et patients ?

Efficience : la réalisation offre-t-elle le meilleur résultat en regard des ressources qui étaient disponibles ?

Quant à la démarche architecturale, peut-on l'apprécier sous l'angle de la pertinence ? L'achat, la construction ou la rénovation ont-ils été remis en question ? Quelles sont les méthodes qui ont été mises en œuvre pour aborder le projet ? Pour le mener à bien ?

Globalité : Tous les aspects de l'architecture sont-ils pris en compte pour fonder les choix fondamentaux ?

Participation des patients : comment, à quelles étapes, dans quels termes et sous quelle forme le point de vue des usagers est-il été recueilli ? Comment se traduit-il dans des choix concrets ?

Systématisation : la démarche est-elle été explicitement structurée en différentes étapes évaluées et articulées entre elles ?

Interdisciplinarité : les différents professionnels se concertent-ils au cours de la démarche ? Le projet donne-t-il lieu à des ajustements entre les catégories professionnelles ? Dans quel cadre ? Selon quelles modalités ?

Et enfin, comment est pensée la collaboration avec le, la ou les architecte(s) ? Dans quelle(s) position(s) est-il mis ? D'expertise ? De médiation ? De sous-traitance ? De conseil ?

Dans cette partie, nous examinerons ces questions à partir de différents points de vue.

1. Premier échelon de prise en charge dans le cadre des soins de santé primaires, au sens de l'Organisation mondiale de la santé.

Ce qu'ils en disent

L'équipe Éducation permanente
de la Fédération des maisons
médicales.

L'architecture enseigne. Les lieux nous parlent, ils donnent un sens à notre expérience. Il semblait évident de se demander quel sens les usagers de nos lieux de soin retiennent. Qu'est-ce qu'ils perçoivent ? Qu'est-ce qu'ils comprennent ? Qu'est-ce qu'ils en pensent ? Que savent-ils de nos interrogations, et, finalement, est-ce important pour eux ?

Voilà les questions qui nous portaient pour aller à la rencontre des personnes qui fréquentent les maisons médicales. Nous avons rencontré 21 personnes à Charleroi, Bruxelles, Ottignies et Namur. Nous nous sommes assis dans la salle d'attente, et nous avons engagé la conversation, avec en tête quelques questions très concrètes en appelant à leur ressenti. C'est, en effet, d'abord ce que nous voulions saisir : leur expérience du lieu.

Tu peux pas la rater !

Et nous avons commencé sur le trottoir, en quelque sorte. Ils nous ont raconté comment ils viennent à la maison médicale, et comment ils la situent, la décrivent.

« C'est à côté du parc, juste en face d'une ancienne église. Le bus s'arrête en face et l'endroit est adéquat, j'habite tout à côté ! ».

« C'est une rue assez triste. La population 'est spéciale' ».
« J'ai dû chercher la première fois. Ça devrait être indiqué plus clairement sur la façade. Et mettre le numéro de téléphone sur la vitre. Ça devrait être plus voyant ».

« L'endroit est bien choisi parce que c'est calme. On y vient en voiture ou à pied. Le bâtiment s'intègre bien dans le quartier, même si c'est moderne, c'est bien adapté ».

« La maison médicale se fond dans la rue, on ne 'dirait pas une maison médicale', il n'y a pas de différence avec les autres maisons ».

« A l'extérieur, à part le nom de la maison médicale écrit en jaune orangé sur la façade, rien ne dit que c'est un lieu de soins. C'est écrit en grandes lettres, le nom est découpé, dans un effet graphique. C'est surtout le jaune qui permet de reconnaître l'endroit : 'c'est là, dans cette rue, tu verras, il y a un grand logo jaune vif, tu peux pas le rater' ».

La plupart des personnes rencontrées estiment que l'accès est facile. Mais, dans certains cas, en ville, ils regrettent que le stationnement ne soit pas aisé pour ceux qui viennent en voiture. Certains pensent que la maison médicale a une mauvaise image, à cause de celle du quartier.

« C'est difficile de se garer. L'emplacement devrait être comme une clinique, même si on est dans un quartier populaire, avec les stigmates du quartier : on se méfie les uns des autres, il n'y a pas de discussion dans la salle d'attente ».

« Pour expliquer le chemin de la maison médicale, elle dirait que c'est dans le quartier des turcs ».

« Première impression : un peu froid, un 'hôtel' sans charme. »

« Les maisons médicales sont dévalorisées. Il y a une croyance que « c'est pour les immigrés » ».

« Je n'ai jamais participé aux activités. Je n'ai pas envie d'être associée au quartier ».

Ça n'a pas d'importance

On peut d'abord relever que les patients rencontrés mettent en avant les fonctionnalités du lieu. A priori, l'architecture n'a pas la plus grande importance. Ce qui compte, c'est la relation avec le soignant. Beaucoup minimisent l'effet des locaux et du temps qu'ils y passent. Certains, rares, ont dit qu'ils n'appréciaient pas beaucoup le bâtiment, mais que ça ne fait rien.

« Le local le plus important, c'est celui du médecin. C'est pour cela que je viens. A l'heure, en général. Donc, pas le temps de regarder autour. Pas de place favorite et pas l'occasion de discuter avec d'autres patients. »

« Je crois qu'il y a des lieux de rencontres entre patients, des activités organisées mais je n'y participe pas. De manière générale, sauf si je connais, on ne se parle pas entre patients, on attend son tour. »

« Pas vraiment d'échanges avec les patients en salle d'attente (ou ailleurs d'ailleurs). Quand on vient, c'est qu'on est souffrant et on n'a pas envie de parler. »

« On ne se parle pas, 'on vient dans un cadre', on est souffrant. »

« Je viens toujours à l'étage. Donc, je ne regarde pas le reste des lieux. »

« La salle d'attente : il y en a partout, dans plein de structures. Un cabinet médical, il n'y en a qu'en maison médicale. »

Quoi que...

Pourtant, quand on va plus avant avec des questions qui font appel à leur ressenti, on s'aperçoit que le lieu, évidemment, induit un état d'esprit. On peut dire que, spontanément, les gens mettent en avant l'adaptation du lieu à la fonction. Ils parlent de modernité et de simplicité. L'impression qu'on a aménagé, non pas au moindre coût, mais en pensant utile, fonctionnel.

« Il n'y a pas de fioritures. »

« Là où on attend, il y a pas mal de documents, d'infos médicales. C'est bien. Ce n'est pas chaleureux, ni agréable ni esthétiquement beau, mais c'est propre. »

« Dans le cabinet médical, c'est moderne. Je trouve ça vraiment bien. Il y a de grandes fenêtres, c'est clair (c'est important !) et c'est propre. »

« L'élément distinctif du bâtiment, c'est qu'il est « moderne ». On n'en voit pas beaucoup des comme ça... et en plus on ne paye pas ! Parfois, c'est incompréhensible pour les gens de l'entourage. »

« Il y a deux salles d'attente : celle d'en haut est un peu comme celle d'un médecin solo. »

« Il y a un ascenseur. C'est bien pour l'accessibilité des personnes moins valides. C'est bien d'y avoir pensé. »

Mais ils perçoivent aussi des intentions que le maître d'ouvrage¹ a voulu créer, et, parfois, celle qui manque, qui leur apporterait quelque chose. L'atmosphère dégagée est souvent décrite en termes d'apaisement.

1. Dans le domaine de la construction, le commanditaire d'un projet de bâtiment est communément appelé le maître d'ouvrage. C'est l'entité porteuse du besoin, définissant l'objectif du projet, son calendrier et le budget consacré. Il maîtrise l'idée de base du projet et représente, à ce titre, les utilisateurs finaux à qui l'ouvrage est destiné. Il est client d'un maître d'œuvre qui apporte son expertise dans la conception, dirige la construction et assure la réception des travaux.

En quelque sorte, le bâtiment de la maison médicale permettrait, dans une situation a priori inquiétante ou désagréable, de créer les conditions pour entrer en consultation.

« A l'intérieur, ce sont des couleurs qui apaisent. C'est accueillant, on voit que c'est nouveau, c'est beau (mieux que des maisons médicale qui datent des années 1800 !) »

« L'accueil comme espace remplit sa tâche. On se sent accueilli. C'est un espace ouvert qui appelle à entrer en contact. Les couleurs choisies attirent. Elles sont apaisantes, harmonieuses. Il y a beaucoup de lumière. Il y a de la musique ou la radio, cela fait partie de l'ambiance, du cadre. L'endroit est beau mais peu confortable, les sièges en bois me rappellent les bancs d'école. Pour ceux qui ont mal au dos comme moi, c'est assez douloureux d'y rester assis. »

« C'est grand mais c'est intime ». « Dans les cabinets des médecins généralistes et du psychologue, c'est très coloré, il y a des notes personnelles, ce n'est pas froid, c'est chaleureux. » « Les cabinets sont différents les uns des autres, mais équipés de la même manière. On a l'impression que même si on change de cabinet, on est toujours dans le même. »

« La salle d'attente est même agréable. Il y a de la décoration. Ici, on est attentif aux moindres détails, à la finition. On est attentif à la beauté des matériaux. J'aime bien la décoration. J'aime bien que ce soit beau. Quand on attend, on regarde et on voit les petites choses qui s'améliorent, on apprécie. »

Pas comme ailleurs

« Ici, la salle d'attente est normale, c'est calme. Pas comme dans un hôpital où ça court dans tous les sens. »

« Ici, ça fait pas du tout hôpital. Les couleurs sont chaleureuses. »

« Quand on entre dans la maison médicale, c'est différent d'un hôpital, on ne pense pas maladie. »

« Chez les médecins solo, il y a une proximité entre espace médical et privé. On entrevoit le salon, le chien aboie... C'est plus sombre, ça fait médecin. Ici tout est médical. »

« Dans certaines cliniques c'est choquant. Il y a presque du marbre par terre... et des tarifs... »

« C'est différents des cabinets de radiologie : ils sont anonymes même si les bâtiments sont magnifiques, modernes, spacieux, plus de luxe aussi et des médecins compétents... mais de la froideur. »

« C'est important d'arriver et que les accueillantes soient là. C'est plus les personnes que le lieu qui joue. Une empathie et chaleur jamais rencontrée ailleurs. C'est l'esprit de l'équipe, du projet. »

« Le local le plus important, c'est le local communautaire : très lumineux, avec un jardin sans vis-à-vis. C'est un espace de rencontre. Il y a toujours quelque chose qui se passe. »

« Une chose m'a d'abord paru étonnante, puis très bien : c'est l'unité et la différence dans les couleurs (des murs gris et un mur de couleur vive, différents dans chaque pièce). L'harmonie, le souci esthétique, c'est important ».

Certains font la comparaison avec d'autres lieux de soin, et perçoivent des intentions qui font la différence. Derrière les aménagements, les usagers de nos maisons médicales perçoivent le type de relation que nous cherchons à établir, et notre manière de nous positionner. Et peuvent être critiques : « L'espace était mieux avant car l'accueil était séparé de la salle d'attente. Maintenant, on entend les conversations téléphoniques sauf si on ferme le 'bocal' ». « Si on ne sait pas que la maison médicale est là, on ne la voit pas ». « On voit les accueillantes tout de suite (avant pas). La « cage » ce n'est peut-être pas chouette pour les accueillantes elles-mêmes. De même pour la nécessité de passer par le bureau de l'accueil pour aller au cabinet du médecin généraliste ». « Chez les kinés, il n'y a pas assez d'espace pour les deux cabinets ; on entend tout entre les deux, il n'y a pas d'intimité ».

Parfois, ils vont plus loin (trop loin ?) dans ce qu'ils attendent. « La maison médicale, pour moi, c'est un peu comme une maison. Ce qui compte c'est d'être là, une présence concrète et effective ». « C'est comme si je retrouvais une famille. Quand on vieillit, c'est plus facile que d'aller à plusieurs endroits et l'organisation des rendez-vous est coordonnée. »

La demande la plus fréquemment formulée, quand ça n'existe pas, est celle d'espaces dédiés aux enfants, et équipés spécifiquement. Et parfois, même si ça existe, les gens en voudraient plus.

On va avec son temps !

Dans de nombreux cas, la maison médicale a été plus ou moins récemment déplacée, construite ou rénovée. Les gens se disent souvent satisfaits des innovations. Ils décrivent positivement l'atmosphère nouvelle qui a été créée. On a pu plusieurs fois entendre l'expression d'un sentiment d'appartenance, de fierté, dans la comparaison avec d'autres maisons médicales, ou une ancienne maison médicale. Le bâtiment, c'est leur maison médicale.

« La première fois que je suis venue dans la nouvelle maison médicale, je me suis dit « quelle différence avec l'autre ! C'est beau ». L'ancien bâtiment était rudimentaire. C'était une maison de cité qui avait été transformée. La toilette était dans l'ancienne salle de bain... ce n'était pas vraiment adapté, ni pour les soignants, ni pour les patients ».

« Première impression après les travaux : waouw ! Magnifique ! Très agréable. Les travaux c'était pour qu'on se sente bien, et c'est réussi ».

« Depuis les travaux, c'est plus gai, plus chouette. L'ascenseur est un plus. L'accueil est un bureau ouvert où on voit la secrétaire. Il y a plus de lumière, c'est plus vif ».

« Aujourd'hui, c'est magnifique, aéré, agréable. Il y a des couleurs. On ressort coloré même si l'esprit était sombre avant ».

« Au début, c'était un couloir et une pièce puis ils ont aménagé petit à petit ».

« Je me sens bien partout dans la nouvelle maison médicale, qui est mieux que l'ancienne. Ici, c'est clair, c'est moderne. On va avec son temps ! Attendre dans cette salle d'attente n'est pas dérangent. En plus, le niveau sonore de l'ambiance musical est confortable. Il arrive qu'on y parle avec d'autres patients, quand on se connaît ».

« La première impression après le changement, c'est plus structuré. Avant l'accueil, c'était une table au milieu de la pièce. On avait l'impression d'un aménagement improvisé. Là il y a un vrai accueil, avec des armoires, des dossiers, un comptoir. On a l'impression que c'est aussi un lieu de travail ».

Pourtant, parfois, on a entendu s'exprimer une sorte de nostalgie pour une époque où l'architecture était moins spécifique. Comme si on n'avait pas toujours réussi à traduire l'esprit dans la construction neuve ou rénovée.

« C'est grand, spacieux. Le bâtiment d'avant était plus cosy, avec plus de charme. Avant j'allais dans une autre maison médicale, où il y avait de hauts plafonds, avec des 'fresques' ».

« Ça donnait une impression de 'brol sympathique' avec les dossiers visibles... on n'est pas qu'un n° à l'accueil ».

« L'ancien bâtiment était épouvantable (vieillot, sombre, poussiéreux...) mais c'est l'accueil – un jour où mon médecin traitant était absent – qui m'a donné envie de m'inscrire. Dans les nouveaux locaux, c'est agréable mais l'insonorisation n'est pas bonne du tout. Quand il y a du monde, ils doivent mettre de la musique dans la salle d'attente ».

