

abc édaire

de l'Accueil en

MAISON MÉDICALE



abc é édaire

de l'Accueil en MAISON MÉDICALE

Introduction

La plupart des maisons médicales¹ ont instauré un service Accueil, assuré en permanence de l'ouverture à la fermeture des portes. Il permet d'abord une écoute personnalisée des diverses demandes des patients, soit par téléphone soit sur place. Il est également chargé de la bonne organisation concrète du planning des différents rendez-vous et consultations de la journée. Il est enfin responsable de nombreuses tâches et missions collatérales qui gravitent autour de la fonction principale, la rendant plus complexe qu'elle n'y paraît et la transformant en une fonction de santé au sein de l'équipe pluridisciplinaire².

La décrire et comprendre comment elle est vécue comme une profession spécifique, tel est le défi de cet Abécédaire, tel en est aussi l'enjeu pour celles et ceux qui veulent l'exercer de manière adéquate.

Nous vous souhaitons de découvrir avec plaisir cet essai illustré avec talent par Serdu, que ce soit en suivant le parcours alphabétique, ou en vous baladant au gré des items qui vous surprennent.

Ponctué de passages humoristiques et d'encadrés plus théoriques, cet Abécédaire apporte sa pierre à l'édifice de tout ce qu'on peut écrire aujourd'hui sur l'Accueil, vu par les accueillant(e)s et considéré par tous comme **« la première ligne de la première ligne »**. Il se veut un document ouvert, améliorable, présenté sous une forme attrayante, à l'image que l'accueillant(e) souhaite donner aux patients : l'image d'une porte ouverte sur tous les possibles...

Remerciements

Un tout grand merci à toutes les personnes qui ont soutenu cette démarche collective ou qui ont contribué par leurs remarques constructives à l'aboutissement et à la lisibilité de ce projet :

- Pierre Mory, sociologue
- René Dejonckheere, travailleur social en promotion de la santé
- Thierry Wathelet, médecin généraliste
- Béatrice De Coene, coordinatrice de gestion
- Marianne Demeulemeester, accueillante
- Anne Auverdin, secrétaire
- Corine Nicaise, secrétaire de rédaction

Et bien sûr, merci à tou(te)s les accueillant(e)s qui l'ont réalisé de près ou de loin : Katya Delville, Roselyne Antoine, Annie Arlette, Bérengère Rousseau, Didier Simon, Eva Meeus, Michèle Dozin, Nora Bourdic, Véronique Schallon, Maria Chelli, Carine Korkmaz, Bernadette Bastin, Sylvie de Lannois, Kaltaim Adardor, Eugénie Mukamulig, Michèle Claessens, Anne Wezel, Pierre Arnoldy, Sabrina Vandersteen, Najat Soussi.

Ce fut un plaisir pour moi d'en assurer la coordination.

*Isabelle Dechamps,
accueillante*

¹ Dans le cadre de cet Abécédaire, nous optons pour l'expression maison médicale en lieu et place de l'intitulé officiel défini dans le décret du 29/3/1993 qui agrée les « Associations de santé intégrée ».

² Composée principalement et, selon les cas, de médecins généralistes, de kinésithérapeutes, d'infirmier(e)s, de psychothérapeutes, d'assistants sociaux, de travailleurs en santé communautaire (voir en annexe l'origine des maisons médicales).



... comme **Accueil**

Depuis plusieurs années, des accueillant(e)s de maisons médicales ont ressenti le besoin de se réunir, pour échanger, discuter, se connaître et se faire re-connaître. Ce long processus de discussion aboutit aujourd'hui à quelques certitudes qui restent peut-être encore incomplètes mais servent aujourd'hui de base pour définir la fonction originale d'un métier revisité, **l'Accueil**.

Dès 1999, en effet, des interrogations essentielles ont guidé toutes les réflexions, issues de besoins ressentis après quelques années de pratique :

- besoin de contacts entre travailleurs qui sentent déjà qu'ils appartiennent à une véritable profession en devenir ;
- besoin d'une prise de recul ;
- besoin de mieux comprendre les vécus différenciés entre les maisons médicales ;
- besoin d'échanges sur la pratique pour mieux appréhender le quotidien et prévenir les conflits.

Au fur et à mesure de nos rencontres, nous avons pu dégager et identifier les problèmes rencontrés à peu près partout avec la même intensité. Cette prise de conscience allait constituer une sorte de premier dénominateur commun :

- le contenu de la fonction n'est pas clair (tâches multiples et diversifiées, confusion entre ce que l'Accueil fait, ce qu'on dit que l'Accueil fait et ce qu'on voudrait qu'il fasse...) ;
- il est difficile de distinguer l'accueil proprement dit, le secrétariat et la prévention... ;
- l'accueillant(e) est au centre des tensions, est un agent de liaison, mais ce rôle n'est pas reconnu ;
- l'Accueil est un fourre-tout qui comprend tout, aussi bien les relations avec les patients que la résolution des problèmes techniques les plus élémentaires !

Bref : définition et reconnaissance d'une fonction, clarification des rôles, souplesse et polyvalence, mise en évidence de compétences spécifiques, ... sont devenus des thèmes-clés qui trouvent quelques éclaircissements au point de faire désormais de cette fonction celle de **travailleurs de santé** à part entière.

Quel chemin parcouru ! On dispose à présent d'un essai de définition de la **fonction** (voir lettre F), un **groupe sectoriel** d'accueillant(e)s se réunit régulièrement, des **projets** voient le jour (voir lettre P). De multiples débats continuent d'alimenter notre réflexion (voir au fil de cet Abécédaire ...), contribuant ainsi à une **formation permanente** au sein de notre secteur.



Agence de renseignement

L'accueillant(e) doit tout savoir ! Expliquer aux patients le fonctionnement de la maison médicale, transmettre les valeurs, fournir quotidiennement des dizaines d'informations pratiques. Mais à l'accueil, on est aussi censé connaître les numéros de téléphone des pharmacies, les horaires des bus, les prix des médicaments et, bien sûr, savoir dire un mot sur toutes les activités

organisées par l'équipe !

Autant dire qu'il faut parfois s'accrocher, se former et s'informer tous les jours un peu plus, pour être à la hauteur de la tâche !

Aide-mémoire, animateur, agent de liaison

Dans bien des maisons médicales, l'Accueil est une plaque tournante, la personne qui assure cette fonction met à disposition de l'équipe sa connaissance globale de tout ce qui se passe dans la maison...

Véritable agenda vivant, elle joue un rôle d'interface, en essayant d'être le garant de la mémoire collective. Elle transmet les messages en interne, fait circuler l'information et contribue largement à mettre en relation tous les membres de l'équipe.

En particulier dans les jeunes maisons médicales, c'est l'accueillant(e) qui prépare et/ou anime les réunions d'équipe,

prend les notes nécessaires sur les points de discussion de l'ordre du jour, « se souvient au nom des autres » et veille à l'application pratique des multiples décisions prises.

L'Accueil est aussi un lien entre les patients, l'équipe et l'extérieur : il enregistre et transmet les demandes et messages en provenance de services, d'institutions, de soignants externes. Il peut éventuellement relayer des demandes ou des interpellations de travailleurs de santé du réseau psycho-médico-social.



... comme **Bienvenue**

L'accueillant(e) est la première personne que l'on voit et à qui l'on parle lorsqu'on pénètre dans la maison médicale.

Premiers mots, premiers regards, il en faut peu pour rassurer.

Première ligne de la première ligne, l'Accueil est aussi la première image offerte aux patients. Cette image influencera la manière dont il va se sentir, dont il va oser parler de sa demande. Une impression positive favorisera son confort et pourra sans doute

faire s'évanouir la peur éventuelle du premier contact. Et dans certains cas, les paroles chaleureuses ne suffisent pas ! La salle d'attente est aménagée - et fleurie ! - avec soin, une visite des locaux est proposée aux nouveaux patients considérés comme de vrais VIP (Very Important Patient !). Tout est fait pour qu'ils repartent avec un certain sentiment de confiance...



