



La recherche-action au niveau de la Fédération des maisons médicales

.....

Il a toujours existé une grande variété de projets en matière de recherche-action, que ce soit dans nombre d'équipes ou à la Fédération même ; ceci sous diverses formes, selon divers axes, touchant de près ou de loin à la méthodologie de la recherche-action. Une palette qu'il est impossible de détailler ici, mais qui témoigne de la dynamique, de la volonté de progresser, du désir de changement, de la force d'engagement enfin, présents dans nos équipes et à la Fédération.

Ce serait perdre un énorme potentiel de changement que de confiner la recherche-action au niveau local. La Fédération des maisons médicales a mis en place différentes structures qui démultiplient l'ampleur de la recherche-action, dans un mouvement d'aller-retour entre maisons médicales et aussi avec les mondes de la santé et de la politique de santé.

.....

J'ai choisi d'évoquer concrètement trois axes :

- Le programme Agir ensemble en prévention ;
- Le service études ;
- La Fédération globalement en tant que mouvement.

Le programme Agir ensemble en prévention

Agir ensemble en prévention est un programme de la Fédération, qui tend à devenir un département dont l'apport dépasse la prévention. Il repose sur trois chercheurs.

Pour le projet Agir ensemble en prévention, la problématique de départ était le constat (toujours d'actualité) de la difficulté pour les professionnels de soins de santé primaires de réaliser des activités de prévention pertinentes, structurées, efficaces, systématiques, participatives et évaluées. Le concept de prévention a été rapidement étendu à celui de promotion de la santé : ce terme, aujourd'hui familier à la plupart des équipes, recouvre, outre les activités curatives, les activités de prévention médicale, d'éducation à la santé, de santé communautaire, organisées sur base d'une collaboration intersectorielle et avec la participation des patients.

Depuis 1992, un premier niveau de développement d'actions de promotion de la santé s'est progressivement mis en place dans une trentaine de maisons médicales ; une trentaine d'équipes ont été invitées et accompagnées à développer et à améliorer leurs actions, à leur rythme et suivant leurs spécificités locales. Ce premier enjeu était d'accorder à ces actions une place « noble » dans les réalités quotidiennes des soignants. Ces actions ont augmenté en quantité, en rigueur scientifique et en diversité.

Un second niveau de travail s'est ensuite développée : des actions de promotion de la santé : après avoir augmenté la quantité, les questions d'évaluation sont apparues et des critères de qualité ont été définis. La méthodologie de l'assurance de qualité pouvait dès lors s'appliquer à ces actions pour en améliorer la pertinence, la régulation et l'impact sur la santé des usagers s'adressant aux maisons médicales.

Ces deux niveaux continuent aujourd'hui à se développer simultanément et en interdépendance.

*Daniel Burdet,
médecin
généraliste à la
maison médicale
à Forest, membre
du programme
Agir ensemble en
prévention.*

Mots clés :
*recherche-action,
maison médicale,
qualité des soins*

● Historique

L'ensemble de ce travail, dont une évaluation est réalisée chaque année, s'est déroulé par étapes :

1992-1993, phase de recherche : double enquête sur la perception de la médecine préventive par deux cent septante soignants de vingt et une maisons médicales et associations de généralistes et d'un échantillon de mille deux cents de leurs patients. Cette enquête fut conçue en concertation avec l'université libre de Bruxelles (équipe recherche) et la Fédération des maisons médicales (représentants des acteurs). Elle a mis en lumière certains obstacles chez les soignants et certaines demandes des patients.

1994-1995, phase de restitution : les résultats de l'enquête ont été présentés et discutés avec les équipes participantes, ce qui a eu un effet mobilisateur – notamment en mettant en évidence la demande des patients pour plus de prévention, et en montrant la nécessité de structurer les actions.

Phase d'action : Les équipes ont été invitées à se choisir des délégués prévention, chargés de stimuler les démarches préventives.

Recherche-intervention : un accompagnement a été proposé à ces délégués par les promoteurs du programme Agir ensemble en prévention (formations, réunions de délégués, etc.).

L'évaluation de cette phase s'est basée sur des entretiens approfondis dans vingt-trois équipes, portant sur la place faite par les équipes à la prévention, sur la participation des patients et sur la conception de projets concrets de prévention. Les entretiens furent en eux-mêmes très utiles aux équipes et les résultats, analysés par Marie-Christine Miermans (équipe de recherche de l'université de Liège, Association pour la promotion de l'éducation pour la santé-APES, 1995), ont été pris en compte par les promoteurs et servent encore régulièrement aujourd'hui de référence. L'accompagnement des promoteurs du projet a été adapté selon les constats de cette évaluation.

