

CAHIER

TOUT DANS LA TÊTE ?



**Pour une formation spécifique
des soignants de première ligne**

Il existe une hiérarchie dans les professions de soins: plus la tête est (censée être) remplie, mieux on est classé. Les médecins viennent au sommet, s'échelonnant selon ce critère en élites académiques, spécialistes, généralistes. Suivent les manuels (jadis on y rangeait les chirurgiens, les temps changent), infirmières, kinésithérapeutes, paramédicaux. On remarquera en passant que plus on descend dans ce classement, plus les rôles sont perçus comme féminins (heureusement, là aussi les temps changent) !

Cette notion d'excellence basée sur un savoir de type scientifique (et un pouvoir considéré comme attribut masculin) aime la formation des soignants au détriment de la finalité naturelle des professions de santé incarnée par le sujet usager de soins. « Tout dans la tête » ne suffit pas. Si la nécessité d'un savoir scientifique optimal ne fait aucun doute et doit demeurer une priorité, d'autres potentialités doivent aussi être valorisées et développées pour permettre la rencontre entre science et sujet. La première ligne de soins est le lieu de cette rencontre.

Depuis la conférence d'Alma Ata, les soins de santé primaires ont été identifiés comme étant la stratégie de choix pour atteindre l'objectif de santé pour tous. Pourtant, le modèle hospitalier construit sur un savoir pointu, technique et retranché des milieux normaux de vie reste prédominant dans de nombreux pays, tant au niveau de l'organisation du système de soins que de la formation des soignants. En Belgique, la culture « soins de santé primaires » existe mais doit encore s'imposer. Pour ce faire, il importe qu'elle s'ancre dans la formation des soignants. Les études de médecine sont exemplaires de la difficulté à y parvenir : elles demeurent axées en priorité sur la préparation à la spécialisation et l'approche des maladies et, en dépit des progrès réels réalisés depuis quelques années, ne favorisent que de manière trop accessoire les modes de penser et d'être nécessaires à un exercice optimal de la médecine de famille et au développement d'objectifs de santé. Une réflexion de Michel Roland et Marc Jamouille, médecins de famille impliqués dans l'enseignement spécifique en la matière, l'illustre clairement. Laissons-leur la parole.

Réflexions sur l'enseignement spécifique de base des médecins généralistes

Il est très généralement admis que l'*enseignement spécifique de base*, qui est une formation spécifique, doit être dispensé par des enseignants spécifiques, en l'occurrence ici... des généralistes. La médecine générale/médecine de famille est en effet une discipline à part entière, avec sa réalité propre, sa clinique, ses méthodes de diagnostic et de traitement, etc. Les spécialistes et l'hôpital n'ont rien à faire dans notre enseignement dans la mesure où ils ont suffisamment (trop) marqué l'enseignement médical de base. Faire progressivement passer cette idée en faculté, et ré annexer tout doucement nos matières demandera évidemment beaucoup de travail supplémentaire, mais l'enjeu en vaut la peine.

L'enseignement spécifique de base doit assurer de manière fondamentale trois types d'habiletés : le savoir, le savoir-faire et le savoir être. « De manière fondamentale » est effectivement le terme qui convient dans la mesure où c'est cet enseignement qui marquera la nature de la pratique des futurs médecins généralistes, au niveau du savoir, du faire et de l'être. Il existe d'ailleurs des critères de qualité qui ne s'appliquent qu'à la médecine de famille, de façon structurelle et non conjoncturelle : la globalité, la continuité et l'intégration.

Le savoir du médecin de famille

Le savoir du médecin de famille comprend des matières communes avec les spécialistes (mais que l'orientation médecine générale rend particulières) et des matières spécifiques.

La connaissance du médecin de famille est plus globale (le nombre de matières communes est plus élevé, auxquelles s'ajoutent les matières spécifiques) mais moins pointue. Cette dernière caractéristique n'est pas un manque de qualité, il s'agit simplement d'une autre façon de penser, de voir, de comprendre et d'agir. Les procédures d'intervention (écoute, anamnèse, diagnostic, référence, traitement, suivi, ...) du médecin généraliste ne sont pas les mêmes que celles du spécialiste, ne fut-ce que pour une raison de prévalence différente des problèmes de santé et de maladie qu'ils sont amenés à aborder. Seraient-elles les mêmes qu'il s'agirait de mauvaise médecine générale ou de mauvaise médecine spécialisée.

Les matières enseignées doivent être choisies en fonction de leur taux de prévalence dans la population générale (qui est celle des généralistes), et être vues à la fois sous un angle global (les multidéterminants), intégré (curatif, préventif et promotion de la santé) et continu (dans le temps, intra- et inter-épisodes).



Le savoir-faire

Le « savoir-faire » constitue la connaissance et la maîtrise de ce que l'on appelle les outils. Ici aussi la bonne pratique de la médecine générale implique une série d'outils communs avec les spécialistes et une série d'outils spécifiques. Il faut relever que l'enseignement des outils (du savoir-faire), et d'ailleurs du savoir être, est beaucoup plus délicat que celui du savoir tout court dans la mesure où il touche à la pratique concrète du médecin de famille dans son quotidien, avec tout ce que cela implique d'éléments personnels, individuels ou même politiques.

