

# Bonjour

La première ligne de soins a-t-elle encore un avenir ? Oui ! Comment ? Pourquoi ? Jacques Morel nous le dit en page 2.

La Fédération des maisons médicales a vingt ans. Pour fêter l'événement, elle s'offre un congrès. Présentation en page 3.

Boulot de dingue ! C'est ainsi que nombre d'infirmières définissent leur profession. Courir, sourire, compatir, c'est la définition que donnent d'elles nombre de patients. Au moment où on reparle de « guerre des blouses blanches », une de plus, cette profession si proche et si mal connue veut se redéfinir de manière plus positive. Affirmer son autonomie et faire acter qu'elle constitue une véritable science des soins. Non seulement dans la théorie, mais aussi dans la pratique. Rose-Marie Laurent nous parle de cette démarche en page 4.


Pour quels motifs les patients contactent-ils les soignants ? Question ancienne que l'informatique permet d'aborder avec beaucoup plus de simplicité que par le passé. Simplicité ? N'est-ce pas vite parler ? Les maisons médicales de Liège ont tenté de relever tous les motifs de consultation pendant deux jours. Pour décrire les motifs de manière homogène, elles ont employé la classification internationale des soins de santé primaires. A l'usage, l'informatique et la classification internationale des soins de santé primaires ont apporté autant de questions que de réponses. Exposé et évaluation de cette expérience en page 15.

Les relations entre la médecine, la santé et les pouvoirs sont en train de se transformer. Entre ces instances les tensions montent. Où trouver la juste frontière entre le droit à la vie privée pour les usagers des soins de santé et les besoins collectifs en santé publique ? Les nouvelles formes d'organisation sociale, et notamment les nouveaux concepts managériaux dans le monde du travail n'agissent-elles pas à contre-courant des formidables efforts déployés en vue d'une production de santé « de masse » ? Que penser des visages « modernes » de la reconnaissance sociale et de l'exclusion ?

Comment comprendre ces malaises ? Comment repenser les rôles du médecin, le statut même du malade et de la maladie ?

Voilà les questions que pose François Delor, psychanalyste et chercheur au Centre d'études sociologiques de Saint-Louis dans son article *La santé entre les savoirs et les pouvoirs* (page 8).

pour eux seuls... Pourtant, il existe un savoir dit « profane » dont l'importance, insoupçonnée, est considérable. Ce savoir profane gère quantité de problèmes de santé qui n'arrivent jamais jusqu'aux soignants. Il modifie et interprète les directives médicales quand le recours au professionnel s'est avéré nécessaire. Et surtout, il pose des questions auxquelles les soignants ne sont pas préparés et qui sont pourtant essentielles : quel sens a la maladie ? Pourquoi moi ? Le savoir savant semble ignorer (parfois sur le mode du mépris) le savoir profane. Position aujourd'hui de moins en moins défendable car la connaissance des représentations de la santé pose aux professionnels des questions difficiles à éluder. Des savoirs qui s'ignorent ? Nous aimerions répondre : plus pour longtemps ! Notre cahier vous propose de faire un pas dans cette direction.



Difficile de savoir ce que pensent les gens. Et notamment de savoir comment ils se représentent la maladie, en particulier pour des soignants pétris de sciences, ayant pour tant de questions des réponses tellement évidentes pour eux, mais

## Elle finira bien par exister...

Jacques Morel, médecin généraliste, secrétaire général de la Fédération des maisons médicales

On n'existe que sous le regard de l'autre... et la première ligne avait bien besoin de forcer le regard de l'autre pour être reconnue.

Aujourd'hui, force est de constater qu'un certain nombre de facteurs favorisant se mettent en place qui, les uns articulés aux autres, pourraient donner de l'épaisseur et de la structure à ce premier niveau d'un système organisé des soins de santé.

Sur le terrain, la reconnaissance des associations de médecins généralistes est un pas en avant pour organiser leur représentativité vis-à-vis des tiers : pouvoirs publics, structures hospitalières, milieux associatifs.

L'organisation des gardes et la participation aux centres de coordination pour les soins à domicile deviendraient deux missions obligatoires pour les associations. Au stade actuel, deux autres missions prévues dans les avant-projets ne seront sans doute pas retenues comme obligatoires : la formation continue et l'évaluation des pratiques.

Complémentairement, le projet de structuration de la première ligne déposé par la ministre Agalev, Magda Aelvoet, devrait, à l'issue de la conférence interministérielle de la santé, déboucher sur un protocole d'accord entre les ministres fédéraux, communautaires et régionaux pour reconnaître et financer, sur des territoires déterminés, des structures de coordination pour les soins à domicile impliquant au moins médecins et infirmières mais dont l'objectif est d'intégrer plus largement tous les acteurs concernés par la prise en charge des patients en ambulatoire. L'accord prévoirait d'ailleurs d'aller

plus avant dans la structuration, par la mise en place d'un groupe de travail qui envisagera à partir des compétences des différentes entités, les possibilités d'accrocher de nouvelles missions à ce dispositif.

Enfin, au niveau régional des décrets organisent un certain nombre d'acteurs de la première ligne, ou du secteur ambulatoire, à moins qu'il ne s'agisse du premier niveau : soins à domicile, maisons médicales pour les acteurs « généralistes » et aide aux toxicomanes, centres de santé mentale, planning familial pour ceux qui sont davantage spécialisés autour d'une thématique.

On voit bien la nécessité à ce niveau de préciser les termes et les notions au risque de mettre en concurrence ce qui devrait être organisé dans la complémentarité. En résumé, il nous semble qu'il faille retenir la notion de premier niveau pour celui de la prise en charge de l'essentiel des problèmes de santé de la population par opposition aux niveaux deux et trois qui sont ceux de l'appui de plus en plus spécialisé nécessité par la nature des problèmes à diagnostiquer et traiter. Ces appellations n'ont de sens que dans un système de santé organisé sur ce mode échelonné. La première ligne est alors le niveau de premier contact, généraliste, non segmentaire – tous types de problèmes – toutes catégories de population – entre la population et des professionnels de santé.

Le premier niveau prend de l'allure, on commence à en percevoir les contours ; il reste à travailler son épaisseur, à y organiser les fonctions des différents acteurs, y compris dans leur pluridisciplinarité et à préciser son

articulation avec les secteurs spécialisés...

La structuration et la reconnaissance de la médecine générale la sortent de son émiettement et positionnent progressivement ses représentants comme un acteur social à part entière ; et cela n'est que juste et légitime.

Mais qui dit acteur social dit aussi responsabilité sociale au sens d'inscrire l'activité du secteur de la médecine de première ligne dans les dynamiques d'une société.

Il me semble que cette dimension a quelque chose de nouveau pour les professionnels de santé qui implique une relecture de leur mode d'intervention dans le champ social : le syndicalisme, de légitimement corporatiste qu'il est et doit rester, n'aura-t-il pas à se charger d'une mission plus politique. Cette mission a-t-elle à se construire en dehors des syndicats ?

Peut-on repenser cette inscription renouvelée sans interroger les articulations au sein de l'ensemble du système, sans évaluer les réformes que l'on met en place et des objectifs qu'on poursuit à l'aulne du bénéfice santé pour la population ? Restructurer la première ligne passe sans doute ? - aussi ? – peut être ? – par une restructuration de la fonction sociale de ce secteur. Affirmer son « être social », c'est aussi une condition d'exister...

Cela fait vingt ans déjà... Vingt années que la Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones s'est organisée à l'initiative de ses membres pour promouvoir une approche globale de la santé et renouveler le concept et la pratique des soins de santé de première ligne.

Ce sont aujourd'hui quelques soixante équipes pluridisciplinaires en Région wallonne et en Région bruxelloise qui développent, dans les limites des moyens attribués, des pratiques intégrant soins curatifs et prévention dans des conditions d'accessibilité financière et culturelle optimale pour l'ensemble de la population et en lien avec les autres acteurs de santé.

La Fédération des maisons médicales a permis de créer les conditions de déploiement de ces maisons médicales ; elle a aussi permis un travail de recherche-action et de conceptualisation en matière de soins de santé primaires : accès aux soins et financement forfaitaire à la capitation, assurance de qualité, dossier santé informatisé, prévention et médecine générale, santé communautaire sont autant de domaines où son expertise a progressivement pu être reconnue par les pouvoirs publics et les milieux scientifiques, partagée avec d'autres professionnels du secteur et rendue opérationnelle à des degrés divers dans le service à la population.

