



Histoire d'une analyse institutionnelle avec l'aide d'un superviseur extérieur

Le problème de départ et son évolution

Il y a eu de nombreuses étapes dans l'analyse institutionnelle menée par La Glaise. Tout au long de ces étapes, la perception des problèmes, les moyens utilisés pour les comprendre et les résoudre, ont évolué.

● Supervision 1994-1995

L'équipe a besoin d'une assistance dans une réflexion qui est en cours autour de plusieurs aspects : le rapport entre l'investissement et le statut du travailleur dans l'équipe, l'égalité salariale, le statut (salarie ou indépendant), la différence de position sociale entre soignants et non soignants. Deux séances de supervision par Gestion assistance amènent à travailler la redéfinition des idéaux et objectifs généraux ainsi que la mise en place de la restructuration qui en découlera ; on instaure une distinction entre les réunions « de fond » et d'autres plus techniques et concrètes. En fait, l'intervention se situe à la limite entre réorganisation et analyse institutionnelle.

Des discussions ont lieu sur les méthodes de réflexion, qui diffèrent entre les secteurs médecins et infirmières. A priori les infirmières manifestent peu d'intérêt, voire craignent l'abord théorique des problématiques. Chez les médecins règne un sentiment d'envahissement par les détails du quotidien et d'invalidation dû à des débordements émotionnels provenant des infirmières.

Tous les membres s'impliquent dans la création d'une coopérative d'achat du bâtiment.

● Supervision 1995

Cette supervision a lieu suite au conflit qui paraît se cristalliser entre le secteur infirmier et principalement un généraliste. Sont pointés : chez les infirmières, des dérapages communicationnels et un manque de respect, et chez les médecins l'invalidation de la réflexion par un mode peu performant d'expression et de discus-

sion, et l'invalidation du travail médical par manque de confiance.

Deux réunions de supervision ont lieu, séparées par un travail en deux sous-groupes : les trois anciens membres de l'équipe élaborent un texte reprenant les valeurs et règles de base du fonctionnement de l'équipe (balises), tandis que les autres mettent sur papier les aspirations et attentes qui les ont amenés à travailler à la maison médicale.

Le processus met en évidence la nécessité de faire le deuil du mythe de la fusion en formalisant mieux les règles de fonctionnement, et de reconnaître le rôle des fondateurs comme garants des valeurs fondamentales en vue de la pérennité du projet.

● La période 1997- 1998

C'est celle des clarifications dans un contexte un peu plus détendu.

Les processus décisionnels sont mis à plat : les décisions importantes ne pourront se prendre que si toute l'équipe est présente, après s'être assuré que toutes les données du problème sont connues et au terme d'un débat d'idées contradictoires. Ce débat doit être mené dans un état d'esprit qui reconnaisse les compétences spécifiques en fonction du domaine concerné. Cinq niveaux décisionnels sont déterminés : individuel (niveau 1), par secteur professionnel (2), gestion courante (3), décisions de fond, engageant toute l'équipe de manière significative (4), pas de décision : réflexion conceptuelle (5).

Par ailleurs, il est décidé de tenir compte de l'ancienneté au niveau salarial, pour reconnaître le rôle et la compétence des anciens, et par souci de pérennité de l'équipe.

Mais des difficultés persistent : impression qu'on a la « main forcée » dans les processus de décision ; difficultés pour se faire entendre, même si on prend la parole ; sentiment de manque de respect, de mépris, peur de s'exprimer ; difficulté à pouvoir distinguer la critique sur le travail et les idées exprimées d'une part, et le respect de la personne d'autre part (« plus je te critique, plus je te

Patrick Jadoulle,
médecin
généraliste,
Cécile Mirel,
infirmière et
Anne
Descheemaeker,
accueillante à la
maison médicale
de La Glaise.

Mots clés :
recherche-action,
maison médicale

Histoire d'une analyse institutionnelle avec l'aide d'un superviseur extérieur

respecte ») ; problèmes d'interférence des émotions et de jugements moraux avec la prise de décision ; confusion entre expression des émotions et débat structuré. Pendant ce temps-là, l'équipe fonctionne et aborde parfois avec fruit des réflexions de fond sur l'ethnopsychiatrie, l'assurance de qualité, les projets en prévention et en promotion de la santé.