« Au niveau esthétique : la façade rouge c'est bof. A l'intérieur, il faudrait ajouter de la déco pour que ce soit plus convivial. Des dessins d'enfants... ? Ça doit être fonctionnel, mais c'est trop gris ».

« Après les travaux, ils ont apparemment essayé de remettre la même ambiance (on retrouve les détails, mêmes jeux d'enfants, magazines...) en réorganisant en mieux ».

« L'ascenseur, avec la double porte, c'est troublant, mais c'est positif pour les personnes à mobilité réduite ».

« Je ne me souviens plus comment c'était avant les travaux, mais c'est mieux maintenant. Je ne changerais rien... ».

Un peu plus d'animation pour donner envie de venir... Mettre en avant la sécurité, le sentiment de sécurité et de confiance... C'est trop calme. Parfois, les gens dorment. Et il faudrait mieux mettre en valeur la maison médicale à l'extérieur aussi ».

Ce qu'ils en savent

Nous avons aussi demandé aux personnes rencontrées ce qu'elles connaissaient des démarches architecturales de la maison médicale, des motifs de transformation, des choix qui avaient été faits.

« La maison médicale est plus lumineuse qu'avant les changements, grâce à la porte d'entrée vitrée. Ce serait bien d'organiser une visite des locaux ».

« Ils avaient besoin de plus d'espace c'est pour cela qu'ils ont déménagé. En plus, dans la maison précédente, il y avait deux cabinets au rez-de-chaussée et les autres se trouvaient à l'étage avec quelques escaliers à monter, difficile d'accès pour certains patients ».

« Je ne sais pas dans quel but ont eu lieu les travaux. Pour l'espace ? »

« Je me demande comment les travaux ont été financés. Le résultat est très bien, même s'il y a des petits soucis... le bâtiment a sa maladie à faire ».

« Ça aurait pu être ailleurs. Eux (les travailleurs) ont voulu se placer par rapport à la clientèle, plus importante ici mais ce serait mieux si la maison médicale était plus dans le centre ».

« Le bâtiment c'est le support du reste. Les travaux, c'était pour permettre d'agrandir la patientèle, donc c'est positif. Cela devrait s'étendre au dentiste ».

« C'est mieux qu'avant. La maison médicale a été agrandie, sûrement à cause de l'engagement de nouveaux médecins, pour créer plus d'espace aux médecins ».

Conclusion

En lisant ces quelques témoignages, qui ne sont en aucune manière représentatifs, on voit que le lieu de la maison médicale importe pour les gens qui y viennent. Ils sont touchés par ce que le lieu manifeste. Et, pour peu qu'on prenne la peine de creuser, ils sont tout à fait en mesure de comprendre ce qui s'y passe, ce qui s'y joue. Ce lieu les touche. Ils se sentent concernés. C'est chez eux. Ils manifestent un sentiment d'appartenance. Mais c'est comme s'ils appartenaient au lieu, plutôt que l'inverse. Et il faut relever que les avis, sur des aménagements, par exemple, peuvent bien souvent être contradictoires, comme le sont ceux des travailleurs. Au cœur du projet d'aménagement de la maison médicale, il y a la prise en compte de cette double complexité.

Ils ne savent pas nécessairement qu'ils savent. Il faut les accompagner. En ça, ils ne sont pas si différents des travailleurs qui, eux non plus, ne sont pas vraiment conscients de leur expertise des lieux. Encore une fois, il y a là un troublant parallèle entre les métiers du soin et l'architecture. Il y a une responsabilité à donner et à prendre, de mettre en commun l'expérience de l'architecture, comme celle du soin.

De ce que nous avons pu observer à la lumière de cette initiative très limitée, ils ne se sentent pas propriétaires des lieux, en aucune manière. Les personnes que nous avons rencontrées trop brièvement se présentent plutôt comme des bénéficiaires des lieux, comme on peut supposer, à la lumière de ces échanges, qu'ils le sont du service. Sommes-nous satisfait-e-s de ce positionnement ? Voulons-nous y changer quelque chose ? Le pouvons-nous ?

En tous cas, l'organisation de nos bâtiments, nos projets de construction, de rénovation ou d'aménagement sont d'excellentes opportunités pour (se) poser ces questions. Des opportunités que nous pourrions mieux exploiter. ■



Le bâtiment : des normes et des valeurs

Interview de **Bernadette Witters**,
inspection des associations
de santé intégrée en Région
wallonne par **Christian Legrève**,
responsable du programme
Education permanente à
la Fédération des maisons
médicales.

Rédaction **Marinette Mormont**,
journaliste à l'agence **Alter**.

Depuis 2004, Bernadette Witters est inspectrice des associations de santé intégrée pour l'Administration wallonne. Cela fait une bonne dizaine d'années qu'elle parcourt le territoire wallon pour visiter les maisons médicales qui y sont disséminées. L'objectif : les contrôler, mais aussi les conseiller. Les questions architecturales sont au cœur de son travail.

Santé conjugquée (Sc) : Le premier rôle de l'inspection consiste à contrôler les maisons médicales. Quels sont les différents pans de ce travail ?

BW : Il faut contrôler pour vérifier que l'argent public sert bien à ce à quoi il doit servir. Nous sommes chargés de vérifier si les normes reprises dans le décret sont respectées. Si ce n'est pas le cas, nous donnons aux associations de santé intégrée des délais dans lesquels elles devront se mettre en ordre. Ces normes portent tant sur la sécurité, la composition de l'équipe, les heures d'ouverture, les missions (l'accueil, la coordination, le fait de faire de la santé communautaire, de faire autre chose que de la santé curative), le respect du secret médical et de la vie privée des gens... C'est là aussi qu'on retrouve les normes architecturales. Aujourd'hui, nous allons mettre en place une nouvelle manière d'inspecter, qui va prendre la forme d'une évaluation participative. Normalement, elle aura lieu tous les deux ans.

Sc : Vous avez aussi un rôle de conseil...

BW : Oui, un rôle de conseil, où l'aspect plus qualitatif prend beaucoup plus d'importance qu'auparavant. Le changement de législation a voulu mettre l'accent sur le fait d'épauler les structures existantes, mais aussi les nouvelles structures.

Sc : En matière architecturale, quels sont les éléments prescrits par le décret ?

BW : Tout d'abord, les normes de sécurité doivent être rencontrées. Nous devons recevoir un rapport positif des pompiers. Portes coupe-feu, etc., il faut que les aména-

gements aient été faits en ce sens. On demande aussi que la maison médicale soit accessible aux personnes à mobilité réduite et qu'il y ait un confort minimal au niveau du chauffage, de la salle d'attente et des cabinets¹. Les lieux doivent aussi permettre la confidentialité et le respect du secret médical. Cela doit se traduire, par exemple, par une acoustique adaptée ou par des fenêtres qui peuvent être occultées. Tout cela est repris dans l'arrêté d'application du décret.

Tous ces éléments sont travaillés avec les associations de santé intégrée de manière à ce qu'elles y arrivent. Évidemment, cela a un coût. Les associations de santé intégrée débutantes peuvent aménager certaines choses de manière provisoire, avant de se mettre en conformité de manière plus pointue. L'important, au départ, c'est que la sécurité du personnel et des patients soit assurée, de même que la confidentialité et le respect de la vie privée. Si on agrée une structure, elle doit aussi respecter les autres législations de la région et du fédéral. La sécurité ou l'hygiène, par exemple, ce ne sont pas des normes spécifiques aux associations de santé intégrée, mais elles ont été intégrées. C'est aussi le cas de la mobilité et de l'accessibilité.

Sc : La confidentialité à l'accueil, c'est une bonne intention, mais ce n'est pas forcément évident à mettre en place...

BW : Tout à fait. Il y a des accueils tout à fait ouverts. Certaines équipes veulent maintenir ces accueils ouverts pour des raisons qui leur sont propres et défendables. Ils ont alors des pièces où ils peuvent recevoir les personnes

1. On parle bien, ici, des cabinets médicaux.

si elles manifestent le souci de pouvoir parler plus facilement de problèmes qui ne regardent pas les autres.

Sc : D'une manière plus générale, quels sont les éléments auxquels vous portez attention ?

BW : Il faut que le personnel ait un minimum de confort de travail. Le bien-être au travail passe aussi par un cadre de travail correct au niveau architectural. C'est vrai pour l'équipe, tout comme pour les gens qui se rendent dans la maison médicale : accueillir des patients dans des locaux conviviaux et accessibles à tout le monde, c'est important. Quand je parle d'accessibilité, ce n'est pas seulement en termes de mobilité, mais aussi de personnes différentes culturellement, socialement. Il faut que chacun puisse être accueilli de la même manière. Les équipes font de plus en plus attention à ce genre de choses quand elles font des travaux, qu'elles achètent, qu'elles rénovent...

Sc : Certaines maisons médicales louent un bâtiment ou rénovent une vieille bâtisse. Certaines contraintes liées à ces lieux sont difficiles à corriger...

BW : Quand elles louent, ce n'est pas toujours évident en effet. Il y a toujours des associations de santé intégrée avec des marches à l'entrée. Or de plus en plus de personnes à mobilité réduite veulent faire les choses par elles-mêmes et c'est bien normal. Donc une association de santé intégrée doit être accessible à tout le monde. Cela va de soi que tout soit mis en place pour que chacun se sente à l'aise. Mais il y a des bâtiments où certaines choses ne sont pas possible. Il faut goupiller tout ça.

Sc : Les maisons médicales d'aujourd'hui sont-elles différentes de celles d'il y a dix ans ?

BW : Oui, il y a une évolution positive à tous les niveaux. Ma collègue, qui a connu les associations de santé inté-

grée beaucoup plus tôt, m'a décrit des bâtiments très vétustes, des maisons où les pièces étaient devenues des cabinets, mais sans plus. En matière de sécurité, les associations de santé intégrée ne savaient pas de quoi cela retournait, n'étaient pas forcément en ordre au niveau de leur assurance incendie, tout cela leur échappait. Aujourd'hui, ces réflexions viennent de l'équipe et parfois même des patients. Des comités de patients réfléchissent à ce que ces préoccupations soient mieux rencontrées.

Évidemment, les associations de santé intégrée plus anciennes ont une réflexion beaucoup plus longue par rapport à ces questions. Elles ont aussi souvent davantage de budget à y consacrer qu'une association de santé intégrée qui démarre. Pour celle-ci, la priorité est avant tout de soigner les patients. Ce n'est que plus tard qu'elle pourra réfléchir à faire de la santé autrement. Ce qui se marque aussi au niveau architectural.

Mais globalement, les maisons médicales sont plus attrayantes qu'avant. Certaines semblaient rébarbatives. Rien n'était mis en place pour que les gens s'y sentent bien. Or on s'y rend quand on a des problèmes de santé, donc se sentir bien, c'est important.

Sc : Un lieu qui a une image spécifique de lieu de soin, c'est plus attirant qu'une vieille maison dans une rue ?

BW : Non, ce n'est pas ce que je veux dire. Le fait d'être médicalisé en apparence, trop « net » ou trop « hôpital », ce n'est pas non plus ce qu'on demande. La santé communautaire est très importante. Pour que le patient devienne acteur de sa santé, il doit se sentir bien dans ces structures, un peu « comme chez lui ». La maison médicale doit rester conviviale et abordable à tous les points de vue. C'est une maison de soin, mais qui va au-delà du soin tel qu'on le conçoit habituellement. ■



Architecture des centres globaux

Gaëlle Chapiroix, chargée de projets en Education permanente à la Fédération des maisons médicales.

Certaines maisons médicales sont intégrées dans des centres « multi-agrémentés » proposant également un ou plusieurs autres types de services : centre d'action social globale, planning familial, service de santé mentale, service d'aide juridique, consultation pré et postnatale de l'Office de la naissance et de l'enfance... Afin d'éclairer les (non) spécificités de ces centres globaux sur le plan architectural, nous nous sommes entretenus avec des travailleurs de quatre centres de ce type.

Merci à Jonathan Riguelle et Didier Sinon du collectif de santé de Gilly-Haies, Ariane Levêque et Graziella Nasello de la Free Clinic, Marie-Paule Phillips de la maison médicale Marconi et Jacques Verstraeten de l'Entr'Aide des Marolles.

Les histoires spécifiques de ce que nous nommerons ici « centres globaux » ont influencé le type de lieu qu'ils occupent.

Pour Marconi et Gilly-Haies, une maison du quartier acquise par l'asbl à sa création, agrandie pour le premier par la location du rez-de-chaussée voisin et pour le deuxième par l'achat de la maison voisine. Pour la Free Clinic, une grande maison de maître louée à quelques pas de la petite salle au-dessus de la paroisse occupée à l'origine pour pratiquer des interruptions volontaires de grossesse en cachette. Ces trois centres ont en commun d'avoir développé leurs structures et services divers à partir d'un premier (maison médicale ou interruptions volontaires de grossesse), cela pour répondre aux besoins du quartier où ils se sont implantés.

Pour l'Entr'Aide des Marolles, l'installation dans une ancienne école en 1931 a permis d'offrir d'emblée des consultations médicales, sociales, de l'Office de la naissance et de l'enfance et de développer des actions collectives.

Dans tous les cas, du point de vue du public de ces centres, ceux-ci sont généralement perçus comme une seule offre globale, un seul lieu où l'on peut venir se poser et déposer toutes sortes de demandes.

« J'ai mal à la dent ; est-ce que je peux avoir un rendez-vous au planning ? »

« On vient à la Free Clinic, pas à la maison médicale ou au service de santé mentale. »

« Les gens ne font pas le découpage. Ils vont à l'Entr'Aide, et puis c'est tout. »

Le découpage en services semble ainsi essentiellement institutionnel (pour la gestion des multiples agréments) et également organisationnel, sous des formes et à des degrés divers selon les centres.

Une seule porte d'entrée

Du point de vue des usagers, la séparation ou la distinction des structures au niveau du bâti n'apparaît donc que peu ou pas pertinente. Il y a une seule porte d'entrée, au propre et au figuré.

Ainsi, à Gilly, une fois l'achat de la maison voisine concrétisé, est apparue assez vite l'idée d'installer le planning familial dans la nouvelle maison et de garder la maison médicale dans l'ancienne. Les remarques de l'inspectrice pour l'agrément comme planning familial n'y étaient pas pour rien : afin d'éviter les risques d'un double financement, elle souhaitait en effet une meilleure lisibilité des structures dans l'espace (l'inspectrice 'maison médicale' semble quant à elle plus favorable au concept de centre intégré multi-agrémentés). Il a cependant été décidé de garder une seule entrée, l'ancienne, et que l'accès à l'extension aurait lieu par l'intérieur.

Une seule porte, c'est également ce que voulait l'équipe à Marconi lorsqu'elle a loué le rez-de-chaussée voisin pour s'agrandir ; deux portes ont donc été percées entre les deux bâtiments.