1995-1996, phase d'action : accompagnement régulier des délégués de prévention (réunions, formations). Des outils leur ont été fournis (fiche de prévention, schéma dynamique, etc.).

Les équipes ont été mobilisées pour remplir des fiches décrivant leurs activités ; la rédaction de ces fiches leur a permis de mieux structurer leurs réflexions et leurs actions et a amorcé la constitution d'un répertoire des activités de promotion de la santé, répertoire en constante évolution (plus de trois cents fiches actuellement, disponibles aussi sur le site de la Fédération, www.maisonmedicale.org).

L'évaluation de cette phase a été réalisée sur base d'entretiens téléphoniques et visait essentiellement à cerner les processus d'échange entre les promoteurs à la Fédération et les équipes de terrain, à estimer les effets de ces échanges sur la qualité des projets et la satisfaction des différents partenaires ; évaluer donc si le dispositif d'encadrement mis en place est participatif, pertinent et utile pour aider les équipes à inscrire les démarches préventives dans leurs pratiques quotidiennes.

Cette évaluation a fourni aux promoteurs de précieuses informations pour le pilotage du projet et l'organisation des différentes activités. Il a donné aux équipes un meilleur aperçu du dispositif dans son ensemble et a permis de faire participer les équipes au processus d'évaluation.

1996-1997, année charnière, introduisant le second niveau d'intervention de ce programme : *l'amélioration de la qualité* des actions entreprises par les équipes. Cette amélioration de la qualité a été poursuivie à travers plusieurs étapes :

- recherche-action : réflexion sur les critères de qualité : analyse de la littérature – discussions avec les équipes ;
- recherche – action – formation : formations à l'assurance de qualité.

L'évaluation de 1997 visait à poser des jalons et des repères objectivés pour permettre l'évaluation des projets de prévention et promotion de la santé et à préparer un état des lieux en terme d'assurance de qualité et procédures d'évaluation de la qualité.

1997-1998, recherche-action : renforcement des compétences et accompagnement des activités. Les équipes désireuses de créer, ou ayant créé une cellule de qualité ont été invitées à des séminaires destinés à accroître les compétences des membres des cellules et à identifier



les conditions propres aux maisons médicales pour la mise en place de ces processus d'assurance de qualité. L'évaluation de cette phase s'est centrée sur les onze équipes engagées explicitement en assurance de qualité, afin de dresser un bilan de la mise en place des cellules d'assurance de qualité. L'évaluation visait également à estimer l'apport de la Fédération dans ces démarches. Elle a été réalisée sur base d'entretiens dans les équipes, généralement avec les membres des cellules qualité.

1998-1999, recherche-action : approfondissement des démarches d'assurance de qualité. La première année de ce programme pluri-annuel d'assurance de qualité a également abouti à la construction (avec les experts accompagnant ce programme et avec les praticiens d'une douzaine d'équipes), d'un outil original et concret en assurance de qualité : le *carnet de bord assurance de qualité*.

1999-2004, recherche – action – formation : accompagnement des équipes dans la réalisation d'actions de promotion de la santé : descriptions des démarches et des résultats obtenus. L'accompagnement s'est fait sous forme de séminaires collectifs et d'accompagnements individuels. L'évaluation en 2002 porte sur l'implantation des démarches de promotion de la santé et d'assurance de qualité dans l'ensemble des maisons médicales.

Le programme Agir ensemble en prévention est donc à la fois :

- une recherche-action en soi :
 - le programme évolue de question en question, celles-ci étant formulées tant par les équipes que par le staff d'Agir ensemble en prévention ;
 - il se base sur la pratique, ses échecs, ses réussites, ainsi que sur la recherche et progresse par évaluations successives ;
 - il comprend un axe de formation important.
- un support méthodologique à la recherche-action menée en maison médicale :
 - il fournit une assistance aux équipes ;
 - le staff est en formation continue ;
 - il suscite des réflexions et un développement méthodologique au sein de la Fédération.
- une instance centralisatrice en recherche-

action :

- le programme permet de collecter des données et de diffuser les expériences entre les maisons médicales ; ceci suscite la construction d'un savoir, d'une connaissance appliquée, d'une recherche-action globale ;
- notons que beaucoup de projets de prévention et de promotion à la santé se font en dehors d'Agir ensemble en prévention ; la question qui se pose alors, c'est de savoir comment inclure dans le corpus commun ce savoir, cette « science », ces expériences...