On peut ranger dans le savoir-faire l'organisation du cabinet et de la pratique, la structuration de la continuité, la tenue du dossier et de la liste des patients actifs, les classifications et les systèmes d'information, l'informatique, la lecture critique et les diverses méthodes de formation permanente, la maîtrise des statistiques, la pratique de l'anglais, la santé communautaire et le travail en réseau du médecin de famille, la micro-épidémiologie, la théorie systémique avec la pratique de famille et l'utilisation du génogramme, des notions de recherche en médecine de famille, etc.

Le savoir être

Le savoir être est la matière la plus délicate à aborder parce qu'elle touche à la personnalité individuelle du médecin, particulièrement dans son aspect relationnel avec ses collègues de travail et avec ses patients.

Son enseignement doit s'appuyer beaucoup plus largement sur les sciences dites humaines (encore que la distinction sciences exactes/sciences humaines semble un paradigme obsolète, notamment pour la science médicale). Cette réforme indispensable est actuellement en cours d'élaboration. L'apprentissage du savoir être fait appel à des techniques jusqu'ici peu utilisées dans notre enseignement spécifique de base, qui risquent d'être coûteuses et nécessitent probablement dans un premier temps de faire appel à des spécialistes de la communication, de l'évaluation et de la pédagogie : examens critiques de vignettes cliniques, enregistrements audio et vidéo de rencontres avec des patients, analyses de contenu, groupes de type Balint (qui existent déjà), jeux de rôle, etc.

Traduites dans la réalité immédiatement, ces propositions constitueraient un tel changement conceptuel qu'elles en seraient définitivement discréditées et vouées à l'échec. Il est néanmoins important que nous puissions, à partir d'elles, définir des lignes guides pour les directions futures que nous voulons imprimer à notre enseignement.

La première ligne de soins : plus qu'une juxtaposition de compétences

Les questions que soulève la formation des infirmiers et des kinésithérapeutes, bien que différentes, sont tout aussi aiguës. Dans ces disciplines, l'apparition de « spécialités » est plus récente mais n'en remet pas moins en cause la répartition des rôles et se répercute sur l'identité et la formation d'une première ligne. Quant aux travailleurs sociaux et aux accueillants impliqués dans les structures de soins ou confrontés aux questions de santé dans leur pratique, ils ne sont pas épargnés par le besoin de formations adaptées à la problématique de la santé, dans laquelle ils jouent un rôle méconnu mais essentiel.

Ce sont ces questions que nous avons demandé de développer à différents responsables de formation. Dans le cadre de ce bref cahier, nous effleurons des sujets qui mériteront une réflexion ultérieure plus approfondie.

C'est ainsi que les interrogations liées à la formation continue ne sont pas individualisées ici. A titre d'exemple, la formation continue des médecins nous aurait entraînés dans la discussion de la recertification (faut-il modifier le remboursement des prestations si certaines conditions de formation du prestataire ne sont pas formellement remplies), du financement de cette formation (autofinancement, subsidiation, neutralité du sponsoring par des agents économiques, ...), de la finalité de cette formation (améliorer la qualité des soins et/ou freiner l'expansion des budgets de santé), de la mainmise sur cette formation (autogestion par la profession, directives politiques, rôle des facultés), des choix de société qui y sont liés... Nous avons également éludé la question du numerus clausus qui connaît actuellement un regain de tension.

D'autre part, nous réserverons pour un prochain cahier une question fondamentale : celle du travail inter- ou trans-disciplinaire. Les soins de santé constituent en effet un bastion de l'individualisme. La formation des soignants en est le reflet. La conception de la santé comme un état ou une dynamique de bien-être à la fois physique, psychique et

social, aspects en constante interaction, rend compte de la limitation stérile d'une pratique qui s'isolerait dans sa compétence stricte, particulièrement au niveau des soins de santé primaires. Les pratiques de groupe, comme celle des maisons médicales, montrent à l'envi combien la collaboration améliore la pertinence et l'efficacité des soins, ouvre aux champs de la santé communautaire et conduit à modifier l'exercice de chaque discipline. Le travail en groupe et en réseau, le transfert de compétences et la mise en question des savoirs par l'ouverture de leurs champs clos deviennent des constantes dans l'exercice des professions de santé et méritent d'imprégner la formation de base des soignants. Nous y reviendrons.

L'art infirmier, de l'hôpital à la communauté

Infirmière, entre technique et relationnel

page 31

Christine Bouhon, infirmière à la maison médicale de Tilleur; Ingrid Dubois, infirmière à la maison médicale Bautista Van Schowen, Natacha Hugues, infirmière à la maison médicale Agora, Rose-Marie Laurent, infirmière à la maison médicale la Passerelle, Françoise Voisin, infirmière à la maison médicale le Cadran et Christine Small, professeur à l'école d'infirmière Sainte Julienne à Liège

Une conversation entre infirmières liégeoises au sujet de leur formation.

