

QU'EN PENSENT LES USAGERS DES MAISONS MÉDICALES ?

Interroger les usagers nous a permis de mieux penser nos projets de formations au métier d'accueillante et de mieux comprendre ce qui le caractérise. Le *care* nous paraît pertinent pour conceptualiser leurs discours au sujet des pratiques d'accueil.

Martin Cauchie, chargé de recherche pour le Groupe Accueil de la Fédération des maisons médicales (GAF).

Une douzaine d'entretiens collectifs d'usagers ont nourri cette analyse. Si l'expérience de l'accueil est profondément subjective et personnelle, il est néanmoins possible de déduire de leur vécu, leurs représentations et leurs attentes certains déterminants récurrents qui le caractérisent. Ces déterminants ont été discutés au travers de plusieurs dimensions.

Le genre et le métier d'accueil

« C'est plus naturel pour les femmes d'être accueillantes. » Des usagers affirment que les femmes seraient plus enclines à exercer un métier relationnel et social : « L'empathie d'un homme n'est pas la même que celle d'une femme », « Côté écoute, elles sont de nature plus aptes que les hommes ». Il serait donc mieux d'être une femme pour faire de l'accueil ? Un usager : « Non, on peut être un homme et avoir des qualités féminines »¹. Le concept de genre en sciences sociales renvoie au caractère construit de nos représentations naturalisées du masculin et du féminin, contribuant ainsi à les déconstruire pour pouvoir en considérer les dimensions culturellement ancrées, illustrées ici par les discours des usagers. Le genre caractériserait nos manières d'accueillir et les savoir-être qui y sont associés. Ces catégories de perception s'imposent d'ordinaire à nous comme allant de soi.

La question de la formation et des compétences d'accueil

La première dimension nous amène à une considération (peut-être plus problématique) de la deuxième : « C'est un don, avoir envie d'aider les gens, d'être là. Cela ne s'apprend pas, on est apprenti menuisier, mais pas apprenti humain », « Les accueillantes n'ont pas besoin de formation, mais de qualités humaines ! ». Au-delà des remarques moins fréquentes du type « Il devrait y avoir des échanges de pratique » ou « Il faudrait leur donner des canevas de situation type, faire des jeux de rôle », savoir « être à l'écoute » et « développer des compétences d'attention, de lecture sociale de la salle d'attente et de ce qui s'y passe pour créer du lien », ce sont surtout, conformément aux compétences que l'on rattache à la question du genre précitée, des savoir-être dont découlent des savoir-faire : « C'est plus une histoire de caractère que de compétence, c'est comme être commerçant, il y en a qui ont ça dans le sang ».

Les relations entre l'accueil et le corps médical

L'accueil, « c'est un lien entre nous et le médecin, cela contribue au fait qu'on n'est pas un cas parmi d'autres ». « Ce que j'apprécie, c'est leur réunion du vendredi, du fait que tout le monde y participe, cela fait fonctionner un tout cohérent à tous niveaux ». Pour faire de l'accueil « il faut une place à part en-

1. « Rappelons que si ce caractère 'féminin' de l'accueil est aujourd'hui un lieu commun, au XIX^e siècle c'était au contraire l'évidence du caractère masculin du travail 'd'accueil' qui l'emportait : les femmes étaient censées être par nature trop 'nerveuses' ou 'timides' pour pouvoir faire face au public. ».

Y. Siblot, « Contrainte et ambivalence du travail d'accueil du public », in *Informations sociales* n°158, 2010/2, CNAF.

tière dans l'équipe, car il ne faut pas être que le petit chaînon du début ou de la fin ». Les liens qu'entretient le secteur accueil avec le reste de l'équipe seraient d'un apport pertinent pour faire de l'accueil un moment de qualité au sens de l'utilisateur.

La qualité de l'information à l'accueil

Certains usagers sont dérangés à l'idée que l'accueil se mêle, jusqu'à un certain degré, de leur prise en charge : « *Moi c'est le médecin que je préfère pour avoir les infos* ». À l'inverse, d'autres diront : « *Je préfère qu'elles sachent à l'accueil, elles ne me font pas attendre, elles savent me donner les infos et résultats médicaux dont j'ai besoin* », « *Les résultats, que ce soit l'accueillante ou le médecin cela ne change rien, du moment que je sais ce que je dois faire* ». L'accueillante informe les usagers sur leur santé, fait de la prévention « ciblée » et commu-

Les espaces d'accueil illustrent aussi une philosophie du soin et du travail médico-social.

nique de manière spécifique en fonction du degré de connaissance qu'elle développe au sujet de l'utilisateur. Cette cohésion autour d'une prise en charge et d'une mission commune peut générer des malentendus pour l'utilisateur et gagnerait à être précisée de manière plus systématique pour s'adapter au mieux à ses attentes.