Bénévole

De nombreux bénévoles soutiennent les équipes des maisons médicales, à travers les comités de patients ou en effectuant

des renforts, ou par exemple, des remplacements ponctuels ou réguliers d'accueillants titulaires. Merci !



... comme **Communication**

La fonction d'accueil nous amène de fait à entrer en relation, à nouer des contacts, à créer du lien. C'est un véritable apprentissage de diplomatie que de s'adapter à tous, se mettre au niveau de chaque interlocuteur, qu'il soit patient, collègue ou personne extérieure.

De manière générale, la fonction d'accueil amène à **communiquer avec toutes les différences : culturelles, sociales, professionnelles, religieuses**³...

Il faut **se mettre au diapason** de toutes les cultures, toutes les origines, toutes les nationalités, s'ouvrir aux personnes illettrées, sourdes ou malentendantes, réfugiées, psychologiquement fragiles, âgées, isolées, aux familles décomposées, endeuillées, à ceux qui ont n'ont pas le temps ou pas le moral, ...

Il faut parler plusieurs langues et connaître tous les langages !

Autant dire qu'il faut réapprendre à communiquer tous les jours pour composer et construire avec chacun une relation basée sur l'écoute, le respect et la dignité.



- Avec les patients, les relations seront toujours d'ordre *psychosocial*, quand il s'agit d'être à l'écoute de leur demande, de leur avis, de leur vécu, de leur problème, de leurs humeurs, de leur vision de la vie ou de leur regard sur leur santé. La communication sera interactive : il s'agit d'intervenir sur le témoignage de l'autre et de **construire** quelque chose sur ce qu'il amène, ce qu'il dit. Elle sera souvent d'ordre *organisationnel*, en ce qui concerne leurs besoins de soins ou encore, d'ordre *éducatif* dans un esprit de prévention primaire et d'invitation à la prise d'autonomie.
- Avec la famille des patients, la communication sera plutôt liée à la *coordination* des soins ou à la prise en compte d'un *avis extérieur*, d'une peur ou d'une question sur la santé d'un proche. L'accueillant(e) doit bien souvent rassurer, clarifier les rôles, prendre de la distance.

- Avec les collègues directs de travail, les contacts seront d'ordre *opérationnel* (liés à l'organisation de la journée), *évaluatif* (pour maintenir et améliorer la qualité des soins) ou encore *convivial* dans le cadre des relations interpersonnelles au sein d'une équipe.
- Avec des soignants ou des travailleurs (de santé) de services de soins extérieurs, les contacts seront principalement d'ordre *professionnel*, liés à la réception ou à la transmission de messages, à la recherche d'informations, à la prise de rendez-vous, à la mise en communication éventuelle avec un membre de l'équipe.
- Avec des collègues d'autres maisons médicales ou des travailleurs de la santé, il s'agira de *se concerter* autour des pratiques, autour de réflexions ou d'un projet commun.

³ Certaines maisons médicales ont une patientèle toute particulière : elles doivent composer avec de multiples nationalités et de multiples origines. La communication doit donc tenir compte non seulement de la langue mais aussi des systèmes de référence propres à chaque pays. Les croyances religieuses en font partie, sont encore fort ancrées chez certaines populations migrantes et ont une influence non négligeable sur la manière de se soigner...



... comme **Décoder la demande**

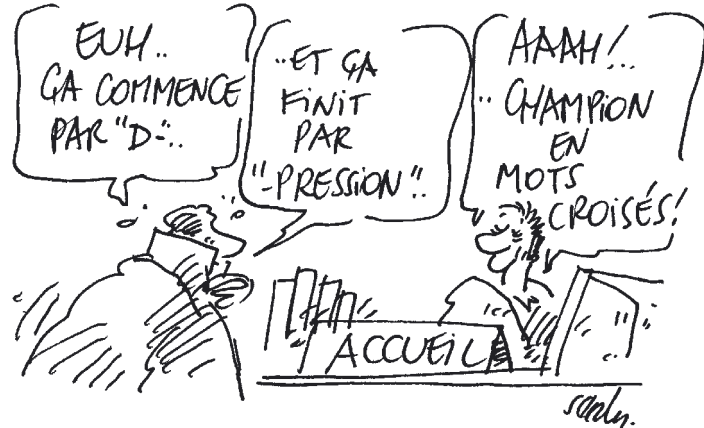
Attention, une demande peut en cacher une autre...

Combien de fois l'Accueil ne sert-il pas de lieu d'écoute d'une première demande qui cache parfois des réalités bien différentes de ce qui est exprimé ?

Dans certains cas, la demande est claire, du moins à priori : Monsieur X. a mal à la gorge, c'est une angine, avec une prescription ad hoc, dans quelques jours, il ira mieux. Mais, en sortant du cabinet médical, Monsieur X. revient à l'accueil : il a oublié de demander un éventuel échantillon. Il semblerait qu'il n'ait pas les moyens en ce moment d'acheter les médicaments prescrits. À ce moment, la vraie discussion commence...

Madame Y. demande à voir un médecin, c'est urgent, elle ne sait plus quoi faire de son fils, de plus en plus difficile. En fait, en cherchant un peu plus loin, on s'aperçoit que le fils en question, tiraillé entre les deux parents séparés et en conflit, ne parvient plus à gérer la tension qu'il subit...

Parfois, il y a donc bien autre chose, une demande latente, qui ne trouve pas ses mots, et qu'on peut aider à formuler grâce à une communication interactive, où l'on **construit** avec le patient. Le décodage de la demande permet de faire la différence entre les



attentes (très larges) et les besoins (les plus immédiats) auxquels l'équipe devra répondre.

Dans tous les cas, écouter, toujours écouter pour entendre tout ce qui se dit et surtout ce qui ne se dit pas...

Disponibilité

Pour garder une disponibilité maximale, certain(e)s maisons médicales ont décidé de dédoubler l'Accueil, signe que l'équipe

accepte de donner une priorité au temps à passer avec les patients. Chapeau !



... comme *E*coute

Est-il besoin de rappeler que l'écoute est un axe principal de la fonction d'accueil ? L'écoute active, empathique, mais aussi structurante ? Les allusions à l'écoute, sous ses différentes formes, sont constantes et se retrouvent implicitement dans tous les mots-clés de cet Abécédaire qui veut montrer de manière explicite une conception de l'Accueil où l'écoute, le décodage de la demande et la relation que l'on construit avec les patients sont une part importante et **prioritaire** du travail.



*E*quipe

L'accueillant(e) est donc en contact avec tous les membres d'une équipe dont la plupart se voient plus épisodiquement, en fonction de leurs horaires respectifs. Ce contact privilégié avec chacun lui permet de vivre l'effervescence d'une journée, où se côtoient les mille impératifs, les cent impondérables, mais

aussi les dizaines d'états d'âme issus des complicités ou des tiraillements. La proximité dans le travail d'équipe prend parfois la couleur de la promiscuité quand il y a croisement inévitable entre des considérations strictement professionnelles avec des interprétations socio-affectives. On apprend ainsi à se forger une carapace de sécurité pour vivre tout ça avec un maximum de recul, se préserver et préserver notre mission. Vive la dynamique (dynamite) de groupe !



Qui dit équipe dit « multidisciplinaire », une fois, deux fois, qui dit mieux ? Oui, là-bas j'entends « interdisciplinaire », une fois, deux fois, qui dit mieux ? Oui, Madame, vous avez dit « transdisciplinaire » ? Une fois, deux fois, trois fois, adjugé ! Bravo ! (voir T comme transdisciplinaire).

Lors des réunions d'équipe, il est important d'établir un langage commun, afin de bien se comprendre, et, en particulier dans le cadre de la coordination des soins, afin de croiser les regards dans l'approche psycho-médico-sociale du patient.



... comme **Fonction**

Il est peut-être plus facile, après ces quelques premières lettres, de tenter une définition de la fonction d'accueil. Mieux définir, pour mieux comprendre une spécificité.



En réalité, on pourrait parler d'une « *multifonction* » qui recouvre plusieurs facettes, comprend trois niveaux complémentaires et non hiérarchisés, chacun faisant appel à différents types de compétences.

- Le 1^{er} niveau, celui de l'accueil **du patient**.

