



Sans foi sur les métiers...

(Remaillons les disciplines)

.....

« Les enjeux de la santé aujourd'hui et dans l'avenir sont importants : vieillissement, croissance des maladies chroniques, paupérisation, creusement des inégalités, ... Le premier échelon de notre système de santé est en cours d'évolution. Les missions et fonctions se modifient. La pénurie de certains professionnels se fait sentir, imposant une redistribution des fonctions entre acteurs. Des fonctions nouvelles apparaissent, ainsi que des nouvelles professions. Dans les maisons médicales, et aussi dans les autres secteurs de la santé. L'atelier proposé au congrès nous permettra d'ouvrir la réflexion : oser imaginer de nouvelles configurations pour continuer à mener à bien nos missions au regard de l'évolution de notre société. Quelles fonctions dans une maison médicale, un centre de planning familial, un centre de santé mentale ? Pour quoi faire ? Pourquoi celles-là ? ».

.....

Au commencement était le verbe... puis ses écarts

Les dictionnaires servent généralement à s'acquitter de devoirs orthographiques ou à décrypter un mot moins familier croisé inopinément. Les plus précis d'entre eux ont un rôle bien plus fondamental de traçabilité sociologique et historique : nous rendre attentifs à la variabilité des notions, entre autres selon les époques, les locuteurs et les contextes. A cet égard, on se reportera avec profit à un article paru dans le précédent numéro de la présente revue. Cet article tentait avec bonheur et finesse de clarifier les notions empilables ou entrecroisées de métier, de profession, de fonction, de mission, de tâches (ou d'activités) et de compétence. Dans ce défilé de termes, le métier était tout particulièrement associé par l'auteur¹ au diplôme. N'oublions pas cependant son sens élargi, attesté d'emblée par le *Petit Robert* à travers ses deux définitions de tête du mot « métier » : « 1° Genre d'occupation manuelle ou mécanique qui trouve son utilité dans la société (...) ». Et, plus subtil à certains égards : « 2° Tout genre de travail déterminé, reconnu ou toléré par la société et dont on peut tirer ses moyens d'existence ». Sans aucun cynisme, compte tenu notamment des aléas et des dommages psycho-socio-sanitaires de l'économie de survie, on est en droit de se demander si dans la deuxième de ces définitions n'entrerait pas assez facilement aujourd'hui la pratique en expansion de la mendicité, qu'elle soit muette ou volubile, aimable ou agressive, incarnée par une posture de type bouddhique ou titubante, assortie ou non d'un échange : matériel comme la rose tendue aux convives des restos, persuasif comme la photo des sept enfants à nourrir ou artistique, comme la jonglerie au feu rouge, la musique « live » dans le métro...

Plus fondamentalement, retenons au moins deux choses de ces définitions. D'une part, que selon leurs auteurs, un métier quelconque, même de prestige et même juteux sur le plan des revenus n'est nullement présenté comme étant nécessairement le fruit d'un diplôme. Pas plus

Thierry Poucet,
journaliste de santé
publique, rédacteur
en chef de *Renouer*
(Union nationale
des mutualités
socialistes) de 1993
à 2011, membre du
comité éthique de
la Fédération des
maisons médicales
et collectifs de
santé francophones
depuis le début des
années 90.

L'auteur remercie
Rose-Marie
Laurent pour
son aide dans la
réalisation de cet
article.

1. Isabelle Heymans,
« Vous avez dit
"fonctions" ? »,
Santé conjugulée
n° 55, janvier 2011,
pp 36-40.

Mots clés : métier, soins de santé
primaires, offre de soins.

qu'il n'est forcément associé à une compétence approfondie et bien maîtrisée (qualité qui, soit dit en passant, est tout aussi fluctuante parmi les agents diplômés). D'autre part, que selon les mêmes auteurs, tout métier relève d'une forme au moins tacite de *contrat social* (le « reconnu ou toléré par la société » évoqué au paragraphe précédent). On devrait logiquement en déduire (mais ne serait-ce pas hypocrite ?) que l'économie maffieuse ou criminelle qui mobilise des savoir-faire ô combien efficaces, n'émarge pas aux vrais métiers. Mais alors à quoi émarge-t-elle ? Au vilain banditisme que tout opposerait par nature à un travail pépère ou consciencieux ? Peut-être. Mais quel jugement porter, dans ce cas, sur certaines fractions de l'économie « en col blanc », celles entre autres qui mobilisent des métiers a priori classiques dans des opérations habilement *borderline*² ou qui jouent de manière plus smart avec la légalité et ses failles pour spolier gravement les uns et avantager outrageusement les autres ? Métier acceptable ou interlope dans ces cas-là ? Pas toujours si simple à démêler !