Infirmière en santé communautaire : une révolution culturelle

page 33

Andrée Poquet, professeur en soins infirmiers, section santé communautaire, école d'infirmières de l'université libre de Bruxelles, Haute École Ilya Prigogine

Comment l'instauration d'une formation en santé communautaire a été accueillie par les étudiants, les formateurs et les utilisateurs de terrain.

Former des infirmières en santé communautaire ! Quel défi !

Quelle aventure !

page 36

Jacqueline Van Vlaenderen-Capart, infirmière-professeur, section santé communautaire, Haute École Galilée

La mutation des infirmières sociales en infirmières en santé communautaire a bouleversé la formation : comment passer d'une idée théorique à l'élaboration d'un programme concret.

Leur formation vue par des infirmières en santé communautaire

page 39

Christine Gilles, infirmière à la maison médicale du Miroir, Céline Houtain, infirmière à la maison médicale Nord, Isabelle Groessens, infirmière à la maison médicale Essegghem, Bérangère Lens, infirmière à la maison médicale d'Anderlecht, Sandrine Mouthuy, infirmière à la maison médicale de Forest, Christelle Roelandts, stagiaire infirmière à la maison médicale Essegghem

Santé conjugulée a interrogé des infirmières bruxelloises sur l'apport de la formation en santé communautaire.

Kinésithérapie : un avenir mouvant

Kiné-questions

Point de vue de quelques kinésithérapeutes sur la formation de base

page 41

Bénédicte Dubois, kinésithérapeute à la maison médicale Aster, maître de stage, et Michel Dechamps, professeur

Des lacunes de la formation et du commentaire d'un enseignant.



Besoins de société et adéquation des formations

page 42

*Josette Craps, conseillère pédagogique à l'institut d'enseignement supérieur Parnasse–
Deux Alice, membre associé de la Haute Ecole Léonard de Vinci.*

Intégrer la reconnaissance de nouveaux besoins dans la formation des kinésithérapeutes, infirmiers et paramédicaux, c'est aussi anticiper les prescriptions légales en la matière.

————— **Médecine générale : où la quête de l'identité et la formation finiront un jour par converger...**

La formation en soins de santé primaires :

une perspective internationale

page 45

*Jean Rodrigue, médecin, titulaire d'une maîtrise en santé communautaire, Fédération
des médecins omnipraticiens du Québec*

Une réflexion sur le médecin généraliste, envisagée dans une perspective de soins de santé primaires et à l'intérieur d'un système de santé en transformation permet de définir un programme de formation spécifique en médecine générale.

Comment les médecins diplômés jugent-ils leur formation

une fois engagés dans la pratique ?

page 55

*Véronique Rombouts-Godin, unité de pédagogie médicale à l'université catholique de Louvain
et Léon Cassiers, ancien doyen de la faculté de médecine de l'université catholique de Louvain*

Une enquête menée en 1992 et 1993 auprès des diplômés de l'école de médecine de l'université catholique de Louvain conduit à une série de propositions destinées à améliorer la formation des médecins.

La formation des médecins, vue intérieure

page 63

Extraits du discours de la promotion 1999 des médecins de l'université catholique de Louvain
Au-delà d'une très médiatisée volée de critiques sur l'organisation des études de médecine, on entendra aussi dans ce discours la reconnaissance d'initiatives bienvenues et des pistes pour une formation plus humaine.

Les enjeux de la formation médicale de base

page 67

*Dominique Pestiaux, médecin généraliste à la maison médicale de Ransart et responsable du
centre universitaire de médecine générale de l'université catholique de Louvain, Myriam
Provost, médecin généraliste à la maison médicale du Nord et médecin des étudiants de
l'université catholique de Louvain et Isabelle Schaubé, étudiante en médecine et présidente
du cercle médical Saint-Luc des étudiants de l'université catholique de Louvain*

L'intégration de la médecine générale à l'université est en marche, grâce au travail des centres universitaires de médecine générale. Mais de nombreux défis sont encore à relever...

Du vécu particulier du généraliste à la nécessité d'une formation spécifique structurée en médecine générale

page 71

*Gérard Stibbe, médecin généraliste au centre université de médecine générale de l'université
libre de Bruxelles*

Après des dizaines d'années de réflexion, le fonctionnement de la médecine générale est mieux connu et ses spécificités sont conceptualisées...

Former, pas formater

page 74

Bénédicte Roegiers, médecin généraliste à la maison médicale du Maelbeek et son équipe
La formation des futurs soignants vue au travers de l'expérience des maîtres de stage de la maison médicale du Maelbeek.

Balint, un apprentissage concret de la relation soignant-soigné page 75

Roger Van Laethem, médecin de famille

Interview d'un médecin de famille à la base de la fondation des groupes Balint en Belgique.
Mais au fond, qu'apportent ces groupes ?

**Une réforme fondamentale du curriculum médical :
l'expérience à l'université de Gand** page 78

*Jan De Maeseneer, médecin généraliste au centre de santé intégrée du Botermarkt à Ledeberg,
président du département de médecine générale et des soins de santé primaires à l'université
de Gand*

Le parcours des études médicales entièrement remodelé à Gand. Une expérience à suivre.