Il s'agit de **créer les conditions** dans lesquelles le patient sera amené à entrer en contact avec un système et une équipe. Le patient est accueilli dans un cadre humain intentionnel (sans préjugés, avec respect, dans un espace collectif à partager) et matériel (un système organisé selon des règles efficaces pour l'équipe mais aussi acceptables pour les bénéficiaires). L'Accueil réalise le premier contact avec le patient, valorise sa présence et favorise son confort.

La fonction d'accueil est présente **en amont et en aval du contact-soin** : en amont, elle « gère » la demande (écouter, accepter, reformuler, décoder, trier, faciliter, orienter, anticiper,...), elle est une **amorce thérapeutique** ; en aval, elle est au côté du patient dans la prise en charge du suivi (soutenir, encourager, renforcer l'estime de soi, aider à mémoriser, donner des repères, des échéances, orienter vers une structure extérieure).

En ce sens, la fonction d'accueil est bien celle d'un **travailleur de santé** à part entière, en étant potentiellement un **complément** précieux à la relation soignant-soigné.

- Le 2^{ème} niveau, celui du **lien à créer** d'une part entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire et d'autre part, entre l'équipe et le patient.

L'accueil joue un rôle d'interface entre les membres de l'équipe et contribue ainsi à l'exercice de **l'interdisciplinarité**.

L'accueillant(e) peut alléger le poids de certaines tâches plus techniques et permettre ainsi aux soignants et paramédicaux de se réaliser plus entièrement dans leurs fonctions respectives.

En assurant une **communication** et une **transmission des messages**, il (elle) favorise le développement du projet, sa connaissance partagée, la mémoire et la continuité de la maison médicale.

D'autre part l'Accueil est aussi un **trait d'union** entre le patient et l'équipe : l'accueillant(e) transmet la philosophie et les valeurs du centre, explique son fonctionnement. Il (elle) peut jouer un rôle d'*advocacy*⁴ du patient quand il veille à ce que ses intérêts soient entendus.

En ce sens, l'Accueil est également une fonction de **gestion des ressources**, humaines, matérielles et relationnelles.

- Le 3^{ème} niveau, c'est celui des **tâches administratives**.

Elles sont indispensables pour **traduire** en organisation **pratique et concrète** le fonctionnement original d'une maison médicale. Il revient à l'Accueil d'organiser ces tâches selon des **procédures opérationnelles souples et adaptées aux besoins et à la spécificité d'un travail d'équipe**, avec toutes les nuances que cela peut entraîner, entre l'intention générale et la réalité quotidienne...

Ces tâches diversifiées sont exécutées en toute **autonomie**, elles supposent la mise en œuvre d'un sens de l'initiative et de la responsabilité, elles demandent une **capacité à prendre des décisions adéquates**.

⁴ Médiation, rôle d'avocat, faire intervenir des critères autres que les critères d'ordre médical pour accepter ou non une demande.

Fonction centrale et...

Cet essai de définition montre le côté central de la fonction d'accueil, central dans le sens de « au centre de », et non pas dans le sens d'une primauté de cette fonction sur les autres !
L'identification de l'accueillant(e) est réalisée par sa fonction

et non pas par sa formation professionnelle. Et pourtant c'est bien sa professionnalisation⁵ qui apportera un plus, un moyen supplémentaire de proposer aux patients un cadre de soins de qualité.

...Fonction « fourre-tout »

Mais être accueillant(e), c'est aussi :
ouvrir et fermer la maison,
recharger le papier toilettes dans les boxes,
arroser les plantes,
faire le café (si on a le temps)...

Les accueillant(e)s ne seraient-ils (elles) pas non plus hommes et femmes à tout faire ?
Non, bien sûr !

Mais ces petites tâches matérielles, qui ne constituent pas la panacée de nos attributions, sont des petits gestes quotidiens qui peuvent, tout simplement améliorer le confort, la convivialité et l'ambiance !
Alors disons qu'elles sont dans certains cas le fruit d'initiatives officieuses offertes en prime, en plus des missions officielles...



⁵ La professionnalisation de l'Accueil fera probablement un saut qualitatif à l'issue du long processus actuellement en cours pour lui donner une définition standardisée. Ce travail de classification de fonction (de l'Accueil, mais aussi d'autres fonctions non encore reconnues par la Commission paritaire 305.1) est réalisé au sein de l'IFIC. Il effacera les zones d'ombre qui subsistent au sein du secteur des soins de santé non-marchand, en donnant à ces catégories professionnelles une échelle barémique et une possibilité de reconnaissance via une formation officielle.

Formation

Beaucoup d'accueillant(e)s continuent à se former à travers des formations à l'écoute ou à la relation d'aide ou encore à l'occasion d'interventions propres à leur secteur. Ces interventions sont tantôt spontanées, tantôt encadrées par des professionnels extérieurs. Dans les régions de Liège et de Charleroi par exemple, des échanges permanents entre accueillant(e)s se sont mis en place. En Région bruxelloise, la Commission communautaire française subsidie d'ailleurs ce type de formation spécifique.

Mais les accueillant(e)s ont également à cœur d'accueillir et de former des stagiaires comme cela se fait dans d'autres secteurs de l'équipe : une façon de faire découvrir aux jeunes les facettes multiples de ce métier pour lequel aucune école n'existe.





... comme **Gérer**

Gérer
Gérer
le temps,
le stress,
la salle d'attente,
les conflits,
gérer les humeurs,
les nôtres,
celles des patients
et celles de l'équipe...
Gérer ce que les autres ne gèrent pas !

L'accueillant(e) participe aussi à la gestion de la maison médicale. Il (elle) a accès à tous les mandats prévus dans les statuts de l'association. Comme les autres travailleurs de l'équipe, il (elle) peut s'investir dans le projet mais aussi dans la structure et devenir membre du conseil d'administration, du bureau, d'un groupe de gestion ou encore organiser des réunions internes à son secteur.





... comme **Heureux, humanité**

Et si on faisait des heureux ? Il n'est pas rare de sentir un peu d'affectif autour de l'accueil. Dire « Bonjour, Madame » à quelqu'un qui n'a peut-être aucune autre considération dans sa vie de tous les jours, lui apporte un peu d'humanité, de respect, de sollicitude. Mettre l'humain au centre de tout, c'est donner de la valeur à l'autre, lui reconnaître une place.



Histoire

Chaque maison médicale a sa propre histoire. L'une est implantée dans un quartier défavorisé, l'autre dans un quartier multiculturel, l'autre encore en plein quartier Matongé ! Ce n'est en général pas un hasard. Connaître cette histoire et en parler avec les patients c'est encore une occasion pour l'accueillant(e) de partager un

projet, des anecdotes, des références communes. Les patients peuvent ainsi s'intégrer et se sentir plus concernés dans une **histoire** devenue **commune**.



... comme

Immédiateté, inattendu, impératif, imminent

A l'image du téléphone qui sonne, la réponse doit fuser, aussi immédiate que la demande. C'est en tout cas ce qu'on nous

demande, alors il faut trouver l'équilibre entre une réponse attendue et la réponse possible...





... comme **Jeu de rôle**

Pour répondre « à tout », l'accueillant(e) pourrait tout aussi bien être père ou mère, assistant(e) social(e), ordinateur, téléphoniste, facteur, psy en herbe, ... N'est-on pas tenté d'ailleurs, de téléphoner pour le patient, de lui organiser un rendez-vous à l'hôpital, de le « mater » un peu, diront certains ? Si dans bien des cas cette aide est justifiée, n'oublions pas cependant qu'au sein d'un centre de première ligne, il est impossible justement de répondre « à tout ». Il s'agit de savoir faire le tri entre les demandes qu'il nous revient de traiter et celles qu'il convient de réorienter, de référer à d'autres. Si l'accompagnement du patient est indispensable, il s'agit toujours de l'inviter à devenir le plus autonome possible, en commençant par l'inviter à faire lui-même les démarches les plus élémentaires de la vie de tous les jours.