2. Du marketing ou du lobbying à la corruption, par exemple, la marge est parfois bien étroite.

3. Par ordre alphabétique :
accueillant, agent de promotion de la santé, aidant proche, aide soignant, assistant administratif, assistant médical, assistant social, directeur administratif, ergothérapeute, gestionnaire de projet, infirmier, infirmier spécialisé en santé sexuelle, infirmier en zone rurale, kinésithérapeute, médecin généraliste, médiateur culturel, pharmacien, psychologue, sage-femme libérale, spécialiste en éducation pour la santé.

Des ateliers « Métiers »

Un mot d'explication sur la dynamique : classiquement, ces ateliers s'ouvraient sur un tour d'auto-présentation des participants et d'explication de leur choix et se terminaient par une assez brève session de partage plénier des éléments de conclusions. L'essentiel s'est passé entre les deux, en petits sous-groupes avec un scénario en deux temps :

1. opter pour un type de centre de première ligne (aide et soins à domicile, centre de planning familial, centre de santé mentale, centre de suivi des toxicomanes, maison médicale) aidé si nécessaire de cinq fiches identifiant chaque fois le public visé, l'objectif et les services les plus spécifiques à ces centres ;
2. ensuite, sélectionner sur une vingtaine de fiches « fonction » possibles³ les rôles de personnels ou d'acteurs pertinents à intégrer ou non dans l'activité de ces centres, en discutant et pondérant les choix ainsi qu'en émettant toute remarque utile sur la fiche.

Sur les deux sessions, plusieurs petits groupes se sont sentis un peu frustrés du manque de temps par rapport à l'intérêt et à la complexité des débats. Tout en se réjouissant de voir ainsi s'amorcer une réflexion sur l'avenir des métiers dans diverses structures généralement de proximité.

Un premier groupe a surtout mis en évidence et commenté trois fonctions en maison médicale sensiblement distinctes du classique noyau « MKI » (médecin, kinésithérapeute, infirmier) : **Médiateur interculturel** : sa fonction va au-delà de l'interprétariat mais en fait aussi un passeur de culture ; il devrait donc être formé à la prise de recul vis-à-vis de sa propre culture. Il ferait le lien entre le patient et l'équipe. Ce pourrait être une fonction inter-centres : le médiateur travaillerait une demi-journée par semaine dans chaque maison médicale qui en éprouverait le besoin. Ce serait bien sûr une fonction rémunérée.

Aidant proche : c'est une fonction dont l'utilité est reconnue. Elle est souvent exercée par la famille, les voisins, les amis, est donc informelle et ne demande pas de formation. Elle ne doit pas être rémunérée car il ne faut pas décourager la solidarité désintéressée. La fonction des soignants serait d'aider le patient à définir son « cercle de sécurité » et à coordonner l'aide de ces aidants proches entre eux et avec les intervenants professionnels si nécessaire. Apprendre à définir ce cercle pourrait faire partie de la formation des soignants.

Aide soignant-e : ne faut-il pas plutôt privilégier l'amélioration des services d'aides familiales qui ont une vue plus globale du confort et des besoins et restent plus longtemps auprès du patient ? L'aide-soignant n'exerce-t-il pas un « sous-métier » comme le serait celui d'assistant médical, qui fractionne une profession dévalorisant certains actes comme le « prendre soin » des infirmier-ère-s ?

D'autres interrogations ont été soulevées par le même groupe : **Santé communautaire** : faut-il un spécialiste de la santé communautaire qui mettrait en œuvre les politiques de santé communautaire ou devrait-il plutôt coordonner, analyser, soutenir des actions de promotion de la santé réalisées par toute l'équipe, qui



s'ouvrirait ainsi davantage à ces préoccupations et qui a l'expérience du terrain ?

Accueillant-e : a-t-il/elle une place de soignant dans chaque équipe ce qui implique le secret médical partagé ? Ne faudrait-il pas le décharger de ses tâches administratives, limiter le temps d'accueil sans interruption, chacun reconnaissant cette fonction comme très importante. Comment définir son rôle dans la promotion de la santé ?

Une expérience a également été pointée en tant qu'initiative de l'intergroupe des maisons médicales de la région de Liège : la fonction **diététique** dont le contrat est géré par l'intergroupe liégeois.

