

Enquête sur la satisfaction des patients

Travail de
Delphine Lancel,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Santé plurielle et
présenté par **Jean
Laperche**,
médecin
généraliste à la
maison médicale
de Barvaux.

La question de départ : les patients sont-ils satisfaits de la maison médicale ?

C'est une assistante en médecine générale qui a souhaité creuser cette question : elle éprouvait une frustration due au peu de retour que lui renvoyaient les patients sur ce qu'ils éprouvaient à l'égard des soins offerts par la maison médicale. Le sujet lui semblait peu investigué malgré son intérêt central : la satisfaction des patients, si elle est difficile à objectiver et à mesurer, est un paramètre de la qualité des soins largement reconnu, un patient satisfait ayant une meilleure adhésion au traitement.

Investiguer cette question permet de :

- évaluer la qualité des consultations ;
- améliorer l'adhésion au traitement ;
- identifier des changements susceptibles d'améliorer l'organisation des soins pour le patient.

Le dispositif de recherche

Le médecin assistant a proposé à l'équipe de consacrer son travail de fin d'études à la satisfaction des patients. Cette équipe avait déjà réalisé une enquête il y a quelques années, modifié certains aspects d'organisation suite aux résultats observés, et était motivée à prolonger sa réflexion. Le médecin assistant a réalisé l'étude avec l'aide de l'équipe, tout en continuant ses activités habituelles. Les résultats ont été présentés et discutés en équipe ; des modifications sont en cours à la maison médicale, dont le médecin assistant ne fait plus partie actuellement.

* ; *EUROpean task on patient evaluation of general practice.*

La méthodologie

Une enquête a été faite durant trois semaines (février 2004) auprès de tous les patients consultant ou vus à domicile : un questionnaire leur a été remis par les trois infirmières, les deux kinésithérapeutes, les trois médecins généralistes et les deux assistantes

Mots clés :
*recherche-action,
médecine générale,
participation des usagers*

en médecine générale. Certains patients ont rempli le questionnaire sur place, d'autres l'ont renvoyé par courrier.

Les critères d'inclusion des patients étaient :

- être âgé de plus de quinze ans ;
- comprendre le français, l'anglais ou l'espagnol ;
- être déjà venu plus de trois fois à la maison médicale.

L'outil d'enquête est un questionnaire, rédigé à partir du questionnaire EUROPEP*, instrument standardisé, valide, fiable et d'utilisation facile. Ceci a permis de comparer les résultats des patients de la maison médicale Santé Plurielle avec les résultats des autres patients belges francophones repris dans l'étude EUROPEP. Etant donné la diversité de population de la maison médicale Santé Plurielle, la formulation des questions a été simplifiée, afin qu'un maximum de personnes puisse y répondre ; certaines questions ont également été ajoutées. Le questionnaire comporte vingt-trois propositions relatives à cinq domaines distincts : relation et communication, soins médicaux, informations, continuité et accessibilité des soins. Quatre niveaux de satisfaction, symbolisés par un diagramme, sont proposés aux patients. Les réponses sont, pour l'analyse, catégorisées de la manière suivante : très insatisfaits, insatisfaits, satisfaits, très satisfaits (plus une catégorie « non applicable »).

Le questionnaire a été traduit en anglais, espagnol et arabe. Deux cent quarante-deux questionnaires ont été distribués aux patients.

Les résultats

Cent quarante-trois questionnaires ont été rendus complétés et interprétables (59,09 %). L'âge moyen des répondants est de 52,5 ans ; 59 % d'entre eux sont de sexe féminin. Le niveau de satisfaction est élevé (autour des 80 %) pour la majorité des items, essentiellement ceux qui concernent la relation et la communication, par exemple :

- Le soignant vous consacre assez de temps pendant la consultation ;
- Le soignant porte assez d'intérêt à votre



situation personnelle ;

- Le soignant vous met à l'aise pour parler de vos problèmes ;
- Le soignant tient compte de votre avis pour les décisions concernant vos soins médicaux ;
- Le soignant vous écoute ;
- Le soignant respecte la confidentialité de votre dossier au sein de l'équipe et par rapport à votre entourage.

Sept questions révèlent un niveau de satisfaction moins élevé. Quatre d'entre elles portent sur l'accessibilité :

- Vos symptômes sont rapidement soulagés ;
- Le soignant vous informe de la prévention des maladies ;
- Le soignant se préoccupe de votre état de santé quand vous êtes à l'hôpital ;
- Vous avez la possibilité de prendre un rendez-vous à un moment qui vous convient ;
- Vous acceptez que votre soignant ait des coups de téléphone pendant votre consultation ;
- La durée d'attente dans la salle d'attente est acceptable ;
- Le soignant répond rapidement aux urgences pendant la nuit, la soirée et le week-end.

Les résultats obtenus pour la maison médicale sont assez comparables aux résultats obtenus pour l'étude EUROPEP francophone. Le niveau de satisfaction par rapport à la durée d'attente est toutefois nettement plus élevé à la maison médicale, probablement parce que les consultations se donnent sur rendez-vous ; cette option a été prise par l'équipe suite à une enquête réalisée il y a quelques années.

Les pistes de changement

Les résultats ont été présentés et discutés en équipe. Plusieurs questions ont été soulevées, tout d'abord un certain doute quant au niveau élevé de satisfaction exprimé par les patients.

