

Santé conjuguée

mars 2016
numéro 74

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

POLITIQUE / Maladies chroniques :
le grand chambardement ? /

TABAGISME / Tabagisme-précarité-
estime de soi /

TABAGISME / Gestion du tabagisme en institution
De l'opportunité de faire feu de tout bois /

PRATIQUE EN MAISON MÉDICALE /
Penser le changement /

INTERNATIONAL / Tunisie :
vers une médecine communautaire /

RÉSONANCE / Fin de vie et demande d'euthanasie
Une approche toujours individualisée /

LU POUR VOUS / Journal d'un corps /

DOSSIER

$$f + \sqrt{x^2 \cdot \zeta_3(\lambda + n)} \div \varphi = \infty$$

Transdisciplinarité : formules

Santé conjugquée 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 conjugquée 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 :
Benjamin Fauquert
Marianne Prévost

Coordination & production :
Corinne Nicaise

Choix des photos : Fabrice Gillet

Mise en page : Fabrice Gillet

Dessins : Jean-Michel Prévost

Imprimerie : Hayez

Abonnement annuel (frais de port compris)

Belgique	35 EUROS
CEE	45 EUROS
Autres	50 EUROS
Prix au numéro	10 EUROS

IBAN BE55 8792 5632 0144 (BIC : BNAGBEBB)

Éditeur responsable: Christophe Cocu

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 : www.maisonmedicale.org

Les articles publiés par *Santé conjugquée* 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 conjugquée* 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'Education 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



« Le temps c'est comme la liberté : il ne faut pas attendre qu'on vous le donne, il faut le prendre. » J'ai aimé les applaudissements saluant cette belle idée lancée par un participant lors d'une journée organisée par le Forum Bruxelles contre les inégalités¹ sur le thème : « Enrayer la fabrique des pauvres ». Clôture d'une semaine d'échanges entre 40 acteurs, professionnels et profanes, venus de France, du Canada et de Belgique.

Le Forum, a déclaré son président, se donne 30 ans pour « construire un discours collectif sur les inégalités sociales » (à Bruxelles). C'est beaucoup, depuis le temps qu'on en parle – c'est peu face à la puissance des mécanismes, des acteurs qui chaque jour élargissent allègrement le fossé sous des prétextes divers. Le projet du Forum, c'est que le discours soit mis en acte. Qu'il émane d'une pratique qui s'interroge, se frotte à l'altérité, analyse « les murs de la fabrique » pour trouver les brèches et la manière de les élargir. Je n'en dirai pas plus, un rapport est prévu pour le mois de juin. En attendant, quel plaisir de voir 200 personnes (à vue de nez) parler de revendication, d'insurrection, de désobéissance civile, questionner la novlangue, pointer la pénétration du social par le discours marchand et les dangereuses capacités du système à récupérer la parole... Tout cela orchestré de manière très originale et dynamique avec l'aide du Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations, le CREMIS²: le centre dont on rêve, qui allie chercheurs, praticiens, experts du vécu dans une belle transdisciplinarité ! Comme c'était gai, il faisait froid mais grand soleil à la Maison du Peuple de Saint-Gilles.

Au même moment, la Banque nationale de Belgique présentait les résultats de son étude³ sur « Les conséquences économiques de l'afflux de réfugiés en Belgique » : cet afflux (assez relatif quand même, ne l'oublions pas) aurait un impact plutôt positif à moyen terme. Le temps, c'est de l'argent.

En octobre 2015 déjà, deux chercheurs de l'UCL⁴ avaient étudié les enjeux potentiels pour l'économie belge, liés à l'arrivée de réfugiés syriens et irakiens. Leur conclusion : « Si des coûts d'ajustement peuvent être observés à court terme, cette crise de l'asile peut être transformée à moyen terme en opportunité pour notre pays ».

Le temps, l'argent, la liberté : à prendre d'urgence !

1. Nouveau nom annoncé pour le Forum bruxellois de lutte contre la pauvreté - <http://www.fblp.be/>. Plus de 50 associations membres, dont la Fédération des maisons médicales.

2. <http://www.cremis.ca/>

3. A paraître en juin dans la Revue économique de la Banque nationale de Belgique.

4. DOCQUIER F., MACHADO J., « Crise des réfugiés : quelques clarifications s'imposent ! », Regards économiques, UCL, Numéro 119 - Octobre 2015

RUBRIQUES

Politique

4

Maladies chroniques : le grand chambardement ?

Olivier Mariage

Tabagisme

6

Tabagisme-précarité-estime de soi

Marianne Prévost, Valérie Hubens

9

Gestion du tabagisme en institution

De l'opportunité de faire feu de tout bois

Cédric Migard

Pratique en maison médicale

15

Penser le changement

Christian Legrève

International

21

Tunisie : vers une médecine communautaire

Michel Roland, interviewé par Marianne Prévost

Résonance

25

Fin de vie et demande d'euthanasie

Une approche toujours individualisée

Chantal Gilbert

Lu pour vous

28

Journal d'un corps

Marianne Prévost

DOSSIER

32

Frontières, limites et désirs d'infini

Jean Cornil, chargé d'études chez Présences et action culturelles.

35

Pluri-, multi-, inter-, trans- ou in-disciplinarité ?

Marianne Prévost, Benjamin Fauquert, Pierre Drielsma, Fédération des maisons médicales

41

Together we change : une vision

Marinette Mormont, journaliste à l'Agence Alter

45

Coordination des soins en première ligne : et M^{me} Dupont ?

Jean-Luc Belche, Laetitia Buret, Christiane Duchesnes, Didier Giet, médecins généralistes, Département universitaire de Médecine Générale de l'université de Liège.

51

Toxicomanie : plus d'intégration pour davantage d'inclusion

Interview de Jerry Wérenne, médecin généraliste, directeur médical du Projet Lama et Éric Husson, assistant social, maîtrise en Politique économique et sociale, coordinateur du Projet Lama à Anderlecht et de la Concertation Bas Seuil Mass-Lama-Transit. Par Marinette Mormont, journaliste à l'Agence Alter.

55

Collectiviser la faute : une recette pour mieux se partager les tâches ?

Interview de Bernard Hanson, coordinateur de la médecine interne à l'hôpital Molière, Marion Faegnaert, viceprésidente de l'asbl Aremis, Daniel Burdet, médecin généraliste, maison médicale 1190. Par Marinette Mormont, journaliste à l'Agence Alter

Transdisciplinarité : formules

58

Pour agir sur la formation de base : des séminaires interdisciplinaires

Pierre-Joël Schellens, médecin généraliste, chargé de cours, animateur du Séminaire interdisciplinaire au Pôle Santé de l'université libre de Bruxelles

61

Formation interdisciplinaire : toujours plus

Interview réalisée par Marianne Prévost, sociologue, responsable de la revue Santé conjugulée

64

Collaborer entre médecins et infirmiers : une affaire de complémentarité

Hélène Dispas, médecin généraliste à la maison médicale De Brug et Laetitia Buret, médecin généraliste à la maison médicale Hélios

68

Infirmières et médecins en tandem à Saint-Léonard

Interview de Gilles Henrard, médecin généraliste, Dominique Rocourt, infirmière en santé communautaire, Joanne Mouraux, chargée d'une fonction administrative et sociale et de la mise en œuvre de la coprofessionnalité à la maison médicale Saint-Léonard Par Marinette Mormont, journaliste à l'Agence Alter.

70

Du trio à l'équipe : concertation à la maison médicale Essegem

Zoé Wouters, assistante sociale et Séverine Declercq, ergothérapeute, licenciée en santé publique, maison médicale Essegem

73

Secret professionnel partagé et accueil

Marianne Prévost, sociologue, responsable de la revue Santé conjugulée, Benjamin Fauquert, médecin généraliste à la maison médicale Le Noyer

77

L'approche communautaire : un liant interdisciplinaire ?

Marianne Prévost, sociologue, responsable de la revue Santé conjugulée,

83

La coordination : un outil pour l'interdisciplinarité ?

Claire-Marie Causin, Gaëlle Chapoix, Marianne Prévost, Florence Paligot, Fédération des maisons médicales

86

Prémises à la fonction de coordination de soins

Frédéric Palermi, coordinateur de l'intergroupe liégeois

90

Stimuler le développement de la co-professionnalité : une démarche collective se met en place à Liège

Ingrid Muller, coordinatrice de projets et animatrice à l'intergroupe liégeois des maisons médicales

92

Pricare : vers un dossier transdisciplinaire

Benjamin Fauquert, médecin généraliste à la maison médicale le Noyer et formateur informatique pour le Dossier santé informatisé

96

Utiliser le dossier informatisé en équipe

Rémy Tello, kinésithérapeute et référent informatique à la maison médicale la Passerelle, formateur Dossier santé informatisé à la Fédération des maisons médicales, Groupe locaux des utilisateurs de Pricare – Gloup et Herman Joanne, médecin et coordinatrice des soins à la maison médicale la Passerelle

98

Charte de la transdisciplinarité

Centre international de recherches et études transdisciplinaires.

MALADIES CHRONIQUES : LE GRAND CHAMBARDEMENT ?

« Réformons, réformons, il en restera toujours bien quelque chose... Mais quoi ? Des dispositifs illisibles et inefficaces, des soignants qui ne savent plus dans quelle pièce ils jouent ? ». Olivier Mariage jette un œil critique sur un nouvel appel à projets en faveur des maladies chroniques, lancé le 2 février par des représentants du service public fédéral et de l'INAMI. Ambition louable sans doute, mais qui semble toujours basée sur l'idée que les soins de santé primaires vivent d'amour et d'eau fraîche. Les maisons médicales sont fortement concernées !

Olivier mariage, médecin, membre du bureau stratégique de la Fédération des maisons médicales.

Notre système de santé n'a jamais été un modèle d'organisation très rationnel, c'est le moins qu'on puisse dire. En gros, depuis cinquante ans, ce sont les hôpitaux et le développement de multiples spécialités qui ont dominé la scène, au rythme effréné du développement des nouvelles technologies et des progrès de la médecine. Dans ce contexte, la première ligne a fait, et fait toujours pâle figure. Avec les conséquences alarmantes que l'on connaît aujourd'hui : alors que l'Organisation mondiale de la santé et les experts en santé publique ressassent sans cesse qu'un bon système de santé se construit sur une première ligne forte et bien organisée, les généralistes commencent à manquer et le « plus beau métier du monde » n'intéresse plus suffisamment de jeunes pour garantir des effectifs suffisants.

Les tentatives de l'organiser n'ont pourtant pas manqué. Les maisons médicales figurent parmi les toutes premières, dans les années septante. Ce n'était pas une initiative des pouvoirs publics. Ensuite, on a vu poindre les centres de coordination externe, qui ont été suivis par les « centres de coordination intégrés » (intégrant des services) créés surtout pour soutenir le développement de centrale de soins et services à domicile et centres d'aide et soins à domicile (croix jaune et blanche à l'époque). Et puis une série d'initiatives plus ou moins thématiques sont apparues : plateformes de santé mentale, plateformes des soins palliatifs, centres locaux de promotion de la santé, services intégrés de soins à domicile, réseaux assuétudes, relais santé, réseaux multidisciplinaires locaux...

Plus récemment, c'est la santé mentale qui s'est réveillée : les fameux projets «psy 107» ont été lancés en 2010 et rassemblent des réseaux d'acteurs très diversifiés au point qu'on se demande ce qu'ils ont de spécifique à la santé mentale. Puis, comme si cela n'était pas suffisant, on a complété cette réforme par une autre destinée aux enfants et aux ados ; il paraît qu'une autre arrive encore avec la réforme en santé mentale pour les personnes âgées. Pour chacune d'elles, le concept est similaire mais pas les territoires, la structure est différente... Vous suivez?

C'est sans doute l'histoire du pays qui fait que les belges ont pris goût à la cuisine italienne, on adore la lasagne... Bref, tout cela, pour le « prestataire lambda », est parfaitement illisible. Et encore plus pour l'utilisateur. Pire, c'est épouvantablement énergivore : pour nous, acteurs généralistes, combien de réunions, combien d'asbl, de conseils d'administration et d'assemblées générales, de réunions de coordination de toutes sortes, combien de superpositions en tous genres ?

Et puis voilà, ça ne suffisait pas : la réforme «psy 107» n'est pas encore vraiment implémentée (on en est encore au stade des projets pilotes) patatras, une nouvelle réforme pointe le bout de son nez : c'est l'appel à « projets pilotes soins intégrés en faveur des maladies chroniques ». Le 2 février, devant une salle de plus de 500 personnes, des représentants du service public fédéral et de l'INAMI sont venus nous exposer ce nouveau « machin ».

Après le lancement des réseaux santé mentale adultes «psy 107», et enfants, voici un nouveau projet, très ambitieux, concernant l'ensemble des maladies chroniques, en ce y compris les maladies mentales. Tout cela avec des structures distinctes et des territoires différents (300.000 h pour les «107» adultes, provinces pour les « enfants », 100.000 pour les troisièmes...).

Que nous propose-t-on ? De construire un système de soins intégrés sur un territoire défini et centré sur le patient, avec un « consortium » regroupant l'ensemble des acteurs de la santé ET de l'aide d'un territoire comptant 75 à 150 000 habitants. Il devra contenir des acteurs des différentes lignes, il n'y aura qu'un projet par territoire. Un groupe cible sera déterminé de manière limitée au départ (au moins deux pathologies), sachant qu'à terme le système devra concerner l'ensemble des pathologies, en allant de la promotion de la santé aux soins palliatifs. Autrement dit, toute la population est visée à terme... Bref par le biais des pathologies chroniques, on devine que l'ambition est, ni plus ni moins, de construire un système de santé au niveau local. Très bien.

Quel financement? Pratiquement aucun nouveau, si ce n'est le financement des frais de coordination. Par contre, le cout global du système sera évalué financièrement et si les nouvelles pratiques produisent des économies sur l'ensemble du public cible, celles-ci seront ristournées au consortium. Reste à savoir comment le terrain va se répartir la manne... Ça permet d'entrevoir de jolies empoignades !

Timing prévu : l'appel à projets a été lancé début février ; 4 mois pour réunir le consortium, définir un territoire et préparer un pré-projet ; ensuite présélection des projets « acceptables » et passage à la phase de préparation durant sept mois ; puis sélection définitive et réalisation des projets durant quatre ans ; puis évaluation et extension.

Trois objectifs majeurs : le « triple AIM » : qualité des soins aux personnes, améliorer la santé de la population, tout cela avec la meilleure efficacité.

On nous invite à innover, co-créer, changer, ... Bref à refaire le monde, au niveau local, autour de ces trois objectifs.

Le grand chambardement ? Ou énième réforme du système qui ne fera qu'en mettre une couche de plus ? Ce qui est très hasardeux dans ce processus, c'est que tout se fera « à enveloppe fermée » ; Autrement dit, l'objectif est de faire mieux avec la même masse budgétaire. Et donc il faudra faire des économies dans un secteur pour investir ailleurs. Ou le contraire : investir

pour faire des économies ailleurs. Mais qui parmi les acteurs acceptera de voir son budget se réduire pour augmenter celui du voisin ? Nous sommes ainsi persuadés que moyennant une meilleure organisation de la première ligne on pourrait fermer des lits d'hôpital. OK, mais connaissez-vous un hôpital qui accepterait de rentrer dans un tel projet sachant qu'au bout du compte il va y perdre ?

On a un peu l'impression que les pouvoirs publics, une fois de plus, refusent de prendre leurs responsabilités et renvoient au terrain la patate chaude.

Ou alors il y a quelque chose qui nous échappe ?

Dernière chose : il faut « innover ». On ignore si nos pratiques de maisons médicales peuvent être considérées comme innovantes alors qu'elles ont plus de quarante ans, mais il nous apparaît qu'au vu des 18 composantes identifiées pour les soins intégrés, et la définition retenue par le service public fédéral, les maisons médicales sont pleinement concernées par ce projet. Il est très difficile, à ce stade, de savoir ce que cela va produire, mais ça dépend en grande partie de nous. La Fédération des maisons médicales invite tous ses membres à participer à ce qui se met en place sur leur territoire ; et pourquoi pas, si nécessaire, à prendre l'initiative. De notre côté, nous ne manquerons pas d'aller vers vous via les intergroupes. ■



Envie d'en savoir plus ? Allez consulter le plan et le guide maladies chroniques via le site : www.chroniccare.be.

Depuis plusieurs années, certaines maisons médicales développent des projets axés sur le tabagisme, avec une attention particulière pour les personnes les plus précarisées parmi leur patientèle. Au centre de ces projets, une réflexion sur la manière dont les soignants considèrent ces patients et soutiennent leur estime de soi, facteur clé dans le domaine de la santé : une approche qui va bien au-delà du tabagisme proprement dit.

Marianne Prévost, sociologue et Valérie Hubens, kinésithérapeute, licenciée en santé publique, Fédération des maisons médicales.

Tabagisme et fragilité sociale

Les inégalités sociales sont bien visibles dans le domaine du tabagisme : la proportion de fumeurs est plus grande dans l'enseignement professionnel que dans l'enseignement général, les adultes ayant un faible niveau d'instruction ont commencé à fumer plus tôt que les diplômés de l'enseignement supérieur... Même gradient social en ce qui concerne le niveau de dépendance à la nicotine, le succès des tentatives de sevrage ou le tabagisme pendant la grossesse. Observées pour bien d'autres comportements à risque, les conséquences de ces inégalités sont claires : taux différents de maladies chroniques, d'années de vie sans incapacité, de mortalité précoce, avec ce que cela implique en matière de qualité de vie.

Les efforts de prévention auprès des personnes précarisées se heurtent à un frein général bien connu : la difficulté de ces personnes à se projeter dans l'avenir, ou du moins à l'organiser. Même si elles ont des rêves et des projets, nombre de problèmes immédiats – parfois des questions de survie – viennent boucher leur horizon. La gestion de risques futurs, qui impliquerait de se priver, de renoncer à un plaisir immédiat, voire même de souffrir, passe alors au second plan. Pas forcément aux oubliettes : la toux du matin est bien là, tout comme le souffle court en montant les escaliers ... Mais il n'est tout simplement pas possible de changer. Inconfort, honte, sentiments de faiblesse et d'échec accompagnent en sourdine nombre de fumeurs.

Des soignants impuissants ?

Les soignants, témoins avertis des ravages du tabagisme, souhaiteraient évidemment aider leurs patients à abandonner leur funeste habitude, mais ils se sentent souvent relativement impuissants : en fin de compte, c'est bien au patient de désirer le changement, de le mettre en œuvre, de persévérer malgré les désirs contradictoires, les contraintes externes, les doutes et les déboires qui surgissent inévitablement en cours de route.

Certains soignants, de manière plus ou moins intentionnelle, concentrent dès lors leurs efforts sur les personnes les plus susceptibles de réussir un sevrage – se disant qu'en fin de compte, la cigarette offre aux personnes fragiles une béquille bien utile face aux difficultés de la vie, parfois même un des rares plaisirs encore accessible ... Ils peuvent aussi développer - à leur insu et, malgré toute leur bonne volonté, des attitudes négatives qui leur permettent d'échapper au malaise : mise à distance (« c'est un autre monde, on ne peut pas se comprendre »), démission (« il n'y arrivera jamais »), hostilité (« il manque de volonté, trop de laisser-aller, d'irresponsabilité... »), paternalisme... Légers ou puissants, ces sentiments mettent à mal les capacités d'écoute et de bienveillance indispensables dans toute relation de soin.

Estime de soi et stigmatisation

En dehors de la question spécifique du tabagisme, le rapport au monde des personnes précarisées est en général très différent de celui des professionnels. Un aspect souvent particulièrement sensible est l'estime de soi – que l'on peut définir comme la manière dont un être humain se perçoit, s'apprécie, a confiance en ses propres moyens et ressources, ceci en relation dynamique avec le désir de vivre, les capacités de vouloir construire sa vie.

L'estime de soi s'enracine dans les premières expériences de la petite enfance, mais elle n'est pas donnée une fois pour toutes : elle évolue tout au long de la vie en fonction des événements extérieurs et des relations avec l'entourage proche ou lointain. Chez les personnes qui vivent depuis longtemps dans des situations de précarité, elle peut être fragile, volatile, vite mise en péril : particulièrement dans un monde qui propose – impose – des images de bien-être, de force, de réussite personnelle et sociale.

Comme l'expose très clairement Jean Furtos¹ la vulnérabilité est maximale lorsque sont perdus (ou absents dès le départ) les « objets sociaux » essentiels qui donnent les « sécurités de base » : le travail, l'argent, la formation, ... Il ne s'agit pas seulement de ressources matérielles : l'objet social, « c'est aussi quelque chose d'idéalisé dans une société donnée, en rapport avec un système de valeurs, et qui fait lien : il donne un statut, une reconnaissance d'existence, il autorise des relations, on peut jouer avec lui comme une équipe de foot joue avec un ballon ; quelquefois l'objet perdu est le terrain de jeu lui-même, c'est-à-dire l'aire culturelle, et alors tout peut basculer ».

Ce basculement – effectif ou craint – entame profondément l'estime de soi, surtout si les failles ressenties personnellement sont visibles socialement et entraînent un regard stigmatisant. Or, les personnes précarisées sont le plus souvent considérées à partir de leurs manques : ne sont-elles pas désignées comme passives, irresponsables, en recherche d'assistance (voire profiteuses), sans volonté et sans projets ? Le texte rédigé par des personnes du Quart-Monde², ainsi que leurs témoignages apportés lors d'une formation réalisée par la Fédération des maisons médicales avec ATD Quart

Monde il y a quelques années³, montre de manière éclairante à quel point ces personnes se sentent jugées, disqualifiées, voire suspectées de maltraitance en cas de problème avec leurs enfants...! Le regard des instituteurs, des assistants sociaux, des soignants, des employés communaux, des juges... constituent autant de barreaux infranchissables.

En réalité, il est frappant de voir combien les personnes qui ont rédigé ce texte expriment un besoin simple et universel : celui d'être reconnues et respectées comme elles sont, pour ce qu'elles sont.

Dans la pratique, beaucoup d'intervenants savent, ou sentent intuitivement, que l'estime de soi est centrale pour qu'une personne puisse maintenir ou renforcer sa santé, et qu'il est parfois prioritaire de la soutenir plutôt que de préconiser tel ou tel changement précis de comportement. D'autant plus qu'une bonne estime de soi rebondit sur de multiples aspects de la vie et de la santé - l'abandon du tabac pour ceux qui le désirent, l'accès à la culture et à l'instruction, l'apprentissage d'une pratique sportive, le développement des liens sociaux. Quant à savoir comment prendre en compte cette problématique, c'est une autre histoire...

Tabagisme et précarité en maison médicale : survol des pratiques

Ces réflexions sont depuis le départ au centre de la démarche mise en place à la Fédération des maisons médicales en ce qui concerne le tabagisme. Le soutien aux projets développés dans les maisons médicales a d'emblée mis l'accent sur l'accessibilité aux patients précarisés sur base d'un constat bien établi : en l'absence d'un effort particulier, les projets de prévention et d'éducation bénéficient surtout aux patients les plus favorisés.

Retour sur soi

La formation évoquée ci-dessus a été une prémisse de ces démarches ; elle a permis aux soignants de prendre conscience de leur regard inconsciemment stigmatisant et de ses effets. Un tel retour sur soi, sur ses propres valeurs et choix de vie, est incontournable : il s'agit en quelque sorte, de « déblayer son terrain » pour donner place à celui de l'autre, pour (r)ouvrir la possibilité d'une rencontre singulière avec cet autre si différent en apparence et qui s'avère être en définitive un semblable, un égal. Loin des recettes toutes faites, un tel trajet permet de décoder ce qui se joue et d'ouvrir

1. PREVOST M., *La souffrance psycho-sociale : regards de Jean Furtos*, Santé Conjuguée n° 48 Vulnérabilités - juillet 2009

2. ATD Quart Monde Wallonie-Bruxelles Professionnels de la santé, *vous avez un rôle important dans la réalisation de nos projets* : une interpellation du Quart Monde, Santé Conjuguée n°48 juillet 2009

3. PREVOST M. HUBENS V., *Croisement des savoirs : une co-formation avec des personnes du Quart-Monde* Santé Conjuguée n°49 avril 2009

le soignant à l'accueil des personnes dans ce qu'elles sont ; de comprendre leur contexte de vie, leurs valeurs, leurs fragilités ; de prendre conscience de l'énergie et de l'intelligence pratique qu'elles mettent en œuvre au jour le jour pour vivre de manière simplement digne. Il devient alors possible de mettre à jour, de reconnaître les compétences et les forces qui coexistent avec les failles, et de s'appuyer sur elles pour soutenir le changement dans un projet partagé.

Différents axes de travail

Sur le terrain, le renforcement de l'estime de soi est travaillé à différents niveaux. Il s'agit d'y être sensible dans chaque espace de rencontre (en consultation individuelle, dans les activités de groupe, lors du dialogue en salle d'attente...). Le premier accueil est très important : l'organisation des consultations, la détermination des horaires, la manière d'écouter et de s'adresser au patient qui franchit le seuil. Garder des possibilités de consultations sans rendez-vous est, par exemple, une manière de faciliter l'accès à certaines personnes vulnérables : la précarité s'accompagne souvent d'une perception du temps peu compatible avec un planning bien précis ... Certaines équipes ont aussi travaillé sur la conception même du lieu « salle d'attente », sur la manière d'« habiter » ce lieu, et de le rendre réellement « accueillant » pour tous.

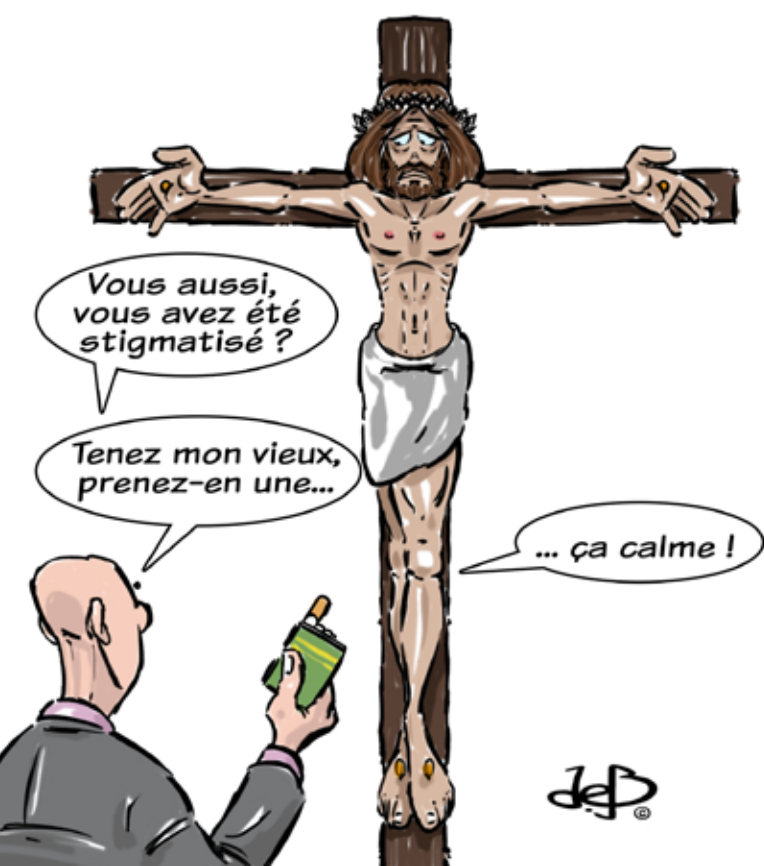
L'approche privilégiée consiste à positionner d'emblée le patient comme acteur, notamment en lui demandant la permission d'aborder un sujet, de l'interroger, de l'informer, de lui proposer des alternatives, en pratiquant l'écoute active qui l'invite à exprimer ses valeurs, ses choix de vie, à découvrir ses propres ressources tout en explorant ses ambivalences //4//.

S'appuyer sur les ressources du patient conduit à aborder le changement par étapes, en envisageant avec lui les « mini-défis » qui lui semblent réalistes en fonction de ce qu'il est, de ce qu'il vit et de ce qu'il souhaite. La personne peut ainsi faire l'expérience de petits succès susceptibles d'augmenter sa confiance en soi, son désir de poursuivre le trajet ... même si à certains moments, l'échec semble au rendez-vous. Dans ce cas (bien sûr inévitable), il est essentiel que le soignant ne cède pas lui-même au découragement, au fatalisme, et qu'il garde une vision positive : il ne s'agit pas seulement de « faire un recadrage positif » comme on appliquerait une recette, mais bien de rester en contact avec une authentique « bienveillance », une vraie « re-connaissance » de la personne même quand elle faiblit ou se détourne.

Dans tous les axes de travail mis en place par les équipes, la question du langage est un objet d'attention. , et ce dans la mesure où l'expression verbale des publics précarisés est souvent différente de celle des soignants. Que ce soit dans les contacts interpersonnels ou concernant les informations échangées en salle d'attente, les équipes comprennent qu'il faut privilégier un langage usuel, imagé, concret mais aussi qu'il convient de donner plus de temps à certaines personnes, pour leur laisser la possibilité de trouver les mots et de se faire comprendre.

Une approche spécifique ?

Pas vraiment, pas seulement. En fin de compte, la réflexion suscitée par la rencontre avec des personnes précarisées autour du tabagisme est pertinente dans bien d'autres contextes : elle vient rappeler que le souci de l'humain, le respect de la personne et de ses capacités de vie, doit rester au centre de toute relation d'aide et de soin. ■



4. PREVOST M., HUBENS V., LAPERCHE J., Nos patients fument ! Découvrez la balance décisionnelle et l'entretien motivationnel (2009) <http://www.maisonmedicale.org/Nos-patients-fument-Decouvrez-la.html>

Cédric Migard propose ici un point de vue très nuancé à propos de la question du tabagisme en institution, au regard de ses dix années de pratique en tant que thérapeute dans un centre de jour pour alcoolodépendants, toxicomanes et pharmacodépendants. Ce qui suit découle en grande partie de cette expérience mais aussi de ce qu'il a pu en dégager ensuite, comme acteur de seconde ligne, en matière d'actions de prévention et de sensibilisation à la gestion du tabagisme en institution.

Cédric Migard, chargé de projet au sein du service Prévention Tabac du Fonds des affections respiratoires - FARES.

Gestion du tabagisme dans les secteurs de la santé mentale et de la psychiatrie

La question du tabagisme au sein des institutions issues des secteurs de la santé mentale et de la psychiatrie ainsi que la prise en considération de la consommation de tabac chez les patients ont longtemps été reléguées à l'arrière-plan voire totalement évacuées. Or, plusieurs études ont démontré que la prévalence tabagique est relativement élevée chez les patients psychiatriques, du moins pour certaines catégories d'entre eux. En outre, il apparaît que la consommation de tabac entraîne une diminution de l'efficacité de la plupart des médicaments psychotropes et dès lors une nécessité d'en augmenter le dosage. Quoiqu'il en soit, la législation en matière de tabagisme, en nette évolution ces dix dernières années, a, depuis, forcé les acteurs du secteur à changer progressivement leur regard sur cette réalité et dès lors à faire se déplacer une norme jusqu'alors peu ou pas questionnée.

Avec l'application des nouvelles lois relatives à la gestion du tabagisme dans les lieux publics, l'obligation fut donnée aux différentes institutions de prévoir la création d'espaces spécifiquement dédiés à la consommation du tabac : les fumeurs. Nombre d'acteurs du secteur considèrent ces mesures avec appréhension ; cela engendra par ailleurs certains remous au sein des institutions, singulièrement dans le chef des usagers. Avec le recul, il ne serait pourtant pas faux d'avancer que le recalibrage, certes forcé, de la gestion du taba-

gisme dans les hôpitaux psychiatriques, les centres de jour ou résidentiels et les services de santé mentale eut au final des effets positifs. Et notamment au niveau de la dynamique institutionnelle, nous y reviendrons... Bémol toutefois, mais bémol de taille : malgré les évolutions législatives, la publication d'études et le changement des mentalités en matière de tabagisme, force est de constater que les esprits s'ouvrent encore avec frilosité à un questionnement en profondeur du tabagisme des patients et à une véritable intégration de cette dimension dans le processus thérapeutique.

Une expérience

Au regard des divers profils d'usagers représentés, de l'éventail des philosophies et approches cliniques et du type de structure rencontrés, la multitude d'institutions issues des secteurs de la santé mentale et de la psychiatrie recouvre en fait des réalités bien différentes. Dès lors, en matière de gestion du tabagisme, même si des constantes peuvent être observées, il y a également un certain nombre de différences notables d'une structure à l'autre. Afin d'éclairer mon témoignage concernant la place du tabac dans le centre de jour pour alcoolodépendants, toxicomanes et pharmacodépendants au sein duquel j'ai travaillé, il convient ainsi d'exposer ce qui constitue la singularité de celui-ci.

Durant les huit premières années de mon expérience, ce centre s'inscrivait encore dans l'héritage de l'antipsychiatrie et se fondait notamment sur certains principes

de la psychothérapie institutionnelle tout en puisant une grande part de ses outils dans l'approche motivationnelle et le modèle transthéorique de changement. Le rapport entre travailleurs et patients, marqué par une distance thérapeutique minimale, prenait la forme d'une collaboration de type partenariale où chaque partie se trouvait pareillement impliquée (50/50). Le patient n'avait pas à signer de contrat thérapeutique ni de contrat d'abstinence et n'avait pas non plus d'obligation de présence au centre ou de participation aux activités. Du fait de ce cadre très souple, nous limitions les risques d'exclusion des patients, lesquels avaient déjà, pour une part d'entre eux, un long parcours institutionnel jalonné de rejets successifs, une très faible estime de soi, et risquaient, hors prise en charge, livrés à eux-mêmes, de rentrer dans un cercle de consommation aux conséquences lourdes. Mais, surtout, par cette approche non-contraindante, nous permettions aux patients d'être acteurs de leur propre changement, toute implication de leur part dans le programme de rééducation fonctionnelle devenant l'émanation d'un désir propre, d'un libre-arbitre, d'une envie, d'une motivation, cette dernière parfois travaillée longuement en partenariat avec les membres de l'équipe thérapeutique.

Cela impliquait pour nous de privilégier une autre posture institutionnelle mettant au cœur du processus entre thérapeute et patient ce que nous appelions « l'accrochage ». Pour favoriser l'accrochage, nous cherchions à multiplier les modes informels d'échanges avec les patients (bureau de l'équipe nommé « accueil » et ouvert aux patients de façon quasi permanente, interventions au domicile des patients, participation des thérapeutes à la vie communautaire, prise en compte de tout ce que les patients « amenaient », etc.). Ainsi, grâce à notre offre de services, notre présence, notre disponibilité, notre réactivité et notre investissement au sein d'un cadre très souple, nous construisions une relation de qualité tout en nous rendant parallèlement concurrentiels par rapport au produit. Toujours dans cette optique de l'accrochage, les intervenants ne s'enfermaient pas dans une position de savoir par rapport aux patients, lesquels étaient considérés comme les premiers experts de leur propre vie. Ils ne se trouvaient par ailleurs en aucun cas réduits à leur pathologie mais étaient au contraire appréhendés dans leur réalité multiforme et complexe d'individu, de citoyen... Ce positionnement nous donnait l'occasion de travailler autant avec des patients abstinentes en consolidation qu'avec des patients en période de consommation, autant avec des patients « motivés » qu'avec des patients n'ayant à la base aucune motivation à l'abstinence. Nous pouvions également accueillir au centre des patients sous effet de produits. En les acceptant, nous les protégeons

durant la journée d'une poursuite de la consommation et des risques y afférents ; la « communauté » était elle aussi protégée car nous avions une pièce dédiée à la personne sous effet de produits et dont le comportement en était altéré de façon trop visible.

Une salle communautaire dans un nuage bleu...

Pour ce qui est de la place du tabac dans l'institution, celle-ci a bien sûr sensiblement évolué durant mes dix années de travail au centre. Lors des deux premières années, il était encore permis de fumer dans la plupart des espaces, y compris le bureau des thérapeutes. Certains de mes collègues et une majorité de patients se trouvaient être fumeurs, et la salle communautaire baignait la plupart du temps dans un nuage bleu... Par ailleurs, le questionnement au sujet de la gestion du tabagisme était pour ainsi dire inexistant, notamment du fait que nous faisons le focus sur d'autres assuétudes considérées comme plus impactantes en terme de bien-être pour le public que nous suivions. En outre, notre philosophie clinique d'être concurrentiels par rapport aux produits et dès lors de donner aux patients des raisons de venir au centre plutôt que de consommer nous avait amenés à considérer la salle communautaire dans un certain esprit, lequel se trouvait résumé par la formule « bistrot sans alcool » : un lieu où les patients pouvaient se poser, lire leur journal, jouer à la belotte, bavarder et... fumer ! Un certain nombre de patients étaient avant tout des habitués des bistrots, les appréciant en tant que lieux de vie sociale, avec leurs codes, y trouvant, pour certains, la seule occasion de nouer des contacts humains et, par là, de briser pour un moment leur isolement. Le fait de retrouver au centre certaines similitudes avec cet univers les aidait à s'inscrire dans le programme de rééducation fonctionnelle. Ceci allait de pair avec nos tentatives de trouver un langage commun avec le patient, de sorte que l'institution ne soit pas aliénante pour celui-ci, qu'elle puisse lui permettre de travailler le changement tout en s'appuyant sur ses propres singularités, en lien avec son propre monde.

Néanmoins, nous ne souhaitons pas pour autant exclure tout questionnement à propos du tabagisme et, dès lors, nous tenions compte des rares demandes individuelles émanant des patients eux-mêmes, que cela concerne un projet d'arrêt ou de diminution de la consommation de tabac ou une demande d'avis au sujet de la synergie alcool-tabac.

Interdiction de fumer dans les lieux publics : césure

Mais, la véritable césure en matière de gestion du tabagisme dans l'institution fut impulsée de l'extérieur avec l'application de la loi concernant l'interdiction de

Le rapport entre travailleurs et patients, marqué par une distance thérapeutique minimale, prenait la forme d'une collaboration de type partenariale.

fumer dans les lieux publics. Lors de la mise en place de cette nouvelle mesure qui se traduisit au sein de l'institution par la cessation de la consommation de tabac dans le bâtiment et la création d'un espace-fumoir à l'extérieur, sur une petite "terrasse-balcon", je constatai que la perspective d'interdiction totale de la cigarette intramuros suscitait chez un bon nombre de patients énormément d'appréhension voire de la colère ou un sentiment de révolte. Certains patients firent savoir leur intention de mettre fin à leur prise en charge si l'interdiction venait à se concrétiser.

Ceci engendra un débat clinique et institutionnel, parfois passionné, entre patients et équipe mais aussi au sein de l'équipe elle-même. Chaque travailleur se trouvait renvoyé à sa réalité de fumeur ou de non-fumeur, à ses propres valeurs, à un questionnement au sujet de la notion de liberté individuelle, à son positionnement par rapport à la philosophie clinique défendue où, nous l'avons vu, le choix d'une alternative motivationnelle prévalait par rapport à l'application d'une contrainte et où la conception du fameux « bistrot sans alcool », de l'accrochage et de la nécessité d'être concurrentiels par rapport aux produits (psychotropes, alcool) était prégnante.

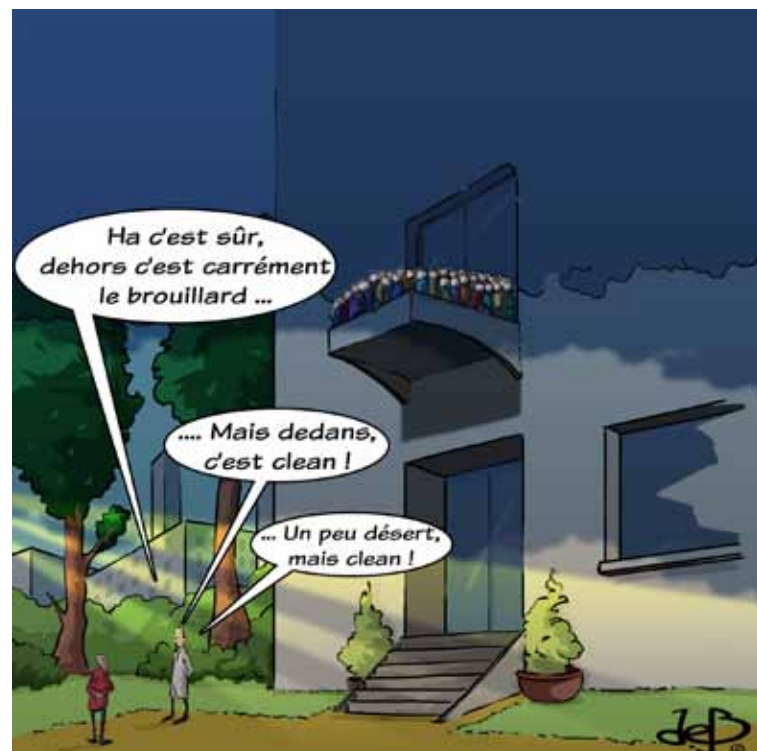
Notons-le au passage, des études prospectives ont souligné que de manière générale, dans les services de psychiatrie, les équipes soignantes ont fait montre d'hostilité vis-à-vis de la mise en place de l'interdiction de fumer¹ ; le contexte de ces services, bien différent de celui de notre centre de jour, produisit un débat centré plutôt sur la crainte d'assister chez les patients à une explosion d'agressivité ou à une recrudescence symptomatique importante.

L'interdiction de fumer dans le bâtiment se mit en place progressivement, sur plusieurs semaines. Hebdomadairement, nous réduisions d'une journée supplémentaire le temps durant lequel l'espace intérieur restait encore un espace fumeur. Peu à peu donc, patients et thérapeutes fumeurs migrèrent vers la petite terrasse

pour consommer leur tabac. Peu à peu également, cet espace fut colonisé par d'autres patients et thérapeutes, non-fumeurs, et il devint un véritable lieu d'échanges, de débat, de papote. Craintes et mécontentement s'estompèrent tandis que le changement s'opérait. De nouvelles habitudes apparurent.

Outre le fait que les locaux n'étaient plus enfumés et donc qu'il était tout simplement plus agréable d'y travailler, le changement le plus inattendu fut lié à la dynamique communautaire. Au niveau de la salle commune, avant la mesure, dans les moments sans activités, un certain nombre de patients restaient isolés, chacun assis à sa place de prédilection et fumant clope sur clope en lisant son journal ou perdu dans ses pensées. Et quelques-uns parmi eux passaient toute leur journée ainsi (il était difficile de nouer du lien avec eux, difficile de les motiver à participer à la vie communautaire ou aux activités du centre). Lorsque le fumoir extérieur fut instauré, ces patients se mirent à bouger, au sens physique bien sûr puisqu'il s'agissait désormais de se déplacer pour aller fumer, mais également à d'autres niveaux : anticipation et préparation de l'acte de fumer en lieu et place d'une consommation machinale,

1. Michel L. « Comment éviter les incidents liés à l'interdiction de fumer dans les services de psychiatrie ? » In *Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques*. Conférence d'experts : tabac et psychiatrie. OFT ENTREPRISE Paris, 2009, pp. 177-85.



échanges avec les autres fumeurs ou non-fumeurs sur la terrasse, consommation plus circonscrite et donc en diminution, mise en place de nouvelles occupations dans la salle communautaire, etc.

Cette mise en mouvement concerna par ailleurs tout le monde, patients et thérapeutes, fumeurs et non-fumeurs, et eut, au final, une incidence très positive sur la dynamique institutionnelle. Ceci permit notamment au staff d'aller plus naturellement « chercher » certains patients, particulièrement ceux évoqués plus haut qui avaient jusqu'alors tendance à demeurer dans leur bulle avec la cigarette pour seul compagnon. Enfin, même si la gestion du tabagisme des patients était encore loin d'être pleinement prise en compte par l'équipe, le nouveau contexte de consommation eut pour conséquence de faire entrer sensiblement la question de la consommation de tabac dans l'espace thérapeutique, principalement du fait des patients eux-mêmes ; il y eut une augmentation de demandes et questions de la part des fumeurs à propos de leur consommation et, dans quelques cas, certes encore rares, des tentatives d'arrêt. Nous avons alors l'opportunité de travailler cette réalité avec eux en lien avec leur contexte de vie, leur dépendance à l'alcool ou aux drogues, ou encore en lien avec des questions de santé, de poids, etc.

Institution ? Une lecture et ses perspectives en matière de gestion du tabagisme

De quelle manière transmettre l'intérêt de considérer la dimension de la gestion du tabagisme comme pouvant faire partie intégrante du champ d'action des professionnels en institution ? En tant qu'intervenant pour un service de prévention du tabagisme menant un travail de sensibilisation auprès des secteurs de la santé mentale et de la psychiatrie, le défi paraît de taille.