● Quelles perspectives ?

La mise en relations des diverses expériences, leur diffusion, leur adaptation, restent un processus de construction dynamique, si l'on veut arriver à dégager, en matière de promotion de la santé, de développement de la qualité :



La recherche-action au niveau de la Fédération des maisons médicales

- ce que font les maisons médicales, ce qu'elles apportent en terme de pratiques de soins de santé primaires ;
- les spécificités du travail en équipe, de l'interdisciplinarité ;
- l'utilité de tout ce travail, de cette accumulation d'expériences diverses et toutes si riches.

Ce processus de construction devrait permettre de conceptualiser un corpus de connaissances, une somme de savoir-faire, pour arriver à mieux nourrir le débat politique ; contribuer à la défense du modèle de centre de santé intégré ; dégager la qualité globale du travail en maison médicale, en terme de santé publique et de promotion de la santé.

Service études

Autre département où oeuvrent des « chercheurs », le Service études joue un rôle de « base » pour la (les) recherche(s)-action(s) : il recueille les données, les agrège afin d'analyser des tendances générales en maison médicale. Il peut également procéder à des comparaisons en fonction de différentes caractéristiques (région, taille et type de patientèle, etc.). Le travail de ce service fournit un matériel utile et nécessaire à des recherches-actions, et contribue à dépister des problèmes potentiels, à soulever des questions ; il se révèle ainsi un moteur pour la (les) recherche(s)-action(s).

Le service d'étude constitue un pôle de soutien, de logistique, de support, en apportant les outils, par exemple statistiques.

Il est également, et même surtout, un lieu de mise en relation entre le terrain et le politique en transmettant, dans les deux sens, des données utiles et pertinentes : c'est ce qui fait l'objet même de ce service, qui, dès le départ, s'est donné comme objectif d'être un appui concret au combat politique.

Le service d'études pose la question de l'utilité des données, de leur pertinence, avec un regard critique qui peut entraîner une modification des pratiques en maison médicale. Il doit, pour ce faire, s'adapter aux demandes (notamment

politiques) et s'adapter aux équipes, à la réalité du terrain.

Le service études est en lui-même un lieu de recherche-action :

- ses membres sont des acteurs du terrain ;
- il développe une stratégie de changement ;
- et une stratégie d'opérationnalité.

La Fédération des maisons médicales

La Fédération s'est créée en 1981, avec une vingtaine d'équipes, à partir d'une volonté d'investir le terrain politique. Il s'agissait de rassembler les maisons médicales, de manière à promouvoir leur type de pratique, à l'époque très peu reconnu – et même décrié. Ce mouvement, cette volonté, avaient été cristallisés par les suites de la grève des médecins en 1980, grève combattue par les maisons médicales.

La Fédération a, très rapidement, compris la nécessité d'entreprendre des démarches de recherche, et de recherche-action : promouvoir des pratiques implique de pouvoir argumenter leur pertinence, en démontrer la qualité. Un pôle (ou groupe) recherche s'est mis en place et a travaillé pendant plusieurs années, notamment avec Michel Roland.

Une première étape de recherche-action fut un travail sur les fonctions présentes ou à envisager dans un centre de santé intégré : le groupe recherche affine le concept d'équipe pluridisciplinaire, élabore une réflexion sur le mode de financement. Il en résultera en 1983 un accord avec l'INAMI pour le financement forfaitaire des soins à la capitation, et, dix ans après, un décret reconnaissant officiellement les maisons médicales et assorti de procédures d'agrément et de subsidiation qui aboutit à la reconnaissance officielle de ce modèle.

Une autre étape fut la conception d'un dossier structuré, adapté à la pratique pluridisciplinaire en soins de santé primaires – long travail qui aboutit à l'informatisation de ce dossier, aujourd'hui labellisé.

Ces travaux furent toujours réalisés en lien avec les équipes, la pratique, et, dans une très large



mesure au départ, accompagnés par des chercheurs membres du Groupement d'étude pour une réforme de la médecine (GERM).