A cet égard, bien que l'outil ait été validé, l'équipe s'est demandé si l'enquête par questionnaire est vraiment une bonne méthode (les

patients osent-ils vraiment dire ce qu'ils pensent malgré le caractère anonyme du questionnaire ? Ont-ils vraiment pris le temps de réfléchir au sens de la question avant de répondre qu'ils étaient satisfaits ? Les patients insatisfaits ont-ils répondu ? Ont-ils suffisamment confiance en la maison médicale pour croire qu'en répondant à ces questions, leur participation serait prise au sérieux et que l'équipe en tiendrait compte pour modifier sa façon de travailler ?). Une limite claire, c'est que les répondants sont par définition abonnés à la maison médicale, ce qui laisse supposer qu'ils sont suffisamment satisfaits. Les patients désabonnés n'ont pas été contactés ; quelles sont les causes de leur désabonnement ?

Un point intéressant : bien que le score d'insatisfaction le plus élevé soit atteint par la question : « vos symptômes sont rapidement soulagés » le niveau de satisfaction globale reste très élevé - aussi élevé que pour les questions se rapportant à la relation et à la communication avec le soignant. La satisfaction du patient est donc peut-être plus liée au temps qu'on lui consacre, à l'intérêt qu'on lui porte, à l'écoute, au respect, qu'au soulagement des symptômes...

L'enquête a permis de pointer des aspects critiques, des points sur lesquels les patients sont relativement insatisfaits, ce qui donne des éléments pour agir. L'équipe s'est réunie plusieurs fois et a travaillé sur les aspects les plus sensibles, à l'aide du cycle d'assurance de qualité.

Elle a reconnu le bien-fondé des éléments d'insatisfaction exprimés - à l'exception de la durée d'attente en salle d'attente, qu'elle estime faible sauf dans des cas exceptionnels imprévisibles.

Les pistes de changement suivantes ont été définies et travaillées :

- améliorer les explications données aux patients en ce qui concerne le pronostic, le traitement, la prévention, le soulagement des symptômes : par le dialogue, par des articles de prévention dans le feuillet de liaison (journal des patients), des informations en salle d'attente ; et par la remise de feuillets aux patients ;
- améliorer le lien avec le patient hospitalisé : en utilisant la feuille de liaison avec l'hôpi-

tal, en désignant une personne responsable d'aller à l'hôpital, en rappelant aux patients (via le feuillet de liaison) de contacter la maison médicale lorsqu'ils sont hospitalisés ;

- augmenter l'offre de rendez-vous, à côté des consultations libres ; élargir les plages de consultations (à discuter par secteur) ; ventiler les plages de consultations libres selon les saisons (en prévoir plus pendant l'hiver) ;
- en cas d'appel téléphonique lorsqu'un médecin consulte : ne pas laisser sonner plus de trois fois s'il ne répond pas (les autres secteurs doivent encore préciser une ligne de conduite) ;
- déplacements pendant les gardes : les médecins ont parfois tendance à juger la visite inutile, et à la refuser sans dialoguer suffisamment avec les patients. L'équipe a élaboré un guide d'entretien sous forme d'arbre de décision : ceci permet de préciser la demande, d'inviter éventuellement le patient à résoudre le problème ou à venir en consultation. Dans tous les cas, la décision de venir ou non en visite se fait en consensus, avec accord explicite du patient. ●

Bibliographie

Enquête sur la satisfaction des patients à la maison médicale Santé Plurielle, Delphine Lancel, Travail de fin d'études, DES en médecine générale, UCL-CUMG, 2003-2004. Private Payers, « HCFA adopting surveys as quality measure », Hosp Peer Review, 1993 ; 18 :140-4.

La maison médicale Santé plurielle fut créée en 1993. Elle se situe à Saint-Gilles à Bruxelles ; elle fonctionne au forfait. Sa patientèle de 2.000 patients est cosmopolite, avec une communauté hispanophone importante. La composition de l'équipe (au moment de l'étude) : trois infirmières, deux kinésithérapeutes, trois médecins généralistes, deux assistants en médecine générale, trois accueillants.



La participation des patients, conçue par les usagers et les travailleurs

Cette équipe a, très vite après sa création, mis sur pied le Forum Santé, association mixte usagers-travailleurs qui organise des activités pour promouvoir la santé au sens large.

● La question de départ et son évolution

En 99-2000, l'équipe et l'association ont constaté que la participation aux activités collectives proposées par Forum-Santé est relativement faible. Les usagers seraient-ils passifs, ne veulent-ils pas prendre leur santé en main ? Comment améliorer leur participation, quelles nouvelles activités proposer ?

Cette problématique a progressivement été intégrée dans un questionnaire plus large, portant sur les relations des patients avec la maison médicale, et sur leur participation à la vie sociale : il semblait en effet plus pertinent d'envisager la participation aux activités de Forum Santé dans ce contexte global que de manière isolée.

● Le dispositif de la recherche-action, la méthode

En 2001, une enquête a été élaborée par Forum Santé avec l'aide de chercheurs extérieurs. Elle s'est faite d'une part par questionnaire auprès de 10% des patients sélectionnés au hasard ; d'autre part, par entretiens en face à face auprès de quinze patients vivant dans des situations de précarité.