● En mai 1998

Nouvelle grosse remise en question au sein de l'équipe. Les infirmières ont à plusieurs reprises interpellé l'équipe : elles ressentent une augmentation excessive de leur charge de travail. Il leur est demandé d'objectiver le problème et de présenter leur analyse en réunion d'équipe. La présentation de ce bilan chiffré provoque de très grosses tensions entre les infirmières et les médecins, ceux-ci contestant la qualité et la validité du travail statistique et d'analyse. La semaine suivante, au moment de la réunion d'équipe, les infirmières sont en fugue, et une des infirmières fait part de sa décision de démissionner.

L'analyse du conflit tend à démontrer qu'au-delà d'un conflit interpersonnel, il s'agit beaucoup plus d'une problématique de fond inhérente au fonctionnement de l'équipe et aux processus de communication.

● La période 1998-2000

C'est celle d'un grand turn-over des accueillantes et des infirmières. Les nouveaux s'intègrent difficilement dans l'équipe, avec ses exigences et les conflits sous-jacents qui existent toujours.

Les discussions tournent autour de la difficulté de transmission du projet des anciens aux nouveaux. Les objectifs des uns et des autres sont de moins en moins superposables : on passe d'un projet de vie à un projet professionnel de qualité. En septembre 1999, une première assistante en médecine est intégrée à l'équipe. La pédiatre décide de travailler à l'hôpital et de réduire son temps de travail à la maison médicale. Un médecin s'engage dans le poste de présidence de la Fédération et diminue son temps de travail à trois jours par semaine (avril 2000).

Le recrutement est récurrent au sein des secteurs infirmier et accueil, avec notamment le licen-

ciement pénible d'un accueillant en fin de période d'essai. Plusieurs membres de l'équipe expriment leur inquiétude face aux premiers retentissements sur la qualité des soins. L'équipe décide alors de recourir à une supervision extérieure.

Le choix du superviseur ne pose pas de problèmes : tout le monde avait envie d'améliorer la situation, et s'est mis d'accord sur ce choix. Le rôle du superviseur est de faire circuler la parole et les idées, de mettre en mot des constatations, de pointer les problèmes, de tendre des pistes.

La re-définition du problème

Dans le cadre de cette supervision, l'équipe définit le problème de la manière suivante : « dégradation progressive et insidieuse du climat relationnel au sein de l'équipe, avec montée de l'agressivité et rupture de confiance ne permettant plus une communication correcte et une réflexion de qualité, et menaçant d'interférer avec la qualité du service rendu à la population ».

Les améliorations souhaitées

- maintenir et/ou préserver l'outil au niveau de la qualité des soins ;
- restaurer un confort et une qualité de vie de l'équipe et un meilleur climat relationnel ;
- rendre à nouveau possible un travail de réflexion de fond au sein de l'équipe ;
- mieux reconnaître les différentes compétences dans l'équipe.

Le processus de recherche-action

● Phase de réflexion

- première phase de réflexion par l'équipe (dernier trimestre 2000) ;
- seconde phase avec une supervision extérieure (premier semestre 2001).

Six séances de supervision ont lieu de décembre 2000 à mai 2001, intégrant les deux nouvelles



accueillantes. Les problèmes soulevés sont nombreux :

1. Il n'y a pas de hiérarchie formulée, d'où risque d'abus de pouvoir et de prise de pouvoir « sous la table ».
2. Le mythe de l'égalité n'a pas évolué, alors qu'il n'est plus réaliste.
3. Les exigences de nourrir ce mythe originel (fusion) sont trop lourdes pour les nouveaux venus : il y a risque perçu de dénaturation (morcellement) entraînant la réaction de se raccrocher à un attribut identitaire (rôle professionnel) hypertrophié d'autant, d'où blocage des échanges.
4. L'autogestion est parfois vécue comme insécurisante par manque de repères.
5. L'équipe a grandi trop vite, brûlé des étapes, ce qui n'a pas permis à chacun d'adhérer pleinement au projet.
6. Il y a une diversification sociologique, générationnelle et géographique des membres de l'équipe, avec des attentes différentes.
7. Les méconnaissances et les propos disqualifiants sont nombreux, la communication est déviante.
8. Une double insatisfaction existe : les anciens sont trop exigeants, les nouveaux jamais à la hauteur, d'où un « triangle dramatique » entre persécuteur, victime et sauveur.

Différentes propositions sont émises au cours de ce travail de supervision :

- Nommer clairement les compétences extra-professionnelles spécifiques de chacun en vue de rétablir la confiance ;
- Mieux structurer les processus décisionnels en prévoyant des phases de maturation des décisions dans des sous-groupes, avant la prise décisionnelle collective pour les questions de fond ;
- Réintroduire de la disparité et la reconnaissance des différences, et ne plus poser le postulat de l'égalité à tout prix ;
- Reconnaître aux anciens le rôle de garants des valeurs.