Les liens entre lieu et accueil : de la santé communautaire ?

L'espace d'accueil diffère considérablement d'une maison médicale à l'autre. Salle d'attente distincte ou non du bureau d'accueil, filmée ou non, séparée ou non par une vitre ou par une porte. L'accueil, et ce en quoi il est aussi un lieu, se révèle dans des notions imprécises et peu standardisées. Pour certains usagers il se situe aussi en dehors des murs ou sur les places avoisinant la maison médicale, où prennent forme des animations ou des activités communautaires. Il peut s'étendre à la vie de quartier : « *Je retrouve souvent une des accueillantes dans une sandwicherie et on discute* ». C'est aussi un lieu où on est reconnu, accueilli avec du café, écouté, considéré : « *Je sais qu'on ne me fermera pas la porte, je peux y parler de plein de choses. Combien de temps je n'ai pas passé à l'accueil à me sentir mieux juste en étant là !* », « *Quand on prend un*

rendez-vous ici, à l'accueil, on peut raconter un peu qui on est, ce qu'on devient, et ça, dans aucun autre lieu on ne peut encore le faire ». Les espaces d'accueil illustrent aussi une philosophie du soin et du travail médico-social : « *Je passe la porte de la salle d'attente, et les accueillantes savent directement comment je vais. Évidemment c'est agréable. Là où j'étais avant, il y avait une vitre qui nous séparait, il n'y avait pas cette dimension familiale, un espace aménagé et chaleureux. Et le rapport entre médecin et accueillante était beaucoup plus distant* ».

Le lieu est apprécié conformément à une pluralité de logiques, reflétant différents imaginaires de ce qui peut qualifier un espace d'accueil adéquat, en cohérence avec une certaine représentation du soin et de son institutionnalisation. Certains vont privilégier la sécurité à la proximité, le confort d'un espace d'attente séparé ou l'apport communautaire d'un espace mixte. D'autres le préfèrent ouvert ou compartimenté à l'image des limites du travail et des responsabilités de chacun. Les dispositifs tels que la vitre, la sonnette à l'entrée et la caméra de surveillance peuvent être alors autant valorisés que décriés, car ils mettent à mal la qualité des échanges informels que l'on peut avoir à l'accueil. Certaines accueillantes intègrent ou contournent les déterminants du lieu : « *On dirait qu'elle est entourée d'une cloison imaginaire, c'est comme si elle ne nous voyait pas* ». Inversement, d'autres se donnent beaucoup de mal pour déjouer certaines logiques architecturales, parfois bien réelles, pour aller vers les usagers, les prendre à part et leur consacrer un temps privilégié.

L'accueil est-il un acteur de santé et/ou de soin à part entière ?

« *L'accueil, du soin ? Non ! La santé c'est diagnostic, pronostic, symptômes et tout ça.* » Ce qui semble avant tout faire soin pour l'utilisateur, à l'accueil ou dans ses interactions avec l'accueillante, c'est l'opportunité de sortir de la solitude : « *Je vis seul et ici je trouve une écoute à tous les niveaux, c'est vraiment plus facile pour moi d'aller chez le médecin quand je suis accueilli de la sorte* », « *Je suis veuve et ici les accueillantes me soutiennent dans ma solitude* ». Le simple fait d'être reconnu, nommé et écouté de manière singulière est l'action (effective ou non) la plus essentielle qui nous a été rapportée. Selon une grande majorité des usagers interrogés : « *On peut tous prendre*

soin les uns des autres sauf qu'on ne le fait plus assez », « À l'accueil ils prennent des nouvelles plus longuement, cela fait qu'on se sent moins seul et ça fait partie d'un tout qui soigne ! », « C'est comme un rôle d'accompagnement bienveillant », « L'accueillante reconnaît notre voix au téléphone et retient notre nom, c'est important pour moi, cela me rassure beaucoup ».

Les tâches et les responsabilités de l'accueillante

« Je suis dépressive et à l'accueil elles m'aident d'emblée et savent comment s'y prendre avec moi. » Au-delà de la dimension administrative, l'accueil c'est aussi « l'ordre, la propreté, le calme et l'aménagement de la salle d'attente ». Il faut « rapporter à l'équipe ce qui se passe à l'accueil pour qu'il y ait une circularité de l'information dans les deux sens ». C'est « savoir faciliter l'accessibilité des soins, créer des rapports huilés entre médecin et usager », « créer du lien » et pour ce faire « savoir sortir des règles et du cadre pour mener à bien une prise en charge ». « L'accueil, c'est le professionnalisme de l'attention à l'autre, elles s'adaptent pour mettre les gens à l'aise en fonction des personnes pour créer une relation de confiance ».