Ce travail a nécessité deux ans de préparation et deux ans pour l'analyse des résultats, avec un aller-retour d'informations entre les différents partenaires. Il a été présenté dans le *Santé conjugulée* n°28 de juillet 2004, nous n'en reprendrons donc ici que certains aspects.

● Les résultats de l'enquête

Les patients sont dans l'ensemble assez satisfaits de leurs relations avec les soignants, mais certains ont le sentiment de n'avoir pas grand chose à dire dans le cadre de la consultation, ou de ne pas pouvoir exercer une influence directe sur leur santé. La majorité n'a pas d'activité associative. Enfin, si 80% connaissent l'existence de Forum Santé, très peu participent

aux activités : elles ne correspondent pas à ce qu'ils souhaitent, ils ne se sentent pas concernés, ils ont des difficultés à se mobiliser...

● L'impact de l'enquête : nouveaux questionnements et réorientations

Ces résultats ont ébranlé Forum Santé. L'association a une influence sur l'équipe et sur un petit nombre de patients, mais est en quelque sorte ignorée par la grande majorité... ; elle s'est interrogée quant à sa légitimité au titre de représentant des usagers et a décidé de faire appel à une psychologue pour travailler ces questions et évaluer son fonctionnement.

La maison médicale a par ailleurs engagé une seconde assistante sociale. Celle-ci jouera un rôle d'information plus important auprès des usagers et effectuera des suivis individuels : les entretiens ont en effet montré que les patients précarisés expriment avant tout des besoins dans ce domaine et, par ailleurs, nécessitent un accompagnement avant de pouvoir envisager la participation à une activité collective. ●

*Jean Laperche,
médecin
généraliste à la
maison médicale
de Barvaux.*

Créée en 1978, la maison médicale de Barvaux a opté pour le paiement au forfait depuis le 1 octobre 1999. Elle se compose de quatre équivalents temps plein médecins, 1,5 équivalents temps plein infirmière, 1,8 équivalents temps plein kinésithérapie, deux accueillantes et une assistante sociale à mi-temps (qui renforce l'accueil, mais se consacre surtout à l'accompagnement et à la structuration des projets de l'association des patients). Population inscrite début 2003 : 2456 patients.

Mots clés :
*recherche-action,
médecine générale,
participation des usagers*

Réorientation des pratiques pour mieux répondre aux besoins des patients défavorisés ?

Jean Laperche,
médecin
généraliste à la
maison médicale
de Barvaux.

(1) Heremans P.,
Deccache A.,
Prévention,
médecine
générale et
milieux
défavorisés,
Séminaire
européen du 23
au 25 octobre
1997, Bruxelles,
UCL-RESO.

(2) *Le plus
vexant, c'est que
cette publication
avait été rédigée
pour la
préparation et les
actes d'un
colloque
européen à
l'université
catholique de
Louvain en 1997
- et qu'un des
médecins de la
maison médicale
de Barvaux
faisait partie des
organismes et
des
participants...
Comme quoi,
quand on a le nez
sur la vitre...*

La problématique de départ

A la fin de l'année 2002, dans le prolongement d'une supervision d'équipe, la maison médicale de Barvaux a souhaité identifier les attentes et les besoins de changements souhaités par chacun de ses membres. Une longue liste a été établie ensemble, ce qui a fait surgir des idées très diverses, regroupées ensuite en quatre niveaux :

- Le niveau « maison médicale en tant qu'institution » : une meilleure répartition de la charge de travail, le développement de la santé communautaire, une meilleure connaissance de la patientèle consultante, la gestion des rendez-vous...
- Le niveau « équipe des soignants » : plus de solidarité, un climat de sécurité affective, la satisfaction au travail, le respect de son identité ...
- Le niveau « secteur professionnel » - secteur des médecins : la reconnaissance, le titulariat des patients, l'organisation des gardes de jour, l'encadrement de l'assistant, la disponibilité des médecins.
- Le niveau personnel : la satisfaction au travail, le besoin de reconnaissance.

La question d'une meilleure connaissance de la patientèle a été retenue en priorité, et rediscutée en équipe début 2003. Cette question a été précisée, reformulée de la manière suivante : « comment répondre à nos difficultés avec les patients défavorisés ? ». Les soignants avaient en effet l'impression d'avoir « beaucoup » plus de patients de ce type depuis le passage au forfait en 1999, et d'être un peu débordés.

cela veut dire combien ? Y a-t-il réellement beaucoup de patients défavorisés parmi la patientèle, ou bien cette perception subjective recouvre-t-elle d'autres réalités, une sensation de surcharge liée à d'autres facteurs ?

L'objectif intermédiaire devenait donc la recherche d'une information nouvelle : combien y a-t-il de patients du quart-monde parmi la patientèle ? Et dès lors, comment définir un patient, une famille « du quart-monde » ?

Le premier essai d'identification des patients défavorisés s'est fait à partir des codes mutuels : sur 2.450 inscrits, 3,6 % avaient un code 101/101, correspondant à la catégorie BIM (bénéficiaire de l'intervention majorée), c'est-à-dire des assurés préférentiels avec faibles revenus. Aux yeux de l'équipe, ce chiffre sous-estimait la réalité.

