

CLARIFIER SON MODÈLE DE SANTÉ

Les maisons médicales affirment souvent cette volonté de prise en charge transdisciplinaire, intégrée et globale. Mais qu'est-ce que cela implique pour la pratique de chaque organisation, et comment évaluer cette ambition ?

Grégory Meurant, assistant social à la maison médicale Cité Santé (Laeken).

Un modèle de santé est un paradigme, une façon de se représenter les phénomènes : un ensemble de convictions, de croyances, de pratiques et de postulats partagés par un ensemble de praticiens. Il se fonde sur des observations particulières, une série de questions précises et de problèmes à résoudre, des méthodes spécifiques pour les aborder d'une manière considérée comme valide et une certaine façon d'interpréter les résultats¹. Un paradigme est dominant lorsque ses postulats apparaissent comme des évidences non questionnées et lorsque les praticiens le mobilisent inconsciemment, par réflexe, pour comprendre une situation.

Dans le secteur des soins de santé, le modèle dominant est le modèle biomédical. Ce modèle est fondé sur l'idée d'une cause biologique à toute maladie. Le corps y est vu comme une machine, la santé comme une absence de maladie, la maladie comme un dysfonctionnement, et la solution comme une ingénierie exécutée par un expert selon une logique diagnostic-traitement². Très efficace pour traiter les pathologies aiguës, ce modèle a montré ses limites en termes de prise en charge des douleurs chroniques^{3,4} ou d'actions sur des indicateurs de santé de population (espérance de vie, inégalités de santé ou taux de mortalité^{5,6,7}). Des approches alternatives ont cherché à compléter ces insuffisances, tels que le modèle biopsychosocial^{2,8} et la promotion de la santé⁹.

Dans leur définition d'un modèle d'éducation du patient à la santé, Deccache et Lavendhomme¹⁰ identifient trois composantes d'un modèle de santé.

- L'axe idéologique relève d'une définition des valeurs et de la représentation du monde

voulue par le modèle : la forme des relations sociales, les problèmes sociaux légitimes à résoudre, le rôle de l'État et le contenu des politiques de santé cadrant l'action thérapeutique.

- L'axe théorique relève d'une définition des causes expliquant les situations considérées comme problématiques.
- L'axe méthodologique définit comment agir sur ces situations une fois qu'elles ont été définies et analysées.

En comparant ce que nous identifions comme le modèle dominant et un modèle alternatif, voyons comment la clarification de ce cadre permet d'évaluer sa cohérence. Nous y ajoutons une dimension idéologique qui n'est pas forcément liée aux modèles pris en exemple, mais qui nous semble correspondre aux configurations historiques actuelles.

Le modèle biomédical dans une approche de marché autorégulateur

Comme la plupart des modèles dominants, le modèle biomédical est défini par ses critiques plutôt que dans un programme explicite². Il se déduit des discours et pratiques les plus généraux dans les milieux professionnels, par exemple dans les institutions académiques et le milieu hospitalier.

- Axe idéologique : le médecin est un ingénieur du corps et possède une connaissance supérieure à celle d'un patient en carence, qu'il doit éduquer et informer. Le diagnostic est perçu comme le produit d'une objectivité scientifique indépendante de la relation thérapeutique ou du contexte social. C'est le marché qui ré-

1. Th. Khun, *La structure des révolutions scientifiques*. Flammarion, 2008.

2. G. L. Engel, « The need for a new medical model : a challenge for biomedicine ». *Science*, Vol. 196, 1977.

3. B. Good, *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu*. Empêcheurs de penser en rond, 1998.

4. S.T. Lindau, E.O.

Laumann, W. Levinson, L. Waite, « Synthesis of Scientific Disciplines in Pursuit of Health. The interactive Biopsychosocial Model. » *Perspect Biol Med*. Vol. 46(S3), 2003.

5. Th. McKeown, *The Origins of Human Disease*. Basil Blackwell, 1998.

6. R. Wilkinson. *L'égalité c'est la santé*. Demopolis, 2010

7. R. Wilkinson, K. Pickett. *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*.

Les Petits Matins, 2013.

8. 9. 10. Voir page suivante.

gule les échanges et le rôle de l'État se limite à structurer les conditions du marché autorégulateur.