Cette exploration de politiques de santé à la fois équitables et efficaces, qui prennent en considération la personne dans sa globalité et sa complexité mais aussi les collectivités et positionne la santé comme un des secteurs de la vie en société, a croisé

de multiples acteurs publics et privés, professionnels de la santé ou d'autres secteurs, partenaires sociaux, usagers, assureurs. Le plus grand nombre, et le plus important, sont les bénéficiaires, les patients qui expérimentent cette offre de service avec un degré de satisfaction sûrement relatif mais en tous cas, suffisamment proche de leurs attentes et besoins pour en soutenir le développement constant.

C'est au croisement de ces champs de la santé que nous souhaitons dresser des bilans de ces vingt années et envisager quelles sont les perspectives vers lesquelles ils nous portent.

Une lecture prospective des dynamiques sociales doit permettre d'inscrire les lignes de forces essentielles d'un mouvement comme celui des maisons médicales - à la fois dans ses attendus idéologiques, dans le mode de rapport à la société et les pratiques professionnelles qu'il propose - dans une nouvelle perspective, une nouvelle utopie, une nouvelle radicalité diront certains.

Enfin, un anniversaire, ça se fête, et donc le congrès se clôturera dans un moment festif et tout au long une place importante sera faite à la convivialité et à la rencontre.

#### Plus concrètement...

##### Vendredi 4 mai

19h45 : accueil

20h-22h : ouverture du congrès, suivie d'une intervention de Jacques Attali, écrivain (France), et en clôture une expression de l'atelier écriture animé par Carl Havelange

22h : drink

##### Samedi 5 mai

9h : accueil

9h15 : bilan des 20 ans d'existence de la Fédération des maisons médicales

9h45 : scénarii pour des politiques de santé avec Fred Paccaud, médecin en santé publique (Suisse)

10h30 : présentation des 10 forums et objectifs de la journée

11h-12h30 : 10 forums (première partie)

12h30-14h : buffet froid et ouverture des stands

14h15-15h45 : 10 forums (deuxième partie)

16h : table ronde avec des représentants des différents ministères de la santé et mise en question par Luc Carton, philosophe

17h30-19h : ouverture des stands et clôture du congrès

dès 19h : ouverture de la fête avec apéro, barbecue et soirée cabaret/dansante.

Pour inscriptions et renseignements :

du lundi au vendredi de 9h30 à 16h30 au 02/514.40.14

# Soigner : les mains et les mots

Rose-Marie Laurent, infirmière à la maison médicale la Passerelle

.....

*Cet article s'inscrit dans le cadre d'une recherche des infirmières de Liège sur la spécificité de leur travail en maison médicale. Il se veut être un bref aperçu de la réflexion des infirmières sur leur identité professionnelle en général et un reflet des travaux du groupe.*

.....

.....

## De donner des soins à prendre soin

### Qui suis-je ?

Cent ans déjà ! Elle est bien vieille, Dame infirmière, et pourtant cette question lui trotte toujours en tête sans réponse satisfaisante<sup>1</sup>. Elle ne se sent pas reconnue.

La difficulté qu'elle trouve à définir sa spécificité doit se chercher dans son histoire<sup>2</sup>. D'abord soumise à l'Église, professant la foi catholique plutôt que le métier de soignante, au service d'un corps méprisable. Puis soumise au médecin, exécutante de ses ordres, prolongation de ses sens, au service d'un corps réduit à une maladie. On la modèle en ce qu'on veut qu'elle soit : dévouée, aimable, désincarnée, obéissante, douce, comme si le dévouement et la douceur étaient thérapeutiques en soi. Dépossédée des savoirs de soins, elle se lance, pour se valoriser, dans les actes techniques dédaignant les soins du corps en les confiant à un personnel subalterne.

Un métier ne peut pourtant être reconnu en restant sous tutelle, en ayant besoin de devenir l'autre pour se valoriser mais plutôt en démontrant ce qu'il peut apporter d'irremplaçable.

### Que faisons-nous ?

Quelle est la nature de notre prestation ? Depuis les années 60, les infirmières tentent de préciser leur fonction : Virginia Henderson, partant de constatations faites dans sa pratique soignante, dans le souci d'une approche globalisante de la personne, identifie chez les patients des besoins

susceptibles de requérir l'apport de soins<sup>3</sup>. En Belgique, le décret de 1974 reconnaît aux infirmières, à côté d'un rôle dépendant et interdépendant du médecin, un rôle autonome : *prise en charge globale du patient au départ de la détermination de ses besoins afin de l'aider à y trouver une réponse afin de promouvoir, maintenir et/ou retrouver la santé, ou l'aider dans son agonie.*

Partant d'une organisation tayloriste du travail, découpé en tâches parcellaires, les infirmières tentent de mettre en place un nursing « individualisé » : une infirmière et une aide-soignante sont responsables de tous les soins à administrer à un groupe de patients selon un plan de soins préétabli. La démarche infirmière se précise alors vers la définition de diagnostics infirmiers<sup>4</sup>, la classification des interventions<sup>5</sup> à la suite de ces diagnostics et des résultats attendus en espérant faciliter l'observation clinique, obliger à nommer les problèmes rencontrés, rendre visible le travail des soignants et en permettre l'évaluation.

Actuellement, la démarche diagnostique sert de base à l'enseignement dans les écoles d'infirmières. Pourtant elle est peu utilisée dans la pratique. Souvent la théorisation des démarches de soins émane de cadres ou d'enseignants éloignés de la réalité quotidienne des soins. Beaucoup d'infirmières lui reprochent également de vouloir enfermer les soins dans des procédures qui tueraient la créativité nécessaire pour aborder des situations complexes et toujours nouvelles et pour permettre l'expression des personnes, nuancée et relative. On a voulu également transformer l'approche de V. Henderson en modèle

*Les mains qui apaisent, les mains  
qui stimulent,  
les mains qui relaxent, les mains qui  
tonifient (...)  
parole d'éveil, parole d'appel à  
l'existence,  
parole qui nomme, parole qui  
berce...*

M-F. Collière

JE SUIS À CEUX QUE  
JE PANSE, DONC JE  
PENSE À CE QUE JE  
SUIS !



pour infirmières alors qu'elle désirait seulement donner des repères.

### Vers une science des soins

Dans son livre, *Soigner... Le premier art de la vie*<sup>6</sup>, M-F. Collière émet une théorie sur les soins infirmiers qui nous touche. Elle nous touche parce qu'elle colle à notre réalité et nous pensons qu'elle peut aider toutes les infirmières à se sentir mieux dans leur fonction, à l'améliorer, à la faire mieux connaître et reconnaître.

L'auteur fait tout d'abord une distinction qui nous apparaît salutaire entre soins et traitement. Soigner... se soigner... être soigné. Le soin aide à vivre, il s'attache à ce qui vit en le stimulant et en fournissant les conditions favorables à son développement. Le traitement a pour cible la maladie, il vise à en modifier l'emprise et l'action. On peut vivre sans traitement, on ne saurait vivre sans soins, a fortiori lorsqu'il y a traitement. La confusion entre traitement et soins pourrait entretenir l'idée que seul le traitement est thérapeutique.

Elle identifie ensuite

● ce qui relève directement de la décision et de l'initiative infirmière : les soins d'accompagnement prodigués lors des grands passages de la vie, de la naissance à la mort, et de la survenue de la vieillesse et de la maladie. Elle en explicite la nature à partir de ce qu'ils se proposent d'atteindre :

- les soins de compensation visent à compenser les effets des pertes, l'usure occasionnant des diminutions sensori-motrices ;
- les soins d'entretien de la vie

(manger, se laver, se vêtir, se déplacer, éliminer, etc.) ;

- les soins de stimulation permettent la ré-acquisition de capacités diminuées ou transitoirement perdues ;
- les soins de confortation veillent à conforter, à affermir l'assurance physique et affective nécessaire pour maintenir les capacités qui peuvent demeurer et reconquérir celles qui peuvent l'être (différent du conseil ou de la fausse sécurisation) ;
- les soins du paraître s'attachent à l'image du corps pour maintenir le désir de communication et d'échange ;
- les soins d'apaisement, de soulagement de la douleur. Bref, tous ces soins qui semblent aller de soi, invisibles et indicibles demandant pourtant beaucoup de discernement et un vaste champ de connaissance.