Comment dès lors mieux apprécier le taux réel ? La première étape a été d'identifier les critères selon lesquels une famille peut être définie comme appartenant au « quart-monde ».

Des experts ont été sollicités, issus de la Fédération des maisons médicales (chercheurs du programme d'Agir ensemble en prévention) et des universités ; il s'est avéré que la définition et les critères sont variables ; certains préfèrent parler de fragilités sociales qui s'additionnent, le terme « quart-monde » est plutôt un terme militant... La littérature a également été consultée : les articles sont abondants et les critères utilisés souvent partiels : logements insalubres, revenus insuffisants, difficultés culturelles, etc. Une publication belge relativement récente proposait des critères d'identification plus spécifiques¹, avec une revue de la littérature : bingo !² Les chercheurs y proposent des critères pertinents en médecine générale et estiment que la présence durable d'au moins deux de ces critères permet de définir une population défavorisée, ou fragilisée. Les critères sont les suivants :

- fragilités des revenus : inférieurs ou équivalents au minimex. C'est difficile à objectiver ;
- fragilité du logement, de l'environnement :

Mots clés :
recherche-action,
précarité,
participation
des usagers

Analyse de la situation

Avant d'aller plus loin, il est apparu utile d'objectiver cette impression : beaucoup,



- insalubrité, hygiène déficiente, manière de se nourrir, de consommer tabac et alcool, aspect extérieur, animaux domestiques envahissants... c'est aussi difficile à objectiver ;
- niveau d'instruction faible : niveau école primaire ou moins et structuration mentale insuffisante, déstructuration ; incapacité à se projeter dans le futur : pas de projet à moyen terme, pas de prévention pour la santé, prédominance d'autres priorités immédiates ;
 - fragilité des liens familiaux ou sociaux : conflits, séparations, isolement ;
 - sous-cultures différentes, ou même contradictoires avec la culture médicale moderne : (exemple : « Etre en bonne santé = être gros ») ;
 - fragilité de l'emploi : précaire ou absent ; et inexistence d'accès au chômage en cas de non-emploi ;
 - fragilité de la santé physique et psychosociale, avec des antécédents graves : placement en home, séjours en prison, antécédents psychiatriques graves, toxicomanies, viols, etc ;
 - contradictions des demandes : problèmes de santé graves et demandes de soins pour « des bêtises » : non-perception de l'importance des problèmes et demandes pressantes et irrationnelles. Tout ceci demande aux soignants beaucoup de temps, d'écoute, d'énergie personnelle. Un indice de ces attitudes contradictoires et erratiques est que ces patients ne sont pas toujours en ordre de mutuelle et changent facilement de soignant (ceci semble toutefois moins vrai dans les structures travaillant au forfait).

La deuxième étape a été d'appliquer ces critères et de compter le nombre de familles qui y correspondent.

Cent dix-neuf familles furent tirées au hasard, soit un échantillon de 10 % des familles inscrites à la maison médicales. La situation sociale de ces familles fut appréciée par toute l'équipe sur base des six critères cités ci-dessus.

Cette analyse a produit les résultats suivants pour les cent dix-neuf familles :

Fragilités connues	Nombre	% de familles
0	72	60 %
1	11	9 %
2	8	7 %
3	9	8 %
4 et +	7	6 %
Situation inconnue :	12	10 %

Cette analyse montre que

- Les situations sociales et les fragilités de 90 % des familles sont bien connues par l'équipe des soignants. Les 10 % dont la situation est mal connue sont des familles déjà inscrites, mais qui ne consultent pas ; ce qui signifie, soit qu'elles ont déménagé dès après leur inscription (peu probable) ; soit qu'elles ne sont pas précarisées (il est en effet établi que les familles précarisées ont de multiples problèmes et consultent beaucoup).
- Il y a peu ou pas de fragilités pour 69 % des familles de l'échantillon (+ les 10 % non connues ?)
- La population réellement précarisée, selon l'approche par critères définis ci-dessus, représente 21 % de la patientèle :
 - deux ou trois fragilités = 15 % de la patientèle, soit les trois-quarts des patients fragilisés ;
 - quatre et plus = 6 % de la patientèle, qui souffrent donc d'une grande fragilité.

Conclusion : 20 % de nos patients présentent au moins deux fragilités, ce qui les apparente à ce qui est généralement considéré comme « le quart-monde ». Parmi ceux-ci, un quart vivent des situations de grande pauvreté.

Ces chiffres sont interpellants. 21 %, ce n'est pas rien et ce n'est pas tout. Ce taux est perçu par les soignants comme très crédible, rencontrant leur perception subjective. Cette information est pertinente pour la suite de la réflexion et des actions.

Les pistes de changements

Cette recherche-action a permis d'initier des changements importants dans le travail de l'équipe ; celle-ci poursuit la réflexion, à son rythme. Un travail en sous-groupes est mené autour de différentes questions, notamment : quelles difficultés, quelles richesses chacun rencontre-t-il dans les soins aux patients dits du « quart-monde » ?

Par ailleurs, une recherche complémentaire a été réalisée par deux chercheurs extérieurs de la Fédération des maisons médicales, qui ont interviewé en face à face une quinzaine de patients précarisés. Cette étude donne des éléments de réponse à la question évoquée ci-dessus et indique la manière dont ces patients perçoivent et apprécient le fonctionnement de la maison médicale.