Les questionnements relatifs au tabagisme en institution peuvent sembler à première vue circonscrits à une unique problématique, celle de la consommation du produit et de sa nocivité. Cependant, tant les intervenants eux-mêmes que les acteurs en prévention du tabagisme ont, pour agir sur cette réalité, d'autres perspectives qu'une focalisation sur la seule consommation de tabac, focalisation qui par ailleurs, force est de le constater, en décourage plus d'un... ou se résume à un clivage au niveau des représentations : d'un côté, certains experts, acteurs de seconde ligne ou intervenants se soucient exclusivement des conséquences sanitaires du tabagisme. De l'autre, comme relevé par différentes études, une grande part des praticiens fumeurs sous-estiment le tabagisme comme facteur de risque et vont même jusqu'à l'envisager comme

thérapeutique en soi pour les patients psychiatriques (aide à la gestion de l'anxiété ou à la prévention de la rechute, élément de compensation du vide existentiel ou de l'isolement, etc.).

Or, nous en avons eu un aperçu, il s'agit d'une réalité plus complexe qu'il n'y paraît, nécessitant sans doute de prendre en considération de manière plus globale tout un contexte institutionnel, une philosophie clinique. Il y aurait là l'occasion de penser, de façon quasi épistémologique, le fonctionnement, la conception de l'institution et, par là même, de sortir de leur zone d'ombre certains des éléments, dont le tabagisme, faisant bien partie du champ institutionnel mais tantôt stigmatisés, tantôt banalisés, tantôt évacués, considérés comme secondaires ou contraignants au regard de l'approche clinique. Je plaide donc ici pour une démarche de gestion du tabagisme positive car participant d'une vivification institutionnelle. Et je propose, pour ce faire, une lecture de ce qu'est, ou pourrait être, l'institution... « Une institution ce sont des liens qui créent un lieu ». Cette phrase, due à François Tosquelles, l'un des inventeurs de la psychothérapie institutionnelle aux côtés notamment de Jean Oury, reflète à mon sens l'un des fondamentaux de l'approche institutionnelle, ce que mon expérience m'a révélé mais aussi ce que je n'ai eu de cesse d'affiner et de promouvoir au fil des années de pratique. Une esquisse de réflexion à ce sujet, nous le verrons, a tout son intérêt lorsqu'il s'agit de penser la gestion du tabac au sein des institutions et, pour les professionnels en prévention du tabagisme, la sensibilisation, en cette matière, des acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie.

L'institution, en tant que lieu, doit en effet sa réalité, l'épaisseur même de son réel, au quotidien qui s'y tisse, à l'humain qui s'y invente, à la relation qui s'y découvre, aux subjectivités qui s'y rencontrent. Elle est un lieu au sens fort ; lieu que l'on pourrait prendre dans son acception étymologique : « l'endroit d'un ouvrage ». En l'occurrence, je dirais que l'institution est un lieu fondé par les liens qui y œuvrent, lesquels sont sa raison d'être mais aussi, en retour, ce au service de quoi elle se met (ou pourrait se mettre)...

Le lien apparaît comme l'outil premier, essentiel, de la thérapie et en même temps comme ce que cet outil façonne. La relation est un outil au moyen duquel le patient va pouvoir psychiquement recréer des liens, du sens, va pouvoir à nouveau entrer en dialogue avec lui-même, se remettre en mouvement, retrouver de la motivation. Dès lors, la résolution de ce que le patient poursuit est précisément rendue possible par ce socle du lien co-construit au fil du temps avec l'accompagnant.

A la lumière de ceci, j'avancerais que thérapeute et patient ont beaucoup à gagner d'interagir en tant que partenaires, sur une base égalitaire, afin de générer une relation dynamique mettant en présence des acteurs à part entière. Et j'ajouterais qu'au sein de l'institution, tout individu, tout événement, toute interaction, toute parole, tout rituel, toute action, tout objet, toute forme d'occupation des différents espaces, tous us et coutumes, d'un point de vue clinique, sont à envisager par le professionnel avec ce qu'il faut d'attention, de fluidité et de subjectivité afin, précisément, de nourrir cette relation singulière aux effets thérapeutiques. Il y aurait à prendre une posture phénoménologique... Le thérapeute a l'opportunité de « faire feu de tout bois » lorsqu'il s'agit d'explorer le champ thérapeutique de la relation en institution, absolument TOUT bois, y compris « ces riens avec lesquels se fait le travail à fabriquer de l'institutionnel », pour paraphraser Jean Oury. En effet, rien ne doit être a priori exclu ou considéré comme secondaire si la volonté est de nourrir une véritable dynamique d'aide et de soin.

Une telle assertion offre la possibilité de tenir compte de la nature transitionnelle de l'institution comme de ce qui la compose, et dès lors de pouvoir agir sur cette réalité, de faire de la structure un levier thérapeutique plutôt que de simplement en subir ou en appliquer avec rigidité le cadre. Et pour ce qui est de la gestion du tabagisme, je vois là pour les professionnels du secteur comme pour les acteurs en prévention l'opportunité de penser de nouvelles pistes d'intervention, entre autres hors de la simple dichotomie « j'interdis/j'autorise », hors du « de toute façon, il ne leur reste plus que ça », du « il y a d'autres priorités concernant ce public » ou encore de la croyance bien commode selon laquelle « les individus porteurs d'une affection mentale ne souhaiteraient pas arrêter »², hors même de la seule approche sanitaire... Il s'agit d'abord d'être conscient du fait que la cigarette, objet transitionnel par excellence au sein de l'institution, joue certes elle aussi parfois un rôle dans la relation thérapeutique, ce qui lui octroie un certain bénéfice, à reconnaître. Parallèlement, chacun le sait, les impacts de la consommation active ou passive de tabac en termes de santé et de bien-être ont été démontrés, avec des risques spécifiques pour les patients psychiatriques. Ces constatations révèlent

2. Concernant la motivation : une méta-analyse (Siru R et al, *Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review*) reprenant 1247 patients a mis en évidence que la motivation à arrêter de fumer des sujets porteurs d'une maladie mentale était au moins aussi élevée (voire même plus élevée) que dans la population générale.

à quel point la problématique du tabac dans les institutions est source de paradoxes et d'ambivalence, ceci expliquant sans doute partiellement pourquoi les acteurs des secteurs de la santé mentale et de la psychiatrie se sont toujours trouvés dans une situation inconfortable face à cette question et pourquoi ils préfèrent généralement l'évacuer.

On l'a dit, banaliser, promouvoir ou se contenter d'interdire, sans autre réflexion, l'acte de fumer en institution revient d'une certaine manière à éluder la question de la gestion du tabagisme, du moins dans ce que celle-ci peut avoir d'intérêt au-delà de la seule problématique sanitaire. Or, il paraît tout à fait envisageable d'être dans une démarche de remise en question du tabagisme sans confondre cela avec une volonté d'interdire, mais aussi de reconnaître au rituel de fumer des bénéfices dans la relation thérapeutique sans banaliser ou mésestimer les risques en termes de santé.

Il n'y aurait plus d'un côté ceux qui penseraient la consommation de tabac en institution comme thérapeutique en soi ou anecdotique, sans autres considérations et, de l'autre, ceux qui, notamment au nom de son impact sanitaire, plaideraient pour qu'elle soit totalement prohibée. Dès lors, et je vois là l'une des principales pistes de solution, en lieu et place de la consommation pure et simple ou de l'interdiction de la consommation, une réflexion en matière de gestion du

L'institution est un lieu fondé par les liens qui y œuvrent.

tabagisme serait à utiliser par le professionnel comme levier thérapeutique. Explorer les ambivalences, questionner le tabac, son usage, les représentations à son sujet, penser une diminution ou un arrêt de la consommation peut être thérapeutique en tant qu'élément transitionnel au sein de la relation patient-intervenant et s'inscrire dans le cadre d'une approche holistique de l'individu, de l'institution...

Ainsi, dans la perspective d'une démarche motivationnelle, commencer par envisager et reconnaître les inconvénients mais aussi les bénéfices rencontrés dans la consommation de tabac au niveau individuel et au niveau du champ institutionnel, offre la possibilité de mettre en œuvre un mouvement, disons de prospection, visant à inventer ou découvrir d'autres comportements ou alternatives permettant d'atteindre ces mêmes bénéfices sans les inconvénients. Toujours dans cette optique, concevoir l'institution comme lieu de

créativité fondé par les liens qui y œuvrent, et comme espace laissant l'opportunité aux intervenants de faire feu de tout bois, rend également possible d'envisager la gestion du tabagisme en tant que prétexte venant enrichir d'autres territoires du champ thérapeutique. Cette dynamique est dès lors susceptible de produire des effets débordant du seul cadre de la diminution ou de l'arrêt du tabac pour l'inscrire dans celui du bien-être global du patient. ■

Depuis 2009, grâce aux subsides du Fonds de lutte contre les assuétudes, le FARES a initié différentes actions à destination du secteur de la santé mentale et de la psychiatrie. Elles ont comme objectif principal d'augmenter l'intérêt vis-à-vis de la question du tabagisme des sujets pris en charge par ce secteur, et ceci avec la volonté de promouvoir une approche respectueuse de chacun.

Dans ce contexte, un module de e-learning a été mis en ligne (<http://elearning.fares.be/>) et quatre brochures reprenant des articles originaux ont été publiées sous le titre *Psychiatrie et gestion du tabagisme. Pistes de réflexion*. Le texte ci-dessus est extrait de la dernière parution, fin 2015. L'ensemble des publications est accessible via le site du FARES (www.fares.be) ou celui des hôpitaux sans tabac (www.hopitalsanstabac.be).



Les maisons médicales suscitent l'intérêt dans les milieux académiques, tant du côté de la santé publique que de l'économie sociale. Une question centrale est celle de l'adéquation de leur mode d'organisation pour la qualité du service de santé. Christian Legrève analyse trois travaux de fin d'études qui illustrent cet intérêt.

Christian Legrève, responsable du service Education permanent de la Fédération des maisons médicales.

Les maisons médicales occupent une place spécifique dans leur secteur. Elles sont minoritaires, mais ont cessé d'être marginales. Elles sont des initiatives privées d'intérêt public. Elles constituent une alternative, mais manifestent une volonté de prendre une place dans le système de santé. C'est une des caractéristiques qui les rattache au secteur de l'économie sociale : elles organisent une expérimentation qui peut faire évoluer l'organisation publique du secteur des soins de santé, et sont relativement reconnues pour ça.

Ce qui est posé, c'est, en quelque sorte, la question des leviers de la performance, notamment formulée dans les conclusions d'une étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé il y a quelques années¹. Et, à l'intérieur de cette question générale, celle du bénéfice pour le travail des soignants dans nos équipes. Qu'est-ce qui aide les soignants dans nos maisons médicales ? Qu'est-ce qui les freine ? Qu'est-ce qui fait obstacle à l'exercice de leur métier ? Quelles sont les conditions de leur épanouissement professionnel spécifiques à nos équipes pluridisciplinaires ? Quelles évolutions pourrions-nous soutenir ou contrôler ?

¹. *Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique* ; KCE Reports 85B ; 2008.

Ces questions ont déjà été traitées à l'interne, ou par des chercheurs issus des maisons médicales. Récemment, des travaux académiques s'y sont penchés de l'extérieur, et à partir de disciplines scientifiques différentes. Il nous a semblé intéressant d'analyser le regard croisé qu'ils posent sur nos pratiques.

Cadre académique

Adrien Lorenzi a présenté en juin 2014 à l'Institut des sciences humaines de l'université de Liège, en vue de l'obtention d'un diplôme de master en gestion des ressources humaines, un mémoire intitulé *Le déclin de l'égalité salariale dans les maisons médicales, étude réalisée auprès de trois maisons médicales liégeoises*.

Aurore Leloup a, elle, obtenu en 2015, le master en sciences de gestion à finalité spécialisée en management des institutions sociales. (une filière de l'Ecole de management de l'université de Liège, organisée en collaboration avec le Centre d'économie sociale de l'université de Liège). Elle a écrit un mémoire-projet intitulé *Identification des stratégies pertinentes de croissance pour les maisons médicales*. Enfin, pour Emilie Goffart, en vue du master en sciences de la santé publique, finalité gestion des institutions de soins, c'était, en 2015, un mémoire sur *Le maintien des médecins généralistes en maison médicales : analyse qualitative de la problématique des départs, et pistes d'action*.

Ce qu'ils disent des maisons médicales

Chacun des travaux comporte une description de ce qu'est une maison médicale. C'est, bien sûr, très intéressant de lire comment on parle de nous. La description d'Emilie Goffart est très sommaire. Adrien Lorenzi insiste surtout sur le contexte historique, et centre très vite sa description sur la problématique qui le mobilise. Aurore Leloup, enfin, fait un descriptif très complet et cohérent des maisons médicales en général (histoire, agrément, financement), et s'attache, ensuite aux diverses dimensions du contexte du centre particulier qu'elle observe (territoire, offre, histoire, population, activité...).

Le regard le plus interpellant est celui porté par Adrien Lorenzi, à travers des jugements, malheureusement pas toujours étayés : « organisations de santé, composées d'un agglomérat de fonctions diverses qui se meuvent entre projet de santé pour tous et initiatives sociales » ; « ...les questions matérielles y sont considérées comme illégitimes et sans intérêt » ; « Dans les maisons médicales, la gestion des ressources humaines n'est pas représentée par une fonction déterminée. C'est généralement la communauté qui s'organise de manière à assurer toutes les missions de type ressources humaines : recrutement, formation, évaluation, etc. », « Les travailleurs, quant à eux, sont motivés par les missions de l'organisation et acceptent, par conséquent, des rémunérations plus faibles que dans les autres secteurs, voire parfois inexistantes (bénévolat), qui se justifient comme un 'don' à l'organisation » ; « tout travailleur porte la double responsabilité d'employé et d'employeur » ; « L'autogestion et la non-hiérarchie sont des particularités de l'économie sociale et des maisons médicales ».

Qu'on adhère ou pas à ces analyses, il me semble important de constater qu'elles existent. On dit ça de nous.

Objectifs, questions et hypothèses

Les questions de recherche formulées dans chacun de ces travaux sont assez différentes, même si elles me semblent très liées entre elles.

Dans le cas d'Adrien Lorenzi, la question de départ a subi des transformations au cours des premières recherches. « Notre question initiale était la suivante : 'Comment, dans notre société capitaliste, l'égalité salariale peut-elle exister ?'. Elle était issue d'une conversation informelle sur le fonctionnement des maisons médicales avec un médecin. Par la suite, deux entretiens exploratoires ont eu lieu. Le premier, avec un médecin, a permis de reformuler la question de départ : 'Quelles sont les raisons qui permettent à l'égalité salariale de subsister dans les maisons médicales ?'. Mais cette question abordait le sujet de manière inverse à

son évolution : en effet, l'égalité salariale tend à disparaître. C'est à la suite d'un second entretien exploratoire, avec un médecin, que la question de départ s'est muée en problématique : 'Quelles sont les raisons pour lesquelles l'égalité salariale en maison médicale tend à disparaître ?' ».

À partir d'une recherche théorique préalable sur la motivation, la qualification et la reconnaissance, Adrien Lorenzi a été amené à formuler quatre hypothèses :

- ♦ Hypothèse 1 : La motivation extrinsèque et une qualification élevée donnent une perception négative de l'égalité salariale ;
- ♦ Hypothèse 2 : La motivation extrinsèque et une qualification faible donnent une perception positive de l'égalité salariale ;
- ♦ Hypothèse 3 : Peu importe la qualification, la motivation intrinsèque donne une perception positive de l'égalité salariale ;
- ♦ Hypothèse 4 : Peu importe la qualification, le besoin de reconnaissance donne une perception négative de l'égalité salariale.

Le mémoire-projet d'Aurore Leloup visait « à identifier des stratégies pertinentes de croissance pour une maison médicale à travers ses implications sur le fonctionnement organisationnel de la structure ». Le sujet répondait à une demande de la Fédération des maisons médicales, et rencontrait une attente de la maison médicale.

Cet objectif général était décliné en trois étapes :

- ♦ une revue de littérature pour mettre en évidence les différents scénarios existants de croissance pour les entreprises et ceux qui étaient accessibles aux maisons médicales compte tenu de leurs spécificités ;
- ♦ Des entretiens pour recenser les implications des scénarios de croissance sur le fonctionnement organisationnel de la maison médicale observée ;
- ♦ Une généralisation des résultats pour établir des pratiques à mettre en œuvre durant la croissance en maison médicale.

La question de recherche initiale de Emilie Goffart était la suivante : « Comment rendre attractive la profession des médecins en maison médicale ? ». Elle s'est ensuite transformée au cours des premières recherches pour se porter sur les « écarts entre les attentes des généralistes en maison médicale et la réalité de terrain », puis est devenue après recadrages : « Quelles sont les frustrations responsables du départ des médecins généralistes hors des maisons médicales ? ». Finalement, la question

de recherche a été : « Quelles frustrations doivent être éliminées pour maintenir les médecins généralistes dans les maisons médicales de la région liégeoise ? ».

Emilie Goffart souhaitait, « en donnant la parole aux médecins généralistes, analyser leur ressenti du travail en maison médicale, leurs difficultés et souhaits par rapport à leur pratique pluridisciplinaire, ainsi que les facteurs susceptibles d'améliorer leur degré d'épanouissement professionnel ». Elle espérait, en outre, formuler des « hypothèses de pistes d'actions à mettre en œuvre en vue de réduire le nombre de départs hors des maisons médicales ». Elle formule l'hypothèse du rôle déterminant de trois facteurs : les conflits de valeur, les exigences du travail, la reconnaissance au travail, qu'elle souhaite explorer.

Référents conceptuels

C'est un des volets qui me semblent les plus profitables pour nous. Ces chercheurs mettent notre expérience en perspective avec les théories. Ça permet de prendre des distances, et de se rendre compte que les événements que nous vivons à un niveau anecdotique, peuvent prendre sens dans une vision construite de la réalité. Certes, ils ont leurs propres questions de recherche, et leurs conclusions leur appartiennent. Mais ils mettent en lumière des concepts et des systèmes de référence qui peuvent nous aider à penser nos propres questions.

Adrien Lorenzi fonde son approche sur une analyse de ce qui crée la motivation au travail. Se basant sur une série de travaux, il en distingue les composantes, entre motivation intrinsèque et extrinsèque. La motivation intrinsèque serait liée à l'intérêt de la tâche elle-même. La motivation extrinsèque serait « séparable de la tâche, le travailleur étant motivé par un élément qu'il obtiendra en réalisant la tâche ». Il décrit ensuite, en s'appuyant sur la littérature, les éléments qu'il fait entrer dans l'une et l'autre de ces catégories.

Adrien Lorenzi tente ensuite, en s'appuyant sur la sociologie du travail, de définir la compétence et la qualification. Enfin, il s'intéresse à une théorie de l'équité et de la justice organisationnelle fondée sur la « comparaison des rétributions et contributions par rapport à des personnes tierces considérées comme référents ».

Aurore Leloup, quant à elle, convoque une théorie de la croissance des organisations qui semble d'autant plus intéressante qu'elle s'applique à des objets réels que nous connaissons bien, et qu'elle est orientée vers des choix inscrits dans la pratique. Elle passe en revue les causes, raisons, conditions et stratégies de croissance, et éclaire ainsi des débats à l'œuvre dans nos maisons médicales.

Emilie Goffart, enfin, s'est appuyée sur un guide méthodologique d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des risques psycho-sociaux dans la fonction publique pour identifier les potentielles sources de frustrations des médecins et les regrouper en cinq dimensions d'analyse : les conflits de valeur, les exigences émotionnelles, les exigences du travail, l'autonomie et les marges de manœuvre, les rapports sociaux et la reconnaissance au travail.

Trois des cinq dimensions d'analyse ont été retenues pour formuler des hypothèses, « en raison de leur plus grande pertinence dans le contexte étudié » : les conflits de valeur, les exigences du travail, et la reconnaissance au travail.

Le cadre conceptuel du modèle de l'intention de rester a guidé son étude. Elle a choisi un modèle *Conceptual Model of Intend to Stay* adapté pour mieux comprendre le phénomène des départs des médecins et les stratégies de rétention à mettre en place. Ce modèle met en relation, entre autres, les concepts de satisfaction au travail, d'engagement organisationnel multidimensionnel et d'intention de rester.

Questions transversales

Les questions transversales qui m'ont intéressé dans ces travaux sont celles qui concernent l'adéquation de nos modes d'organisation pour la qualité du service de santé. Bien sûr, ce n'est pas, à proprement parler, leur objet d'étude. Mais les trois travaux se centrent chacun sur un aspect particulier de cette organisation : la politique salariale, la taille de l'équipe, la place des médecins. Et ces aspects sont, à l'évidence, au cœur de la problématique de notre organisation. Et au cœur de nos préoccupations.

C'est bien ce qui m'a intéressé. Ces gens ne font en aucune manière partie des maisons médicales. On n'aborde pas, ici, les choses de notre point de vue. Ils ne partent pas des principes de l'autogestion ou de la transdisciplinarité. Ni d'une position pour ces principes, ni contre. Ils s'intéressent à la mise en œuvre. Avec un regard neuf. Là où nous avons beaucoup de peine à regarder ces questions en faisant abstraction de ce que nous pensons sur le plan des principes. C'est pourtant bien dans la mise en œuvre que nos équipes sont quelquefois en panne, en difficulté, voire tétanisées. Je pense qu'on peut regarder ces travaux en cherchant ce qu'ils révèlent de pistes pour l'évolution de la pratique, qu'on soit d'accord ou pas avec leurs auteurs, et sans renoncer à son esprit critique, évidemment.

Adrien Lorenzi s'intéresse uniquement à l'égalité salariale. Au terme de son travail, il constate que la position des différents travailleurs ne peut pas être décrite de

manière simple, en relation avec la seule qualification (telle qu'il la définit), la motivation ou la reconnaissance. Il faut prendre en compte de nombreux autres facteurs, tels que le sentiment d'équité, la situation personnelle, la perception du rôle dans l'établissement, la compréhension du modèle autogestionnaire, etc. Au-delà de ce constat, les analyses d'Adrien Lorenzi mettent en évidence quatre éléments essentiels qui répondent à sa question de départ, et éclairent nos questions transversales :

- La pression de l'extérieur : « l'égalité salariale représente une politique salariale rarissime, [qui] n'existe pas dans le privé capitaliste ni dans le public et reste peu fréquent, même dans le non profit ». « les maisons médicales forment une 'bulle' et constituent un microcosme. Par exemple, à l'extérieur, les médecins jouissent d'une reconnaissance sociale élevée. A l'intérieur des maisons médicales, ils sont considérés comme les autres travailleurs, la reconnaissance ne s'effectuant pas selon les mêmes critères. De plus, ils doivent donc faire face à un différentiel négatif avec l'extérieur. Ce constat explique que ce sont surtout des médecins qui demandent à sortir de l'égalité salariale » ;
- Le flou de l'égalité salariale : « Chaque individu et chaque maison médicale développe des définitions différentes et parfois contradictoires de l'égalité salariale ». Adrien Lorenzi constate « le poids moral et idéologique que l'égalité salariale véhicule » et que « ce flou a des conséquences positives autant que négatives » ;
- La méconnaissance des autres : « Il apparaît ainsi que les travailleurs n'ont pas conscience du quotidien des autres. Cette méconnaissance les pousse à des débats stériles, où chaque partie demande des preuves à l'autre » ;
- L'individualisme : « La société met de plus en plus de pression sur les individus qui doivent démontrer leur valeur, seuls, en dehors du groupe. Et cette individualisation est perceptible de deux côtés : peut-être les médecins ressentent-ils un besoin individuel de valorisation ? Peut-être les autres travailleurs se réalisent-ils à travers le fait d'être considérés à l'égal du médecin ? »

Enfin, Adrien Lorenzi constate que « Au-delà des perceptions et des opinions, un fait semble certain : un seul et même corps de métier (les médecins) est à l'origine de la sortie des maisons médicales de l'égalité salariale. Ces travailleurs étaient très majoritairement en souffrance dans l'égalité salariale et ont cherché à en sortir ».

Aurore Leloup étudie le contexte particulier d'une seule maison médicale. Dans sa partie théorique, elle relève

une série d'éléments qui constituent autant de points d'attention et peuvent inspirer des transformations ou des évolutions propres à assurer plus de confort et de facteurs d'épanouissement professionnel pour les soignants dans le cadre d'autres équipes. Les travaux de Adam & Rijpens identifient un modèle de « cycle de vie d'un conseil d'administration » divisé en cinq étapes, qui modélise l'évolution dans le temps des relations entre le conseil d'administration et l'équipe. Frémeaux, lui, établit que la croissance tendrait vers des modèles de gouvernance ouverts associant différentes parties prenantes dans la prise de décision.

À partir de ses propres observations, Aurore Leloup parvient également à une série de recommandations qui semblent transposables :

- Il est bénéfique de consacrer du temps à transmettre l'information à tous les membres de la structure, « ce qui peut ralentir l'efficacité des prises de décisions » ;
- La croissance de la maison médicale implique la structuration des réunions. Une tentative intéressante est expérimentée dans l'équipe observée, à la suite de la recherche ;
- Les fonctions transversales doivent se spécialiser et se professionnaliser au fil du temps et de la croissance, mais on peut penser une « hiérarchie de fonctionnement » où « les responsabilités des différents organes de prise de décisions se clarifient et se formalisent, mais les prises de décision restent démocratiques » ;
- L'agrandissement de la maison médicale pourrait la faire paraître comme une « usine à soigner » où les patients défilent plutôt que comme un lieu proche de la population recherchant la qualité dans la relation soignant/patient. La maison médicale d'Aywaille a déjà réfléchi à cet enjeu envisageant de « créer des petits groupes composés de deux médecins et d'infirmières qui s'occuperaient d'un certain nombre de patients propres », ou « deux groupes de professionnels fixes et un groupe de professionnels plus polyvalents qui assureraient les remplacements en bougeant d'un groupe à l'autre en fonction des absences dans chacun des groupes » ;
- L'utilisation d'outils informatisés performants est primordiale pour assurer la continuité des soins fournis aux patients, et pour la gestion informatisée des horaires du personnel.

Emilie Goffart s'adresse uniquement aux médecins. Concernant les résultats de recherche, il ressort que les frustrations liées à la gestion sont parmi les plus problématiques.

Mais il semble également intéressant, en parallèle, de « réfléchir au recrutement », puisque « les médecins les moins en adéquation avec les valeurs défendues par

Méthode

Adrien Lorenzi a choisi « une méthodologie qualitative hypothético-déductive par entretiens semi-directifs », puisqu'il s'agit d'explicitier et répondre aux hypothèses émises, de comprendre « le vécu et de la perception des acteurs des maisons médicales », et d'obtenir « la confirmation ou l'infirmité des hypothèses qui soutiennent notre raisonnement ». Finalement, les entretiens seront menés de manière semi-directive. L'étude se base sur 27 entretiens qualitatifs menés avec 23 personnes dans 3 maisons médicales liégeoises.

Aurore Leloup menait sa recherche sur une seule maison médicale, qui accueillait son stage et constituait son objet d'étude. Elle a aussi opté pour une étude qualitative.

Dans un premier temps, une série de travaux étudiant les stratégies de croissance ont été menés. Aurore Leloup a ensuite rencontré les deux médecins administrateurs de la maison médicale, afin de baliser la suite du travail en s'appuyant sur les pistes de réflexion qui présentaient un intérêt plus important aux yeux de la maison médicale.

Dans un deuxième temps, elle a défini deux guides d'entretien reprenant des questions concernant la gouvernance et la gestion des ressources humaines de la maison médicale et les a soumis aux deux administrateurs de la maison médicale.

Dans un troisième temps, elle a interrogé les membres du personnel de la maison médicale en partant de l'hypothèse d'une augmentation de leur patientèle. Avec ce postulat, l'équipe a été interrogée sur ses attentes et ses craintes par rapport aux deux pistes d'évolution retenues par les deux administrateurs. Elle a également recueilli des informations lors d'entretiens en tête-à-tête avec des membres du personnel au sein de chaque secteur de la maison médicale.

Finalement, elle a analysé le contenu des entretiens de façon à identifier les pratiques à mettre en œuvre pour assurer une croissance pertinente de la maison médicale.

Dans un premier temps, Emilie Goffart a dressé « un inventaire des frustrations » à partir des lectures et des entretiens exploratoires. C'est, ensuite, une étude « qualitative à finalité compréhensive » qu'elle a réalisée. Les données qualitatives ont été recueillies par le biais d'interviews individuelles semi-directives.

L'étude est à finalité compréhensive, car elle vise à déterminer les événements, structures, et processus qui constituent le phénomène. Une approche déductive est utilisée, en partant d'un modèle d'interprétation du phénomène étudié et du cadre théorique pour formuler des hypothèses plausibles auxquelles il faudra chercher des correspondants dans les faits.

La population étudiée est constituée de médecins généralistes travaillant au sein de différentes maisons médicales qui fonctionnent à la capitation [groupe A], ainsi que de médecins qui en sont partis ou qui ont changé d'équipe dans les 5 dernières années [groupe B].

23 médecins au total, répartis dans les deux groupes, ont finalement pris part à l'étude. Ce sont les médecins du groupe B qui ont été contactés prioritairement, pour essayer ensuite de sélectionner des profils du groupe A avec lesquels une comparaison était possible.

Les médecins du groupe A proviennent de 10 maisons médicales différentes. Au sein du groupe B, les participants ont également quitté 10 maisons médicales différentes.

la maison médicale sont ceux qui se désinvestissent le plus ».

Elle observe aussi qu'« un grand engagement organisationnel antérieur, suivi du sentiment de recevoir peu en retour, est lui aussi un facteur de risque ». Pourtant, certains répondants ont souligné que « le travail médical doit rester la priorité et qu'il n'est peut-être pas nécessaire de s'éterniser sur des discussions philosophiques ». Emilie Goffart constate que « les médecins apprécient l'autogestion en général, mais aimeraient qu'il y en ait clairement moins. Le régime d'assemblée se montre effectivement problématique : les participants souhaitent déléguer beaucoup plus en ce qui concerne la gestion administrative au quotidien, et voir les changements se produire plus vite ».

Enfin, elle estime que « les questions d'ordre financier soient parfois difficiles à aborder dans les maisons médicales ».

Selon Emilie Goffart, les médecins souhaitent privilégier « des petites structures de maisons médicales, disposant d'une organisation bien définie et des outils de gestion nécessaires ». Il est question de « pondérer l'autogestion et de se résoudre à aller de l'avant ». « La possibilité d'ouvrir les organes de décisions à des personnes extérieures semble avoir les faveurs des répondants ».

Lors de la défense de mémoire d'Emilie Goffart, plusieurs questions du jury et des médecins présents ont porté sur la spécificité de ses observations, par rapport aux maisons médicales. On aurait pu, dit un juré, élargir la problématique « à la mobilité professionnelle des médecins généralistes en général ». Un autre demande « ce qui converge et diverge si on transpose les questions dans un autre cadre de soin pluridisciplinaire, un service hospitalier, par exemple ». Emilie Goffart estime que c'est la surcharge qui est commune, et la référence aux valeurs qui fait différence. Un autre médecin aurait souhaité voire examinée « la configuration en plateforme rassemblant des antennes ». Emilie Goffart estime que le statut commercial en SPRL permet plus facilement la création d'antennes. Enfin, au président du jury, elle apporte des précisions sur « le manque d'ouverture décrit dans les maisons médicales observées ». Emilie Goffart l'attribue aux contraintes de l'inscription au forfait, aux difficultés de collaboration en réseau, au « sentiment d'être les meilleurs, ou que la maison médicale est la solution ». Autant d'éléments qui ouvrent des perspectives par rapport à nos questions à nous.



En conclusion

En conclusion, je dirais que nous avons tout bénéfice à encourager les travaux comme ceux-là. Expertise, extériorité, regard neuf ; autant d'atouts pour analyser nos modes d'organisation au bénéfice des métiers du soin. Or, nous-mêmes avons besoin d'une telle analyse pour penser l'évolution de nos pratiques et de notre modèle. Comme le dit Emilie Goffart en conclusion, « les maisons médicales ne doivent pas avoir peur du changement ».

Du coup, nos raisons de nous intéresser à ces questions sont, à l'évidence, communes. Et donc, nos démarches pour les inspirer, les documenter, les éclairer, les orienter gagneraient aussi à être communes. Les travaux présentés ici sont parfois enfermés dans leurs hypothèses de départ. Assez régulièrement, des étudiants s'adressent à la Fédération pour trouver un accompagnement à leurs travaux, une aide au démarrage, à la formulation d'une problématique, à l'identification d'un terrain. Ces demandes rencontrent des fortunes diverses, dépendant un peu du hasard, des disponibilités des uns et des autres, du canal de sollicitation. Le mouvement pourrait organiser, de manière proactive, la sollicitation de travaux comme ceux-là, à partir de lieux légitimes et transparents.

Une telle démarche permettrait de s'assurer qu'une contextualisation des problématiques est faite, ce qui ajouterait de la pertinence au propos, aux critiques, aux propositions. ■

TUNISIE : VERS UNE MÉDECINE COMMUNAUTAIRE /

Michel Roland, très actif depuis plusieurs années sur le terrain de la santé en Tunisie, nous donne ici un aperçu de certaines initiatives menées en matière de formation et de recherche dans ce pays qui fut un précurseur, non seulement dans le domaine de la santé, mais aussi dans les aspirations à l'indépendance et à la démocratie.

Interview réalisée par Marianne Prévost, sociologue, coordinatrice de Santé conjugée.

Santé conjugée : Comment se présente aujourd'hui le système de soins en Tunisie ?

Michel Roland : La situation actuelle est le fruit d'un long parcours initié par Habib Bourguiba, premier président de la Tunisie, qui a acquis son indépendance en 1956, après le Liberia, la Lybie, l'Égypte et le Soudan (le pays avait été placé sous protectorat français en 1981). Le président Bourguiba, nommé à vie, soutient un état laïque et a des visions tout-à-fait novatrices en matière de santé : pour lui, le développement du pays doit se baser sur l'implantation, dans chaque village, d'une école et d'un centre de santé d'accès universel. Il soutient ainsi la création d'un système de santé entièrement public et rigoureusement échelonné, reposant sur trois lignes :

- La première ligne comprend un centre de santé de base pluridisciplinaire et un hôpital de circonscription qui constitue une première référence et dispose de quelques lits. Ces deux structures travaillent en continuité (par exemple le suivi des grossesses se fait au centre de santé de base et l'accouchement à l'hôpital de circonscription). S'y ajoutent des équipes mobiles qui se déplacent dans certaines zones trop éloignées de leur centre de santé de base de référence ;
- En deuxième ligne, un hôpital régional où sont référés les cas dépassant les compétences et les capacités techniques de l'hôpital de circonscription ;

- En troisième ligne, les grands hôpitaux universitaires liés aux quatre universités ; celles-ci sont situées à Tunis, Sousse, Sfax et Monastir. Quelques plus petits centres hospitaliers universitaires viennent compléter ce dispositif.

Structure administrative

- Unité de base (village) ;
- Circonscription ;
- Région (=gouvernorat :) vingt-quatre dont 13 défavorisés, par la suite nommés prioritaires ;
- Etat – direction générale de la santé.

Cette organisation a été pensée avant Alma Ata ! Bourguiba est vraiment un visionnaire. Il n'arrive toutefois pas, malgré sa volonté et son pouvoir de « dictateur éclairé », à éviter d'importantes dérives : des pratiques de privatisation s'installent petit à petit, beaucoup de moyens humains et financiers filent vers la médecine soliste et le secteur privé. Les salaires peu élevés dans le secteur public, l'attraction des grandes villes, amènent les soignants à raboter leurs heures de prestation, à chercher des revenus complémentaires et à ne pas respecter leur contrat.

Installation d'un cercle vicieux... ?

Oui, un cercle vicieux assez classique : le système public se rigidifie, il devient de plus en plus administratif et vertical, il privilégie un recueil de données qui soutient surtout la planification et le contrôle, aux dépens d'une compréhension des contextes humains et sociaux... Ce dérapage non contrôlé du système initial vient renforcer l'attractivité du système privé, lequel est plus axé sur la titularisation et la relation individuelle (quitte à laisser la majorité des gens au bord du chemin...).

Et tout cela ne s'arrange pas avec Zine el-Abidine Ben Ali, qui dépose le président Bourguiba en 1987 après diverses luttes de succession et devient président en qualité de dauphin institutionnel. Ce n'était pas un nouveau venu : il avait auparavant occupé des postes au sein de l'armée et de la sûreté nationale, avait été ministre de l'Intérieur et Premier ministre.

Quelle action le président Ben Ali a-t-il menée au niveau du système de santé ?

Avant de répondre à cette question il faut souligner que son accession au pouvoir intervient à une époque où le pays est en proie à de fortes tensions politiques et économiques, ainsi qu'à l'émergence de tendances intégristes. Cela n'empêchera pas la Tunisie, avec le soutien des pays occidentaux, d'être en 2007 considérée comme le premier pays d'Afrique en termes de compétitivité (d'après les chiffres fournis par le Forum économique mondial). Mais le sort des plus pauvres ne progresse pas, et le pays recule fortement sur le plan des libertés : tant les organisations non gouvernementales que certains médias étrangers dénoncent régulièrement la corruption et la régression en matière de droits de l'homme, appuyée par la répression, l'emprisonnement, la torture des opposants et les atteintes à la liberté de la presse.

En matière de santé, la dictature de Ben Ali, qui s'appuie sur les intérêts privés, ne fait qu'amplifier les problèmes qui se posaient déjà. Les services publics ont peu de moyens ; le niveau central continue à élaborer des plans verticaux (diabète-hypertension, cardio-vasculaire), sans les intégrer de manière suffisante et adéquate au niveau des soins de santé primaires : ces plans sont mis en place de manière segmentée, sans aucune porosité.

La révolution du jasmin, en 2011, a-t-elle modifié cette situation ?

La révolution du jasmin en 2011 a obtenu le départ du président Ben Ali, et elle a suscité d'immenses espoirs.

Elle continue à produire des résultats consistants mais on ne peut nier qu'elle laisse beaucoup de déçus et connaît de nombreuses difficultés. Le travail reste immense... une révolution n'entraîne pas forcément chacun dans un projet citoyen : comme c'est souvent le cas, cette révolution a donné un grand espoir à la majorité des gens d'avoir rapidement une vie meilleure sur le plan individuel, familial... Certains Tunisiens disent que le sens du collectif a diminué depuis la révolution.

Du côté des professionnels de santé, les médecins généralistes continuent à lorgner les grandes villes ; la plupart d'entre eux souhaitent devenir spécialistes et développer une pratique privée avec des patients solvables - d'autant plus que la médecine générale est dévalorisée ; beaucoup de généralistes s'auto-déprécient. Et les universités se situent au nord-Est du pays, au bord de la mer, dans des régions très touristiques : quelques années de formation suffisent pour que l'on n'ait guère envie de rejoindre les campagnes éloignées, les villages démunis... cela n'a pas changé.

Une large vague d'espoir a soulevé les militants des soins de santé primaires, lors du retour de Moncef Marzouki, militant de toujours contre la dictature de Ben Ali. Homme politique, écrivain, ce militant des droits de l'homme est aussi un médecin, spécialisé en médecine interne, en neurologie et en santé publique ; il a été président de l'école de santé publique, de la faculté de médecine, et professeur en médecine communautaire à l'université de Sousse depuis 1981. Après une vie émaillée de menaces, d'exclusion hors de l'université, d'emprisonnement et de torture, il a été contraint à l'exil. Mais il est largement sollicité par les révolutionnaires, il revient au pays en 2011 et est élu président.

Il est vraiment bien placé pour remettre sur pied un réel système de santé, public et basé sur les soins de santé primaires ? !

Bien sûr ! Il semble enfin possible aux acteurs progressistes de redonner vie à ce projet. Mais cela ne se fait pas en un jour, les problèmes sont nombreux, les tensions fortes, les visions politiques de Moncef Marzouki ne font pas l'unanimité. Il est battu au second tour de l'élection présidentielle de 2014 par Béji Caïd Essebsi : trop progressiste aux yeux du parti Ennahda avec lequel il a créé une alliance, pas assez radical pour la gauche qui a soutenu sa candidature... Aujourd'hui vieillissant, il laisse à la Tunisie une constitution assurant la laïcité, la séparation des pouvoirs, les droits de la femme : ce n'est pas négligeable !

Y a-t-il eu des changements en matière de santé grâce à la révolution du jasmin, à Moncef Marzouki ?

Moncef Marzouki n'a pas eu le temps de changer les choses en profondeur. Mais il laisse le master en santé communautaire, qu'il réussit à créer malgré toutes les menaces et oppositions sous la dictature de Ben Ali. Son successeur a repris la direction de ce master, dans lequel intervient le Département de médecine générale de l'université libre de Bruxelles. Nous espérons, avec nos collègues tunisiens, que ce master deviendrait le master en médecine de famille. Mais les facultés de médecine ont créé un master en médecine de famille, dont les premiers diplômés sortiront en janvier 2017, un master plus axé sur les aspects curatifs à l'initiative des spécialistes qui y interviennent. Toutefois des connexions se font, le doyen de Sousse est médecin généraliste (une première en Tunisie) et l'ancien président de l'école de santé publique, les autres doyens sont très ouverts aux soins primaires et à l'ouverture des facultés vers la communauté.

Le master en santé communautaire existe toujours ; il est proposé, au même titre que le master en médecine de famille, comme une spécialisation après le cursus de médecine générale. Et il a permis de former plusieurs centaines de médecins, qui sont devenus motivés et actifs dans les centres de santé de base.

Ce master peut-il influencer plus largement l'ensemble du système de santé ?

La formation ne suffit pas, mais c'est une base indispensable, qui est de nature à revaloriser la profession et à soutenir de nouvelles motivations chez les médecins. Toutefois, arrivés sur le terrain, certains résistent mal au poids des structures, des habitudes ancrées... Il sera également nécessaire d'organiser la coexistence harmonieuse et productive d'anciens médecins « seulement généralistes » mais occupant le terrain parfois depuis des dizaines d'années et manifestant à la fois expérience et compétences pragmatiques avec de jeunes promus, munis d'un titre universitaire de médecin de famille, mais débarquant en milieu inconnu. Il s'agira aussi d'assurer la mise à niveau des anciens, la formation continue de tous dans le cadre d'un développement professionnel de qualité, et de garantir des conditions de travail susceptibles d'être comparées à celles du secteur privé...

Avez-vous d'autres niveaux interventions ?

Nous avons créé des liens concrets avec différents programmes nationaux qui rejoignent nos objectifs

et qui traversent les trois lignes de soin décrites ci-dessus : par exemple le Programme national de développement des circonscriptions sanitaires et le Programme d'appui aux zones défavorisées (prioritaires), qui concerne 13 gouvernorats et vise à soutenir le système et les services de santé publics. Les objectifs, la philosophie de ces programmes rejoignent ceux du « *Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine* », dans lequel la Tunisie s'est engagée des deux mains : c'est le seul pays à avoir mobilisé l'ensemble de ses universités.

Les liens créés avec les programmes nationaux ont-ils une opérationnalité sur le terrain ?

C'est leur but en tout cas, et il y a des liens très concrets : nous avons conçu une recherche-action dans le cadre d'une collaboration avec la Direction des soins de santé de base, une des cinq directions impliquées dans le programme d'appui aux zones défavorisées – les quatre autres sont : Etude et planification, Equipement, Médecine d'urgence, Médecine scolaire/universitaire.

Les objectifs de la recherche action sont les suivants :

- ◆ Intégrer de manière horizontale les programmes verticaux ;
- ◆ Soutenir la rencontre entre les parties prenantes experts, professionnels, population, politiques à travers des animations participatives¹ ;
- ◆ Remettre sur pied des centres de santé de base ;
- ◆ Elaborer des itinéraires cliniques (trajets de soins).

Nous avons choisi de travailler avec deux gouvernorats et, dans chacun d'eux, avec deux circonscriptions au sein desquelles deux centres de santé ont été choisis en tant que centres pilotes.

La première étape de la recherche-action, qui se terminera en juin 2016, consiste à définir « ce que c'est un bon centre de santé de base », avec toutes les parties prenantes : soignants, population, médecins privés, politiques... Cette approche s'inscrit dans la politique plus globale de « dialogue sociétal » initiée par Moncef Marzouki. Nous voyons ici l'impact du master en santé communautaire et de tout ce que la

1. Sur base de l'approche SALT proposée par Jean Louis Lamboraye.

Direction des soins de santé de base a déjà produit et réalisé dans le passé : dans les centres pilotes, les concepts et les indicateurs existent déjà, la recherche-action pourra se mettre en œuvre très rapidement au niveau opérationnel.