Ainsi, le premier accueil est partout commun à l'ensemble des structures. L'accueil au planning familial comporte cependant un travail de clarification spécifique ; plus long qu'un accueil classique, il doit être réalisé par un travailleur du planning, assistant social, conseiller conjugal ou psychologue. Les centres agréés comme planning disposent donc tous d'un petit local aux styles variés permettant de réaliser ces entretiens hors de l'espace d'accueil général. Cet aménagement s'avère bien utile pour d'autres situations demandant une plus grande confidentialité. De nombreuses maisons médicales ont d'ailleurs aménagé ce type d'espace à proximité de l'accueil (voir article précédent dans ce dossier *Le bâtiment : des normes et des valeurs*).

De même, à l'Entr'Aide, un petit bureau face à l'accueil permet de recevoir les demandes plus spécifiques comme celles relatives à la santé mentale ou aux inscriptions à la maison médicale. Avec l'importante augmentation de la fréquentation du centre, il apparaît continuellement nécessaire de repenser l'espace dédié au premier accueil pour l'adapter au mieux aux besoins. Et trois questions reviennent : faut-il scinder physiquement le service accueil pour le spécialiser par agrément ? Comment faire pour améliorer la confidentialité ? Comment diminuer l'envahissement des appels téléphoniques ?

Des salles d'attentes aux cabinets

Lorsque la « maison » est vaste, la salle d'attente principale ne suffit plus et des extensions s'organisent en fonction du type de consultation et/ou par étage.

A l'Entr'Aide des Marolles, le Centre d'action sociale globale (CASG ou service social) et la maison médicale ont une salle d'attente commune. Et le service de santé mentale partage la sienne avec l'Office de la naissance et de l'enfance.

A la Free Clinic, il y a la grande salle d'attente au rez-de-chaussée avec l'accueil, et un espace d'attente au premier étage pour les cabinets des médecins du planning et de la maison médicale.

A Gilly, il y a actuellement quatre salles d'attente : une grande au rez-de-chaussée, qui sert surtout pour les dentistes ; à l'étage, deux petites pour les médecins et, depuis un an, une pour le planning devant les locaux des psychologues. C'était un souhait de l'inspectrice du planning de séparer les usagers des deux structures. Le planning de Marconi avait reçu la même remarque de la Commission communautaire française. Mais pour les patients ça ne semble rien changer. Finalement à Marconi, rien n'a bougé. Et à Gilly, un des médecins utilise aussi la salle d'attente des psychologues. « *Mais dans le nouveau projet, la salle d'attente seront vraiment sépa-*

rées. » Quoi que... étant donné le manque de cabinets médicaux, celui du planning sera également utilisé pour la maison médicale. Comme cela se fait aussi à Marconi puisque les consultations médicales du planning n'ont lieu que quelques heures par semaine et qu'il serait dès lors absurde de laisser un précieux cabinet, d'autant plus que tous ces centres se trouvent fort à l'étroit... Il en va de même à l'Entr'Aide : les consultations diététiques ont lieu dans le local dédié à la permanence sociale et la consultation prénatale de l'Office de la naissance et de l'enfance partagera bientôt son cabinet avec les médecins.

Ainsi, souvent, un même local doit même servir à des fonctions différentes. A la Free Clinic, le local d'une secrétaire aménagé dans le sous-sol est parfois utilisé par des collègues psychologues pour recevoir des personnes à mobilité réduite, des personnes âgées par exemple, qui ne pourraient que difficilement gravir les grands étages de cette maison de maître. A Gilly, un assistant social, animateur en santé communautaire pour la maison médicale et sexologue et animateur en éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle au planning, n'a pas de bureau propre.

Et partager un local n'est pas une sinécure ! C'est certainement pour les dentistes que la situation est la plus aigüe. A Gilly comme à l'Entraide, des difficultés sont exprimées. C'est déjà compliqué de trouver un dentiste qui souhaite « faire du social ». Les cabinets sont équipés par les maisons médicales et le secrétariat est « offert », ce sont deux points positifs. Mais le matériel est très coûteux et spécifique. Et les habitudes et souhaits d'aménagement des uns et des autres peuvent varier (d'autant plus quand il y a un gaucher et des droitiers !).

Et qui s'occupe de la décoration ?

Un local, au-delà du choix du matériel et de la disposition de celui-ci, c'est une ambiance créée entre autres par la décoration, les couleurs, les matériaux. Les usagers évoquent d'ailleurs cet aspect, appréciant la sobriété ou au contraire les notes personnelles ou regrettant une certaine froideur (voir *Ce qu'ils en disent*). Mais alors comment faire quand on le partage ? Qui s'occupe de la décoration ? Dans certaines équipes, cela se décide par secteur. Dans d'autres, c'est l'utilisateur principal en nombre d'heures d'occupation qui a la main.

A Marconi, c'est aussi l'optique qui avait été choisie quand il a fallu repeindre la salle d'accueil et d'attente : à l'accueillante de choisir ! Mais le jaune pétant (couleur qui stimule... aussi l'agressivité) a vite fait réagir tant les collègues que les usagers (qui adoraient ou détestaient !), puisque tous y passent... La deuxième

couche, choisie en équipe, crée un climat plus apaisant pour les patients, un effet important pour cette maison médicale qui compte de nombreux toxicomanes parmi ces usagers.

Planifier les dé- et réaménagements

La question précédente se pose finalement de manière similaire dans les maisons médicales ou dans les centres globaux. La cohabitation de structures différentes peut cependant se faire sentir plus nettement quand il s'agit de planifier des réaménagements ou des grands travaux, comme l'illustre déjà plus haut le projet d'agrandissement de Gilly. Qui décide quoi ?

A Marconi, pour l'aménagement du rez-de-chaussée voisin il y a quatre ans, les choix d'aménagement ont été confiés à ceux qui allaient les utiliser, c'est-à-dire les accueillantes du planning et de la maison médicale et les médecins.

A la Free Clinic, quand il a fallu planifier des transformations il y a une quinzaine d'années, l'architecte a d'abord été reçu par toute l'équipe, c'est-à-dire les travailleurs des différentes structures, jusqu'à ce qu'il jette l'éponge et annonce : « *soit vous vous mettez d'accord, soit vous me donnez carte blanche !* ». Une commission travaux a été créée pour travailler avec lui et tout le monde a été satisfait du résultat.

A l'Entr'Aide, les architectes ont également jeté l'éponge il y a une dizaine d'années déjà. Les différentes équipes ne parvenaient pas à décrire avec précision leurs besoins en locaux pour un horizon à 5 ans tant les activités se développaient. Cela n'a pas empêché la direction de rénover le vieux bâtiment par phases successives. Pour y parvenir, elle discute des besoins avec chacune des équipes et, éclairée par l'avis précieux d'un architecte, fait synthèse dans des propositions de réaménagements. Cela nécessite de bien connaître les locaux, les services, ce qui peut être associés ou pas... « *Les gens n'ont pas envie de bouger... il faut forcer... parfois ils ont raison.* ». A l'arrivée du directeur en 1998, il a fallu tout réorganiser. Le Centre d'action sociale globale (service social) était à l'étroit dans deux locaux minuscules. Les infirmières en avaient des très grands, sous utilisés. Des cabinets utilisés jusque-là pour des consultations de médecins spécialistes devaient être réaffectés. La kinésithérapie était centralisée dans une grande pièce avec quatre boxes... qui a été transformée en espace communautaire, avec un salon marocain. Cinq ans plus tard, le deuxième étage jusque-là inoccupé a été rénové en bureaux utilisables par tous et en deux salles de réunion, au calme. D'autres transformations ont suivi. Et d'autres encore sont en projets, comme le réaménagement du sous-sol et l'extension du deuxième étage. Il

s'agit en effet d'une réflexion permanente afin d'utiliser au mieux tous les espaces disponibles.

A Gilly, l'équipe du planning a ses propres réunions et est invitée aux réunions de la maison médicale. Pour les premiers travaux d'agrandissement sur le jardin il y a quelques années, un comité de suivi avec des représentants de chaque secteur avait été constitué. La salle de réunion avait été réduite au profit d'un grand cabinet. Pour le projet d'agrandissement en cours, un comité de suivi a à nouveau été mis en place pour travailler avec l'architecte. Il y a beaucoup de réunions. Certains ratent des étapes ; ça ralentit le processus. Les travaux ont été planifiés dans la perspective de permettre dans le futur l'aménagement des combles, avec l'installation d'un ascenseur à la place de la cage d'escalier de la nouvelle maison. Ainsi, malgré l'idée de scinder globalement l'activité du planning de celle de la maison médicale, les deux restent imbriquées, tout comme les équipes. Et les travaux sont pensés plus en fonction des secteurs que des structures.

Acoustique et confidentialité

Dans ces centres plus que – ou comme – dans les maisons médicales, la question de l'acoustique et de la confidentialité est un point délicat difficile à résoudre de manière satisfaisante. C'est ce qui justifie un espace d'accueil en retrait, mais aussi le placement de portes acoustiques comme à Marconi, ou de doubles portes comme à la Free Clinic. Ici, cet aspect est rendu encore plus délicat par la proximité par exemple de la salle destinée aux interruptions volontaires de grossesse et du local utilisé par les ostéopathes qui traitent notamment des nourrissons dont les pleurs se font entendre à tout l'étage...

Accessibilité, quartier et identité

De par leur histoire, l'ancrage dans le quartier est donc particulièrement fort pour ces centres. A la Free Clinic, « *l'un ou l'autre a parlé de déménager quand on croyait en avoir les moyens. Mais c'est la Free Clinic, parce qu'on est ici. La population de Matonge est tout à fait à l'aise ici ; les gens enlèvent leurs chaussures... Certains viennent parce qu'ils peuvent venir à pied. D'autres viennent de plus loin en BMW parce qu'ils sont sûrs qu'ils ne rencontreront personne de connu.* » Il y a un an, lors d'une grosse inondation, il a fallu fermer temporairement. « *Les gens étaient touchés ; on a reçu des messages de soutien.* » Pouvoir récupérer le garage à côté serait le rêve ! Un point noir en terme d'accessibilité : les personnes à mobilité réduite sont exclues a priori, à cause des marches dès l'entrée et parce que tous les cabinets se trouvent aux étages. Il faut parfois porter des gens

dans les escaliers (heureusement bien larges !) pour les séances de kinésithérapie !

A Marconi, ce problème a été résolu grâce au rez-de-chaussée d'à côté. L'équipe rêve depuis des années de déménager dans un grand plateau. Mais son histoire et ses fonctions sont aussi ancrées dans le quartier. Peut-être un jour acquérir la maison voisine... elle vient d'être manquée de peu.

A l'Entr'Aide, il y a quelques années, la question de la pertinence de maintenir les services dans un quartier en pleine gentrification s'est également posée. La charte commune aux différents services élaborée en 2003 est arrivée à point nommé pour mettre en évidence les vastes missions à remplir par l'association dans le bas des Marolles. Et un bail emphytéotique a été signé pour 30 ans. L'achat de la maison voisine permettrait d'offrir un espace plus agréable aux activités collectives telles que les cours d'alphabétisation. Ici non plus pas question de déménager.

Différents mais semblables

Au niveau architectural, il semble donc y avoir assez peu d'aspects spécifiques aux centres globaux. La diversité des fonctions ? Elle existe aussi dans de nombreuses maisons médicales qui ont un assistant social et/ou un psychologue par exemple. La taille de l'équipe ? Pareil, même si la Free Clinic et l'Entraide des Marolles battent des records, certaines équipes de maisons médicales sont aussi très importantes. Cela nécessite cependant de penser des espaces individuels et collectifs qui favorisent le travail d'équipe. En termes de planification des aménagements, ressort ainsi l'importance d'une coordination qui tiennent compte des besoins de chacun, de chaque secteur, tout en développant une vision globale équilibrée et à moyen terme. Dans cette perspective temporelle, le fait d'avoir des structures soumises à des critères d'agrément différents impliquent peut-être d'autant plus de prévoir les possibilités de réaménagement et de réorganisation des locaux, notamment par le caractère le plus polyvalent possible de ceux-ci. ■



L'architecte, artisan d'une santé globale

Marinette Mormont,
journaliste à l'agence Alter.

Les maisons médicales, à la frontière entre social et médical, ont besoin d'espaces qui leur ressemblent. L'architecte jongle avec la technique et l'esthétique pour apporter des réponses qui collent avec une certaine vision de la santé, qui prennent en compte les besoins distincts du personnel et des patients partageant ces lieux.

Les maisons médicales, lieux de soin, nécessitent des aménagements spécifiques. Taille des cabinets, équipements, rangements sécurisés ou encore éclairages, l'agencement des pièces et les finitions doivent être pensés et soignés pour répondre adéquatement à cette fonction. Mais avec leur vision globale de la santé, ces structures cherchent à se démarquer de l'hôpital. Et cela, les architectes qui ont travaillé avec elles l'ont bien compris, adaptant leur intervention à ce projet bien particulier. « *Cela doit être fonctionnel sans être médicalisé* », commente Stéphanie Dejaiffe, architecte à Floreffe, qui précise : *concrètement, on peut travailler sur l'éclairage en remplaçant les néons par des luminaires plus chaleureux, ou sur les revêtements de sols en utilisant des matériaux solides et pratiques, types vinyles hospitaliers, tout en jouant avec des textures et des couleurs qui évoquent l'habitation.*

L'enjeu est de réussir à intégrer dans le bâti les valeurs qui sont au cœur de la démarche des maisons médicales : l'accessibilité, l'accueil. L'accessibilité des personnes à mobilité réduite bien sûr. Rampes, largeur des portes, sanitaires adaptés... tous ces ajustements doivent être mis en œuvre. Mais l'accessibilité ne se résume pas à cela. Pour Sébastien Mouffe, du bureau d'architecture Subway (Namur) qui s'est vu confier la réalisation de plusieurs maisons médicales dans les régions de Namur et de Charleroi, l'accessibilité est aussi « psychologique » : « *Par l'image qu'on donne, la façon dont l'entrée est conçue et le développement du projet, il est possible d'influencer le comportement du visiteur à l'approche du bâtiment et de l'inviter à entrer de façon spontanée.* » Dans le cas du projet des Bruyères à Auvélais, illustre-t-il, « *on a métamorphosé une maison d'habitation peu engageante. Le choix d'une architecture contemporaine crée un appel visuel assumé* ». L'embellissement du bâtiment fait partie intégrante de la mission

de l'architecte et participe à la construction d'une relation avec le quartier.

La fonction d'accueil, une autre des priorités des maisons médicales, qui prend corps dans la salle d'attente. Confortable, agréable, presque familiale, celle-ci doit aussi éviter l'engorgement des patients. L'ambiance doit y être sereine car « *les gens ne sont pas toujours au meilleur de leur forme* ». La fonction sociale des maisons médicales peut aussi passer le pas de ce lieu névralgique et s'exprimer dans d'autres espaces. La maison médicale de Bomel, à Namur, a prévu une salle de douche qui peut être utilisée en cas de besoin. Celle du Maelbeek, à Etterbeek, a misé sur un lieu de rencontre « parents-enfants » : l'espace, polyvalent, reflète la diversité des activités des maisons médicales.