● ce qui relève de la décision médicale quant à la prescription et de l'initiative infirmière quant à la mise en œuvre. Là encore la responsabilité des infirmières est engagée : il importe qu'elles veillent à ce que les traitements ne remplacent pas les soins, à clarifier les atteintes dues à la maladie pour comprendre l'action des traitements en lien avec la manifestation de ces atteintes, en reliant également l'incidence des activités quotidiennes sur les traitements et vice versa.

● ce qui relève d'initiatives partagées avec d'autres travailleurs sanitaires et sociaux comme la participation à des actions en santé communautaire.

En décrivant ainsi la fonction infirmière, M-F. Collière relie à notre sens ce que l'on nomme improprement rôle propre et rôle confié. Maintenir une division entre ces deux rôles reviendrait à maintenir l'infirmière dans une vision schizoïde de sa fonction : elle serait plus infirmière dans son rôle propre que dans l'autre.

••••

### Les soins à domicile et en maisons médicales

#### Constat de départ

Hormis la récente création du forfait infirmier pour les soins aux personnes alitées qui laisse aux soignants l'initiative de l'organisation des soins à ces personnes, le travail des infirmières à domicile se limite à l'exécution d'une succession de tâches prescrites par le médecin. Tout ce qui

## • Soigner : les mains et les mots • (suite)

sort de ce cadre dépend de la bonne volonté des soignants.

Le travail en maison médicale nous offre une situation privilégiée :

- l'autogestion favorise des relations égalitaires entre les différents secteurs thérapeutiques ce qui amène une responsabilisation de chacun dans sa fonction ;
- le forfait nous détache de l'obligation de prester des actes en série ;
- les réunions en équipe pluridisciplinaire nous donnent du temps pour la réflexion, pour tenter d'analyser et comprendre la complexité des situations rencontrées ;
- le désir d'une approche globale semble bien cadrer avec l'idée que nous nous faisons des soins.

Mais dans ce monde coloré, la situation des infirmières est parfois un peu grise et elles ressentent le besoin de préciser leur spécificité, ce qu'elles ont à apporter d'irremplaçable dans le domaine des soins. En effet si l'on considère le travail des infirmières comme une succession de tâches, il apparaît que l'infirmière, justement, est remplaçable : par le médecin pour les actes confiés, par l'aide familiale, pour les soins d'hygiène, par l'assistante sociale pour la coordination et le kinésithérapeute pour la mobilisation des patients par exemple.

La transdisciplinarité permet le dialogue mais celui-ci n'a de sens qu'entre personnes exerçant des disciplines différentes les amenant à envisager d'un point de vue différent les situations rencontrées.

Méconnaissant elles-mêmes la nature de leur fonction, elles ne peuvent mettre en œuvre les conditions idéales

à sa réalisation et se faire reconnaître par leur équipe. Chaque maison médicale a un point de vue différent sur les soins d'hygiène, moments privilégiés pour connaître la personne et ses besoins pour certaines maisons, tâche ne requérant aucune qualification pour d'autres. Cela nous apparaît symptomatique du flou de la fonction.

### Objectif général du travail

Notre objectif de départ était de participer à l'élargissement du dossier santé informatisé aux infirmières, en précisant, affinant les procédures de soins. Cette approche nous a rapidement semblé ne pas suffire et nécessiter une interrogation plus fondamentale sur notre métier.

Notre objectif est devenu plus ambitieux. Il est de participer à la définition de la fonction soignante dans le but de l'améliorer, de la faire mieux connaître à nos équipes et même à l'extérieur (écoles, INAMI ?) par la diffusion d'un écrit. Nous savons que notre travail ne peut se limiter à une série de tâches mais nous accordons-nous (nous accorde-t-on) vraiment le temps de prendre soin des gens en élaborant, par exemple, avec eux, leur entourage, les autres intervenants, des projets de soins individualisés ou en précisant la nature de la dépendance d'une personne âgée pour laquelle on fait appel à nos services ?

### Méthode

Après un coup d'œil sur l'histoire, nous voulions étudier les diagnostics infirmiers, cette façon d'envisager les

soins étant inconnue aux plus anciennes d'entre nous, mais nous avons vite déchanté, cette méthode nous paraissant trop théorique, peu pratique et procédurière.

Il nous a semblé plus intéressant de partir de situations concrètes vécues par certaines d'entre nous et de les envisager sous différents angles :

- qu'est-ce que l'équipe attend de moi ?
- qu'est-ce que le patient attend de moi ?
- qu'est-ce que j'ai fait ?
- quel est mon vécu par rapport à cette tâche ?
- est-elle bien dans ma fonction ?

Cette méthode s'est avérée très enrichissante, permettant l'échange et le partage de savoirs et d'émotions avec un niveau d'investissement et d'écoute important, une possibilité réelle de remise en question. Encore fallait-il pouvoir analyser les informations recueillies selon l'objectif que nous nous sommes fixé.

Nous avons opté pour la classification des interventions infirmières en différentes fonctions. Elles ne sont pas présentées selon un ordre hiérarchique. Leur priorité est établie d'après la situation rencontrée.

- fonction de soins (préventifs, curatifs, de bien-être, palliatifs, de participation au diagnostic). Nous considérons qu'il y a soin quand il y a toucher ;
- fonction d'éducation et d'information ;
- fonction de soutien, d'accompagnement ;
- fonction de prévention individuelle et collective ;
- fonction de coordination, lien, collaboration ;

- fonction d'observation de la personne dans et avec son environnement ;
- fonction de surveillance ;
- fonction de gestion de matériel ;
- fonction politique (interpellation, ouverture, défense professionnelle, réflexion sur l'évolution de la profession).

A partir de là, il était intéressant de constater que la fonction la plus investie jusqu'à ce moment était celle d'accompagnement et de soutien. Selon M-F. Collière, elle est la fonction soignante par excellence si on ne la détache pas du toucher, des mains. Nous avons envisagé les soins du toucher et de la parole séparément. C'est une erreur si on envisage les soins sous l'angle de « prendre soin ».

• • • •

### En guise de conclusion

Le même auteur met en garde contre un risque de la recherche infirmière : *la prédominance de l'interrogation sur l'objet « soins » et le sujet « oigné », au détriment d'une interrogation sur le vécu des soins tant pour le soigné que pour le soignant*<sup>7</sup>. Nous en sommes là dans nos réflexions. A suivre...

(1) Voir par exemple à ce sujet : René Magnon, *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers*, Paris, Masson, 2001 et le dossier « L'identité professionnelle infirmière » de la revue *Soins*, n° 654, mai 2000, pp. 35-78.

(2) R-M. Laurent, « Infirmière : ni nonne, ni bonne, ni conne » dans *Santé conjugulée*, n° 9, juillet 1999 et n° 10, octobre 1999.

(3) V. Henderson, *Principes fondamentaux des soins infirmiers*, Genève, 1960.

(4) L.J. Carpenito, *Diagnostic infirmier. De la théorie à la pratique*, Paris, 1990.

(5) J.C. McCloskey, G.M. Bulechek, *Classification des interventions infirmières*, Québec, Décarie, 1996.

(6) Publié, pour la première édition chez Masson, Paris, 1996.

(7) M-F. Collière, « La recherche infirmière... un leurre ou une réalité exigeante » dans *Soigner... Le premier art de la vie*, Op. Cit, p.427.

# La santé entre les savoirs et les pouvoirs

François Delor, psychanalyste et chercheur au Centre d'études sociologiques de Saint-Louis

.....  
*Le monde change et avec lui les rôles du médecin, le statut même du malade et de la maladie.*  
 .....

L'objectif de cette contribution n'est pas de rentrer dans tous les détails de la transformation progressive des relations entre la médecine, la santé et les pouvoirs mais seulement de mettre en évidence quelques points à mes yeux saillants dans les évolutions actuelles.

Pour cela, et dans un premier temps, je parlerai des tensions et des connexions entre la notion de vie privée et la notion de santé. On connaît, par exemple, les crispations qui peuvent se révéler entre le maintien du secret médical et certains impératifs de santé publique. La lèpre comme le SIDA sont ainsi des pathologies où ce type de tension s'est manifesté de manière exemplaire, autour de la notion de risque et de contagion. Certaines modalités de l'absence ou de l'éloignement générées par ces pathologies – de l'exclusion à l'égarement – ne peuvent-elles d'ailleurs être saisies en

qualité d'issues à la fois sociales et individuelles à ce genre de tension ?