A la faculté de Paris au temps de Molière page 81

Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune

Coup de rétro sur la formation des médecins, histoire de mesurer le chemin parcouru...
et à parcourir.

L'accueil : une fonction essentielle et encore à définir

La formation à l'accueil : une recherche spécifique page 84

Béatrice De Coen, coordinatrice de la formation à l'accueil

L'accueil est une fonction récente à davantage crédibiliser et reconnaître.

L'assistant social : un partenaire santé à part entière

Assistant social aujourd'hui page 87

*Interview de Catherine Bosquet et de Sylvie Colin, avec la collaboration de Martine Hanocq,
professeurs de méthodologie dans un institut d'enseignement supérieur social, contactées
par Santé conjugulée en tant qu'experts pour parler de la formation des assistants sociaux*

Du contenu de la formation au rôle social, la profession d'assistant social est au premier rang
des bouleversements profonds qui affectent notre société...

La formation « psy » des soignants : besoin de vitamines !

Si des sujets se formaient à soigner des sujets page 92

Henri De Caevel, médecin et psychanalyste à la maison médicale de Tournai

Les manquements dans la formation des soignants de première ligne s'offrent à l'analyse
et appellent leurs remèdes.

Conclusion

**L'écart entre le modèle médical enseigné et la pratique de premier
recours est-il soluble dans la formation ?** page 97

*Marie-Claude Hofner, médecin de santé publique, titulaire d'une maîtrise en pédagogie
médicale, unité de prévention du département universitaire de médecine et santé
communautaire de Lausanne, Suisse.*

La formation ne peut se réduire à une intériorisation de dogmes, mais doit lancer une véritable
dynamique de savoirs.

Infirmière, entre technique et relationnel



TOUT DANS LA TÊTE

.....

Santé conjugulée a rencontré quelques infirmières exerçant à Liège pour discuter de leur formation.

.....

La préséance du modèle curatif hospitalier dans la formation de base

● **Santé conjugulée : On décrit souvent l'infirmière comme quelqu'un qui est formé essentiellement à l'acte curatif. Quel est votre sentiment à cet égard ?**

○ *Ingrid Dubois : Le curatif occupe beaucoup de place dans la formation. On connaît mal le « terrain ».*

○ *Natacha Hugues : En travaillant à domicile, on apprend beaucoup, on dépasse le contenu de la formation.*

○ *Christine Small : De plus en plus, ce sont des techniciennes hospitalières que l'on forme. Auparavant, il y avait trois semaines de stages « au domicile », maintenant il n'y a plus que quatre jours, et huit heures de cours pour les soins à domicile. Cela pourrait encore diminuer parce que les infirmières ne sont pas assez prêtes pour l'hôpital. Pourtant les étudiants sont ravis des stages à domicile parce qu'enfin ils voient les patients chez eux, leur parlent. En maison médicale, le stage est particulier car il est réservé aux étudiants qui veulent faire la santé communautaire, ils y trouvent ce qu'ils veulent faire.*

○ *Ingrid Dubois : Quand on voit une personne chez elle, le rapport de force est différent. Le stage à domicile est le plus gai, les patients ne sont plus un numéro, on les voit dans leur globalité. Les trois ans de formation d'infirmière hospitalière nous centrent sur la clinique. La quatrième année, formation en santé communautaire, donne du recul. On réalise qu'être infirmière ce n'est pas qu'obéir*

aux ordres du médecin et réaliser des actes techniques.

○ *Rose-Marie Laurent : Comme les techniques deviennent sophistiquées, on n'a plus le temps pour autre chose ?*

○ *Christine Bouhon : Il manque le relationnel : on devrait se former à mieux comprendre l'autre, communiquer, décoder les messages.*

○ *Natacha Hugues : De telles approches seraient intéressantes aussi en milieu hospitalier.*

○ *Françoise Voisin : Effectivement, à l'hôpital on voit parfois des catastrophes au niveau relationnel.*

○ *Christine Small : La philosophie du tout à la technique est qu'on ne peut pas nuire au malade, on doit pouvoir travailler correctement, sans faire d'erreur.*

● **N'est-ce pas effrayant de devoir faire un choix entre la technique et le relationnel ? Faudrait-il que le curriculum des hospitalières soit différent de celui des infirmières ambulatoires ?**

○ *Natacha Hugues : La formation est identique alors qu'elles évoluent dans des mondes différents. Parfois, une infirmière de l'hôpital est déléguée à domicile et nous apprend une technique précise. La collaboration entre les deux milieux peut se développer.*

● **En ambulatoire, les actes techniques sont plus réduits ?**

○ *Françoise Voisin : Attention, cela va se développer avec les hospitalisations à domicile.*

Une fonction autonome

○ *Rose-Marie Laurent : Il faudrait développer le côté autonome de la fonction d'infirmière pendant les études. Mais je crains qu'on ne soit en recul en ce domaine.*

○ *Christine Small : Les professeurs gardent l'ancienne image de l'infirmière : pour développer la fonction autonome, il faudrait changer tout le staff...*

Christine Bouhon,
infirmière à la maison médicale de Tilleur, **Ingrid Dubois**,
infirmière à la maison médicale Bautista Van Schowen, **Natacha Hugues**,
infirmière à la maison médicale Agora, **Rose-Marie Laurent**,
infirmière à la maison médicale la Passerelle, **Françoise Voisin**,
infirmière à la maison médicale le Cadran et **Christine Small**,
professeur à l'école d'infirmière Sainte Julienne à Liège.