Enfin, plusieurs actions concrètes ont été mises en place :

- mise en place d'un groupe de patients fumeurs précarisés ;
- rencontre avec un assistant social du ministère des Affaires sociales pour être mieux informés des aides sociales existantes ;
- initiatives de collaborations avec les services sociaux de la commune ;
- engagement d'une seconde assistante sociale pour le suivi individuel des patients référés par un thérapeute de l'équipe ;
- rencontre avec des associations locales : resto du cœur, maison communautaire, CPAS ;
- et ce n'est pas fini...

Les réflexions de l'équipe se poursuivront ultérieurement autour d'autres questions : comment entendre les demandes des familles précarisées ? Où sont leurs priorités de survie ? Quelles structurations dans l'offre de nos services (ces familles sont majoritairement soignées par les médecins-femmes de la maison médicale) ? Comment éventuellement réorienter les services de la maison médicale ? ●



Les attentes des patients

Le point de départ : que souhaitent les patients ?

Au sein de l'équipe de la maison médicale Kattebroek, il existe un groupe prévention, constitué de manière pluridisciplinaire. Ce groupe prévention a souhaité ébaucher un nouveau projet qui devait :

- toucher toutes les communautés ethniques installées dans les quartiers aux alentours de la maison médicale ;
- être basé sur leurs préoccupations quotidiennes, partir de leurs besoins ;
- déboucher sur des actions tangibles impliquant la participation des patients.

A partir de cette réflexion, l'équipe a souhaité rencontrer des patients afin de mieux comprendre leurs préoccupations concrètes, leurs attentes, leurs besoins, de manière à mieux travailler ensemble, être plus efficace dans les actions.

Méthodologie et dispositif de la recherche-action

L'encadrement méthodologique a été assuré par un chercheur de la Fédération des maisons médicales ; le carnet de bord a aidé à structurer le projet.

La technique de récolte d'information choisie a été le focus-groupe. Il s'agissait de rassembler un certain nombre de personnes, pour quelques rencontres visant à les laisser s'exprimer de manière non-dirigée sur leurs attentes par rapport à la maison médicale, leurs préoccupations quotidiennes, etc. Les focus-groupe ont été menés dans un lieu neutre : le Centre culturel, proche de la maison médicale, avec des animateurs extérieurs. Deux rencontres ont paru suffisantes, au vu de l'information récoltée, pour réorienter certaines pratiques de l'équipe.

L'échantillon : l'option prise a été de se centrer sur les femmes (elles jouent un rôle central au niveau de la santé de la famille), ayant au moins deux enfants (dont un ayant entre trois et dix ans) ; ceci afin de favoriser l'émergence de questions, de problèmes communs. Un échantil-

lon de quarante femmes a été tiré au sort. Les caractéristiques de cet échantillon sont les suivantes :

- des femmes disponibles la journée ;
- avec deux enfants (dont l'âge de l'un se situerait entre trois ans et dix ans) ;
- groupes ethniques représentatifs des différents quartiers autour de la maison médicale ;
- qui parlent français ;
- qui sont susceptibles de venir au focus-groupe (pas de grosse prise en charge familiale).

La procédure de contact : les quarante femmes ont été contactées soit par téléphone, soit par contact direct, suivi d'un courrier ou entretien téléphonique pour confirmation des dates.

Les résultats des rencontres

La première rencontre a mobilisé treize femmes sur les quarante (malgré un travail de contact intensif). La deuxième rencontre a mobilisé six femmes, dont deux nouvelles. La plupart des femmes étaient maghrébines.

Ces femmes ont exprimé un sentiment très positif par rapport à la maison médicale, et ont signalé qu'elles préfèrent avoir leur propre médecin (un médecin référent). Elles ignoraient la présence dans la maison médicale, de l'assistante sociale et de l'acupuncteur.

Elles ont identifié plusieurs problématiques vis-à-vis des enfants, qui leur tiennent à cœur : alimentation, éducation, scolarité, rapports d'autorité. La question de l'énurésie des enfants a été largement soulevée : l'échange leur a permis de réaliser, avec plaisir et étonnement, qu'elles n'étaient pas seules à vivre ce problème difficile à résoudre et délicat, parce qu'il suscite de la honte et de nombreuses difficultés pratiques.

Elles ont également exprimé des difficultés, des expériences mal vécues dans leurs relations avec les hôpitaux et avec les médecins de garde.

Elles ont par ailleurs fait état d'un sentiment de mal-être, de difficultés psychologiques personnelles. Tout en reconnaissant

Brigitte Meire,
infirmière à la
maison médicale
Kattebroek.

Mots clés :
recherche-action,
maison médicale,
participation des
usagers

le soutien apporté par le médecin généraliste à cet égard, elles situaient les limites de son rôle et souhaitaient pouvoir consulter un psychologue à la maison médicale.

Enfin, elles ont manifesté le souhait que des spécialistes (notamment dentiste) complètent l'équipe de la maison médicale.

Ajoutons que ces femmes ont été très heureuses de pouvoir se rencontrer, échanger, entendre l'expérience et les solutions que certaines avaient trouvées face à leurs problèmes.