Dans un deuxième temps, et en riposte éthique à diverses modalités de la mise à distance ou de la mise en congé, il s'agira de poser la reconnaissance sociale comme un véritable enjeu, tel que celui-ci semble d'ailleurs s'imposer aujourd'hui comme objectif central de luttes renouvelées. Cette riposte s'inscrit dans le prolongement d'une évolution manifeste dans les conceptions de la santé. Là où s'imposait jusqu'il y a peu encore une conception essentiellement négative, sur le mode de la santé-protection, s'impose aujourd'hui l'idéal d'une santé positive ou encore la revendication d'un droit à la santé et à l'épanouissement. Ce changement est par ailleurs observable à son tour dans les conceptions du droit à la vie privée.

Dans un troisième temps, on tentera de montrer que ces évolutions ne vont pas de soi et qu'au contraire, les luttes pour la reconnaissance sont un signe du malaise et de l'inquiétude croissante dans les relations. Face à des modes renouvelés de la domination – particulièrement observables dans le monde du travail et dans le secteur du management – des luttes tentent d'imposer la question de la reconnaissance, proposant de nouveaux modes d'actions et de nouvelles rhétoriques qui laissent à l'occasion les institutions syndicales désemparées, voire disqualifiées, dans la tâche cruciale de donner forme et force à ce discours.

Enfin, et dans une dernière partie, je proposerai quelques balises au sujet

des tâches critiques qui s'imposent lorsqu'il est question de maintenir au travailleur – et, au-delà, à l'humain – sa qualité de sujet.

## ..... •••• Au-delà de la croûte...

La question qui me semble centrale dans ce débat est la suivante : sans doute jamais autant qu'aujourd'hui le jeu relationnel ou encore le marché des relations ne sont apparus aussi libres. En même temps, des malaises apparaissent, inédits ou insolites. Je pense à la fréquence des phénomènes dépressifs, à diverses formes de fatigue ou de retrait du monde relationnel. Il n'est pas rare qu'on assiste aujourd'hui à une forme d'anorexie dans le rapport au travail. « Je n'ai pas (plus) envie de travailler. A quoi ça sert ? ». « Je fais « rien » ou presque et plus rien ne me touche ».

Ne retrouve-t-on pas dans cette position rétractée l'adoption fragile d'une modalité du refus qui viserait, ainsi que nous l'avons appris dans le champ clinique de l'anorexie, à maintenir ouvert l'espace où un sujet demande avec insistance à être reconnu à un autre niveau que le niveau de son simple besoin de travailler et de gagner sa croûte. N'est-ce pas précisément au-delà de la croûte que résiste le sujet ?

On assiste aussi au phénomène inverse, c'est-à-dire à une forme de boulimie du travail qui permettrait à certains de faire obstacle à l'épreuve relationnelle en établissant une forme de lien toxique avec le travail.

Comment comprendre ce malaise ?



Comment repenser les rôles du médecin, le statut même du malade et de la maladie ? Comment penser encore aux effets secondaires de la production de masse de la bonne santé ? Comment faire en sorte que celle-ci ne soit pas, au même titre que certaines viandes écarlates, un produit de seule apparence, une image dont la force tiendrait précisément à sa capacité de masquer les modes de production, les dominations, les exclusions, les sélections implicites qu'un microscopique prion, tel un grain de sable, invite à mettre au jour ?

•••••  
**Un premier détour : de la lèpre au SIDA vers l'absence**

**Dans le doute, abstiens-toi : de l'incertitude à la séparation...**

Tant la lèpre que le SIDA – à l'origine – sont caractérisés par plusieurs points communs. On pense tout d'abord à l'agent causal qui demeure un certain temps indéterminé et qui invite à mettre en œuvre un processus de diagnostic social. En matière de lèpre, ce diagnostic s'effectuait à partir de groupes d'experts constitués de malades et de quelques médecins de l'époque, vacillant entre l'interprétation métaphysique des signes et la parole prêtée aux humeurs. En matière de SIDA, on se souvient des premiers temps de l'épidémie où, en l'absence d'agent causal déterminé, on imputait comme cause à la pathologie l'appartenance à certains groupes tels le groupe des haïtiens, des toxicomanes ou des homosexuels.

Il est remarquable que l'incertitude des processus de désignation, de diagnostic et d'expertise, c'est-à-dire le caractère incertain des procédures de sélection du malade actuel ou futur, vient renforcer le caractère résolu, voire irrévocable, des processus d'exclusion. D'une certaine façon, lorsque la gestion d'un risque social ne peut s'appuyer de manière certaine sur des processus de sélection ou de diagnostic, une compensation semble s'imposer. L'intransigeance de l'éloignement viendrait compenser le doute inhérent à la procédure de sélection. En matière de lèpre, une cérémonie religieuse appelée *separatio* venait, au cours d'un rituel simulant un enterrement, rendre publique la mort sociale du lépreux dont la famille était autorisée à hériter tandis qu'il devenait un être absent à titre définitif. En matière de SIDA, on se souvient aussi des tentatives de séparation dont des personnes séropositives ont été et sont encore les victimes.

Il est aussi remarquable que ce type de mise en congé s'appuie sur une forme de discours mythique qui se construit au sujet des plaisirs des personnes exclues. On pense ainsi à tout ce qui concerne la sexualité débridée ou violente qui fut prêtée aux lépreux. Les personnes séropositives ont aussi eu leur lot d'impureté et

d'excès, à qui d'aucuns n'ont pas hésité à prêter une sexualité sans limite, incestueuse ou infantile.

Ainsi, on peut établir un rapport entre l'incertitude diagnostique, la tentative de séparation ou d'exclusion et l'éclosion de discours plus ou moins mythiques au sujet des plaisirs dont goûteraient ceux qui, touchés par un mal plus ou moins mystérieux et redouté, demeurent contagieux.

**L'absentéisme et la rhétorique du mal contagieux qui ronge**

Lorsqu'on parle de l'absentéisme au travail, on parle le plus souvent d'un fait observable et variable dont l'agent causal demeure largement incertain. Le diagnostic, plus ou moins douteux, est effectué à plusieurs et dans plusieurs lieux. On pense aux couloirs où les hypothèses et observations s'échangent, aux conciliabules entre le bureau du directeur et celui du responsable du personnel, à la vélocité de la rumeur, au rôle du médecin généraliste et du certificat médical, etc.



## • La santé entre les savoirs et les pouvoirs • (suite)

On sait par exemple que selon les statuts et les contrats, certaines absences sont acceptées du moment que le travail est fait. Lorsque l'employeur et l'employé s'accordent sur le primat de la tâche et du produit, la « dose de maladie » devient, au nom de l'autonomie, le fruit d'un arbitrage-échange entre le chef et l'employé, lequel doit savoir ou deviner « comment ne pas aller trop loin ». Dans d'autres cas, la rigueur réglementaire est la règle et le contrôle s'impose.

En toute hypothèse, l'absence d'un travailleur ou d'un étudiant de même que le contrôle s'inscrivent à la frontière entre la sphère privée et la sphère professionnelle. Le médecin-contrôle, le médecin généraliste, les collègues, etc., forment ensemble une forme de tribunal de l'expertise dont les sentences concernent tant l'état de malade que le sort à donner au malade. Ce sort dépend notamment de la rumeur qui s'installe. Quels sont les plaisirs qui lui sont prêtés, les calculs et stratégies qui lui sont imputés ? Quelle vie débridée vient motiver son absence ? Quels appétits illicites viennent polluer son rapport privilégié à l'entreprise ? Comment vérifier la fermeté de son engagement malgré ce qui apparaît comme une désertion ou une faiblesse ?

Dans cette espace où le contrôle semble s'imposer, la question du droit et de la vie privée est évidemment cruciale. Il est donc utile de voir l'évolution connexe de la demande de reconnaissance, de la conception de la santé et de la conception de la vie privée.

### •••• Évolution du droit à la vie privée et demande de reconnaissance

#### La vie privée en évolution

Une compréhension commune de l'évolution du droit au respect de la vie privée la présente comme composée de deux grandes étapes qui se seraient succédées dans le temps. La première étape est celle où est promue la confidentialité de certaines informations ou encore la préservation d'une sphère de l'intime autour de l'individu, sphère dans laquelle il serait interdit de pénétrer. Les contrôles domiciliaires de chômeurs s'inscrivent à l'écart de cette conception.