La deuxième étape, qui se terminera en septembre 2016, consistera à élaborer un chronogramme de planification décrivant la manière de faire évoluer, de manière faisable, reproductible et pérenne, la qualité des soins et le centre de santé de base dans son ensemble vers le modèle défini à la première étape, et ce, dans chacun des deux centres pilotes. Un outil à visée très opérationnelle permettra donc de réaliser concrètement les étapes du chronogramme pour en vérifier le bien-fondé et la faisabilité, et amener la pérennité des changements introduits ainsi que leur reproductibilité dans le but d'une dissémination dans d'autres centres de santé de base, dans d'autres circonscriptions, dans d'autres régions, même non défavorisées. Un des moyens pour le faire sera la mise à disposition d'un guide de planification, très générique mais pouvant s'adapter à toutes les situations particulières et spécifiques. ■



Mon rôle, puis celui des membres de mon équipe, a été progressivement défini après la publication de l'arrêté royal de 1997 structurant la prise en charge des soins palliatifs en Belgique. C'était l'occasion pour la direction des Cliniques universitaires de Bruxelles, Hôpital Erasme, de créer une équipe mobile sans identifier un secteur d'hospitalisation spécifiquement palliatif. Les fonctions assumées par l'équipe naissante ont d'emblée dépassé le domaine des approches de fin de vie pour offrir aux cliniciens des unités aiguës, souvent de jeunes médecins, une aide dans la prise en charge des symptômes, la douleur essentiellement. Assumer cette fonction devait me permettre de décliner au mieux mes projets d'infirmière clinicienne alors récemment diplômée.

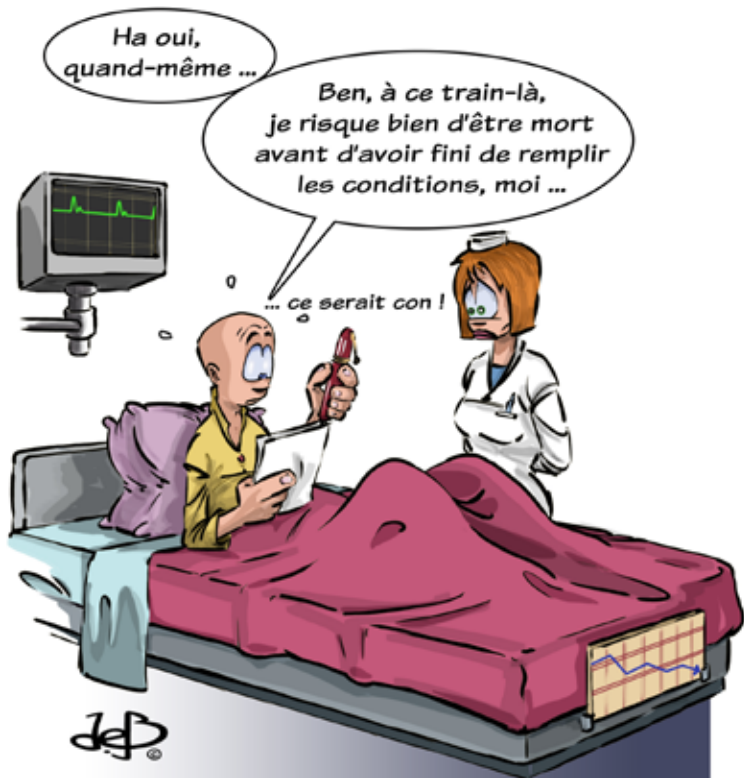
Chantal Gilbert, infirmière chef, équipe mobile soins palliatifs-soins continus, hôpital universitaire Erasme.

Article paru dans la revue *Kairos* n°59 de 2015.

En 2002, trois lois majeures ont été promulguées en Belgique. La première concerne les droits des patients, elle permet aux citoyens belges de participer aux décisions relatives à leur santé tant dans leurs aspects diagnostiques que thérapeutiques. Cette loi oblige les médecins, dans la mesure des possibilités, surtout celles de compréhension, d'informer leurs patients du pronostic de leur affection. Si celui-ci ne permet plus d'espérer une guérison mais plutôt d'envisager une évolution péjorative rapide, il est plus facile, lorsqu'il est communiqué, d'orienter et de faire accepter une prise en charge palliative. La mise en pratique de la seconde loi exigeant qu'une telle approche puisse être fournie à chacun si son état le requiert est donc grandement facilitée par ce devoir de transparence. La troisième loi, la plus médiatisée, concerne la dépénalisation de l'euthanasie. Elle offre au patient un cadre précis pour demander à son médecin de la pratiquer. Celui-ci, en

fonction de la nature du suivi préalable, de son appréhension de l'état clinique et de la souffrance rapportée, selon sa seule éthique personnelle, acceptera ou non de réaliser l'acte. Il est également sensibilisé à orienter son patient vers un autre praticien en cas de refus.

Tout cela est légalement bien clair et établi, mais..., dans les circonstances de tous les jours, les demandes d'euthanasie sont toutes uniques et complexes. Elles nécessitent une approche individualisée. Je suis infirmière, comme les deux collègues qui travaillent avec moi au sein de la « cellule » soins palliatifs-soins continus, je sais que l'euthanasie est évidemment réservée aux médecins. Cependant, de par notre expérience et notre vécu des nombreuses situations dont nous avons été les témoins en 13 ans, nous pouvons expliquer, entourer, soutenir les acteurs, les familles et les équipes de soins.



Les situations de fin de vie sont des circonstances exceptionnelles dans certaines disciplines, elles sont souvent redoutées, dans un hôpital universitaire, par les médecins de première ligne, fraîchement promus et orientés vers le diagnostic des maladies et leur guérison. Un cours est donné en premier master depuis quelques années aux étudiants en médecine, mais la confrontation avec la réalité demeure un apprentissage brutal. Ce sont pourtant ces jeunes praticiens ou leurs aînés dont la formation antérieure aux lois n'implique pas non plus une maîtrise du rôle qu'ils ont à jouer et des démarches administratives à réaliser obligatoirement. « Cela » fait encore peur à certains de remplir des documents et de les adresser par recommandé.

Appel d'une unité de soins : « Un(e) patiente a formulé une demande d'euthanasie ». La première chose à faire avant de le (la) rencontrer est de s'enquérir de la nature des démarches effectuées, de l'existence d'écrits, de leur pertinence. L'équipe infirmière, selon ses propres rapports avec le(la) malade communiquera des informations souvent mêlées d'émotion. A-t-il(elle) été hospitalisé(e) fréquemment ou surgit-il(elle) dans l'univers des soignants après un suivi ambulatoire ? L'admission programmée pour obtenir l'euthanasie est quelquefois difficile à accepter par une équipe infirmière.

L'idéal sera de rencontrer le médecin, de recueillir ses attentes, d'obtenir de lui le récit des entretiens qu'il a eu avec son(sa) patient(e) et la nature des informations qu'il lui aura communiquées. Ensuite vient le contact

avec le(la) patiente(e). Pour surgir efficacement comme témoin de la dernière étape d'une vie il faut afficher une grande prudence, pratiquer une écoute humble et ne jamais juger ni donner l'impression de le faire. Il y a une demande, pourquoi ? Pourquoi maintenant ? Quelle est la justification ponctuelle de la demande, est-elle mûrie ou secondaire à un événement récent ? Les alternatives sont-elles connues ? Les soins palliatifs bien entendu mais également la sédation ou une autre approche technique comme la pose de prothèses dans certains cancers des voies digestives ou respiratoires. Des éclaircissements sont habituellement requis. Le médecin traitant aura, pendant de longs mois ou années, piloté un parcours curatif au départ, puis supportif, mais il faut maintenant décliner tous les schémas et possibilités.

Qu'en pense l'entourage ? Appuie-t-il la demande ? La démarche a-t-elle dû être souvent repoussée suite à de multiples débats intra-familiaux, générant aujourd'hui un sentiment de victoire au terme d'un long combat pour la personne en fin de vie et de défaite pour un être sentimentalement proche. Faudra-t-il expliquer, rencontrer les enfants, les parents ? Quel est le souhait du(de la) patient(e) en la matière ?

Il faut évidemment parler de la mort, détecter les angoisses pour tenter de les apaiser... mais aussi de celles induites par le « mourir ». Ces peurs peuvent être suscitées par des renseignements de type « clichés » fournis par les médias sur la pratique de l'euthanasie. La crainte d'avoir mal, encore plus mal. Il faut rassurer après avoir cerné correctement les questions mais il ne faut pas non plus banaliser car l'être humain que nous avons l'occasion de rencontrer doit garder son libre arbitre. La procédure peut être clairement décrite, cela permettra de détruire les fantasmes en s'appuyant sur la vérité. Le(la) patient(e) a droit à l'information ; soulignons que, depuis 2002, c'est devenu légal.

Suite à plusieurs discussions, le retrait d'une demande est toujours possible. Il faut rappeler que celle-ci peut être simplement post-posée. Notre interlocuteur(trice) doit savoir qu'aucune porte n'est définitivement fermée, qu'il(elle) pourra plus tard la reformuler et qu'elle sera toujours identiquement entendue.

« Madame, ma décision est prise, il faut agir immédiatement ! » Une telle exigence ne doit jamais être rencontrée. Une euthanasie ne se pratique pas dans l'urgence. Le respect doit exister dans les deux sens. L'euthanasie n'est un acte aisé à poser pour aucun médecin. Il faudra de plus organiser la venue de ceux et celles attendus pour assister leur proche, leur ami(e) ; choisir une date, organiser les soins dans l'unité.

Recueillir toutes ces informations, rencontrer sereinement un(e) patient(e), organiser l'euthanasie prend du temps et nécessite plusieurs entretiens et démarches. A chaque fois, tout est particulier, sachant que notre souci est également, au sein d'un hôpital laïc et donc pluraliste, de permettre la pratique de tout rite religieux réclamé par le(la) patient(e).

Le souvenir que garderont les soignants de l'équipe d'hospitalisation doit également être correctement défini et construit sur des bases exactes. Certains soignants sont opposés à l'euthanasie, ils s'abstiennent d'être présents lors de l'acte et, bien entendu, de pratiquer la toilette mortuaire. Il suffit de correctement planifier certains horaires. La stabilité émotionnelle des équipes est très importante à maintenir, tant pour assurer la prise en charge des patients aigus que ceux arrivés au terme de leur vie. L'approche est interdisciplinaire, chacun jouant son rôle dans le respect des autres. Des groupes de parole ou des réunions d'échanges sont programmés rapidement après les décès. Vu le nombre de patients accueillis dans les unités d'hospitalisation aiguës, les renseignements utiles n'ont souvent été distribués au préalable que de manière fragmentaire.

Notre rôle en tant qu'infirmière en soins palliatifs et soins continus face à une demande puis décision d'euthanasie est donc celui de « clarificatrice », puis de facilitatrice, éventuellement de coordinatrice et d'assistante auprès des acteurs de terrain, des familles et des proches avant, pendant et après l'euthanasie. Il importe que la procédure se déroule parfaitement pour n'occasionner aucune souffrance supplémentaire au (à la) patient(e) et ne pas aggraver le vécu du deuil de l'entourage des amis ou accompagnants et rassurer les équipes de soignants. ■

Journal d'un corps, Daniel Pennac, Gallimard, Collection Folio, édition augmentée 2014.

Marianne Prévost, sociologue, responsable de Santé conjuglée.

Bien connu du grand public par la saga des *Malaussène*, Daniel Pennac est aussi l'auteur d'un « journal intime » dont l'originalité tient au point de vue adopté : « Je veux, dit le narrateur, écrire le journal de mon corps parce que tout le monde parle d'autre chose ». Ce corps, c'est celui d'un enfant chétif qui n'existe pas dans le regard de sa mère - « tu ne ressembles à rien » - et dont le père, toujours chéri, a connu une mort précoce. Cet enfant prend la plume à 13 ans, suite à un épisode de terreur

absolue : attaché à un arbre par ses petits camarades scouts, il a bien cru finir sa vie dévoré par les fourmis – et en a « chié dans son froc », honte insupportable.

« *Je n'aurai plus jamais peur* ». Cette résolution inaugure la description journalière des sensations éprouvées - une tentative d'apprivoisement à travers l'observation et le langage : « la peur du vide broie mes couilles, la peur des coups me paralyse, la peur d'avoir peur m'angoisse toute la journée, l'angoisse me donne la colique, l'émotion (même délicate) me donne la chair de poule, la nostalgie (penser à Papa par exemple) mouille mes yeux, la surprise me fait sursauter (même une porte qui claque !), la panique peut me faire pisser, le plus petit chagrin me fait pleurer, la fureur me suffoque, la honte me rétrécit. Mon corps réagit à tout ». Suit la chronique précise et douce amère de toute une vie, de l'enfance à l'adolescence jusqu'à l'âge adulte, la maturité, la vieillesse et la mort.

Pas de pudibonderie ! Voilà un corps qui exulte en réjouissances et flatulences, un corps qui doute et souffre, rencontre le plaisir solitaire ou partagé, vomit, sent mauvais, tremble d'effroi ou de tendresse, pèse trop lourd ou pas assez, trahit parfois la volonté, vibre de désirs multiples, jouit du soleil et des vents d'été... Etonnements, replis, secrets intimes : tout y passe, avec crudité, ironie, douceur, dans une prose qui séduit par son élégante gravité.

Ce journal d'un corps n'est pas, on l'aura compris, d'un précis d'anatomie ! Les sensations sont intimement liées aux émotions, aux sentiments, à la pensée, à l'environ-



nement extérieur, aux interactions proches ou distantes avec d'autres humains : une magnifique illustration du concept de « santé globale » ! Mais on est ici bien loin de tout discours théorique : c'est dans un style simple et familier que Daniel Pennac invite le lecteur à plonger dans l'expérience singulière et universelle d'une vie d'homme – où les femmes se reconnaissent aussi ! « *D'ailleurs* », dit-il, « *si je devais rendre ce journal public, je le destinerais d'abord aux femmes. En retour, j'aimerais lire le journal qu'une femme aurait tenu de son corps. Histoire de lever un coin du mystère. En quoi consiste le mystère ? En ceci par exemple qu'un homme ignore tout de ce qu'une femme ressent quant au volume et au poids de ses seins, et que les femmes ne savent rien de ce que ressentent les hommes quant à l'encombrement de leur sexe* ».

Evanouissement des frontières entre le corps, l'esprit, le cœur ; mais aussi flottement des temporalités. Car même si chaque petit récit de ce journal intime est daté avec précision, chaque moment résonne avec un autre moment : le présent se vit à la lumière du passé et se projette dans le futur, la ferveur adolescente brûle sous les rides du cinquantenaire qui entrevoit la vieillesse à l'occasion d'une maladie ou d'un regard critique... On touche à la solitude de chaque être humain, dont les mouvements intérieurs restent le plus souvent impalpables, incompréhensibles aux yeux des autres – et aux siens.

Le narrateur s'éteint à 87 ans, après une longue maladie dont on suivra pas à pas l'évolution, avec les soignants qui s'occupent de lui et dont on perçoit le désir de prolonger cette vie, les doutes, l'impuissance, les regrets... ■

« Nous sommes jusqu'au bout l'enfant de notre corps. *Un corps déconcerté* ».



Intrinsèque au modèle des maisons médicales, le travail en équipe pluridisciplinaire est aujourd'hui considéré comme un critère de qualité pour les soins de santé primaires : des soins particulièrement bien adaptés à la prédominance des pathologies chroniques, dont le suivi, complexe et multidimensionnel, nécessite l'intervention d'acteurs diversifiés - sur un temps long puisqu'on peut aujourd'hui vivre pendant des années à domicile avec une insuffisance cardiaque, un diabète, une arthrose, etc.

La collaboration entre disciplines ne va pas de soi. En maison médicale, nombre de réflexions portent sur l'organisation optimale : faut-il créer de nouveaux métiers¹, intégrer de nouvelles disciplines à l'équipe de base (dentisterie, logopédie...), renforcer les pôles psychothérapeutique et social, encore insuffisamment soutenus ? Ne convient-il pas de s'organiser autrement, de manière plus formalisée, notamment lorsque l'équipe s'agrandit (ce qui est souvent nécessaire pour répondre à une demande croissante) ? Le cloisonnement entre disciplines n'est-il pas parfois en train de se réinstaller ? Le dialogue ouvert et non hiérarchisé entre les professions, les disciplines, est-il possible, à quelles conditions ?

Ce dossier fait la part belle aux pratiques et recherches menées en maison médicale - tout en allant à la rencontre d'univers différents. Il s'ouvre par une réflexion éthique de Jean Cornil sur la manière dont l'être humain tente d'échapper aux cloisonnements tout en cherchant des ancrages – un cheminement toujours incertain ; suivent des remarques émises par quelques membres de la fédération, relatives aux concepts utilisés en matière de collaboration entre disciplines – petit exercice sémantique qui propose des balises modulables.

1. SOMASSE E., PALIGOT F., HEYMANS I., « Une étude sur les métiers de demain au premier échelon en Belgique : pourquoi et comment ? » *Santé conjugulée* n°55 - janvier 2011.

Transdisciplinarité : formules

De manière beaucoup plus pragmatique, Jan De Maeseneer et d'autres professeurs issus des universités flamandes proposent un cadre conceptuel pour la concertation dans le domaine des soins de santé : une vision pour l'avenir, qui fait écho à l'article suivant où des soignants de maisons médicales et enseignant à l'université de Liège dressent l'inventaire de la coordination des soins de première ligne en Belgique.

Certains acteurs de première ligne se focalisent sur un public, une problématique spécifique : leur plaidoyer pour une meilleure intégration des soins a donc des accents particuliers. Nous sommes allés à la rencontre d'Eric Husson et de Jerry Wérenne, intervenants en toxicomanie au projet Lama : très sensibles à la manière dont l'organisation des soins peut inclure des publics très marginalisés - ou au contraire les exclure toujours davantage - ils ouvrent des pistes originales en matière de collaboration intersectorielle.

Certains dispositifs font obstacle aux pratiques intégrées, notamment la responsabilité légale en matière de soins : Marinette Mormont aborde cette question délicate à partir d'une expérience menée dans un hôpital bruxellois - qui pourrait susciter de nouvelles réflexions dans d'autres milieux de soins. Autre dispositif, fondamental de par son rôle dans la rencontre entre disciplines: l'organisation des formations de base, aujourd'hui très cloisonnée dans la plupart des cas². Heureusement, de belles initiatives montrent qu'il est possible d'innover : Pierre-Joël Schellens décrit un séminaire interdisciplinaire organisé à l'université libre de Bruxelles, inspiré notamment des pratiques canadiennes. Naima Bouti, élève infirmière enthousiaste, souligne de son côté à quel point cette formation est bénéfique - mais éloignée des pratiques dominantes.

2. BISSCHOF A., « Formation interprofessionnelle : une exigence pour une approche intégrée des soins », *Santé conjugée* n°48 - octobre 2008.

La réorganisation des tâches entre médecins et infirmières est un enjeu crucial face aux maladies chroniques : plusieurs pays ont analysé cette question. Hélène Dispas évoque ces travaux ainsi que ce qu'ils inspirent aux travailleurs de maisons médicales à Liège, tandis que Marinette Mormont nous livre la parole de soignants qui ont mis en œuvre une procédure originale à la maison médicale Saint-Léonard.

D'autres complémentarités sont ensuite analysées : Zoé Wouters et Séverine Declercq évoque la concertation mise en place à la maison médicale d'Esseghem : un processus qui réunit l'assistante sociale, la psychologue et l'ergothérapeute pour s'étendre à toute l'équipe.

Certains acteurs occupent des positions par nature transversales, leurs points de vue respectifs sont dès lors particuliers. Les accueillantes sont parties de la question relatives au sujet partagé, liée à leur place spécifique, tandis que les travailleurs en santé communautaire décrivent comment les autres professionnels s'articulent - ou pas - avec leur démarche qu'ils considèrent comme (pouvant être) un « liant interdisciplinaire » !

Une coordination formalisée favorise-t-elle l'interdisciplinarité ? Cette fonction, relativement neuve en maison médicale, est abordée dans trois textes proposant réflexions et description de projets en cours. Enfin, place à l'outillage technique : analyse de l'aspect transdisciplinaire du Dossier santé informatisé Pricare, suivie d'un récit concernant l'implémentation concrète de cet outil parmi l'ensemble des travailleurs d'une équipe.

Nous laissons le tout dernier mot à l'éthique - à l'utopie ? Charte de la transdisciplinarité écrite en 1994 par le Centre international de recherche et études transdisciplinaires (CIRET).

Bonne lecture !

Benjamin Fauquert
Marianne Prévost

Frontières, limites et désirs d'infini

Jean Cornil, chargé d'études chez
Présences et action culturelles.

La collaboration entre disciplines questionne l'identité, les limites, la rencontre avec l'autre, l'organisation collective... Des enjeux qui dépassent de loin les pratiques professionnelles : la notion de frontière doit sans relâche être interrogée et mise au coeur d'une réflexion éthique.

Article initialement paru dans le magazine *AGIR PAR LA CULTURE*, n°44 (Hiver 2015-16), www.agirparlaculture.be

Les multiples questions posées par la frontière sont aujourd'hui un enjeu essentiel pour l'action et la réflexion sur notre monde. De la construction d'un mur en Palestine à la différence entre l'homme et l'animal, de l'accueil des migrants en Europe aux limites des ressources naturelles, des identités fermées à la définition du propre de l'homme, la notion de frontière doit sans relâche être interrogée et mise en débat.

La condition humaine porte en son cœur une contradiction fondamentale : celle de la limite. Nous sommes clôturés par des limites, qu'elles soient naturelles - la finitude de notre corps, de notre vie, de notre genre, de la biosphère... - ou culturelles - nous sommes nés à telle époque historique, dans telle civilisation, dans telle classe sociale, dans telle famille... Nous sommes des êtres « bornés ».

Mais nous sommes aussi hantés par l'imaginaire de l'infini, de l'illimité, de l'éternel, de l'absolu. Des monothéismes à l'astrophysique, des mathématiques à l'esthétique, la puissance et l'obsession de cette insatiable quête de l'infini, sonnent comme une lancinante antienne emplie de vertiges insondables. En scrutant le ciel, en développant des équations, en poursuivant une maîtrise croissante de la nature, en explosant son imaginaire, en colonisant des territoires, en conquérant de nouveaux marchés, en spéculant sur « l'humanité augmentée », l'homme, tout à la fois Faust et Prométhée, entend tout englober, avec effroi ou avec ravissement.

Ce petit être fini et inachevé, surgi par hasard et nécessité sur la scène terrestre, il y a des millénaires, s'est construit une destinée. Par la révélation divine ou par le calcul infinitésimal, par le recul des frontières de la

mort ou par la transformation acharnée de la matière, cette destinée est toute tendue vers des horizons perpétuels et démesurés.

Cette contradiction, insoluble et irréductible en soi, est l'essence de l'humain. Vivre avec cette opposition cardinale est un défi périlleux. Car il s'agit de résoudre, du moins provisoirement, ce paradoxe central pour exister le mieux possible avec soi-même et avec les autres. Il faut des balises, des limites, des frontières pour combiner nos rêves d'infini et nos insuffisances intrinsèques. Ces lignes de partage sont innombrables et se déclinent en de multiples sens : la construction de notre identité par la morale et l'éthique, la gestion des collectifs humains par la politique et l'économie, le rapport au monde « non-humain » par les sciences et les techniques... difficile équilibre. Le funambule est roi entre le cristal de la fermeture rigidifiée et l'évanescence de la fumée infinie et indifférenciée... Soit deux excès contraires et chacun d'eux poussés dans leur logique ultime, dévastateurs.

Le besoin de frontières

Nous avons en effet besoin de limites et de frontières, entre le sacré et le profane, l'homme et la femme, l'humain et l'animal, le normal et le pathologique, le politique et l'économique, l'humanité et la biosphère, entre le je et le nous, entre les langues, les traditions, les cultures, les États, les civilisations... Le cap à suivre, me semble-t-il, se situe au niveau de la bonne distance, dans la construction de la juste mesure. À défaut, on tombera soit dans une identité de clôtures et de fils barbelés, psychiques ou géopolitiques. C'est la voie de la psychose, de l'autisme, du dogmatisme, du tota-

litarisme, du racisme ou du sexisme. C'est l'érection de murs, mentaux comme physiques. Cela conduit à la maladie mentale, à l'anthropocentrisme, au colonialisme ou au monopole de quelques marques occidentales mondialisées.

Soit, à l'inverse, on tombera dans le magma indifférencié de l'égo-grégarisme où les particularités et les personnalités, les spécificités et les identités, se dissolvent dans une homogénéisation superficielle et nivellante. Mainstream universel imposé par le plus fort, le plus riche ou le plus rusé. On aura créé un homme hors sol avec le déracinement comme norme et comme idéal.

Une frontière, cela sert à défendre et à protéger, mais aussi à relier. Pas de distinction avec ceux d'en face et vous pouvez les annexer ou les écraser. La singularité de soi permet de reconnaître celle de l'autre. La dignité, la fraternité, la solidarité, sont d'abord une question de bonne distance et de juste mesure. Au fond il s'agit de ne pas être contre, dans les deux positions possibles : ni tout contre ni, à l'inverse, en opposition frontale. Toujours la recherche de l'intervalle optimal, de l'espace adéquat. Respecter c'est, étymologiquement, regarder derrière soi. Tout rapport à l'autre nécessite une retenue de l'œil, un regard distancié, une célébration de l'écart.

La peau, les rites, le droit

Notre première frontière, vitale, s'appelle immunologie, cette science médicale qui étudie les réactions de défense de l'organisme face à un agent hostile, d'une bactérie à une allergie, d'un rejet de greffe à une maladie auto-immune. Activation des cellules de défense, mobilisation des anticorps, tout concourt pour protéger notre corps par un système de défense spécifique. La démarcation originelle, c'est notre enveloppe corporelle, notre épiderme, la plus essentielle de toutes les protections.

Puis, il y a les bordures apparues il y a des millénaires quand l'homme est devenu un être de culture. Ce sont les rites qui nous aident à négocier avec les dieux et avec les morts. Ils fixent la frontière entre le sacré et le profane, le permis et l'interdit, le pur et l'impur. Enfin, troisième système immunitaire intégré à la nature même de la vie humaine, le droit, inauguré par les Romains, qui a dressé des limites indispensables à l'organisation collective. Trois frontières qui illustrent philosophiquement la nécessité d'une distinction entre le « je », qu'il s'exprime sous l'aspect individuel ou sous l'aspect social, et « l'autre ». Trois enveloppes indispensables à la perpétuation de la vie. Il faudra sans doute

en imaginer urgemment une quatrième pour préserver la biosphère. Tâche d'une nouvelle science à bâtir pour répondre à l'ère de l'Anthropocène qui s'ouvre.

Les démarcations apparaissent fondamentales dans tous les ordres de la condition humaine. Le tracé, la carte, la ligne, découpent la sphère terrestre et les cieux spirituels. De la fondation de Rome par Romulus à la zone d'influence de l'actuelle Russie, du partage du monde par Zeus aux lignes de partage entre orthodoxes et catholiques ou entre sunnites et chiïtes, des esplanades sacrées aux enceintes où l'on rend la justice, tout l'espace, depuis des temps immémoriaux, fait l'objet d'un maillage d'un raffinement et d'une sédimentation extrêmement denses. La géopolitique moderne, et singulièrement l'occidentale, ferait bien parfois de recouvrir la mémoire. La géographie, qui ne sert pas qu'à faire la guerre, bien plus encore que l'histoire, trace les sillons dans lesquels s'inscrivent les pas des armées et des gouvernants.

Une démarcation toujours mouvante

On l'aura compris, la frontière est constitutive de la destinée humaine, sous toutes ses dimensions, des plus symboliques aux plus prosaïques. Du vaccin contre la grippe à la frontière linguistique, des vaches sacrées aux abattoirs industriels, de Frontex au mariage pour tous, de la zone d'influence à la gestation pour autrui. Et même la toile, ce sixième continent qui donne une illusion d'espace infini et sans frontières, se heurte à la censure d'État ou au moralement correct de notre temps. Que pourrait un GPS face à un tel amoncellement de lisières, de confins, de bornes et de démarcations ?

Car, et c'est heureux, toutes ces lisières, ces confins, ces bornes et ces démarcations, se transforment, ondulent, se déplacent et évoluent. Ce qui était illégal hier ne l'est plus aujourd'hui. Ce qui était jadis blasphème devient avant-garde célébrée *hic* et *nunc*. Les animaux-machine deviennent des êtres de sensibilité. La femme a presque accédé au « statut d'humain », comme le fou, le criminel, le noir, l'homosexuel, l'handicapé ou le miséreux. Tout dépend des époques et des pays, des lois et des mentalités, des dieux et des héros.

Il faut se réjouir, à mon sens, de la destruction de nombreux murs de préjugés qui confinaient trop de nos concitoyens dans la honte, la culpabilité, la discrimination, le secret ou l'infraction. Que les frontières normatives au profit des libertés fondamentales et de la diversité de styles de vie, s'élargissent, c'est évidemment tant mieux. Que les valeurs de tolérance, de dialogue et de liberté s'universalisent, qui pourrait le

blâmer ? Mais, comme un perpétuel tango, les identités fermées, les radicalismes et les intégrismes pullulent. Comme si à toute ouverture émancipatrice devaient répondre des enfermements étanches. Il nous faut des frontières poreuses qui respirent comme la peau ou les civilisations illustres. À un bon rythme et à bonne distance.

Mais il convient aussi de s'inquiéter de la part maudite des choses : la perte du sens de la limite. Tout progrès porte en lui un regrès. Toute mesure, une démesure, cette fameuse *hubris* qui terrifiait déjà les sages de la Grèce antique. Aujourd'hui, la puissance des technosciences met en péril les équilibres du système-terre. Il va nous falloir retrouver le sens de la mesure et de l'harmonie. L'exercice, vital pour notre espère, est d'une difficulté extrême et inédite, entre la transgression, essentielle à la poursuite de l'aventure humaine, et la conservation, tout aussi essentielle. Un nouveau paradigme intellectuel, si cher à Edgar Morin, qui place en son cœur la complexité, doit s'ébaucher pour tenter de répondre aux enjeux d'une nouvelle ère de la biosphère. Concilier le tout et les parties, l'ordre et le désordre, les acquis du passé et les potentialités du futur, des frontières qui séparent et qui relient, des limites fluides, ondoyantes mais qui conservent les traces émancipatrices du passé et de la mémoire... Toujours la juste norme, à l'image d'un douanier sans frontières.

Paul Valéry écrit en 1931 que le temps du monde fini commence. Alexandre Koyré décrit en 1957 le passage de la modernité comme celui du monde clos à l'univers infini. Il s'agit désormais de penser les deux principes en même temps, tout à la fois nos indispensables limites et nos désirs d'infini. ■



Pluri-, multi-, inter-, trans- ou in-disciplinarité ?

Marianne Prévost,
Benjamin Fauquert,
Pierre Drielsma,
Fédération des maisons
médicales.

A la base des pratiques en maison médicale, la collaboration entre diverses disciplines. Est-il utile de distinguer les différents termes désignant cette collaboration ? Apparemment oui, si l'on en croit l'abondante littérature consacrée à cette question : bref aperçu qui se termine de manière indisciplinée.

Les mots pour le dire

Comment travaille une équipe de professionnels appartenant à différentes disciplines ? De manière pluridisciplinaire ? Multidisciplinaire ? Interdisciplinaire ? Transdisciplinaire ? En co-professionnalité ? Un peu de tout ?

S'il nous a paru utile d'éclaircir ces notions, c'est parce que les mots ont un sens - dont l'essence se dilue parfois au fil du temps. En l'occurrence, ils ont été créés pour désigner différentes approches de la collaboration entre professionnels. Bien entendu, leur contenu peut être précisé, nuancé, il n'est pas figé ; c'est le cas pour la plupart des termes évoquant des pratiques humaines et sociales. Toutefois les quelques balises proposées ici devraient, nous l'espérons, permettre de préciser pourquoi une équipe se définit de telle ou telle manière, comment elle souhaite cheminer - et l'aider peut-être à trouver sa propre réponse aux questions posées ci-dessus.

Richesse et limites des disciplines

Avant tout la discipline ! C'est-à-dire « une instruction, une direction morale », mais aussi une « science, une matière pouvant faire l'objet d'un enseignement spécifique »¹. Remarquons avec Basarab Nicolescu² que le

terme « discipline » permet d'éviter les débats sur ce qui est scientifique et ce qui ne l'est pas : musique, art dramatique, géographie, menuiserie, philosophie, art pictural, autant de disciplines.

Une discipline a ses propres lois, cadres conceptuels, langage, méthodes et outils d'analyse. J.W. Saultz³ apporte des précisions intéressantes dans sa réflexion sur les bases intellectuelles de la médecine de famille : la « discipline académique » est un domaine qui conduit à l'acquisition de connaissances évaluables par des critères appropriés de qualité et qui diffèrent de celles apportées par d'autres disciplines ; ce domaine de connaissances est indépendant dans la mesure où il oriente certaines de ses questions sans références à d'autres domaines d'études ; enfin, conçu comme une œuvre publique, il est ouvert à tout qui veut l'étudier (à l'inverse du sectarisme).

Comment ne pas s'émerveiller devant la consistance, la cohérence, la richesse d'une discipline ? C'est par exemple sur base d'un modèle mathématique que Higgs et d'autres chercheurs postulent en 1964 l'existence d'une particule élémentaire ; leur argumentation est suffisamment solide pour orienter les recherches pendant plusieurs dizaines d'années... et l'existence de cette particule est confirmée en 2012 : prix Nobel de physique pour un chercheur belge, François Englert. Tout cadre peut cependant devenir un enfermement, surtout lorsqu'il s'institutionnalise ; ainsi, souligne Edgar Morin, « L'institution disciplinaire entraîne à la fois un

1. Centre national des ressources textuelles et lexicales, créé par le CNRS <http://www.cnrtl.fr/>

2. NICOLESCU B., *La transdisciplinarité, Manifeste*, Editions du Rocher Monaco 1996

3. SAULTZ J.W.: *A Textbook of Family Medicine Companion Handbook*. McGraw-Hill Professional; 2000.

risque d'hyperspécialisation du chercheur et un risque de «chosification» de l'objet étudié dont on risque d'oublier qu'il est extrait ou construit »⁴. De plus, chaque discipline tend à l'autonomie : elle délimite ses frontières, spécifie son langage, ses théories. Ces frontières ont présidé à la formation des universités modernes ; s'instituant au XIX^{ème} siècle, elles se sont développées au XX^{ème} avec l'essor de la recherche scientifique. Autrement dit, « les disciplines ont une histoire (...) ; cette histoire s'inscrit dans celle de l'université, qui, elle-même, s'inscrit dans l'histoire de la société ; de ce fait les disciplines relèvent de la sociologie des sciences et de la sociologie de la connaissance, d'une réflexion interne sur elles-mêmes mais aussi d'une connaissance externe »⁵.

Dès les années '50 d'ailleurs, dans la foulée de Talcott Parsons⁶, les sociologues ont analysé la santé, la maladie, l'organisation des soins en tant que phénomène sociaux, ce qui a participé à élargir le sens du terme « discipline » : celui-ci concerne non seulement un champ de connaissances mais aussi des pratiques, des habitudes, une culture, et il confère un certain degré de « capital social », de prestige et de pouvoir (variable selon les contextes, les époques, les cultures). Dès lors les tenants d'une même discipline se reconnaissent entre eux, ont des valeurs et des intérêts communs, se positionnent d'une manière propre au sein du corps social et des autres disciplines, se rassemblent éventuellement pour défendre leur place ou modifier les hiérarchies instituées.

Pluridisciplinarité, multidisciplinarité ?

La multiplication des disciplines, liée au développement des sciences modernes, a suscité dès le milieu du XX^{ème} siècle le besoin d'établir des ponts. Pluri- et multidisciplinarité : généralement utilisés de manière équivalente⁷, ces termes désignent l'étude d'un objet relevant d'une discipline spécifique par plusieurs disciplines à la fois. Par exemple un spécialiste de la peinture flamande invite, autour d'un tableau de Van

4. MORIN E., *Sur l'interdisciplinarité*, Bulletin Interactif du Centre International de Recherches et Études transdisciplinaires, n° 2, juin 1994

5. *ibid*

6. TALCOTT PARSONS, *Illness and the role of the physician : a sociological perspective*, American Journal of orthopsychiatry, 1951

7. Certains auteurs proposent toutefois de réserver le terme de pluridisciplinarité à un même chercheur (ou praticien) utilisant des concepts et outils méthodologiques issus d'autres disciplines que la sienne ; et celui de multidisciplinarité à la collaboration entre personnes appartenant à différentes disciplines.

Eyck, des historiens de l'art et des religions, un chimiste, un expert en géométrie etc. : ces apports enrichissent son regard - toutefois ce « plus » est au service de sa propre discipline.

Au niveau des soins, différents professionnels peuvent ainsi travailler en parallèle pour le bien de leurs patients tout en demeurant relativement indépendants (simple partage d'un secrétariat, des cabinets, du téléphone...). Un niveau supérieur de pluridisciplinarité consiste à définir les tâches de chacun pour une prise en charge, comme le décrit ici une équipe de traitement de la douleur⁸ :

« Trio médecin - infirmière - psychologue : (i) Médecin : évaluation : anamnèse, antécédents médicaux, type de douleur, examen clinique, évaluation de la situation professionnelle ; traitement : antalgiques, infiltrations, programme de rééducation, neurostimulation transcutanée (prescription), orientation vers les spécialistes ou centres de référence si nécessaire. (ii) Infirmière clinicienne : Évaluation : intensité de la douleur, questionnaires de retentissement de la douleur ; traitement : écoute empathique, neurostimulation transcutanée (éducation, suivi), relaxation. (iii) Psychologue clinicien : évaluation : psychopathologie, vécu de la douleur, évaluation psychosociale, orientation vers le psychiatre si nécessaire ; traitement : écoute active, abord cognitif, abord comportemental, soutien psychologique ». Une telle collaboration peut comporter des échanges autour d'un cas particulier ; elle n'implique cependant pas une organisation systématique de ces échanges ni un dialogue susceptible d'ébranler les modèles de pensée et d'agir respectifs.

Interdisciplinarité ?

Un concept défini de manières divergentes voire contradictoires : tel est le constat d'E.Kleinpeter⁹ d'après une analyse de la littérature et des pratiques de terrain. Au minimum, le terme « interdisciplinarité » se réfère à la pratique de professionnels poursuivant ensemble un objectif commun, et qui dialoguent régulièrement pour enrichir leurs points de vue, leurs stratégies d'intervention.

8. HENRY F., ACQUAVIVA C., LEFEBVRE B. et alii *Pluridisciplinaire ou pluriprofessionnel ? Douleurs : Vol 8 - N° S1 février 2007*

9. KLEINPETER E., *Taxinomie critique de l'interdisciplinarité*, Revue Hermès n° 67 CNRS Editions Paris 2013

De son côté, le Groupe de recherche et d'intervention sur les pratiques interdisciplinaires de l'Université de Sherbrooke (GRIPIUS) identifie deux courants différents¹⁰ : le premier se rattache au concept de « coopération » et correspond à ce qui est défini ci-dessus. Le second se rattache au concept d'« intégration ». Pour

s'y assimiler »¹¹. En ce sens, une pratique intégrée se distingue d'une pratique pluridisciplinaire même bien coordonnée et, aux yeux du GRIPIUS, l'on ne passerait pas « naturellement » de l'une à l'autre : les concepts sous-jacents ne sont pas du même ordre, et suscitent des processus différents.

L'interdisciplinarité intégrée implique que les membres de l'équipe sont « co-producteurs de l'œuvre », et dès lors qu'ils assument en commun la responsabilité d'une décision d'intervention et de sa réalisation.

certain auteurs, il y aurait un continuum entre pratique coordonnée et pratique intégrée. Intégrer, du latin *integrare* : « introduire un élément dans un ensemble afin que, s'y incorporant, il forme un tout cohérent ». S'intégrer : « s'introduire dans un ensemble,

La définition de la co-professionnalité adoptée à la maison médicale Saint-Léonard suite à un long travail de réflexion en équipe¹¹ entre bien dans ce deuxième courant : « Il s'agit d'un processus qui permettrait d'adopter la prise en charge psychologique, médicale et sociale des patients et de favoriser la qualité des soins par une approche globale de la santé et une spécificité des réponses apportées. Pour ce faire les professionnels échangent et agissent, en tenant compte du contexte de travail, des apports de chacun en fonction de ses compétences, de ses particularités et des

10. PAYETTE M., *Interdisciplinarité : clarification des concepts*, Interactions Vol. 5 no 1, printemps 2001

11. BLAIRON C., LENELLE F., *En chemin vers la coprofessionnalité*, Rapport d'activité décembre 2009



obstacles rencontrés ». Cette définition a l'originalité d'englober celle du projet, lequel implique une forte interaction entre les professionnels. Précision nécessaire dans la mesure où le préfixe « co » (avec) est en soi assez neutre ; quant au terme « professionnalité », il n'évoque pas l'enjeu posé par les différences existant entre les disciplines proprement dites. L'expression « co-professionnalité » semble donc moins spécifique que celle d'« interdisciplinarité intégrée », elle peut dès lors être plus « rassembleuse » et susciter moins de débats : gain ou perte ?

La connaissance du complexe conditionne une politique de civilisation. E. Morin

L'interdisciplinarité intégrée a, selon M. Payette, un impact en terme de responsabilité : elle implique que les membres de l'équipe sont « co-producteurs de l'œuvre », et dès lors qu'ils assument en commun la responsabilité d'une décision d'intervention et de sa réalisation. Cette perspective rencontre des obstacles légaux bien connus¹². Elle peut aussi se heurter à des freins « culturels », tant pour ceux qui ont l'habitude d'être considérés (légalement et socialement) comme responsables, que pour ceux qui devraient assumer une position les engageant de manière plus pointue – et plus risquée.

Transdisciplinarité ?

Une nouvelle vision du monde : c'est ainsi que le Centre international de recherches et d'études transdisciplinaires, fondé en 1987 par Basarab Nicolescu, Edgar Morin et d'autres intellectuels appartenant à diverses disciplines, définissent la transdisciplinarité (la plupart des citations reprises ci-dessous sont issues du « *Manifeste pour la transdisciplinarité* » déjà cité, dont les principes éthiques sont présentés en fin de ce dossier).

Définition : la transdisciplinarité est « une ouverture de toutes les cultures/disciplines à ce qui les traverse et les dépasse, qui agit au nom d'une vision : celle de l'équilibre nécessaire entre intériorité et extériorité de

l'être humain (...) ; une attitude consistant à reconnaître que le réel dépasse ce que nous en connaissons, que la complexité résiste aux méthodes réductionnistes ; (la transdisciplinarité) concerne ce qui est à la fois entre les disciplines, à travers les disciplines et au-delà de toute discipline ; elle apparaît lorsque les points de vue de chaque discipline commencent à se dépasser dans une vérité plus globale ». La confusion, fréquente, entre pluri- inter- et transdisciplinarité est « très nocive dans la mesure où elle occulte les finalités différentes de ces approches ».

Une idée centrale de la transdisciplinarité, c'est (de manière très résumée) que des éléments apparemment incompatibles ou contradictoires peuvent avoir le même degré d'existence. Ils ne s'excluent pas l'un l'autre pour autant que l'on change de cadre conceptuel et que l'on accède à un autre niveau de réalité : à côté de la complexité, les notions de « niveaux de réalité » et de « tiers inclus » sont les piliers de cette pensée. Au niveau scientifique, on retrouve ici la théorie de la physique quantique : la lumière est tantôt une onde, tantôt un corpuscule suivant le point de vue pris. Pris ensemble, ces deux points de vue sont inconciliables au niveau théorique (ce sont des démonstrations mathématiques distinctes), mais la réalité ne peut être décrite de façon satisfaisante sans le secours des deux théories. Il s'agit donc de reconnaître la part d'ignorance de chaque discipline, de savoir détecter qu'une situation est complexe et demande de sortir du cadre « mono-disciplinaire ».

L'attitude transdisciplinaire est donc particulièrement adaptée aux systèmes complexes, auxquels E. Morin a consacré la plupart de ses travaux¹³. Elle est au cœur de l'approche systémique en psychothérapie, qui découle des travaux de Gregory Bateson (1904-1980), systématisés et prolongés à partir de 1952 par Paul Watzlawick et ses collègues de l'Ecole de Palo Alto¹⁴. Selon cette approche, un comportement paraissant « anormal » selon un point de vue apparaît « normal » et même bien adapté si on le relie au contexte, au système plus large dans lequel il se développe. Par exemple, le comportement violent ou suicidaire, la « folie » d'un être humain écrasé par un système carcéral inhumain est « normal » : c'est le système qui est pathologique.

Un système complexe ne peut pas être réduit à la somme de ses éléments : il a une dynamique propre largement imprévisible. De là vient le concept d'« effet papillon » :

13. MORIN E., *Introduction à la pensée complexe*, Points Essai, 2005

14. WASTLAWICK P., *La réalité de la réalité : Confusion, désinformation, communication*, collection Points, 1984

12. Voir article de Marinette Mormont dans ce dossier

à l'intérieur d'un système complexe, des perturbations minimales comme le battement d'ailes d'un papillon peuvent être amplifiées et entraîner une tempête tropicale. D'où l'incertitude des prévisions météorologiques, qui ne sont jamais des prédictions.