Mais « jeu de rôle » se décline aussi au sens propre ! Dans une maison médicale⁶, les accueillantes ont participé à de véritables jeux de rôle : les patients jouant le rôle des médecins, et vice versa ! Le but de cet exercice est de vivre différentes situations : se mettre à la place de l'autre, tester le stress que l'autre vit par rapport à sa maladie, à son urgence. Mission périlleuse, mais concluante ! Les acteurs d'un jour se sont dits prêts à recommencer.



⁶ Expérience vécue en 2003 au Centre Africain Promotion Santé, à Bruxelles.



... comme

Kangourou, Kilomètres

On doit toujours sauter d'une tâche à l'autre...

Un sondage a été réalisé pour comptabiliser le nombre de kilomètres parcourus quotidiennement par les accueillant(e)s :

pour préparer les consultations : 800 m ;

pour classer les dossiers et les protocoles médicaux : 900 m ;

pour aller aux archives : 300 m ;

pour retrouver une radio de 1996 : 200 m ;

pour accrocher une affiche dans la salle d'attente :

200 m ;

pour faxer les résultats : 150 m ;

pour retrouver l'agrafeuse « perdue » dans les cabinets médicaux : 350 m ;

pour rattraper un patient sorti prendre l'air à l'extérieur : 500 m ;

Ce qui nous fait un total de 3300 m

soit 3 km 300 dans un espace en général limité à environ 50 m² : une véritable activité physique !





... comme *Lalala*

Lors du colloque «*De la valse à trois temps à la valse à mille temps*» organisé par la Fédération des maisons médicales en octobre 2002, quelques accueillantes ont voulu présenter la fonction d'accueil de manière originale et humoristique. Voici le résultat, sur l'air bien connu de la chanson de Marie-Paule Belle *La Parisienne* :

Un jour, j'ai atterri en maison médicale
Je voulais devenir accueillant(e) idéale
Mais je ne savais pas, je ne me doutais pas
Et n'avais aucun complexe
J'étais beaucoup trop naïve, ça me vexa

Je suis pourtant psychologue
Sociologue, philologue
Je suis aussi journaliste
Romaniste, socialiste,
Toutes ces bizarreries
ça envie, ça envie
Toutes ces qualifications
Ne me donnent pas le don

Je ne suis pas magicienne
ça me gêne, ça me gêne
J'ai tout appris sur le tas
ça me met dans l'embarras
Coincé entre deux coups de fil
C'est débile, c'est débile
Je n' connaissais pas l'ALCA
On en a fait tout un plat
Oui, tout un plat



Bientôt, j'ai fait connaissance de toute une équipe
Vivant en communauté dans la même éthique
Comme je ne savais pas, je ne me doutais pas
J'ai trouvé tout ça complexe
Je crois que j'en suis restée tout perplexe

Je suis une plaque tournante
Je m'en vante, je m'en vante
J'occupe une place centrale
Et ça râle, et ça râle
Je suis une perfectionniste
Ça existe, ça existe
Pour réussir mon destin
Je vais voir dans les bouquins

[?] Thème du colloque : Harmonie et diversité des secteurs professionnels en maison médicale.

Je ne suis pas schizophrène
ça me gêne, ça me gêne
Je ne suis pas hystérique
ça s'complique, ça s'complique
Parfois je me désespère
Quelle galère, quelle galère
On me presse comme un citron
J'ai la tête comme un melon
Comme un melon

J'ai mal, me dit un patient, en s'déshabillant
Voyez ce que j'ai chopé, c'est décourageant
Il m'a déballé toute sa vie, toutes ses amours
Et n'avait aucun complexe
Je lui ai donné la boîte de Kleenex

La psy est-elle arrivé
Le kiné, où il est ?
As-tu les clés des archives ?
Oui, j'arrive, oui, j'arrive
Je voudrais que tu me donnes
L'ordonnance de méthadone
Les spéculums sont tombés
Faudra les stériliser !

Dispatcher les protocoles
C'est ras l'bol, c'est ras l'bol
Et classer tous les dossiers
Fait chier, fait chier
Me sachant originale
Je cavale, je cavale
J'assume ma libido
Je suis bien dans le tempo

Maintenant je suis accueillant(e)
Compétente, compétente
Et je connais la pluri-, l'inter-, la trans- et les psy
Enfin pour la politique
Je crépète, je crépète
Je m'présente aux élections :
Présidente de la maison !
Je m'présente aux élections
Présidente de la maison
(bis)
La maison, la maison, la maison.

Soulignons que cette création collective a probablement accéléré le mouvement de reconnaissance généralisé d'une nouvelle vision de l'Accueil ! Pour la première fois, on mettait des mots sur un vécu spécifique, on se donnait une image de marque bien à nous ! Merci à Zoé, Véronique, Michèle, Isabelle, Nora, Nicki, Carine, Anne, etc.

Limites

Un des « casse-tête » journaliers de l'accueillant(e) est la superposition des tâches et leur contamination par des tâches accessoires.

Il faut donc toujours se mettre des limites, se donner des priorités (par exemple donner priorité à la demande du patient)

et être capable de juger en parfaite connaissance de cause, de la chronologie, de la pertinence et de l'importance des choses à faire.



... comme **Mensonge**

Oui mais non ! Toute vérité n'est pas toujours bonne à dire.

Mission impossible ?

(voir lettre N...)





... comme **Non**

« Mon travail d'accueillant(e) commence quand je dis non... ».
Quelle judicieuse manière de considérer la partie la plus exigeante de la fonction !
Dans certains cas, le patient voudrait « tout et tout de suite » !
Dans d'autres, il formule une demande très vaste, à laquelle on ne pourra répondre que de manière limitée. Il se peut aussi que, face à une demande individuelle, on ne puisse pas grand-chose, dans

une organisation qui privilégie le collectif...

L'accueil commence vraiment quand il faut commencer à **négoier** face à une impatience, un refus, une contrariété ou quand il faut réorienter une demande, postposer une réponse, etc.
En bref, dire non c'est prendre en compte une situation et parfois proposer une autre solution qui soit acceptable.





... comme

Objectifs

S'il fallait synthétiser de manière plus théorique les objectifs de la fonction d'accueil, on pourrait dire qu'elle permet de :

- Contribuer efficacement au **bon fonctionnement d'une structure globale de soins de santé primaires**, organisée en **interdisciplinarité**.
- Proposer aux patients l'accès à cette structure de soins, les accueillir et les informer, leur garantir un **contact de qualité**, leur donner une première « image » positive et leur transmettre les **valeurs**.
- Répondre de manière **adéquate** à toute demande.
- **Accompagner** les membres de l'équipe interdisciplinaire en organisant le planning quotidien.
- Coordonner la communication interne et externe.

Observatoire



L'Accueil est un poste privilégié d'**observatoire**.

Tout d'abord, en mettant en relation tous les acteurs de la maison médicale, patients et membres de l'équipe, l'Accueil peut observer le fonctionnement général, et, finalement, **évaluer l'adéquation entre l'offre et la demande**. L'Accueil peut révéler des disfonctionnements, proposer des ajustements, des améliorations en matière de qualité de l'organisation des soins.

D'autre part, la fonction d'accueil « généraliste », peut également jouer un rôle d'**observatoire des besoins sociaux**. « L'Accueil permet en outre de faire émerger la demande sociale en donnant la parole à la personne, afin qu'il devienne acteur à part entière de l'action sociale. Cette émergence institue l'Accueil comme un élément central de l'observatoire des besoins sociaux. »⁸

Et enfin, l'Accueil occupe une position privilégiée pour observer, recueillir, entendre et enregistrer les avis et les **points de vue des patients**. Mais comment utiliser effectivement cette position sans

⁸ Drisu : *Les leviers locaux du développement social*, p. 49.

trahir ou dénaturer la mission première de l'accueil ? Comment recueillir cet avis, comment en tenir compte dans le temps, comment utiliser le degré de satisfaction/insatisfaction dans un but d'efficience ? Ces questions importantes font l'objet d'une réflexion actuellement au sein du groupe sectoriel permanent (voir P comme Projet).

On peut rappeler que cette mission d'observatoire est par ailleurs décrite dans le « décret relatif à l'agrément et au subventionnement des associations de santé intégrée » de la Communauté française du 29 mars 1993.⁹ Elle doit être assumée globalement **par l'équipe** et concerne aussi le recueil de toutes données provenant des médecins, kinésithérapeutes, infirmier(e)s et travailleurs psychosociaux.