● Analyse et interprétation

Les troubles communicationnels vécus par l'équipe, qui se sont cristallisés entre groupes professionnels (médecins et infirmières essen-

tiellement) et autour de certaines personnes de l'équipe, sont le reflet de troubles structurels et des différences existant entre le modèle de référence des médecins et celui des infirmières.

Les troubles structurels nous amènent à décider de modifier l'organigramme. Quant aux référentiels différents entre médecins et infirmières, ils sont inhérents à leurs formations différentes sur le plan conceptuel, mais interviennent sur un champ partiellement commun : les médecins fonctionnent sur des schémas de type analyse diagnostique, hypothèses, déduction, gestion de l'incertitude... individualisme ; les infirmières sont orientées vers l'étude des besoins, les actes techniques, les « recettes », dans un cadre strict d'exécution, de subordination.

Ceci invite à plusieurs types de réflexions : quelles sont les possibilités d'échanges mutuels enrichissants ? Comment faire se rencontrer les attentes des uns et des autres ? Quelle place donner à la réflexion et à la discussion de fond dans un projet maison médicale ?

● La stratégie de changement

Le nouvel organigramme est mis en place :

- Un groupe de réflexion est installé : ce sera une instance de réflexion avec pouvoir d'interpellation. Composé de deux accueillants et de quatre médecins à sa création, il est élu pour deux ans par l'assemblée générale et se réunit deux fois par mois. Le rôle du groupe de réflexion est de prendre du recul par rapport à un problème ; il remet un rapport écrit au conseil d'administration qui décide des mesures à prendre. Il est interpellé par l'assemblée générale mais se saisit aussi spontanément de certains sujets ;
- L'assemblée générale et le conseil d'administration sont composés de toute l'équipe. Le conseil d'administration se réunit deux fois par mois ;
- Le comité de gestion, composé de deux médecins, un accueillant et un infirmier, se réunit une fois par mois ;
- Les secteurs professionnels sont définis.

D'autre part, il est décidé une sortie complète de l'égalité salariale entre médecins et infirmiers.

Histoire d'une analyse institutionnelle avec l'aide d'un superviseur extérieur

● Les effets du changement

Les discussions de fond ont pu être menées à bien sur des thèmes importants : l'égalité salariale, les relations entre non-hiérarchie et égalité salariale, le niveau de responsabilité dans l'équipe, le projet de la maison médicale, la grille d'activités par secteurs, la répartition des heures de travail entre le curatif et les autres tâches, la fonction de l'accueil, la position vis-à-vis de l'éducation permanente.

Des décisions ont été prises sur divers points techniques et organisationnels : choix du barème médecins, financement des remplacements et des congés de maladie, remise en route d'un groupe intersectoriel sur la mise en place d'une stratégie de prévention cardiovasculaire intégrée, projets de santé communautaires avec les partenaires du quartier.

● Evaluation après un an et deux ans

Une évaluation intermédiaire est faite après un an. Il en ressort que, globalement, la satisfaction est partagée : l'efficacité est plus grande et l'ambiance plus détendue, malgré quelques regrets quant aux moindres occasions d'échanges intersectoriels.

Le travail fourni par le groupe de réflexion donne satisfaction en qualité et en productivité, bien qu'il soit surtout alimenté par les anciens, tous médecins. Le secteur infirmier se sent frustré, éprouvant le sentiment d'être quelque peu mis de côté : il y a une menace de perte de cohésion. Le travail technique du comité de gestion s'avère très utile, mais on constate un excès d'autocensure et, à l'inverse, parfois un élargissement indu de son champ décisionnel.

Après deux ans, une évaluation structurée est réalisée, selon un axe quantitatif et qualitatif. L'évaluation quantitative a été réalisée sur quatre grands items. Elle a donné les résultats suivants (score de satisfaction de 1 à 5) :

- Les processus de décision (sept questions) : 3,4/5 ;
- Les rapports entre assemblée générale, groupe de réflexion et comité de gestion (sept questions) : 3,5/5 ;
- Le degré de satisfaction personnelle (six questions) : 3,8/5 ;
- Le projet d'équipe (neuf questions) : 2,9/5 ;

Ce qui aboutit à un score global de 3,4/5.