L'interview a été réalisée par Jacques Morel et Corinne Nicaise.

● **Que recouvre cette idée de fonction autonome ?**

- *Rose-Marie Laurent : C'est une façon d'envisager les soins propres à l'infirmière avec ses outils, sa façon de penser. Il s'agit de collaborer au diagnostic, au traitement et d'assurer une prise en charge globale de la personne.*
- *Ingrid Dubois : Dans la pratique, la partie autonome est un peu mise de côté parce que les hôpitaux ne développent pas cette fonction.*
- *Christine Small : Je voudrais nuancer. La réglementation impose un dossier infirmier autonome pour chaque patient. Et la fonction autonome est fort développée à l'école. C'est entre autre le diagnostic infirmier. Malheureusement, dans les hôpitaux, la charge de travail est telle qu'il n'y a pas de place pour penser... et on n'en a pas l'habitude.*
- *Christine Bouhon : Les services où se développe la fonction autonome sont ceux où la charge de travail est moins lourde, notamment dans les unités de soins palliatifs et en psychiatrie.*

pas de nomenclature pour tout ce qui est autonomisation, surveillance de chronique. En maison médicale, il y a une collaboration et du temps pour autre chose que des actes nomenclaturés et le champ d'action y est plus large que pour les indépendantes.

○ *Christine Bouhon : Aller chez des gens qui n'ont pas de traitement mais qu'on visite régulièrement pour voir si « dans la globalité ça va » permet de détecter des problèmes et de les traiter en collaboration. L'infirmière vient avec un regard de complémentarité par rapport au médecin et aux autres intervenants en vue d'une action transdisciplinaire.*

● **A vous entendre, vous êtes débordées par le curatif. Et la prévention ?**

○ *Ingrid Dubois : Je vois deux sortes de prévention, la quotidienne au cours du traitement et celle des projets qui demandent une campagne, une élaboration. La campagne prend du temps. Il y en a en maison médicale, surtout pour les vaccinations, mais la prévention touche beaucoup d'autres domaines...*

Pluridisciplinarité

● **Est-on plus autonome en équipe pluridisciplinaire, en maison médicale ?**

- *Natacha Hugues : A l'hôpital, les médecins sont « grand manitou », il y a peu de travail en équipe vraiment pluridisciplinaire. En ambulatoire, le contact est différent, c'est une collaboration. Ainsi en maison médicale, nous gérons notre secteur de façon autonome. Nous apprenons beaucoup de choses au patient, nous effectuons une prise en charge personnelle.*
- *Françoise Voisin : En équipe pluridisciplinaire, nous faisons le suivi des chroniques, alors que cela ne fait pas partie du travail des indépendantes. La prise en charge est différente.*
- *Christine Small : Travail indépendant et travail en maison médicale sont deux professions différentes. Les indépendantes travaillent à l'acte sur prescription et il n'y a*

Ecoute

● **Santé conjugquée : S'il fallait identifier un manque dans la formation ?**

- *Toutes : La formation à l'écoute.*
- *Natacha Hugues : Il faudrait créer des modules de sensibilisation, de réflexion personnelle, mettre sur pied des interventions.*
- *Rose-Marie Laurent : Si on veut percevoir la globalité de la relation, il vaut penser à une formation philosophique, sur les religions, l'interculturel, etc.*
- *Ingrid Dubois : Il y avait un cours de communication dans mes études de base (3h), suite aux difficultés que l'on rencontrait en stage par rapport à la mort. Je trouvais cela intéressant. ●*

Infirmières en santé communautaire : une révolution culturelle



TOUT DANS LA TÊTE

.....

Si la conférence d'Alma-Ata de 1978 a donné sens au concept de soins de première ligne en mettant la lumière sur l'accessibilité des soins, sur le droit à bénéficier de soins psycho-médico-sociaux de qualité, continus, intégrant l'approche curative, préventive et de revalidation, force a été de constater que faire prévaloir ce type d'approche nécessitait une révolution des mentalités dans les milieux de la santé.

Jusqu'en 1994, la formation infirmière s'appuyait sur des arrêtés royaux de 1958. Essentiellement hospitalo-centriste, elle mettait l'accent sur une approche curative, dictée par un savoir médical. En 1994 eut lieu une réforme importante de la formation infirmière, dans l'objectif de répondre aux nouveaux besoins spécifiques de la communauté, de juguler le développement exponentiel des coûts du curatif, et de faire face concrètement au vieillissement de la population.

.....