Le système de santé est un système complexe, composé d'une série de sous-systèmes¹⁵. Le corps humain est un système complexe. Une personne singulière est en lien avec le(s) système(s) complexe(s) dont elle fait partie : elle a différentes facettes qui coexistent, aucune n'excluant l'autre - corps, trajet, conditions de vie, caractère, aspirations, liens affectifs et sociaux, souvenirs d'enfance, deuils vécus, projets, discours... Ses « contradictions » ne relèvent pas (forcément) du mensonge ou de l'égarement : l'ouverture à la complexité, nécessaire dans toute relation humaine et notamment dans la relation thérapeutique, consiste à saisir la vérité globale de l'être humain au-delà de ces contradictions.

L'approche globale de la santé met donc le soignant face à de multiples complexités, qui imposent souvent de sortir des modes de résolution habituels, de changer de cadre : multiplier les interventions spécialisées pour un patient présentant une série de symptômes de type dépressif peut être inopérant voire contre-productif (car générateur d'effets secondaires) – tout comme on risque de ne rien résoudre en prescrivant des cours de rattrapage à un enfant dont les difficultés scolaires ressortent d'une dynamique familiale conflictuelle.

Quelle efficacité ?

L'interdisciplinarité rend le travail de soins plus efficace ; la transdisciplinarité, quant à elle, le rend plus « acceptable », plus éthique, et encore plus efficace par un double effet, direct et indirect. L'effet direct est évident : la rencontre entre les grilles de lecture propres à chaque discipline, qui permet de voir plus clair dans une situation thérapeutique complexe, est particulièrement forte lorsque les cadres de pensée se rencontrent jusqu'à pouvoir se modifier mutuellement, trouver de nouvelles pistes. Dès lors par exemple, la mise en question du travail médical par une infirmière crée une boucle de rétroaction fructueuse.

L'effet indirect est au moins aussi important ; il concerne la certitude, pour le praticien d'une profession traditionnellement subordonnée, d'être écouté et pris en compte, ce qui engendre une dynamique de créativité et de solidarité améliorant à la fois les conditions de travail et l'efficacité.

15. ROY D.A., LITVAK E., PACCAUD F., PREVOST M., *Complexité : l'art et la science, Santé Conjuguée n° 65 juillet 2013*

Transdisciplinarité et hiérarchie : incompatibilités ?

Les concepts de pluridisciplinarité, d'interdisciplinarité, de co-professionnalité n'excluent pas *ipso facto* la hiérarchie entre disciplines. Quid pour la transdisciplinarité ? Il s'agit ici, non seulement de travailler ensemble dans un but commun, mais aussi de se laisser « traverser » par les autres disciplines.

Comment « traverser », « se laisser traverser » dans un rapport hiérarchisé ? Les concepts de transdisciplinarité et de hiérarchie ne font pas bon ménage. On peut certes concevoir des statuts égaux en dehors de la transdisciplinarité ; par contre la « transdisciplinarité hiérarchique » est un concept difficile à penser. Car pour se laisser traverser par l'avis de l'autre sur un même sujet (avec une autre approche), une relation égalitaire est pratiquement indispensable, et les aspects éthiques et opérationnels sont difficilement dissociables.

Cependant il faut insister sur le fait qu'il s'agit d'un effet indirect : c'est à dire que paradoxalement, cet effet ne peut être obtenu que pour autant qu'il ne soit pas poursuivi. Ainsi, un professionnel en position de gestionnaire qui désirerait faire « semblant » de s'intéresser au travail de ses subordonnés pour voir augmenter leur productivité serait vite confronté au « mensonge communicationnel » et à la révolte qu'engendre celui-ci. La transdisciplinarité suppose une réelle confiance en l'autre, en ses capacités de progrès, en ses capacités à m'apprendre quelque chose, même dans les domaines où je suis théoriquement l'expert. On le voit, la transdisciplinarité contient un *a priori* éthique favorable à autrui - lequel a toutes les chances d'être également agissant vis-à-vis des patients.

On peut dès lors rester assez dubitatif quand une équipe très hiérarchisée affirme une accessibilité culturelle maximale vis-à-vis des patients : comment peut-on accorder à ses patients ce que l'on refuse à ses collaborateurs ? L'accessibilité culturelle vis-à-vis des patients correspond alors probablement plutôt au modèle paternaliste, bien illustré par la parabole du « fils prodigue » : un chef bienveillant et tout puissant accueille le malade comme un enfant qui peut régresser... Une telle relation idéale (mythique) entre le très-haut et le tout-petit permet de faire l'économie de la question des inégalités.

Le passage de l'inter- à la transdisciplinarité ne va pas de soi. La maison médicale Bautista Van Schowen a connu, dans les années 80, des « crises » significatives marquant ce passage : un généraliste de la structure demanda à une infirmière d'« exécuter un ordre », une instillation vésicale. L'infirmière n'était pas convaincue du bien fondé de cet acte – mais le modèle traditionnel lui imposait indéniablement

de s'exécuter. Des conflits semblables ont existé pour les injections intramusculaires et pour les soins de kinésithérapie « de luxe ». L'expérience montre cependant que ni les infirmières, ni les kinés ne refusent le travail lourd et pénible (au contraire) : ce qui importe à leurs yeux, c'est que le travail ait un sens. Et l'exécution passive d'un ordre, sauf à croire en une légitimité de droit divin, ne peut contenir de sens.

Choisir ?

Y a-t-il une hiérarchie entre les différentes formes de rapprochements entre disciplines ? Non, pour B. Nicolescu : « La disciplinarité, la pluridisciplinarité, l'interdisciplinarité et la transdisciplinarité sont les quatre flèches d'un seul et même arc : celui de la connaissance. (...) Ces démarches ne sont pas antagonistes mais bien complémentaires (...) La découverte d'une dynamique transdisciplinaire passe nécessairement par la connaissance disciplinaire ».

Et dans certains cas, la logique binaire s'applique : il faut parfois décider très vite si on hospitalise ou non : « Le principe du tiers exclu (c'est oui ou c'est non, blanc ou noir) de la logique classique constitue un puissant garde-fou. Il ne faut l'abandonner que lorsque la complexité du problème rencontré ou/et la vérification empirique oblige(nt) à l'abandonner ».

Il n'est donc pas « obligatoire » d'inviter le regard de tous les membres d'une équipe pour chaque situation : une réelle ouverture transdisciplinaire amène à connaître, reconnaître et avoir confiance dans les compétences, les capacités et ressources spécifiques de chaque collaborateur, et à lui déléguer de manière judicieuse un pouvoir de décision. L'attitude transdisciplinaire va de pair avec une pratique réflexive permettant à chacun de prendre conscience de ses présupposés, des catégories et des paradigmes auxquels il se réfère avant d'aller plus loin : une meilleure conscience de son identité aide à s'ouvrir à l'altérité et réciproquement.

La transdisciplinarité serait en fin de compte une fonction d'ouverture et de recherche, un esprit qui peut animer toutes les disciplines à tout moment, avec des variations en qualité, durée, degré de profondeur, intensité.

Cette attitude implique une certaine indiscipline, comme le souligne avec brio un récent dossier de la revue *Hermès*¹⁶ : sortir du cadre mono-disciplinaire ne va pas toujours de soi, les « indisciplinés » sont souvent sanctionnés dans les institutions (l'auteur évoque les chercheurs universitaires, mais cela peut se jouer à l'hôpital ou dans n'importe quelle équipe : « chacun à sa place »). De même, la parole des « profanes sachant » a toujours bien des difficultés à se faire entendre par les spécialistes détenteurs d'un savoir « discipliné »...

16. Dossier *Interdisciplinarité : entre disciplines et indiscipline*, Revue *Hermès* n°67 CNRS Editions Paris 2013

Eloge, donc, de l'indiscipline ! et de la sérendipité, qui consiste à trouver autre chose que ce que l'on cherchait – et à persévérer. Ces qualités sont complémentaires : « La sérendipité peut susciter l'indiscipline au moment de l'interprétation d'un fait surprenant, quand la recherche de l'explication exige de sortir du cadre disciplinaire pour mettre en rapport des objets ou des savoirs non préalablement liés entre eux, ou pour construire un nouveau regard sur des objets nouveaux. Inversement, l'indiscipline favorise la sérendipité, celle-ci partant de la capacité à s'étonner devant quelque chose de bizarre qui ne cadre pas avec les attendus du paradigme disciplinaire et à l'ériger en question de recherche »¹⁷. C'est ainsi, signalent les auteurs, que furent découvertes la pénicilline, le vaccin, l'électromagnétisme, la radioactivité, et la cybernétique.

Très concrètement, on peut souhaiter que le mouvement des maisons médicales garde en perspective une double nécessité : d'une part la professionnalisation au sein de chacun de ses groupes sectoriels, soutenue par des lieux de confrontation mono-disciplinaire ; d'autre part le développement d'une attitude transdisciplinaire au sein de chaque profession, soutenu par l'échange égalitaire entre les différents travailleurs, afin d'éviter un « découpage » du patient contraire aux valeurs de base et dont l'inefficacité est avérée.

Laissons le dernier mot à Basarab Nicolescu : « Le caractère complémentaire des approches disciplinaire, pluridisciplinaire, interdisciplinaire et transdisciplinaire est mis en évidence d'une manière éclatante, par exemple, dans l'accompagnement des mourants. Cette démarche relativement nouvelle de notre civilisation est d'une extrême importance, car, en reconnaissant le rôle de notre mort dans notre vie, nous découvrons des dimensions insoupçonnées de la vie elle-même. L'accompagnement des mourants ne peut faire l'économie d'une recherche transdisciplinaire dans la mesure où la compréhension du monde présent passe par la compréhension du sens de notre vie et du sens de notre mort en ce monde qui est nôtre ».

Extrait d'une chanson de Abd al Malik

Lorsqu'on fait quelque chose, il s'agit d'y rester et d'en sortir

Lorsqu'on fait quelque chose, il s'agit d'en sortir et... d'y rester.

17. CATTILIN S., Loty L., *Sérendipité et indiscipline*, Revue *Hermès* n°67 CNRS Editions Paris 2013

Together we change : une vision

Marinette Mormont,
journaliste à l'Agence Alter.

Together we change donne un signal clair : il faut changer fondamentalement la politique de santé à partir de la première ligne de soins pour faire face aux défis de l'accessibilité, de la viabilité financière, du vieillissement et de la qualité des soins. L'interprofessionalité occupe une place prépondérante dans ce texte dont nous présentons quelques éléments vus sous cet angle spécifique. Un texte qui invite à la discussion, mais surtout à l'action.

Extrait-synthèse du texte *Together we change*¹ réalisé à l'initiative de Jan De Maeseneer, Bert Aertgeerts, Roy Remmen, Dirk Devroey, professeurs de médecine générale des universités de Flandre (Universiteit van Gent, Katholiek Universiteit van Leuven, Universiteit van Antwerpen et Vrij universiteit van Brussel).

La première ligne : une charnière pour le changement

La super-diversité ; la multi-morbidité ; l'équilibre entre qualité de vie, autonomie dans le suivi de sa santé et consignes des professionnels qu'impliquent les pathologies chroniques ; les inégalités de santé...

Il s'agit de répondre aujourd'hui à tous ces défis. Pour y faire face et aboutir à une approche de la santé et du bien-être qui soit globale, intégrée et continue, il faudra se reposer sur une première ligne de soins de santé forte. Les professionnels actifs en première ligne sont notamment : les dentistes, les diététiciens, les médecins généralistes, les sages-femmes, le personnel infirmier, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les kinésithérapeutes, les psychologues et les travailleurs sociaux.

Ce qui suit correspond à la vision de *Together We Change*. La réalité de demain ?

1. Jan De Maeseneer, Bert Aertgeerts, Roy Remmen, Dirk Devroey, (réd), *Together we change. Soins de santé de première ligne : maintenant plus que jamais !*, Bruxelles, le 9 décembre 2014.

Le niveau macro

C'est au niveau macro, c'est-à-dire au niveau fédéral et des entités fédérées, que des objectifs sont clairement formulés, sur base de plans stratégiques à long terme ; avec suffisamment de synergie et de complémentarité, et dans le cadre d'une concertation au sein de la Conférence interministérielle.

Au niveau fédéral, un « Budget moyen financier pour les soins de première ligne » est fixé, de même que les modalités de financement, avec la participation des entités fédérées qui ont la charge de veiller à la qualité, à la reconnaissance et à l'organisation des soins.

Le niveau méso : les zones de première ligne

Point de départ du changement : des soins de santé de première ligne basés sur des « zones de première ligne » organisées en territoires géographiques de 75.000 à 125.000 habitants (excepté dans les grandes villes où on peut opter pour une activité couvrant la population entière) ; soit, pour la Belgique entière, environ 110 zones formant la base pour l'organisation de l'offre de la première ligne.

C'est dans ces zones que les objectifs de santé généraux sont mis en œuvre, éventuellement complétés par des objectifs de santé locaux, spécifiques à une zone particulière. Ces zones de première ligne disposent d'un budget, soit une partie du budget fédéral « Moyens financiers des soins de première ligne » calculée proportionnellement aux besoins de la population locale.

Chaque zone de première ligne comprend plusieurs « dispositifs de soins de première ligne » eux-mêmes constitués de plusieurs « pratiques de médecine générale » mono- ou multidisciplinaires (voir ci-dessous le niveau « micro »). Dans ce modèle, le citoyen/patient choisit librement un dispositif de soins de première ligne (réseau), en s'inscrivant auprès d'une pratique de médecine générale appartenant à ce réseau. Il s'engage donc avec ce dispositif de manière structurée.

Au sein des zones de première ligne, des réseaux interprofessionnels de soins sont actifs : des pratiques de médecine générale/des équipes de première ligne mono- ou multidisciplinaires (comprenant entre autres des pratiques de soins infirmiers, de santé mentale de première ligne), des pharmaciens, des kinésithérapeutes, les centres de coordination de soins de santé et d'aide au maintien à domicile, les CPAS et services sociaux, des sages-femmes, des ergothérapeutes, des pratiques de promotion de la santé, des services de soins à domicile, des aidants proches et des bénévoles. Une attention particulière est portée sur la connexion avec les soins de santé mentale et avec le secteur « bien-être » (*Centrum Algemeen Welzijnswerk* – centre d'action sociale, CPAS, services sociaux des mutuelles...). Ces professionnels se rencontrent pour développer des pratiques communes basées sur les meilleures données scientifiques disponibles.

Certaines de ces pratiques sont regroupées exclusivement au sein d'un seul réseau (par exemple : pratique de médecine générale et pratique de soins infirmiers à domicile), tandis que d'autres services appartiennent à plusieurs réseaux (par exemple : pratiques de kinésithérapie, pharmacies...).

La zone de première ligne est responsable de la coordination de l'offre de la première ligne, et de la collaboration optimale avec les soins ambulatoires de deuxième ligne ainsi qu'avec les réseaux hospitaliers régionaux et supra-régionaux.

La zone de première ligne, en tant que niveau méso, est coordonnée par un « conseil de première ligne » au sein duquel sont représentés tous les acteurs dans les domaines de la santé et du bien-être ainsi que les citoyens/clients/patients.

Les missions du niveau méso

- réaliser une bonne coordination entre les pratiques de première ligne qui fonctionnent en réseau ;
- assurer un soutien sur le plan de l'accessibilité et de la qualité des pratiques de première ligne, avec une attention spécifique pour les tranches de population socialement vulnérables ;
- réaliser les fonctions de permanence 24/7 (par exemple : poste médicaux de garde de médecine générale, gardes de pharmaciens, de soins infirmiers, de dentistes, de soins à domicile...) dont la responsabilité revient par exemple aux cercles de médecins généralistes, aux organisations de pharmaciens, de personnel infirmier... ;
- organiser les fonctions pour lesquelles le niveau micro (le dispositif de première ligne) s'avère être à une échelle trop restreinte (par exemple : les soins palliatifs à domicile, équipes mobiles en santé mentale...);
- assurer la coordination intersectorielle entre prévention, soins curatifs, réhabilitation, accompagnement, soutien,... sur le plan du bien-être et de la santé (cela signifie que la zone de première ligne reprend les missions des *deel-SEL* et *deel-LOGO* en Flandre, et des « réseaux multidisciplinaires locaux » dans la partie francophone du pays). Une coordination particulière s'impose avec des dispositifs tels que l'Office de la naissance et de l'enfance et les centres psycho médico sociaux ;
- assurer la coordination avec les réseaux hospitaliers et les trajets spécialisés ;
- le niveau méso constitue également le premier niveau de coordination et d'agrégation des données rassemblées par les dispositifs de soins de première ligne au sein de la zone de première ligne.

Le niveau micro

Tous les citoyens sont invités à s'inscrire dans un « dispositif de première ligne » via une « pratique de médecine générale » (un dispositif est constitué d'une ou de plusieurs pratiques de première ligne, par exemple des pratiques de médecine générale, des pratiques de soins infirmiers à domicile...).

La « pratique de première ligne » est une unité opérationnelle responsable de l'offre de services généralistes à bas seuil, sur le plan des soins de santé ou de l'aide au maintien à domicile. Par définition, cette pratique fonctionne de manière interprofessionnelle (sous un même toit, en réseau, ou selon une combinaison de ces deux modalités), de manière accessible, continue et de qualité, en s'axant sur les besoins de la personne et de la population. La pratique s'adresse aussi bien à la population ambulatoire qu'aux personnes habitant dans un milieu remplaçant la famille (maison de repos et de soins...).

Une pratique de première ligne peut s'orienter vers les soins de santé (par exemple : une pratique de groupe avec une diététicienne et un psychologue de première ligne), vers les services d'aide au maintien à domicile ou vers les deux (exemple : maison médicale incorporant un service social).

Dans ce modèle, la collaboration opérationnelle présuppose le partage et l'utilisation en commun du dossier patient électronique. La collaboration fonctionnelle présuppose quant à elle au minimum un système de renvoi et/ou de rapport.

Pour mieux favoriser la qualité de vie et parvenir à l'inter-professionnalité, l'équipe de soins définit pour chaque patient des objectifs de soins centrés sur ses besoins (et sur non des problèmes de soins).

La gestion et la coordination au sein des et entre les dispositifs de soins de première ligne nécessitent de nouvelles fonctions de coordination (cf. le baccalauréat en soins de première ligne développé par le *University College Leuven Limburg*, ou par exemple une infirmière/ un infirmier formé à cette tâche, comme c'est le cas en province d'Anvers).

Quant à la liberté de choix du patient, elle passe du choix occasionnel (lorsque se manifeste un problème) vers le choix d'une équipe via l'inscription à une pratique de médecine générale. Pour chaque nouveau problème de santé, le patient ne peut plus s'adresser directement à la seconde ligne, excepté pour des situa-

tions d'urgence médicale. Un cadre strict de renvoi vers la seconde ligne est élaboré (échelonnement).

Le médecin généraliste : un manager

Dans ce modèle, la pratique de médecine générale demande une réorganisation. Le médecin généraliste doit gérer des tâches de management et devenir co-responsable d'une « petite entreprise ». La collaboration et la délégation de tâches font partie de ce processus. La délégation des tâches peut s'effectuer via l'engagement d'assistants de pratique. Les nouvelles collaborations mises en place dans ce contexte impliquent de nombreuses décisions, procédures à mettre en place, pour lesquelles il convient de prendre en compte les aspects juridiques, logistiques et idéologiques.

Le patient : coordinateur de ses soins

La condition pour arriver à des soins de qualité est de prendre comme point de départ la perspective patient. Comment concilier la « liberté de choix du patient », élément essentiel de prise en charge de la gestion de sa propre santé par le patient, avec le travail en équipes fixes, dont on sait qu'elles améliorent la qualité des soins (comparativement au travail en solo) ? La solution réside probablement dans le fait que le patient fasse le choix d'une « équipe » en fonction de la « valeur » globale du « dispositif de soins de première ligne ». Le patient choisit de cette façon, via l'inscription à une pratique de médecine générale, une équipe entière du dispositif de première ligne. Le choix du patient porte donc sur une dimension plus large dans le temps : il ne s'agit plus de ce que l'équipe peut offrir lors d'un épisode limité, mais de l'ensemble des soins dispensés par cette équipe (prévention, promotion de la santé, soins curatifs, soins palliatifs, réhabilitation...).

Au centre du processus de soins : le concept de décision partagée, *shared decision making*, qui caractérise l'interaction entre le patient et l'équipe : de cette manière, les dispensateurs de soins sont mieux informés de ce que veulent exactement les patients, et les patients sont mieux informés sur les différentes possibilités et les fondements scientifiques des interventions.

Le patient est au centre d'une approche globale de soins intégrés. La perspective du patient devient le principe organisateur de cette nouvelle approche, qui remplace les modèles classiques où la dispensation des soins de santé est dirigée par l'offre. L'approche intégrée mène à des soins de santé et à un soutien social flexibles, personnalisés et sans perte de continuité. Coordinateur de ses propres soins, le patient est le porteur de sa propre



information. « Le patient au centre » signifie que la dispensation des soins s'opère le plus près possible du milieu naturel de vie du patient. Le patient y est guidé, coaché, conduit et renforcé par les professionnels (*patient-empowerment*).

Les citoyens/patients sont représentés au sein des « conseils des zones de première ligne ».

Modes de financement

Aujourd'hui, les moyens sont surtout orientés vers des soins réactifs, et non vers les soins chroniques, la concertation interdisciplinaire ou encore la prévention. La rémunération à l'acte au sein d'un système sans inscription favorise le phénomène de « shopping » des patients, ce qui a un impact négatif sur la continuité des soins. De même, le système de financement à l'acte n'incite pas à la collaboration ou à la délégation de tâches : par exemple, lorsqu'un médecin généraliste délègue des tâches à une infirmière, il voit baisser ses revenus.

Ce système de financement va évoluer : on estime que dans les 10 prochaines années, le système de rémunération à l'acte pour les médecins généralistes évoluera progressivement vers un financement réparti sur 60% de financement non lié à l'acte (par l'augmentation du financement des Dossiers médicaux globaux), 30% lié à l'acte, et 10% de *pay-for-quality*. À côté de cela, le financement « forfaitaire » (arrêté royal 23.04.2013)

deviendrait un fait, en intégrant également 10% de *pay-for-quality* (notons la présence, parmi les indicateurs de qualité, de : la qualité de la coordination entre les différents niveaux de soins de santé, la présence d'intégration effective des soins, la participation des individus et de la population, l'accessibilité du dispositif de soins).

Évaluer, former, innover

La performance de la zone de première ligne est évaluée, et les zones performantes reçoivent des moyens supplémentaires, ce qui crée de l'espace pour l'innovation, l'expérimentation et la recherche. Au niveau de la zone de première ligne, l'évaluation porte notamment sur l'utilisation du dossier patient électronique, sur les activités de promotion de la santé, de prévention et de dépistage.

Des actions sont menées sur le plan de la qualité des soins, de la formation (enseignement de base et formation continue), de l'expérimentation, de l'innovation et de la recherche scientifique. En matière de formation plus spécifiquement, la formation en médecine générale se concentre davantage sur « l'apprentissage interprofessionnel sur le lieu de travail ». Cette formation prend en compte la dimension suivante : comment différents professionnels peuvent-ils analyser ensemble et trouver des solutions à la complexité d'un cas patient ? ■

Coordination de soins en première ligne : et M^{me} Dupont ?

Jean-Luc Belche,
Laetitia Buret,
Christiane Duchesnes,
Didier Giet,
médecins généralistes,
Département universitaire
de Médecine Générale de
l'université de Liège.

Les soignants du domicile rencontreront de plus en plus de situations complexes, avec des besoins de soins inédits. En cause ? Le vieillissement de la population et la rationalisation des soins hospitaliers. Une réflexion est aujourd'hui indispensable sur la manière dont ces soignants vont faire face à ces défis. Car pour chacune de ces situations, c'est un ensemble d'intervenants qu'il s'agit de coordonner autour du patient afin de dispenser à ce dernier des soins de qualité.

Améliorer la qualité des soins

La coordination des soins peut se définir comme l'organisation délibérée des activités de soins, entre au moins un intervenant et le patient, pour faciliter la délivrance et améliorer la qualité des prestations. Elle peut cibler la personne et concerne les professionnels de la santé en contact direct avec le patient (M^{me} Dupont par exemple). On parle alors de coordination clinique. Mais elle peut aussi impliquer des structures de soins et s'adresse alors à une population définie (les patients de la maison médicale du quartier de M^{me} Dupont, les patients diabétiques de l'hôpital X, etc.). L'objectif est alors de coordonner un nombre important de professionnels différents dans des équipes élargies, développer l'interdisciplinarité entre différents secteurs, écrire et adopter des protocoles communs de soins, évaluer la qualité des soins...

Cet article a pour objectifs de présenter l'état des lieux de l'organisation de la coordination clinique en Belgique et d'évoquer des pistes pour des développements futurs.

Quels soignants, avec quels types de pratiques ?

Une représentation graphique (figure 1 page suivante) de la première ligne de soins qui s'organise autour d'un patient du domicile sert de fil rouge à l'analyse de la situation actuelle.

Dans ce graphique, différents axes de lecture sont proposés et numérotés : tout d'abord la diversité des professionnels intervenant auprès du patient (1) ; ensuite les différents types de pratiques professionnelles (2), pour aborder finalement les modalités de collaboration interprofessionnelle et de coordination autour d'un patient (3). Pour que l'état des lieux soit complet, sont également figurés les groupements professionnels (4). Il existe une variété importante de professionnels de la première ligne qui peuvent être au contact d'une personne en demande de soins à domicile (*axe de lecture 1-figure 1*). En 2011, un rapport de la Fédération des maisons médicales pour le service public fédéral Santé publique dénombrait plus de 28 fonctions dans les soins primaires en Belgique^[A]. Parmi celles-ci, l'enquête de santé par interview de 2013 indique le médecin généraliste comme le professionnel le plus fréquemment rencontré par le patient au cours de l'année précédente (71%), puis le kinésithérapeute (16%), le psychologue (5%), l'infirmier (4%) et l'aide familiale ou ménagère (4%). D'autres sources nous renseignent que près de 7% d'un échantillon de la population adulte reconnaissent avoir eu recours au pharmacien pour des conseils d'ordre pharmaceutique au cours du mois écoulé^[B]. Les soignants informels (la famille, les amis, les voisins) complètent le réseau d'intervenants auprès d'une personne.

Concernant le type de pratique (*axe de lecture 2-figure 1*), celui de la médecine générale en Belgique en 2015

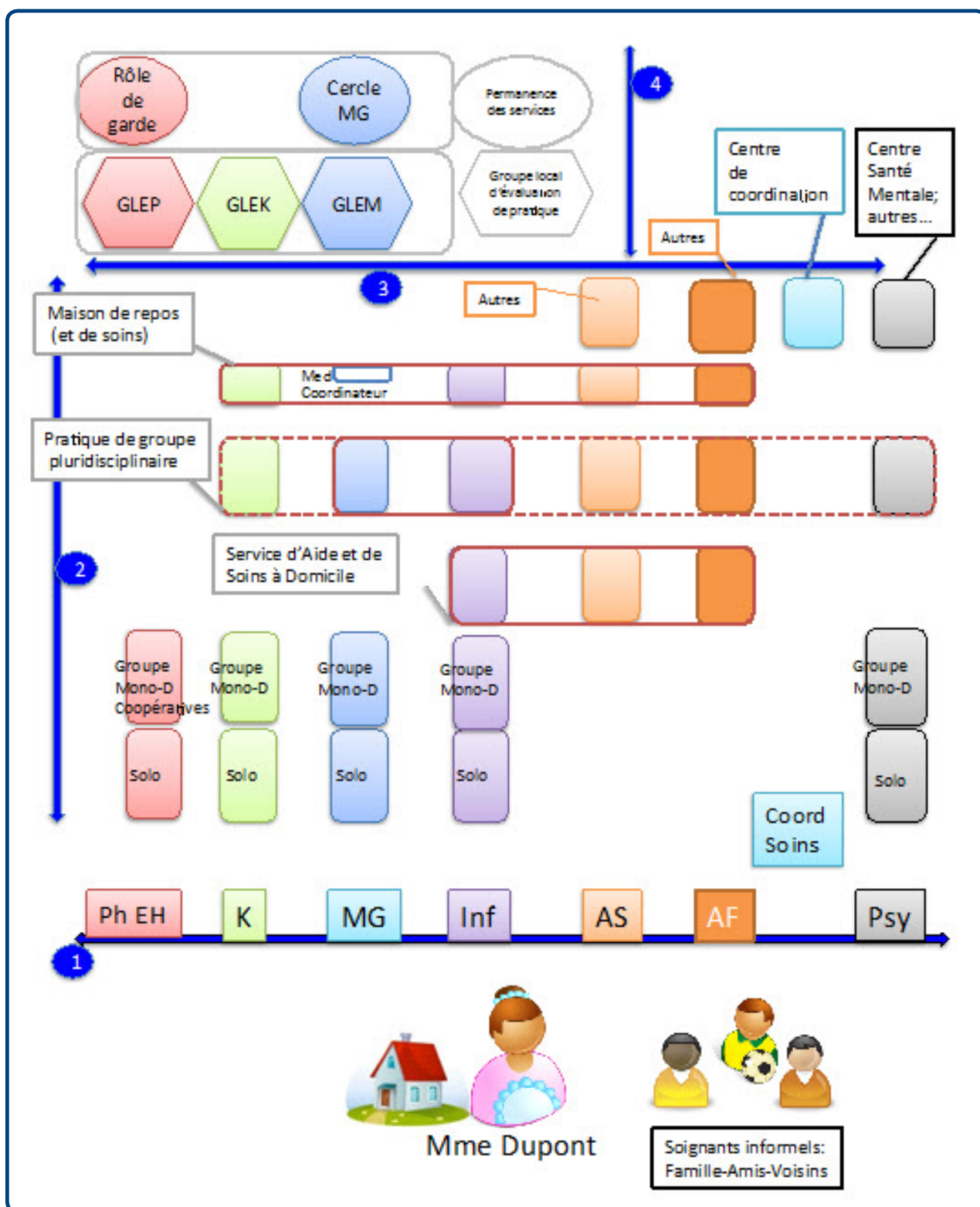


Figure 1 : Paysage des professionnels de la première ligne de soins. Ph EH : pharmacien extrahospitalier, K : kinésithérapeute, MG : médecin généraliste, Inf : infirmier(e), AS : assistant(e) sociale, AF : aide familiale, Psy : psychologue, Coord Soins : coordinateur/trice de soins, Groupe Mono-D : groupe mono disciplinaire.

est majoritairement le mode monodisciplinaire, tendance « groupe » en Flandres et « solo » en Wallonie. Les autres professions suivent généralement la même déclinaison de type de pratique, même s'il est difficile de l'affirmer par manque d'un cadastre précis à ce sujet et pour toutes les professions de la santé. Actuellement les pratiques pluridisciplinaires restent minoritaires même si l'on identifie une croissance continue.

La constitution du réseau de soignants qui va agir au chevet d'un patient obéit à une caractéristique majeure du système de santé belge : le libre choix du prestataire par le patient, avec peu ou pas de limitation territoriale. M^{me} Dupont constitue, à la carte - le client est roi -, son équipe de soins en étant influencée par sa propre expérience, celle de son entourage, et aussi par les soignants déjà présents à ses côtés. Le soignant le plus fréquemment consulté, auquel le patient voue une confiance importante, est le médecin généraliste ; ce dernier a donc une influence indéniable dans la constitution de ce réseau.

De plus, dans le système de santé belge, le recours à d'autres professions de la première ligne est (trop) souvent conditionné à la prescription médicale qui place, *de facto*, le médecin généraliste en haut de la pyramide des soins de la première ligne.

Un regroupement de fait de différents professionnels de la première ligne (*axe de lecture 3-figure 1*) existe toutefois dans les pratiques de groupes pluridisciplinaires de type association de santé intégrée ou maison médicale, dans les maisons de repos et, dans une moindre mesure, dans les coordinations de soins et de services à domicile.

L'intégration fonctionnelle, un soutien à la prise de décision

Nous avons choisi, comme cadre d'analyse, le modèle de l'intégration des soins de Valentijn^[9], dont la coordination des soins est une composante. Il y distingue l'intégration fonctionnelle et l'intégration normative.

L'intégration fonctionnelle est constituée des fonctions de soutien (managérial et financier) à la prise de responsabilité et à la prise de décision entre professionnels. La fonction managériale sous-entend la bonne utilisation des ressources d'espace, de temps et de transmission de l'information pour faciliter le travail en commun.

Compléter et renforcer les réseaux

Le libre choix appliqué par le patient aux soignants isolés et indépendants aboutit à une combinaison

originale, un réseau informel spécifique de soignants de la première ligne. C'est la forme de réseau de soignants la plus prévalente en Belgique. Des études ont affirmé que les praticiens solistes mobilisent autour d'eux un réseau informel assez constant de soignants, qui s'impose naturellement^[10]. Ce réseau, dont la composition est variable pour chaque patient, ne dispose pas des supports managériaux facilitant la coordination de soins : un espace de travail commun permettant les rencontres régulières (la coordination de la tasse de café) et une circulation de l'information facilitée par un outil partagé (le dossier médical partagé entre professionnels).

Le système de santé belge a prévu des incitants financiers pour favoriser la coordination entre soignants de la première ligne pour des concertations multidisciplinaires (arrêté royal 14 mai 2003) et des concertations psychiatriques au domicile (arrêté royal 27 mars 2012) qui regroupent, le temps d'une rencontre, un nombre minimal de soignants.

La coordination clinique est inscrite explicitement dans les réseaux pluridisciplinaires formels. Les maisons médicales organisent des réunions d'équipe sur les situations cliniques et pour les associations de santé intégrée, les réunions de coordination entre les prestataires de la première ligne de soins de l'association font partie des critères d'agrément. Les maisons de repos et les maisons de repos et de soins regroupent, elles aussi, sur un même lieu, des soignants (infirmiers, kinésithérapeutes, aides-soignants, assistantes sociales) et disposent d'un médecin coordinateur pour, entre autres choses, faire le lien avec les médecins traitants des résidents. Des réunions de coordination interne se tiennent régulièrement ; l'invitation du médecin traitant du patient reste toutefois une exception.

La coordination clinique est inscrite explicitement dans les réseaux pluridisciplinaires formels.

Malheureusement, comme le représente la figure 1, aucun des réseaux existants, informels ou formels, ne rassemble l'entièreté des professionnels sollicités auprès d'un patient : les associations de santé ou maisons médicales incluent un médecin généraliste de manière structurelle, mais disposent rarement d'aides

familiales. Par ailleurs, le pharmacien est rarement inclus quel que soit le réseau. Le même constat s'impose pour les soignants informels dans les processus de soins complexes au domicile : seuls, 5% des projets pilotes centrés sur la maladie chronique recensés par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé incluaient la participation des aidants proches dans le réseau entourant le patient^[E].

La proposition d'organisation de la première ligne de soins proposée dans le manifeste *Together we change* de 2014 (voir l'article du même nom dans ce dossier) est une autre modalité de formalisation des réseaux de soins. Dans des dispositifs de soins de première ligne, pluridisciplinaires, responsables d'une population de près de 5000 patients, les pratiques solistes de médecins généralistes ou les pratiques pluridisciplinaires seraient appelées à collaborer avec les autres professions de soins du même territoire.

Reconnaître les compétences de coordination de soins

Dans tous les types de réseaux, il semble qu'aucun professionnel n'ait de vision réellement transversale de la situation. Les causes en sont une méconnaissance des champs d'action des autres intervenants et des contraintes organisationnelles individuelles^[F].

C'est le médecin généraliste qui est encore souvent reconnu comme le coordinateur de soins pour les situations complexes. Ce cas de figure montre ses limites en raison de contraintes de temps mais aussi par manque de compétences, notamment en termes de dialogue interprofessionnel^[G]. Mais cette idée que le médecin généraliste pourrait ne pas nécessairement jouer de rôle central dans la coordination de l'équipe n'est acceptée qu'à demi-mots par la profession.

Finalement, c'est dans les coordinations de soins et de services à domicile que la fonction de coordination est formalisée et définie au sein de la première ligne de soins. Le rôle de coordination y a été renforcé grâce au décret du 30 avril 2009 qui jette les bases d'une réelle professionnalisation du métier. La fonction de coordination est totalement découplée des services d'aides ou de soins à domicile, afin de respecter le libre choix du patient^[H]. Le métier de coordinateur de soins à domicile vise à « assurer la liaison et la coordination entre les membres d'un réseau de coordination des soins et relayer les besoins du bénéficiaire (et de son entourage) dont il cherche à maintenir le bien-être »^[I]. La capacité de déterminer les besoins d'un patient et d'avoir une vue globale et transversale de chaque situation, la connaissance du réseau de professionnels

existant, l'inclusion du patient (et de son entourage) dans les décisions et leur mise en œuvre pour agencer le potentiel existant en une réponse coordonnée de soins sont autant de compétences que l'on attache à la fonction de coordination de soins.

Certains auteurs identifient aussi dans la profession infirmière des compétences de coordination naturelles^[J] qui pourraient être valorisées, d'autant plus que ce professionnel est beaucoup plus fréquemment intégré aux réseaux existants.

Alors que le rôle de coordination peine à être reconnu au sein de la première ligne de soins, s'institue, au niveau de l'hôpital principalement, la fonction de gestionnaire de cas (*case manager*) pour coordonner la prise en charge d'une maladie ou situation chronique. Spécifique, notamment pour la personne âgée (protocole 3 ou liaison externe gériatrique), la personne psychiatrique (réforme de la loi 107) ou le patient diabétique (coordinateur du Réseau multidisciplinaire local), etc., le profil de compétences du gestionnaire de cas est assez proche de celui du coordinateur de soins, mais se heurte à un problème majeur : en fragmentant la situation, il complique la coordination. En effet, ni le patient ni les soignants de première ligne ne sont orientés vers une seule pathologie et l'intervention de divers gestionnaires de cas entraînerait de la confusion pour les patients et les soignants avec un risque majeur de superposition des champs d'activités des différents intervenants.

L'enjeu est donc de résoudre la juxtaposition de la fonction de gestionnaire de cas hospitalier avec celle de coordinateur naturel mais non formé (le médecin généraliste), de coordinateur formé existant mais isolé (la coordination de soins) ou de coordinateur pressenti (l'infirmier). La tension entre la création de nouveaux métiers, spécialisés dans la coordination notamment, et le renforcement de ceux existants au sein de la première ligne, évoquée il y a quelques années, reste donc d'actualité^[J].

L'intégration normative, un cadre de référence commun

L'intégration normative est le développement et le maintien d'un cadre de référence commun aux individus (les normes sociales, les valeurs, la culture et les objectifs de travail) assurant la cohésion de l'équipe (Valentijn).

Sarradon évoque, à sa façon, le lien entre intégration fonctionnelle et intégration normative : « L'améliora-

tion de la communication entre les acteurs et de la circulation de l'information sur le patient et les soins qui lui sont dispensés ne nous semble pas reposer seulement sur la désignation d'un acteur 'pivot' qui aurait une action transversale (coordination) dans le projet thérapeutique. Elle devrait reposer également sur des processus de décloisonnements entre les différents segments professionnels, impliquant que chaque acteur connaisse le travail effectué par l'autre et reconnaisse son utilité dans la chaîne des soins, et sur un rééquilibrage des hiérarchies sociales et symboliques entre les acteurs. »^[D]

Lutter contre le cloisonnement professionnel

Le cloisonnement professionnel observé sur le terrain est alimenté par l'absence d'intégration des formations initiales. L'apprentissage à la collaboration et au dialogue interprofessionnel devrait pouvoir figurer au programme de formation des différentes professions de la première ligne de soins (voir certaines initiatives comme le « Pôle Santé de l'université libre de Bruxelles¹ »). Le constat est le même pour la formation continue, où les programmes de formation sont souvent organisés par profession. A l'opposé, certains services intégrés de soins à domicile (comme le Groupement pluraliste liégeois des services et soins à domicile de Liège-Huy-Waremme) ou Réseau multidisciplinaire local (à Bruxelles) proposent des séminaires de formation interprofessionnels.

Ce phénomène de méconnaissance du travail de l'autre touche tous les professionnels et, au sein des réseaux existants (pratiques pluridisciplinaires, maison médicale y compris), il est primordial de travailler ensemble la représentation et la connaissance mutuelles. Certaines structures organisent en ce sens des réunions intersectorielles régulières, des protocoles de soins avec une délimitation des tâches respectives, des séances internes d'information sur les compétences de chaque professionnel.

Pour conclure

Alors que la nécessité d'une fonction de coordination clinique au sein de la première ligne n'est plus discutée, le système de santé belge offre une palette presque complète des différents visages qu'elle peut prendre. La formalisation du réseau de professionnels, en fournissant des outils de coordination et de travail

en commun (réunion d'équipe, logiciel informatique commun, moyens de communication partagés) et en regroupant des travailleurs sur base du partage de valeurs communes est une manière de favoriser la coordination clinique.

Néanmoins ces réseaux formels peinent à organiser la coordination de soins de manière professionnelle. L'enjeu majeur est de conserver l'approche globale qui fonde les soins de première ligne. A défaut, on risque de voir s'imposer un mode de coordination de soins centré sur des pathologies, moulé sur le mode hospitalier.

La pratique de groupe pluridisciplinaire basée sur une population définie (typiquement la maison médicale au forfait) rassemble de nombreuses caractéristiques favorisant la coordination clinique, mais l'analyse de la situation et les modèles théoriques existants nous signalent des limites significatives ainsi que des pistes d'évolution potentielles.

Des changements de paradigmes et des modifications structurelles touchant les différents secteurs et niveaux de décision sont nécessaires.

La question de la coordination de soins, au centre des préoccupations des maisons médicales, y est plutôt abordée dans les travaux récents en termes organisationnels^[K]. La coordination clinique doit être la finalité de la coordination organisationnelle, pour autant que la priorité demeure la dispensation de soins de qualité centrés sur la personne.

Il reste essentiel que M^{me} Dupont demeure au centre de nos préoccupations. ■

L'enjeu majeur est de conserver l'approche globale qui fonde les soins de première ligne.

1. Voir l'article de Pierre-Joël Schellens et l'interview de Naima Bouti dans ce dossier.

Références

A. De Munck P, Paligot F, Barbosa F, Heymans I, Somasse E, Saint Amand F, Caremans B, Druyts I, Macq J, «Les métiers de demain de la première ligne de soins» In Service public fédéral Santé publique, Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones ASBL ; 2011.

B. Vo TL, Duchesnes C, Vogeli O, Belche JL, Massart V, Giet D, «The ecology of health care in a Belgian area» in *Acta Clin Belg* 2015, 70(4) :280-286.

C. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA, «Understanding integrated care : a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care» in *Int J Integr Care* 2013, 13 :e010.

D. Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M, "Créer des liens : les relations soignants-soignants dans les réseaux de soins informels» in *Rev Epidemiol Sante Publique* 2008, 56 Suppl 3 :S197-206.

E. Paulus D, Van den Heede K, Mertens R, «Organisation of care for chronic patients in Belgium : development of a position paper» In Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) ; 2012.

F. Sarradon-Eck A, "Qui mieux que nous ? Les ambivalences du «généraliste-pivot» du système de soins» In *Singuliers Généralistes Sociologie de la médecine générale*. edn. Edited by Bloy G, Schweyer F. Paris : Presses de l'EHESP ; 2010 : 424.

G. Vanmeerbeek M, Duchesnes C, Massart V, Belche JL, Denoël P, Giet D *Pluridisciplinarité, continuité et qualité des soins en première ligne : quelles attentes des professionnels ?* In Liège : Groupement pluraliste liégeois des services et soins à domicile (GLS) ; 2009 : 102.

H. Delisse M-P, Abouy G, A. P, «Les centres de coordination en Région Wallonne. Nouvelles philosophies : renforcement du rôle de la coordination» In *Contact-Revue de l'aide et des soins à domicile*. vol. 124. Bruxelles ; 2010 : 3-8.

I. Macq J, Barbosa K, Van Durme T, «Futur Profil Infirmier : polyvalence, coordination et publics-cibles» in *Santé conjugulée* 2013, 64.

J. Macq J, Barbosa K, Ces S, Jeanmart C, Van Durme T, «Métiers de la première ligne et systèmes de santé : vers plus de spécialisation ou de polyvalence ?» in *Santé conjugulée* 2011, 55 :41-46.

Christian Legrève, Frédéric Palermini, Ingrid Muller «La fonction de coordination de soins,mythe ou réalité ?» in 2013.