Des besoins qui se croisent

Mais l'architecture d'une maison médicale ne pourrait se réduire à la seule prise en compte de ses bénéficiaires. Patients et personnel ont des besoins distincts qui cohabitent dans le bâtiment et qui supposent des aménagements pour les uns et pour les autres. Sébastien Causin de la Fabrique d'espaces (Bruxelles) : « *Le personnel a besoin d'un cadre de travail agréable. Il ne doit pas tout le temps être confronté au patient. Il faut faire cohabiter les deux flux en évitant qu'ils soient constamment collés les uns aux autres.* »

Cela se matérialise par la coexistence d'espaces publics et privés. Ces derniers - réfectoire, salle de réunion, bureaux administratifs - sont les lieux d'échanges entre collègues, en équipe. Les sanitaires, eux aussi sont dissociés. Quant aux accueillants, qui passent le plus clair de leur temps dans la salle d'attente, ils doivent se sentir « protégés ». À la maison médicale du

Maelbeek, explique l'architecte bruxellois, au début, ils étaient perdus derrière une table au milieu de la salle d'attente. « *Or il y a parfois des patients qui ne sont pas évidents. Il faut que le personnel puisse avoir une forme de contrôle social sur les patients dans la salle d'attente, dans les couloirs.* » D'où l'aménagement un secrétariat légèrement surélevé, « avec du recul ».

Entre aspirations et contraintes

La plupart du temps, les maisons médicales intègrent d'anciennes maisons d'habitation, difficiles à adapter. Si ce type de bâtiment répond à un souhait évident de proximité, d'inscription dans un quartier, il comporte son lot de contraintes : problèmes de circulation dans le bâtiment, de place qui vient souvent à manquer, mais aussi de confidentialité. À cet égard, le défi consiste à faire coexister lumière naturelle et occultation des cabinets médicaux. Cheminées de lumière qui dégringolent du toit, parois vitrées habillées de films ou de stores, autant d'artifices qui permettent de respecter la confidentialité de l'échange tout en autorisant le passage de la lumière naturelle. De même, l'acoustique est au centre de l'attention de l'architecte, qui travaille souvent dans une configuration de bâti dense, mitoyen, avec des planchers en bois.

« *Notre rôle est de conserver au mieux le côté 'maison' du projet tout en gommant les imperfections du bâtiment pour rendre possible le fonctionnement efficace de la maison médicale* », précise Sébastien Mouffe. Qui insiste sur l'aspect modulable, adaptable, du projet architectural : « *Il faut anticiper les grandes lignes de l'évolution de la structure et choisir le bâtiment à rénover ou le terrain à construire en fonction.* » Même si, dans beaucoup de cas, on se trouve déjà dans une situation de maximisation du bâti.

Une collaboration à construire

La maison médicale de Bomel a contacté Stéphanie Dejaiffe avant d'acheter un bâtiment. « *On cherche un lieu, m'ont-ils dit. On a besoin d'être aiguillés dans le choix de ce lieu.* » La préférence a été donnée à un espace de plain-pied, dans le centre-ville. « *La demande s'est faite en amont de l'achat. Ils savaient ce qu'ils voulaient comme surface, mais faire les visites ensemble a permis de voir ce qui était réalisable.* »

Bomel : une équipe d'une vingtaine de personnes. « *Evidemment il fallait gérer cela* », explique Stéphanie Dejaiffe. Car on le sait, le mode de décision en maison médicale est participatif, voire autogestionnaire. Pour l'avant-projet, l'ensemble de l'équipe a été consulté,

chacun des services a réfléchi à ses besoins et réagi à la proposition de l'architecte. Par après, relate cette dernière, « *il n'était pas concevable d'avoir 20 personnes différentes pour suivre le chantier, pour choisir un matériau.* » Une cellule de trois ou quatre personnes a été désignée pour servir de relais. « *En tant qu'architecte on a un rôle à jouer : on les aide à prendre des décisions sur des choix esthétiques. On a un rôle plus important que chez un particulier* » conclut Stéphanie Dejaiffe.

Ce que confirme Sébastien Causin. Maison médicale des Marolles, maison médicale du Maelbeek, maison Asaso à Saint-Gilles, il semble prendre un certain plaisir à renouveler ses collaborations avec les centres de santé intégrée. « *On a une relation différente avec une maison médicale qu'avec un particulier. Il y a moins d'affectif. J'ai toujours eu beaucoup de liberté d'action tant par rapport à la configuration des espaces qu'aux parachèvements.* »

Qu'on se le dise : les architectes trouvent du sens à travailler avec les maisons médicales. Les projets qu'ils accompagnent leur donnent le sentiment de jouer pleinement leur rôle, tel qu'ils et elles se le représentent. ■

Territoire

« La territorialité est une expression de l'identité dans le sens où elle a pour principale fonction la régulation de l'interaction sociale. Cette notion regroupe les processus d'appropriation d'un territoire. L'espace de travail est vécu comme un territoire personnel, il permet à son utilisateur de maîtriser ses interactions interpersonnelles. Il peut le marquer comme son domaine propre en y contrôlant l'entrée. Bien sûr, l'occupation d'un lieu, d'un bureau, d'une salle reconnus comme territoire personnel suppose une position identitaire forte. Les territoires sont donc privatisés dans le sens où l'on peut en contrôler l'entrée. Certes l'activité de soin médico-social et psychiatrique réclame de fait le respect de l'intimité et la protection de l'espace thérapeutique des intrusions. Mais les bureaux sont aussi des espaces de travaux personnels. [] FISCHER cite GOODRICH (1982) qui dit que : « La définition du territoire par des frontières ou des barrières physiques et psychologiques est un aspect important qui influence le sentiment de privatisation au travail. Les barrières érigées par l'occupant ou fournies par l'organisation permettent d'établir une nette distinction entre soi et autrui, entre son groupe et les autres » ».

Extrait de « Passez les bornes ! » *Les enjeux des territoires professionnels en équipes médico-sociales et psychiatriques* (pages 33-34), Vannier Sylvain. Institut de formation des cadres de santé à Aix en Provence. Promotion 2003-2004.

En ligne : <http://www.infirmiers.com/pdf/memoire-sylvainevannier.pdf>

« En termes de territoire, les accueillant-e-s occupent une place particulière. L'espace d'accueil sert en effet de « plaque-tournante, carrefour de relations (entre professionnels, entre patients, entre patients et professionnels) » ; « l'accueil constitue une zone-tampon où se déposent, s'exposent ou explosent les tensions des uns et des autres ». « Il n'y a pas de répit à l'accueil ; c'est ça notre pénibilité ». « La sollicitation est presque permanente dans cet espace intermédiaire, sur les plans physique (entre le dedans et le dehors) et temporel (entre l'arrivée et le rendez-vous, et après la consultation), lieu de passage aussi des collègues. » « Ainsi, la séparation dans le temps et l'espace de l'accueil des patients proprement dit et des tâches « moins première ligne », plus administratives, contribuerait également à assurer un meilleur équilibre pour les professionnels entre sollicitation continue et concentration pour une plus grande qualité de travail, dans les deux types de tâches. »

Extraits de *Professionnalisation et reconnaissance de la fonction accueil, un processus à poursuivre*. Chapoix Gaëlle, analyse en éducation permanente, Fédération des maisons médicales, décembre 2014, n°15.

En ligne : <http://www.maisonmedicale.org/2014-4516.html>

- II -

Architecture des lieux de soins

Lecture thématique

- 3 -

Nous avons choisi d'approcher l'architecture des lieux de soins selon notre grille de lecture, celle de l'échelonnement dans le cadre des soins primaires. Mais cette lecture procède d'un a priori conceptuel, voire d'une mystification. L'expérience qu'on fait tous les jours dans notre pays est celle d'un système de soins inorganisé. Au mieux, quand des articulations entre les acteurs existent, c'est autour de thématiques de santé. On peut appeler ça une organisation en silo.

Dans le chapitre suivant, nous prendront deux exemples de thématiques de santé pour aborder les questions d'architecture, analyser l'impact des particularités des bâtiments sur le suivi, et envisager en quoi leur prise en compte pourrait influencer la conception des lieux de soin, aux différents échelons, et, notamment, nos maisons médicales.

Sans perdre de vue que « *La systématisation des exigences de groupes spécifiques de malades ou présumés malades et la recherche de solutions particulières pour chacun de ces groupes finissent par mener à des solutions incohérentes et contradictoires et, en définitive, à une séparation toujours plus marquée des différents groupes. C'est dans ce sens que l'architecture, actuellement soumise à un processus de « médicalisation », peut être elle-même considérée comme un « corps malade »* »¹.

1. *En imparfaite santé : la médicalisation de l'architecture*, cfr bibliographie page xx.

Architecture des lieux d'enfantement

Gaëlle Chapoix, chargée de projets en Education permanente à la Fédération des maisons médicales.

Maison de village ou appartement en ville, maison de naissance, maternité d'hôpital local ou universitaire... en quoi les lieux d'enfantement et leur architecture peuvent-ils avoir un impact sur le déroulement et le vécu de cet événement ?

Merci à Marie-France Colinet, Pascale Creplet, Dominique Porret, Vanessa Wittevrout, sages-femmes.

L'Organisation mondiale de la santé plaide depuis longtemps pour une démedicalisation de la grossesse et de l'enfantement, dans une logique d'intervention minimale nécessaire. En Belgique, cette préoccupation a été relayée par des études et recommandations du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 80 à 90% des naissances pourraient ainsi se dérouler de manière physiologique, sans nécessiter d'interventions médicales. Les effets domino et iatrogènes de celles-ci ont été démontrés¹. C'est pourquoi cette analyse se centre sur les conditions architecturales d'un déroulement physiologique de l'enfantement (voir encart), en cohérence avec l'accompagnement de la naissance tel que nous l'évoquions en 2012².

L'enfantement physiologique

Michel Odent, gynécologue, dans son livre *L'amour scientifié*, explique les conditions nécessaires à l'enfantement physiologique : sentiment de sécurité et d'intimité, chaleur, pénombre, autonomie de mouvement, silence (ou une ambiance sonore calme) et possibilité d'émettre sons et cris. Lors d'une naissance physiologique, l'organisme de la femme peut remplir ses fonctions pour mettre au monde son bébé. Cela inclut la sécrétion d'un cocktail hormonal où ocytocine et endorphines sont fondamentales. La première, hormone de l'attachement, provoque les contractions ; sa production est inhibée par les hormones de stress qui perturbent ainsi le processus. Les secondes ont un effet analgésique et euphorisant. L'état émotionnel et donc physiologique du père – trop souvent encore oublié – influencera celui de la mère.

1. Voir l'article de Bénédicte de Thysebaert cité en bibliographie et les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé.

2. Voir Chapoix Gaëlle, *Entrer dans la danse : pour un autre accompagnement de la naissance*, Santé conjugulée 62, 2012.

Evolution et diversification des lieux de naissance

L'apparition des maternités hospitalières au XVII^{ème} siècle est liée à l'exode rural et à la misère. Principalement en raison des fièvres puerpérales, les taux de mortalité y sont nettement plus élevés qu'à domicile, où restent donc les aristocrates³. Ce n'est qu'à la moitié du XIX^{ème} siècle que les causes de ces fièvres sont identifiées. A partir de là, des mesures d'hygiène sont instaurées pour y remédier, en même temps que les techniques d'intervention se développent, et ainsi la place des maternités hospitalières dans le paysage de la naissance.

L'évolution des lieux de naissance va donc aller de pair avec une médicalisation, jusqu'à l'hypermédicalisation de l'événement et du lieu. De la maison vers l'hôpital, d'un espace privé, familial et intime à un espace institutionnalisé et partagé. D'un accompagnement personnalisé à des protocoles parfois rigides, vers une normalisation aux effets iatrogènes ne tenant pas toujours compte du temps long, du processus psychophysologique de la naissance et de l'enfantement. L'enfantement à domicile concerne moins d'1% des naissances, même si plusieurs mutuelles l'encouragent et que, très récemment, Maggie De Block, ministre de la Santé a annoncé vouloir le développer⁴.

Coexistent aujourd'hui des lieux et pratiques intermédiaires entre l'hôpital et la maison⁵ : maison de naissance, « *plateau technique* » (espace accessible aux sages-femmes libérales en maternité), salles 'nature' ou 'pôle physiologique' (salles d'enfantement offrant des espaces et équipements plus adaptés à une naissance physiologique)... jusqu'aux salles d'opération pour les césariennes programmées ou d'urgence. Il y a peu est né également le Cocon, « *gîte de naissance* » intégré à la maternité de l'hôpital Erasme. Un espace de ce type sera offert dans la nouvelle implantation du CHIREC à Delta : il n'y aura « *que deux portes à passer* » pour rejoindre la maternité en cas de besoin ; ce serait « *comme si elles [les femmes] étaient à la maison avec la sécurité en plus* »⁶.

En quête d'un abri

Tous ces lieux ont à répondre à une quête de sécurité. « *Physiquement, la sécurité est l'état d'une situation présentant le minimum de risque. Psychiquement, la sécurité*

3. Voir *Naissance respectée ? Naissance d'un mouvement*, Étude du CEFA asbl, 2014.

4. Voir entre autres le journal *Le Soir* du 4 mai 2015.

5. Voir entre autres l'étude du CERE d'Annick Faniel qui évoque également les différents lieux de naissance.

6. Voir l'interview du Dr Leleux, dans le Webreportage de *Lalibre.be*

*est l'état d'esprit d'une personne qui se sent tranquille et confiante. Pour l'individu ou un groupe, c'est le sentiment d'être à l'abri de tout danger et risque. »*⁷

A l'image des poupées russes, on peut se représenter cette quête différente pour chacun des protagonistes : au centre, le bébé, enveloppé par sa mère, tous deux entourés par le partenaire, l'équipe soignante apportant un contenant global. L'équipe elle-même selon le contexte va pouvoir trouver appui (et/ou être contrainte par) sur une structure à la fois physique (le bâtiment et son équipement qui nous occupe ici) et institutionnelle. Les différences fondamentales dans les places occupées vont faire apparaître des tensions et des contradictions dans les besoins des uns et des autres pour créer ce sentiment de sécurité, d'être « à l'abri », « *lieu où l'on peut se mettre ou mettre quelque chose à couvert des intempéries, du soleil, du danger, etc. ; installation construite à cet effet.* »⁸.

Accéder

La localisation du lieu de naissance, d'enfantement pour les uns, de travail pour les autres, aura déjà de nombreux impacts, en fonction de son accessibilité, de l'environnement dans lequel elle s'inscrit. Certaines femmes qui ont choisi la naissance à la maison expriment parmi leurs motivations le souhait de ne pas devoir se déplacer dans ce moment d'ouverture, et donc de vulnérabilité. Et de même après la naissance du bébé.