Organisation

Qui dit organisation dit responsabilité et sens de l'initiative. A l'accueil, ce n'est pas tant de la liste des tâches à organiser dont il faudrait parler mais de la **manière** dont on s'y prend pour les opérationnaliser, tenant compte de la spécificité d'une équipe et de la « culture » maison. Plus que toute autre fonction, il faut

continuellement s'adapter au jour, à l'heure, aux collègues avec qui on travaille. Il n'y a pas de manière unique ! Et s'adapter veut souvent dire se remettre en question pour ne pas fonctionner sur des acquis immuables et définitifs.

⁹ « Article 1^{er}. Pour l'application du présent décret, il faut entendre par (...) 4^o) assurer des fonctions d'observatoire de la santé de première ligne : recueillir des données permettant une description épidémiologique de la population desservie, l'évaluation des objectifs et l'auto-évaluation de ses activités en vue d'une amélioration de la qualité des soins ».



... comme Patient

Evidemment, il est au centre de notre fonction, de notre travail. Il nous **convoque**, il nous réquisitionne, il nous mobilise ! A certains moments, on pourrait penser « Les patients, on les adore, mais qu'est-ce qu'ils nous pompent ! ». Entre le « Je veux tout et tout de suite, sinon je casse la baraque ! » et le « Excusez-moi de vous déranger mais je voudrais éventuellement voir un médecin, enfin, si c'est possible » ... les nuances sont évidemment nombreuses !

Chaque patient est unique, il vient nous voir avec un besoin légitime qui attend une réponse. L'accueillant(e) réagira de manière tantôt plus administrative, tantôt plus familière voire complice, mais en tout cas, il (elle) devra évaluer les critères les plus pertinents pour accepter et faire le suivi d'une demande.

La participation du patient pose de nombreuses questions : doit-il être associé à l'organisation de la maison médicale ? Vaut-il avoir son mot à dire dans l'organisation des soins ? Certains ont instauré le principe de la boîte à suggestions ; d'autres vont plus loin en invitant les patients dans leurs instances¹⁰. Dans ce cas, un des objectifs est de rendre les usagers plus **compétents**, pour qu'ils puissent jouer pleinement leur rôle en passant plus efficacement de l'observation individuelle à une réflexion collective plus constructive, pour l'ensemble des usagers et pour l'équipe de la maison médicale.



¹⁰ Des associations d'usagers existent dans quelques maisons médicales, dont, par exemple, l'association « L'Impatient » à la maison médicale La Passerelle à Liège.

Politique

(vient du grec « polis » qui veut dire « ville »)

C'est une dimension permanente, qui oriente notre réflexion et influence nos actions. Elle se manifeste dans les textes fondamentaux qui éclairent notre travail mais également au travers des relations que nous entretenons avec les patients et les membres de notre équipe. Nous **convoquons le « politique »** chaque fois que nous inscrivons notre travail dans le cadre plus large de la société ou lorsque nos préoccupations trouvent un écho au niveau planétaire.

Mais cela touche aussi à tout ce qui est de l'ordre du collectif

dans notre travail : que laissons-nous transparaître de l'originalité de notre projet, en quoi les relations que nous expérimentons au quotidien sont-elles représentatives ou pas du fonctionnement plus global de la société, dans quelle mesure assumons-nous notre rôle critique face à nos propres égarements ou face à ceux, moins visibles, des grandes collectivités auxquelles nous appartenons ? On voit ainsi que le « politique » nous convoque aussi ou plutôt il convoque notre questionnement face aux interpellations des constats que nous pouvons faire au quotidien.

Prévention, Promotion de la santé et Santé communautaire

Le contexte varié de la profession et la multiplicité des besoins constatés amènent souvent l'accueillant(e) à « déborder » de sa mission première d'accueil. Si le soignant a une relation plus individuelle avec son patient, l'Accueil, comme le Service social, a davantage une vision globale des problèmes psychosociaux et peut réfléchir à des hypothèses de solutions plus collectives¹¹. Plusieurs accueillant(e)s se sont donc tout naturellement orientés vers un travail de **prévention** et de **santé communautaire** au sein de leur maison médicale.

La charte d'Ottawa (21 novembre 1986) propose d'envisager « la **Promotion de la santé** comme un processus qui confère aux populations un plus grand contrôle sur leur santé (...). La Promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. La santé n'est plus simplement l'absence de maladie, mais est au contraire



¹¹ « Le personnel du centre qui assure le premier accueil occupe une position stratégique. Celui-ci doit avoir une capacité d'écoute, de médiation sociale et être à même de proposer des activités qui favoriseront les liens de solidarité au sein des collectivités locales : ces liens prendront progressivement le relais de l'accompagnement et du suivi que le personnel social aura souvent à assurer dans un premier temps » (DRISU : Les leviers locaux du développement social, p.50)

étendue à la qualité de la vie et à la capacité individuelle et collective d'agir en faveur de son amélioration. »

La santé ne serait donc plus seulement l'affaire du médecin, elle dépasse vraiment le « colloque singulier », elle nous concerne tous.

La position de l'accueillant(e) est propice à ce regard multi-

sectoriel de la santé : le logement, le cadre de vie, l'environnement, la sécurité routière, la politique de l'emploi, tous ces déterminants de la santé sont bien souvent présents en filigrane dans les moments d'échanges avec le patient. Pas étonnant dès lors, de voir les accueillant(e)s s'impliquer dans les actions de quartier ou dans la prévention, de manière à favoriser progressivement le déclenchement de processus et d'initiatives collectives de santé communautaire.

Projet

Au fil des années, les échanges entre accueillant(e)s se sont organisés et ont évolué. L'euphorie des premiers échanges de vécus s'est muée progressivement en dynamique de projet.

Une participation active de plusieurs accueillant(e)s au colloque *Pluridisciplinarité – Transdisciplinarité* organisé par la Fédération des maisons médicales le 17 mai 2003 a contribué à donner à ces assemblées spontanées un statut de véritable groupe sectoriel permanent.

Le premier projet de ce groupe sectoriel porte ses fruits à travers cet Abécédaire, qui décline l'accueil au gré des 26 lettres de l'alphabet.

Un deuxième projet est en cours, il s'agit de réaliser un travail d'observatoire pour se donner les moyens de recueillir le point

de vue des patients. A l'aide d'une grille d'observation, un recueil de données sera réalisé, puis ensuite analysé, avec l'aide d'un chercheur de la Fédération des maisons médicales. Les conclusions devraient permettre de questionner plus efficacement les patients sur la manière dont ils sont accueillis en maison médicale¹².

Différentes assemblées thématiques sont également envisagées pour continuer à mettre en commun les questionnements sur des problématiques spécifiques telles que, par exemple, le secret professionnel partagé.

Cette dynamique de projet induit une formation continue qui permet actuellement de théoriser la pratique, de lui donner un sens explicite, d'en faire un objectif. Et cela n'exclut pas les remises en question, sources d'interrogations mais aussi de créativité !

¹² La problématique de l'accessibilité nous interpelle plus particulièrement : qu'elle soit géographique, sociale, culturelle ou qu'elle soit liée aux horaires ou encore à l'acceptabilité des règles proposées...



... comme

Qualité

A quand une label de qualité spécial « Accueil » ? Ce serait sans doute trop présomptueux ! A nous, accueillant(e)s de définir nos propres critères de qualité, à nous de tester toutes les capacités mises en œuvre : l'écoute, l'empathie, l'acceptation du feed back

de l'équipe, etc.

Ce sera peut-être un des effets inattendus de cet Abécédaire, qu'il nous revienne tel un boomerang et qu'il nous serve de grille d'évaluation ou d'introspection.





... comme

Réceptacle

Réceptacle de nombreuses demandes et d'humeurs diversifiées, l'Accueil peut jouer un rôle d'**amorce** thérapeutique. C'est le lieu où peuvent se décharger colères, tensions, craintes, ... de certains patients. Ce premier endroit d'écoute sert bien souvent à évacuer un stress, une appréhension, et c'est tout bénéfique pour la relation avec le soignant qui s'en trouve allégée.

