

Synthèse des ateliers

Synthèse des interventions réalisées par **Marianne Prévost**, sociologue, chercheur à la Fédération des maisons médicales et **Axel Hoffman**, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune.

Paroles de recherche-acteurs

« En se mettant autour d'une problématique, on est déjà en train de construire quelque chose. »

« Le plaisir de travailler augmente lorsqu'on fait de la recherche-action, quelque chose se passe, ça enrichit la pratique, ça nous permet de prendre du recul, on écoute les patients différemment. »

« Il existe autant de projets différents en recherche-action qu'il existe de maisons médicales à la Fédération. »

« Les conflits interpersonnels dans une équipe traduisent souvent des malaises structureaux plus profonds. Nous sommes heureux de voir que ces problèmes peuvent être abordés au sein de la Fédération, dans un colloque, cela nous paraît nouveau et très important. »

« En s'engageant en maison médicale, on adhère à une charte et les recherches participent à la réalisation des objectifs stipulés dans la charte. S'engager dans ces démarches est donc une question de responsabilité professionnelle. »

« C'est bien de voir que les projets de recherche-action sont réalisables. Je suis redynamisé. »

problème, réel ou potentiel, parfois douloureusement ressenti lorsque la dynamique de l'équipe est en jeu ou lorsque les soignants ont le sentiment de ne pas bien prendre en charge leurs patients. Reconnaître qu'il y a problème n'est pas toujours facile, cela revient à admettre que l'on pourrait faire mieux, que l'on est peut-être insuffisant : dire « je ne sais pas, je dois chercher », c'est ouvrir la porte à des doutes dans un domaine qui en compte déjà beaucoup, bousculer des certitudes, l'inertie, le confort...

Partir d'un vrai questionnement : c'est dans cette position que se sont mises les équipes qui ont présenté un projet, c'est au prolongement de cette démarche que se sont livrés les participants du colloque. Issu d'une personne ou d'un secteur, ce questionnement rebondit sur d'autres membres de l'équipe, parfois sur l'ensemble de l'équipe, parfois pour longtemps.

Quel que soit le problème posé au départ, le questionnement implique en général le fonctionnement de l'équipe, ses pratiques de soins, ses compétences, la qualité de ses approches. Autrement, dit, le problème n'est pas externalisé, les équipes adoptent d'emblée, ou très vite, une position qui les implique dans la production même du problème considéré. Si elles choisissent de poursuivre la réflexion, c'est qu'elles acceptent l'idée de changer, ce qui n'est pas aisé : dans une équipe coexistent des sensibilités, des conceptions, des intérêts différents, leur prise en compte prend du temps, leur ignorance crée à plus ou moins long terme des difficultés dans la réflexion ou dans la mise en place d'un changement. Un projet « imposé » par quelques-uns aux autres membres de l'équipe capotera par le manque d'investissement de ces derniers. Les participants ont dès lors souligné la nécessité de respecter d'emblée chacun des membres de l'équipe, en créant des temps d'échange où chacun peut expliciter la façon dont il perçoit la problématique visée, exprimer ses craintes par rapport au changement ; et où les regards de chacun peuvent intervenir dans l'élaboration de la réflexion, dans la construction d'un projet de changement, du sens de ce projet. Cette mise en commun permet de reconnaître et de s'appuyer sur les compétences de chacun, compétences qui se révèlent parfois à cette occasion et peuvent insuffler un nouveau dynamisme.

Oser une question

S'engager dans une recherche-action suppose en premier lieu que l'on accepte l'existence d'un problème : tous les projets présentés dans les ateliers partent de la perception d'un



Domestiquer le temps

La tentation est parfois grande d'apporter une réponse immédiate, la première qui vient à l'esprit, ou de nier l'importance du problème, d'en remettre l'examen à plus tard... La question du temps est lancinante dans les maisons médicales, comme dans la plupart des secteurs dont la mission principale est de répondre à la demande d'une population : les intervenants sont pris par l'urgence, par le sentiment de l'urgence que renvoient les patients, par le sentiment de devoir parer au plus pressé, de ne pouvoir s'accorder le luxe d'un temps d'arrêt, d'une élaboration, d'une réflexion. Le manque de temps n'est-il pas le mal moderne d'une société plus avide de réponses rapides que de questions ? Il y a beaucoup à dire sur la richesse du temps, celui que l'on perd à vouloir en gagner... le « manque de temps » apparaît parfois comme un refuge, une raison tellement évidente et justifiée de ne pas se questionner, revoir ses priorités, changer...