La qualification du lieu est également importante et est liée à son aspect et à son accès. Dans un passé pas si lointain, on allait « *à la maternité* ». Généralement, aujourd'hui, on accouche « *à l'hôpital* ». On y accède par l'entrée principale, ou par les urgences en cas d'arrivée nocturne. Quelques traditionnels « *couloirs d'hôpital* » à parcourir suffisent parfois à réveiller le malaise chez les personnes sensibles à ce climat particulier aux odeurs particulières, où l'on croise chaises et lits roulants, baxters et autres signes de maladie et de souffrance... Même au Cocon, « *tant qu'on n'a pas passé la porte, on est à l'hôpital* ». L'accès se fait par le grand hall, les ascenseurs sont souvent bondés car en nombre insuffisant. « *Il manque un sas* ». Ainsi, à la maternité des Bleuets à Paris, la maison de naissance à venir disposera d'une entrée distincte, comme les anciennes « *maternités* ». A Saint-Luc, la maternité est au treizième étage. En entrant dans cette immense structure, on se sent d'abord « *comme une petite fourmi* ». Faudra-t-il passer

7. <http://fr.wikipedia.org/wiki/Securite>

8. www.larousse.fr

par un accueil pour l'inscription, sonner à l'entrée de la maternité et attendre dans le couloir, sur quel type de siège ?

L'Arche de Noé, maison de naissance de Namur, est une petite maison devant laquelle on peut se garer pour accéder directement à une entrée décorée et meublée chaleureusement. La maternité de la clinique Sainte-Elisabeth située à quelques centaines de mètres accueillera la famille en cas de nécessité d'un transfert (environ une naissance sur dix⁹).

Pour l'accouchement à la maison, la question de l'accès se pose en sens inverse. Il y a, pour les sages-femmes, à s'assurer de la distance à la maternité la plus proche, que les lieux sont sécuritaires, permettent l'accès pour une éventuelle ambulance, le passage avec un brancard... Certains aménagements seront parfois nécessaires comme d'installer un matelas au salon si la chambre n'est accessible que par un escalier trop étroit.

Les aménagements et leurs effets

En cas de naissance à domicile donc, les éventuels aménagements pour le bien-être et la sécurité de chacun, famille comme sages-femmes, seront discutés et préparés en cours de grossesse.

En maison de naissance, comme son nom l'indique, les aménagements viseront le bien-être de la famille, la création d'un cadre qui rappelle l'intimité et le confort de la maison familiale. Les aménagements techniques sont minimaux et discrets. Au Québec, les maisons de naissance sont plus nombreuses. Comme les maisons médicales chez nous, elles prennent parfois un autre habit que la traditionnelle « maison » aménagée et intégrée dans la rue dont elle porte le nom. Certaines ont été aménagées dans un vieux presbytère, au troisième étage d'un immeuble, aux rez et sous-sol d'un centre local de santé... ; d'autres sont conçues et construites de novo, intégrée à un centre de santé, comme celui de Pointe Claire à Montréal qui ressemble à un petit hôpital local.

En maternité, la diversité est bien plus grande encore. Dans certaines structures, salles de travail et salles d'accouchement sont encore distinctes. Dans la première, le couple est accompagné en pointillé par une sage-femme. La seconde est le lieu d'action du gynécologue, avec la position du même nom et un matériel et un aménagement qui rappellent encore parfois beaucoup la salle d'opération. Le principe

même du changement de salle au moment de la poussée est contraire au déroulement d'un processus physiologique. Mais de plus en plus se développe le concept de salle de naissance, une pièce unique que les parents vont pouvoir s'approprier et habiter le temps nécessaire à la naissance de leur enfant, et les heures qui suivront (précieuses pour la création du lien d'attachement réciproque), s'il n'y a pas affluence supérieure à la capacité des lieux qui précipiterait leur emménagement dans la chambre. Dans ces types d'aménagements, les soins au bébé sont généralement réalisés dans la même pièce. Selon son aménagement, la salle de travail suscitera ou freinera l'appropriation du lieu par les parents pour créer la bulle d'intimité et de sécurité nécessaire à une naissance physiologique : pas trop grande, matériaux et éléments de décoration chaleureux, possibilité de déposer des objets personnels, de mettre de la musique, lit un peu en biais comme une invitation à bouger ce qu'on veut, lit de deux personnes plutôt que lit d'hôpital qui suffira à convoquer la symbolique du lieu même si le reste du matériel est caché... De même, la pièce permettra et appellera (ou non) le mouvement de la femme enceinte : présence d'un ballon, de matériel pour se suspendre, d'une baignoire, d'un espace suffisant pour marcher, s'asseoir...

Il s'agit là de créer les conditions pour une naissance physiologique, alors que les rythmes et protocoles hospitaliers risqueraient plutôt d'interférer, parce que les salles sont toutes occupées, parce que le gynécologue ou l'anesthésiste sont justement sur place, parce que cette maman-là fait quand même beaucoup de bruit et impressionne ou gêne ses voisines...

Une raison de plus de soigner l'insonorisation, pour qu'une femme ose laisser sortir les sons graves et surprenants qui faciliteront l'ouverture de son corps, pour qu'une autre ne soit pas perturbée par les bruits dans les couloirs, que la troisième n'entende pas la panique dans la pièce d'à côté où un incident se produit. Dans un environnement propice à la physiologie, l'intervention reste possible, quand elle est nécessaire.

Ainsi les changements de philosophie et de pratique induisent à court ou moyen termes des réaménagements.

Territoires

« Parce que quand vous venez à la maison de naissance, c'est la sage-femme qui est sur son territoire à elle, pas vous. Et ça finit par compter ». Isabelle Brabant

« Dans un hôpital, les gens deviennent passifs... Le milieu fait qu'on sent qu'on est obligé de s'y adapter. »
Dominique Porret

9. Voir le témoignage d'Evelyne Mathieu, sage-femme, dans le webreportage de Lalibre.be.

Des sages-femmes témoignent qu'au domicile des parents, elles sentent bien que ceux-ci restent maîtres des lieux, qu'elles y sont invitées, contrairement au cabinet de consultation ou à l'hôpital. Cela a un impact sur la relation et sur les manières de faire. A la maternité, on prend le bébé pour le changer sur la table qui est là. Au domicile, il faudrait changer de pièce, cela incite à demander l'autorisation. De même pour inviter une femme à aller aux toilettes chez elle, ce n'est pas la même chose que de l'emmener aux toilettes à l'hôpital. A l'hôpital, la patiente est « dans une alcôve » (avant, derrière un rideau), disponible pour les soins, « à disposition du soignant ». « On ne prévient pas qu'on va venir. On ne toque même pas toujours. Alors qu'à domicile, le soignant est disponible pour le patient. »

S'approprier un lieu de naissance n'est pas toujours aisé pour les parents. La visite préalable, la préparation (par l'haptonomie notamment qui porte aussi sur le rapport à l'espace) et l'accueil (par les soignants) ainsi que l'installation de quelques éléments symboliques peuvent certainement y contribuer.

Continuité et changements

Les besoins pour assurer un sentiment de sécurité varient d'une personne, d'un couple à l'autre. La culture (familiale, du pays d'origine) a une influence certaine dans le rapport à l'espace, à l'intimité, à la communauté, au temps... et donc sur les besoins et le vécu de la naissance. La diversité des lieux de naissance est donc fondamentale pour répondre à ces besoins divers. Et ce d'autant plus que l'existence d'alternatives suscite des aménagements dans les maternités hospitalières. Comme le défend Isabelle Brabant, « l'accouchement à la maison est essentiel... pour celles qui ne veulent pas y accoucher ! », comme source d'inspiration. « Sinon, les maisons de naissance deviendraient rapidement des versions améliorées de l'hôpital, c'est-à-dire l'envers de la démarche logique : c'est l'hôpital qui doit tendre à imiter la maison, non le contraire ». Pour être au plus proche des besoins des parents et du bébé et du respect de la physiologie, vers une démedicalisation telle que prônée par l'Organisation mondiale de la santé. Se recentrer sur les besoins des usagers passe certainement par leur demander leurs avis, comme au Québec où des comités d'usagers sont mis en place dans les maisons de naissance. Il s'agira d'en tenir compte comme de ceux des soignants, au niveau du sentiment de sécurité comme de l'ergonomie¹⁰. Vers une démarche de co-construction ? ■

Références

- ♦ Brabant Isabelle, « Pourquoi l'accouchement à la maison est essentiel... pour celles qui ne veulent pas y accoucher ! », *Mamanzine*, le bulletin d'information du Groupe Maman. Volume 10 – Numéro 1 – Juin 2006. En ligne : http://www.mieuxnaître.org/docs/Acc_DomicileIsabelleBrabant.pdf
- ♦ Braun Fredou et Lalman Lara, *Naissance respectée ? Naissance d'un mouvement*. CEFA asbl. Etude 2014. En ligne : <http://www.asblcefa.be/cefa/images/pdf/etude2014.pdf>
- ♦ Chapiro Gaëlle, « Entrer dans la danse ? Pour un autre accompagnement de la naissance », *Santé conjugulée* n°62, octobre 2012. En ligne : <http://www.maisonmedicale.org/Entrer-dans-la-danse-Pour-un-autre.html>
- ♦ de Thysebaert Bénédicte, « Sage-femme, une fonction qui existe depuis la nuit des temps », *Santé conjugulée* n°55, janvier 2011.
- ♦ Faniel Annick, *L'expérience du Cocon, premier gîte de naissance en Belgique*. CERE asbl. Etude 2014. En ligne : <http://www.cere-asbl.be/spip.php?article287>
- ♦ KCE, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (octobre 2010). *Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque*. En ligne : <https://kce.fgov.be/>
- ♦ Odent Michel, *L'amour scientifique*. Editions Jouvence, 2001.
- ♦ Organisation mondiale de la santé, *Soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et à la période néonatale : Guide de pratiques essentielles*. Genève 2009. En ligne : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75839/1/9789242590845_fre.pdf
- ♦ *Naître à la maison*. Web-documentaire de La Libre, 2014.
- ♦ En ligne : <http://dossiers.lalibre.be/webdoc-naissance/index.html#presentation>

10. Voir entre autres dans ce dossier l'article *Pousser les murs*.

Soins de santé mentale et architecture

Christian Legrève,
responsable du programme
Education permanente
à la Fédération des maisons
médicales.

Quand on pense santé mentale et architecture, la première chose qui frappe, c'est la question de l'expulsion des personnes malades. Pas leur exclusion de la société, qui me semble être une vue de l'esprit. Leur expulsion des lieux de vie, de ce qui se construit pour abriter les gens et les activités. La part la plus visible de l'incendie actuel des problèmes psychiques, ce sont ceux qui vivent dans la rue et se débattent au quotidien pour mettre un toit au-dessus de leur tête, ou leur tête sous un toit. Et qui, de surcroît, se voient expulsés des lieux communs. L'homme qui se réchauffe dans le coin de l'espace 'ouvert' du guichet bancaire automatique. La dame qui traîne dans la gare ou dans le métro en se donnant l'air de chercher quelque chose. Le sans-abri confronté aux 'dispositifs de dissuasion' des appuis de fenêtre du magasin. Il y a de quoi devenir fou.

Ainsi donc, avant même de parler des lieux de soins, le rapport de la souffrance mentale à l'architecture se caractérise par la déprivation. Et la causalité de cette déprivation est double. D'une part, les personnes en souffrance mentale ont bien du mal à trouver de quoi s'abriter. Elles ont difficilement accès au logement, y compris au logement social, et leur maintien dans les logements qu'elles trouvent est souvent problématique, pour elles-mêmes, pour les autres, pour les propriétaires ou les sociétés de logement. Mais, d'autre part, la vie dans la rue est en soi, source de souffrance mentale.

Et puis, il y a l'expulsion par excellence des espaces de la vie commune, l'internement psychiatrique. Il faut rappeler qu'on ne parle plus de collocation¹, mais de mise en observation. Et rappeler que, selon une étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), 4.730 patients psychiatriques adultes ont résidé en 2003 pendant plus d'un an dans un service T d'un hôpital psychiatrique et un tiers de cette population a déjà séjourné plus de 6 ans dans un service similaire².

1. Terme propre à la Belgique et désignant l'hospitalisation sans consentement.

2. L'unité de type T offre « un traitement et un soutien après la phase aiguë et vise autant que possible la réintégration sociale du patient ».

Autant de gens donc, qui vivent durablement dans des bâtiments qui ont été pensés pour le soin, au service du soin, et pour un séjour provisoire. Il y a de quoi devenir fou.

Bien entendu, l'hospitalisation se fait bien souvent à la demande des patients. Dans certaines situations, ils reconnaissent en eux-mêmes une aggravation de leurs symptômes qui les pousse à chercher asile et protection. Ils ont besoin d'être accueillis, entourés, rassurés. Mais on peut se demander pourquoi il est évident pour eux et pour tout le monde que cette protection ne peut se trouver que dans un hôpital psychiatrique.

Comment son architecture est-elle pensée ? Ne nous appesantissons pas sur les caricatures d'architecture pseudo carcérale. L'architecture en psychiatrie ne peut être celle des hôpitaux généraux. « Viviane Kovess relève avec raison qu'en médecine-chirurgie-obstétrique, on recherche l'économie des rencontres (peu d'espaces de convivialité) alors qu'en psychiatrie, l'architecture doit favoriser les rencontres et donc multiplier les espaces communs³. »

3. In Pierre Noël, *Architecture et Psychiatrie*, publié sous la direction de V. Kovess-Masféty, D. Severo, D. Causse et J.-C. Pascal ; Editions Le Moniteur, 2004.

A partir du milieu du XX^{ème} siècle disparaît l'asile en ville, construit sur le même principe que le monastère. C'est le modèle de l'hôpital-village qui s'y substitue. Des structures pavillonnaires en bordure des villes, dans des enceintes closes. Une tentative de conjuguer deux éléments propres à rassurer : le soin attentif aux difficultés de la personne, et le cadre de vie à échelle humaine.