Par la suite, une phase importante fut la recherche menée en 1991 avec l'école de santé publique de l'université libre de Bruxelles sur la prévention à la santé en maison médicale. Cette recherche a, comme nous l'avons dit ci-dessus, largement contribué à l'émergence de ce qui allait devenir Agir ensemble en prévention, programme subsidié depuis lors de façon récurrente par la Communauté française.

1994 est l'année du forum Recherche, lors duquel de nombreuses maisons médicales présentent leurs projets et les conclusions que l'on peut en tirer, localement et plus globalement.

Depuis 1999, les maisons médicales sont invitées à développer des démarches d'assurance de qualité, en prévention d'abord mais aussi en d'autres domaines, avec l'aide notamment du carnet de bord en assurance de qualité.

En 2000, un forum organisé à Natoye explore diverses questions liées à la gestion de l'information, après que le conseil d'administration de la Fédération ait mis l'accent sur le recueil d'informations en maison médicale. Les équipes s'informatisent de plus en plus, se forment au dossier santé informatisé, outil de recueil des données.

Depuis toujours, un service d'études contribue à explorer divers aspects de la pratique des maisons médicales pour les faire reconnaître au niveau politique.

La Fédération est donc traversée, dès sa création, par une démarche de recherche-action qui se décline en différents lieux, à partir de problématiques diversifiées. Cette démarche constitue une dynamique de progrès, d'adaptabilité aux contextes, d'amélioration des pratiques et de remise en question. Elle conforte ou parfois infirme nos certitudes, nos doutes, en rapport avec nos pratiques. Nous représentons en effet des pratiques (encore) alternatives ; la confrontation reste nécessaire tant entre nous que vis-à-vis de l'extérieur ou par rapport à nos objectifs ; elle est non seulement utile, mais

aussi nécessaire, du fait même du caractère alternatif de nos pratiques, de notre vision d'un système de santé et d'une politique de soins.

La recherche-action nécessite des outils, des données, des analyses ; en même temps, dans un mouvement circulaire, elle en suscite la production. Ces outils, ces données, ces analyses sont utiles pour la conduite des projets en maisons médicales et servent d'appui au pilotage et à la gestion des maisons médicales... gestion et pilotage qui constituent probablement une recherche-action en soi !

La recherche-action est en quelque sorte une colonne vertébrale et un processus continu de formation, qui apporte structure, rigueur (discipline) de vie professionnelle, de vie en équipe, en centre de santé intégré. Même si l'on ne peut considérer que la recherche-action soit en soi un moyen de gestion ou de dynamisation d'une équipe, elle aide à la structuration de nos démarches et apporte dès lors une aide précieuse aux soins de santé primaires - ce domaine où prévalent les incertitudes, les problèmes (au sens où nous abordons les soins de santé dans une démarche de résolution des problèmes plutôt que d'établissement de diagnostics) ; elle favorise la construction permanente et mutuelle d'un savoir scientifique, humain, adaptatif et opérationnel. Elle soutient la conceptualisation, toujours à promouvoir, de nos pratiques, de ce qui les fonde, de ce qu'elles permettent, de leurs perspectives, de leurs travers, de leurs contradictions, de leurs difficultés, de leurs échecs et réussites, bref, de leur développement.

La recherche-action permet de faire le pont entre soins de santé primaires et santé publique, et elle apporte dès lors un soutien nécessaire à l'élaboration d'une politique de la santé, à la santé publique en tant que science et à la santé publique au sens politique ; ceci au bénéfice des patients de maison médicale, mais aussi du public en général (voir article sur le financement en rubrique).

S'inscrire dans des démarches de recherche-action, c'est s'ouvrir à un processus dynamisant, dont les effets peuvent dépasser les objectifs visés (*side effects*) et toucher différents niveaux : personnel, local, général (Fédération, région, etc.) et global. C'est donc s'ouvrir à la

possibilité d'améliorer continuellement la qualité de nos pratiques.

On peut se demander actuellement si l'existence même des maisons médicales, la démarche de développement des centres de santé intégrés, est en soi, reste toujours, une recherche-action, explicite ou non. Et si elle veut le rester, ou le devenir, pour rester alternative, politique et orientée vers nos objectifs fondamentaux ?

Le but ultime de nos démarches de recherche-action (comme de notre travail en général) est de soigner bien sinon mieux, de répondre mieux aux besoins (plutôt que de répondre à plus de besoins), de répondre aux aspirations légitimes de la population, des patients mais aussi des soignants, en un mot de vivre bien, sinon mieux, la santé... ●