L'évaluation qualitative a mis en lumière :

- La reconnaissance du rôle d'interpellation du groupe de réflexion (vigile) ;
- Les ouvertures ponctuelles du groupe de réflexion à d'autres membres ;
- L'écolage par le comité de gestion en vue de la relève administrative ;
- La précision des tâches respectives au sein du comité de gestion ;
- La titularisation des relations avec pouvoirs subsidiaires ;
- La confirmation officielle d'un coordinateur général. ●

Située dans un quartier défavorisé de Marchienne, cette maison médicale a été créée en 1984 par quatre médecins. Auparavant s'est créée la Boutique populaire à La Glaise (en 1975), projet communautaire et global (médical, social, culturel) ; et le centre de santé mentale La Pioche (en 1979), avec lequel il existe toujours des réunions communes. En 1987, la maison médicale a engagé sa première accueillante, et, en 1989, sa première infirmière. La même année, elle passe au forfait. En 1993, une accueillante part suite à une « crise de confiance » de l'équipe envers elle. La décision est prise de rompre l'égalité salariale pour le secteur secrétariat-accueil. La patientèle active s'élevait à 1.100 personnes en 1990.



Projet Nord-Sud

La question de départ

L'équipe voulait questionner son fonctionnement, améliorer les pratiques de soins, éviter le burn-out au sein d'un projet qui tourne. Les objectifs n'étaient pas plus clairement définis ; l'équipe souhaitait vivement rencontrer des pairs travaillant dans un contexte différent. Ce souhait rejoignait un projet mené par une équipe de chercheurs universitaires de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers.

Le dispositif, les étapes, l'analyse et l'interprétation

Vous trouverez un développement de ces étapes dans le *Santé conjugulée* n°26 de 2002.

En résumé, l'Institut de médecine tropicale a organisé des échanges entre des soignants d'un centre de santé de Guinée et des soignants de la maison médicale : une observation mutuelle a ainsi eu lieu, guidé par l'équipe des chercheurs.

L'impact de la recherche-action, les stratégies de changement

Cette remise en question de l'équipe a fait beaucoup de bien à tous et n'a pas entraîné de départ de travailleur.

Différentes nouveautés ont vu le jour après cette expérience (signalons que certains membres de l'équipe ne pensent pas qu'elle en soit l'origine) :

- élaboration d'un budget prévisionnel ;
- délégation de pouvoir pour certains projets et discussion sur les valeurs de base des travailleurs ;
- mise en place d'un projet de prévention du tabagisme ;
- renforcement de la collaboration avec le réseau et notamment la maison médicale des Marolles ;
- participation à une enquête sur la justice sociale ;
- discussions avec les patients sur la société et la sécurité sociale en Belgique ; l'objectif étant la mise en place de plus d'actions ci-

toyennes avec les patients et l'identification, à ce propos, de patients-relais auprès de leurs communautés respectives ;

- réflexion autour de l'usage du téléphone en consultation ;
- projet de création d'une pharmacie de seconde main.

Les biais, les limites de la recherche-action constatés par l'équipe

- le projet formulé par l'équipe de chercheurs et leur hypothèse de départ lui ont paru un peu flous ;
- les grilles d'observation n'étaient pas accessibles à tous les acteurs et n'étaient pas assez fines ;
- la recherche se situait plus dans l'action que dans la méthodologie ;
- elle n'a eu aucun écho de ce qui s'est passé en Guinée après l'échange ;
- toute l'équipe n'était pas concernée de la même façon par le projet malgré une collaboration très étroite avec l'Institut de médecine tropicale et la maison médicale des Marolles ;
- le projet a coûté de l'argent, ce qui a créé des tensions dans l'équipe. A cet égard, un participant à l'atelier, stagiaire en éducation pour la santé à la maison médicale d'Essegheem, a signalé que cette maison médicale a initié un projet d'ouverture d'un centre de santé au Cameroun, qui continue de façon indépendante à l'heure actuelle. Ce projet a bénéficié à deux reprises de subsides de la Commission communautaire française. ●

Cette maison médicale existe depuis 1976 et travaille à l'acte. Elle se compose de sept médecins pour six équivalents temps plein, cinq accueillantes pour un équivalent temps plein, deux puéricultrices, deux infirmières, deux kinésithérapeutes et une assistante sociale. La patientèle se situe à 3.900 pour l'instant. Elle est située dans un quartier relativement peu aisé de Bruxelles.

Mots clés :
recherche-action,
maison médicale,
cultures et santé

Chantal Hoornaert,
médecin
généraliste à la
maison médicale
du Maelbeek.