En passant du paradigme de l'asile à celui de la protection, le monde de la psychiatrie a vu fleurir des initiatives qui tentent de résoudre la même équation, sans l'a priori de la mise à l'écart. « *Ces sphères protectrices ont une dimension réduite, elles n'emploient que quelques travailleurs et leur architecture est de l'ordre de la maison. Elles sont le plus souvent un assemblage de lieux à la fois différenciés et associés, prenant la forme d'un club thérapeutique, d'ateliers, d'espaces de rencontre ou de consultation, et les personnes circulent parmi ces ambiances et ces maisons* »⁴. La réforme de la psychiatrie des années '90 en Belgique a permis d'envisager le financement de formules d'hébergement pensées dans cette logique. Ce sont les habitations protégées, confirmées comme un des axes du modèle 'psy107', mais aussi les maisons d'hébergement, telles que définies, par exemple, dans le décret wallon de 2004, et parfois abusivement appelées maisons pirates. Ce sont des lieux de vie semblables aux habitations de tout le monde en ce qui concerne l'architecture, situés dans le tissu urbain, mais où s'organise une présence attentive et constante propre à rassurer. « *J.-C. Pascal montre combien la conception de l'hôpital-village, prônée dans les années d'après la Libération, a été d'emblée dépassée : c'était « surinvestir le cadre aux dépens du relationnel »* »⁵. Les maisons de soins psychiatriques ont, en quelque sorte, récupéré cette logique pour organiser, souvent dans le cadre institutionnel de structures hospitalières, des dispositifs intermédiaires, dans des lieux à l'image des hôpitaux, et parfois sur leur site.

Les moyens manquent. Ou plutôt, ils restent concentrés, géographiquement, conceptuellement et institutionnellement. Revenons à l'expulsion. La véritable difficulté, c'est bien l'accueil des personnes souffrant de problèmes psychiques. Avant même des lieux de soin, c'est de lieux d'hospitalité qu'on manque. Des lieux où elles puissent simplement se trouver, et se trouver bien. Parmi les autres gens, en principe, par défaut.

4. Olivier Croufer, centre franco basaglia, *Souffrances locales et démocratie des allègements*, 2012, page 24.

5. Pierre Noël, « *Psychiatre honoraire des hôpitaux ; Architecture et psychiatrie* » in *L'Information Psychiatrique*; Volume 80, numéro 5, mai 2004.

Or, pour des raisons diverses, cette hospitalité n'est pas réalisée dans la plupart des lieux de vie. En première ligne, dans les salles d'attente de nos maisons médicales, par exemple, la coexistence n'est pas toujours facile entre ces patients et les autres. Et cette situation a un aspect architectural. Rien de spécifique n'est prévu. La confidentialité, les lieux de retrait, l'organisation pratique de l'accueil ne sont pas pensés autour de cette question. D'ailleurs, on dit une salle d'attente, pas une salle d'accueil. On attend son tour, puis on s'en va. Ce n'est pas prévu pour « traîner là ». Ça perturbe un peu le service. Disons plutôt que c'est la personne à l'accueil qui « prend sur elle » de compenser l'inadéquation du dispositif à certaines situations. Et ne parlons pas d'autres lieux, bien moins conviviaux que la plupart des accueils de maisons médicales. Des lieux anonymes, froids, des guichets protecteurs et des couloirs sans fenêtres.

L'enjeu architectural des lieux de soins en santé mentale, il est là : créer des lieux de vie qui leur donne une place et les sortir, par défaut, de l'hôpital, où les patients ne doivent se trouver que temporairement et si c'est nécessaire. Notons d'ailleurs que Marie-Pierre Tourneur, dans son article⁶, ne dit pas autre chose : « *Quant aux unités de troisième échelon, constituées d'ensembles spécialisés (exemple : psychiatrie, soins palliatifs, etc.), elles auront un statut de totale indépendance fonctionnelle, et peuvent se situer ailleurs* ».

6. Voir l'article *L'hôpital du passé et d'aujourd'hui : quels enseignements pour demain ?* dans ce dossier.

A quoi ressemblerait le design d'un hôpital psychiatrique s'il était conçu par les patients ? C'est la question posée par le projet *Madlove: A Designer Asylum* de l'artiste et militant britannique James Leadbitter (surnommé *the vacuum cleaner*, l'aspirateur). James Leadbitter – dont les œuvres ont été exposées, entre autres, au Tate Modern et au musée d'art contemporain de Chicago – a lui-même passé plusieurs séjours dans de nombreux hôpitaux psychiatriques publics.

Convaincu que le design triste des hôpitaux psychiatriques affecte les patients comme lui, James Leadbitter et sa collègue Hannah Hull ont passé des mois à organiser des ateliers à travers le Royaume-Uni pour récolter les idées de plus de 300 patients, psychiatres, architectes et designers.

Leur but était de comprendre comment créer des espaces agréables et adaptés aux patients, au lieu des salles mornes et impersonnelles. Une version beta de *Madlove* a été présentée à la *Foundation for Art and Creative Technology de Liverpool (FACT)*.

Créé avec le soutien du *Wellcome Trust* en partenariat avec la *British Psychological Society*, l'espace a été aménagé par les designers James Christian et Benjamin Koslowski. Pour James Leadbitter, il s'agit d'un « *espace ludique et stimulant qui permet de repenser la folie, une tentative utopique d'imaginer ce que pourrait être un hôpital psychiatrique* ».

L'installation est composée d'une série de structures colorées dans un environnement « *accueillant* » avec un « *somptueux* » tapis bleu-vert. Chaque structure est une interprétation des suggestions entendues pendant les

ateliers. Le but est d'offrir aux patients plusieurs niveaux « *d'intimité, allant de l'isolement total à la convivialité* ».

La *Cooling Tower*, avec son extérieur orange à rayures et son intérieur tapissé de coussins rouges, une « *version amusante des cellules capitonnées* ».

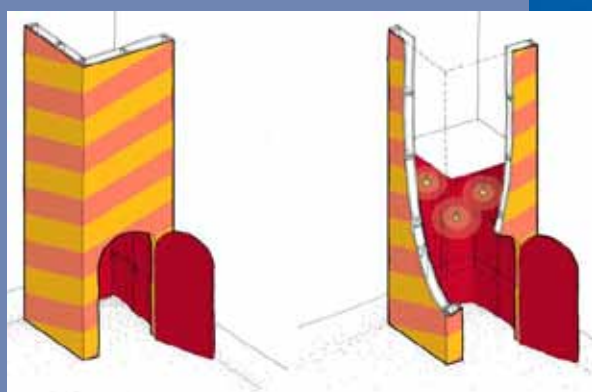
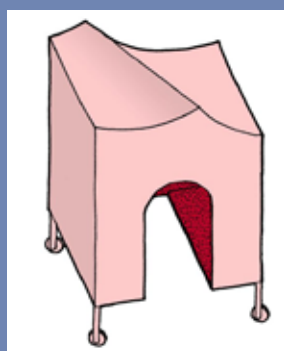
Elle est insonorisée afin que les gens puissent crier dedans et « *se défouler* ». L'intérieur a été décrit, entre autres, comme une « *poitrine accueillante* » et « *un œsophage en colère* ».

Le *Turkish Delight* est une structure rose pastel avec un intérieur anéchoïque (qui absorbe les sons) conçue comme un espace de discussion pour deux à quatre personnes. Grâce à l'effet acoustique, c'est comme « *si vous chuchotiez à l'oreille de votre interlocuteur* ».

L'escalier qui ne mène nulle part est un « *objet multi-fonction qui permet de se mettre en retrait par rapport à ce qui se passe en bas, tout en restant proche de l'action* ». Les marches servent aussi d'étagères avec des livres sur la santé mentale. Un placard sous les marches peut être utilisé comme rangement ou pour se cacher temporairement.

L'espace est couvert d'un auvent fait de parapluies retournés sur lesquels on peut projeter son choix de météo. Sur le bureau d'accueil, il y a des bouteilles avec des parfums agréables, dont un peu de lavande.

« *Ce n'est qu'un aperçu d'un projet qui pourrait influencer la façon dont on conçoit les espaces de soins pour troubles psychiatriques*, explique James Christian. *Le défi est maintenant de lever assez d'argent pour que le projet se fasse à une plus grande échelle.* »



- II -

Architecture des lieux de soins

Conduite de projet

- 4 -

La préoccupation pour l'architecture émerge souvent quand une nécessité s'impose. On manque de place, ou les propriétaires souhaitent récupérer leur bien, ou on crée un nouveau service ou projet, ou on reçoit une injonction d'un pouvoir subsidiant. Dans ces cas-là, on a parfois l'impression qu'on n'a pas le temps de réfléchir. Il faut du concret ! L'architecture, ce n'est pas que le maniement des idées. Ça sert aussi à fabriquer des bâtiments. Or, dans ce cahier, nous avons abordé les questions sous l'angle des principes. Dans ce chapitre, nous souhaitons éclairer comment ces principes peuvent se mettre en œuvre, pour guider la réalisation des projets des maisons médicales. A quoi ça peut servir, en quelque sorte...

C'est au pied du mur...

Christian Legrève,
responsable du programme
Education permanente à
la Fédération des maisons
médicales.

Tout au départ du projet de cette étude, il y a la rencontre avec Luc Mabilie¹ et le bureau d'architecture SIZE+², qui essaie de modéliser son expérience auprès de plusieurs maisons médicales. C'est surtout le processus de ces collaborations qu'il souhaitait décrire. C'est la méthode d'accompagnement du projet. Plus tard, dans le décours de nos recherches, nous avons fait la connaissance de Marie-Pierre Tourneur³. Elle donne des cours d'architecture hospitalière à l'école de santé publique de l'université libre de Bruxelles, et est membre associée du bureau ASSAR⁴, spécialisé dans les projets d'hôpitaux. Elle aussi insiste sur la démarche, et surtout sur la programmation hospitalière⁵, qui fait l'objet d'un de ses cours.

Les échelles des projets sont très différentes entre l'hôpital et une maison médicale. A titre indicatif, la construction du nouvel hôpital civil Marie Curie de Charleroi a nécessité 13 ans de travail, depuis le choix du site jusqu'à l'ouverture, en 2014, pour un budget global de 250 millions d'euros⁶. Le projet liégeois du Centre hospitalier chrétien - CHC, la clinique du Mont Légia, en cours, annonce un budget de construction de 185 millions⁷. Du côté des maisons médicales, on peut évoquer des budgets de construction de l'ordre de 700.00 euros. Le projet récemment déposé par Médecins du monde auprès du Fonds européen de

développement régional (FEDER) prévoyait un budget de deux millions et demi d'euros pour l'aménagement de trois centres santé-social globaux ambulatoires (et trois millions pour l'acquisition des terrains).

Pourtant, les objectifs des étapes successives d'un projet architectural dans l'un et l'autre contexte sont les mêmes. On en retrouve d'ailleurs les différents contenus dans les remarques des architectes qui interviennent régulièrement dans les maisons médicales⁸. Cette méthodologie est largement transposable à tout projet architectural d'infrastructure de service. Elle adapte, en fait, les principes généraux de la gestion de projet. Il nous a semblé utile de la décrire explicitement ici, dans l'idée d'apporter une pierre à l'édifice (!) de la réflexion sur les lieux de nos actions. Pour ce faire, nous nous sommes largement inspirés d'un document de travail de Luc Mabilie et du bureau SIZE+.

La première étape consiste en une étude préliminaire (voir ci-dessous). Elle doit permettre une identification de la situation existante et mettre en évidence certaines qualités, efficacité, ou défauts, lacunes, dysfonctionnements, zones d'ombre ou de désaccord, dans la maison médicale.

1. Architecte, professeur d'architecture d'intérieur à l'Institut des Beaux-Arts Saint-Luc, et chef de travaux d'atelier à spécialité à la faculté d'architecture de l'université de Liège.

2. <https://www.linkedin.com/company/sizeplus>

3. Qui nous écrit un très intéressant article historique dans ce dossier : *L'hôpital du passé et d'aujourd'hui : quels enseignements pour demain ?*

4. <http://www.assar.com/>

5. Réflexions préliminaires visant à établir un diagnostic, mettre en évidence l'opportunité ou la nécessité d'engager un projet hospitalier, positionner le projet dans son contexte, définir ses lignes de force, évaluer de manière sommaire ses conditions de réalisation.

6. <http://www.hospital-magazine.fr/wp-content/uploads/2014/05/International-CHU-Charleroi.pdf>

7. <http://www.artau.be>

8. Voir l'article *L'architecte, artisan d'une santé globale*.

Le cadre sert aussi à définir la marge de manœuvre dont l'institution dispose, à cibler les actions possibles et opportunes en fonction du contexte général et des points particuliers détectés, à définir le rôle de chaque intervenant et partie prenante et à faire émerger de nouvelles préoccupations et axes de réflexion. Enfin, elle doit aussi servir à remettre le projet en question. La deuxième étape consiste en une analyse critique (voir ci-dessous) des données et de la situation (qu'on peut appeler consultance ou assistance).

Volets de l'étude préliminaire

- ◆ Statuts de l'institution : description, raison sociale, missions, structuration des organes décisionnels ;
- ◆ Contexte politico-administratif : soutiens politiques, agréments, contexte politique, structures concurrentes, opposants... ;
- ◆ Contexte économique : moyens financiers, subsides, trésorerie ;
- ◆ Contexte communautaire : le quartier, la zone d'attraction, l'accès, les transports, etc., données socio-économique (le public, niveau de vie, linguistique, etc.), Contexte associatif (inscription dans le quartier, acteurs locaux, synergies existantes et possibles...), proximité d'autres structures (similaires, concurrentes, partenaires, complémentaires) ;
- ◆ Contexte urbanistique (type de quartier, règlement communal, urbanistique, qualité des constructions existantes, place dont on dispose...);
- ◆ Projet : porteur(s), motivation, vision ;
- ◆ Contexte constructif (énergie, qualités/potentiel d'un bâtiment ou terrain, état d'un bâtiment, normes, sécurité,...).

9. Dans le domaine de la construction, le commanditaire d'un projet de bâtiment est communément appelé le maître d'ouvrage. C'est l'entité porteuse du besoin, définissant l'objectif du projet, son calendrier et le budget consacré. Il maîtrise l'idée de base du projet et représente, à ce titre, les utilisateurs finaux à qui l'ouvrage est destiné. Il est client d'un maître d'œuvre qui apporte son expertise dans la conception, dirige la construction et assure la réception des travaux.

C'est une première approche, qui permet de voir dans quel contexte large on se situe, et de visualiser des options de marche à suivre. Le maître d'ouvrage⁹ participe de manière active non-seulement à l'identification, mais aussi à la (re)définition de l'outil (du bâtiment) concerné. La mission de consultance/assistance permet alors, à travers une multitude de données, constats, questions, d'accompagner, d'orienter le maître d'ouvrage vers des choix, options, ou directions 'éclairés'.

Objectifs de l'analyse critique

- ◆ Croiser les compétences propres de l'équipe 'maître d'ouvrage' avec celle de l'équipe 'auteur du projet', échanger les points de vue et connaissances pour faire émerger un questionnement plus pointu et plus fédérateur ;
- ◆ Enoncer des questions déterminantes à aborder ;
- ◆ Apporter les éléments de réponse les plus adéquats possibles dans un questionnement large ;
- ◆ Déterminer des pistes d'amélioration (orientation) ;
- ◆ Recommander des contacts complémentaires de personnes de référence pour compléter cette analyse.