- Axe théorique : le modèle puise dans la biologie, la physiologie et la pathologie.
- Axe méthodologique : informé par la recherche, le médecin identifie les symptômes, en déduit objectivement un diagnostic, et prescrit le traitement adéquat. La prévention s'envisage sous la forme de l'information face à un patient en carence.

Un modèle global : le partenariat humaniste en santé, dans une approche de promotion de la santé

Le modèle de partenariat humaniste en santé¹¹ est un développement particulier du modèle biopsychosocial⁸. Il sert bien notre propos, car il énonce explicitement le contenu des trois axes.

- Axe idéologique : respect de l'humain dans son environnement, autonomie de la personne, égalité dans la relation, croyance dans le potentiel de chacun, fidélité et responsabilité de ses actes. Le patient est vu comme un expert de son expérience à consulter au même titre que les autres professions de l'équipe pluridisciplinaire. Nous y ajoutons l'idée d'une articulation entre politiques sociales et de santé centrées sur les déterminants sociaux de la santé. Le rôle de l'État dans notre vision est interventionniste.
- Axe théorique : le modèle de partenariat humaniste s'inscrit dans la perspective écosystémique de Bronfenbrenner^{12,13}. Celle-ci définit le patient et le praticien comme pris dans plusieurs systèmes (corps, lieu de travail, habitat, milieu hospitalier, scolaire et familial, maison médicale, etc.) ayant leurs propres normes et où chacun a un rôle différent. Cette analyse évalue comment les personnes évoluent à des rythmes différents dans ces systèmes, comment les problèmes de santé affectent ces rôles et ces normes, et les interactions entre tous ces éléments. L'équipe et le patient cherchent à identifier les freins et les opportunités au sein de ces systèmes afin d'améliorer le fonctionnement du patient dans son environnement.
- Axe méthodologique : le soignant cherche à

comprendre comment le patient définit sa situation et son problème dans ses différents contextes, propose sa propre interprétation, et cherche un terrain commun d'analyse. Il conçoit la planification et l'évaluation de l'intervention avec l'équipe et le patient.

Chaque action est posée en cohérence avec la méthode d'analyse du problème et les valeurs du modèle. Ce modèle analyse les interactions entre les aspects sociaux, psychologiques et biologiques dans de multiples contextes en visant à prioriser ce qui pose problème et orienter l'action. D'autres théories pourraient être invoquées pour analyser les causes des problèmes de santé : ce qui importe, c'est la cohérence entre le quoi (axe théorique), le comment (axe méthodologique) et le pourquoi (axe idéologique).

Multiplier les points de vue

Prenons l'exemple d'une maison médicale qui éprouve des difficultés à répondre aux demandes de consultations en kinésithérapie et cherche à fournir une réponse globale.

Dans un modèle biomédical au sein d'un marché autorégulateur, la finalité est de soigner objectivement les individus avec compétence et intégrité. L'analyse implicite repose sur la dimension biologique du phénomène : nuque bloquée, douleurs chroniques, etc. Le modèle biomédical peine généralement à traiter les douleurs aux origines non localisables³. Le constat biomédical s'arrête à l'augmentation de la demande pour ces douleurs. La pluridisciplinarité se réduit à la référence d'une profession à l'autre, découpant de fait l'expérience du patient en une multiplicité de prises en charge sans liens organiques.

Dans un modèle biopsychosocial inscrit dans une politique de promotion de la santé⁹, la première étape d'analyse est l'élaboration d'un consensus sur la situation problématique qui équilibre les points de vue des différents professionnels et des patients. Souvent, l'étude des profils de patients concernés révèle une situation psychosociale difficile, par exemple des familles monoparentales précarisées. Face à la récurrence de profils similaires, le problème ne dépend plus exclusivement de la biologie individuelle, mais s'inscrit dans l'environnement de la population locale. La définition du pro-

8. A. Berquin, « Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie ». *Rev Med Suisse*. Vol.6, 2010.

9. OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Canada, 17-21 novembre 1996.

10. A. Deccache, E. Lavendhomme, *Information et éducation du patient. Des fondements aux méthodes*. De Boeck, 1992.

11. D. Lecocq, H. Lefebvre, A. Neron, A. Bustillo Vasquez, Ch. van Cutsem, M. Laloux, « Le modèle de partenariat humaniste en santé ». *Soins*, n°816, 2017.

12. U. Bronfenbrenner, *The Ecology of Human Development : Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA : Harvard University Press. 1979.