Comme le lieu, les actions et les tâches se situent aussi en dehors des murs. « L'accueillante est venue me voir à l'hôpital, ça a été très important pour moi. » Est-ce à elle d'entreprendre de telles démarches ? « Ce n'est pas leur rôle a priori de prendre soin de nous, pourtant ça fait du bien. » Cela relève-t-il de leur responsabilité ? « Non, je pense que c'est leur cœur qui parle », « C'est un 'plus' et c'est déjà du soin pour moi ». Pourrait-on imaginer organiser ces espaces, les préserver ou les favoriser et en faire une responsabilité de l'accueillante ? Pour certains, c'est oui : « On pourrait imaginer que ce soit aussi le rôle de l'accueil ». Pour d'autres, c'est moins évident : « Cela n'a aucun sens, pourquoi vouloir cadrer tout cela ? ».

Le travail du care à l'épreuve des imaginaires

La relation d'accueil en maison médicale est foncièrement ambivalente et ne peut par conséquent s'évaluer de façon standardisée, dans des termes figés ou dans des logiques de qualité normatives, sans prendre la peine d'aller questionner sur le terrain les bénéficiaires. Elle est en perpétuelle négociation et redéfini-

tion et résulte d'une série de mises en tension avec le public et l'équipe dans laquelle elle prend place. Le fait que les compétences d'accueil soient peu identifiées formellement dévalorise en quelque sorte le métier. Les qualités d'accueil seraient inhérentes à la personne, ce qui ne met pas en lumière le travail de formation et d'auto-évaluation constant dans lequel les accueillantes sont pourtant bien engagées.

Aux yeux des usagers, le sens et la valeur de l'accueil dépendent pour beaucoup du statut et du soutien que l'équipe accorde au secteur. Ils nous invitent en outre à ne pas considérer les tâches du métier d'accueil indépendamment de la responsabilité collective dans laquelle cette division symbolique du travail s'inscrit a priori. L'accueil est pourtant souvent pensé comme étant à la marge de la prise en charge, en amont et en aval du soin, confiné dans des responsabilités déliées d'une mission de santé globale et communautaire. La marge de l'institution, s'il en est, comme le dit A. Ciccone « est le lieu primordial du soin, parce que le soin suppose une rencontre [...], la marge n'est pas une simple frontière elle est un espace : intermédiaire, intersubjectif, interdisciplinaire et potentiellement dynamique dans ses apports pour l'usager en termes de soin, sinon en termes de 'consolidation' »².

Car, à l'accueil, peuvent avoir lieu des dynamiques de reconnaissance par lesquelles on existe socialement, en étant simplement entendu comme auteur d'un projet et d'une histoire. Les plus démunis ne peuvent plus trouver dans les institutions sociales traditionnelles des espaces privilégiés où déposer leur récit d'existence³. Rares sont devenus les lieux de libération de la parole et, partant, de restitution de la visibilité des visages qui portent ces voix. Être fragilisé, c'est aussi se découvrir « sans voix », non parce que sa voix est devenue muette, mais parce qu'elle ne trouve aucune structure auditive pour la prendre en considération, la faire entrer dans le domaine de l'audible. La précarité sociale et médicale efface l'avenir de la personne

A l'accueil, peuvent avoir lieu des dynamiques de reconnaissance par lesquelles on existe socialement.

2. A. Ciccone, *Aux frontières de la psychanalyse, soins psychique et transdisciplinarité*, Paris, 2018.
3. Voir V. Dubois, « Une institution redéfinie par ses usage(s) ? Sur quelques pratiques du guichet dans les CAF » in *Recherches et Prévisions*, n°45, septembre 1996.
4. G. Le Blanc, *L'invisibilité sociale*, PUF, 2009.
5. Campagne Tam Tam, Bruxelles, 27 février 2018.
6. M. Breviglieri « L'horizon de ne plus habiter et l'absence du maintien de soi en public » in D. Céfai et I. Joseph, *L'héritage du pragmatisme, conflit d'urbanité et épreuve de civisme*, La Découverte, 2002.
7. L. Pattaroni, « Le care est-il institutionnalisable, quand la politique du care é mousses son éthique » in P. Paperman et S. Laugier, *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, EHESS, 2011.

« Le geste de sollicitude tend à n'être évaluable que par celui qui le reçoit. »

en situation de précarité parce qu'elle l'enlise et lui interdit toute projection d'elle-même⁴. La maladie génère souvent des pertes d'emploi, ce qui accentue l'isolement social, favorise le développement de problèmes psychiques et augmente le taux de mortalité prématurée, comme le rappelait M. Roland⁵, l'un des créateurs du mouvement des maisons médicales. L'accueil pallie de surcroît ce type de problèmes, crée de la proximité qui permet à l'usager de retrouver une « assise familiale », lui assurant un « maintien de soi »⁶.