Cette place de premier plan est aussi celle où l'on déverse toutes les plaintes, les insatisfactions, qu'elles soient liées à l'organisation (pas moyen d'avoir une visite à domicile ou plus aucun rendez-vous disponible chez le médecin) ou à la pratique d'un membre de l'équipe (« Il n'a pas voulu me prescrire un antibiotique ! »). Bien souvent, une mauvaise humeur exprimée à l'accueil s'estompe comme par enchantement lorsque le patient se retrouve en consultation.

L'accueillant(e) a aussi sa part de confidences ! Petite histoire personnelle, anecdotes de la vie quotidienne, il y en a des choses à entendre et surtout à écouter. Il (elle) devient ainsi un dépositaire de vécus, tantôt riches, tantôt difficiles, des patients.



Réseau

Il est très important pour toute maison médicale de s'intégrer dans le réseau psycho-médico-social local. On a déjà évoqué cette place de l'Accueil dans un centre de première ligne, qui implique une possibilité de référer à d'autres services quand c'est nécessaire. Cela suppose de connaître les autres services extérieurs, leurs valeurs, leurs limites, leurs spécificités, leurs capacités à répondre, leur système de référence, leur vision plurielle et intersectorielle de la santé.

En l'absence de service social ou en complémentarité avec celui-ci, l'accueillant(e) peut jouer un rôle de relais, voire dans certains cas d'accompagnement social : clarification d'une situation mutuelle d'un patient, accompagnement de patients à l'hôpital ou au CPAS, prise de contact avec un service externe, etc. Bien souvent, il (elle) se fabrique dès lors des outils pour se faciliter la tâche : banque de données, fichier d'adresses, listes de personnes référentes, horaire des consultations d'autres centres de la région, etc.

Réunions

(réunionite¹³ ?)

Au même titre que les autres membres de l'équipe, les accueillant(e)s participent aux diverses réunions « stratégiques » de la maison médicale (voir G comme Gestion), qu'elles soient institutionnelles ou liées à la prise en charge thérapeutique des patients : réunions

de cas, réunion de gestion administrative ou financière, assemblée générale, conseil d'administration, sous-groupes et commissions de travail, etc.



¹³ Maladie bénigne mais très longue à soigner. Les dinosaures en étaient très atteints, les gazelles contemporaines le sont moins. Cette maladie serait incurable dans la mesure où les conditions de vie sont très peu propices à éviter les facteurs aggravants. Les symptômes les plus fréquents sont surtout des maux de tête, des troubles de la logique et un sentiment de saturation. On est toujours à la recherche du vaccin miracle...



... comme *Salle d'attente*

Brochures, affiches et dépliants sont présentés en permanence dans les salles d'attente. Ils offrent une information générale, mais aident parfois à lever un tabou sur certains sujets. L'offre de documentation est faite dans un esprit de prévention mais aussi dans un cadre plus large d'éducation permanente et d'éducation à la citoyenneté. Les thèmes traités abordent donc la santé mais aussi les faits de société : le racisme, la mobilité, les animations régionales, les conférences, les activités de loisirs, les croyances religieuses, etc.

Lieu d'attente (plus ou moins longue), espace jeux pour les enfants (toujours en désordre), espace lecture (dépliants, journaux, magazines), panneau d'affichage réservé aux informations externes ou aux petites annonces, coin TV, musique variée...

C'est un lieu important dans la maison médicale, une sorte de carrefour de rencontres, d'odeurs, de bruits et de bio-diversité «ethnologique». C'est aussi le passage obligé pour avoir accès aux différents services. Cet endroit géographique du premier contact peut faciliter ensuite l'état d'esprit dans lequel les patients se rendent à leur rendez-vous ou en consultation.

Y attache-t-on assez d'importance ? En tout cas, y installer une ambiance sécurisante, confortable, agréable, sympathique tient parfois de la performance technique et est souvent un défi permanent ! C'est comme un tonneau sans fond qu'il faut remplir tous les jours.

Cette salle d'attente, dont la gestion et l'organisation reviennent en général à l'Accueil, est bien un **lieu de convivialité** mais elle est aussi conçue pour être un **lieu de prise de conscience et d'information**.



Secret professionnel partagé

Il n'est sans doute pas courant que les accueillant(e)s aient accès au secret professionnel partagé dans la plupart des hôpitaux ou dans les autres services de première ligne. Dans les maisons médicales, c'est pourtant souvent (mais pas toujours) le cas.

L'expérience démontre que la connaissance de certaines informations psycho-médico-sociales ou la participation active aux réunions de coordination (discussions de cas, coordination clinique ou coordination des soins) facilitent grandement le travail d'accueil, en permettant de mieux adapter l'attitude et le comportement face à des situations difficiles à gérer ou à cadrer. Cette connaissance d'éléments spécifiques sur la situation de certains patients peut favoriser l'écoute et l'accompagnement psychosocial.

Comment gérer avec tact l'impatience d'une maman agressive au téléphone si on ne sait pas qu'elle a un enfant gravement malade ? Comment trouver - ou éviter- les mots justes avec les membres de la famille d'une personne atteinte d'un cancer ? Comment répondre aux angoisses d'un patient qui parle à demi-mot, convaincu qu'on connaît tout de sa situation de santé ? Comment ne pas perdre patience avec un patient hyper consommateur si on ne connaît son état de solitude ou d'angoisse ? Comment gérer au mieux une urgence si l'on ne sait rien des antécédents médicaux du patient qui appelle ?

Dire les choses, c'est partager les connaissances, c'est permettre à l'Accueil de mieux accueillir, de mieux comprendre le patient.

A l'inverse, le partage de certaines informations, permet à l'accueillant(e) d'apporter également son point de vue et de relayer des observations, des éléments qui n'auraient pas été perçus par les autres personnes de l'équipe. L'interdisciplinarité (et bientôt la transdisciplinarité ?) est à ce prix : recueillir des informations pertinentes n'a de sens que si celles-ci sont ensuite partagées et utilisées à bon escient pour une prise en charge concertée du patient.

Cela ne veut sans doute pas dire que tout le monde sait tout sur tout le monde ! La responsabilité professionnelle de chacun est précisément de juger de l'**utilité de partager un savoir**. Le respect du patient nous oblige vraiment à choisir, à limiter les informations, tant à transmettre qu'à intégrer.

Il y aurait donc une différence entre secret médical et secret professionnel partagé. Si le premier appartient à la concertation thérapeutique, le deuxième appartient à l'équipe et fait vivre l'interdisciplinarité.

C'est l'intérêt du patient et sa prise en charge dans les meilleures conditions possibles qui sont les véritables balises de ce partage d'informations. Il est donc préférable que ce partage soit **codé**, reconnu, « officialisé », car il s'effectue alors selon des règles claires sur le plan déontologique.

L'information du patient quant au partage des éléments de santé le concernant nous paraît dès lors important et fondamental dans le cadre du respect de ses droits. L'Accueil peut notamment jouer un rôle important par rapport à cette information fondamentale qui doit être faite aux patients. Nous constatons à ce jour qu'il faut encore réfléchir à cette question dont les implications ne sont pas toujours claires ou explicites au sein des équipes, d'autant que toutes n'ont pas encore mis ce sujet à l'ordre du jour d'un de leurs débats internes.

Secrétariat

De plus en plus de voix s'expriment en faveur d'une **séparation** nette entre la fonction de secrétaire et celle d'accueil. Dans les premières années qui suivent la création d'une maison médicale, il est relativement possible d'utiliser les temps « creux » pour l'administratif, en raison de l'organisation encore fluide de la journée et du nombre limité de patients ; mais il en va tout

autrement dès que la maison médicale a atteint une certaine vitesse de croisière. L'Accueil est une fonction de santé à part entière et il faut s'y consacrer prioritairement. L'efficacité de l'une et l'autre de ces deux fonctions, qui requiert des compétences très différentes, sera réelle si l'on admet qu'elles concernent deux secteurs qui doivent être valorisés¹⁴ distinctement.