*FRANCHEMENT, TU PEUX  
M'EXPLIQUER POURQUOI  
TU N'ENGAGES QUE DES  
GENS DÉJÀ MALADES ?*



La seconde étape effectue le passage de cette sphère intime à la sphère publique. Il ne s'agit plus de protéger la vie intime mais de promouvoir les conditions d'un plein épanouissement. Cette conception « affirmative » et non plus défensive est celle sur laquelle s'appuient les demandes individuelles de pouvoir manifester sa personnalité, son identité profonde, au-delà de la sphère intime. En cela, la frontière entre l'intime et le public se modifie autour de la demande de reconnaissance.

La conception de la santé a suivi une évolution semblable : on assiste au glissement progressif d'une conception de la santé conçue et promue sur le mode négatif (ne pas être malade) à une conception de la santé vécue et revendiquée sur le mode positif (être en bonne santé).

Cette conception envahit progressivement l'entreprise et le travail a suivi la même évolution, de revendication syndicale d'un travail non pénible (comité de sécurité et d'hygiène) à la revendication d'un travail épanouissant, du droit à la vie privée, du droit au bonheur et une demande d'épanouissement personnel.

La question de la reconnaissance sociale et de l'amour déborde ainsi progressivement de la sphère intime. L'entreprise est aussi atteinte par cette

demande. Que va-t-elle en faire ? Va-t-elle affirmer, en prenant une moue débordée, que ce n'est pas son problème ? Elle se pose en cynique et risque de perdre en productivité. Va-t-elle prendre cette demande au sérieux ? Oui, peut-être mais on devine qu'elle ne le fera qu'à condition que cette prise en considération accroisse rendement et qualité. La qualité totale met la qualité de vie du travailleur au service du produit irréprochable. Il s'agit dès lors d'engager quelques psychologues, de produire rapidement des modèles de reconnaissance, de nouveaux modes d'exclusion, des recettes du bonheur, en instrumentalisant la demande pour ouvrir de nouveaux modes de reconnaissance et d'absence.

C'est pourquoi il est essentiel de s'interroger de manière critique pour discerner quelles sont les conditions d'une reconnaissance effective, à partir desquelles on peut alors remettre en cause certaines modalités de reconnaissances instrumentalisées et dégradées.

### **La question de la reconnaissance**

En quoi la question de la reconnaissance établit-elle un pont entre l'univers de la santé individuelle et celui de la santé collective ? Comment cette question s'articule-t-elle à la dimension du travail, de l'affectif et du droit ? Comment l'entreprise est-elle susceptible d'agir dans le sens de la reconnaissance ou, au contraire, dans les logiques de mépris ?

Pour le dire en d'autres mots, la

reconnaissance sociale est une condition de la santé individuelle, sans doute, mais aussi une des conditions de la justice. Lorsqu'une société reconnaît une personne en lui accordant sécurité et affection, elle participe à son épanouissement et à l'accroissement de la sphère de la justice.

Axel Honneth (1990) se donne pour tâche de discerner les conditions de reconnaissance sociale à partir d'une étude de l'expérimentation du mépris. Sa description pose un premier espace de mépris du côté du corps et de la sphère affective. On pourrait prendre en considération à ce niveau toutes les blessures affectives dont les sujets sont les victimes, que ce soit sur leur lieu de travail ou en famille. Il est difficile de donner un véritable statut à la demande de reconnaissance affective dans l'entreprise. Pourtant, il est indéniable que cette demande a une influence cruciale dans l'espace des relations professionnelles, surtout lorsque le mythe quasi religieux de l'entreprise – « on s'aime tous, on aime tous notre projet et cette mission qui est la nôtre » – s'appuie, à l'envers de son énoncé explicite, sur des préférences, des jeux de séduction, des connivences, des pseudo-proximités et des mises à distances.

Le deuxième registre mis en évidence par Honneth concerne le dénigrement des modes de vie. On pense par exemple aux discours au sujet de la paresse, au titre de fainéant, au discours moralisant au sujet du chômage, à la stigmatisation des subalternes ou à la création de nouveaux statuts tels les externes, les temporaires, etc.

Enfin, un troisième registre ou mode de mépris s'inscrit dans le champ du droit. Il concernerait ici le sentiment de nombreuses personnes d'être privées du droit au travail ou de n'avoir pas les mêmes droits dans l'espace du travail en étant privées de certaines prérogatives.

### **Une évolution d'apparence favorable**

Malgré les profondes difficultés qui restent sensibles dans le registre des valeurs et du droit, on doit cependant remarquer que certains supports de reconnaissance existent qui, aujourd'hui, font l'objet d'un consensus assez large. Déclaration des droits de l'homme, lois anti-discrimination, syndicats, comité de sécurité et d'hygiène, etc. visent à garantir, dans une visée universelle, l'existence de recours face à l'expérience du mépris.

En même temps, le vœu exprimé par l'instance publique de prendre en compte un certain nombre de revendications en matière de droits semble assujéti aujourd'hui au souci politique de ne pas aller à l'encontre d'un dispositif managérial dont il a progressivement acquis la rhétorique et la conviction.

L'entreprise comme forme d'État – autonome, souverain, avec ses règles – et l'État comme une grande entreprise – avec sa rentabilité, ses audits, ses économies – ne deviennent-ils pas complices d'une forme d'hostilité croissante à la reconnaissance pleine du travailleur comme sujet ?

Ainsi, on constate que l'assise émotionnelle, l'amour selon Hegel,

## • La santé entre les savoirs et les pouvoirs • (suite)

l'affection des siens ou la sympathie d'autrui demeurent, aujourd'hui comme hier, strictement non généralisables et encore moins universalisables. Nulle loi qui puisse obliger à aimer. Nulle prescription qui puisse obliger à apprécier autrui à la mesure de son besoin et à lui fournir, même laid, voire très répugnant, la sécurité et la reconnaissance affective nécessaires. Bien sûr, on peut décréter que l'entreprise n'est pas le lieu adéquat d'une demande de reconnaissance dans la sphère affective. Ce faisant, on tente de disqualifier la demande avant qu'elle ne s'exprime, ce qui conduit à nier que l'entreprise a toujours été construite à l'intersection problématique entre les signes de la reconnaissance parti-culière – en qualité de travailleur unique – et ceux de la reconnaissance universelle – en qualité de travailleur interchangeable.

Ce serait aussi nier qu'aujourd'hui, le mythe managérial fait plus que jamais croire à l'unicité de chacun, appuyant son efficacité sur le ressort affectif. Sans doute faut-il dès lors redire que cette offre pseudo-affective formulée par l'entreprise est avant tout un semblant destiné à renforcer l'unité et la productivité.

Au-delà de sa bienveillance de façade, l'entreprise n'est-elle pas, au contraire, le lieu où les produits et les modes de production changent et s'échangent de plus en plus vite, espace où le temporaire et l'intérimaire remplacent progressivement le travailleur durable. On assiste au détricotage progressif du lien au travail et à une incertitude relationnelle croissante qui résonne en écho de l'évolution des modalités de management.

Comment interroger celles-ci pour discerner leur inadéquation profonde par rapport aux demandes légitimes de reconnaissance sociale ? Comment mettre en évidence les conséquences en matière de santé du mépris institutionnalisé à l'égard de ces demandes ?

### • • • • **Une évolution du contexte ?**

#### **Un discours managérial comme mode de domination affectueuse**

Dans l'entreprise contemporaine, le pouvoir ne s'affiche plus ou ne s'affirme plus comme tel. Le tutoiement et la proximité viennent en voiler le tranchant. Il s'agit, pour les pouvoirs, de ne pas se laisser trop reconnaître à des signes extérieurs. Plus de distinctions trop visibles qui placeraient le *manager* à l'écart des salariés. Tous dans le même bateau, sans mutinerie possible contre un capitaine qui resterait esseulé dans sa cabine. Plus question d'offrir une prise trop directe à la contestation et à l'affrontement. La distinction est ailleurs, dans la cylindrée de la voiture de fonction, dans les rapports plus ou moins privilégiés avec le *boss*, dans le niveau de confiance des partenaires et des clients, etc.