La troisième étape est celle de l'orientation, formulée par l'équipe de consultance, à l'issue de la phase d'analyse critique. Aussi singulière et inattendue que soit la conclusion de la consultance (la proposition d'orientation), il faut que le maître d'ouvrage soit convaincu et se sente accompagné par une démarche destinée à remplir un objectif défini. Il faut alors poursuivre (s'il faut poursuivre) avec le bon service, proposé de manière adéquate.

L'architecte-conseil des trois premières étapes ne sera pas forcément le bon acteur pour apporter, de manière concrète, la bonne réponse dans chacun des cas, mais il est le bon intermédiaire, le bon interlocuteur pour passer le flambeau. La prise en compte d'un contexte large peut amener à un large éventail d'orientations. A ce titre, un bon carnet d'adresses, la multiplicité des contacts, et la possibilité de partenariats, de recommandations, de communication d'idées et la visibilité seront des critères de sélection de l'architecte-conseil à qui confier les premières étapes, et, en tous cas, celle-ci.

Ensuite, seulement, commence la mission opérationnelle. En fonction des pistes d'orientation proposées, validées par le maître d'ouvrage, la suite des missions de consultance peut déboucher sur des missions « opérationnelles », plus concrètes, dans des domaines variés cette mission pourra conduire à une esquisse, puis un avant-projet, un projet, le suivi de sa réalisation, puis l'évaluation dans le temps et les ajustements ultérieurs.

Propagation

Cette approche se généralise dans le secteur hospitalier, assez récemment chez nous, mais depuis un moment en France, où de l'expertise méthodologique se construit. Des journées d'études sont organisées, des documents circulent. « []il est apparu important de proposer aux maîtres d'ouvrage un outil méthodologique ciblé sur une phase primordiale et indispensable qu'est la programmation, outil qui vient compléter les documents proposés par la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) et par la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) regroupées en 2009 au sein de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) et par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)¹⁰ ». Les nombreuses présentations publiques des projets qui sont actuellement à l'œuvre en Belgique, notamment à Bruxelles, Charleroi et Liège permettent de partager ces apports.

Une des conséquences de cette approche est que les différentes phases des projets font l'objet d'une expertise spécifique et sont parfois confiées à des opérateurs différents. On pourrait y voir une bureaucratisation des démarches et un risque de perte d'efficacité. Effectivement, le suivi de ces projets et des nombreux contacts avec les parties prenantes nécessite la mise en place d'une équipe spécifique et demande des moyens importants. Mais l'enjeu est l'adéquation dans le long terme de structures qui vont déterminer la mise en œuvre des soins pour de très nombreuses personnes, patients comme travailleurs. Rappelons le délai de réalisation de l'hôpital civil de Charleroi. Si on prend cette base, un hôpital qu'on envisage aujourd'hui serait achevé en 2030, pour fonctionner jusqu'en 2070. Ça donne une idée des aspects à prendre en compte, et des moyens méthodologiques à mettre en œuvre. On peut penser que la soumission des différentes phases du projet à des bureaux différents permet de mieux prendre en compte la bonne fin de chacune d'entre elles et le respect des échéances intermédiaires, en engageant la responsabilité des uns sur les autres.

10. Ministère de la Santé et des Sports, direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, *Repères méthodologiques en phase programmation*; 2010; <http://www.sante.gouv.fr>

Et dans les maisons médicales

Dans nos maisons médicales, les enjeux semblent moins importants. Et d'ailleurs, il n'est pas rare de voir des équipes se lancer directement dans une demande de projet à un architecte. Il n'y a pas toujours de ressources spécifiques dédiées au suivi des différentes phases du projet. Celles-ci sont parfois menées implicitement, sans échéances, ni cahier de charges intermédiaires. Dans les pires des cas, la maison médicale se lance dans des aménagements qui n'ont pas été concertés.

Dans le petit questionnaire que nous avons adressé par mail à chacune des maisons médicales, sur les 19 équipes répondantes, la plupart avaient des travaux récemment réalisés, en cours ou en projet. Et pourtant, rares sont celles qui sont organisées de manière structurée pour envisager ces aménagements. « On en discute en réunion d'équipe et on dégage des moyens pour améliorer les locaux »; « Réflexion faite en réunion de secteur puis retour en réunion d'équipe ». Ce sont là les dispositifs les plus fréquemment évoqués. Souvent « un responsable est nommé pour les travaux ». Et parfois « le conseil d'administration décide des aménagements mais il nous demande notre avis pour notre espace et les espaces communs ». Dans une seule de ces équipes, il est fait mention d'un architecte qui accompagne la réflexion de l'équipe en amont ou en aval des travaux eux-mêmes. Bien entendu, le résultat de notre petite enquête ne peut prétendre à la représentativité. Nous connaissons des équipes qui se sont structurées pour accompagner leur projet architectural, notamment en lien avec les usagers. Mais l'image qui se dégage semble correspondre à la situation générale.

Dans la plupart des cas, ce sont les contraintes qui ont dicté les choix architecturaux, sans qu'on sache clairement comment elles ont été analysées. « Tout simplement, lorsque nous recherchons les locaux, c'est le seul bâtiment que nous avons trouvé disponible ». « Choix de ne pas augmenter la patientèle ni l'équipe ». « Pas assez d'argent pour acheter un autre bâtiment alors on a effectué des travaux de rénovation qui ne nécessitent pas de permis d'urbanisme ». « Se contraindre dans les murs pour le moment ! Extension en cours de réflexion ». « Le projet s'éternise parce qu'il est lié à un projet de rénovation urbaine mené par la ville et que cela met énormément de temps ».

On comprend qu'une équipe de maison médicale puisse difficilement s'investir dans une activité qui sort du cadre de ses missions habituelles. Les ressources à consacrer aux aménagements ne sont pas explicitement financées, et donc pas organisées spécifiquement.

Pourtant, même si les budgets et le nombre de personnes concernées sont sans commune mesure avec les structures hospitalières, nos initiatives architecturales ont des impacts importants, à notre échelle. Elles déterminent notre activité dans le long terme, et engagent toutes les personnes utilisatrices qui nous suivront. Il n'y a pas de raison de ne pas approcher ces démarches méthodologiquement, comme nous le faisons de toutes nos activités. Il n'y a pas de raison de se décharger complètement sur un architecte, ni de se priver d'une expertise spécialisée positionnée comme un conseil. Il n'y a pas de raison de ne pas organiser un diagnostic partagé et une concertation large et méthodique sur les attentes.

Suradapté et inadapté

La mise en œuvre d'un projet d'aménagement, de construction ou de rénovation supposerait donc le dialogue avec des experts que sont des architectes.

Avant de mettre au point la structure de notre étude, nous avons rencontré deux architectes, enseignants tous les deux. L'un en architecture d'intérieur, et l'autre en urbanisme. Ils avaient des approches très différentes des questions qui nous occupent, mais se rejoignaient sur un constat fort : ce qui est suradapté est inadapté. Ce constat leur semblait constituer une balise à ne jamais perdre de vue quand on envisage la construction ou l'aménagement d'un lieu de service. Il s'agit de ne pas enserrer l'architecture dans la fonction. De ne pas s'enfermer, soi-même, dans l'utilité des lieux telle qu'on peut la concevoir au moment du projet. Leur sentence nous invitait à ne pas perdre de vue le sens du geste architectural, dans la durée.

Et cette idée leur semblait fondamentale, dans tout projet architectural. Une base. Un principe. Lorsque nous avons interrogé les équipes, nous leur avons donc demandé leur avis sur cette phrase. Deux des répondants nous ont répondu que ça ne voulait rien dire. Quelques-uns n'étaient absolument pas d'accord. Un seul semblé être en accord, et voir l'intérêt de la réflexion. La plupart ne la comprenaient absolument pas.

Pourtant, la préoccupation est bien présente dans le monde de l'architecture « [...] il semble que ces disciplines [architecture, urbanisme et paysagisme] peuvent d'autant plus contribuer à notre bien-être général qu'elles offrent dans un même projet une pluralité de sens et d'usages. La qualité d'un projet ne réside pas seulement dans la résolution de problèmes spécifiques ou dans un rôle directement thérapeutique, mais surtout dans la valeur

ajoutée qu'il est en mesure de créer en intégrant aux solutions techniques et médicales des valeurs sociales et environnementales¹¹ ».

Sans doute le cadre du questionnaire ne facilitait pas une réflexion aussi profonde. Mais en lisant les réactions, en repensant à nos deux sages, nous avons eu l'impression de voir là le signe d'un décalage de culture qui doit absolument être pris en compte pour travailler de manière totalement utile avec un architecte. C'est probablement la toute première étape dans le contact d'un processus qui interroge profondément nos manières de faire, de voir et de penser les gens, le soin, les lieux.

Cette toute première étape doit donc être suivie par de nombreuses autres, par un cheminement qu'il convient d'explicitier et de formaliser. Le mouvement des maisons médicales pourrait trouver bénéfice à partager les expériences de ce cheminement. C'est ce quoi nous espérons contribuer modestement avec ce point de départ. ■

11. *En imparfaite santé : la médicalisation de l'architecture, cf. Bibliographie en fin de dossier.*



Boucher les trous

Rencontre avec Luc Mabilles, architecte

Qu'y a-t-il de si compliqué à faire une maison médicale ? En 2006, l'inter-groupe liégeois interrogeait Luc Mabilles. Il est architecte et professeur à l'Institut supérieur Saint Luc à Liège. Il a travaillé, avec l'équipe, à l'aménagement de la nouvelle maison médicale l'Herma, en 2003. En 2004, il a donné ce projet à ses élèves comme travail d'atelier pour toute l'année. Il a récemment apporté son concours à un atelier de l'Université d'automne de la Fédération des maisons médicales (scénographie de la rencontre). Il essaye de créer à la Fédération des maisons médicales un cadre de rencontre avec les équipes sur les questions d'espace, d'aménagement et d'accueil. Autant dire qu'il commence à sentir ce qu'est une maison médicale. Nous lui avons demandé comment on faisait avec les fenêtres...

En fait, il y a la baie, et il y a la fenêtre. La fenêtre n'existe que depuis cinq siècles. Par contre, la baie, le trou, existe depuis beaucoup plus longtemps. Avant, on le refermait, comme dans les peintures de Breughel, où on décroche la porte ou la fenêtre, qui devient la table.

Jusqu'au XIX^{ème}, pour la plus part des gens, pas de fenêtre, mais un trou. On n'a que 200 ou 250 ans de vécu social de la fenêtre. On a très peu d'expérience.

Passer du trou à la fenêtre change tout. Jusqu'au XVII^{ème} ou XVIII^{ème}, seuls les tenants du pouvoir peuvent boucher le trou avec une fenêtre. Le clergé, l'aristocratie, le sang royal. Après la révolution française, grâce aux évolutions techniques, la bourgeoisie s'empare de la fenêtre. Mettre des carreaux à ses trous devient une démonstration de réussite sociale.

L'évolution technologique de la fabrication du verre va être décisive. Au départ, le verre est soufflé, technique ramenée de Chine par les Vénitiens. Jusqu'au XVIII^{ème}, on fabrique une bulle, puis on la coupe, puis on la déplie, et ça détermine une limite, parce qu'au-dessus de certaines dimensions, ça casse. Et on doit inventer un truc pour boucher des grands trous avec des petits bouts : c'est

la technique du vitrail. Au départ de cette contrainte technique, on construit alors une esthétique. Par ailleurs, ça implique aussi un coût démesuré. Par exemple, une seule vitre du palais des glaces de Versailles, d'une dimension de 70x90cm coûte quelque chose comme 1an ³/₄ de salaire d'un ouvrier.

Les procédés industriels de fabrication du verre par flottage et laminage vont permettre de faire chuter son prix et de démocratiser des fenêtres de taille importante. La fenêtre permet donc au peuple de vivre mieux à partir du XIX^{ème}. Jusque-là, on fait de petites entrées de lumière, parce qu'on ne peut empêcher le froid d'entrer en même temps. De plus, la technique de construction des habitations du peuple ne permet pas des ouvertures importantes.

Le trou, jusque-là, était ouvert ou bouché, sauf dans les églises ou les palais. La fenêtre permet de le laisser ouvert à la lumière et fermé au froid. L'église et l'aristocratie perdent le privilège de la lumière divine. On peut noter que c'est à la même époque que Gutenberg imprime la bible et rend possible le partage de sa lecture et donc de son interprétation.

Dans le nord, on est à la frontière entre le monde protestant et le monde catholique. Les hollandais ne mettent pas de rideaux et de tentures aux fenêtres parce que, dans la culture des protestants, on doit montrer qu'on n'a rien à se reprocher dans l'attente du jugement dernier, en se soumettant en permanence au regard de dieu. Dans le monde musulman, par contre, le froid n'est généralement pas un problème, et le trou reste ouvert et est garni d'enluminures. C'est vieux comme les chemins de Mons !

Dans la maison médicale, il y a toute la relation à l'ouverture. Il ne faut pas confondre ouverture (la baie) et transparence (la fenêtre). La fenêtre n'est pas permissive. La fenêtre est fermeture transparente.

Quand le patient souffrant approche le système de soin, il y a une relation très importante à l'ouverture, à l'accès au dedans, à l'accueil, à la culture, au tabou, à l'échange, à la laideur, au corps, à la beauté.

Quant à la fenêtre dans le cabinet de consultation, si on prend le sens XIX^{ème} siècle du cabinet, c'est un lieu secret, occulte. On parle de cabinet privé. Le cabinet d'estampes renferme les tableaux érotiques qu'il faut cacher. Le cabinet du ministre est le lieu secret de l'élaboration de sa politique. Et quand on va « au cabinet », on s'enferme à clé.

Il y a un paradoxe fondamental à avoir une fenêtre dans un cabinet médical. La lumière ne peut y entrer que de manière très particulière, et le rapport à l'extérieur n'est pas anodin.

Si on prend le mot cabinet à la lettre, il ne devrait pas y avoir de fenêtre dans un cabinet médical. C'est en tous cas l'enjeu du patient, qui a besoin de se sentir protégé pour se mettre à nu. Soigner à vue, c'est de l'ordre du miracle. Celui qui montre qu'il soigne se pose en messie. Le cabinet reste dans le secret du corps, de l'âme, de l'esprit, des sens. Par contre, il y a quelqu'un de vivant et de non souffrant qui travaille toute la journée dans le cabinet et qui, lui, a besoin de recevoir la lumière de l'extérieur.

L'enjeu du soignant et celui du patient dans l'aménagement du lieu de leur rencontre débouchent donc sur une sorte d'impossibilité, où commence l'architecture. Quand les choses deviennent impossibles, elles deviennent superbes.

Et surtout, surtout de la lumière. C'est vieux comme les chemins de Mons... ■



Perspectives

**Nous entamons cette étude en espérant découvrir des pistes d'action.
Nos expériences personnelles, nos rencontres, notre intérêt nous
donnaient l'intuition qu'il y avait quelque chose à faire.**



Nous sommes un secteur (encore) en développement, et il n'y en a pas tant, surtout en-dehors du marchand. Et ce dynamisme se traduit, notamment, par un parc immobilier en croissance, et qui a cessé d'être négligeable.