Cette question du temps a été soulevée de manière récurrente et beaucoup de débats ont porté sur la manière d'allier rigueur dans l'approche et économie de temps, de moyens ; d'allier l'action à la réflexion. Déterminer les objectifs généraux et les objectifs intermédiaires, être au fait du taux de réponse que l'on peut espérer lors du lancement d'une action, avoir des indicateurs, connaître les étapes clés d'une bonne démarche (évaluation des processus), confronter la pratique à la théorie, évaluer l'impact après évaluation des processus, veiller aux retours pour les acteurs, tout cela sans oublier de prendre en considération que le thérapeute de terrain est intéressé par le résultat... la méthodologie de la recherche-action est-elle une alliée ? Peut-être, si l'on comprend bien la nécessité de chaque étape, la manière optimale de les mettre en place dans un contexte donné. Si on prend le temps...

Etablir le casting

Les échanges en atelier ont mis en évidence différents écueils et différentes manières de les éviter, rejoignant souvent les constats et les

recommandations émises par les intervenants invités. Un premier écueil est de trop élargir la problématique, de vouloir la cerner de manière exhaustive, ce qui est tentant quand on connaît la complexité des choses : où mettre la limite lorsqu'on refuse le simplisme des solutions toutes faites ? Comment ne pas se perdre dans le recueil d'informations intéressantes certes, mais dont l'analyse sera longue et coûteuse, et dont on ne sait en fin de compte peut-être pas que faire ?

Equilibre délicat, qui interpelle la position que prennent des chercheurs extérieurs parfois invités à accompagner un projet : il est essentiel que ces chercheurs s'impliquent dans la problématique qui leur est proposée, imbriquent leurs réflexions dans l'action, apportent une méthodologie sans oublier les réalités du contexte et les limites de la question, ne « tirent » pas les acteurs vers une position plus proche de la recherche fondamentale que de la recherche-action.

La situation est différente lorsque c'est un nouveau venu qui interroge l'équipe : plusieurs recherches-actions ont été initiées par des assistants, des jeunes médecins qui, découvrant l'écart existant entre la théorie et la pratique, tentent de comprendre le sens de cet écart, voire de mieux harmoniser théorie et pratique. Ces initiateurs ont un regard neuf, tout en faisant intégralement partie de l'équipe. Ils représentent souvent un apport important, prenant d'emblée une posture de chercheur-acteur et de transmetteur, puisque leur travail doit aboutir à un rapport dont la rigueur sera soumise à l'examen d'autres regards extérieurs.

Pour deux équipes (La Glaise et Maelbeek), c'est un tiers qui a permis de préciser les problèmes vécus. S'il s'agit de changements institutionnels, il vaut mieux employer un superviseur externe qui n'a pas de lien affectif dans l'équipe. Dans ces différents cas, la création d'un cadre permettant la négociation entre acteurs et chercheurs est un moment indispensable pour que se crée un consensus définissant les rôles et limites de chacun.

On a beaucoup parlé de la richesse des regards croisés - ceux des membres de l'équipe, mais aussi ceux d'acteurs extérieurs à l'équipe :

lorsque le problème initial dépasse l'activité médicale, certains acteurs sont des partenaires « naturels » avec lesquels il importe de construire dès le départ un référentiel commun. Mais la richesse des regards croisés peut produire de nouveaux écueils : le réseau politique ou universitaire peut, par son intervention, donner une ampleur inattendue au projet, et en déposséder la maison médicale qui perd le contrôle et devient un intervenant parmi d'autres ; à un niveau plus local, comment avancer à plusieurs sans se perdre dans des discussions infinies, sans s'égarer dans le partage de tout, dans le « tout le monde fait tout » ? Encore une fois, en définissant un cadre, un processus, des rôles différents : les projets les plus porteurs semblent ceux où se structurent différents niveaux d'intervention. Ainsi, si l'ensemble de l'équipe et des partenaires doit être impliqué dans la réflexion de départ, dans la construction de la problématique et dans la négociation d'un référentiel commun, les rôles peuvent être ensuite répartis : un sous-groupe peut devenir moteur, coordinateur, responsable de l'avancement du projet - sans « perdre l'équipe en cours de route » : à chaque étape sont organisés des temps d'échange, de bilans

communs, qui favoriseront le partage de nouveaux questionnements.

Ce processus est facilité lorsque l'équipe s'est organisée de manière à ce que chaque travailleur puisse se consacrer à des tâches autres que le curatif. Cette manière de s'organiser permet d'éviter la lenteur ou le manque de rigueur des projets, qui surgissent inévitablement si l'on ne peut y consacrer que le temps qui reste après le curatif : « il y a des redites, on perd le fil... finalement, on perd du temps à force de ne pas se donner un temps structuré ».