Le concept du *care* nous semble approprié pour rendre compte de cette dimension soignante de l'accueil. « *Compris comme travail, c'est la tâche consistant à prendre soin de soi et des autres [...]. On se rend surtout compte de son importance en son absence et on en a le plus particulièrement besoin quand on ne peut pas l'offrir en retour. [...] Si la convenance d'un geste doit être jugée par un tiers, ce dernier doit pouvoir s'appuyer sur base d'un repère partagé qui fournira l'aune de l'évaluation.* »⁷ Autrement dit, « *le geste devient responsabilité, car il répond plus largement à des attendus stabilisés conventionnellement* », évalués auprès des bénéficiaires et cela est primordial : « *Le geste de sollicitude tend à n'être évaluable que par celui qui le reçoit* »⁸. Pour tendre vers une reconnaissance du travail du *care*, le rendre substantiel, le conceptualiser, il faut écouter ceux qui en on fait l'expérience. Ces remarques nous font considérablement penser à celles de C. Rogers, grand penseur des approches psychodynamiques qui s'apparentent pour beaucoup au travail du *care*. Il semble évident que les relations d'aide efficaces ont leur spécificité : « *Ces caractéristiques spécifiques concernent essentiellement les attitudes de la personne qui aide, d'un côté* », mais surtout « *la perception de la relation par celle qui est aidée, de l'autre* »⁹.

Les concepts ne décrivent pas la réalité, mais ils permettent de découper, relier et construire des données empiriques. Comme le souligne G. Canguilhem, « *ce que les malades expriment dans les concepts usuels, ce n'est pas directement leur expérience, mais leur interprétation d'une expérience*

pour laquelle ils sont dépourvus de concepts adéquats »¹⁰. Pourtant si cher aux yeux des usagers et de leur santé subjective, le *care* perdrait toute son authenticité et son efficacité s'il s'agissait de le formaliser. Rien d'étonnant si l'on en croit les remarques de la spécialiste P. Molinier : « *pour être efficace, le travail de care doit s'effacer, de son invisibilité dépend son succès, car il s'agit de dissimuler les efforts que cela comporte pour parvenir au résultat souhaité* »¹¹. Ceci expliquerait pourquoi des usagers refusent de soutenir la formalisation de ces pratiques d'attention, au sens où cela dénaturaliserait l'authenticité du geste. L'essentialisation, le fait de naturaliser le travail du *care* en une essence prétendument féminine, reste prégnante dans l'imaginaire des usagers. Celle-ci œuvre encore d'ailleurs en ces termes – du moins non sans ambiguïté – comme une éthique qualifiée de « féminine » libérée du « patriarcat occidental » dominant, chez certains fondateurs de cette pensée¹².

Cependant, nous sommes convaincus, comme l'énonce Pattaroni, qu'une éventuelle reconnaissance du travail du *care* « *implique une délimitation pragmatique et normative des gestes du care* », et doit passer par la prise en compte de l'interprétation des bénéficiaires pour faire « *apparaître sous un jour nouveau ce qui peut être un bon et un mauvais care* ». Le *care* ou l'absence de *care* n'est en rien naturel, mais incarne un construit culturel sur lequel nous pouvons agir. Le travail de reconnaissance et de formalisation des savoirs doit se prolonger pour coconstruire ces savoirs et en penser les enseignements. Le développement de la fonction d'accueil nécessiterait entre autres une formation spécifique sur le *care*, un financement adéquat, et surtout un travail continu auprès des équipes ainsi sans doute qu'un changement de mentalité dans la population. M. Van Dormael le mentionnait déjà en 1981 dans ses évaluations du modèle des maisons médicales¹³. Les attentes des usagers méritent d'être prises au sérieux dans ce processus d'institutionnalisation des savoirs. Il s'agit de questionner leur expérience de malade pour, espérons-le, rendre légitime ce travail du « prendre soin », agir sur les imaginaires et les mentalités qui ne font pas toujours honneur à cette dimension du métier de l'accueillante, pourtant éminemment cruciale pour le maintien d'une santé globale. ■

4, 5, 6, 7. Voir les notes à la page précédente.

8. L. Pattaroni, op. cit.

9. C. Rogers,

Le développement de la personne, Dunod-

InterEdition, 2005 (1961).

10. G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Quadrige, 2003 (1954).

11. P. Molinier, « Le care à l'épreuve du travail, vulnérabilité croisées et savoir-faire discrets »

in P. Paperman et S. Laugier, op. cit.

12. C. Gilligan, « Une voix différente, un regard prospectif à partir du passé » in P. Paperman et S. Laugier, op. cit.

13. M. Van Dormael « Le centre de santé intégré et les maisons médicales, jalons pour les soins de santé primaires », in *Cahiers du GERM* n°152, décembre 1982.