13. U. Bronfenbrenner, « Ecology of the Family as a Context for Human Development : Research Perspectives », *Developmental Psychology*, Vol.22(6), 1986.

blème peut varier en fonction des points de vue. Pour la maison médicale au forfait, c'est un problème d'organisation. Pour les patients, c'est un ensemble de problèmes aux frontières floues. L'analyse écosystémique situera les causes biologiques de ces douleurs (insomnies, problèmes de respiration) dans leur contexte psychosocial (stress chronique dû à des revenus insuffisants, problème de garde des enfants) et structurel (très faible accessibilité au marché locatif, à des services de soutien psychologique). L'analyse à partir du croisement des points de vue, expérimentiels et multidisciplinaires, révèle les multiples points d'intervention pour chaque profession dans une action coordonnée.

Une approche intégrée

Décomposons l'axe méthodologique en trois niveaux. Le niveau préventif agit sur les causes du problème avant que celui-ci n'apparaisse (définition d'un profil à risque, identification de ces profils au sein de chaque secteur, y compris l'accueil et les partenaires du réseau). Le niveau curatif agit sur les conséquences du problème afin de les supprimer ou de les réduire (les réponses biomédicales s'y intègrent). Le niveau communautaire agit sur le contexte d'émergence du problème (les déterminants sociaux de la santé).

Un modèle de santé global s'intéresse aux aspects psychologiques, sociaux et biologiques de la santé sans les hiérarchiser a priori, et demande une participation de l'ensemble des professions de l'équipe et du patient dans l'analyse et l'intervention. Un modèle de santé intégré exige que l'action thérapeutique affecte ces trois niveaux. Dans notre exemple, une réponse unilatérale suivant la logique « diagnostic-solution » pourrait opter pour une augmentation de l'offre ou l'implémentation de mesures d'efficacité (sanction des absences, arrêt des traitements perçus comme sans effets par les kinésithérapeutes, substitution des séances individuelles par des séances collectives telles que des groupes de relaxation).

Un modèle intégré cherche à agir aux trois niveaux. L'équipe et les acteurs locaux repèrent les points d'intervention où chaque intervenant peut agir dans une stratégie coordonnée. L'intégration, c'est la mise en relation entre les activités autour d'un objectif commun.

Un modèle global et intégré explicite

En 1978, l'OMS nommait dans sa déclaration d'Alma-Ata la nécessité d'un développement économique et social pour assurer les conditions d'une bonne santé. Paradoxalement, ce moment acte également le recul des États face aux multinationales et leur désinvestissement des systèmes de protection sociale. Face à cette transformation sociétale, les centres de santé de première ligne sont confrontés à des situations plus complexes qui affectent leurs cadres de référence. C'est dans ce contexte général que s'inscrit la nécessité de clarifier son modèle de santé. Les balises fournies dans cet article ont pour vocation de servir d'outil afin de donner une direction à des activités déjà en place. Elles permettent de dépersonnaliser des conflits de modèle, qui s'incarnent toujours dans des personnes concrètes et s'expriment sous des formes interpersonnelles. C'est là le premier enjeu des organisations

de première ligne : structurer leurs activités cliniques autour d'une réponse globale aux situations complexes de santé et de précarisation. Mais n'oublions pas que les modèles actuels de gestion font souvent l'impasse sur trois particularités de notre secteur : la définition collective des situations problématiques, leur analyse dans un cadre de mise en commun des savoirs expérimentiels et scientifiques, et la violence du contexte actuel qui se reproduit sous des formes intériorisées au sein des équipes. Ces modèles de gestion tendent à travailler la cohésion des équipes autour d'un axe idéologique réduit à la notion de culture d'entreprise. Or la structuration des activités d'un centre de santé intégré s'inscrit dans l'action plus générale des politiques socioéconomiques, qui constituent le second enjeu de notre action : plus le politique se désinvestit des déterminants sociaux de santé, plus notre pratique clinique se fera complexe. En intégrant un modèle biopsychosocial dans une réelle approche de promotion de la santé qui agit sur les trois niveaux présentés, les centres de santé de première ligne peuvent articuler concrètement leurs objectifs cliniques et socio-politiques. Une nécessité face à l'austérité. ■

L'intégration, c'est la mise en relation entre les activités autour d'un objectif commun.