Se situer comme agent de santé

Comment aider la future infirmière, formée jusqu'à présent à prodiguer des soins dans une institution hospitalière, à se situer comme agent de santé dans une équipe multidisciplinaire ? A se positionner dans un réseau d'aide allant de la première ligne aux structures universitaires spécialisées ? A se centrer sur les besoins spécifiques du bénéficiaire de soins, de sa famille, de sa communauté quand, jusqu'à présent, toute l'énergie se centrait sur le symptôme ?

Véritable révolution culturelle ! L'étudiante infirmière, imprégnée de feuilletons tels que Urgences, allait devoir participer à une réflexion socio-politique sur son rôle d'agent de santé au sein de notre société. Plus personne ne conteste l'approche multifactorielle de la santé, ni le lien entre crise économique et problèmes de santé, mais comment former une infirmière à cette réalité sans qu'elle ne se sente rapidement dépassée ?

La laïcisation de l'aide a probablement permis à l'infirmière de s'engager plus réellement dans la cité en offrant son propre cadre éthique. Venue d'un passé fait de dévouement dans l'ombre, l'infirmière s'est dotée progressivement d'un statut, d'un spectre d'activités qui lui est propre. Face à une réalité sociale de plus en plus complexe, elle s'est confrontée à ses propres limites et à l'envie de se spécialiser pour appréhender, de manière professionnelle, la réalité de la première ligne.

Voici donc trois ans que la nouvelle infirmière, non plus infirmière graduée hospitalière mais infirmière en soins généraux, peut se spécialiser pour devenir infirmière en santé communautaire. Antérieurement, après deux d'années d'études d'infirmière hospitalière, une formation de deux ans conduisait au titre d'infirmière sociale. Ce titre la positionnait comme travailleur social et cultivait une certaine ambiguïté avec les assistants sociaux.

Actuellement, la formation vise à former réellement une infirmière de première ligne, au

*Andrée Poquet,
professeur en
soins infirmiers,
section santé
communautaire,
école d'infirmière
de l'université
libre de
Bruxelles, Haute
Ecole Ilya
Prigogine.*

Infirmières en santé communautaire : une révolution culturelle

clair avec la philosophie des soins de santé primaires. Elle devra, en fin de formation, pouvoir se situer dans le cadre d'une démarche en santé communautaire globale. Elle participera à l'élaboration du diagnostic de la communauté, mettra en évidence les priorités de santé. Celles-ci seront identifiées avec la population elle-même, dans une logique de participation, en synergie avec le réseau d'aide de la première ligne mais aussi des institutions de soins.

Dans le cadre de l'année de formation, l'infirmière participera à des stratégies d'action qui viseront à la promotion de la santé de la communauté, sans méconnaître la place de l'évaluation de la démarche mise en place.



Quelles difficultés rencontrent les étudiants ou les jeunes diplômés ?

L'infirmière en santé communautaire est méconnue dans son statut et sa fonction propre.

Trop souvent encore, elle doit clarifier ses lieux d'action. Elle est parfois perçue par ses collègues hospitalières comme une « traîtresse » qui a fui les contraintes de l'institution pour se réfugier dans une fonction plus administrative.

Les jeunes diplômées soulignent l'écart entre la philosophie du communautaire qui privilégie la promotion de la santé et l'accessibilité des soins de première ligne, et les politiques de santé qui chapeautent et financent les actions. Financement très timide car on perçoit bien, en tant qu'agent de première ligne, que politiquement le long terme ne paie pas. Mais dans le court terme, le travail s'évalue difficilement, les effets concrets d'une action ne sont que rarement objectivés.

Travailler en partenariat, passer d'un transfert de savoirs à un réel échange de savoirs, et cela en s'inscrivant dans un contexte environnemental naturel et complexe, reste la plus grande gageure en un an de formation.

Que disent les travailleurs qui accueillent nos stagiaires ?

... que ce soit à l'Office national de l'enfance, dans les centres de santé scolaire, en santé mentale, dans les structures de revalidation ou autres ?

Intégrer une stagiaire, infirmière déjà diplômée, peut être dans une certaine mesure plus aisé. L'identité « infirmière » semble plus claire qu'antérieurement : la stagiaire se situe rapidement dans son rôle d'agent de santé. Elle met rapidement l'accent sur l'importance de la collaboration au sein du réseau d'aide ainsi que sur la nécessité de la prévention.

En un an, par contre, il paraît difficile de répondre aux exigences du terrain. La complexité psychosociale des situations cliniques rencontrées demande de la maturité, du temps. La jeune diplômée en cours de spécialisation ne peut répondre au niveau d'expertise psychosociale demandée.

En outre, la démarche en santé communautaire enseignée dans les écoles ne se retrouve



habituellement pas sur le terrain et les professionnels référents ont des difficultés à donner sens aux objectifs demandés par l'enseignement clinique, à établir des passerelles entre les concepts théoriques et la réalité du terrain.

Et que pensent les formateurs responsables de cette formation ?

Ils corroborent nombre des réflexions des étudiants et des professionnels mais comment relever le défi, à savoir former de réelles infirmières de première ligne adaptables à notre réalité pratique ?