[<http://www.maisonmedicale.org/La-fonction-de-coordination-de.html>]

Toxicomanie : plus d'intégration pour davantage d'inclusion

Interview de **Jerry Wérenne**, médecin généraliste, directeur médical du Projet Lama et **Éric Husson**, assistant social, maîtrise en Politique économique et sociale, coordinateur du Projet Lama à Anderlecht et de la Concertation Bas Seuil Mass-Lama-Transit. Par **Marinette Mormont**, journaliste à l'Agence Alter.

Fin 2013, le FEDER (Fonds européen de développement régional, programmation 2014-2020) lançait un appel à projets auquel ont répondu plusieurs acteurs bruxellois¹, à l'initiative de Médecins du Monde. Dépassant l'interdisciplinarité pour aller vers l'intersectorialité, ces acteurs proposaient de créer trois nouvelles structures intégrées articulant social et santé. Projet refusé par le FEDER... mais la réflexion continue et nous présentons ici celle de deux acteurs du secteur toxicomanie. Quels sont les enjeux d'une prise en charge intégrée adaptée à un public toxicomane particulièrement fragilisé ? Comment y répondre ? Quels modèles sont les plus appropriés ?

Santé conjugquée : Vous avez imaginé avec toute une série d'acteurs de nouveaux types de modèles de prise en charge intégrée. Quels étaient les enjeux de ces projets pour vos publics ?

Éric Husson : On a été approchés par Médecins du Monde et, assez rapidement, la dynamique a fédéré toute une série d'acteurs. L'idée du projet : essayer de mettre sur pied trois structures « multi-agrémentés » qui réuniraient dans une même unité géographique des opérateurs issus de différents champs du social et de la santé. L'objectif était de répondre à plusieurs enjeux ; d'une part, tous les services se rendent compte que la première ligne est saturée ; d'autre part, certains publics vulnérables circulent peu ou mal entre les différents services, et n'ont pas accès à certains atouts sociaux qui influencent la santé. Nos patients par exemple, ont du mal à accéder à l'emploi ou au logement, ont des difficultés à aller consulter un planning ou un gynécologue... L'idée était donc de rassembler en un lieu une offre socio-sanitaire intégrée.

La spécificité de l'appel à projets FEDER était de provoquer la rencontre avec des acteurs de l'économie sociale, un monde en général assez éloigné de nos publics. Or nous pensons aujourd'hui que ceux-ci ont besoin de renouer avec l'emploi, avec des parcours de formation, d'insertion. Nous devons être dans une vision de la santé plus globale, plus inclusive.

Jerry Wérenne : Le modèle axé sur le public toxicomane, tel que nous l'avons conçu dans ce projet, était

basé sur des expériences décrites dans la littérature. Des études ont montré que pour avoir un impact sur l'épidémie de l'hépatite C, offrir dans un même lieu des programmes d'échanges de seringues et des programmes de traitement de substitution était une bonne chose. Il y a aussi des avantages à intégrer l'offre de traitements de substitution à une offre de consommation à moindre risque.

Où ces modèles sont-ils déjà développés ?

É.H. : Ce sont des modèles encouragés par l'Organisation mondiale de la santé et par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, qui fait des recommandations pour soutenir ce qu'ils appellent des dispositifs de type *comprehensive package, full harm reduction* : des stratégies combinées et intégrées de santé publique.

1. Partenaires du projet : Mass de Bruxelles, Lama asbl, Transit asbl, Médecin du Monde, Dune asbl, Réseau Hépatite C Bruxelles, Liaison antiprohibitionniste, Modus Vivendi asbl, Réseau d'aide aux toxicomanes, Fedito Bruxelloise, Fédération des services sociaux, Fédération laïque des centres de plannings familiaux, Fédération des maisons médicales, Santé Communauté Participation, City Dev, Laboratoires cliniques de l'université catholique de Louvain, Le Méridien, L'école de santé publique de l'université libre de Bruxelles, Medikuregem, La Gerbe, Le Planning du Midi, Life Tech Brussels, Smes, Housing First Brussels.

J.W. : Concrètement, ce type de modèle a été développé de façon diversifiée, mais il y a notamment le projet *Insite* à Vancouver². L'initiative est issue d'une revendication d'usagers pour l'ouverture d'une salle de consommation ; s'y sont ajoutés un programme de traitement de substitution et un programme résidentiel. Sur le terrain belge, un des principaux enjeux est d'arriver à réarticuler les offres de soins et de réduction des risques qui se sont un peu développées séparément.

Un des gros problèmes aujourd'hui à Bruxelles réside dans le non accès au logement. De quelle manière votre modèle prend-il cette question en compte ?

É.H. : Nos partenaires du *Housing First*³ avaient rencontré des acteurs de l'économie sociale : *Archi Human* (groupe de travail qui s'est donné pour mission d'investir les lieux abandonnés de la ville, par la création de petits jardins verticaux intégrant des habitations pour les sans-abri, NDLR)⁴. L'objectif était d'utiliser des coins en friches entre deux bâtiments de la Région, de construire des logements à très bas coût, très écologiques, très ergonomiques, et de les utiliser dans une logique d'hébergement d'urgence ou de logement pour des publics vulnérables et précaires. On avait aussi imaginé développer des fonctions de « capteurs de logements » et de « capteurs d'emploi », pour essayer de trouver des débouchés dans ces domaines.

Le but de ces projets est de faciliter la circulation des usagers entre des services qui seraient réunis en un lieu. N'y a-t-il pas aussi à faire un travail d'accompagnement des publics hors des murs ?

É.H. : L'idée est de favoriser l'inclusion de publics extrêmement vulnérables qui ont du mal à accéder aux services de première ligne. Quand c'est possible, nous

essayons de les référer vers la première ligne classique et, dans ce contexte, nous plaçons aussi pour faire reconnaître et renforcer les dispositifs d'accompagnateurs psycho-sociaux. Et quand ce mouvement ne se fait pas, il s'agit d'assurer une prise en charge globale à l'endroit où on les reçoit.

J.W. : Il faut jouer sur les deux tableaux : offrir plus de services *in situ* en s'adossant à des partenaires, car on est de plus en plus la porte d'entrée pour ces publics, et puis les accompagner vers l'extérieur. Le modèle d'accompagnement psycho-social a montré des capacités à vaincre les résistances de part et d'autre, à faire évoluer les représentations chez les patients, qui acquièrent un meilleur mode d'emploi des services existants, et chez les acteurs et intervenants qui ne sont pas habitués à recevoir ce genre de publics.

Les centres intégrés que vous avez imaginés dans le cadre de l'appel à projets FEDER mêlent tous des services généralistes et d'autres spécifiquement orientés « toxicomanie ». La mixité des publics est-elle possible ?

J.W. : C'est une des questions qui nous avait poussés à créer un pôle plus centré sur les personnes toxicomanes. Ce n'est pas un public toujours facile à mélanger avec les autres. Mais il faut se garder de visions trop simplificatrices. Certains toxicomanes sont suivis aujourd'hui par des médecins généralistes, y compris en solo. Nous voulions une certaine perméabilité : dans les trois modèles, il y avait de la place pour les usagers de drogues. L'idée était aussi que le pôle « toxicomanie » puisse être ouvert à d'autres publics à la marge, d'autres populations qui ne trouvent pas facilement leur place en médecine générale classique. Et peut-être, qu'au fil du temps, il y aurait davantage de circulation et de perméabilité.

É.H. : La segmentation bruxelloise du social en fonction de divers 'publics cible' est un fameux obstacle à l'accès aux soins de certains publics. La mixité des publics sera peut-être possible un jour, mais il faut aussi que les acteurs, les opérateurs, évoluent dans leurs manières de travailler. Il y a déjà des lieux où la mixité est possible, certaines maisons médicales par exemple, où on retrouve des usagers de drogues, des sans-papiers, des gens en difficultés psychiques parfois très lourdes.

Un gros centre pour publics toxicomanes ne risque-t-il pas d'avoir un côté stigmatisant ?

J.W. : Il peut y avoir un risque. Le qualificatif « gros » n'est pas ce qui était le plus attractif pour nous. Mais à

2. <http://supervisedinjection.vch.ca/>

3. Le projet '*Housing First*' consiste à mettre en place des solutions répondant à la situation des personnes à la rue qui combinent des problématiques de santé mentale, d'assuétudes et sont généralement exclues de la plupart des services spécialisés et généralistes. Ce projet vise à développer des articulations avec le reste du secteur de manière décloisonnée et à impliquer dans sa réflexion les différents champs : santé mentale, sans-abrisme, toxicomanie, logement. <http://www.housingfirstbelgium.be/>

4. <http://www.vegetalcity.net/topics/refuges-de-diogene-luc-schuiten-tedx-liege/> Lire « Luc Schuiten : pour une ville archi-humaine », *Alter Échos* n° 398 du 05.03.2015, Julie Luong.

partir de nos pratiques, de la difficulté des situations rencontrées, le besoin de ressources et de compétences additionnelles se fait sentir. C'est pourquoi il faut jouer sur les deux tableaux : rassembler des offres dans un endroit, mais aussi jouer sur la circulation des publics à travers le système de soins et au-delà du système de soins. Entre les deux, il y aurait certainement à imaginer des modèles qui pourraient travailler le maillage de réseaux autour d'un quartier, avec des services proches, mais pas nécessairement dans un même lieu. Dans le type de services intégrés vers lequel on veut évoluer, ce sont davantage les soins de santé primaires et la santé publique qui sont mis en avant. Même si le modèle d'accès aux soins n'est pas mal en Belgique, il faut adapter les services à certains segments de la population afin de faire tomber des barrières.

É.H. : Nous nous rencontrons aujourd'hui à Anderlecht, dans une consultation ambulatoire pour usagers de drogues. Il y a un mois, un voisin me demandait encore ce qu'était ce lieu, alors qu'on accueille ici 350 patients de manière hebdomadaire. Nos publics sont stigmatisés, montrés du doigt, ils subissent la prohibition et ses effets pervers. Nous avons quand même réussi à les intégrer dans le tissu urbain : nos voisins ne savent pas forcément ce que nous faisons et qui vient ici, alors que nous sommes là depuis 1998.

Une chose est de mettre les gens ensemble dans un même lieu. Mais comment travailler ensemble ?

J.W. : Les synergies réalisées doivent permettre de récupérer du temps pour réfléchir aux modes de fonctionnement. Il ne faut pas se leurrer, il existe déjà des expériences de multi-agrément, les gens sont contents de travailler dans ce cadre-là, mais il y a aussi plein de problèmes, plein de choses à gérer. On est dans des projections. Mais nous avons déjà développé depuis quelques années des concertations avec des acteurs qui travaillent avec des publics similaires, cela crée des façons communes de voir.

É.H. : Un volet recherche opérationnelle était prévu sur ces questions, avec tout un travail préparatoire des équipes. On pourrait imaginer des réunions interservices autour de projets communs, ou le développement de fonctions internes au multi-agrément, avec des travailleurs faisant le lien entre les services. Quelle gouvernance mettre en place dans une structure où cohabitent quatre conseils d'administration, dans une vision commune, tout en gardant la spécificité et la légitimité de chacun ? Tout cela devait être mis au travail.



Quelle place souhaiteriez-vous donner à la participation de vos publics dans ces projets ?

J.W. : On ne les a pas jusqu'ici inclus dans notre réflexion globale sur l'intégration des services, mais on a déjà expérimenté ici, au Projet Lama, l'accueil d'un comptoir éphémère qui faisait de la réduction des risques. Cela a été très apprécié. Impliquer plus nos publics, c'est une réflexion que nous avons. Mais c'est difficile de le faire tant qu'on n'est que sur le soin. Quand on ouvre la réflexion vers la réduction des risques et probablement encore plus si on va vers l'insertion socio-professionnelle et le logement, on devrait pouvoir impliquer davantage nos publics. Dans l'accompagnement psycho-social de l'hépatite C, la dimension de « capacitation » des patients est d'ailleurs de plus en plus mise au travail.

É.H. : Nos publics ont une bonne représentation de la difficulté dans laquelle certains services se trouvent. J'ai le sentiment que si on a une démarche explicative par rapport aux enjeux, une bonne partie des publics nous suivraient dans une structure de type intégré, pour autant qu'une série de garanties en lien avec la confidentialité soient respectées. Les publics peuvent d'ailleurs être un vrai moteur pour ces projets.

On entend toujours parler de la saturation des services. La priorité n'est-elle pas simplement de mettre du financement pour mieux répondre aux besoins « de base » ?

J.W. : Une façon de donner des éléments de réponse, c'est de réfléchir à la question de la pénurie de médecins. Au niveau macro, c'est démontré : on va vers une période où il n'y n'aura plus assez de médecins généralistes. Mais sur le terrain, cette pénurie est relative : dans certains créneaux, on ne trouve pas de médecins, et dans d'autres les médecins ne trouvent pas de place pour mettre leurs cabinets. Il y a un effort d'organisation et de soutien à la pratique qui doit être fait dans une optique d'approche globale des soins de base pour tous plutôt que dans un sens d'hypertechnologie pour quelques-uns.

Comment voyez-vous le futur ?

É.H. : Ce qui serait porteur, ce serait que ces dynamiques soient soutenues par les pouvoirs publics dans différents quartiers bruxellois. Les travaux de Jan De Maeseneer qui a développé des modélisations de santé publique en Belgique⁵ s'inspirent des derniers travaux de l'Organisation mondiale de la santé sur la nécessité de renforcer la première ligne aujourd'hui. Il évoque

explicitement le besoin de développer des petites structures intégrées.

J.W. : On plaide pour un soutien fort des pouvoirs publics à du maillage. C'est la seule perspective soutenable à long terme en termes de coût et de réponse aux problèmes de santé de façon globale. Il faut essayer de tirer avantage de l'anarchie pragmatique belge, qui a permis à plein d'initiatives diversifiées de se mettre en place sur le terrain, et arriver à mettre tout cela ensemble. Trouver une cohérence et une capacité de se projeter dans des objectifs communs. ■

5. De Maeseneer J, Aertgeerts B, Remmen R, Devroey D. (éd), « Together we change. Soins de santé de première ligne : maintenant plus que jamais ! », Bruxelles, le 9 décembre 2014, voir le résumé dans ce dossier.

Collectiviser la faute : une recette pour mieux se partager les tâches ?

Interview de **Bernard Hanson**,
coordinateur de la médecine
interne à l'hôpital Molière,
Marion Faegnaert, vice-
présidente de l'asbl Aremis,
Daniel Burdet,
médecin généraliste,
maison médicale 1190.

Par **Marinette Mormont**,
journaliste à l'Agence Alter.

La responsabilité d'un professionnel est parfois mise en cause, et quand on travaille à plusieurs autour d'un patient, c'est souvent la parole de l'un contre celle de l'autre. Pourtant, des systèmes de responsabilité collective existent. Ces derniers n'ouvriraient-ils pas une brèche vers un partage des tâches plus important ?

Histoire d'un incident critique

Hôpital Molière, dans le sud de Bruxelles. L'incident date d'il y a quinze ans, vingt peut-être. Un chirurgien prescrit un lavement à une patiente qui a un rectum en mauvais état. L'infirmière exécute le lavement. Et le rectum se déchire. Qui est responsable ? Entre le mauvais ordre et la mauvaise exécution, il est parfois difficile de faire la part des choses. « Je ne me rappelle pas quelle solution a été appliquée », dit le Dr Bernard Hanson. Mais l'épisode, aussi malencontreux a-t-il été, a poussé l'hôpital à réfléchir à la question de la responsabilité de son personnel soignant. Une responsabilité qui finit par être collectivisée par la structure : Ethias, la compagnie d'assurance de l'hôpital, perçoit un pourcentage de l'ensemble des honoraires hospitaliers ; en échange de quoi le groupe des soignants est assuré pour tous les actes réalisés (auparavant, chacun était couvert par sa propre assurance). Une manière d'éviter que les assurances respectives des uns et des autres ne se renvoient la balle.

La responsabilité des infirmiers en Belgique

En Belgique, le champ d'activité des infirmiers est régi par l'arrêté royal n°78 de 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, l'arrêté royal de 1990 (liste des prestations techniques et des actes médicaux confiés) et la nomenclature des soins infirmiers de l'INAMI. Il recouvre trois catégories de prestations : celles qui ne requièrent pas de prescription médicale (exemple : soins de plaies), celles qui nécessitent une prescription (exemple : sondage vésical), et enfin, les « actes confiés », initialement attribués aux médecins, mais qui peuvent être effectués par les infirmiers sous surveillance médicale (exemple : la vaccination).

Source : Hélène Dispas, *Partage des tâches entre médecins généralistes et infirmiers en première ligne de soins. Recherche de pistes applicables à un centre de santé intégré en région liégeoise*, travail de fin d'études dans le cadre du master complémentaire en médecine générale, faculté de médecine de l'université de Liège, 2012-2013.

Depuis lors, le modèle a été adopté par l'ensemble des hôpitaux Iris Sud (HIS). « Je ne suis pas sûr que ce ne soit pas exportable ailleurs », dit Bernard Hanson. « La médecine est devenue multidisciplinaire et associe des tas d'intervenants différents. Conséquence : les possibilités de dire 'C'est pas moi, c'est l'autre' se multiplient. »

Si ce dispositif d'assurance collective fonctionne particulièrement bien dans une structure unique comme un hôpital, qu'en est-il des situations associant plusieurs intervenants externes autour d'un même patient ?

« C'est vite la parole de l'un contre la parole de l'autre »

Marion Faegnaert est vice-présidente et cofondatrice de l'asbl Arémis, qui effectue des hospitalisations à domicile pour des adultes et des enfants atteints d'une pathologie lourde. Elle nous rappelle les bases du partage de la responsabilité entre médecin et infirmiers : quand un médecin délègue des actes à un infirmier, il le fait par le biais d'une prescription écrite. « Mais dans les hospitalisations à domicile, on doit souvent agir en urgence. Je ne peux pas toujours attendre la prescription ou le déplacement du médecin généraliste. » Formulée oralement par téléphone, l'instruction doit être notée dans le dossier du patient et devra au plus vite être complétée par un document écrit. Si le médecin traitant du patient n'est pas joignable, l'infirmière se réfère au médecin référent de son asbl, disponible 24/24h.

« Ce sont des petits détails qui peuvent jouer à un moment donné s'il y a un souci, commente l'infirmière. Sinon le médecin, la famille voire même l'asbl pour laquelle je travaille peuvent se retourner contre moi. S'il y a un problème, c'est vite la parole de l'un contre celle de l'autre. »

Aujourd'hui, la durée des hospitalisations tend à se raccourcir au profit d'un suivi à domicile plus important. Exemple : l'hôpital Molière planche actuellement sur un projet pilote autour du statut de 'patient hospitalisé à domicile'. « On peut imaginer aujourd'hui de terminer à domicile un traitement intraveineux entamé à l'hôpital », précise Bernard Hanson. Ici aussi, la responsabilité se répartit : le médecin hospitalier porte la responsabilité de la sortie et détermine une attitude de traitement, qui sera poursuivi à la maison par le généraliste et l'infirmière. Cette dernière administrera le traitement et surveillera l'état du patient. Elle pourra appeler le médecin généraliste en cas de problème, afin qu'il rende visite au patient et décider, si nécessaire, de le réexpédier à l'hôpital. « On envi-

sage aussi le remboursement de visites à domicile par les spécialistes hospitaliers, à la demande du médecin généraliste », ajoute le médecin de l'Hôpital Molière. Tout un dispositif qui nécessite un système de communication bien ajusté.

Dans ce contexte, la question de la responsabilité trans-structures se posera-t-elle de manière plus aiguë ? « Pourquoi ne pas imaginer de négocier avec une compagnie d'assurance d'assurer tout ce qui se passe autour de ce patient à ce moment-là ? » anticipe Bernard Hanson.

Élargir le métier d'infirmier

« La nomenclature des actes infirmiers de l'INAMI est trop restreinte par rapport au rôle que ces professionnels pourraient tenir », allègue Hélène Dispas dans son travail de fin d'étude sur le partage des tâches entre médecins généralistes et infirmiers en première ligne de soins¹. « Cela influence leur motivation à élargir leur champ d'action, particulièrement quand ils travaillent à l'acte », ajoute-t-elle.

Le cadre légal serait un frein à la pratique infirmière. Et la peur de ces professionnels de la santé que leur responsabilité soit mise en cause les empêche d'aller plus loin dans le partage des tâches.

Pourtant, ailleurs dans le monde, le contour de la profession infirmière peut être dessiné d'une toute autre manière. Au Canada par exemple, la caractérisation de ce métier à travers les actes infirmiers a été abandonnée au profit d'une définition par groupe d'actes, organisés selon leur dangerosité pour le patient. Un même groupe d'actes peut être réalisé par des professions différentes. But poursuivi : améliorer la flexibilité dans l'organisation du travail.

Dans plusieurs pays, les infirmiers sont aussi autorisés à prescrire des médicaments dans un cadre délimité. Depuis 2013, un système d'ordonnances collectives a été mis en place au Québec. Les infirmiers sont autorisés à ajuster les traitements pour quatre pathologies chroniques courantes (hypertension, diabète, dyslipidémie, troubles de la coagulation) sans que le patient ne doive revoir son médecin¹.

1. Hélène Dispas, « Partage des tâches entre médecins généralistes et infirmiers en première ligne de soins. Recherche de pistes applicables à un centre de santé intégré en région liégeoise », travail de fin d'études dans le cadre du master complémentaire en médecine générale, Faculté de médecine de l'Université de Liège, 2012-2013.

« C'est souvent la société qui précède le cadre législatif », spécule Daniel Burdet, médecin généraliste à la maison médicale de Forest et collaborateur de la Fédération des maisons médicales. Pour lui, il y a probablement en Belgique des manières de contourner la législation, ce qui peut forcer les choses à changer. Le principal frein à l'élargissement du champ d'activité des infirmières reste idéologique, à savoir une culture qui reste médico-centrée.

S'il y a un problème c'est la parole de l'un contre la parole de l'autre.

« Dans un contexte de carence de médecins, on va être amenés à donner de plus en plus de place aux infirmières. Mais par la mauvaise voie. La voie royale serait de reconnaître qu'elles sont plus efficaces parce qu'elles sont proches des gens, qu'elles ont un niveau de contact plus efficient que le langage du médecin. Mais cela implique une modification des modes de financements, c'est-à-dire le remboursement d'actes non prescrits. Le combat est sans doute plus du côté économique et politique que du côté déontologique », conclut Daniel Burdet.

Des dispositifs de collectivisation de la responsabilité permettraient-ils d'ouvrir des portes vers de nouvelles manières de se partager les tâches ? Cette piste mériterait probablement d'être creusée. ■



Pour agir sur la formation de base : des séminaires interdisciplinaires

Pierre-Joël Schellens, médecin généraliste, chargé de cours, animateur du Séminaire interdisciplinaire au Pôle Santé de l'université libre de Bruxelles.

L'interdisciplinarité peut-elle s'enseigner à l'université ? C'est le pari qu'ont fait, à l'université libre de Bruxelles, le département de médecine générale et le Pôle Santé : à leur initiative, un séminaire portant sur la collaboration interdisciplinaire est intégré depuis 2013 au cursus de six filières des métiers de la santé. Pierre-Joël Schellens décrit ici les enjeux et l'intérêt de ce nouveau dispositif – qu'une élève infirmière en fin de baccalauréat applaudit des deux mains dans l'article suivant.

L'interdisciplinarité : un concept Evidence Based ?

La collaboration interdisciplinaire apparaîtra sans doute comme une évidence à nombre de lecteurs, soit qu'ils adhèrent aux valeurs qu'elle véhicule, soit parce que leur pratique est organisée comme ça là où ils travaillent¹.

Mais cette approche a-t-elle fait la preuve de son efficacité, et à ce titre, doit-elle être enseignée à l'université ?

En médecine, la charge de la preuve est lourde. Il faut définir très précisément les concepts en jeu, établir un protocole expérimental qui n'abandonne rien au hasard, et soumettre les résultats à l'implacable rigueur de l'analyse statistique.

Au final, pour valider une pratique, il faudra « battre le placebo », ou mieux encore, surpasser une pratique antérieure qui avait fait ses preuves.

Tel est le « graal » de la recherche médicale.

1. Voir article de Alexandre Bischoff, paru dans *Santé conjugée* n° 46 de 2008 : « Formation interprofessionnelle : une exigence pour une approche intégrée des soins ».

Or, comparer une approche interdisciplinaire avec une autre, appelons-la « plus verticale », ne se prête pas à des études *en double aveugle*. Cela ne revient pas à mesurer des nanomoles ou des milliampères.

On peut prédire un bel avenir au décloisonnement des pratiques.

On se trouve ici davantage dans le champ de la recherche qualitative, et on connaît l'incompréhension, le mépris parfois de la médecine académique pour la recherche non quantitative.

Mais les choses sont en train de changer.

Les recommandations de bonne pratique valident les pratiques interdisciplinaires : ces recommandations sont des consensus d'experts établis sur base de la littérature scientifique de la plus haute qualité et du plus haut niveau de preuve possible². Elles s'assimilent à de

2. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique (HAS).

l'*Evidence Based Medicine* (EBM) ou « médecine basée sur des preuves » - autant que faire se peut dans les domaines traités.

Depuis quelques années, les recommandations de bonne pratique sur le traitement des maladies chroniques mettent en relief la supériorité des approches interdisciplinaires. Comme les maladies chroniques sont désignées par l'Organisation mondiale de la santé comme l'enjeu principal de la santé mondiale pour les années à venir, on peut prédire un bel avenir au décloisonnement des pratiques³.

Le financement des soins de santé a d'ailleurs déjà largement intégré cette notion⁴.

Cela tombe bien : les patients d'aujourd'hui sont mieux informés et de plus en plus exigeants, ils revendiquent à bon droit une meilleure coordination entre les professionnels qui s'occupent d'eux. Ils veulent s'impliquer personnellement dans le processus de soins. Quant aux jeunes générations de soignants, elles sont sensibles à une approche « centrée sur le patient » et favorables au décloisonnement professionnel.

La collaboration interprofessionnelle est donc une approche estampillée *Evidence Based Medicine*, qui doit être intégrée dans la formation de base des professionnels de la santé.

On pourrait évidemment théoriser ce concept et l'enseigner en tant que tel, mais il vaut mieux le considérer comme un socle de compétences à développer chez les étudiants. Donc, il s'agit de mettre sur pied un dispositif pédagogique qui les sensibilise à cette manière de travailler et leur donne l'occasion de l'expérimenter.

Décloisonner et développer les compétences collaboratives

C'est en 2013 qu'a démarré à l'université libre de Bruxelles un séminaire de collaboration interdisciplinaire, à l'initiative du département de médecine générale et du Pôle Santé⁵.

3. Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles (Organisation mondiale de la santé).

4. Voir les 'trajets de soins', principalement sur le diabète de type 2 et l'insuffisance rénale chronique.

5. Pôle-Santé de l'université libre de Bruxelles : Hôpital Erasme, faculté de Médecine, faculté de Pharmacie, faculté des Sciences de la Motricité, école de santé publique. Collaboration avec la Haute Ecole libre de Bruxelles Ilya Prigogine (section Nursing).

Auparavant, nous avons sollicité les conseils de nos collègues de l'université de Montréal : ils ont une expérience de plus de dix ans dans ce domaine, et des moyens sans commune mesure avec les maigres ressources de nos facultés.

L'idée de départ est la suivante : tous les jours sur le campus, des milliers d'étudiants s'entrecroisent. Ils seront demain des acteurs de la santé amenés à interagir. Or chacun ne connaît que peu de choses du métier des autres, de leurs compétences, de leur champ d'action, de leurs difficultés. Leurs représentations mutuelles véhiculent énormément de stéréotypes, leurs rares interactions lors des stages génèrent incompréhension et frustrations.

Il s'agissait donc de les réunir en tables rondes interdisciplinaires, de leur demander dans un premier temps de « se raconter » les uns aux autres. Une évaluation avant et après le séminaire, sur base d'un court questionnaire, permettait de voir si leurs représentations des autres métiers avaient évolué.

Plus tard, une deuxième séance les amenait à élaborer de manière collaborative un plan de soins sur base d'une vignette clinique assez complexe. Ils en rendaient compte sur un poster qui était ensuite exploité avec ceux des autres groupes lors d'une mise en commun.

Dans cette première phase du projet, même si l'objectif principal était de faire se rencontrer les étudiants, pour mieux se connaître et ensuite collaborer, l'accent était surtout mis sur la connaissance des métiers et sur la résolution pratique de cas.

En 2015, le dispositif s'intègre au cursus de six filières des métiers de la santé : futurs médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes et ostéopathes, étudiants en santé publique et en soins infirmiers. Il a vocation à s'étendre progressivement à d'autres filières.

Exactement 666 étudiants y ont participé.

A ce jour, aucun dispositif d'une dimension comparable n'existe dans les autres universités belges. En exposant notre expérience en France⁶, nous avons découvert que plusieurs initiatives dans ce sens, très modestes, y ont vu le jour. Pour diverses raisons aucune n'a atteint l'ampleur ni rencontré le succès de notre jeune projet pédagogique.

6. http://www.cnge.fr/congres/les_minutes_des_ateliers_du_congres_lille_2014/

Après trois ans, la méthode pédagogique a évolué. D'une part, des patients actifs dans les associations et souffrant de pathologies évoquées dans les vignettes cliniques se joignent aux étudiants. D'autre part, la mise en commun qui suit les séances a radicalement changé : elle ne porte plus sur la connaissance des métiers ou sur la résolution de cas. Ainsi, à l'issue de la première séance « découverte des métiers », on demande aux participants de dire comment communiquer efficacement entre professionnels : qu'est-ce qui favorise, qu'est-ce qui entrave la communication ? Après la deuxième séance, « planification collaborative de la prise en charge », on leur demande d'expliquer la manière dont ils organiseraient leur collaboration.

Évaluer le dispositif

En 2015, nous avons évalué par questionnaire (411 réponses sur 666) tant la satisfaction des participants au séminaire que l'évolution de leur perception des pratiques collaboratives.

Peu d'étudiants ont émis des critiques négatives, principalement en rapport avec la charge de travail excessive qu'on leur impose en dernière année.

La grande majorité a beaucoup apprécié cette occasion de découvrir les autres acteurs de la santé. Ils témoignent avoir pu trouver leur place dans un travail en commun. Ils déclarent désormais bien connaître et comprendre le rôle des autres participants, et se sentir capables de mieux collaborer dans l'avenir.

Plus de la moitié estiment que ces séminaires devraient intervenir beaucoup plus tôt dans leur cursus, et que deux séances ne suffisent pas.

La présence de patients-partenaires dans plusieurs groupes les a, comme c'était prévisible, fortement impactés.

Quelques verbatim extraits des commentaires libres :
« Ce séminaire m'a permis de découvrir une communication possible et différente entre les professionnels. J'ai l'intention par la suite (une fois diplômée) de mettre cette pratique au centre des préoccupations. Ceci m'a montré un meilleur suivi du patient mais aussi une meilleure confiance entre les différents praticiens. »

« Nous avons pu remarquer et mettre en évidence que nous travaillons comme un puzzle. Personne n'est plus important ou moins important qu'un autre. Chacun possède des capacités propres à sa profession. »

« Avoir entendu les patients parler de leur maladie sans être dans une relation directe de soin était très intéressant et émouvant. »

« Le séminaire permet une vraie prise de conscience des rôles de chaque acteur de santé, met en évidence les points de convergence et appuie les spécificités de chacun, tout en offrant la possibilité d'entamer une réelle discussion entre professionnels de santé sur une situation clinique. »

Conclusion : construire une culture collaborative

Cette démarche pédagogique innovante est appréciée des étudiants. En fin de cursus, ils ne sont plus demandeurs d'un enseignement frontal, mais bien qu'on les prépare de manière très pratique à leur entrée imminente dans la vie professionnelle. La rencontre avec leurs futurs collaborateurs les intéresse ; la confrontation avec les écueils mais aussi avec les richesses d'une pratique collaborative leur ouvre l'esprit.

Après seulement trois ans, il est difficile d'évaluer objectivement si ces séminaires contribueront à faire évoluer les pratiques et les mentalités. L'important est d'installer progressivement une culture collaborative et une approche centrée sur le patient.

En conclusion, la collaboration interdisciplinaire est une proposition conforme aux données de la science médicale et validée par un niveau de preuve suffisant, en phase avec les exigences sociétales et les valeurs des jeunes générations. Elle mérite une place dans la formation de base de tous les métiers de la santé. ■

Formation interdisciplinaire : toujours plus

Interview réalisée par
Marianne Prévost, sociologue,
responsable de la revue
Santé conjugulée.

Naima Bouti termine sa dernière année de baccalauréat en soins infirmiers. Elle parle ici avec enthousiasme du séminaire interdisciplinaire décrit par Pierre-Joël Schellens dans l'article précédent : une mise en question des représentations véhiculées lors des formations, à l'hôpital et dans l'organisation des soins.

Tu as participé aux séminaires interdisciplinaires organisés à l'université, qu'en as-tu retiré ?

C'est génial ! On a travaillé entre pharmaciens, infirmiers, médecins, ostéopathes, kinésithérapeutes, sans compter ceux qui font le master en santé publique (dont un journaliste !)... En réalité, c'est fou de trouver ça génial : on devrait avoir des cours en commun dès le départ. Chacun a une mission propre mais on est tous face à la même personne ; or nos cours sont séparés, pendant toute la formation – il y a juste ce séminaire en fin de parcours : c'est trop peu.

Au fond, vous arrivez en fin d'études sans bien vous connaître ?

Oui, alors il y a des idées toutes faites qui circulent, je l'ai bien vu dans ce séminaire : l'infirmière c'est « la gentille qui a tant de patience, qui est si dévouée, si courageuse – moi je ne pourrais jamais », etc. Pendant les stages en hôpital, ils nous voient courir tout le temps... mais au final ils n'ont aucune idée de ce qu'on fait en réalité, de ce dont on est capables. Les patients non plus d'ailleurs – mais pour des professionnels, c'est grave ! Cette méconnaissance joue à tous les niveaux. Chacun travaille sur son petit morceau de corps... je sais plus ou moins ce que fait un ergothérapeute, mais pas de manière assez précise pour faire appel à lui : je n'y penserai pas car je ne sais pas vraiment à quels besoins il peut répondre. C'est absurde ! C'est comme un chirurgien qui ne connaîtrait pas les techniques, les instruments disponibles.

Comment exprimerais-tu « ce dont les infirmiers sont capables » ?

Les infirmiers doivent pouvoir collaborer avec les autres professionnels : leur connaissance des autres disciplines, leur capacité de communiquer avec les autres, est donc fondamentale, et on ne l'apprend pas pendant la formation. Cela ne va pas de soi (différents outils ont été créés, notamment au Canada, pour faciliter la communication). Ils doivent aussi être autonomes, c'est-à-dire pouvoir agir en dehors d'une prescription médicale ; mais personne ne connaît vraiment ce rôle, et pendant les stages on ne nous l'enseigne pas vraiment. En fait, cette capacité d'autonomie n'est pas reconnue – ni le fait qu'on puisse donner des avis pertinents. Et cela peut entraîner un cercle vicieux : si tu sens qu'on te sous-estime, qu'on n'attend pas de toi un avis compétent, il est parfois difficile de prendre position dans un groupe de professionnels.

Où se situent les infirmiers dans la hiérarchie professionnelle à l'hôpital ?

Au milieu : il y a d'abord le médecin, puis le kinésithérapeute, puis l'infirmier, le psychologue, l'assistant social, l'aide-soignant. A l'hôpital, où nous faisons beaucoup de stages dès la première année, cette hiérarchie joue dans toutes les relations entre soignants.

La situation des infirmiers est particulière en Belgique car il y a deux types de formation, qui durent chacun trois ans : le brevet d'infirmier hospitalier en enseigne-

ment secondaire et le baccalauréat en soins infirmiers qui est à un niveau d'enseignement supérieur de type universitaire. Il me semble que chacun des deux diplômes a ses qualités et ses inconvénients. Le réel problème, il me semble, c'est la différence de niveau d'enseignement, brevet-bachelier ou même bachelier-bachelier : il varie grandement d'une école à l'autre. Or nous devrions tous avoir accès à UNE formation uniforme, intégrant d'emblée la vision humaniste des soins. Car à terme, le problème est que les gens, y compris les professionnels de santé, ne voient pas bien les différences de niveaux, et cela joue sur la reconnaissance : certains médecins sous-estiment complètement les connaissances des bacheliers - même dans les cours ! En troisième année, un médecin a commencé son cours en nous expliquant la différence entre une infection et une inflammation... !

De manière plus générale, comment les différentes disciplines communiquent-elles à l'hôpital ?

Certains services organisent des réunions interdisciplinaires, comme par exemple en gériatrie. Mais dans les services qui ne s'occupent pas de maladies chroniques, ça existe moins voire pas du tout ! On le voit d'ailleurs bien au niveau de l'espace : dans un service classique, les bureaux sont bien séparés : là les médecins, ici les infirmières, ailleurs les kinésithérapeutes. On pourrait imaginer un grand bureau collectif, pour bien marquer qu'on travaille ensemble, pour qu'on puisse communiquer de manière plus fluide. Mais ça, ce serait une révolution !

L'intérêt de l'interdisciplinarité n'est pas compris à l'hôpital ?

Si si, tout le monde comprend ça, et beaucoup d'étudiants en médecine flippent, ils voudraient plus déléguer, ils demandent que les paramédicaux prennent plus en charge – sans doute plus encore à l'hôpital où ils sont tout le temps dans le 'rush', qu'en médecine générale où les relations se construisent sur le long terme...

Mais finalement ça reste assez théorique : il est toujours difficile de mettre en pratique l'interdisciplinarité dans certains services, les vieilles habitudes persistent – c'est normal, puisque la formation reste cloisonnée.

N'y a-t-il pas de nouvelles pistes qui reconnaissent mieux le rôle de l'infirmière ?

Ce qui me passionne le plus c'est le dispositif qui a été formulé avec le plan cancer 2009 : une infirmière-

relais spécifique à l'oncologie travaille en parallèle avec le médecin oncologue. Elle est présente dès l'annonce du diagnostic, car on sait l'importance de ce moment sur le vécu d'une maladie à long terme ; et après l'annonce, elle travaille toujours en parallèle avec le médecin, elle assure la continuité des soins et la prise en charge de son patient tant à l'hôpital qu'à domicile, elle doit donc connaître le travail de tous ceux qui vont intervenir tout au long de la maladie. C'est un vrai référent.

Le médecin et l'infirmière ne sont pas centrés sur les mêmes aspects, mais ces deux disciplines doivent grandir ensemble. Le duo infirmière/médecin est incontournable, il devrait être d'office obligatoire (c'est différent avec le kinésithérapeute, l'ergonome, qui ne sont pas nécessaires présents dans toutes les situations). C'est surréaliste d'imaginer que le médecin peut tout faire tout seul !

Le médecin prend des responsabilités, mais l'infirmière en première ligne est capable de relayer le médecin dans différents actes techniques : faire une radio, recoudre une plaie superficielle... Or légalement elle ne peut pas, c'est une aberration : on apprend à recoudre des plaies superficielles car dans le boulot on sera amenées à les défaire... donc on est capable de recoudre, mais on ne peut pas. Il y a plein d'autres trucs qu'on apprend mais qu'on n'a pas le droit de faire, cela provoque une perte de sens.

La complémentarité médecin-infirmière est claire pour toutes les infirmières ?

Je pense que dans un contexte hospitalier, peu d'infirmières ont conscience du rôle de référent qu'elles doivent pouvoir jouer. D'un autre côté, elles déplorent souvent que le médecin n'ait pas le temps de passer voir un patient qui le demande, et qu'en même temps elles ne soient pas autorisées à prendre certaines choses en main ; par exemple à parler du diagnostic - que le médecin ne leur a éventuellement pas communiqué. Alors qu'on pourrait discuter pour savoir qui est le mieux placé pour parler du diagnostic ; parfois c'est l'infirmière car elle n'a pas ce statut tout-puissant, le patient ose lui dire plus de choses (par exemple que ses selles sont rouges !). Et le médecin ne peut pas tout voir, il ne fait que passer, il ne peut pas cerner la personne de manière globale, se demander pourquoi elle est tombé malade, ce que cette maladie va entraîner dans sa vie. Tandis que les infirmières ont des échanges sur les patients pendant 3h chaque jour, et au niveau purement technique, elles sont normalement formées à agir si le médecin n'est pas disponible.

Le médecin n'a pas toutes les clés en main pour faire des choix éclairés : il n'a pas toute l'expertise nécessaire pour certains aspects. S'il communiquait mieux avec les autres soignants, s'il déléguait plus, il ferait de meilleurs choix. Par exemple, au moment de la sortie : certains médecins s'intéressent aux aspects psycho-sociaux (les ressources financières du patient, son entourage, qui s'occupera de lui, qui fera ses courses etc.) ; là, c'est important de consulter le kinésithérapeute qui peut dire ce qu'il en est au point de vue mobilité.

Revenons au séminaire...

A la deuxième séance, on nous a soumis un cas clinique ; chacun devait expliciter son rôle par rapport à ce cas, et se demander ensuite, d'une part : « jusqu'où je vais ? » d'autre part « quels sont les angles morts ? ». Là, on se rend compte que certaines choses passent à la trappe parce qu'on ne sait pas bien ce que font les autres - « tu crois que je fais ça, mais en fait non »...

Après, il fallait dire comment on prendrait en charge le patient. Nous, les bacheliers, nous avons été formés selon le modèle québécois du *caring* et du « patient partenaire », où le patient est réellement acteur : ce n'est pas lui qui est au centre avec tous les soignants autour, mais bien sa santé, donc il est lui aussi « soignant », c'est un réel partenaire, avec son expertise, ses désirs, ses projets. On a bien vu dans le séminaire que les médecins, les kinésithérapeutes, les pharmaciens n'ont pas été tous formés de cette manière ou en tout cas, qu'ils n'y adhéraient pas tous... Ils ont appris à être « autour du patient » : c'est une approche respectueuse, tu n'imposes pas, tu expliques, tu laisses le choix – mais le partenariat c'est différent, on fait vraiment équipe. A Montréal, il y a des patients partenaires qui enseignent aux professionnels ce que c'est que de vivre tous les jours avec un cancer, un diabète.

Une conclusion ?

La moyenne d'une carrière d'infirmière en hôpital est de 5 à 7 ans – et 80% des infirmières travaillent à l'hôpital ! Alors oui, il y a pénurie. Et c'est vrai qu'avec la montée des maladies chroniques, il faut faire des économies ; mais la manière la plus intelligente de le faire, c'est de renforcer les soins de santé primaires. Ce ne sera possible que s'il y a des professionnels formés pour ça, des professionnels qui se rencontrent dès le début de leurs études, qui apprennent à travailler ensemble et à partager les compétences.

Je pense qu'il est important de valoriser la profession infirmière. Elle attirerait plus de gens si elle était mieux reconnue, valorisée, moins frustrante aussi. Et pour cela, on a besoin d'une formation unique, d'un programme dépoussiéré et d'un accès à l'échelon supérieur, à savoir le master en science infirmière.

Donc la conclusion est claire : il faut réformer le système de santé, en commençant par l'enseignement ! ■



Collaborer entre médecins et infirmiers : une affaire de complémentarité

Hélène Dispas, médecin
généraliste à la maison médicale
De Brug et
Laetitia Buret, médecin
généraliste à la maison médicale
Hélios.

Pénurie de médecins, complexification des pathologies et des situations : la question d'une réorganisation des soins et du partage des tâches entre médecins et infirmiers est au cœur de l'actualité. Son examen, sous des angles divers, permet d'interroger la collaboration interdisciplinaire : analyse croisant des expériences internationales avec celles des maisons médicales.

Cet article a été rédigé sur base du travail de fin d'études *Partages des tâches entre médecins généralistes et infirmiers en première ligne de soins : recherche de pistes applicables à un centre de santé intégrée en région liégeoise* réalisé par Hélène Dispas dans le cadre d'un master complémentaire en médecine générale¹.

Balises

La collaboration interdisciplinaire a fait ses preuves en termes de qualité de soins^{(A)(B)} ; pourtant, elle ne coule pas de source. Elle nécessite un apprentissage à la fois individuel et collectif, ainsi qu'une remise en question permanente. Les processus qui gouvernent son fonctionnement sont complexes : ils dépendent en partie des contextes et des personnes, ce qui est à la fois une richesse et une difficulté. En maison médicale, l'autonomie dans le travail est une valeur forte et porteuse de créativité ; mais dans certains cas, elle génère une certaine perte d'énergie - on a parfois le sentiment de « réinventer la roue » sans arrêt... Pourtant, certains repères peuvent aider à construire une collaboration de qualité.

Le service d'études et de recherches de la Fédération des maisons médicales se penche actuellement sur l'identification de ces repères, la mise en évidence de processus et de dispositifs de soutien qui aident à améliorer la collaboration interdisciplinaire.

Un de ces processus consiste à répartir les tâches et les rôles de manière claire et optimale. Cela peut sembler simple : « Il suffirait de faire une liste de qui fait quoi et

puis s'y tenir »... Mais un examen plus attentif montre que la question est complexe. Nous l'abordons ici au travers des mécanismes de collaboration entre médecins et infirmiers.