Les changements, les réorientations

Les réflexions, les besoins exprimés par ces femmes lors des focus-groupes ont permis de réorienter certaines axes de travail, de proposer de nouvelles activités :

- une psychologue a pu être engagée grâce à des subsides apportés par la Commission communautaire française. Cette psychologue réalise un travail individuel et communautaire : groupe de parole destiné aux parents de familles monoparentales, groupe destiné aux adolescents, ce qui répond bien aux besoins exprimés par les patientes ;
- le journal de la maison médicale a fait paraître un article d'information sur les services offerts par la maison médicale, notamment l'acupuncture et le service social auxquels les personnes portent un certain intérêt ;
- deux séances d'information sur l'énurésie ont eu lieu ; elles ont été animées par un médecin et la psychologue ;
- d'autres préoccupations exprimées, telles que l'alimentation, la scolarité, les rapports avec les hôpitaux feront ultérieurement l'objet d'activités ciblées. ●

La maison médicale Kattebroek se situe à Berchem Sainte Agathe. C'est un centre qui fonctionne en équipe pluridisciplinaire et a choisi de travailler au forfait. Quatre accueillantes (deux et demi équivalents temps plein) côtoient quatre médecins, deux kinésithérapeutes, tous presque temps plein, une assistante sociale et un psychologue, ainsi que trois dentistes et deux infirmières pour un équivalent et demi temps plein. La population inscrite se situe autour de 2.300 personnes ; elle se compose en majorité de familles dont la moyenne d'âge est assez jeune et qui sont originaires du Maghreb, d'Afrique noire, d'Europe. La maison médicale a la volonté de travailler en réseau avec tous les acteurs psychomédicosociaux qui se trouvent sur le terrain afin d'élaborer un diagnostic communautaire.



La création d'un réseau d'échanges de savoir : « La Boussole »

La problématique de départ

L'équipe de la maison médicale Antenne Tournesol a été interpellé par le problème de la solitude, souvent exprimé par certains patients, particulièrement chez ceux qui expriment des sentiments dépressifs. Ce problème touche des patients déjà défavorisés ou fragilisés, et apparaît grave : il peut avoir beaucoup de répercussions négatives sur la vie des gens, et il interagit avec d'autres problèmes : par exemple le stress, l'alimentation, la violence, la dépression.

La démarche de recherche-action

Avant d'entamer un projet, l'équipe a travaillé sur la présentation de cas de personnes présentant des problèmes psychosociaux ; ces échanges ont permis de récolter des témoignages et confirmé la place et l'importance de la solitude dans le contexte de vie de ces patients. Ils ont également permis d'identifier les difficultés récurrentes exprimées par les patients, difficultés que les soignants ont l'impression de ne pas prendre suffisamment en charge parce qu'ils ne savent pas comment y répondre. Enfin, il est apparu qu'un grand nombre de patients expriment une demande (explicite ou non) face à leurs problèmes de solitude.

Ensuite, plusieurs stratégies d'action ont été envisagées :

- créer un groupe de patients parlant la même langue, afin qu'ils échangent des idées pour remédier eux-mêmes à leurs problèmes. Cette méthode n'a pas été suivie, plusieurs membres de l'équipe estimant que les gens ne viendraient pas, comme le montrent des expériences déjà faites ailleurs ;
- faire une enquête par questionnaire auprès des patients pour approfondir leur vision du problème, leurs suggestions de remédiation ; cette méthode a aussi été abandonnée, parce

que cela semblait trop long, l'équipe ne voyait pas bien comment toucher les patients, quel échantillon considérer, ni comment procéder : beaucoup de patients ne savent pas lire ou ne comprennent pas bien le français.

Il est apparu plus pertinent de consulter d'abord les professionnels du quartier. Une première tentative a été faite, par questionnaire distribué dans le cadre des réunions de la coordination sociale existante. Il y a eu très peu de retours : les intervenants manquaient de temps, le questionnaire ne leur semblait pas clair, les questions posées ne leur « parlaient » pas.

La démarche d'enquête a été retravaillée en équipe, avec l'aide d'un chercheur de la Fédération des maisons médicales. Certaines étapes du carnet de bord en assurance de qualité ont été utilisées pour soutenir la réflexion. Suite à cet échange, l'assistante sociale chargée de la santé communautaire a rencontré tous les intervenants du quartier : cela a permis de faire mieux comprendre le but de la recherche, de mieux comprendre la perception de ces intervenants, les ressources qu'ils ont, et aussi de leur expliquer les objectifs et les modes de travail de la maison médicale. Trois problèmes majeurs sont ressortis de cette enquête : le surendettement, le logement et la solitude. Les résultats de cette enquête ont ensuite été présentés et discutés avec l'équipe de la maison médicale, et il est apparu faisable et réaliste de se pencher sur le problème de la solitude.

La stratégie d'action : un réseau d'échange des savoirs

L'idée de mettre sur pied un réseau d'échange des savoirs avait déjà été émise auparavant par certains membres de l'équipe. Les échanges avec le terrain et les discussions en équipe ont confirmé la pertinence d'un tel projet : il permettrait d'aborder les patients de manière positive, à partir des ressources qu'ils ont, qu'ils peuvent proposer à d'autres. Partir d'une idée négative :

Elisabeth Martin,
assistante sociale
à la maison
médicale Antenne
Tournesol .