Statut

La fonction d'Accueil n'est pas reconnue par un diplôme spécifique, il n'y a pas actuellement de formation à l'accueil. Cette formation est actuellement réalisée « sur le tas », par écolage des anciens envers les plus jeunes et, plus récemment, via un module expérimental de formation mis au point par la Fédération des maisons médicales.

Il est cependant intéressant de souligner la diversité des qualifications actuelles des accueillant(e)s : secrétaire, journaliste, sociologue, psychologue, aide-soignante, animatrice socio-culturelle, éducatrice, ingénieur technicien, musicien-illustrateur, assistante sociale...

Cela ne veut-il pas dire que les travailleurs qui exercent cette fonction ont sans doute un projet personnel qui dépasse de loin l'exercice d'un métier « alimentaire », qu'ils veulent eux aussi partager des valeurs, telles que celles qui ont été à la base de la création des maisons médicales, qu'ils sont sensibles à une approche différente de la santé ? De plus, il y a là un apport non négligeable de compétences de tous niveaux, alliant expériences de travailleurs de terrain et références plus théoriques, le tout formant un ensemble qui a jusqu'ici enrichi la profession, et favorisé un regard nouveau, critique et prometteur : formation continue, recherche, analyse, projets, etc.

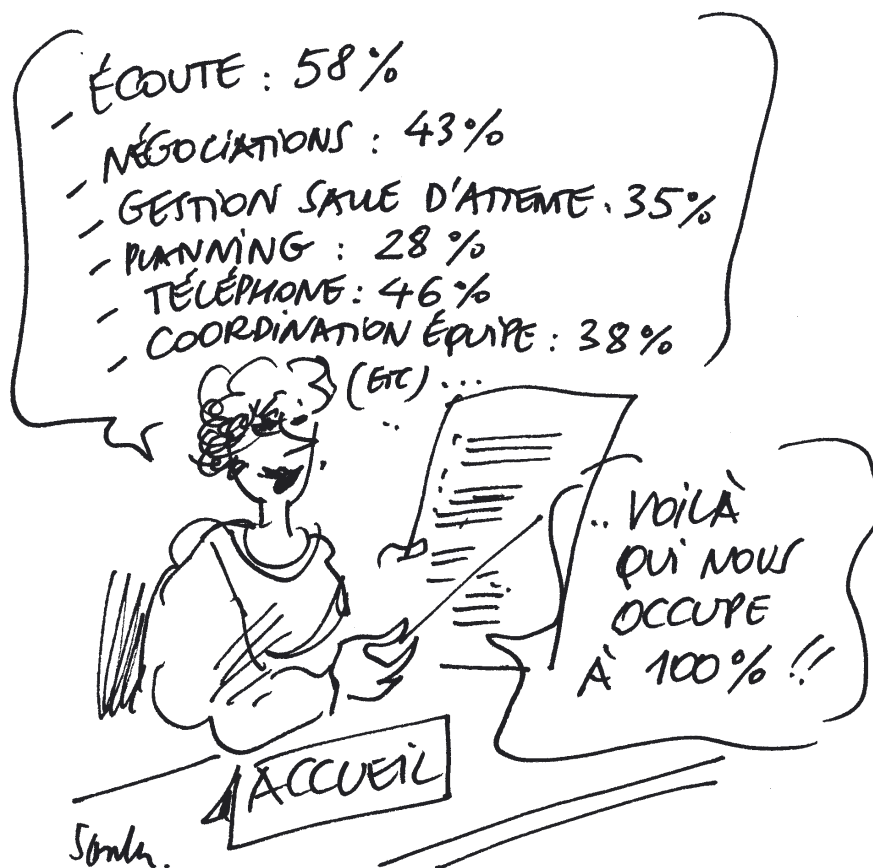
¹⁴ Notamment en terme d'attribution d'heures séparées pour l'accueil et pour la gestion administrative ou financière.



... comme **Tâches**

Il serait bien difficile de lister de manière pragmatique les différentes tâches concrètes que réalise l'accueillant(e) au long d'une journée.

Cependant ce périlleux exercice a été tenté pour essayer d'illustrer le plus concrètement possible le contenu du travail :



1. Accueil des patients : temps estimé 56 %

- Accueil « physique » au sein de la maison médicale et réception des appels téléphoniques : écoute de la demande, décodage, traitement (recevabilité), réponse directe ou différée, réorientation éventuelle, recherche de la demande latente (aider à l'exprimer).
- Traitement des demandes des patients : réception des demandes de soins (y compris les urgences), messages à transmettre, demandes de renseignements administratifs, ...
- Observatoire des besoins sociaux.

2. Gestion du planning général de l'équipe pluridisciplinaire (médicale, paramédicale et psychosociale) : temps estimé 20 %

- Organisation générale des consultations, des visites à domicile, des rendez-vous, réception et traitement des messages, ...
- Préparation et classement des dossiers médicaux et des protocoles.

3. Fonction de communication : plaque tournante, partage d'informations et négociation, dispatching vers le destinataire adéquat, vérification de bonne réception : temps estimé 15 %

- Entre les membres de l'équipe (rôle de coordination interdisciplinaire, de facilitateur, de mise en contact).
- Entre le patient et l'équipe (rôle d'*advocacy*, de médiateur),
- Entre l'équipe et l'extérieur (rôle d'interface entre l'équipe, les besoins des patients et les institutions extérieures : communication entrante et sortante).

4. Tâches administratives ponctuelles liées à l'accueil et à l'organisation du planning journalier : temps estimé 5 %

- Photocopies de résultats, de formulaires divers, classement de dossiers médicaux, de documents, de résultats, d'archives, envoi et réception de fax, courrier, etc.
- Création de documents informatifs destinés aux patients, etc.

5. Observatoire au quotidien de la qualité des soins et retour en équipe des éléments repérés en vue d'un ajustement éventuel : temps estimé 2 %

- Veiller au bon fonctionnement des différentes séquences de la journée, repérer les dysfonctionnements éventuels.
- Recueillir les souhaits, les remarques, les plaintes des patients.

6. Participation aux réunions internes et externes : temps estimé : 2 %

Réunions d'équipe, réunions de secteur internes, réunions et représentations externes (Fédération des maisons médicales), réunions externes avec les associations du réseau psycho-médico-social.

Transdisciplinarité

La transdisciplinarité implique une **co-responsabilité** : on est tous responsables de la prise en charge du patient !

Le travail en équipe pluridisciplinaire se traduit par l'association de différentes disciplines : une sorte de cohabitation plus ou moins harmonieuse.

L'interdisciplinarité implique l'interaction entre les différentes disciplines, chacun s'ouvrant au regard et à la compétence de l'autre.

La transdisciplinarité va plus loin, chaque intervenant s'enrichit de l'expérience et du point de vue des autres disciplines afin de créer une nouvelle opinion, une nouvelle compétence collective et, partant, une nouvelle discipline. Ce processus permet de réfléchir autrement une problématique dès le moment où chaque

intervenant est capable d'entendre un avis pertinent d'un collègue, ouvrant ainsi la porte à de nouvelles réponses que ce soit face à une situation individuelle ou face à des problèmes de santé publique.

Dans ce processus collectif, l'accueillant(e) est un(e) intervenant(e) à part entière, la spécificité de son travail et ses connaissances accumulées lui permettent d'apporter un éclairage différent à la réflexion de l'équipe.

La pratique de l'Accueil est exigeante, comme les autres disciplines. Elle suppose une remise en question permanente et une formation continue.



... comme Urgence

Comment évaluer une urgence ? Comment éviter de passer à côté d'un problème médical grave ? Comment respecter une demande urgente pour le patient, mais « ordinaire » pour le soignant ?

Dans le mot « urgence », il y a beaucoup de nuances ! L'urgence d'un patient qui a tout à coup décidé de consulter en raison d'un problème qui dure depuis quelques jours, mais qui devient soudainement insupportable. L'urgence d'un parent qui ne parvient pas à calmer les pleurs de son enfant et qui se demande ce-qu'il-a-fait-de-mal-et-qu'il-pourrait-faire-de-mieux. L'urgence de celui qui vit dans l'urgence, n'ayant aucun projet d'avenir pour lui, et moins encore pour sa santé. L'urgence de ceux qui se rendent compte qu'ils n'ont plus de médicaments pour le soir ou pour le

lendemain matin. L'urgence de celle qui est seule pour affronter son mal-être... Urgence sociale quand les factures ne sont plus payées, urgence psychologique quand il y a abus d'alcool, en attendant peut-être de...