Le partage des tâches entre médecins et infirmiers est un sujet d'actualité. Les expériences se multiplient, et le nombre de publications sur le sujet témoigne d'un climat de questionnement tant du côté des « décideurs » que du côté des personnes de terrain. Le contexte actuel de pénurie de médecins en première ligne (réelle ou ressentie), et la complexité croissante des pathologies chroniques auxquelles nous devons faire face crée un besoin de réorganisation des soins et une recherche identitaire des travailleurs^{(B)(C)}. Chacun doit en effet trouver un rôle qui fait sens à sa fonction dans un système qui se transforme. Nous avons besoin de partager nos points de vue et de profiter de nos compétences respectives pour répondre au besoin de soins globaux, efficaces et centrés sur les patients^{(C)(D)}. Différents angles peuvent éclairer cette question.

Substitution ou complémentarité ? Le point de vue de la littérature

Dans des pays comme les Etats-Unis, le Royaume-Uni, et le Canada, certains infirmiers ont, depuis plusieurs dizaines d'années, acquis des compétences étendues, ce qui porte le nom de « pratiques avancées ». En pre-

1. Tuteurs : Hubert Jamart, avec la collaboration d'André Crismer. Disponible sur le site de la Société scientifique de médecine générale à l'onglet 'TFE'.

mière ligne, ces compétences sont d'ordre clinique et diagnostique ; elles donnent parfois la possibilité de prescrire des médicaments. Ces infirmiers travaillent de pair avec les médecins généralistes (ou parfois à leur place) et réalisent des consultations sans rendez-vous, des tris téléphoniques d'appels, des visites à domicile, ou des consultations spécifiques pour des populations-cibles (les patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive - BPCO, asthme, hypertension, diabète...). Beaucoup d'études s'attachant aux conséquences de ces partages ou transferts de tâches ont été publiées. La grande diversité des rôles de ces infirmiers en fonction des pays rend les conclusions peu transposables d'une région à l'autre.

Cependant, voici les messages principaux que l'on peut en retenir :

- ♦ Le partage des tâches existe déjà dans de nombreux endroits, moyennant des adaptations de législation et de formation des intervenants. Il se développe sur deux modes : la substitution (remplacer un médecin par un infirmier) ou la complémentarité (travailler ensemble en répartissant les tâches entre les deux catégories professionnelles).
- ♦ Dans le mode substitutif, on ne rapporte pas de perte de qualité des soins en termes d'erreurs ou d'accidents graves, et la satisfaction des patients au contact des infirmiers est généralement bonne (voire meilleure) qu'avec les médecins. Les infirmiers prennent généralement plus de temps en consultation, ce qui entraîne une meilleure communication et une meilleure compliance du patient. En contrepartie, certaines études rapportent un recours plus précoce aux examens complémentaires que chez les médecins.
- ♦ L'efficacité de ces pratiques reste incertaine. Deux paramètres doivent ici être pris en compte : le coût et la qualité. Le coût des soins n'est pas amoindri par la substitution (plus de temps en consultation, plus d'exams complémentaires...); il est difficilement mesurable dans les situations de complémentarité. Par ailleurs, beaucoup de facteurs influençant le coût n'ont pas été pris en compte dans les études réalisées (coût de la transformation du système de formation par exemple). Quant à la qualité des soins, elle peut être analysée selon de nombreux critères, qui n'ont pas le même sens pour les différents acteurs concernés : ce qui est un gain de qualité aux yeux du patient ne l'est pas toujours pour les pouvoirs publics. Nous pensons ainsi à un exemple vécu au Canada où le transfert de compétences est établi comme une norme depuis des années par les pouvoirs publics et les professionnels, mais ne fait

pas l'unanimité chez les patients qui se plaignent parfois de soins devenus plus « impersonnels ».

- ♦ Il persiste beaucoup d'inconnues quant aux avantages et aux inconvénients apportés par ces nouveaux types d'organisation. Très peu d'études recueillent l'opinion des professionnels de terrain ou des patients. Les publications belges restent rares sur le sujet.

Le point de vue des professionnels en maison médicale

Notre travail s'est également inspiré de rencontres avec des groupes d'infirmiers et de médecins travaillant en maison médicale à Liège (21 personnes). Ces « focus group », très riches, ont apporté des pistes concrètes ainsi que d'importantes nuances aux apports de la littérature – des nuances d'ordre « philosophique ».

Chacun doit trouver un rôle qui fait sens à sa fonction dans un système qui se transforme.

Des pistes...

Les maisons médicales liégeoises interrogées ont déjà réalisé beaucoup d'expériences de partage des tâches, dont certaines avec succès. Une liste de ces expériences a été dressée. Elles se sont construites autour de quatre grands types de fonctions infirmières :

- ♦ Les fonctions centrées sur la promotion de la santé (vaccination, dépistage de cancers, prévention cardio-vasculaire...);
- ♦ Les fonctions spécialisées pour des groupes-cibles particuliers (diabétiques, hypertendus, populations âgées fragiles, patients psychotiques...);
- ♦ Les fonctions cliniques polyvalentes (suivis partagés de patients « chroniques », (dans le cadre du travail de fin d'étude, les suivis de patients chroniques et la fonction de gestionnaire de cas ont été classés dans cette catégorie);
- ♦ Les fonctions d'organisation et de coordination des soins (liaison hôpital-domicile, tâches administratives, gestion du matériel...).

Quatre exemples de partage des tâches ont été proposés aux professionnels et discutés dans les groupes : travailler sur la répartition des tâches du Dossier médi-

Modifier la répartition des tâches a des conséquences sur le rapport profond que les travailleurs entretiennent avec leur métier et sur ce qui fait sens pour eux.

cal global -DMG+ ; proposer aux infirmiers de devenir « gestionnaires de cas » ; organiser la prise en charge des personnes âgées fragiles ; développer des « pratiques avancées » en Belgique.

... et des réflexions

Les débats ont été très animés et ont mis en évidence de nombreux freins, leviers, avantages et inconvénients au partage des tâches. Les freins majeurs tiennent au manque de ressources humaines (pénurie relative d'infirmiers en première ligne), au contexte politique (législation et formation inadaptées), et à des aspects culturels : les médecins craignent de perdre leur rôle de « premier recours » et le colloque singulier avec le patient, tandis que les infirmiers ont peur de recevoir les tâches « dont les médecins se débarrassent » et de perdre le sens de leur métier (le « prendre soin »).

Dans les deux groupes interrogés, le terme « changement de paradigme » a été évoqué. Modifier la répartition des tâches a des conséquences sur le rapport profond que les travailleurs entretiennent avec leur métier et sur ce qui fait sens pour eux. Beaucoup de participants ont évoqué le plaisir qu'ils ont à faire des choses « simples », qui leur permettent de mieux connaître les personnes qu'ils soignent, de créer du lien avec elles (comme passer chez un patient âgé qui va bien, prendre sa tension et boire une tasse de café pour le médecin, ou faire des toilettes pour l'infirmier). Beaucoup de soignants entendent par « qualité des soins » une relation de confiance et dans la durée entre soignant et soigné (la tâche doit être faite par la personne qui connaît le mieux le patient) ; ce qui entre parfois en tension avec le principe de subsidiarité, mieux appliqué dans d'autres pays (la tâche doit être faite par la personne qui est la mieux adaptée pour la faire, de manière à augmenter l'efficacité). Comment trouver l'équilibre ? Le système le plus juste est sans doute celui dans lequel la satisfaction des patients et le plaisir des travailleurs sont aussi importants que l'efficacité de soins.

Le point de vue des patients

Selon l'étude qui est en cours de publication au service d'études et de recherches de la Fédération des maisons médicales, l'opinion des patients rejoint celle des professionnels : les patients cherchent avant tout une relation de confiance, une continuité relationnelle

avec leurs thérapeutes. L'organisation en tant que telle importe peu, pourvu qu'elle leur permette d'avoir accès à quelqu'un qu'ils connaissent, en qui ils ont confiance et qu'ils jugent compétent. L'attachement à l'image du « médecin de famille » est important : les patients ne sont pas forcément prêts à accepter une substitution. Mais ils sont ouverts au travail en complémentarité et font confiance à l'infirmier tout autant qu'au médecin.

La clef de voûte reste donc bien la relation humaine.

L'originalité du modèle des maisons médicales

Dans certains pays, l'organisation des soins est modifiée selon une approche *top-down* : ce sont les instances de santé publique qui enclenchent le changement, souvent au nom de l'efficacité ou sous le couvert de moindres dépenses. A l'inverse, la démarche des maisons médicales est *bottom-up* : ce sont les acteurs de terrain qui ont initié le changement. Leurs moteurs initiaux étaient une volonté de partager le savoir, de rompre les liens hiérarchiques, d'améliorer la satisfaction des soignants et la qualité des soins aux patients. Le modèle interdisciplinaire pratiqué en maison médicale est encore très peu connu en Belgique ; l'expérience qui se crée ainsi au départ du terrain est cependant très riche.

Dans ces pratiques, la collaboration complémentaire entre médecins et infirmiers est fréquente ; il y a peu de substitution. Les tâches y sont aussi partagées en fonction des intérêts des individus ; les infirmiers sont par exemple demandeurs d'investir le domaine de la prévention ou de l'éducation à la santé, mais ils restent sceptiques quant au fait de devenir de « petits médecins » en investissant des tâches diagnostiques par exemple. Le sens qu'ils attribuent à leur travail est important, et les médecins les rejoignent sur ce point ; l'intérêt du partage des tâches ainsi mis en place réside plus dans l'enrichissement des compétences individuelles au contact les uns des autres, que dans un « gain de temps » éventuel pour les professionnels. Dans le domaine curatif, l'organisation spontanée des maisons médicales rejoint les deux tendances d'évolution actuellement observées dans la littérature : « d'une part, de nouveaux programmes de soins sont centrés sur des problèmes de santé spécifiques (par exemple la mise en place de trajets de soins pour l'insuffisance rénale ou le diabète). D'autre part, certaines stratégies cherchent à favoriser une approche intégrée

et globale des soins pour la population générale (les services intégrés de soins à domicile et les systèmes d'échange local, les maisons médicales,...). Ces deux types d'options peuvent favoriser une approche plus globale de la santé d'une population ou une approche plus segmentée centrée vers certains problèmes de santé ou certains groupes à risque. »^(E) Les infirmiers interrogés dans les maisons médicales ont en effet à la fois développé des compétences spécifiques à certains problèmes (diabète par exemple) et investi des rôles plus globaux de soutien, voire de « référents » de certains patients.

Des pistes de changement

La littérature n'a pas clairement confirmé l'hypothèse selon laquelle le partage des tâches serait une solution à la pénurie de médecins. Les professionnels de terrain interrogés dans notre étude ont quant à eux recentré le débat sur l'amélioration de la qualité. Ils ont mis en évidence le fait que les infirmiers ne sont pas preneurs des « tâches dont les médecins se débarrassent » et que la finalité du partage des tâches n'est pas seulement de « faire face à la pénurie » ou de « faire des économies » : chaque acteur veut conserver le sens de sa fonction. La complémentarité entre les professions semble dès lors plus pertinente que la substitution.

La transformation du système : une menace ? Non, plutôt une opportunité d'apprendre à faire confiance à ses collègues et d'accepter le regard d'un autre dans la relation thérapeutique. La collaboration doit avant tout être centrée sur le patient, à travers une plus grande autonomie et une amélioration de la qualité des soins, sans négliger la satisfaction des travailleurs.

Le partage des tâches : un risque de fragmenter la prise en charge des patients en première ligne ? Face à ce risque, les professionnels ont mis en évidence le rôle primordial du médecin généraliste au niveau de la fonction de synthèse, de l'approche globale. L'importance de l'approche infirmière, centrée sur les besoins du patient et l'aspect relationnel privilégié développé avec eux, est une richesse à conserver. Il est nécessaire de trouver la manière optimale de transformer le système, qui rééquilibre la balance entre une meilleure efficacité dans l'utilisation de nos ressources et compétences, et le maintien du sens de nos métiers. Parmi les pistes pour un changement, il s'agit de dépasser les freins que constituent la nomenclature restreinte et le cadre légal étroit. Ceux-ci pourraient être redéfinis sous une forme moins rigide en s'inspirant de modèles étrangers, ouvrant à un partage plus large des responsabilités. L'acte « intellectuel »

(consultations) devrait bénéficier d'une reconnaissance pour être investi par les infirmiers (surtout lorsqu'ils travaillent à l'acte).

C'est aussi la formation qui doit être développée : la formation interprofessionnelle durant les études de base ou lors de formations continues, qui en est à ses prémices, mais aussi la formation infirmière, en cours d'évolution². Selon les acteurs interrogés, cette évolution favoriserait le sentiment de compétence des infirmiers, et leur donnerait l'envie d'investir de nouvelles tâches. In fine, cela améliorerait la confiance entre les deux professions. ■

2. Voir articles de Pierre-Joël Schellens et Naïma Bouti.

Références

- A. World Health Organization. *WHO global strategy on people-centred and integrated health services Interim Report*. Geneva : World Health Organization (WHO) Service Delivery and Safety Department ; March 2015. 50p. WHO/HIS/SDS/2015.6
- B. Degeest I., De Munck P., Gerits N., Gosselain Y., Somme Y.E. *Interdisciplinarité en première ligne de soins et place du coordinateur de soins*. Bruxelles : Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, étude réalisée par : Vereniging van wijkgezondheidscentra (VWGC)-Fédération des maisons médicales (FMM) ; janvier 2012, 44p.
- C. Paulus D, Van den Heede K, Mertens R. *Position paper : organisation des soins pour les maladies chroniques en Belgique*. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) Health Services Research (HSR) ; 2012.70p. KCE Reports 190Bs. D/2012/10.273/83.
- D. De Maeseneer, J, Aertgeerts, B, Remmen, R, Devroey, D. *Together we change. Soins de santé de première ligne : maintenant plus que jamais !*, Bruxelles ; le 9 décembre 2014, 72p.
- E. Barbosa V., Caremans B., De Munck P. et al., *Les métiers de demain de la première ligne de soins*. Etude réalisée par la Fédération des maisons médicales, 2011, à la demande du Service Public Fédéral (SPF) Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

Infirmières et médecins en tandem à Saint-Léonard

Interview de **Gilles Henrard**, médecin généraliste, **Dominique Rocourt**, infirmière en santé communautaire, **Joanne Mouraux**, chargée d'une fonction administrative et sociale et de la mise en œuvre de la coprofessionnalité à la maison médicale Saint-Léonard.
Par **Marinette Mormont**, journaliste à l'Agence Alter.

La « co-prof ». Le terme jargonneux, tout droit sorti de la bouche des professionnels de la maison médicale Saint-Léonard, dans le quartier liégeois du même nom, signifie « coprofessionnalité ». Un concept dont l'équipe de la maison médicale semble être imbibée jusqu'au bout des ongles.

Partir des contraintes

C'est en 2009 que la maison médicale Saint-Léonard s'engage dans un travail autour de la notion de coprofessionnalité. L'objectif ? Réussir à définir cette idée et se l'approprier en équipe, faire un état des lieux des pratiques de la maison médicale, élaborer des projets en la matière. « Nous sommes partis des contraintes », se remémore Gilles Henrard, médecin généraliste. Parmi elles figurent la multiplication des temps partiels dans la structure (et les difficultés de communication qui y sont associées), la pénurie de médecins et la nécessité d'améliorer l'efficacité du travail alors réalisé avec les 500 à 600 patients du centre de santé intégré ». « La question était aussi de mieux faire passer notre fonctionnement, notre modèle, auprès des patients. Pour que dès le départ, ils comprennent où ils mettent les pieds », ajoute Joanne Mouraux.

L'une des premières pistes explorées a consisté à mettre en place une « permanence inscription ». Soit un temps, au moment de l'inscription d'un nouveau patient, qui permette un réel échange entre ce dernier et un ou plusieurs professionnel(s) de la maison médicale. « Très vite, on s'est dit qu'une première anamnèse pouvait être faite dès ce moment par une infirmière », se remémore Gilles Henrard. « Car c'est un moment où le patient donne déjà beaucoup d'informations concernant sa santé. Pourquoi ne pas en profiter pour réaliser un premier bilan de la santé ? » L'anamnèse infirmière

devient donc un passage obligé, systématique, pour chaque patient. Elle est aussi une manière de signifier à ce dernier que le médecin n'est pas la seule porte d'entrée d'une maison médicale.

Au cours du temps, la tournure quelque peu fastidieuse de cette première « consultation infirmière » refoule certains patients. Désormais, cette étape préliminaire est souvent négligée, même si elle peut être activée dans un second temps dans des situations caractérisées par un cumul d'intervenants, de médicaments. « Après trois, quatre consultations médicales ou rencontres avec l'assistant social, parfois on se rend compte de la complexité de la situation », précise Gilles Henrard. « On peut alors prévoir une consultation infirmière, par exemple sous la forme d'une visite à domicile, qui aura pour objectif de faire un diagnostic global. »

Toute une série d'autres expérimentations autour de la « co-prof » ont été menées par l'équipe de la maison médicale liégeoise : création d'une permanence sociale, amélioration des modes de communication (l'intranet pour tout ce qui est lié aux soins, le mail pour tout ce qui touche à la gestion de la maison médicale), construction d'outils pour aborder ensemble les problématiques individuelles des patients ou, tout simplement, pour se connaître et mieux saisir le travail de ses collègues. La « permanence inscription » a aussi été l'amorce d'une réflexion plus vaste autour de l'articulation entre les métiers de médecin généraliste et infirmière.

Exit les soins de santé médico-centrés

La permanence « méd-inf », à savoir la mise en place d'un diagnostic infirmier en amont de la permanence médicale, vise à désengorger cette dernière, particulièrement autour du week-end (le vendredi et le lundi). Le système permet de gérer les urgences en « triant » les situations : une consultation médicale est-elle nécessaire de manière immédiate ? Si oui, le patient est redirigé vers un médecin ; si ce n'est pas le cas, c'est un rendez-vous avec son médecin « titulaire » qui lui est proposé.

Ces consultations en série permettent tant de repositionner la position de l'infirmière auprès du patient – la consultation infirmière devient le centre de gravité du système – mais aussi à l'infirmière de se repositionner elle-même : « Comme l'infirmière passe en premier, elle applique ses tâches avec plus de légitimité », explicite Gilles Henrard. « Sur le moyen et le long terme, elle pourra aussi identifier de nouvelles tâches qu'elle pourrait réaliser. »

Développer le diagnostic infirmier au sein de la maison médicale, c'est soutenir le médecin, mais c'est aussi améliorer l'accessibilité aux soins et y apporter une nurse touch. Dominique Rocourt, infirmière en santé communautaire : « Le résultat inattendu de ce projet a été d'améliorer la prise en charge, parce que nous avons des formations différentes, des visions différentes. » Et si certains patients vivent cette consultation comme un temps d'attente supplémentaire, il s'agit aujourd'hui de « travailler le message qui leur est donné à l'accueil en leur présentant cette consultation comme une réelle plus-value, comme un élément de ce binôme médecin-infirmière ».

Le système nécessite une relation de confiance et une coordination fine entre médecin et infirmière. « S'il y a un changement de travailleur, une infirmière remplaçante par exemple, il peut y avoir quelques grains de sable. Il y a une mécanique qui doit se mettre en place. »

Deuxième gros chantier, concomitant : la délégation des tâches, ou plutôt le partage des tâches, une dénomination que l'équipe estime moins asymétrique et moins paternaliste.

La limite des tâches infirmières est bien définie par l'INAMI, mais la médecine générale belge, médico-centrée, n'épuise pas les possibilités que permettent la loi en termes de partage des tâches. Suivi des International normalized ratio - INR, un des indicateurs de la coagulation sanguine), suivi des diabétiques,

spirométrie (méthode de mesure de la fonction ou la capacité pulmonaire), électrocardiogrammes... peuvent être réalisés par des infirmières. Sans parler des soins de plaies, encore abondamment pratiqués par les médecins généralistes de quartier. « Une ineptie », commente Gilles Henrard, « puisqu'elles sont de la compétence des infirmiers. »

Le partage des tâches favorise la coprofessionnalité. « Dans le cas d'un électrocardiogramme ou d'une spirométrie, c'est la réalisation de la tâche qui est déléguée, l'interprétation de l'infirmière est ensuite avalisée par le médecin », précise le médecin généraliste. « Cela crée des moments d'échange entre les deux. On se voit parce qu'on travaille sur les mêmes choses, mais à des étapes différents. On doit utiliser des mots communs, cela crée une culture commune. » « Quand une infirmière reçoit un patient pour un électrocardiogramme », ajoute Dominique Rocourt, « elle fait aussi tout un travail de promotion de la santé. Une consultation infirmière globale permet d'ouvrir d'autres portes. »

La consultation infirmière devient le centre de gravité du système.

Une révolution ?

Accepter la délégation des tâches et, plus largement, le fait que les infirmières détiennent des compétences que les médecins n'ont pas : une révolution ? « À l'hôpital, les actes confiés, cela se fait tout le temps », relativise Dominique Rocourt. « La médecine générale en Belgique est retardataire », décrypte Gilles Henrard, résolu à pousser des portes pour aller plus loin. Car de nombreuses études et expériences internationales l'attestent : une prise en charge articulée est de meilleure qualité, et elle permet de répondre à la pénurie de médecins généralistes. Un argument qui pourrait faire changer d'avis les maisons médicales qui extériorisent leurs services infirmiers... « La pénurie de médecins est une opportunité pour concevoir un meilleur partage des tâches », conclut Gilles Henrard. Et non l'inverse. ■

Du trio à l'équipe : concertation à la maison médicale Esseghem

Zoé Wouters, assistante sociale et **Séverine Declercq**, ergothérapeute, licenciée en santé publique, maison médicale Esseghem.

Engagée à la maison médicale d'Esseghem en avril 2013, Zoé Wouters y a repris le poste d'assistante sociale créé dans cette équipe il y a près de 25 ans ; c'était sa première expérience en maison médicale. Elle a très vite ressenti l'isolement de l'assistant social - bien que le service social soit connu des patients et intégré dans les pratiques de l'équipe. Elle nous raconte ici, avec sa collègue Séverine Declercq, comment s'est mis en place un processus de concertation.

Sortir de l'isolement

L'isolement de l'assistant social dans sa fonction est fréquent en maison médicale ; cela rend parfois le travail à accomplir lourd et difficile. Nous nous retrouvons cependant bien autour de l'objectif premier de toute maison médicale, et nous nous sommes vite rendu compte de notre intérêt commun non seulement pour les aidants proches mais également pour le soutien aux intervenants.

Nous nous inscrivons bien dans l'objectif de « répondre aux besoins des patients par l'offre de soins de santé primaires :

- ♦ qui tiennent compte des acquis de la science, tout en gardant un souci d'efficience ;
- ♦ accessibles sur le plan géographique, financier, temporel, culturel, ... ;
- ♦ continus dispensés par une équipe de thérapeutes qui travaillent dans une logique de suivi à long terme ;
- ♦ globaux qui tiennent compte de tous les aspects médico-psycho-sociaux et environnementaux ;

- ♦ intégrés qui englobent l'aspect curatif, préventif, palliatif et la promotion de la santé » (Fédération des maisons médicales, 2006).

A ces objectifs, nous avons ajouté celui du soutien aux aidants proches, aux acteurs de santé et aux intervenants du domicile.

Une vision globale à organiser

L'atteinte de ces objectifs demande de la part de l'équipe de la maison médicale d'évaluer au mieux les besoins de la personne, de la considérer dans sa globalité, de travailler en équipe, de considérer la personne et son entourage social comme des acteurs, des partenaires à part entière. Mais aussi de planifier les soins sur le long terme en respectant avec le projet de vie de la personne.

Ce n'est pas si évident qu'il y paraît.

La maison médicale Esseghem compte 4600 patients et près de 30 travailleurs au total dont 8 disciplines différentes : médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, dentistes, logopèdes, psychologue, assistante sociale, ergothérapeute.

Outre les réunions sectorielles, nous avons une réunion d'équipe par semaine : près de 20 participants. Dans ce contexte, il n'est pas toujours simple de se retrouver autour de situations cliniques spécifiques. Les difficultés résident à la fois dans la dynamique même de la réunion (intervenants concernés présents ou pas, répartition du temps de paroles,...), dans l'objectif de la réunion (information, prise de décision, déchargement d'une situation...) ou encore dans la connaissance (parfois imparfaite) du patient et de ses problématiques de santé (physique, psychologique et sociale). Nous avons constaté que ce type de réunions était généralement peu productif ; il en émergeait peu de solution ou de réponse. En plus de ne rien « résoudre », cela engendrait chez le demandeur (thérapeute amenant la situation) une grande frustration.

Ces constats sur la réunion de cas et la difficulté d'atteindre nos objectifs communs, ainsi que d'autres observations relatives à la diminution du tissu social de nos patients et à la complexité des problématiques de santé et des déterminants sociaux, nous ont poussés à échanger et à nous interroger sur nos pratiques. C'est ainsi qu'il y a deux ans, nous avons proposé, à trois, le projet de concertation.

La bonne réponse au bon moment

Le but premier du projet de concertation est de faire bénéficier le patient et son entourage (aidants naturels, famille, ...) de « la bonne réponse (médicale, médico-sociale, thérapeutique, sociale), au bon endroit, au bon moment ». Nous partons du postulat qu'une réponse adéquate apportée au bon moment peut éviter ou réduire le risque que la situation se cristallise, que la problématique devienne chronique et qu'elle soit source de souffrance.

Le but secondaire de la concertation des soins est d'être un appui aux intervenants de la personne, c'est-à-dire la famille, les aidants naturels et/ou les aidants professionnels. Cet appui peut prendre plusieurs formes. Il peut apporter un œil extérieur, être le miroir d'une situation de soins, ou constituer un sas de décompression. En effet, il n'est pas rare qu'un thérapeute soit épuisé par une situation, une famille très demandeuse, ou même que la situation du patient fasse résonance par rapport à sa propre vie. C'est dans ces moments là que la cohésion et la dynamique d'équipe sont indispensables.

Mais cela ne suffit pas : il faut prendre le temps d'engager ces mécanismes de soutien.

La maison médicale a donc accepté de mettre en place ces mécanismes de soutien aux patients, aux aidants

proches et professionnels par le biais de la concertation des soins.

Face aux patients en situation complexe et/ou de fragilité¹, le médecin généraliste, et les autres acteurs de l'offre de soins, peuvent avoir besoin d'un appui leur permettant de mieux évaluer la situation et de connaître et mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires afin de garantir un parcours efficient (maintien au domicile, anticipation des hospitalisations, sortie d'hospitalisation dans les meilleures conditions,...). Etre

Il faut prendre le temps d'engager des mécanismes de soutien.

face à la réalité du patient, sa situation économique, sociale, culturelle nous semble important. Il est tout aussi important que les intervenants aient connaissance de cette réalité afin de pouvoir comprendre au mieux ce qui se joue pour la personne. Nous n'avons pas tous la même vision d'une prise en charge, il est donc primordial de remettre le patient et son projet de santé personnalisé au centre.

Le but est de proposer une synchronisation des interventions autour des patients dans une logique de « juste recours » aux soins.

Décloisonner et formaliser

La concertation pour et avec les acteurs de santé vise aussi à decloisonner les actions des uns et des autres et à les formaliser. Cette formalisation est importante tant pour le réseau que pour le patient et son entourage. Il est important d'être face à la réalité de travail de chacun, afin de comprendre pourquoi tel ou tel moyen ne peut être mis en place. Ces échanges, entre intervenants internes et externes et avec les patients, sont indispensables à la synchronisation de nos actions. Nous élaborons ensemble les objectifs à atteindre, toujours en accord avec le projet de santé personnalisé de la personne.

Il ne s'agit en aucun cas d'évaluation, de contrôle mais bien de synchronisation, d'articulation et de mise en relation. Les mécanismes de concertation sont amenés par le pôle concertation mais mis en place avec et pour les différents acteurs.

1. Personne dont le suivi nécessite une multiplicité d'intervenants des différents champs (sanitaire, médico-social et social).

En bref, les buts de la concertation des soins sont de :

- Prévenir la chronicisation des problèmes de santé ;
- Organiser et planifier le parcours de santé et le suivi du patient en situation complexe et /ou fragilisé et cela en lien avec l'équipe de soins et l'environnement physique et social ;
- Apporter un appui aux différents intervenants (professionnels de santé, sociaux, médico-sociaux, la famille) auprès du patient ;
- Favoriser une bonne articulation entre les intervenants intra-extra muros des secteurs sanitaire, médico-social et social.

Notre rencontre professionnelle nous a permis d'allier trois profils avec des compétences différentes mais complémentaires. Nous travaillons en étroite collaboration avec les mêmes objectifs de synchronisation, juste recours au soin, communication efficace, soutien et d'autonomisation du patient.

Les facteurs extrinsèques (environnement physique et social) et le fonctionnement humain sont analysés par l'ergothérapeute. Le volet social est pris en charge par l'assistante sociale et le volet psychologique et bien-être par la psychologue. Nos trois profils nous permettent également d'analyser chacune le volet participatif.

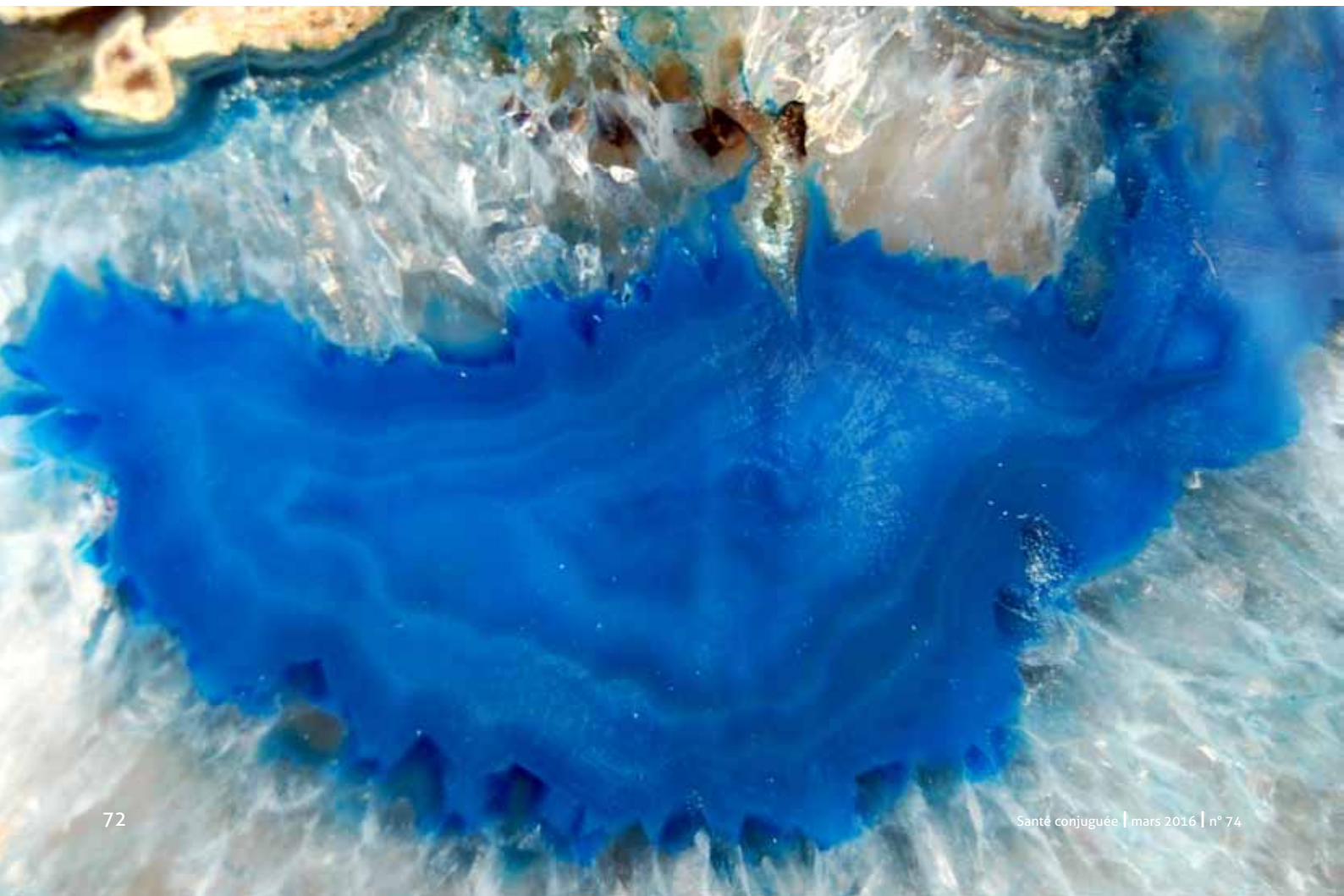
Chacune à notre façon nous sollicitons les ressources du patient, des aidants, de la famille afin de permettre au patient de les maintenir, de les récupérer ou d'en acquérir de nouvelles. Nous accompagnons le patient dans la mise en place de son projet individualisé dans un objectif commun de projet de soin.

Pour ce faire, nous collaborons afin d'identifier les problématiques et les impacts sur la santé et la participation du patient. Nous identifions le réseau (naturel et/ou professionnel) et nous analysons les besoins et les obstacles qu'il rencontre. Nous travaillons ensuite avec le réseau, au complet, afin de clarifier le projet personnalité de santé du patient.

La personne avant la maladie

Ce travail, parfois de longue haleine, nous permet de prendre le patient dans sa globalité, avec tout ce qui fait de lui une personne avant d'être un malade.

Nous nous soutenons l'une l'autre dans nos pratiques. Ce projet a permis de faire de trois secteurs isolés un vrai pôle à part entière ; mais aussi, et surtout, de mettre à disposition de nos patients une pratique plus globale et personnalisée de trajet de soins et d'être un rouage des mécanismes de soutien à l'équipe. ■



Secret professionnel partagé et accueil

Marianne Prévost, sociologue,
responsable de la revue *Santé
conjuguée*,
Benjamin Fauquert, médecin
généraliste à la maison médicale
Le Noyer.

L'interdisciplinarité implique un partage d'informations entre les professionnels, c'est une évidence ; mais dans quelle mesure, dans quelles circonstances, ce partage est-il compatible avec le respect du secret professionnel ainsi qu'avec les différents positionnements des intervenants ? Abordé dans divers secteurs, le sujet a aussi suscité des réflexions en maison médicale, particulièrement autour de la fonction d'accueil¹. Présentation de quelques balises et mise en perspective avec l'équipe de la maison médicale du Noyer.

Le secret partagé : une création de la pratique

Le partage du secret professionnel manque de cadre légal : c'est une « construction de la pratique », soulignait Patrick Jadoulle lors d'une formation destinée à des équipes de soins à domicile². En effet, la loi n'autorise ce partage que dans des circonstances bien précises ne relevant pas du travail thérapeutique : « Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice et celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 100 € à 500 € » (article 458 du code pénal).

La jurisprudence apporte de larges nuances ; par ailleurs, la loi relative aux droits du patient (22 août 2002) évoque à plusieurs reprises la concertation pluridisciplinaire. Il y est même précisé l'obligation d'organiser cette concertation dans certains cas (incapacité de droit ou de fait d'un patient d'exercer ses droits en matière de soins de santé sans désignation préalable d'un mandataire, ni parent proche disponible pour le représenter).

1. La majorité des accueillants étant des femmes, nous mettons le terme au féminin.

2. Qui ont le point commun avec les maisons médicales de comporter des professions non médicales-para-médicales.

Il est souvent nécessaire d'élaborer des balises éthiques à côté de la loi – à plus forte raison si celle-ci est quasi-muette. Patrick Jadoulle en propose cinq, empruntées à Thierry Moreau³:

- l'intervenant, dépositaire du secret, doit avertir la personne concernée, maître du secret, de ce qu'il voudrait partager et avec qui ;
- ce partage ne peut être fait que si la personne concernée donne son accord ;
- l'intervenant ne peut partager le secret qu'avec des personnes tenues elles-mêmes au secret professionnel ;
- Il ne peut partager le secret qu'avec des personnes tenues à la même mission ;
- il doit limiter le partage à ce qui est strictement nécessaire pour la réalisation de la mission commune⁴.

Ces principes de base s'appliquent-ils à la fonction d'accueillante ? Aucun doute pour les auteurs du

3. « Balises pour des contours juridiques incertains », Th. Moreau, *Journal du Droit des Jeunes - Actes du Colloque du 20 mai 1999 à Charleroi : Le secret professionnel : la reconstruction du sens*, pages 8 à 13.

4. La question de la mission commune est différenciée dans ce texte selon que les professionnels considérés travaillent dans une équipe intégrée ou en réseau.

5. *Cadre de Déontologie de l'accueil* disponible sur demande.

*Cadre déontologique de l'accueil*⁵, rédigé par un groupe d'accueillantes en maison médicale et adopté lors des Assises de l'accueil en maison médicale (14 mars 2014). Ce document précise d'emblée que les accueillantes entrent dans la catégorie légale des « autres personnes depositaires » évoquées dans l'art. 458 ; il décline ensuite les balises proposées ci-dessus de manière très pratique selon les diverses situations que peut rencontrer une accueillante.

Les balises en débat

Les clarifications n'excluent pas le débat ! L'équipe du Noyer a voulu redéfinir une position commune par rapport à la pratique du secret partagé telle qu'elle se met en œuvre dans son travail quotidien, en s'appuyant sur les balises existantes.

Partage du secret et Dossier santé informatisé (DSI)

L'utilisation du logiciel Pricare (dans lequel les modules 'Agenda' et 'DSI' se trouvent dans le même programme) permet-elle de rencontrer les deux premières balises - fondamentales puisqu'elles entraînent toutes les autres ? La réponse est clairement positive : le soignant peut crypter certaines informations dans le Dossier santé informatisé ou en limiter l'accès, notamment sur demande du patient. Toutefois, si ce dernier ignore la pratique du secret partagé, pensera-t-il à formuler explicitement un souhait de confidentialité ? La question est de mise, car un certain flou artistique semble régner en la matière : les patients ne connaissent pas vraiment cette pratique - ou en tous cas n'en perçoivent pas bien les conditions et les limites.

Qu'en pensent les patients, comment aborder la question avec eux ?

Un article récent⁶ rédigé suite à une rencontre organisée par le service d'éducation permanente de la Fédération des maisons médicales, indique que certains patients ont des craintes plus ou moins importantes quant à la sécurité indispensable à la confidentialité du dossier, au respect du secret médical et au secret partagé (en interne à la maison médicale du fait du travail en équipe pluridisciplinaire ou vis-à-vis d'intervenants externes) : « quel est le contenu du dossier ? Qui y a accès ? ». Aucun des participants à cet échange n'a posé de telles questions à son médecin :

« Je ne l'embête pas avec ça, elle a autre chose à faire. C'est plus haut qu'il faut contrôler ». Une autre personne précise qu'il existe un code d'accès, ajoutant : « J'espère que c'est entre médecins ».

Expliquer clairement aux patients la pratique du secret partagé est indispensable, rappelle Patrick Jadoulle : « D'une manière générale, il faut tout d'abord que les usagers soient bien informés que nous travaillons en équipe et que des réunions de coordination sont organisées où leur situation est susceptible d'être évoquée. L'objectif de ces réunions doit leur être précisé, de même que la manière dont il est prévu qu'ils en aient un retour ». Et d'ajouter que « les deux premières balises peuvent en principe être considérées comme rencontrées dans la pratique quotidienne une fois que le cadre (travail en équipe pluridisciplinaire et réunions de discussion de cas) a été clairement expliqué au bénéficiaire et que celui-ci l'a accepté ».

Plus facile à dire qu'à faire ! Comment informer les patients de manière à ce qu'ils puissent réellement prendre conscience de tout ce qu'implique leur accord (ou leur refus)⁸ ? A l'œuvre dans certaines situations thérapeutiques, cette question s'est déjà posée dans les maisons médicales lorsque la Fédération des maisons médicales a soutenu un projet de recueil systématique de données⁹ - nécessitant l'accord du patient. Situation plus simple à première vue, puisque la loi sur la protection de la vie privée définit un cadre précis¹⁰ ; beaucoup d'équipes ont néanmoins soulevé des questions éthiques quant aux modes de communication les plus aptes à permettre aux patients de comprendre les enjeux, le sens de leur accord – et, le cas échéant, de refuser que leurs données soient utilisées.

Le *Cadre déontologique de l'accueil* rencontre l'avis de Patrick Jadoulle sur le fait qu'il revient aux accueillantes, en « première ligne » face aux questions éthiques que pose le secret partagé, d'informer le patient et de recueillir son consentement à ce sujet - lors de l'inscription, de la première consultation, d'une animation spécifique. L'équipe du Noyer va dans le même sens et propose différentes modalités : courrier, affiche explicative, articles dans le journal, réunions récurrentes avec les patients, retour sur la question dans le cadre de la consultation... afin de laisser place à une réelle réflexion. En outre, face à la nécessité ponctuelle de

6. <http://www.maisonmedicale.org/La-place-de-l-informatique-dans-la.html>

7. Ces questions n'apparaissent pas propres à l'utilisation de l'informatique, mais celle-ci les exacerbe parce en facilitant la circulation d'une information par ailleurs plus lisible.

8. La loi est extrêmement prudente à cet égard puisqu'elle précise que le secret ne peut même pas être levé de par l'accord du patient.

9. Voir l'article de Marie Marganne, « Recueil de données de santé de routine et respect de la vie privée », *Santé conjugulée* n°58 de 2011.

10. Mentionnant notamment l'obligation d'avoir l'accord écrit de la personne quant à la transmission et à l'usage de ses données.

partager une information sensible, il est convenu que chacun en parle au préalable avec le patient et le cas échéant, accepte sa volonté de confidentialité.

Partager quoi, où, comment ?

La cinquième balise propose que le partage du secret soit limité à ce qui est « strictement nécessaire pour la réalisation de la mission commune ».

C'est peut-être en fin de compte, ce qui soulève le plus de questions dans l'équipe du Noyer : qu'est-ce qu'il est « strictement nécessaire » de communiquer à l'accueillante pour qu'elle puisse participer à la mission commune ? A l'inverse, quelles informations détenues par les accueillants devraient-elles être partagées au profit de la mission commune ?

Les réunions cliniques constituent un lieu de partage ; au Noyer, elles sont réservées aux membres des secteurs thérapeutiques, contrairement à ce qui se passe dans d'autres équipes. Or, disent les accueillantes, « Nous avons besoin de connaître un minimum, pour mieux comprendre certaines réactions d'un patient, pour ne pas nous adresser à lui de manière maladroite... ». Et, ajoute un médecin, pour qu'elle puisse offrir la meilleure accessibilité possible aux consultations en fonction du problème présenté¹¹, l'accueillante doit intégrer des critères médicaux dans son discours « pour quel type de problème venez-vous? », parfois de manière personnalisée si le patient présente une difficulté particulière.

D'autres raisons amènent les accueillantes à souhaiter rejoindre les réunions cliniques : le besoin de partager, d'être soutenues face à certains aspects émotionnels de leur métier. Comme le dit bien Patrick Jadoulle : « à côté des éléments nécessaires à transmettre à l'autre pour le bon déroulement de son activité professionnelle, il existe aussi parfois un 'trop plein' d'ordre émotionnel que le professionnel souhaite exprimer pour se décharger lui, voire pour être soutenu dans une situation difficile ».

« Cependant », ajoute-t-il, « ce second aspect devrait idéalement, tant que faire se peut, avoir lieu de manière anonyme et si possible en présence d'une personne extérieure qui peut aider à prendre du recul, à se poser des questions, à repartir soulagé et motivé à nouveau. Nous sommes bien ici dans le champ de l'intervision ou de la supervision... ».

11. Par exemple sur rendez-vous.

Des concertations ponctuelles entre médecins et accueillantes (à la demande de celles-ci le plus souvent) ont déjà été organisées au Noyer dans le cas de patients qui ne comprenaient pas l'organisation des consultations, les horaires, ou dont les symptômes récurrents étaient difficilement supportables - situations dans lesquelles les paroles critiques se reportent souvent sur l'accueil au lieu d'être exprimées dans les consultations : les patients incriminant l'organisation des consultations, à leurs yeux inadéquates par rapport à leur problème. Dans certaines maisons médicales, les accueillantes interviennent en réunion de cas (appelées parfois « réunion clinique »)¹² dans ce genre de situation.

L'équipe du Noyer se questionne également sur la mise en place de consultations conjointes. Pratiqué dans certaines équipes (le médecin consulte avec un psychologue, un kinésithérapeute, une infirmière...) ce dispositif pose la question du secret partagé, mais d'une autre manière puisque le patient est directement impliqué : il est (du moins théoriquement) en position d'acteur.