Mais, tant de fois, nous voyons des maisons médicales perdues, engluées, tétanisées ou mal accompagnées dans leur approche architecturale. Et surtout, nous constatons qu'elles sont très isolées dans cette aventure. Elles passent par les mêmes expériences, éventuellement les mêmes erreurs. Souvent, comme pour d'autres questions organisationnelles, chaque équipe « demande un peu autour d'elle » à qui elle pourrait s'adresser. Au mieux, elle entre en contact avec un de ces architectes que nous avons rencontrés, et qui accumulent une expérience avec les maisons médicales¹. Mais ces cas sont rares. Ce qui nous frappe, donc, c'est que nous ne mobilisons pas *en tant que mouvement* sur ces questions. C'est d'autant plus étonnant que la Fédération des maisons médicales a suscité la création de FEDEMCOOP², et que l'assemblée générale vient de voter la création d'un fonds structurel de soutien aux maisons médicales.

Or, nous voyons qu'il y a plusieurs aspects sur lesquels nous pourrions travailler ensemble, et des actions concrètes à mener. Nos interlocuteurs sont identifiés et disposés à se mobiliser. Les pouvoirs publics s'intéressent à la question³, les usagers ont quelque chose à dire⁴, les architectes n'attendent que ça⁵. Et de la littérature existe.

L'enjeu pourrait être de mutualiser les expériences et les ressources, valoriser une énergie déjà mobilisée, pour construire une véritable *intelligence architecturale* dans le secteur.

1. Voir *L'architecte, artisan d'une santé globale*

2. Fedemcoop est un fonds de garantie commun, créé en 2010 par la Fédération des maisons médicales pour mutualiser les réserves en vue d'appuyer le développement des maisons médicales.

3. Voir l'article *Le bâtiment : des normes et des valeurs*

4. Voir l'article *Ce qu'ils en disent*

5. Voir l'article *L'architecte, artisan d'une santé globale*

Un premier élément de cette mutualisation serait un cadastre, que nous n'avons pas réalisé dans le cadre de cette étude. Combien de maison médicale propriétaires ? En travaux ? En recherche ? En projet ? Récemment rénovées ou construites ? Pour quel budget ? Avec quels intervenants ? On peut se limiter à ce cadastre aux questions simples. On peut envisager d'aller plus loin en tentant une évaluation participative des réalisations.

On peut continuer à élaborer la méthode de conduite de ces projets, sur la base de l'ébauche esquissée ici⁶. On pourrait envisager de rédiger un guide pratique à destination des équipes, et peut-être, d'autres institutions. En effet, une bonne partie de cette méthodologie est transférable. Pour cette élaboration, on pourrait se mettre en contact avec ce qui commence à constituer un réseau d'architectes-conseil, afin de voir si une collaboration est possible avec ces experts qui nous connaissent.

À l'occasion de son interview³, Bernadette Witters nous parlait de son étonnement de constater que les démarches d'aménagement faisaient peu partie des plans d'action des associations de santé intégrée⁷. Elle trouve que ce sont pourtant de magnifiques exemples de mobilisation concrète des équipes, les amenant à se poser des questions sur leurs objectifs et à se projeter dans l'avenir.

Ce sont aussi d'excellentes occasions d'entrer en contact avec le collectif des usagers de la maison médicale, sous une forme ou une autre. Au-delà de l'envie de les associer à un évènement important ; au-delà, même, de la nécessité de se concerter avec eux sur leurs attentes par rapport aux locaux⁴, c'est l'occasion d'échanger avec eux sur la vision de la maison médicale, du soin, du quartier.

6. Voir l'article *C'est au pied du mur...*

7. Pour obtenir leur agrément en tant qu'associations de santé intégrées (ASI), les maisons médicales installées sur le territoire wallon doivent formuler un plan d'action pluriannuel, qui définit leurs perspectives de développement et de projet, dans tous les domaines.

C'est l'occasion de répondre à des interrogations sur le budget. A partir du budget immobilier, on peut facilement éclairer les questions de financement de la maison médicale, le point central de l'allocation des ressources, la position des maisons médicales dans le système de santé que nous voulons transformer en y prenant place et, finalement, les logiques de son propre financement.

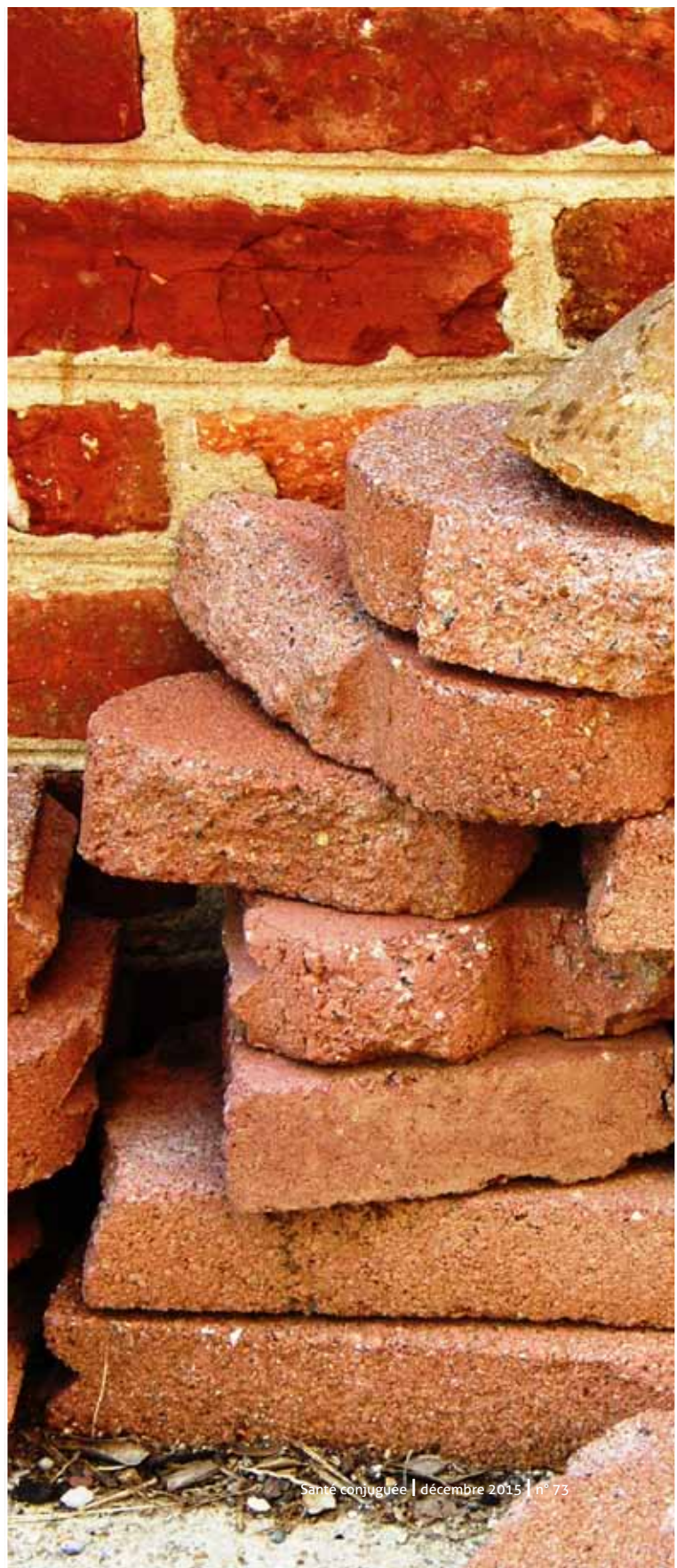
Ce sont enfin d'excellentes raisons de parler avec les acteurs locaux, pouvoirs publics, partenaires, interlocuteurs.

Ce sont là des objectifs qui entrent dans nos missions. Des choses sur lesquels nous travaillons déjà. Ou devrions travailler. Il nous manque parfois l'opportunité de projets concrets pour donner corps à ces objectifs, pour les ancrer dans la réalité, pour les traduire dans des demandes et des propositions dont les autres peuvent se saisir.

Derrière cette intelligence architecturale des maisons médicales, au-delà de l'adéquation de nos installations, on a pu voir apparaître un enjeu majeur : celui de la récupération du virage ambulatoire par les institutions hospitalières⁸. On le constate dans de nombreux domaines, les hôpitaux investissent le milieu de vie, voire le domicile. Il est important de manifester dans l'espace public vécu par les gens ce qu'est un centre de santé intégré de premier échelon. Une stratégie volontaire commune et visible des maisons médicales pour marquer de manière cohérente leur place de proximité est une réponse possible, parmi d'autres.

Espérons que cette étude puisse être une borne sur ce chemin. ■

8. Voir la fin de l'article *L'hôpital du passé et d'aujourd'hui : quels enseignements pour demain ?*



Lectures

Les documents suivants ont alimenté ce dossier et peuvent être consultés si vous voulez en savoir plus :

- ♦ <http://www.alterechos.be/alter-echos/lhabitat-leger-en-finir-avec-la-brique-dans-le-ventre-2>
- ♦ *Architecture hospitalière, magazine des acteurs de l'hôpital demain* ; <http://www.architecture-hospitaliere.fr/>
- ♦ Art&Build, *Hôpitaux & soins de santé* ; http://www.artbuild.eu/sites/default/files/projetcs/pdf/_k2.pdf
- ♦ Sabine Barles, *Les villes transformées par la santé, XVIIIe-XXe siècles*, Presses de Sciences Po / Les Tribunes de la santé ; 2011/4 - n° 33 ; <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2011-4-page-31.htm>
- ♦ Giovanna Borasi (dir.), Mirko Zardini (dir.), *En imparfaite santé : la médicalisation de l'architecture*, Centre canadien d'architecture, Lars Müller Publishers, février 2012.
- ♦ Pierre-Marie Chapon et al. ; *Architecture et grand âge*, La Doc. française /Retraite et société, 2011/1 - n° 60 ; <http://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2011-1-page-241.htm>
- ♦ Robert Coulon, Maître de conférences en sciences de gestion de l'Université de Bourgogne ; « Le cadre de santé entre logiques d'utilité et logiques de soins hospitaliers » in *Cahiers du FARGO (Centre de recherche en Finance, ARchitecture et Gouvernance des Organisations)* ; n° 1100401 ; Avril 2010.
- ♦ Pierre Dehavay, Jean-Louis Magonet, Dr Michel Daune ; *Construire un hôpital... la belle aventure !* ; présentation au salon soins&santé ; <http://www.soins-sante.be/fr/Conferences/Conferences2015>
- ♦ CHU de Charleroi - Hôpital Civil Marie Curie : « un nouveau centre hospitalier ultramoderne pour le Pays de Charleroi » in *Hospital partenaire magazine* ; n° 30, printemps 2014 ; <http://www.hospital-magazine.fr>
- ♦ Hélène Lefranc, *Établissements de santé, Concilier l'inconciliable*, Ordre des architectes du Québec ; http://www.oaq.com/esquisses/architecture_et_sante/dossier/etablissements_de_sante.html
- ♦ *Lieux de soins-Lieux de santé* ; <http://lisolisa.hypotheses.org/>
- ♦ Julie Luong, Luc Schuiten, « Pour une ville archi-humaine », *Alter-échos* n°398 ; 10 mars 2015.
- ♦ Chantal Maës (dir), chargée de mission, directrice d'hôpital (DHOS/E4), *Nouvelles Organisations et Architectures Hospitalières*, juin 2010 ; <http://www.sante.gouv.fr/les-nouvelles-organisations-et-architectures-hospitaliere.html>
- ♦ Ministère de la Santé et des Sports, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, *Repères méthodologiques en phase programmation*, 2010 ; <http://www.sante.gouv.fr>
- ♦ Pierre Noël, « Psychiatre honoraire des hôpitaux ; Architecture et psychiatrie » in *L'Information Psychiatrique* ; Volume 80, numéro 5, mai 2004.
- ♦ Luc Schuiten, *Projet de construction de logements intégrés dans l'environnement urbain pour les sans-abri* ; <http://www.vegetalcity.net/topics/refuges-de-diogene-luc-schuiten-tedx-liege/>
- ♦ Pierre Vanderstraeten, « Le logement habité - vecteur de santé », *Santé conjugquée* n°18, octobre 2001, p. 71 et suiv.



Les dix derniers numéros parus

63. L'autogestion à contre-courant? Petit cadavre exquis des pratiques plurielles
64. Les infirmier-es sous les projecteurs
65. Épidémiologie et soins de santé primaires : rencontres
66. Sens et diversité : le terreau des maisons médicales
67. Etre né quelque part : la santé de l'enfant, approche multidimensionnelle
68. Médiation dans les soins, parapluie ou porte-voix ?
69. Europe et marchandisation des soins : politiques et résistances
70. Pas si floue : place de la première ligne dans les soins de santé mentale
71. Invité spécial : la plateforme promotion de la santé affective et sexuelle : ateliers d'échanges de pratiques autour de la précarité
72. Devenir... Regards sur les vieillissements

Les précédents numéros de *Santé conjugué* sont consultables dans leur intégralité sur le site Internet de la Fédération des maisons médicales. Utilisez le module de recherche du site en ciblant par mots-clefs :

www.maisonmedicale.org

Santé conjugué est le fruit d'une intense collaboration, largement bénévole et militante. Merci à tous ceux qui y participent, merci à tous ceux qui auront envie de nous apporter leurs réflexions.

Appel aux contributions

La revue *Santé conjugué* accueille les articles consacrés à la santé et aux soins de santé susceptibles d'intéresser à la fois les professionnels et les usagers. Elle ne publie pas d'articles consacrés aux techniques médicales spécialisées.

Les articles doivent être rédigés en français ou traduits en français.

Le mois et l'année de rédaction du texte seront mentionnés.

Les textes seront accompagnés d'un résumé succinct et d'une brève présentation de l'auteur ou des auteurs, ainsi que des renseignements permettant de le(s) contacter.

Les références bibliographiques seront numérotées par ordre d'apparition dans le texte.

Le texte sera présenté de préférence par e-mail, accompagné d'une version papier.

Le contenu des articles n'engage que leur(s) auteur(s).

ISSN : 1372-6064



décembre 2015
numéro 73

Périodique de la Fédération des
maisons médicales et des
collectifs de santé francophones
Prix au numéro : 10 euros



Architecture et soin : la quadrature du cercle

Une maison, ça existe vers l'extérieur et vers l'intérieur. Elle crée une image par sa façade, et une atmosphère par ses aménagements intérieurs. Elle représente quelque chose pour ceux qui y vivent et pour ceux qui passent devant. Et un lieu de soin, qu'est-ce que ça représente ? Et nos maisons médicales ? Comment sont-elles vues ? Comment les conçoit-on ?



Santé conjuguée