La gageure est réelle. Les infirmières enseignantes responsables des formations en santé communautaire appuyaient leur expertise sur leur propre formation d'infirmière sociale. Il ne s'agissait pas de faire une formation « readers digest » en un an. Il fallait trouver des objectifs spécifiques aux nouvelles attentes des politiques de santé et y adapter un programme et des contenus d'enseignement propres.

Les pays anglo-saxons, le Québec en particulier, nous offrirent les références dont nous manquions. Les infirmières canadiennes peuvent faire un *master* en santé communautaire. Depuis leur réforme du réseau de santé et du réseau social en 1960, l'accent était mis sur les centres locaux de santé communautaire et la philosophie des soins de santé primaires prenait donc sens. Les enseignants en santé communautaire canadiens nous aidèrent à penser nos enseignements. Les références bibliographiques d'Outre-Atlantique s'adaptant peu à nos réalités, il nous resta un travail d'adaptation à conduire. Si nos propres écoles de santé publique collaborèrent à conceptualiser le programme et à constituer l'équipe pédagogique et multidisciplinaire, c'est sur le terrain que le travail de formation doit se conduire.

En Région bruxelloise, la Commission communautaire française (COCOF) marque un réel choix politique pour développer toute démarche de santé communautaire. Les

maisons médicales, les projets communautaires intégrés dans des quartiers fragilisés comme à Cureghem nous offrent des lieux d'expérimentation et nous commençons à y rencontrer des infirmières communautaires. Mais dans les départements préventifs classiques, le fossé reste important : non-gestion des données épidémiologiques, équipes très médicalisées sous la direction de médecins (comme à l'hôpital) ou essentiellement sociales (comme dans les CPAS) sans que nous puissions parler de réelle mise en place d'une équipe multidisciplinaire.

En conclusion, cette formation ne prendra sens que si on lui donne le temps de s'adapter à la réalité du terrain et des résistances rencontrées. Tout changement de culture politique et institutionnelle doit s'offrir le temps. La formation de l'infirmière s'est toujours appuyée sur les structures hospitalières, en mettant l'accent sur le traitement des maladies et la suppression des symptômes. Porter une réflexion profonde sur les actions à conduire en amont, analyser les facteurs causaux des problématiques de santé identifiées, sera la stratégie à conduire afin de pouvoir offrir la santé pour tous à l'aube de ce nouveau siècle...

Former des infirmières en santé communautaire! Quel défi! Quelle aventure!

Jacqueline Van Vlaenderen-Capart,
infirmière-
professeur,
section santé
communautaire,
Haute École
Galilée.

.....
« Finie la formation des infirmières sociales ! Vous formerez dorénavant des infirmières en santé communautaire et cela en la moitié du temps ! ». Tel fut l'ordre « venu d'en haut » il y a déjà trois ans de cela !

Titulaire de la formation des infirmières sociales¹, je fus donc contrainte, comme mes collègues d'autres écoles, à enseigner deux années de spécialisation en une. Ce ne fut pas le changement de nom qui me rassura : « infirmière sociale » fut remplacé par « infirmière spécialisée en santé communautaire ». Le social disparaissait, la santé restait et s'ajoutait un terme étrange « communautaire ». Des contacts avec le Canada ou à travers la littérature nous avaient habituées à ce concept dans le domaine de la santé, mais...

.....

(1) Le féminin sera utilisé systématiquement sans aucune intention sexiste mais par souci d'alléger le texte.

(2) Duquesne F. et Leng MC., Bilans d'indépendance ; rôle propre infirmier, ed. Pradel, Paris 1989.

(3) Carpenito J., Diagnostics Infirmiers, ed. du Renouveau Pédagogique, Québec, 1995.

Des questions surgirent :

- Comment former des spécialistes compétentes en un an, alors que deux années intensives nous semblaient nécessaires ?
- Comment « le produit fini » sera-t-il perçu, reçu, utilisé sur le terrain ?
- Pouvons-nous engager des jeunes à se spécialiser sans bien savoir ce que sera leur avenir professionnel dans ce domaine ? Je tentais de me rassurer en sachant qu'elles avaient toujours la possibilité de se « rabattre » sur le secteur hospitalier !

De plus en plus d'articles et livres issus de France d'abord et de Belgique ensuite vinrent

alimenter notre réflexion. Petit à petit, notre perception du concept santé communautaire s'affina. Un profil de formation fut établi en accord avec l'ensemble des écoles d'infirmières francophones ayant cette spécialité en leur institution.