L'équipe du Noyer a aussi procédé par deux fois à une consultation conjointe médecin-accueillante et l'expérience a été très positive : le nombre de demandes et l'anxiété des personnes concernées a drastiquement diminué par la suite et leurs demandes se sont mieux articulées avec les perspectives des soignants. Un tel type de consultation permet aussi d'éviter les dialogues bilatéraux multiples qui ne donnent pas toujours un sentiment de cohérence vis-à-vis du patient voire suscitent des incompréhensions : chacun peut recevoir la même parole de manière différente selon le contexte de l'interaction (dialogue à l'accueil, consultation...). Il s'agit alors de s'ajuster mutuellement et d'adapter la communication, voire le cadre lui-même.

Des consultations conjointes avec une accueillante pourraient être envisagées dans ce type de situation, aux yeux de l'équipe du Noyer, ce dispositif venant remplacer ou s'adjoindre à la concertation entre intervenants.

12. Le but de ces réunions est de soutenir le patient et/ou l'équipe lorsque la situation ou la prise en charge est complexe et demande des ressources multiples. C'est une sorte d'activation indirecte, dont l'esprit est assez proche de la 'Clinique de concertation' mise en place par le D^r Jean-Marie Lemaire et décrite dans *Santé conjugulée* n° 70 par Vanni Della Giustina : « La position du mulet... de l'importance du niveau politique dans la mise en place d'un travail en réseau ».

Conclusion

La question du secret partagé est complexe ; on comprend bien l'inconfort des accueillantes si elles doivent expliquer aux patients des pratiques qui ne leur semblent pas claires, pas toujours respectées dans les faits, ou auxquelles elles n'adhèrent pas vraiment. C'est là sans doute une des raisons pour lesquelles l'équipe du Noyer a ressenti le besoin de mettre ces questions au travail à plusieurs reprises.

Une des questions plus générales qu'ouvre ce débat, c'est la place de l'accueillante dans une équipe interdisciplinaire : fait-elle partie de l'équipe soignante au point d'être conviée aux réunions cliniques ? S'il apparaît pertinent de lui donner une place différenciée, comment définir cette différence ? Qu'entraîne l'une ou l'autre option sur le partage du secret professionnel ?

On peut suggérer qu'au-delà du secret partagé, c'est surtout l'explicitation d'une vision commune des soins primaires par tous les secteurs de l'équipe qui va résoudre beaucoup de situations délicates. La discussion de cas en équipe est toujours l'occasion d'améliorer une vision et des pratiques communes sur base d'une analyse concrète de la situation d'un(e) patient(e) ; ce lieu permet aussi de travailler sur les représentations de la santé en se basant sur les discours du patient et des différents soignants. Il est de la responsabilité des professionnels de santé d'accueillir ces représentations pour ne pas reproduire des schémas de fonctionnement monodisciplinaires délétères et improductifs dans les situations simples (l'acceptabilité d'une vaccination) ou complexes (situations psycho-sociales) auxquelles ils sont confrontés.

En fin de compte, ces réflexions rejoignent les bases conceptuelles des soins de santé primaires et de la définition de la santé qui en est le point de départ. Approchée de manière globale, la santé n'est pas seulement l'affaire du médecin : c'est aussi celle des autres intervenants, qui doivent faire équipe non seulement entre eux mais aussi, et avant tout, avec le patient. ■

L'approche communautaire : un liant interdisciplinaire ?

Marianne Prévost, sociologue, responsable de la revue *Santé conjugulée*, Fédération des maisons médicales.

L'approche communautaire repose sur la rencontre de personnes issues d'univers variés, dont les formations, les savoirs, les intérêts, sont différents voire très éloignés. Si les usagers des services de santé, les habitants, en sont des acteurs de premier plan, les réflexions qui suivent portent plus particulièrement sur l'interdisciplinarité. Comment les différents professionnels s'articulent-ils pour mettre en place une telle approche ? Quels sont les freins, les atouts, les ouvertures ?

Ce texte est le fruit d'échanges avec des travailleurs impliqués dans l'approche communautaire en maison médicale.

Un liant interdisciplinaire

L'approche communautaire est un liant interdisciplinaire : exprimée par un des travailleurs qui a participé aux échanges proposés par la Fédération des maisons médicales, cette idée traduit bien le sentiment des autres – même si cela reste parfois un vœu pieux.

Un « liant », c'est pour le dictionnaire « *quelque chose qui réunit, relie deux ou plusieurs choses entre elle* » ou encore « *ce qui assure la cohésion ou la cohérence d'un ensemble* » - par exemple une substance servant à agglomérer les autres composants d'une matière. Le terme peut aussi désigner une matière elle-même, dont les éléments présentent une forte cohésion – cette caractéristique la rend facile à travailler parce qu'elle n'est pas cassante, se plie facilement, souple, élastique : « Le bois du platane est plein, dur, très liant et fort lourd, susceptible d'un beau poli¹ ».

Quittant le registre de la matière, l'adjectif 'liant' qualifie une personne, un comportement « enclin ou propre à nouer des relations de société ou d'amitié, amène, familier »².

L'approche communautaire reviendrait donc pour les travailleurs qui se sont exprimés, à tisser des liens : entre les patients et les soignants, entre les membres d'une équipe, avec d'autres intervenants. A leurs yeux, cette pratique est de nature à renforcer la cohésion, relier les regards, soutenir la convivialité en favorisant l'échange, l'acceptation, l'ajustement mutuels. C'est essentiel dans le lien avec les usagers : « La proximité avec les usagers, c'est un aspect fortement lié à l'approche communautaire : une relation de confiance se crée avec eux parce que l'on consacre du temps à comprendre, ce qu'ils vivent, où ils veulent aller. Cette proximité se tisse aussi entre les usagers qui se rencontrent, se donnent des conseils, s'entraident, partagent parfois l'épreuve de la maladie, ou de simples moments de convivialité nouveaux pour eux. Nouveaux horizons, nouvelles solidarités ».

Balises

Un concept flou, des pratiques insaisissables ? C'est souvent ainsi qu'apparaît l'approche communautaire aux yeux de ceux qui n'y sont pas impliqués ; et ce concept évoque parfois des pratiques assez différentes pour les intervenants communautaires eux-mêmes.

1. Baudrillard, *Nouv. manuel forest.*, t. 1, 1808, p. 254.

2. Centre national de ressources textuelles et lexicales CNRTL (CNRS).

C'est pour ces raisons que la Fédération des maisons médicales, alliée au Secrétariat européen des pratiques en santé communautaire - SEPSAC a mené il y a quelques années un long travail avec des acteurs français, belges et espagnols. Il en est ressorti une brochure, publiée en 2009, qui propose des « points de repères » réunissant ces différents acteurs au-delà de leur diversité : « Ces points de repère sont des fils rouges qui nous guident : ils nous aident à maintenir le sens et la vitalité de nos pratiques, sans cesse confrontées aux aléas et aux limites du réel »³. Les travailleurs invités à échanger se sont accordés sur l'intérêt de ces balises, rappelons-les brièvement :

Les huit repères que nous retenons pour définir la démarche communautaire en santé sont les suivantes :

Des repères spécifiques à la stratégie communautaire :

1. Concerner une communauté ;
2. Favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de coconstruction ;
3. Favoriser un contexte de partage des pouvoirs et des savoirs ;
4. Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté ;

Un repère méthodologique :

5. Mettre en place un processus d'évaluation partagée et permanente pour permettre une planification souple ;

Des repères relatifs à une approche en promotion de la santé :

6. Avoir une approche globale et positive de la santé ;
7. Agir sur les déterminants de la santé ;
8. Travailler en intersectorialité.

³. Voir la brochure *Action communautaire en santé : un observatoire international des pratiques de novembre 2009* du Secrétariat européen des pratiques en santé communautaire : www.maisonmedicale.org/Action-communautaire-en-sante-un-2119.html

Cela ne va pas de soi...

Si l'approche communautaire permet de créer, de développer des liens dans une équipe, elle se développe plus facilement lorsque l'équipe est soudée, a un projet commun, partage une même vision quant à la place des patients et l'importance des acteurs locaux : c'est un peu l'histoire de la poule et de l'œuf ! Un cercle vertueux semble s'être installé dans certaines maisons médicales : quelques travailleurs rapportent ainsi que, chez eux, les échanges s'organisent sans trop de difficultés, chacun s'implique et trouve sa place, les différents travailleurs apprécient les projets et reçoivent les moments d'échec comme des opportunités pour se réinterroger, dialoguer avec les patients...

Tout cela sans que chacun ait une connaissance théorique approfondie : « l'important, c'est d'être en accord sur les bases, d'avoir la volonté d'avancer ensemble – professionnels et usagers, dans un but commun ; de laisser la place à chacun sur une base horizontale, en reconnaissant la différence des positionnements et des compétences. Cheminer ensemble permet d'élargir les visions, les sensibilités, et le projet évolue petit à petit ».

D'autres intervenants peinent à ancrer leurs pratiques dans leur équipe et gardent le sentiment de travailler dans l'isolement – même si leurs collègues reconnaissent l'intérêt de leur approche et s'y impliquent à l'occasion : « leur adhésion reste plutôt théorique, elle ne va pas jusqu'à un engagement actif dans le développement des projets ».

Pourquoi ? Les échanges ont permis d'éclairer les réticences observées.

Un cheminement particulier

« Selon les saisons, on arrive à Samarcande en longeant le littoral ou en franchissant des cols. Il y a des raccourcis - mais parfois il vaut mieux faire un détour : une route s'est effondrée, les habitants d'un village sont hostiles... Certains détours font découvrir une vallée magnifique, ou un sentier inconnu - qui peut être une « voie de garage »... On arrivera plus ou moins vite selon que l'on est parti de Bruxelles, de Paris ou de Barcelone... ou si un enfant naît en cours de route... Même chose dans les pratiques communautaires en santé : pas de voie royale, pas de voie tracée »³.

Ce cheminement particulier n'est pas toujours bien compris : « Certains collègues pensent qu'on bavarde, qu'on s'amuse à boire du café... on va « se balader », on prend son temps, sans poursuivre un objectif précis... ».

Cette manière de travailler peut en effet paraître très éloignée d'une certaine vision de la construction de projets ainsi que de la pratique curative telle qu'elle est conçue dans un modèle bio-médical classique... On peut cependant établir de nets parallèles avec les pratiques de soin de santé primaires : que ce soit en prévention ou dans l'accompagnement des malades chroniques, les soignants n'ont-ils pas à faire alliance avec le patient, à comprendre son contexte de vie, à entendre ses projets personnels, ses valeurs ? Pour suivre une approche globale de la santé et des soins suppose de s'appuyer sur l'écoute, d'ouvrir le regard à une sensibilité, à une réalité particulière qui ne permet pas de suivre un chemin tout tracé : les liens entre la promotion de la santé, son axe « approche communautaire » et une certaine vision de la santé existent bel et bien.

Des temporalités différentes

Il n'en reste pas moins que l'approche communautaire et l'approche curative se déroulent sur des temporalités très différentes : d'un côté des temps « creux », des allers-retours, des chemins de traverse ; de l'autre la nécessité d'aller tant que possible droit au but, de minuter les consultations, de donner de manière assez précise et immédiate une réponse à la demande (celle qui se dit, celle qui ne se dit pas, celle qui prend un masque..), en tenant compte de divers guidelines. Les médecins tout particulièrement ne doivent-ils pas, surtout en période de pénurie et de surcharge, se fixer des priorités ? Est-il judicieux qu'ils consacrent un temps de travail à des activités qui ne requièrent pas vraiment leurs compétences spécifiques, alors que des malades attendent pour être reçus en consultation ? La question est légitime.

Les médecins semblent particulièrement peu mobilisables dans les approches communautaires. Se sentant débordés, ils auraient du mal à accepter les « temps longs » qu'implique cette approche. Surtout s'ils n'en perçoivent pas vraiment l'utilité : quel est le réel apport de ces démarches, les activités développées dans ce cadre n'ont-elles pas un impact assez marginal sur la santé ? « Rares sont les médecins qui comprennent que les projets communautaires sont des actions en santé et pas seulement des activités ». Il est dès lors souvent difficile, de susciter leur intérêt, de les mobiliser : ils s'investissent rarement dans les projets et « c'est une vraie lacune car on perd leur expertise, leur regard qui, comme celui de chacun, est spécifique et susceptible d'élargir la compréhension des situations ».

Questions d'évaluation

Comment mesurer les effets de l'approche communautaire ? « On ne connaît pas l'effet de nos projets, ce qui entraîne des difficultés pour les valoriser par rapport aux soins ; dans l'équipe mais aussi au niveau sociétal ». Les questions, les doutes relatifs à l'impact des démarches communautaires sont fréquents. La brochure évoquée ci-dessus proposait quelques réflexions à ce sujet.

Les indicateurs classiques en santé publique mesurent la morbidité, la mortalité, la létalité... De tels indicateurs sont utiles mais pas suffisants dans une optique de promotion de la santé, puisqu'on cherche ici à améliorer la santé, le bien-être, en amont des phénomènes de morbidité et de mortalité.

Mais d'autres indicateurs peuvent être utilisés pour mesurer les effets des actions communautaires. Ceux-ci s'évaluent en termes de résultats intermédiaires et/ou de processus : amélioration de la salubrité ou de la sécurité dans un quartier, amélioration des conditions de vie dans un établissement scolaire ou un lieu de travail, augmentation de l'estime de soi dans des groupes marginalisés, renforcement du dialogue entre habitants et services, diminution de certains comportements à risque, développement de l'entraide et de la solidarité, meilleure appréhension des mécanismes sociaux liés à la santé, augmentation de l'autonomie et de la capacité d'agir sur certains déterminants, etc.

La difficulté des approches portant sur les déterminants de la santé est que ceux-ci sont liés à de nombreux domaines échappant à l'action des services de santé : l'accès au travail, à l'éducation, à l'habitat, à la vie culturelle et politique... Améliorer la santé globale, dans toutes ses dimensions, de manière significative à l'échelle d'une population (même très locale) nécessiterait de développer une stratégie globale intégrant la prise en compte de tous ces domaines. C'est loin d'être le cas : l'approche communautaire reste « contre-culturelle » et n'a pas jusqu'ici suscité beaucoup de perspectives au niveau des politiques. Dès lors les actions communautaires, tout comme d'ailleurs les autres stratégies de promotion

de la santé (campagne d'information, transformation des services de santé, développement de milieux favorables à la santé) ne peuvent amener que des progrès limités. Encore un cercle vicieux : l'approche communautaire a peu de moyens pour démontrer son efficacité : donc elle est peu soutenue et financée – en tous cas beaucoup moins que le secteur curatif.

Les acteurs de terrain évaluent souvent les taux de participation, de satisfaction, voire d'évolution personnelle de certains habitants ayant participé aux activités proposées. Une évaluation positive de ces paramètres renforce la motivation, la satisfaction des travailleurs. Ils n'en sont pas moins confrontés au sentiment, éventuellement appuyé par certains collègues, que tout cela n'est qu'une « goutte d'eau »... On peut bien sûr se dire que les gouttes d'eau font les grandes rivières... ; plus concrètement, il s'agit peut-être d'élargir les indicateurs d'évaluation – ce qui nécessite éventuellement d'élargir les objectifs des projets.

Dans cet ordre d'idées, l'Institut Renaudot a évalué en 2008 des projets communautaires à trois niveaux :

- ♦ celui des personnes : leurs ressources personnelles (représentations, croyances, connaissances), leurs comportements par rapport à la santé, leur bien-être global... ;
- ♦ celui de l'environnement physique et social local : les ressources et structures en promotion de la santé, les pratiques professionnelles, le partenariat, la qualité de l'environnement ;
- ♦ celui de l'environnement politique et structurel : la prise en compte de la santé par les politiques locales voire régionales.

La brochure publiée par la Fédération des maisons médicales en 2013 propose quant à elle des indicateurs pour évaluer les processus mis en place⁴.

Trouver la bonne méthode

Créativité et planification

Susciter la motivation de l'équipe – et des patients ! -, cela passe par l'appel aux idées de chacun, l'ouverture à la créativité : certains projets sont lancés de manière

assez spontanée à partir de l'envie d'un ou de quelques travailleurs, au risque de ne susciter que peu d'intérêt chez les autres, de ne pas rencontrer un problème ou un désir partagé. Le risque est aussi de mettre sur pied des activités seulement occupationnelles, touchant peu aux déterminants de la santé ou n'attirant que peu de gens. « *Il faut faire la part des choses entre nos desirata et les besoins des patients* ».

Certaines activités sont suscitées par une demande de patients mais ne recueillent pas le succès escompté : c'est un constat régulier et partagé. C'est peut-être, pour certains des travailleurs qui se sont prêtés à l'échange, parce qu'« Exprimer quelque chose ne veut pas dire être en demande. Ou alors, la demande réelle est ailleurs : nous avons organisé un atelier de cuisine parce que certains patients en avaient exprimé le souhait à l'accueil, mais cela n'a pas marché. Notre hypothèse, c'est que les gens souhaitaient en fait un espace de convivialité. Il faut pouvoir décoder une demande, prendre le temps de l'élaborer. Là on est allé directement au raccourci. Un regard interdisciplinaire aurait permis une meilleure analyse ».

D'un autre côté, une approche purement rationnelle ne garantit pas le succès : « *Un problème peut être statistiquement prioritaire sans que les patients soient mobilisables sur cette question Il y a un équilibre à trouver entre le rationnel et le spontané* ».

Une bonne option serait d'élaborer un diagnostic communautaire, c'est-à-dire de s'appuyer sur un ensemble d'éléments : données statistiques de santé, besoins ressentis et souhaits des patients, ressources des acteurs, avis d'acteurs-clés au niveau local...⁵. Ce qui ramène à une nécessité de base en approche communautaire : il faut prendre le temps ! En pariant que ce temps pris au début permettra de développer des projets qui ne s'essouffent, qui ont du sens sur le long terme.

Lâcher prise

Partager les regards ne va pas de soi : cela implique pour chacun de « lâcher » quelque peu sa manière de voir, de la nuancer... (le travailleur en santé communautaire lui-même a parfois du mal à lâcher prise et à accepter le regard de ses collègues) !

4. Voir la brochure *Action communautaire en santé : un outil pour la pratique* du Secrétariat européen des pratiques en santé communautaire, 2013 : www.maisonmedicale.org/Action-communautaire-en-sante-un-3909.html

5. Voir la brochure de Santé Communauté Participation, n°3, *Le diagnostic communautaire* de la collection Santé communautaire et promotion de la santé de 2000 : www.maisonmedicale.org/Sante-communautaire-et-promotion,220.html

« Nous avons un projet 'marche', au départ conçu par le kinésithérapeute dans une logique de prévention. Progressivement, le projet a été revu dans une logique communautaire, on y a ajouté un objectif de cohésion sociale grâce à la complémentarité des regards du kinésithérapeute et du travailleur en santé communautaire ; ce dernier touche aussi les gens à l'extérieur de la maison médicale, son regard est différent. Beaucoup de gens manquent d'activité physique faute d'accès aux infrastructures, il faut créer des partenariats, des relais pour mener les actions ».

S'organiser

Pour que chacun s'implique et amène son regard, son expérience, il faut trouver le temps nécessaire à la mise en commun, à l'ouverture des besoins réels des patients – et les ressources, les disponibilités de chacun.

Nécessité dès lors de créer un espace adéquat pour permettre une rencontre entre fonctions. Ce n'est pas facile ; mais, soulignent certains travailleurs, des concertations s'organisent autour de certains patients. N'est-ce pas aussi utile dans des approches collectives ?

Trouver la bonne place

Certains médecins ne souhaitent pas participer activement aux projets communautaires ; il leur semble difficile de rencontrer les patients sur une autre scène que celle du colloque singulier, ils craignent que cela vienne introduire un biais dans le rapport thérapeutique.

D'autres participent aux activités en fonction de leurs affinités, de leurs disponibilités. Ainsi les médecins d'une équipe se mobilisent autour d'un projet citoyen, d'un potager... en « laissant au vestiaire » leur casquette de médecin. « Mais bien sûr, on n'est pas schizo ; chacun amène d'office son expérience professionnelle propre quand il participe à une activité santé communautaire, mais ce n'est pas à ce titre qu'il y participe ».

Cette participation « donne de l'air » aux médecins, ce qui a sans doute des effets positifs sur leur travail spécifique. Elle a sans doute tout son sens pour ceux qui considèrent que « l'approche communautaire, c'est une autre manière de soigner les gens ».

Pistes concrètes

Quelques pistes concrètes se sont dégagées lors de ces échanges :

- ♦ Construire l'approche communautaire de manière rigoureuse : réaliser un diagnostic communautaire,

Une bonne option serait d'élaborer un diagnostic communautaire, c'est-à-dire de s'appuyer sur un ensemble d'éléments.

entendre les patients, analyser le contexte et établir des priorités avant d'être directement dans la construction de projet. Cela permet de dépasser la dimension occupationnelle des activités, de mieux en construire le sens ;

- ♦ Distinguer différents temps, modalités d'implication : la participation de tous est réellement indispensable à l'étape de réflexion, d'analyse et de priorisation, et celle de conception du projet. Ce sont des moments d'interdisciplinarité par excellence. Au troisième temps, dans la préparation et la réalisation du projet, l'interdisciplinarité est moins nécessaire : un groupe « opérationnel » met en place l'activité avec une certaine marge de manœuvre.
- ♦ Cette participation de tous peut reposer sur une délégation : ainsi dans une équipe chaque profession est représentée par un travailleur dès la première étape de conception. Dans une autre équipe, chacun intervient à ce moment-là en enlevant sa casquette spécifique. Dans une troisième, chaque projet s'élabore en petites cellules comportant au moins deux travailleurs. Bref, il n'y a pas de recette unique.
- ♦ Organiser des temps d'échange : pour partager les regards, permettre à chacun de comprendre et d'intégrer le sens et les méthodes de l'approche communautaire, construire et évaluer les actions : « Nous organisons des réunions thématiques en soirée au moins une fois par an sur l'approche communautaire, ses concepts et ses caractéristiques de base. Nous profitons de ces réunions pour évaluer les projets sur base des critères proposés dans les brochures^{3,4} ; cela permet de clarifier la démarche, de la faire mieux comprendre petit à petit ».

Affecter les ressources nécessaires – en temps, en moyens humains et financiers (en complétant éventuellement les subsides). Ceci en tenant compte des disponibilités. Différents modes d'organisation sont décrits par les travailleurs présents : un groupe « santé communautaire » se réunissant toutes les deux semaines, la désignation d'un coordinateur, des groupes par projets...

Une approche subversive ?

Comme on l'a souligné ci-dessus, l'approche communautaire reste « contre-culturelle » voire subversive,

et elle n'est que très peu soutenue dans le domaine de la santé – notamment au niveau des formations médicales qui restent largement centrées sur la maladie et la relation individuelles : les praticiens sont très peu préparés à considérer, à pouvoir agir au niveau collectif, sur les déterminants de la santé, à se positionner comme acteurs de santé publique et de promotion de la santé.

Du côté politique, l'approche est méconnue, ainsi que l'impact qu'elle pourrait avoir si la promotion de la santé prenait la place qu'elle mérite... La première brochure évoquée ci-dessus proposait d'ailleurs une série de recommandations aux politiques, restées en grande partie lettre morte...

Au-delà des approches communautaires menées en maison médicale, il s'agirait de soutenir aussi d'autres secteurs. En effet, si nous avons centré ici nos réflexions sur l'interdisciplinarité des équipes, le déploiement des approches communautaires nécessite la mise en réseau d'acteurs appartenant à d'autres secteurs. Une mise en réseau qui demande du temps et des moyens pour décoder les différents langages et comprendre les perspectives de chacun, construire des visions et des projets qui puissent se rencontrer et s'optimiser réciproquement. ■

«Décider ensemble» des actions communautaires à mener *(Gaëlle Chapiro, Fédération des maisons médicales)*

L'approche communautaire et interdisciplinarité... Ces deux terrains riches et complexes semblent constituer un terrain propice à l'expérimentation de la décision collective⁶.

Une démarche de clarification, pour sortir des trop fréquents malentendus ou non-dits sous prétexte d'évidence, constitue un préalable à la co-construction d'une vision commune globale. Celle-ci inspire les missions et objectifs spécifiques que l'équipe se donne pour cheminer. Le tout gagne à être remis sur le métier tous les trois ou cinq ans, afin de s'adapter aux changements (dans l'équipe, la patientèle, les acteurs et actions du réseau local, la population ou l'aménagement du quartier, le contexte socioéconomique et politique...). L'évaluation annuelle collective permet quant à elle les ajustements intermédiaires nécessaires.

L'« entraînement mental » recommande, pour l'analyse de situations complexes, de veiller à distinguer les multiples points de vue sur la question. Chacun est alors invité à clarifier d'où il exprime une opinion. Du point de vue du médecin généraliste ou de celui de citoyen militant ? De l'infirmière en santé communautaire ou de la mère de famille ? Du travailleur de la maison médicale ou du membre du conseil d'administration ? Et pour faire exister le point de vue des absents dans la discussion, celui des « tiers exclus », il est précieux de se demander quel serait le point de vue des patients, celui des membres du comité de quartier, d'autres associations partenaires ou des pouvoirs subsidiaires. Cela ne dispense pas bien entendu de collecter activement ces points de vue.

Cette démarche permet d'éclairer la complexité des situations et les contradictions à l'œuvre. Plutôt que de les nier ou de les camoufler - et qu'elles resurgissent par un échec du projet (les patients ne viennent pas, les collègues ne diffusent pas l'information...) ou d'en faire l'objet de rapports de force, ces contradictions entre différents points de vue peuvent alors devenir des leviers, des tremplins vers des solutions créatives. Plus besoin d'enlever sa casquette de soignant, ni de la garder vissée sur la tête. Il s'agit de valoriser les compétences, spécificités et regards multiples de chacun des protagonistes. Plus besoin non plus de participer à tout pour apporter sa contribution.

« Décider ensemble », cela passe aussi par la délégation collective de responsabilités à des (groupes de) travailleurs et la détermination de leurs marges de manœuvre. C'est ce qui permettra par exemple aux travailleurs en santé communautaire de mettre en pratique la décision collective dans les partenariats développés avec les usagers et autres partenaires associatifs.

6. voir « Décider ensemble, oui et comment » dans *Santé conjugulée* n°63 et les formations organisées par l'équipe éducation permanente de la Fédération des maisons médicales.

La coordination : un outil pour l'interdisciplinarité ?

Claire-Marie Causin,
Gaëlle Chapoix,
Marianne Prévost,
Florence Paligot,
Fédération des maisons médicales.

De nombreuses questions traversent les maisons médicales depuis que la fonction de coordination est nommée. Il semble utile d'en préciser les enjeux spécifiques, non seulement par rapport à la gestion mais aussi en ce qui concerne l'interdisciplinarité : la coordination est-elle un outil pour cette pratique ? Oui... non... bien au contraire ? Réflexions à partir d'observations de terrain.

Une fonction à clarifier, et distinguer ?

Si on se réfère à la définition du mot coordination, on trouve les éléments suivants : il s'agirait de disposer de manière cohérente, et selon certains rapports, les différentes parties d'un ensemble dans une intention déterminée. Ou organiser harmonieusement l'action de plusieurs services afin de leur donner un maximum d'efficacité dans l'accomplissement d'une tâche ou d'un objectif défini (la mission du coordinateur est parfois rattachée à celle du « chef de projet »).

Dans un groupe, se coordonner exprime l'action de « se combiner harmonieusement ». Ou encore de favoriser les interactions entre les membres du groupe¹.

Au vu de ces quelques définitions, il semblerait que tout soit déjà dit. La fonction de coordination ne mériterait peut-être pas qu'on s'y attarde, tant les choses semblent simples, claires, précises. En maison médicale, il fut un temps, pas si lointain, où le métier de coordinateur n'existait pas la coordination était une fonction traversant les autres et qui semblait théoriquement « aller de soi », au point de ne pas toujours être explicite.

Le bruit court que l'apparition de cette fonction en maison médicale est concomitante à la diversité des pratiques, des compétences, des problématiques, ou encore à l'agrandissement des structures, à la complexification des situations rencontrées et des contextes. C'est probablement vrai, au moins en partie.

Les cheminements sont variés, et notamment liés au moment où la fonction est créée. Elle peut être mise en place d'emblée dans certaines équipes, surtout si elles sont grandes, et se configurer en même temps que le projet. Dans de très petites équipes, la fonction de coordination est parfois envisagée lorsque l'équipe grandit et rencontre des difficultés nouvelles dans l'articulation du travail, qui l'incitent à formaliser une coordination jusqu'alors informelle. Souvent, c'est même d'abord la fonction de gestion qui émerge, puis de là, celle de coordination, il s'agit alors pour le coordinateur de « faire sa place », de se situer face à des attentes souvent très grandes - et parfois face à des réticences plus ou moins exprimées.

L'émergence progressive d'une fonction explique sans doute le flou qui l'entoure bien souvent, parfois même quand elle est créée dès l'origine d'un projet. Ce flou n'est d'ailleurs pas propre à notre mouvement, d'autres expériences en témoignent. Ainsi le Pôle ressources recherche formation en action sociale indique à propos du secteur social : « Comme nous l'avons déjà évoqué, il n'existe pas de définition formelle du coordinateur. A défaut, nous tentons à partir des propos entendus, dans le cadre de notre étude, de construire les éléments structurant une définition (méthode inductive). Force est de constater que cet objectif est une gageure. En première analyse, nous pourrions, de suite, conclure que chaque institution a sa propre définition. voire même dans un certain nombre de cas, cette définition est des plus floue... Autrement dit, dans certains services, cette fonction de coordination se définit en creux »².

1. http://encyclopedie_universelle.fracademic.com/34424/coordonner

2. <http://www.crfpe.fr/wp-content/uploads/2015/12/etude-coor-do-version-site.pdf>

Par ailleurs, la fonction de coordination peut réactiver divers enjeux (de vision, de projet, de pouvoir), questionner des cloisonnements installés, aller jusqu'à proposer un changement de focale. On perçoit aisément pourquoi cette fonction peine encore parfois (souvent ?) à se mettre en œuvre quand elle devient un métier, c'est-à-dire lorsqu'elle habitée et portée par une personne.

En maison médicale, la fonction de gestion est souvent associée voire mêlée à celle de coordination ; ou plus souvent à l'inverse la coordination fait implicitement partie de la fonction de gestion. Les cheminements sont variés, et une formule se transforme parfois au fil du temps et de l'expérience.

Pour sortir du brouillard, il apparaît donc pertinent d'établir d'abord une distinction claire entre les fonctions de gestion et de coordination. En ce qui concerne la gestion, une réflexion menée par un groupe de travail mis en place à la Fédération des maisons médicales dès 2012 a aujourd'hui abouti à un document décrivant les missions de gestion telles qu'elles ont été identifiées en maison médicale, leurs liens avec l'organisation, et propose un canevas décrivant la fonction de gestion³.

Les deux composantes de la fonction de coordination sont elles-mêmes à distinguer : la coordination des soins et la coordination générale, qui porte sur l'ensemble du travail en équipe.

La fonction de coordination générale sur laquelle nous nous concentrerons ici, qu'elle soit attribuée à une personne, portée par plusieurs ou par l'équipe entière plus ou moins explicitement, se décline de diverses manières. Quel que soit le parcours de l'équipe, il semble indispensable que les différents protagonistes pensent et construisent clairement la fonction, qu'ils en définissent les missions, les responsabilités et les limites ainsi que les compétences requises. Il convient aussi d'être attentif à la manière dont cette fonction s'articule avec celles de gestion et de coordination des soins et de préciser la manière dont elle sera mise en œuvre (qui transmet les informations utiles ? Comment valider le travail du coordinateur et en assurer le suivi ? Quel regard extérieur peut-il être invité ?).

La coordination, un outil pour l'interdisciplinarité ?

Cela paraît évident : l'approche interdisciplinaire consiste à soutenir une vision, un travail commun entre des personnes issues de différents champs d'expertise... un décroisonnement pouvant aller jusqu'à la reconstruction d'une réalité morcelée artificiellement par le cloisonnement des disciplines. Coordination et interdisciplinarité semblent donc intrinsèquement liées.

En fait, ce n'est pas une évidence : on peut imaginer un coordinateur se limitant à répartir les tâches opérationnelles sans que les membres d'une équipe partagent vraiment leurs concepts, leurs perceptions de la réalité, leurs méthodes. Ce type de coordination pourrait même en arriver à se substituer à une pratique d'échanges, à rendre ceux-ci obsolètes au nom de l'efficacité opérationnelle... Une forme de coordination au service du cloisonnement qui irait à l'encontre de l'interdisciplinarité et serait peu efficace en termes d'approche globale de la santé.

Dans une perspective interdisciplinaire, le coordinateur doit être garant de la diversité, ne pas prétendre gommer ou se substituer aux spécificités multiples des savoirs et des compétences : coordonner signifie au contraire les mettre en exergue, en perspective et en cohérence afin de créer, susciter et renouveler le '*match found*'.

On ne peut donc pas parachuter un coordinateur dans une structure, un projet, un réseau, un territoire pour « réorganiser » le travail à la place de l'équipe.

L'interdisciplinarité implique un décroisonnement. Le décroisonnement implique quant à lui une vision et un projet communs auquel chacun adhère et contribue. Il s'agit de passer d'un travail à plusieurs à un travail ensemble. Le fait de décroisonner suscitera, renforcera les interactions, la communication, puis une meilleure répartition des tâches et la création de méthodes et d'outils communs, au service de la réussite du projet : une sorte de cercle vertueux.

C'est aussi ce qui soutiendra la mise en action du concept d'équivalence des savoirs, que l'on retrouve tant au cœur de l'éducation populaire que de la promotion de la santé, approches fondatrices du mouvement des maisons médicales et de leurs démarches interdisciplinaires et interculturelles.

³ Fédération des maisons médicales, GECO, *La fonction de gestion en maison médicale*, Série « Aide à la gestion », janvier 2016.

Coordination et structuration

Explorer les liens entre coordination et interdisciplinarité rappelle une nécessité parfois perdue dans les malentendus répandus derrière le mot-valise « auto-gestion » : celle de structurer, d'identifier, de répartir et de déléguer des responsabilités dans la structure, dans le projet. C'est à travers une structure et une coordination de qualité que l'autogestion et l'interdisciplinarité pourront servir leur but commun : celui d'offrir des soins de qualité, accessibles, intégrés, globaux, dans la continuité. Et cela tout en assurant une qualité du cadre de travail. Alors que le flou risquerait plutôt de nuire à l'une comme à l'autre.

La coordination devrait, dans cette perspective, être pensée, construite et habitée en fonction de ce but, et cela en équipe. Si elle restait au contraire focalisée sur des objectifs opérationnels, elle risquerait bien d'être peu efficace, voire même d'aller à l'encontre de l'interdisciplinarité.

En fin de compte, le coordinateur n'est pas un décideur mais un facilitateur.

Il paraît dès lors essentiel de distinguer la fonction du coordinateur de toute autre fonction qu'il pourrait occuper par ailleurs au sein de la structure ou du projet.

Coordination et interdisciplinarité peuvent donc aller de pair et se renforcer mutuellement si elles visent non seulement à une réorganisation des pratiques mais aussi plus profondément à leur transformation.

Alors, la coordination est-elle - ou non - un levier à l'interdisciplinarité ? Oui et non... (bien au contraire ?). Il s'agit avant tout d'identifier et de définir le projet commun des parties en présence. Et non l'inverse. Ce préalable aura un impact direct sur la fonction, sa pertinence et son utilisation à bon escient pour lui permettre de réaliser son objectif. ■

Prémises à la fonction de coordination de soins

Frédéric Palermini,
coordinateur
de l'intergroupe liégeois.

Suite à différentes questions qui se sont posées dans certaines maisons médicales à Liège en 2013, l'intergroupe de cette région tente de définir les contours d'une fonction de coordination des soins en maison médicale. Un groupe s'est mis au travail et sa réflexion connaîtra encore de nouveaux développements puisque un projet-pilote démarre en janvier 2016 : à suivre avec intérêt ! Frédéric Palermini en présente ici la synthèse : enjeux, modalités, perspectives.

L'intergroupe liégeois est une asbl issue des maisons médicales de la province de Liège ; une de ses missions est de soutenir le travail des maisons médicales (vingt-trois à ce moment) membres de la Fédération des maisons médicales œuvrant sur le territoire.

Les origines d'un projet

Un groupe de travail pluridisciplinaire, coordonné par l'intergroupe liégeois des maisons médicales s'est mis en place en 2013 avec des travailleurs appartenant à neuf équipes. Il a entamé ses réflexions à partir de divers documents, dont le rapport interdisciplinarité des fédérations¹ et la fiche de fonction d'un coordinateur de soins réalisée par l'Institut de classification de fonctions (IF-IC)² décrivant ses missions, responsabilités et tâches.

L'analyse et les propositions élaborées à l'issue de cette première étape ont été proposées à cinq équipes, à travers des grilles d'observation relatives à la mise en œuvre des responsabilités et tâches de coordination générale et de coordination des soins.

1. <http://www.maisonmedicale.org/Metiers-de-la-premiere-ligne-et.html>

2. <http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/documents/ie2image/19079171.pdf>

Le sens d'une fonction de coordination des soins

La mise en œuvre d'une fonction de coordination des soins vise à répondre à un enjeu transversal défini comme suit par le groupe de travail : « Elaborer une réponse de qualité (satisfaisante, efficiente, praticable, respectueuse de nos valeurs, etc.) à l'élargissement des équipes en nombre de personnes, en diversité de compétences, en complexité, en réponse à la croissance et à la complexification des besoins des usagers ».

Les objectifs généraux d'une telle fonction sont dès lors assez larges : il s'agit d'une part de veiller à la qualité des soins dispensés et à l'adéquation de l'offre de soins aux besoins et demandes des patients ; d'autre part, d'encadrer le personnel soignant, de soutenir et de coordonner les collaborations internes et externes. Ces objectifs généraux sont déclinés de manière opérationnelle de la manière suivante :

- Faciliter l'élaboration et l'application des protocoles de soins ;
- Initier différents outils et méthodes de travail adaptés aux besoins, aux problématiques et aux membres de l'équipe ;
- Evaluer et articuler les attentes des différents travailleurs et des différents secteurs ;
- Assurer la communication entre patients et soignants et entre professionnels ;
- Mettre en œuvre un système de surveillance et d'analyse, de manière à anticiper les difficultés.

Le groupe de travail a également défini de manière assez détaillée les responsabilités et les tâches liés à cette fonction (voir l'encart en fin d'article).

Contexte et enjeux

Il existe actuellement différentes modalités de coordination des soins dans les maisons médicales. Elles sont mises en œuvre avec plus ou moins de qualité (de continuité, de permanence, de sécurité, de pérennité, de légitimité, etc.), et elles articulent, de manière souvent implicite, différentes entités : le conseil d'administration, les réunions d'équipe, les secteurs, les éventuels groupes à tâche – interviennent aussi les relations informelles qui se développent entre les différents professionnels de l'équipe.

Les valeurs et principes qui ont fondé la maison médicale sont généralement à la base de ces articulations ; on y retrouve souvent les notions de collégialité, de prise en compte de la diversité, de concertation. Au fil du temps, ces articulations se développent de manière plutôt inductive, pas à pas, à partir de la pratique et en fonction d'éléments historiques, humains, au gré des péripéties de la vie de la maison médicale.

Les réflexions actuelles portent sur la nécessité d'élaborer aussi, à partir du projet de la maison médicale, une démarche déductive en matière de coordination des soins, qui puisse rencontrer l'existant, mais aussi le transformer, et qui concerne, implique toutes les personnes ayant un lien direct avec les patients – en évitant toutefois de renforcer l'isolement du secteur administratif et du personnel d'entretien, qui ne sont généralement impliqués dans aucune coordination.

Le rôle des secteurs est à penser dans cette (ré) organisation. Dans les équipes qui grandissent, ces groupes plus petits deviennent des lieux d'échange interpersonnel, où certaines questions culturelles qui compliquent les réunions d'équipe ne se posent pas. Ce sont aussi des lieux symboliques, porteurs de l'identité professionnelle ; ces dimensions essentielles ne peuvent pas être mises à mal. La fonction de coordination de soins doit donc s'articuler avec ces lieux pour construire l'équilibre entre des procédures cohérentes et des pratiques concertées. Différentes modalités concrètes sont envisageables : par exemple, chaque secteur peut conserver un champ d'action spécifique important, coordonné par la fonction de coordination de soins ; ou encore, le coordinateur de soins peut travailler au sein d'un groupe où sont représentés chacun des secteurs, dont le champ d'action est alors réduit.

La coordination de soins est une fonction d'expertise qui pourrait dériver vers une fonction technocratique si elle ne s'articule pas avec le pouvoir démocratique existant au sein de l'équipe. Il revient dès lors au conseil d'administration, organe de la légitimité démocratique en maison médicale, de mandater, couvrir, contrôler et évaluer la coordination de soins ; il peut même en assumer certaines tâches en fonction du modèle d'organisation.

A la base : la qualité des soins

Tout au long de la démarche, et déjà dans les documents présentés par le groupe exploratoire, la nécessité d'une définition préalable de la qualité des soins - à faire en assemblée générale ou en équipe selon les cas – a été mise en avant. La qualité des soins : une évidence dans les maisons médicales ? Pas vraiment, pas assez, bien que certaines équipes organisent des démarches qualité par secteur, en s'appuyant notamment sur les concepts, outils et formations proposés par le service Promotion santé – Qualité de la Fédération des maisons médicales³. Les critères fondamentaux du GICA (globalité, intégration, continuité, accessibilité) complétés par ceux que propose le *Carnet de bord en assurance de qualité*⁴ constituent des points de repères importants pour la réflexion et la pratique : mais leur appropriation est encore trop restreinte, et les équipes manquent souvent d'une personne, d'un lieu qui puisse garantir la mise en œuvre des réflexions et des démarches de manière transversale.

Les discussions de cas en équipe ou en groupe professionnel pourraient être des lieux propices à travailler sur la qualité des soins ; mais elles ne sont généralement pas positionnées ou identifiées comme telles.

De même, il est frappant de voir la tâche 'coordonner le suivi des cas complexes' plutôt mal organisée. Bien entendu, les cas complexes font l'objet d'un suivi particulier, d'une attention plus grande, et de plus nombreux échanges entre intervenants, en interne et avec le réseau. Dans plusieurs équipes, c'est le médecin traitant, ou, le cas échéant, le soignant de référence, qui assure la responsabilité de ce suivi pour une série de personnes. Certaines équipes font ce travail sous l'angle du *case management*. Pour le groupe de travail, ce terme

3. Voir notamment *Santé conjugüée* n°21 « Sept étapes pour avancer - Un regard neuf : l'assurance de qualité », juillet 2002.

4. Le *Carnet de bord en assurance de qualité* est outil est central dans les formations au développement de la qualité. <http://www.maisonmedicale.org/Carnet-de-bord-assurance-de.html>

évoque une approche uniquement technique, détachée de la relation de soin ; il lui préfère le terme « référent de situation », plus en phase avec les représentations en vigueur dans les maisons médicales. Ici aussi, ce qui est pointé comme déficient, dans tous les cas, c'est la formalisation de cette spécificité, et la réflexion transversale en terme de qualité, notamment d'efficacité⁵. La coordination des soins peut améliorer les soins donnés au patient, mais aussi la satisfaction des travailleurs, critère de qualité des soins retenu dans la littérature internationale en la matière⁶. La démarche du groupe de travail vise tant l'une que l'autre, la seconde étant au service de la première : la mission des professionnels de santé est d'assurer un service de qualité, et la qualité s'améliore quand on les intervenants sont satisfaits de ce qu'ils font et des conditions de leur intervention. Cette satisfaction comporte plusieurs aspects : financier, technique, scientifique, symbolique, relationnel, de confort, etc.

Mise en œuvre

La fonction de coordination des soins doit-elle reposer sur une seule personne ou sur un collectif - un tandem ou un petit groupe ? Chaque formule comporte des risques et des bénéfices ; et toutes sont envisageables. Le groupe de travail recommande qu'une compétence spécifique en santé publique s'y trouve ; elle peut s'acquérir en parallèle de la mise en place de la fonction.

Recrutement en interne ou engagement d'une personne extérieure à l'équipe ? La deuxième formule semble préférable au groupe de travail, qui perçoit cependant la difficulté de « débarquer » dans une équipe pour cette fonction de coordination des soins ; en fin de compte, l'appropriation collective de la décision apparaît comme un enjeu fondamental.

Quant au nerf de la guerre... La fonction de coordination des soins nécessiterait environ un demi équivalent temps plein, quelle que soit la taille de l'équipe. Ce temps de travail pourrait être plus ou moins élevé selon le niveau de coordination générale existant : c'est un aspect déterminant. Il pourrait aussi être plus important au départ, afin de mettre en place les dispositifs ad hoc. Une présence quotidienne semble de toutes façons indispensable dans la continuité.