Le pouvoir se prétend de plus en plus l'émanation strictement nécessaire (*leadership* utile) d'une communauté consensuelle engagée dans la bataille de la compétitivité et de l'emploi. Le pouvoir se déploie dans l'entreprise par une intense activité communicationnelle placée sous le signe de la

transparence. Le *leader* inspiré et ses visions remplacent peu à peu le chef et son statut. La vision du *leader* doit devenir la vision partagée qui est en fait ce qui permet, sans passer par la force, d'assurer l'engagement des travailleurs.

La demande de reconnaissance affective est très largement instrumentalisée au profit de la logique managériale et on assiste à l'éclosion d'un nouveau paternalisme sur le mode d'une nouvelle famille de copains. Les rapports de force se camouflent. Le tutoiement et la fragilisation des repères et des fonctions explicites renforcent l'influence des jeux implicites. L'idéologie managériale est ainsi une idéologie *soft* qui se présente comme l'expression économique de la modernité (science et liberté) et comme réponse adéquate aux aspirations à l'autonomie.

Apparaît conjointement une attention obsessionnelle à l'adaptation et au changement, c'est-à-dire à la flexibilité, aux innovations et aux nouveaux dispositifs technologiques. On parle d'entreprises « amaigries » ou allégées qui travaillent en réseaux dans le *just-in-time* en maintenant une visée de qualité totale et en s'entourant d'une nébuleuse de sous-traitants. Le patron n'est plus le chef hiérarchique mais le client. Les équipes ont un coordinateur et plus un chef. Le *manager* lui-même est surtout un *coach*. Il est celui qui s'adapte à l'environnement incertain et complexe. Il manifeste son excellence dans l'animation d'une équipe.

La métaphore du sport est massive-



ment employée. Le *manager* sportif se situe à l'opposé d'une logique de gestion par un cadre. On déplace les contraintes de l'extériorité des dispositifs organisationnels vers l'intériorité des personnes en faisant en sorte, par stages et autres endoctrinements sportifs, de créer l'équipe dont les forces internes de contrôle soient cohérentes avec le projet général de l'entreprise. On parle d'implication, de motivation et, mieux encore, de mobilisation. La confiance « affective » est l'argument qui finit par unir le *leader*, le *coach* et tous les membres de son équipe. Cette confiance n'est cependant tournée que vers le produit et non vers les personnes elles-mêmes. C'est une confiance instrumentalisée.

### Quel travail pour quelle santé ?

Lorsque le travail nécessite la santé, il est question d'adaptabilité, d'engagement, de flexibilité, de mouvement, de souplesse, de don de soi, etc. On met en service une nouvelle clinique de l'immédiat et du deuil. On vise à promouvoir l'adaptation et le « bon stress ». La communication, sur le mode de la programmation neurolinguistique (PNL) et d'autres

reconnaissance durable (comme on le dirait au sujet du développement), de réseau social, d'inscription identitaire, de ressources, etc. Quelle est aujourd'hui l'intersection entre deux demandes : demande du sujet d'être reconnu, existant, capable, etc., et demande formulée par l'entreprise pour qu'il soit de plus en plus désinscrit, mobile, polyvalent ?

Ce qui, aujourd'hui, se trouve caché, c'est la face sombre de ce processus, espace de ceux qui ne peuvent ou ne veulent jouer le jeu. Les règles d'apparence souples sont effectivement très dures. La rupture et la variation, la flexibilité et le non-engagement sont les règles de ceux qui ont des réserves, qui se retiennent, qui ont des stratégies. Rien d'étonnant à ce que le gagnant gagne sur plusieurs fronts. Des pathologies apparaissent en masse, qui peuvent être considérées comme pathologie d'un jeu soi-disant ouvert. Dépression, stress, angoisse diffuse, sentiment de flou et d'excès. Le travailleur exprime qu'on lui en demande toujours plus, pris dans une forme de maladie d'amour sans nom, amour/haine de l'entreprise, amour/haine du métier, désir de fidélité et flexibilité intenable.

stratégies visent la production en série d'un être « OK » et bien dans sa peau, qui s'assume en qualité de travailleur, de mari, de père, de sportif, sans faille.

Lorsque la santé nécessite le travail, il est plutôt question de

••••

### Le sujet-travailleur et la nécessité de la parole

L'apologie du travail masque un certain nombre de réalités et notamment l'aliénation sociale du travail lorsque celui-ci est considéré comme une simple marchandise soumise aux lois du marché.

La confusion la plus flagrante, dénoncée par Lacan lorsqu'il évoquait le discours du capitaliste, est bien celle qui, aujourd'hui, met à l'occasion sur le même pied le produit-traditionnel du marché (comme peut l'être la pomme) et le travailleur lui-même (en qualité de bonne poire).

Finalement, la question centrale n'est-elle pas celle de la parole et de la subjectivation continue, subjectivation qui s'appuie effectivement sur le maintien d'une capacité créatrice et subversive, à l'écart de la parole convenue ?

En matière de santé, la parole convenue peut être la parole qui se prononce telle que le discours dominant la dicte. Ainsi, le discours et le nouvel esprit du capitalisme dictent la parole attendue du travailleur malade, lequel en vient à énoncer très docilement : – « il me déplaît, à moi, d'être malade et il me plairait vraiment d'être en bonne forme pour continuer à travailler », pour, ensuite, acquiescer à la proposition bienveillante d'un stage de remise en forme ou d'assertivité.

L'autre parole, parole particulière et subversive, est la parole qui, très précisément, ne peut pas être dite, c'est-à-dire celle qui consiste à dire

## • La santé entre les savoirs et les pouvoirs • (suite)

non au stage de remise en forme lui-même. D'une certaine façon, il s'agirait donc de maintenir ouvert l'espace où pourrait se formuler la parole subversive par excellence : « Il me plaît à moi d'être malade ».

La maladie peut en effet être conçue, et c'est bien un des sens de la conception lacanienne du symptôme, comme une forme de résistance au discours et au profit de l'autre. C'est pourquoi il est essentiel de prendre au sérieux les outils et les techniques par lesquels, aujourd'hui, l'entreprise se saisit de la question de la reconnaissance pour accentuer le contrôle des plaisirs et de la jouissance légitimes dans une visée de production.

Quelles sont aujourd'hui les nouvelles modalités plus ou moins conscientes et plus ou moins morbides de résistance ? La maladie peut être saisie dans sa potentialité de parole, c'est-à-dire comme un cri qui se prononce à l'envers d'une trop bonne santé basée sur le déni constant de la faille pourtant inhérente à tout système de relation et de production humaines. D'une certaine façon, il reste essentiel, face à une « dépersonnalisation » à l'œuvre dans le monde du travail (et dans le monde des techniques et de la science qui le soutiennent) de maintenir une histoire de la parole qui accompagne l'acte de faire et qui le transgresse pour soutenir l'acte de créer.

### • • • • **Pour conclure**

Ce que j'ai essayé de mettre en évidence, c'est qu'une forme de mercantilisation est à l'œuvre, qui

accélère et dérégule un certain nombre de processus relationnels, dérégulation dont le marché du travail est un point de condensation extrême.

Les relations professionnelles et affectives sont de plus en plus libres en apparence tandis que les modes de domination sont plus puissants que jamais.

Le capitalisme d'aujourd'hui n'est plus un vrai libéralisme. Les monopoles et les exclusions se reconstruisent à l'envers des discours et des mécanismes pseudo-libéraux. La santé, le travail et la vie privée sont ainsi redéfinis au confluent de deux courants opposés.

Le courant mercantile plus ou moins humanitaire les promeut comme un simple produit, agglomérat rapidement servi de pseudo reconnaissance, de pseudo bien-être et de pseudo autonomie, à base de souplesse mercantile et de droits de l'homme en placage mal collé, le tout rendu disponible à condition de l'exclusion plus puissante que jamais de ceux qui – moches, mous ou définitivement résistants – n'ont pas le goût ou les moyens de la lutte.

Un autre courant, plus ou moins radical (au niveau politique), dégoûté (au niveau affectif ou physique) s'inscrit en résistance, soit qu'il promeut une santé sur le mode du développement durable, soit qu'il s'échappe durablement, mis hors jeu. C'est en cela que de nouvelles pathologies sont exemplaires de certains modes renouvelés de la mise hors jeu, résistante et active ou passive et résignée.

Reste à définir, entre humanitarisme béat et exclusion désabusée ou

pathologique, les pistes d'un espace critique renouvelé, qui pourra, s'il y prête attention, intégrer la question de la reconnaissance affective en repensant à certaines formes de loyauté ou de tendresse entre les humains. Comment, pour cela, relancer la volonté critique ?