Un deuxième groupe a souligné que le besoin de nouveaux métiers ou fonctions est différent dans chaque structure et dépend du terrain et de la demande (par exemple : milieu urbain ou rural, plus ou moins grande richesse du réseau). Ce groupe identifie encore d'autres éléments à ne pas perdre de vue :

1. un manque au niveau de la **coordination du retour à domicile** après une hospitalisation et se réfère au Centre local d'information et de coordination - CLIC qui existe en France. Des centres de coordination existent chez nous aussi, les centres d'information sanitaire - CIS, mais ils ne comblerent pas le manque ;
2. une **aide familiale** : l'intérêt de fonctionner en parallèle et coordination avec les infirmières et les assistantes sociales, en respectant les spécificités de chacun ;
3. un rôle d'**accompagnateur** : dans le souci de la bonne mise en place des services à domicile et d'aider la personne à utiliser au mieux ce qui existe déjà. Par exemple, accompagner les gens dans des démarches compliquées comme la médiation de dettes ;
4. il convient enfin de veiller à *élargir les fonctions* plutôt qu'à tout saucissonner à force de multiplier les intervenants.

Un troisième groupe s'est plutôt focalisé sur les fonctions non répertoriées dans le jeu de fiches ou sur des acteurs répertoriés à qui l'on pourrait songer pour des tâches nouvelles. Quelques idées : **Dentiste** : première ligne ou non ? **Sophrologue** : les kinésithérapeutes peuvent

se former à la sophrologie. Est-ce leur rôle en première ligne ? Quelles sont les limites ?

Visiteur à domicile : personne bénévole (ou non) qui pourrait offrir une compagnie à des patients souffrant d'isolement. **Psychologue** : pourrait passer à domicile comme soutien suite à un deuil par exemple. **Acteurs de promotion de la santé** : il manque des soignants ou autres qui pourraient aider l'équipe à s'adapter aux personnes pour lesquelles il y aurait des problèmes de langue, de ponctualité, etc.

Un autre groupe encore, qui avait fait le choix d'inventorier les fonctions principales à inclure dans un centre de santé mentale y est aussi allé de ses constats et de ses questionnements. Sachant par exemple que dans les centres de santé mentale, il y a généralement beaucoup de temps partiels, quels impacts cela a-t-il sur l'organisation interne, sur les possibilités de développer des échanges interdisciplinaires, l'accessibilité aux services pour certains publics ? Par ricochet, les commentaires ont aussi porté sur divers aménagements parfois pratiqués à la carte en maison médicale dans



le domaine de l'assistance psychologique. Evocation d'une maison médicale qui fait venir un psychiatre pour certains patients, sous forme de co-consultation avec le généraliste. Ailleurs, c'est un psychologue qui fait des supervisions comme support à l'équipe de la maison médicale pour des patients habituels qui rechigneraient à être référés vers un centre de santé mentale...

Des outils de réflexion

L'exercice demandé aux sous-groupes était, à partir d'une « fiche centre » choisie par les participants, de réfléchir aux fonctions nécessaires pour pouvoir remplir les missions de ce centre. Vingt fonctions étaient décrites, mais les participants avaient le loisir d'en créer d'autre s'ils le jugeaient pertinent. Cet exercice n'a pas semblé évident pour tous les participants, certes mais a donné lieu à des productions différentes, riches et intéressantes. Et au bout du travail, l'objectif d'ouvrir la réflexion des participants semblaient atteint. Par ailleurs, il faut saluer sans réserve la production des supports distribués aux participants (les cinq fiches sur les types de « centre », et plus encore les vingt fiches relatives aux « fonctions »).

Ces outils, conçus pour la circonstance du congrès et du thème métiers en particulier mériteraient une diffusion plus large et gagneraient à être utilisés durablement comme outils de réflexion et d'animation en diverses circonstances et à l'usage de plusieurs publics. Ils pourraient en effet être utiles a minima :

1. aux équipes existantes qui souhaiteraient recadrer collégialement les rôles et missions dévolus à leurs diverses catégories de travailleurs ;
2. aux enseignants et étudiants des filières socio-sanitaires, qui y trouveraient une opportunité de débats, de travaux pratiques, de préparation ou d'évaluation (en particulier à la veille ou à l'issue des périodes de stage) ;
3. aux associations de patients qui a priori ne voient pas forcément toujours très clair dans les spécificités, compétences, limites

et complémentarités des divers travailleurs du secteur ;

4. à tous ceux qui aspirent à mieux fonctionner en réseau (les alliés potentiels pouvant bien sûr être externes aux équipes) ;
5. aux associations plus inscrites dans la santé communautaire, la prévention, la promotion de la santé. Du pain béni, en somme, sur la planche des synergies non figées.

La plus belle issue de ce remarquable travail de cadrage pouvant être sa réappropriation créative continue et sa transformation raisonnée par de nombreux acteurs prenant en compte les particularités de leur terrain propre et de leurs objectifs respectifs. ●