5. L'efficacité entendue comme la meilleure utilisation possible des ressources mobilisables dans *Carnet de bord en assurance de qualité*.

6. Et repris dans les critères proposés dans le *Carnet de bord en assurance de qualité*.

Il s'agit donc d'un poste budgétaire relativement important ; il pourrait en partie être doté par le rassemblement de forces de travail éclatées. Mais il semble aussi utile d'investiguer les perspectives de financement public à long terme - un soutien qui ne dispenserait cependant pas, sans doute, de puiser dans les fonds propres de l'équipe. Le jeu vaut la chandelle ! En effet, une coordination des soins bien organisée apporterait des bénéfices considérables : plus grand confort de travail, clarification des rôles, meilleure répartition de responsabilités et tâches. En fin de compte, c'est la qualité du service qui est en jeu.

Pistes d'avenir

Dans les équipes participant au groupe de travail, l'évolution vers une structuration plus grande de la fonction de coordination des soins n'est plus une question. Le questionnement porte plutôt sur l'accompagnement de cette évolution que sur ses conditions, et sur l'évaluation longitudinale de son impact. Il faut rappeler que plusieurs maisons médicales ont d'ores et déjà mis en place différentes formes de coordination des soins, sans se référer à un modèle explicite.

S'agissant d'un ensemble de maisons médicales déterminées à poursuivre le développement d'un mode d'organisation collégial, horizontal, favorisant le partage des responsabilités et la participation à la gestion du projet, la question la plus intéressante est celle de l'intégration de la fonction de coordination de soins dans cette culture de travail. La littérature suggère de l'appuyer sur un leadership développé, de manière à dépasser les freins et réticences que cette fonction suscite inévitablement chez des professionnels (soignants et autres) formés et éduqués dans une représentation très individualisée de la figure du soignant.

Loin d'opter pour une approche technocratique, il s'agit de soutenir un modèle qui organise la confrontation constructive des points de vue, et ne laisse pas les conceptions archaïques du soin combler les manquements d'une démocratie formelle.

Ce défi, plusieurs personnes du groupe souhaitent le relever, et tenter d'engager leur équipe dans une expérimentation. Suite à l'appel à projets du FE.BI Association des fonds sociaux fédéraux et bicommunautaires du secteur non-marchand pour le financement d'emplois complémentaires dans les maisons médicales, la maison médicale du Laveu a renvoyé un dossier pour ce projet-pilote ; de concert avec l'intergroupe liégeois et les maisons médicales du groupe de travail, un mi-temps de coordination de soins s'ouvre ainsi en janvier 2016

pour une mise en œuvre centralisée de la fonction de coordination de soins, dans toutes ses dimensions.

Cette expérience, qui durera deux ans, permettra de travailler à la formulation de recommandations pour une meilleure prise en compte des responsabilités et tâches à assurer ; et d'aller à la rencontre de chacune des équipes pour partager ces recommandations. L'évaluation envisagée devrait être de type pré-post. Il s'agira d'être créatif afin de mettre au point les méthodologies adéquates et de tirer les meilleurs enseignements possibles de cette expérimentation. À suivre ! ■

La liste ci-dessous présente les responsabilités et les tâches liées à la fonction de coordination des soins définies par le groupe de travail dans le cas où la coordination générale est peu développée, et n'est en tout cas, pas confiée à une personne. Si par contre il existe une coordination générale plus développée (exercée par un conseil d'administration très opérationnel ou par une personne), cette liste pourrait être modifiée, les responsabilités et tâches se répartissant entre la coordination générale et la coordination des soins.

Responsabilités

- Elabore avec l'assemblée générale en concertation avec l'équipe, une stratégie globale en matière de soins ;
- Évalue la qualité des soins dispensés et étudie les nouvelles orientations en matière de prestations de soin ;
- Garantit l'existence et l'application des procédures de prise en charge des demandes de soins curatifs et préventifs, en collaboration avec les groupes sectoriels ;
- Planifie et évalue l'adéquation entre l'offre et la demande de soins ;
- Structure la collaboration avec les services externes concernés ou les différentes lignes afin de fournir des soins coordonnés aux patients ;
- Facilite et coordonne l'approche multidisciplinaire entre les différentes professions au sein de l'équipe ;
- Recherche des solutions aux problèmes de fonctionnement des collaborateurs.

Tâches

- Formule et propose des objectifs de santé en fonction des priorités déterminées sur base de statistiques de santé publique ;
- Anime des groupes de travail mono/pluridisciplinaires sur la qualité des soins ;
- Officie comme facilitateur entre les patients et l'équipe ;
- Officie comme facilitateur entre les patients et les soignants ;
- Organise l'évaluation des activités de chaque collaborateur et son feed-back ;
- Etablit le profil de fonction du personnel soignant et participe aux procédures d'engagement ;
- Recherche et propose au personnel de santé des formations adaptées aux objectifs ;
- Se charge de la facilitation lors de l'arrivée de nouveaux membres du personnel ;
- Coordonne l'organisation des horaires, congés et remplacements ;
- Coordonne la planification des stages et l'accueil, le suivi et l'évaluation des assistants et stagiaires ;
- Coordonne le suivi des cas complexes (les cas dits « lourds » psychologiquement, kinésithérapie, les personnes isolées dépendantes, les soins palliatifs...) ;
- Coordonne l'organisation des procédures d'inscription, intégrant les aspects administratifs et sanitaires (ouverture du dossier, mise en ordre mutuelle, anamnèse, prévention...) ;
- Coordonne l'organisation et le retour d'information des gardes.

Stimuler le développement de la co-professionalité : une démarche collective se met en place à Liège

Ingrid Muller, coordinatrice de projets et animatrice à l'intergroupe liégeois des maisons médicales.

Depuis plusieurs années, l'intergroupe liégeois accueille différents groupes de travail réunissant des travailleurs de maison médicale : ils échangent et se forment pour renforcer la qualité de leurs pratiques. Certains de ces groupes sont mono-professionnels, d'autres portent sur des thématiques particulières (fin de vie, prise en charge de patients toxicomanes, prévention,...) qui concernent des professionnels de métiers différents. A ce jour, aucun groupe thématique n'est explicitement centré sur la prise en charge interdisciplinaire du patient, mais la question émerge : évocation d'une recherche-action en cours, qui témoigne de la vitalité du terrain.

L'intergroupe liégeois est une asbl issue des maisons médicales de la province de Liège ; une de ses missions est de soutenir le travail des maisons médicales (vingt-trois à ce moment) membres de la Fédération des maisons médicales œuvrant sur le territoire.

Les débuts d'un questionnement

Depuis plusieurs années, l'équipe des permanents de l'intergroupe liégeois rencontre tous les mois les délégués de chaque maison médicale liégeoise, ce qui lui permet de soutenir l'orientation de ses projets. Il y a quelques temps, ces délégués ont exprimé le souhait d'aborder des questions en lien avec les soins et le travail en maison médicale : les permanents de l'intergroupe liégeois leur ont dès lors proposé un programme de rencontres concernant notamment¹ l'articulation des différents secteurs professionnels (accueil, assistant social, psychologue, kinésithérapeute, infirmière, médecin,...). Objectif général : « augmenter le potentiel de l'équipe interdisciplinaire de première ligne, au service de la santé globale ».

Le travail de fin d'études d'Hélène Dispas consacré au *Partage des tâches entre médecins généralistes et infirmiers en première ligne de soins²* a donné une première impulsion aux rencontres ; mais il est vite apparu que le sujet, avant même d'être clairement nommé (co-professionnalité ? interdisciplinarité ? partage des tâches.. ?) devait être élargi au-delà des médecins et infirmiers.

Les délégués ont voulu débiter par une observation et une analyse des pratiques d'articulation entre les professionnels au départ de la demande des patients, avec l'appui d'une expertise extérieure (sociologue de la santé) et d'un groupe d'accompagnement. Ce groupe, nommé Groupe d'accompagnement des plénières - GAP, a été constitué avec des volontaires reflétant la diversité des secteurs et des équipes.

Chargé de piloter la démarche, le Groupe d'accompagnement des plénières, a vite pensé que, pour accompagner harmonieusement le changement recherché, il fallait

1. Ce programme concernait également l'articulation du travail des délégués de l'intergroupe avec celui des groupes de travail de l'intergroupe liégeois, aspect non abordé ici.

2. Voir l'article de Hélène Dispas dans ce dossier.

viser conjointement les patients et les soignants – et donc travailler sur la transformation des représentations du soin avec les patients. Il a également mis en évidence et questionné deux principes. La titularisation, d’abord : est-ce une plus-value en termes de qualité des soins ? Dans quelle mesure, à quelles conditions, dans quel contexte ? Est-ce un absolu ? Peut-on trouver des modalités, des adaptations dans le cadre d’une équipe ? Et la complémentarité : au-delà du principe, qu’est-ce que c’est, sur quoi porte-t-elle ? Que fait-elle gagner, que permet-elle de ne pas perdre ? Quelles sont ses limites, ses risques ?

Les différentes étapes de réflexion ont progressivement permis de préciser que le travail devait in fine aboutir à la recommandation de bonnes pratiques ou à l’élaboration d’une boîte à outils qui puissent aider les équipes à réorganiser leurs pratiques, tout en répondant à divers enjeux : « l’efficacité, la convivialité, la qualité des relations humaines, le partage des responsabilités entre professionnels, l’équité dans la répartition du travail, la participation des patients aux soins et au changement, la mise en évidence de modalités de travail nouvelles rencontrant les contraintes actuelles et futures du contexte »³.

Questionner : oui, mais comment ?

Pour mieux identifier les pratiques de terrain, le Groupe d’accompagnement des plénières a décidé d’interroger les équipes (ou des groupes multidisciplinaires représentatifs) sur base d’un questionnaire centré sur une situation type, de manière à permettre l’expression des différents points de vue.

Comment définir une situation type de manière juste et crédible ? Par un processus de co-construction bien sûr : les délégués ont été invités à raconter des situations vécues où avaient surgi des questions, liés à la co-professionnalité, au partage des tâches. Les problèmes identifiés relevaient de différents domaines : territoires professionnels et zones de chevauchement, définition du projet thérapeutique, gestion du temps et des agendas, modalités de collaboration, partage des outils, limites individuelles et limites des missions, difficulté de trouver un langage commun,...

L’avantage de cette démarche empirique, c’est qu’elle partait de l’existant, de situations réelles qui « parlaient » aux personnes interrogées. Cependant, des confusions et des hypothèses implicites ont surgi pendant les échanges ; le matériel de base a été retravaillé

³. Rapport du Groupe d’accompagnement des plénières du 23 avril 2014.

et mis en ordre avec un chercheur de l’Appui en promotion et en éducation pour la santé - APES afin de mieux préciser les différentes dimensions du questionnement, en adéquation avec les enjeux. En fin de compte, deux histoires ont été co-construites, posant des problèmes différents à la dynamique de travail en équipe.

A suivre...

Au printemps 2015, deux permanents de l’intergroupe liégeois ont soumis l’enquête à quatre équipes volontaires ; quatre autres équipes les accueilleront prochainement. D’ici le mois de juin 2016, les délégués devraient être en mesure de proposer des pistes d’actions concrètes pour soutenir le développement de la co-professionnalité dans les équipes. A suivre avec attention ! ■

Une définition provisoire de la co-professionnalité en maison médicale a été construite lors de ce travail pour être mise en débat : « c’est un processus qui organise les différentes professions dans le but de répondre aux besoins des patients en veillant au confort et au bien-être des travailleurs, par une définition et répartition des tâches, une attention à la communication entre professionnels, une articulation avec l’extérieur (réseau partenaires), tout en tenant compte des limites de la maison médicale. Ce processus articule le parcours du patient (amont, pendant, après) au sein de la maison médicale ».

Pricare : vers un dossier transdisciplinaire

Benjamin Fauquert,
médecin généraliste
à la maison médicale Le Noyer et
formateur informatique pour le
Dossier santé informatisé.

En quoi le Dossier santé informatisé (DSI) Pricare peut-il être considéré comme un outil particulièrement utile dans un travail transdisciplinaire ? C'est ce que Benjamin Fauquert tente de montrer dans cet article, tout en évoquant la manière dont cet outil pourrait encore être amélioré à cet égard.

Une vision des soins centrée sur le patient

La conception même de Pricare est centrée sur les patients : elle part des plaintes et symptômes et donne une vision du suivi de leur santé dans le temps. Le patient étant par définition irréductible en tant qu'être humain, une telle vision ne peut qu'amener à transcender les disciplines, c'est-à-dire à faire de la transdisciplinarité : dépasser tout en incluant les disciplines originales¹. C'est d'ailleurs pour soutenir les pratiques transdisciplinaires que des professionnels de soins primaires, dont les médecins généralistes et les infirmières, ont développé un tel outil, qui dépasse les concepts classiques d'anamnèse, de diagnostic, de traitement au profit d'autres notions : motif de contact, épisode de santé, problème social².

Les concepts « d'approche centrée patient » et de transdisciplinarité sont très proches ; ils ont, dans un premier temps, été à la base de la Classification internationale des soins primaires version 2 (CISP-2). Grâce à leur implémentation dans Pricare, le suivi de la maladie s'est élargi à un suivi de la santé qui n'est plus l'apanage du médecin : il peut être réalisé par un nombre plus étendu de professionnels, voire par le patient lui-même (qui ne devrait alors plus alors s'appeler ainsi), ce qui impose aux professionnels de « désapprendre » quelque peu - ou plutôt d'élargir - leurs représentations.

La transdisciplinarité se fonde aussi sur la volonté historique de la Fédération des maisons médicales de tenter d'appliquer sur le terrain les meilleurs concepts théoriques

1. Voir la thèse de Michel Roland « Des outils conceptuels et méthodologiques pour la médecine générale » chapitre 2 et la journée colloque de la Fédération des maisons médicales sur le thème « pluridisciplinarité » à Marlagne, 17 mai 2003.

2. Structuration et concepts du dossier médical électronique.

afin de soutenir la qualité des soins et les réalités des patients en associant santé publique, professionnels de soins primaires, informatique et équipes des maisons médicales. Il s'agissait également que Pricare reste indépendant des financements de firmes à but lucratif.

Reconnaissons les imperfections de cet outil : par exemple, il comporte des listes de diagnostics et de procédures/interventions peu adaptées aux professions « paramédicales » ; et sa présentation actuelle ne permet pas à n'importe quel membre de l'équipe de soins d'avoir aisément une vision synthétique de l'état de santé d'un patient – or, l'accessibilité des données de santé est un déterminant de la qualité des soins. Cela pourrait toutefois être amélioré assez facilement sur base des concepts actuels ; l'enjeu est que le dossier, loin d'être un simple aide-mémoire personnel, soit un support de communication au sein de l'équipe impliquée dans des situations cliniques complexes, grâce à des visualisations transdisciplinaires qui dépassent et en même temps tiennent compte des sciences (para)médicales et des aspects humains plus anthropologiques ou sociologiques (le ressenti et les représentations de la maladie). De par sa capacité à donner différentes vues sur les données, l'outil informatique a ici une réelle valeur ajoutée par rapport au dossier papier : celui-ci peut enfermer dans des schémas de réflexion monodisciplinaires de par son manque de flexibilité.

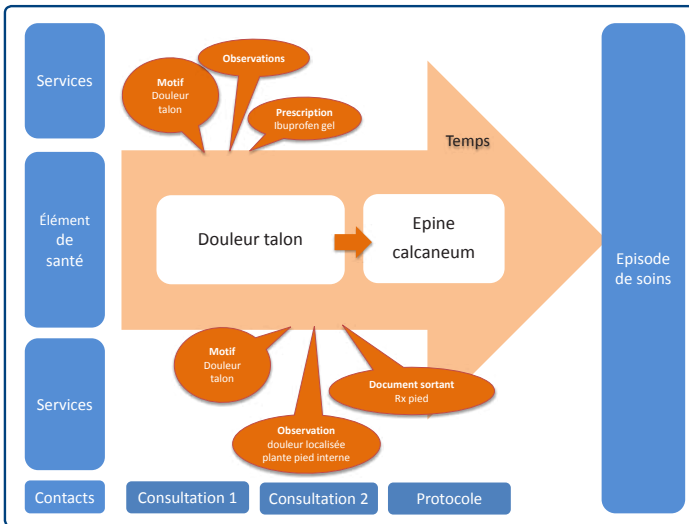
La notion d'élément de santé

Dans le Dossier santé informatisé/Pricare, on ne parle plus uniquement de diagnostic : c'est une notion trop restrictive. Le concept central, c'est l'élément de santé, qui englobe tout aspect lié à la santé, communiqué par une personne à un soignant - peur, plainte, dysfonction, handicap, problème social...³. L'autre apport majeur du concept d'élément de soins, c'est que son libellé est modifiable au fil du temps :

Protocole 15/02/2016
Modification Elmt Santé: Epine - Calcaneum, droit

Consultation 15/01/2016
 Douleur - Talon, droit
 Documents sortants
 Rx pied

Consultation 28/08/2014
 Douleur - Talon, droit
 Motifs
 douleur cheville droite depuis plus d'un mois
 ne se souvient plus si faux-mvt
 a pris ains + dafaigan
 picotements
 (en fait plutôt talon)
 Médications
 Ibuprofen gel 10mg/g
 Prescriptions
 Ibuprofen gel 10mg/g



par exemple, ce qui est enregistré comme un symptôme lors de la première consultation peut par la suite être désigné comme un diagnostic, un problème fonctionnel ou autre chose encore. Ainsi, on peut enregistrer un problème en tant que symptôme dès son apparition (un usager pourrait le faire aussi : c'est la vision orientée patient) et laisser le symptôme tant que l'incertitude sur la nature du problème de santé persiste.

Une telle vision intègre donc le temps : au lieu d'« empiler » les éléments de soins successifs, on peut changer le libellé d'un élément qui reste fixe au fil du temps, quitte à revenir au symptôme en cas d'errance diagnostique ou de résultats d'examen contradictoires, ou à ajouter des attributs pour nuancer l'élément – il peut être certain ou probable, significatif ou non significatif. Et il existe un historique des libellés de l'élément de soin, ce qui est un facteur de continuité temporelle des soins.

Par ailleurs, l'élément de soin soutient la continuité entre les disciplines : toutes les actions de chaque professionnel peuvent être rattachées à un même élément de soins. En formalisant ces continuités, le logiciel permet d'ordonner le dossier et d'en organiser différents niveaux de lecture.

3. On parle d'élément (ou problème) de santé pour désigner ce que ressent le patient avant d'avoir formulé une demande à un professionnel : c'est la même chose, vue en amont d'un contact avec le professionnel.

Elargir et simplifier pour construire un langage commun

La CISP-2 contient 732 concepts ; le principe de base qui a présidé à leur création est une fréquence supérieure à 1 pour 1000 dans la population générale, tous pays confondus. Ces concepts sont très génériques : il s'agit parfois de catégories de symptômes plutôt que de symptômes (ex : symptômes de la bouche, trouble fonctionnel du système locomoteur) de catégories diagnostiques plutôt que de diagnostics proprement dits (luxation, sans précision de l'articulation), de catégories de procédures plutôt que des procédures. Par exemple, un seul concept désigne une fracture de la main et du pied, un autre l'ensemble des troubles de la parole, un troisième tous les prélèvements sanguins : cela simplifie grandement le choix du concept.

Ajoutons que la CISP-2 dépasse les aspects médicaux : le chapitre Z inclut dans les éléments de soins potentiels, les problèmes sociaux (relationnels – famille- ou administratifs - logement, argent, justice, mutuelle, ou éducatif – école, illettrisme) et les habitudes de vie (le tabagisme par exemple) : cela donne une vision globale – transdisciplinaire - des problématiques du patient.

Ces caractéristiques – simplicité et globalité - font de la CISP-2 un bon outil de communication, reproductible quel que soit le contexte d'utilisation linguistique ou organisationnel ; utilisée à un niveau international, la CISP-2 est traduite en 27 langues - succès inégalé même par la classification la plus connue, celle des maladies (Classification internationale des maladies - CIM).

En miroir de sa concision, l'outil manque évidemment de précision ; par exemple, un seul code désigne tous les pansements, un autre toutes les vaccinations, un autre encore tous les conseils d'éducation à la santé. Il n'en reste pas moins que, au sein de la liste des éléments de santé en cours (actifs), un professionnel, quelle que soit sa spécialité, (et même souvent un patient) pourra toujours identifier sans difficulté l'élément qui fait l'objet de sa consultation.

Le SOAP : un ordre reproductible entre les différents professionnels

Au sein d'un contact (qui peut être une consultation, une séance, un soin), l'ordre d'enregistrement des données respecte le schéma SOAP – subjectif (anamnèse), objectif (examen physique), appréciation (élément de santé), planification (activités, prescriptions, procédures ...). Cet ordre peut être considéré comme reproductible entre les différents professionnels de la santé car c'est une modélisation générale de la rencontre avec le patient. On peut omettre le S et le O si on ne réalise au cours d'un contact

Type	▼ R ▼	Description	▼ Début ▼	Fin ▼	Cod ▼
Intolérance		diarrhée, Glucophage compr 60x 500mg	01/12/2011	31/12/2011	D11
		Polype - Colon	1997	17/12/2012	D78
		Ulcere/Ulcération - Estomac, pyloriques x2 HP-	21/01/2013	23/10/2013	D86
		Gastrite - Aigu, congestive	18/02/2015		D87
		conjonctivite chronique, < perte cilis inférieurs	30/11/2009		F70
	r	hypertension non compliquée	06/07/2009		K86
		insuffisance veineuse	28/10/2013		K95
		Pied plat congénital	1951		L82
		Apnees - Sommeil	15/02/2011		P06
	r	dépendancetabagique	1970		P17
Allergie		éruption généralisée, Amoxicilline EG compr 20x 1 g	1994	1994	S07
	r	obésité (BMI >= 30)	23/04/2008		T82
	r	Diabète Sucre - Type 2	23/04/2008		T90
		hypertrophie bénigne de la prostate	17/05/2010		Y85
		Probleme - Chomage	2005		Z06

Figure 2 : Liste des éléments de santé classée par code CISP (D=digestif, F=oeil, K= cardio-vasculaire, L=locomoteur, P= psychologique, S=dermatologique (skin), T=endocrinologique, Y=génital masculin, Z=social). Elle regroupe les problèmes actifs, les antécédents (avec une date de fin), les facteurs de risque (r), les allergies, les intolérances, le mode de vie (tabagisme), la situation sociale (Z).

que des procédures - bien qu'une procédure soit souvent l'occasion d'une question ou d'une observation. Mais il ne faudra jamais oublier de relier sa procédure à l'élément de santé qui s'y réfère⁴. Le schéma SOAP introduit donc une certaine rigueur dans l'approche des patients ce qui permet de ré-évaluer les soins et l'élément de santé de manière continue.

L'ensemble des éléments Subjectifs et Objectifs ainsi que des Planifications sont liés à l'élément de santé et s'appellent des services. Un élément de santé avec ses différents libellés successifs et tous les services qui y sont liés s'appelle un épisode de soins.

La liste des éléments de santé : une fonction de synthèse du dossier

La liste des éléments de santé, appelée aussi liste des problèmes de santé, regroupe à la fois la liste des antécédents médicaux, des allergies, des facteurs de risque, du mode de vie, ce qui en simplifie la gestion et la mise à jour. Codée en CISP-2, cette liste est consultable d'un seul coup d'œil dans un langage compréhensible, quelle que soit la discipline professionnelle. Cette liste donne plus d'informations que la liste des contacts, laquelle mentionne simplement les professionnels consultés sans indiquer le contenu du contact. On passe ainsi d'une approche « orientée-consultation » à une approche « orientée-patient », c'est-à-dire que l'on relit et met à jour périodiquement la liste des problèmes sans forcément relire toutes les consultations précédentes : pour des patients suivis sur un temps long, c'est beaucoup plus pertinent. C'est le passage du paradigme des soins aigus (on voit le patient de temps

4. On peut omettre le S le O et le A quand on réalise des procédures très répétitives.

en temps et on refait tout le dossier à chaque consultation) au paradigme des soins chroniques (on suit des problèmes de santé dans le temps long en accumulant les éléments du dossier petit à petit).

On peut ouvrir l'épisode de soins relatif à un élément de santé, ce qui permet d'accéder directement aux informations concernant l'évolution de ce problème, les réactions du patient, les différentes procédures réalisées. La liste des éléments de santé fait donc office de méta-information résumée. La qualité de sa tenue est reconnue comme directement liée à la qualité des soins prodigués.

La liste des éléments de soins issue de la CISP-2 accessible à toute l'équipe de soins est donc un outil de la transdisciplinarité, sa vision synthétique permettant d'enrichir le point de vue des professionnels. Elle permet aussi de progresser plus vite dans des situations cliniques complexes, d'éviter les impasses, ou de mettre des limites adéquates à une action : il n'est pas utile de se centrer sur un problème spécifique si une vision plus globale met en lumière un obstacle majeur qui demande une autre approche - problème d'argent, d'illettrisme, deuxième maladie qui interfère, nombreux antécédents traumatiques.... Enfin, cette liste offre aussi un véritable support à la communication avec le patient ; l'échange est plus constructif et permet plus de recul si l'on aborde régulièrement les problèmes en cours tels qu'ils sont exprimés.

Un dossier parfait

Malgré la concision de la CISP-2 et un encodage rigoureux, l'expérience acquise au sein des participants des GloUP (voir encadré) a montré qu'il reste difficile de lire rapidement la liste des éléments de soins pour des patients dont les problèmes s'accumulent.

Les GlouPs ?

Ce sont des groupes d'utilisateurs de Pricare organisés trois fois par an dans trois régions depuis 2008. Ils sont ouverts à toutes les professions de maison médicale et permettent l'échange des pratiques relatives à Pricare.

Sur 12 dossiers suivis depuis plus de 5 ans par un seul médecin référent (ce qui renforce la cohérence de l'encodage), j'ai pu observer que le nombre moyen d'éléments de santé significatifs était de 17 (de 11 minimum à 23 maximum) et

le nombre moyen d'éléments de santé actifs significatifs de 9 (entre 6 et 14).

La CISP-2 comprend 17 chapitres qui représentent des localisations anatomiques (digestif, cardio-vasculaire, locomoteur, psychologique...). Une première astuce consiste à réaliser un tri automatique des problèmes selon le chapitre CISP (un seul clic suffit) ; j'ai alors obtenu 7 chapitres différents en moyenne par dossier. Ce qui devient alors tout à fait lisible.

Une question qui revient souvent lors des groupes d'utilisateurs de Pricare est de « comment savoir ce qui est le plus important, ce qui a été traité récemment ? ». On peut tout d'abord interroger l'historique des services ; mais on pourrait imaginer une série d'améliorations permettant d'augmenter l'informativité de cette liste :

- la liste des problèmes devrait d'abord se présenter sous la forme d'une liste de chapitres CISP cliquable de manière à pouvoir découvrir leur contenu dans un deuxième temps ;
- le logiciel pourrait pondérer chaque élément de soins en fonction du nombre de contacts et éventuellement en fonction du nombre de services qui lui ont été reliés ;
- il pourrait aussi trier la liste en fonction des problèmes abordés dans les contacts les plus récents.

La liste des chapitres CISP-2 serait la couche superficielle du logiciel, accessible au patient (tout en gardant la possibilité de masquer les autres couches) et non stigmatisante (problème immuno-hématologique, plutôt que HIV, problème psychologique plutôt que psychose...) car elle reste à un niveau d'incertitude élevé : cela pourrait régler le risque de la stigmatisation abordée dans un précédent article de Vanni della Giustina⁵.

Une seconde approche consisterait à travailler par objectifs, chaque problème de santé pouvant donner lieu à plusieurs objectifs. Déjà utilisée par les infirmières, cette approche paraît efficace si l'on se réfère aux réunions de cas qui donnent le plus souvent lieu, pour faire avancer la situation d'un patient, à la mise en place d'objectifs communs. Ceux-ci opérationnalisent encore plus l'accompagnement de patients aux problématiques multiples.

Ce type d'approche reste à construire ; il paraît prometteur parce que de telles représentations permettraient de gérer les difficultés diagnostiques, la polysémie des manifestations cliniques, comme dans cette situation

5. « Le diagnostic : vers une narration clinique collective » de Vanni Della Giustina paru dans *Santé conjugulée* n°70 de mars 2015.

clinique présentée par Vanni della Giustina, où un diagnostic de schizophrénie est suivi d'un diagnostic de surmenage, tous deux classés dans le chapitre psychologique - mais avec, cela va sans dire, un pronostic tout à fait différent ; ce cas d'encodage différencié pour un même épisode de soins est somme toute assez fréquent.

L'outil juste

« L'outil juste répond à trois exigences : il est générateur d'efficacité sans dégrader l'autonomie personnelle, il ne suscite ni esclaves ni maîtres, il élargit le rayon d'action personnelle ». C'est ainsi qu'Ivan Illitch⁶ définissait un outil convivial.

Le dossier informatisé tel qu'implémenté dans Pricare tend à être un outil juste en ce sens qu'il permet de faire progresser des situations complexes, d'éviter les catégorisations trop rapides, de présenter une vision de la santé globale et inscrite dans la temporalité et d'augmenter les possibilités d'exploration diagnostique. En produisant une liste des problèmes par chapitres, une partie de l'information est communicable en temps réel au patient, dans la philosophie de la loi sur le droit des patients (mai 2002) tout en respectant le nécessité d'une certaine médiation - car l'information de santé est sensible au niveau éthique. La loi sur les droits du patient combinée à l'informatisation des données pose concrètement la question de leur disponibilité immédiate, de leur accessibilité.

L'enjeu principal dans la transdisciplinarité et la communication n'est pas d'être plus spécifique, mais plus général : il s'agit de créer des niveaux de méta-information, compréhensibles par tous (la localisation, les objectifs pratiques) tout en reliant cette information à chaque dossier spécialisé. Le patient personnalise cette transdisciplinarité : être orienté patient, c'est être transdisciplinaire.

Le but de ces quelques lignes est de souligner la place centrale d'une liste de problèmes unifiée et structurée qui permet de classer l'information selon plusieurs critères et sur plusieurs niveaux de lisibilité : elle est ainsi ré-utilisable et communicable à des collègues et au patient. Les améliorations à apporter au dossier actuel pour augmenter sa lisibilité et partager raisonnablement l'information sont mineures ; c'est la spécificité du logiciel Pricare et du travail en équipe de soins intégrée (travaillant dans un temps long sur une unité de lieu et d'action) qu'il convient de renforcer et de promouvoir. ■

6. Cité par Vanni Della Giustina.

Utiliser le dossier informatisé en équipe

Rémy Tello, kinésithérapeute et référent informatique à la maison médicale la Passerelle, formateur Dossier santé informatisé à la Fédération des maisons médicales, Groupe locaux des utilisateurs de Pricare – Gloup et **Joanne Herman**, médecin et coordinatrice des soins à la maison médicale la Passerelle.

Pour bien travailler en interdisciplinarité, il faut pouvoir s'appuyer sur des procédures et des outils concrets. L'équipe de la Passerelle a réalisé un travail approfondi pour mieux utiliser le Dossier santé informatisé (DSI) Pricare en interdisciplinarité. Rémy Tello et Joanne Herman décrivent ici la démarche mise en place, qui porte déjà des fruits tout-à-fait stimulants.

Débroussaillage

En 2013, notre équipe a décidé de mettre en place une fonction de coordination des soins et d'établir des priorités pour améliorer la qualité des soins. Une de ces priorités a été d'améliorer notre utilisation de Pricare. Rappelons que les données de la littérature soulignent l'intérêt de privilégier l'informatisation du dossier santé ; cette procédure est même reconnue comme un critère de qualité international pour les soins de santé, dans la mesure où elle permet d'améliorer la prise en charge et le développement des soins médicaux.

Or, nous avons observé certaines difficultés susceptibles d'entraîner un suivi moins global et moins continu de nos patients. Tout d'abord, un manque d'utilisation du Dossier santé informatisé par les paramédicaux, dû à un manque de formation à l'outil informatique et/ou à Pricare proprement dit, ainsi qu'à un manque de temps administratif disponible pour l'encodage ; nous avons aussi observé l'utilisation de deux supports - le dossier papier et le Dossier santé informatisé -, au risque d'une perte d'informations médicales ; ainsi qu'une très grande différence d'encodage selon les thérapeutes et les remplaçants successifs (par exemple, classement de nombreuses informations dans les commentaires, nombreux doublons, utilisation d'un autre logiciel pour les traitements).

Nous avons également la volonté de mieux connaître notre population en utilisant les données informatisées pour orienter nos projets.

Notre solution, un support unique d'information qui se veut pertinent et facile à utiliser : le Dossier santé informatisé.

L'objectif du projet : concentrer toutes les informations papier existantes, les informations extérieures, pluridisciplinaires, préventives et curatives sur le Dossier santé informatisé, de façon claire et concertée. Notre but était clairement d'améliorer la continuité, l'accessibilité aux données, la collaboration interdisciplinaire et la globalité des soins.

La formation « Développement de la qualité » organisée par la Fédération des maisons médicales (service Promotion santé – Qualité) nous a beaucoup aidés pour structurer et dynamiser le projet. Les maisons médicales de Tilleur et du Laveu ont aussi nourri notre réflexion en partageant des projets similaires.

Les étapes du projet

Le projet a été écrit en plusieurs mois et a débuté en mars 2013, sur base de présentations, d'allers retours avec l'équipe, et d'une analyse approfondie des freins et des leviers. Les différentes étapes du projet se sont déroulées comme suit :

Mise en place de consensus interdisciplinaires d'encodage

Ce point était prépondérant pour notre démarche de qualité. Les consensus ont été discutés dans chaque

secteur, surtout au sein du secteur médical, puis en équipe.

De ces discussions est né un vade-mecum d'encodage intersectoriel, définissant des tâches particulières (encodage propre à chaque secteur) et communes (items Dossier médical global, certaines procédures de prévention...). A cet égard, les motifs de contact avec les patients sont pour nous fondamentaux et pluridisciplinaires ; les éléments de santé, qui restent une prérogative du secteur médical, sont discutés avec les autres thérapeutes si nécessaire. Ce vade-mecum doit être mis à jour au moins tous les ans. Un pense bête récapitulatif pour l'encodage des items préventifs a été placé dans tous les cabinets.

Mise en place d'une formation interdisciplinaire et sectorielle

Pour que toute l'équipe puisse participer à l'encodage, nous avons fait un relevé des besoins en formation. L'objectif ici était de réduire les écarts entre les différents utilisateurs et de nous familiariser avec le vade-mecum d'encodage. Une formation en équipe puis par secteur a été mise en place (aussi bien pour l'outil informatique en soi que pour Pricare), en complément des formations existant à l'intergroupe liégeois.

Mise en place d'une procédure de numérisation des dossiers papier

La numérisation du dossier papier n'est pas exhaustive. Une procédure a été clairement définie pour ne conserver que les documents pertinents et les classer par système. Ces documents sont alors importés dans le Dossier santé informatisé et reliés aux éléments de santé correspondants. Cette procédure est longue et demande des moyens humains et temporels, tant pour la préparation du dossier à scanner que pour sa numérisation. Les médecins y voient l'opportunité d'approfondir l'étude de certains dossiers et d'ainsi mieux connaître leurs patients.

Mise en place de la portabilité

La portabilité a été mise en place grâce à l'achat d'ordinateurs portables et à l'installation d'une connexion au serveur sécurisée. Un accès au Dossier santé informatisé et à l'encodage direct des prestations pour les travailleurs lors des visites à domicile est donc actuellement possible. Ceci améliore le confort de travail et participe à augmenter la qualité du Dossier santé informatisé ainsi que la collaboration interdisciplinaire, puisque les infirmiers ont par exemple accès aux prescriptions, aux traitements chroniques, aux informations concernant les allergies.

Accueil des remplaçants

Une procédure d'accueil des remplaçants (tous secteurs confondus) a également été mise en place. Chaque nouveau travailleur peut alors recevoir les prérequis pour effectuer un encodage de qualité selon les consensus d'équipe.

D'autres points ont été développés en parallèle : la gestion des visites, des tâches et des ordonnances via l'agenda de Pricare ; l'amélioration de l'encodage lors des inscriptions d'une fiche administrative plus complète et d'une consultation de prévention ; la mise en place d'une procédure pour les documents (entrants /sortants) qui sont tous intégrés au Dossier santé informatisé.

Evaluation du projet

Nous avons mis en place un système d'évaluation. Des indicateurs (qualitatifs et/ou quantitatifs) ont été définis pour chaque objectif, tels que la satisfaction des thérapeutes ou encore le nombre de dossiers numérisés par mois. Ces évaluations nous ont permis de réajuster nos objectifs, de répartir les responsabilités de travail de manière plus appropriée et donc de les rendre plus faisables au quotidien. Elles nous permettent également d'avoir une vision plus globale, de mieux prendre conscience des difficultés ; nous pouvons dès lors tenter de les dépasser et soutenir ainsi les travailleurs dans cette démarche à long terme.

L'aventure se poursuit !

Mettre en œuvre un tel projet nous a demandé du temps, de l'énergie, un soutien de l'institution ainsi que de nombreuses réunions pour que chacun puisse exposer ses craintes et envisager les écarts possibles entre l'idéal et la réalité. Les accueillantes, les assistantes sociales, les kinésithérapeutes, les infirmiers, les médecins, notre psychologue... Tous ont accepté de jouer le jeu, de se former, de se dépasser pour améliorer le partage d'informations, la continuité des soins et la vision globale de chaque usager.

Un nouveau groupe de travail a été mis en place : il soutient ce projet et les aspects liés à Pricare. Parallèlement, le mode de communication en équipe s'est modifié et Pricare tend à devenir un des principaux outils de communication entre les disciplines.

Aujourd'hui l'aventure se poursuit avec encore de nombreux défis : l'arrivée d'e-health, le réseau santé, la numérisation des dossiers à continuer...

Nous espérons poursuivre ce travail et garder cette énergie positive pour le mener à bien ! ■

Charte de la transdisciplinarité

Centre international de recherches et études transdisciplinaires.

Adoptée au premier congrès mondial de la Transdisciplinarité, Convento da Arrábida, Portugal, 2-6 novembre 1994.

Comité de rédaction :

Lima de Freitas,
Edgar Morin et
Basarab Nicolescu.

Préambule

Considérant que la prolifération actuelle des disciplines académiques et non-académiques conduit à une croissance exponentielle du savoir ce qui rend impossible tout regard global de l'être humain,

Considérant que seule une intelligence qui rend compte de la dimension planétaire des conflits actuels pourra faire face à la complexité de notre monde et au défi contemporain d'autodestruction matérielle et spirituelle de notre espèce,

Considérant que la vie est lourdement menacée par une technoscience triomphante, n'obéissant qu'à la logique effrayante de l'efficacité pour l'efficacité,

Considérant que la rupture contemporaine entre un savoir de plus en plus accumulatif et un être intérieur de plus en plus appauvri mène à une montée d'un nouvel obscurantisme, dont les conséquences sur le plan individuel et social sont incalculables,

Considérant que la croissance des savoirs, sans précédent dans l'histoire, accroît l'inégalité entre ceux qui les possèdent et ceux qui en sont dépourvus, engendrant ainsi des inégalités croissantes au sein des peuples et entre les nations sur notre planète,

Considérant en même temps que tous les défis énoncés ont leur contrepartie d'espérance et que la croissance

extraordinaire des savoirs peut conduire, à long terme, à une mutation comparable au passage des hominiens à l'espèce humaine,

Considérant ce qui précède, les participants au premier congrès mondial de Transdisciplinarité (Convento da Arrábida, Portugal, 2-7 novembre 1994) adoptent la présente *Charte* comprise comme un ensemble de principes fondamentaux de la communauté des esprits transdisciplinaires, constituant un contrat moral que tout signataire de cette *Charte* fait avec soi-même, en dehors de toute contrainte juridique et institutionnelle.

Article 1

Toute tentative de réduire l'être humain à une définition et de le dissoudre dans des structures formelles, quelles qu'elles soient, est incompatible avec la vision transdisciplinaire.

Article 2

La reconnaissance de l'existence de différents niveaux de réalité, régis par des logiques différentes, est inhérente à l'attitude transdisciplinaire. Toute tentative de réduire la réalité à un seul niveau régi par une seule logique ne se situe pas dans le champ de la transdisciplinarité.

Article 3

La transdisciplinarité est complémentaire de l'approche disciplinaire ; elle fait émerger de la confrontation des disciplines de nouvelles données qui les articulent

entre elles ; et elle nous offre une nouvelle vision de la nature et de la réalité. La transdisciplinarité ne recherche pas la maîtrise de plusieurs disciplines, mais l'ouverture de toutes les disciplines à ce qui les traverse et les dépasse.

Article 4

La clef de voûte de la transdisciplinarité réside dans l'unification sémantique et opérative des acceptions *à travers* et *au-delà* des disciplines. Elle présuppose une rationalité ouverte, par un nouveau regard sur la relativité des notions de « définition » et d'« objectivité ». Le formalisme excessif, la rigidité des définitions et l'absolutisation de l'objectivité comportant l'exclusion du sujet conduisent à l'appauvrissement.

Article 5

La vision transdisciplinaire est résolument ouverte dans la mesure où elle dépasse le domaine des sciences exactes par leur dialogue et leur réconciliation non seulement avec les sciences humaines mais aussi avec l'art, la littérature, la poésie et l'expérience intérieure.

Article 6

Par rapport à l'interdisciplinarité et à la multidisciplinarité, la transdisciplinarité est multiréférentielle et multidimensionnelle. Tout en tenant compte des conceptions du temps et de l'histoire, la transdisciplinarité n'exclut pas l'existence d'un horizon transhistorique.

Article 7

La transdisciplinarité ne constitue ni une nouvelle religion, ni une nouvelle philosophie, ni une nouvelle métaphysique, ni une science des sciences.

Article 8

La dignité de l'être humain est aussi d'ordre cosmique et planétaire. L'apparition de l'être humain sur la Terre est une des étapes de l'histoire de l'Univers. La reconnaissance de la Terre comme patrie est un des impératifs de la transdisciplinarité. Tout être humain a droit à une nationalité, mais, au titre d'habitant de la Terre, il est en même temps un être transnational. La reconnaissance par le droit international de la double appartenance - à une nation et à la Terre - constitue un des buts de la recherche transdisciplinaire.

Article 9

La transdisciplinarité conduit à une attitude ouverte à l'égard des mythes et des religions et de ceux qui les respectent dans un esprit transdisciplinaire.

Article 10

Il n'y a pas un lieu culturel privilégié d'où l'on puisse juger les autres cultures. La démarche transdisciplinaire est elle-même transculturelle.

Article 11

Une éducation authentique ne peut privilégier l'abstraction dans la connaissance. Elle doit enseigner à contextualiser, concrétiser et globaliser. L'éducation transdisciplinaire réévalue le rôle de l'intuition, de l'imaginaire, de la sensibilité et du corps dans la transmission des connaissances.

Article 12

L'élaboration d'une économie transdisciplinaire est fondée sur le postulat que l'économie doit être au service de l'être humain et non l'inverse.

Article 13

L'éthique transdisciplinaire récuse toute attitude qui refuse le dialogue et la discussion, quelle que soit son origine - d'ordre idéologique, scientifique, religieux, économique, politique, philosophique. Le savoir partagé devrait mener à une compréhension partagée fondée sur le *respect* absolu des altérités unies par la vie commune sur une seule et même Terre.

Article 14

Rigueur, *ouverture* et *tolérance* sont les caractéristiques fondamentales de l'attitude et de la vision transdisciplinaires. La *rigueur* dans l'argumentation qui prend en compte toutes les données est le garde-fou à l'égard des dérives possibles. L'*ouverture* comporte l'acceptation de l'inconnu, de l'inattendu et de l'imprévisible. La *tolérance* est la reconnaissance du droit aux idées et vérités contraires aux nôtres.

Article final

La présente *Charte de la Transdisciplinarité* est adoptée par les participants au premier congrès mondial de Transdisciplinarité, ne se réclamant d'aucune autre autorité que celle de leur œuvre et de leur activité.

Selon les procédures qui seront définies en accord avec les esprits transdisciplinaires de tous les pays, la Charte est ouverte à la signature de tout être humain intéressé par les mesures progressives d'ordre national, international et transnational pour l'application de ses articles dans la vie.

Convento da Arrábida, le 6 novembre 1994. ■



Les dix derniers numéros parus

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
73. Architecture et soin : la quadrature du cercle

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



mars 2016
numéro 74

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



Transdisciplinarité : formules

La santé, c'est une affaire de point de vue : on peut se focaliser sur l'individu, sur la collectivité, prendre en compte la dimension physique, sociale, psychique...

Les intervenants de première ligne tentent de répondre à cette complexité, et cela implique la rencontre d'univers différents. Abordant la question sous l'angle particulier des disciplines, ce dossier évoque différentes modalités d'articulation. Jusqu'à la transdisciplinarité ?

Santé conjuguée