Critiquer signifie en premier lieu distinguer, faire voir les différences, analyser et discerner, dans tout ce qui se présente comme non maîtrisable. Une telle critique demande du temps et des moyens. Critiquer, c'est aussi renouer avec les thèmes de la critique artiste, sur lesquels il est possible de s'appuyer pour opposer une résistance efficace à l'établissement d'un monde où tout pourrait d'un jour à l'autre se trouver transformé en produit marchand.

*Cet exposé a été présenté au colloque Santé société de Solidarités nouvelles en décembre '99.*

*La bibliographie en est disponible sur simple demande.*

# Relevé des motifs de consultation dans les maisons médicales de Liège

Christian Legrève, animateur à l'Intergroupe liégeois de la Fédération des maisons médicales

.....  
*A travers leurs représentants au CLPS de Liège, les maisons médicales de l'Intergroupe liégeois ont été sensibilisées au développement des missions d'observatoire de la santé. Voici la description d'une première action dans ce cadre. D'autres développements sont en cours.*  
.....

Pourquoi certains problèmes arrivent-ils au centre de santé ? Les soignants ne pensent-ils pas parfois que les patients demandent une aide pour des problèmes qu'ils pourraient gérer eux-mêmes ? Ou qui devraient être gérés par d'autres intervenants ?

C'est au départ de ces questions que les maisons médicales réunies dans l'intergroupe liégeois ont réalisé une étude en automne 2000. Voici les grandes lignes de leur rapport.

Les objectifs globaux du projet d'études sont :

- analyser les problèmes de santé de la population des maisons médicales ;
- évaluer leurs activités ;
- développer un observatoire de

santé au niveau des maisons médicales liégeoises.

Les objectifs intermédiaires :

- mesurer l'importance des problèmes de santé qui occasionnent les contacts dans les maisons médicales liégeoises ;
- familiariser les thérapeutes des maisons médicales avec la classification internationale des soins de santé primaires, permettant un encodage aisé des motifs de consultation d'après un code de chiffres et de lettres.

## ..... •••• **Mise en route**

Chaque équipe a discuté le projet et choisi un promoteur pour le projet. Les promoteurs se sont appropriés la démarche ainsi que les techniques du codage au cours d'une réunion animée par Michel Roland, personne ressource en matière de classification internationale des soins de santé primaires. Ils ont ensuite transmis ces savoirs à leurs équipes.

Chaque thérapeute participant a reçu une grille de la classification internationale des soins de santé primaires et une feuille à remplir durant les deux jours de l'étude. Sur cette feuille, il a noté, pour chaque contact le problème qui lui paraît avoir été le motif principal de contact (épisode) et le code correspondant selon la grille de la classification internationale des soins de santé primaires. Pour déterminer le code, les

soignants disposaient de deux outils : soit la grille de la classification internationale des soins de santé primaires, soit le dossier santé informatisé.

Le projet a été soumis au comité d'éthique de la Fédération des maisons médicales pour avis. De la réponse, il faut retenir :

- l'intérêt de toujours le contacter avant toute étude ;
- l'importance de contacter les patients, de les faire participer et de les informer des résultats ;
- l'importance de l'anonymat. Dans l'étude par exemple, le petit nombre de contacts « psy » pourrait poser question.

Le groupe a été amené à faire un choix : qui du thérapeute ou du patient déterminerait le motif de contact ? Recueillir le motif selon le patient aurait demandé une logistique très lourde et entraîné des biais. Il eût aussi fallu que le recueil de données fût organisé par une autre personne que le thérapeute. C'est donc le thérapeute qui a déterminé le motif de contact. Mais l'idée de faire une étude ultérieure comparant le motif de contact selon le patient et selon le thérapeute est à retenir.

L'étude a eu lieu deux jours consécutifs les 2 et 3 octobre 2000. Tous les thérapeutes des maisons médicales de l'intergroupe liégeois ont été conviés à y participer : infirmiers, médecins, kinésithérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux.

• Relevé des motifs de consultation dans les maisons médicales de Liège  
 • (suite)

•••••  
**Présentation des résultats**

Le taux de participation est remarquable, alors qu'aucun bénéficiaire personnel n'était à attendre pour les participants.

79 personnes ont participé, couvrant 93 postes (dont certains temps partiels) sur les 97 potentiels dans les équipes participantes. Il faut souligner que tous les secteurs ont participé.

Toutes les maisons médicales qui ont participé travaillent au forfait.

1648 contacts ont été relevés (71.5 % de médecine générale, 14.4 % en soins infirmiers et 16.1 % en kinésithérapie), les contacts « psy » et d'assistants sociaux étant, bien sûr, beaucoup moins nombreux.

Sur l'ensemble des 1648 contacts :

- 1551 ont été valablement encodés ;
- 15 n'ont pu être finalement codés ;
- 82 ont été codés en procédures diverses. Ces contacts n'ont pas été ventilés dans l'étude.

•••••  
**Discussion des résultats**

Beaucoup de questions ont surgi quant à la façon d'encoder toute une série de contacts. Néanmoins, la lecture des résultats permet de constater un certain nombre d'observations et de faire des hypothèses.

Un grand pourcentage des contacts en maison médicale (71 %) ont lieu avec un médecin. On sait par ailleurs que les autres secteurs (infirmier, kinésithérapeute, psy, social) voient très souvent un petit nombre de patients alors que les médecins

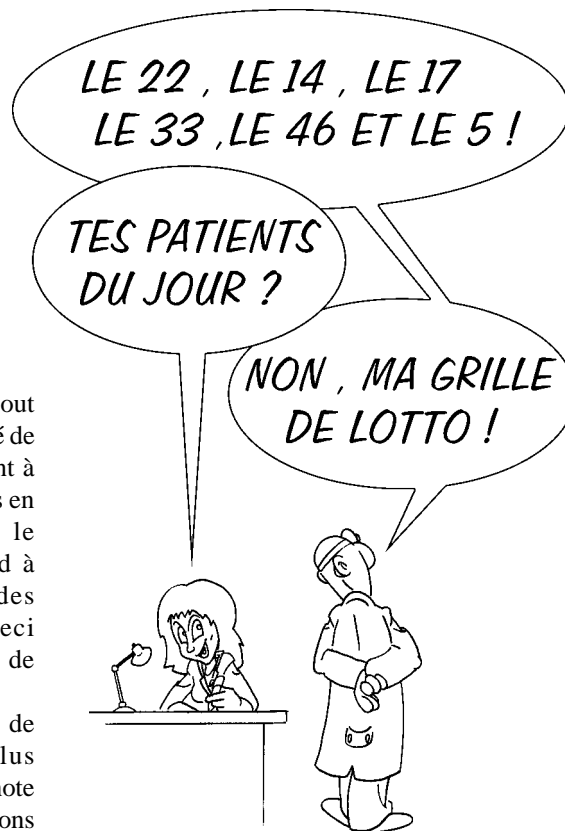
généralistes voient au bout d'une année, la majorité de la population. Cela tient à l'organisation des soins en Belgique, même si le travail en équipe tend à renforcer la place des autres secteurs. Ceci pourrait être un objet de recherche future.

Au niveau des motifs de consultation les plus fréquemment cités, on note l'importance des infections respiratoires (codes R74, R78 et R05 de la classification internationale des soins de santé primaires) surtout dans le secteur médical. Cela a déjà été noté dans d'autres études sur les motifs de consultations en première ligne.

Ce constat pourrait être confronté avec l'hypothèse, chez ceux qui ont défendu le système de financement à la capitation, que l'éducation à la santé pourrait diminuer la fréquence de ce type de contacts, parce que les patients pourraient gérer eux-mêmes ces problèmes de santé et que le temps ainsi épargné pourrait être investi dans la prévention de problèmes plus importants.

Les thérapeutes souvent, pensent que ces contacts et leur intervention sont inutiles. Mais qu'en pensent les patients ? Il serait intéressant d'étudier leur motif de consultation quand ils viennent chez le médecin pour un rhume et leur degré de satisfaction par rapport à la réponse qu'on leur donne.

Les contacts pour motifs préventifs viennent en deuxième position. Il faut cependant noter deux choses :



- tous les motifs préventifs sont groupés alors que dans la classification internationale des soins de santé primaires, il y a un éclatement très large des motifs de contacts curatifs ;
- l'étude a été réalisée en début de campagne de vaccination contre la grippe.