Un processus continu, bouclé et semé d'obstacles

Comment bien comprendre un problème, comment en analyser toutes les facettes sans s'engager dans un processus trop long qui essouffle les énergies ?

L'équilibre entre la recherche et l'action nécessite d'avancer par étapes, par « boucles courtes » qui ne dissocient pas les processus de recherche et d'action. Il n'est pas forcément nécessaire de collecter, avant d'agir, un très grand nombre de données : une première investigation, même relativement limitée, peut permettre d'agir pour autant que l'on conçoive l'action comme produisant par elle-même de nouvelles connaissances qui permettront de réévaluer le problème, de mieux le cerner, d'enrichir et de réorienter la prochaine étape d'action... qui produira elle-même de nouvelles connaissances... Dans ce sens, on peut dire que la recherche-action est un processus continu ; c'est une méthode qui permet d'avancer tout en prenant une position de doute, de remise en question. Certains projets ont bien illustré cette manière d'avancer, en montrant aussi l'intérêt de concevoir des méthodes et des outils qui servent à la fois l'action, l'évaluation, la recherche.

Comment traduire la recherche en action ? Pourquoi dans certains cas la phase de recherche n'aboutit-elle pas à une action ? Une fois de plus, ceci soulève la question de temps : si le groupe moteur court-circuite certaines étapes pour « aller plus vite », les autres membres de





l'équipe ne peuvent s'approprier la problématique, ce qui renforce la difficulté d'intégrer l'intérêt et la nécessité de modifier certaines pratiques. Surgissent alors des cercles vicieux : face à une équipe qui ne s'implique pas, le groupe moteur se décourage, propose des changements non réalistes ou dont l'intérêt n'est pas compris, le projet se heurte à des résistances, piétine ou tombe dans l'oubli...

Les traces écrites sont utiles : écrire oblige à structurer, à articuler les différentes étapes d'un projet, à en retrouver la cohérence. Ecrire, du temps perdu ou gagné ?

La question de la participation de la population est essentielle. D'une manière générale, les groupes constatent qu'il est difficile d'impliquer la population ciblée, même si c'est à partir des interpellations de celle-ci que le projet a vu le jour, même si l'on a travaillé à l'impliquer à chaque étape de la recherche-action. C'est entre autre en constatant que « la prévention n'est une priorité pour personne » que l'on peut comprendre cette difficulté. Les objectifs proposés à la population doivent être clairs (une équipe décrit un « blocage » de plusieurs années lié à sa volonté de créer un comité de patients sans objectif clair) ; la délégation et l'utilisation de personnes relais apportent une dynamique non négligeable. Il faut aussi affronter des obstacles triviaux, par exemple le choix du moment de la rencontre des participants au projet : trouver un horaire qui convient à chacun est généralement impossible, faut-il faire les animations à des temps différents... Pour tout projet de santé communautaire, il est primordial de toujours en revenir à l'analyse des besoins des patients, de toujours réorienter le projet d'équipe sur le patient.

La prise en compte des orientations générales de la politique de santé ne doit pas être négligée : une équipe rapporte l'arrêt d'une campagne de prévention du cancer du sein parce qu'elle faisait double emploi avec une campagne régionale.

Le manque d'outils d'évaluation a été évoqué comme un frein à la poursuite d'une recherche-action. Une première barrière à franchir est d'ordre psychologique : pour une personne comme pour une équipe, il n'est pas confortable d'accepter le regard d'un autre sur son travail. L'évaluation est difficile aussi quand les objectifs sont peu clairs, mal explicités ou trop

ambitieux : les exprimer d'une manière précise, limitée, opérationnelle, quantifiable, est une première nécessité pour évaluer.

La Fédération des maisons médicales ne propose pas d'outils-recettes mais offre une méthodologie qui permet de construire des indicateurs pertinents et adaptés aux objectifs et aux critères de qualité (tableau de bord, questionnaires, focus groups, indicateurs validés, outils statistiques).

Transmettre et recevoir

La recherche-action n'est pas une activité solitaire : ses effets peuvent rejaillir sur le tissu local, nourrir d'autres équipes ou encore constituer un investissement pour le travail futur de l'équipe elle-même.

La « transversalité » n'est pas encore profondément ancrée dans les mœurs, et pourtant la recherche-action implique souvent de travailler avec le réseau qui a des ressources que nous n'avons pas, en terme de temps à consacrer à un projet, en terme de regards différents. La maison médicale à Forest en donne un « bon exemple » : elle a été à l'origine de la création de différentes associations, une école d'alphabétisation, une école de devoirs, la mission locale de Forest.