Mots clés :
recherche-action,
maison médicale,
santé communautaire

La création d'un réseau d'échanges de savoir : « La Boussole »

« la solitude », semblait moins bien adaptée à l'optique du travail communautaire.

Ces discussions en équipe ont aussi permis de mieux cerner l'objectif du projet et dès lors, les indicateurs d'évaluation : diminuer le nombre de consultations vis-à-vis de personnes souffrant surtout de solitude, est-ce un objectif en soi ou plutôt un critère d'évaluation ? Fait-on une recherche-action pour diminuer la souffrance des médecins ou des patients ?

L'assistante sociale s'est ensuite informée auprès des associations de Jette pour savoir si ce genre de projet existait déjà sur la commune – afin de ne pas mettre sur pied un projet qui ferait double emploi. La réponse étant négative, elle a entamé la mise en place du réseau.

Elle a alors contacté la coordinatrice des réseaux d'échange des savoirs et quelques animateurs de réseaux, pour savoir comment fonctionnent les différents réseaux existants, leurs objectifs, leur histoire, la population visée, ... Ces intervenants ont témoigné des effets positifs d'un réseau d'échange de savoirs : se découvrir capable d'apprendre et de transmettre ses savoirs donne confiance en soi et permet de construire des expériences positives d'apprentissage. Dans les réseaux d'échange des savoirs, il s'agit bien de partir des compétences des gens, de ce qu'ils savent faire : c'est une démarche positive par laquelle on tente de remédier à quelque chose qui est à la base vu comme négatif (la souffrance face à la solitude). Ces rencontres ont confirmé que ce genre de projet pourrait fonctionner.

Les étapes de mise en place

Les médecins ont réalisé une liste des patients susceptibles d'être intéressés par le projet. Lors des consultations, ils ont parlé du projet aux patients figurant sur cette liste. En parallèle, l'assistante sociale contactait par téléphone les patients n'ayant pas de rendez-vous avec le médecin dans la semaine à venir, afin de leur expliquer le projet.

Si les patients étaient intéressés, les membres de l'équipe les plus proches du patient les adressaient à l'assistante sociale pour prendre

un rendez-vous à la maison médicale ou éventuellement à domicile. Cela a permis de rencontrer le vrai public cible (malgré tout l'aspect subjectif de leur sélection) et aussi de dégager des axes de travail parmi lesquels l'équipe a pu définir des priorités.

Parallèlement, pour toucher les gens du quartier, l'assistante sociale a informé les associations de Jette de l'existence du projet, par le biais d'une affiche et d'un petit dépliant explicatif à donner aux gens intéressés.

Le bilan du projet

Lors de sa présentation au colloque de mai, la mise en place du réseau n'en était qu'au tout début. Depuis lors, il existe effectivement : en septembre 2004, seize personnes y participent, plusieurs échanges ont lieu : en informatique, en conversation anglaise, en cuisine (via courriel) ; une table de conversation française est organisée, avec des participants de la maison de quartier. Deux échanges n'ont pas continué : histoire de l'art et création de bijoux.

Trois évaluations en équipe sont prévues chaque année ; la dernière a eu lieu en mai, et l'équipe était satisfaite. La fiche d'inscription a été améliorée, précisant certaines informations nécessaires pour bien orienter les demandes d'échange, et demandant à la personne pourquoi elle désire participer à ce réseau (cela permettra de mieux mesurer sa satisfaction).

En septembre ont été organisées deux réunions avec d'autres réseaux bruxellois, centrées sur les échanges en langues. La première a réuni les offreurs et une personne ressource de la Maison de la francité, afin qu'ils partagent leurs expériences et les méthodes qu'ils utilisent pour transmettre leurs savoirs. La deuxième a réuni offreurs et demandeurs. Un goûter « Savoirs insolites » est prévu pour octobre, adressé aux participants qui n'ont pas encore eu l'occasion d'échanger le savoir proposé ; ils auront ainsi l'occasion de présenter leurs savoirs aux autres.

Un site internet des réseaux d'échanges de savoirs de Belgique est en création. ●



La maison médicale Antenne Tournesol est située à Jette à Bruxelles, existe depuis trois ans et travaille au forfait. En octobre 2004, sa patientèle compte environ 900 personnes.

L'équipe comporte huit travailleurs : trois médecins généralistes, un kinésithérapeute, un accueillant, un secrétaire, une infirmière, une assistante sociale chargée de développer la santé communautaire.

Habitat, environnement et santé

*Sophie Ruart,
infirmière en
santé
communautaire à
la maison
médicale Espace
Santé.*

La question de départ

Au cours de ces dernières années, l'équipe de la maison médicale Espace Santé s'est réunie afin de mettre en évidence les problèmes prioritaires. Suite à cette analyse, est apparue la récurrence de certaines pathologies pouvant avoir un lien avec l'habitat et l'environnement : asthme, allergies, affections respiratoires chroniques.

L'équipe s'est dès lors intéressée à cette problématique, et a constaté qu'il n'existe pas dans la province, de service d'analyse des milieux intérieurs (ambulance verte) comme il en existe ailleurs. Elle a alors mis sur pied un début de projet, consistant à préciser la problématique telle qu'elle se présente dans sa patientèle.