On note que les dix premiers motifs de consultation représentent 30 % de l'ensemble des contacts.

En ce qui concerne les dix premiers motifs de contacts chroniques, on note, par ordre de fréquence décroissante :

- la toxicomanie ;
- le diabète sucré ;
- l'hypertension artérielle ;
- les lésions discales ;
- les problèmes de dépression.

La fréquence des problèmes de toxicomanie, premier motif de consultation pour problème chronique, est certainement spécifique des maisons médicales et ne se retrouve probablement pas aussi nettement dans l'ensemble des structures de santé de première ligne. Ce motif se retrouve surtout dans les contacts avec les



médecins et très peu avec les autres secteurs.

L'ensemble des motifs de contacts codés P (psychologique) et Z (social) paraît très significatif. Cela représente deux cent dix contacts en deux jours pour onze maisons médicales.

Les contacts préventifs et le diabète sont des motifs fréquents de consultation chez les infirmières. Une interprétation est que le mode de financement au forfait encourage nettement les infirmières à faire de la prévention et à prendre en charge le suivi de pathologies chroniques.

### •••• **Évaluation de l'opération par le groupe de pilotage**

- Il faut informer les patients de l'étude et de ses résultats.
- Il aurait fallu prévoir un relevé des problèmes rencontrés par les participants à l'étude.
- Le choix des codes dans la classification internationale des soins de santé primaires est souvent arbitraire et subjectif. A la limite, le choix révèle autant sur le thérapeute que sur le patient.
- Il n'y a pas, dans la classification internationale des soins de santé primaires, de code pour les soins palliatifs ni pour l'agonie.
- Cette enquête suscite beaucoup de questions quant aux motifs qui entraînent les prises en charge.
- Cette grille a été mise au point par des médecins. Les autres professions ne s'y retrouvent pas tout à fait. Les « psy », infirmier(e) et kinésithérapeute la trouvent très pauvre.

### •••• **Évaluation par les participants**

Un questionnaire a été transmis à chaque promoteur d'équipe à la suite de l'étude. Quarante questionnaires d'évaluation ont été rentrés. Ces questionnaires témoignent d'un grand intérêt pour l'étude, mais aussi d'une volonté de s'approprier les normes, les procédures et les objectifs, particulièrement dans le chef des « non-médecins ».

D'une manière générale, ces évaluations font apparaître deux catégories de retombées, intéressantes mais peut-être contradictoires : la réflexion concertée sur les valeurs qui animent les maisons médicales d'une part, l'évaluation quantitative des pratiques d'autre part.

Les participants ont trouvé difficile, entre autres :

- de choisir un seul motif de consultation (très souvent cité) ;
- de déterminer le code adéquat ;
- de poser des « pronostics » restrictifs dans le travail social ;
- de gérer l'intervention de la subjectivité ;
- le manque de correspondance de la classification internationale des soins de santé primaires avec les diagnostics de kinésithérapie.

Ils ont trouvé positif :

- la démarche commune et collective (très souvent cité) ;
- la procédure : simple, bien préparée et peu contraignante ;
- la familiarisation avec la classification internationale des soins de santé primaires, préparatoire à l'utilisation du dossier santé

informatisé ;

- le repérage des pathologies les plus fréquentes ;
- l'apport d'une vue d'ensemble et d'un regard sur la pratique ;
- la confrontation de la réalité avec leurs objectifs ;
- la comparaison entre maisons médicales ;
- l'appréciation des pathologies, étape vers l'amélioration des pratiques ;
- la dynamique interne suscitée ;
- la valorisation de la première ligne pluridisciplinaire ;
- l'initiation d'une réflexion sur la récolte de données ;
- l'évaluation de la « souffrance sociale » ;
- la comparaison des appréciations respectives.

Ils ont trouvé insatisfaisant :

- que ce soit une opération sans lendemain immédiat ;
- la courte durée de l'étude, qui jette un doute sur la fiabilité des résultats ;
- le petit nombre de cas, qui empêche d'avoir un résultat significatif ;
- la perte d'une complexité, la simplification, la standardisation ;
- la classification internationale des soins de santé primaires n'est pas adaptée aux infirmières.

Ils ont suggéré :

- de mener une étude plus longue pour avoir un résultat plus significatifs ;
- de relever tous les motifs, et pas seulement le principal ;
- une définition vaste des codes et l'intégration des sous-codes ;
- de veiller au temps nécessaire. Pourquoi surcharger les thérapeutes ? ;
- d'observer le résultat des prises en

## • Relevé des motifs de consultation dans les maisons médicales de Liège • (suite) • • • • • • • • • •

- charge ;
- de définir un lieu d'échange de toutes ces informations ;
- de mettre en parallèle la demande du patient, l'appréciation du thérapeute et celle de l'accueil ;
- de relever et analyser le subjectif, le non-dit ;
- de valoriser un retour ;
- de faire des comparaisons par indicateurs socio-économiques.

### •••• **Synthèse**

Trois semaines environ après la communication interne des résultats, une évaluation finale a rassemblé treize personnes, représentant sept maisons médicales. Ce groupe ne comptait aucun kinésithérapeute, ni accueillant. L'objectif de la rencontre était de procéder à un dernier passage en revue des éléments d'évaluation, et d'établir les lignes directrices des prolongements de cette action.

Cette évaluation met en évidence la différence qu'on aurait découverte entre une photographie des patients et une photographie des pratiques professionnelles. Ce n'est pas la même chose. Les outils pour réaliser l'une sont inadéquats pour l'autre.

On souligne la frustration qu'a révélée cette étude de ne pas arriver à parler une langue commune satisfaisante pour tous. Certains considèrent que c'est une question de différence de formation, irréductible. D'autres nient une telle importance de la grille de lecture. On peut en choisir une par convention. On sait qu'elle est forcément réductrice, lacunaire, puisqu'elle est commune. L'important n'est pas

d'atteindre toute la finesse de lecture de toutes les approches.

Par contre, la question des finalités de la classification est fondamentale. Pourquoi classe-t-on les personnes, les caractéristiques, les pathologies ? Ces questions sous-tendent une réflexion sur le dossier santé informatisé : quel est son sens ? Est-il possible de l'orienter vers le rendu de l'évolution subjective du patient ? Ne va-t-on pas vers une réduction délibérée de la réalité pour faire « rentrer » le patient dans le système ?

Au niveau des résultats, on note l'importance quantitative des contacts attribués à la toxicomanie (surtout) et au diabète sucré, premiers items chroniques, qu'on suppose constants, contrairement aux items qui les précèdent, fortement liés aux caractéristiques saisonnières.

Concernant les toxicomanes, on met en évidence leur absence dans les dix premiers items des « non médecins » et les questions que soulève ce paradoxe. A quoi servent les produits de substitution ? A guérir ? A fixer (!) le patient ? Quel est le statut du médicament dans la société ?

Il convient aussi de s'interroger sur la méthode d'observation. L'approche épidémiologique n'est ni la seule, ni une méthode innocente pour la construction d'un observatoire de la santé.

### •••• **Développements**

S'appuyant sur l'enthousiasme des équipes à travailler ensemble à l'observation, à la comparaison et à

l'amélioration des pratiques, tenant compte des remarques sur l'orientation des démarches et des outils de recherche, un groupe de travail s'est penché sur les quatre axes de développement révélés par l'étude : suivi des diabétiques, des toxicomanes et des patients souffrant de lombalgie, réflexion sur le sens du développement du dossier santé informatisé, du point de vue éthique et politique. Ce groupe a identifié le suivi des toxicomanes comme prioritaire, parce qu'il est le premier motif de contact chronique, parce qu'il touche une population déjà fragilisée, et parce qu'on trouve là une opportunité d'améliorer la transdisciplinarité en première ligne de soins intégrés.

Un projet a été élaboré. Il repose sur l'hypothèse qu'il existe des freins à cette transdisciplinarité pour le suivi des toxicomanes.

Il s'intéresse à quatre groupes cible : patients consommateurs, patients non-consommateurs, travailleurs de santé suivant des toxicomanes, travailleurs n'en suivant pas.

Il articule une démarche de relevé des données objectives concernant les patients et leur suivi, une démarche d'enquête auprès des groupes cible, et une démarche plus subjective reposant sur des groupes de parole dans chacun de ces groupes. Il est actuellement en phase de démarrage.