Si toutes ces situations ne sont pas des urgences médicales, elles ne peuvent pour autant être considérées comme mineures par les accueillant(e)s. Il faut alors prendre en compte la demande mais aussi l'angoisse, la culpabilité ou le stress qui l'accompagnent. Faire comprendre qu'on a entendu et compris, ramener à une réalité, proposer une réponse concrète, quelle qu'elle soit. On travaille parfois sur un fil dans de telles circonstances ! Et, à ce niveau,

la contribution d'un autre membre de l'équipe multidisciplinaire peut se révéler utile : valider une première réponse par le point de vue plus médical d'un soignant contribue à rassurer complètement un patient inquiet.

Quant aux « vraies » urgences médicales, qui ne sont finalement pas si fréquentes, il faut être prêt à y faire face à tout moment ! Quelques questions sont à poser d'emblée en cas de suspicion d'un problème sérieux : douleur particulière, comportements très inhabituels, description et durée des symptômes observés, état de conscience du patient, prise récente et abusive de médicaments, etc. La connaissance de pathologies chroniques de certains patients ou l'accès au dossier médical (en cas de secret professionnel partagé) est bien sûr un atout pour détecter les véritables situations d'urgence.





... comme **Valeurs**

Elles fondent nos croyances et nos comportements dans la vie quotidienne. Chacun de nous s'est forgé les siennes, au prix de questionnements personnels, de confrontations de points de vue et des cheminements intérieurs.

Les maisons médicales ont inscrit les leurs dans une charte commune, mais elles peuvent aussi définir leurs propres valeurs, en fonction des composantes de l'équipe, en fonction des choix ou des priorités qu'elles se donnent. Combien de débats passionnés ne démontrent-ils pas combien elles ont un écho dans le quotidien de nos activités ?

L'accueillant(e) a souvent le rôle de faire « passer » les valeurs de l'association, au moment de l'inscription ou de la première visite du patient. Solidarité, accessibilité, globalité, continuité... On n'imagine pas utiliser ces termes au moment où un patient se

présente pour la première fois à la maison médicale ! La première accessibilité serait justement politique ! Il faut donc trouver les mots utiles pour « rendre accessibles » ces valeurs. Il s'agit de sensibiliser les patients, mais sans leur imposer un mode de pensée unique !

Un accès aux soins pour tous, dans un esprit de solidarité et de justice sociale, une place centrale accordée à la personne, une invitation faite au patient de devenir acteur de sa santé... sont peut-être des expressions plus significatives, qui feront mieux comprendre l'esprit dans lequel les maisons médicales travaillent depuis près de 25 ans. Certains y seront plus sensibles que d'autres, il faut là aussi trouver le juste équilibre pour informer sans... intoxiquer.



Vision comme supervision, intervision, vision intersidérale...

De nombreuses équipes de maisons médicales font l'expérience d'entamer une supervision, que ce soit pour aborder des problèmes de tensions relationnelles internes ou pour répondre à un besoin de réflexion collective sur les projets ou les pratiques professionnelles.

« La supervision apporte un travail sur soi et sur sa pratique. Je pense que c'est indispensable dans le travail et même au-delà. Elle peut être une base assurant une meilleure pratique. C'est un lieu où l'on peut se vider, mais aussi qui permet aussi d'élaborer avec d'autre. »

Ce témoignage d'une accueillante illustre bien tout l'intérêt et l'enseignement que l'on peut retirer d'une supervision.

Par ailleurs, plusieurs maisons médicales font de l'intervision continue, soit en équipe, soit en sous-secteur¹⁵. L'enrichissement de ces éclairages différents aide à faire face aux situations quotidiennes et à se sentir parfois moins en souffrance dans notre activité. Le profit est donc personnel, mais bénéficie finalement à toute l'équipe.

VOUS

Certains accueillant(e)s tiennent à utiliser le vouvoiement, en signe de respect de la personne qui entre à la maison médicale. Cette distance permet, selon certain(e)s, plus d'égalité et de respect entre équipe et patients, et évite de tomber dans une sorte

de familiarité trop facile. Il n'y a pas de généralité par rapport à ce choix, il serait donc utile de se reposer la question, là où les habitudes sont prises sans trop réfléchir aux conséquences dans la relation avec les patients.

¹⁵ Par exemple, grâce à un subside de la Commission communautaire française, une supervision à destination d'accueillant(e)s de maisons médicales et d'un centre de toxicomanie a pu démarrer à Bruxelles en 2003. Objectif : permettre l'échange avec d'autres collègues qui occupent une fonction d'accueil, dans un climat de confiance et avec l'encadrement de professionnels de l'écoute. Ce travail s'est poursuivi en 2004 et a permis de parler de situations vécues dans les pratiques respectives, tant avec les patients qu'au sein des équipes.



... comme Wasabi

L'Accueil, ça déchire comme le wasabi...





... comme *Xanax*

Ouf ! Un xanax...





... comme moi **Y** en a vouloir...



... comme **Zen**

Zen, soyons zen : la «**Mémé**» attitude, à adopter en toute circonstance !



ANNEXE

L'origine des maisons médicales

Le concept de maison médicale date de la fin des années 60'. La nécessité de réagir à l'hospitalo-centrisme et la prise en compte des facteurs multiples pour expliquer l'état de santé ont inspiré de nouvelles pratiques, basées sur des concepts tels que la proximité, la continuité des soins (tenir compte de l'histoire personnelle du patient, le suivre tout au long de sa vie), l'approche globale de la santé (tenir compte des facteurs déterminants : le social, le mental, le psychisme, les conditions de vie, etc.), l'approche intégrée des soins (intégration de l'information et de la prévention, dans une perspective de promotion de la santé). C'est ainsi qu'est née l'idée d'une équipe pluridisciplinaire, travaillant ensemble dans une implantation locale et voulant promouvoir l'accessibilité des soins pour tous et la participation des patients. Dans le courant des années 70', des maisons médicales se sont donc formées en Belgique avec l'ambition d'exercer des soins de santé primaire de qualité, mais aussi de participer à la réflexion et au recueil de données en vue de l'élaboration des politiques de santé.

En 1981, une vingtaine de maisons médicales de l'époque se fédèrent et une première réponse à la question du financement est trouvée grâce à un accord avec l'INAMI (en 1982) concernant le financement forfaitaire à la capitation (le forfait).

En 1993 (le 19/3/93), un premier décret de la Communauté française reconnaît enfin cette nouvelle forme de pratique et lui donne des moyens pour exister. Il institue officiellement les Associations de Santé Intégrée, avec comme mission : dispenser des soins globaux, assurer une fonction d'observatoire de la santé de 1^{ère} ligne, revêtir une forme minimale : plusieurs disciplines sous le même toit (médecine générale, kinésithérapie et soins infirmiers) et un poste équivalent temps plein chargé de l'accueil. Des arrêtés d'application sont venus compléter ce dispositif légal transféré aujourd'hui aux régions wallonnes et bruxelloises. La Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones comptent 69 centres.

Pour plus d'information
<http://www.maisonmedicale.org>



**FÉDÉRATION DES
MAISONS MÉDICALES**
ET DES COLLECTIFS DE SANTÉ FRANCOPHONES



Editeur responsable : Jacques Morel

*Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones
Boulevard du Midi, 25 bte 5 - 1000 Bruxelles
Tél. : +32 (0)2 514 40 14
fmmcsf@fmm.be*

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

Ce document peut être reproduit après accord préalable des auteurs et moyennant mention de la source.

CONTACT : Isabelle Dechamps - Tél. +32 (0)69 22 28 37

Mise en page : Christian Printz - Tél. +32 (0)69 84 41 69
Dessins : Serdu

JANVIER 2005



CULTURE
ÉDUCATION PERMANENTE