L'analyse de la situation : une approche en deux temps

L'infirmière chargée de la santé communautaire a proposé aux familles concernées de visiter leur domicile et s'est rendue chez celles qui le souhaitaient. Cette démarche a permis de mettre en évidence les éléments suivants :

- il existe une demande auprès du public cible ;
- il y a, dans les maisons observées, des facteurs d'environnement (acariens, moisissures, habitat humide) de nature à provoquer ou aggraver les différents symptômes présentés.

Suite à ces constats, l'équipe a rencontré différents partenaires concernés :

- l'échevine de la Santé d'Ottignies ;
- le Dr Nicolas, responsable des Services d'analyse des milieux intérieurs (SAMI) à Liège et Namur ;
- Mme Vanderslagmolen de la Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Éducation à la Santé (FARES), qui collabore avec l'Institut bruxellois de gestion de l'environnement, qui a créé une ambulance verte en collaboration avec d'autres institutions ;

- L'asbl Hector, travaillant sur la problématique des liens entre la santé et l'environnement.

Les visites à domicile, ainsi que ces

différentes rencontres, ont mis en évidence la pertinence pour la maison médicale de travailler dans le domaine de la santé environnementale, en collaboration avec différents partenaires. L'équipe a également constaté la nécessité de se former en la matière afin de répondre au mieux aux besoins des patients.

Un groupe de pilotage a été créé, avec plusieurs partenaires intéressés et certaines personnes ressources. Ceci est d'autant plus important lorsqu'à partir des résultats du projet, il y a une interpellation ou sensibilisation des pouvoirs politiques.

L'étape suivante, qui débute actuellement consiste à re-visiter les familles vues lors de la première phase et à analyser de manière approfondie les habitats, avec le soutien d'un expert, le Dr Nicolas. Une dizaine de visites sont prévues. Ces visites ont été préparées, un guide d'entretien a été réalisé.

Ces deuxième visites poursuivent plusieurs objectifs :

- Au niveau des familles :
 - détecter les sources de pollution pouvant déboucher sur des problèmes de santé ;
 - envisager avec elles les moyens pouvant être mis en oeuvre pour remédier à ces problèmes : les aider à mieux appréhender leur mode de vie et son impact sur l'habitat (utilisation des solvants, problèmes d'humidité) ; aider les personnes allergiques à limiter l'exposition aux allergènes (acariens, composés organiques volatiles-COV)
- Au niveau des politiques locales :
 - objectiver au mieux les besoins existant en province du Brabant wallon auprès des responsables politiques locaux, afin de stimuler la réflexion sur la création d'un service d'analyse des milieux intérieurs ;
 - susciter la collaboration des autres praticiens (spécialistes et non-spécialistes).

Planification

Les visites de l'habitat sont prévues de septembre 2004 à décembre. Elles seront précédées par plusieurs démarches :

Mots clés :
*recherche-action,
médecine générale,
environnement*



- identification du public ;
- prise de contact ;
- formation du personnel de la maison médicale pour les visites à domicile ;
- évaluation et suivi des patients.
- réalisation d'un rapport reprenant l'ensemble de la démarche.

Une rencontre aura ensuite lieu avec les pouvoirs politiques sur base de ce rapport.

Difficultés/questions

- Difficultés liées à l'échantillonnage et au résultat d'un questionnaire qui était incomplet, pas clair et où les réponses étaient induites. Il est essentiel de bien expliquer le contexte de la recherche et à quoi cela va servir, cela induit moins de peur ;
- Problème lié à l'encodage dans le logiciel Pricare. Le programme n'a pas permis de lister correctement les familles concernées. Bémol : il y a aussi des réticences de certaines personnes à utiliser l'outil informatique... ●

Cette équipe de dix personnes a été créée il y a cinq ans et travaille au forfait. Installée à Ottignies, elle a une patientèle de 1550 personnes, mixte en termes socioculturels et représentant trente nationalités ; cette diversité est en grande partie due à sa proximité avec l'université de Louvain-La-Neuve, fréquentée par de nombreux étudiants étrangers.

Le Ramadan, impact en médecine générale

Naima Bouali,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.

M^{me} Bouali a réalisé un mémoire sur l'impact du Ramadan en médecine générale. Elle s'est basée sur une recherche large dans la littérature et sur son expérience personnelle. Il ne s'agit donc pas ici d'une recherche-action mais d'une réflexion sur un sujet qui touche de nombreux patients des maisons médicales et susceptible de nourrir une recherche-action ultérieure. Son exposé a été publié dans *Santé conjugulée* numéro 26, octobre 2003, pages 17 à 23. ●

Mots clés :
recherche-action,
médecine générale,
cultures et santé

Créée en 1972, la maison médicale Norman Bethune accueille chaque année environ 2.800 patients, dont 10-15 % de belges et 85-90 % de personnes représentant soixante nationalités différentes, en grande majorité de confession musulmane. Implantée à Molenbeek (Bruxelles), l'équipe se compose actuellement de trois médecins, deux kinésithérapeutes, deux assistantes sociales, deux accueillantes salariées et plusieurs accueillantes bénévoles, deux dentistes et un orthodontiste. Ces professionnels sont eux-mêmes de différentes origines (belge, marocaine, bulgare, malgache, congolaise).