A chaque fois, l'équipe de la maison médicale est partie des besoins de la population, en établissant un diagnostic communautaire, et a créé une petite structure capable de répondre à ces besoins. La structure s'est développée, a pris de l'importance et acquis son autonomie avec un fonctionnement propre et un financement adapté. L'indépendance de ces structures est telle que les membres nouvellement arrivés à la maison médicale de Forest ignorent souvent que ces projets y ont été initiés.

Qu'en est-il de la reproductibilité, qui semble en principe inhérente à la recherche-action ? Sont pointées ici les difficultés de reproduire ce qui a été fait ailleurs : « ça ne marche pas chez nous, notre population est différente, ce n'est pas la même équipe... ». Certains participants se sont étonnés de voir une équipe mener une longue recherche sans chercher à tirer les enseignements d'autres expériences, à employer des outils déjà validés ; d'autres ont

expliqué qu'ils avaient tenté de reproduire une expérience mais n'avaient pu le faire avec succès, faute d'être dans les mêmes conditions. On est ici encore dans une question de transmission, de mémoire, d'évaluation, de traces : pour « définir les conditions de reproductibilité », il faut bien préciser les différentes étapes d'une expérience, les difficultés par lesquelles elle est passée, les facteurs qui lui ont permis d'aboutir : ce n'est qu'à partir de cette analyse que d'autres acteurs pourront s'approprier ce qui est faisable dans leur contexte et adapter cette expérience à leur réalité propre.

Sans doute faut-il se mettre dès le départ dans une position d'innovateur qui souhaite transmettre, qui a conscience de pouvoir apporter une richesse à d'autres. Cette position semble se prendre plus facilement de manière interne. Ainsi, certaines équipes identifient ce qu'une expérience dans un domaine particulier peut leur apporter dans d'autres domaines : la recherche-action permet de renforcer les connaissances, les compétences de l'équipe, et le temps passé sur un projet permet d'aller plus vite, et mieux, dans d'autres actions. Ce temps potentiellement gagné peut être un critère de choix d'une priorité : choisir de s'attaquer de manière approfondie à un problème dont la résolution aura des effets multiplicateurs sur d'autres domaines. Exemples : des procédures adéquates mises en place à l'occasion d'une recherche-action sur une vaccination peuvent être adaptées à une autre activité préventive ; des groupes de parole avec les patients peuvent faciliter la compréhension du vécu de certains problèmes par la population et faciliter le dialogue.

Les acquis se heurtent à un autre écueil : comment tenir le cap lorsque la composition de l'équipe change, lorsque s'y intègrent de nouvelles personnes ? On sait à quel point la transmission est difficile : il faut trouver le temps mais aussi se donner les moyens de transmettre le sens d'un projet qui dure parfois depuis longtemps, qui est parti d'un problème dont la physionomie a changé, dont on n'arrive plus à retracer l'évolution, dont on a peut-être soi-même perdu le fil. Ici encore surgit la nécessité d'un responsable, garant du sens du projet, de sa mémoire, de ses circonvolutions aussi : si les objectifs de départ se sont transfor-

més, il importe de comprendre le sens de cette transformation.

La dimension politique

La dimension politique semble absente de cette première journée du colloque, ce qui a suscité la remarque de certains participants. Pourtant, si la recherche-action est une méthodologie, ce n'est pas n'importe laquelle : elle part de l'idée d'intervenir sur la réalité, de produire du changement. Le chercheur-acteur s'implique, se met dans une position de non-sachant, s'expose aux risques du regard de l'autre, cherche à éclairer la compréhension d'une situation sans se dispenser d'agir... ce qui implique qu'il s'en réfère à un certain nombre de valeurs qu'il traduit en action.

L'objectif du colloque était plutôt de renforcer les capacités de réfléchir et d'agir de manière efficace, en supposant que les référentiels idéologiques vont dans le bon sens (...) et en espérant que cela fasse avancer la cause : l'analyse des problèmes de santé et de leurs causes conduit forcément à une remise en question du système de santé et donc du système politique. La recherche-action est donc un moyen au service d'une fin, et l'usage que nous en faisons est orienté par le projet politique du mouvement des maisons médicales (exposé en de nombreuses autres pages de *Santé conjugulée* et dont nous reparlerons dans le prochain numéro qui présentera une actualisation de la charte des maisons médicales, ndlr). ●

Remerciements aux

- *animateurs* : Pierre Arnoldy, Véronique Du Parc, Natacha Carrion, Chantal Dumortier, Mima De Flores, Ariane Simon.
- *rapporteurs* : Roseline Antoine, Michel Boutsen (UNMS), Isabelle Dechamps, Jean Goossens, Geneviève Gyselinx, Bruno Nantcho, Sabine Renier, Nicky Soultatos, Léandre Vanda, Anne Wézel.