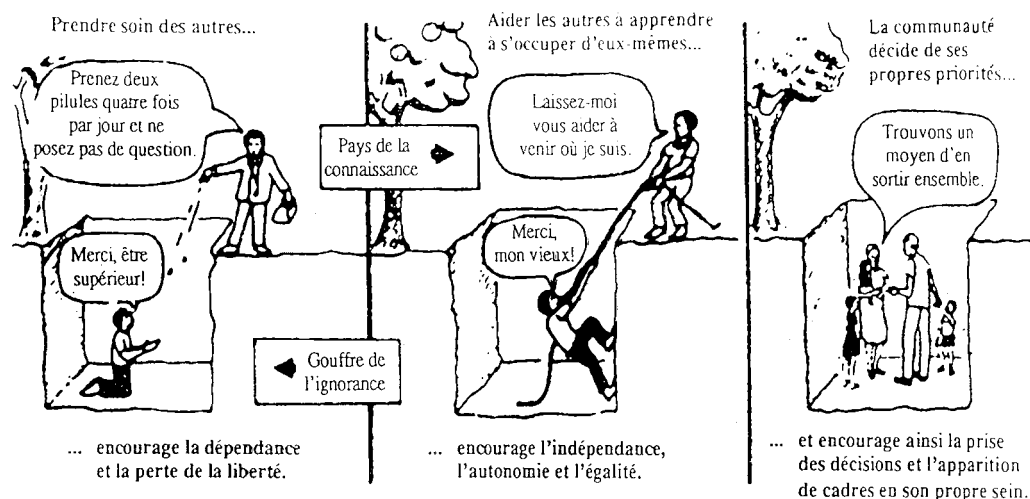
De l'hygiène à la santé communautaire

Avant de livrer ici les données qui nous permirent de concrétiser la formation au sein de notre école, je voudrais présenter le chemin à faire entre le modèle ancien de l'infirmière hygiéniste, en poursuivant par celui de l'infirmière sociale pour arriver à celui de l'infirmière en santé communautaire. Mieux qu'un long texte, un dessin extrait d'un des périodiques *Contact* édité par le Conseil œcuménique des églises à Genève, me permettra d'illustrer ce chemin. C'est un changement de mentalité qui est demandé aux professionnels de la santé ; une révolution dans leur approche de « l'autre » qu'il soit un client, une famille ou un groupe.

Lors de la mise en place de la spécialisation, la difficulté était de passer du modèle infirmier « prendre soin de l'autre » au modèle où « l'autre » déciderait de ses priorités.

Déjà le modèle conceptuel de Virginia Anderson² et la démarche de soins infirmiers de Carpenito Lynda³ nous avaient familiarisées avec l'éventail des quatorze besoins dont nous tenions compte lors d'une prise en charge d'un patient dans le milieu hospitalier. Ce modèle de soin définit comme objectif prioritaire le passage de la dépendance à celui de l'indépendance. Ce passage se fait essentiellement par l'information et/ou la suppléance auprès de celui qui s'appelle encore trop souvent « patient ».

Il me semble que le modèle de soin utilisé par les infirmières hospitalières et enseigné dans



Dessin extrait d'un des périodiques « Contact » édité par le Conseil œcuménique des églises à Genève

notre école correspond à l'étape intermédiaire : « Aider les autres à apprendre à s'occuper d'eux-mêmes ». Mais c'est le professionnel qui possède « la bonne parole » et si ses valeurs ne correspondent pas à celles de ses patients, l'abus de pouvoir et/ou les conflits ne sont pas loin !

Mon expérience de supervision de stages sur les terrains de nos infirmières se spécialisant en santé communautaire montre que c'est souvent ce deuxième modèle qui est de rigueur lors de la pratique professionnelle. Des exceptions existent mais trop rares encore.

La difficulté de passer au troisième modèle, et donc de pratiquer de la santé communautaire, est réelle. Cette difficulté de mettre la théorie « idéale » en pratique frustre plus d'une de nos étudiantes. Cela ne m'empêche pas de faire confiance à l'avenir et de m'engager comme formatrice à développer chez nos étudiantes des capacités leur permettant de rencontrer les besoins et demandes de « l'autre », d'amener cet « autre » à participer à son autonomie dans les domaines médico-psycho-sociaux.

Alors quel profil développons-nous chez nos étudiants, aujourd'hui ?

Une formation spécialisée de première ligne

● L'infirmière de santé communautaire est l'infirmière spécialisée de première ligne

Elle travaille principalement en dehors des institutions hospitalières mais peut être

rattachée à un hôpital ou à un centre. Sa pratique, selon la politique de santé pour tous de l'Organisation mondiale pour la santé s'appuie essentiellement sur les principes inhérents à l'approche des soins de santé primaires. Elle aide le client (individu, groupe ou communauté) à maintenir et/ou à retrouver un niveau d'indépendance dans tous les aspects de la santé : physique, psychique, social et spirituel. Elle se centre sur la promotion et le maintien de la santé, la prévention, la réadaptation dans la communauté (malades, handicapés, ...).

● De ce profil découlent des objectifs généraux

Au terme de sa formation l'étudiante sera capable :

- d'identifier, avec la participation des individus, des familles et des groupes, leurs besoins et leurs ressources communautaires ; les causes de perturbations potentielles et/ou réelles ;
- d'identifier les problèmes potentiels et/ou réels ;
- de prévoir, d'entreprendre et/ou d'accompagner dans leurs milieux respectifs des actions de soins préventifs, curatifs, éducatifs et de réadaptation ;
- de mener une réflexion sur sa fonction professionnelle au sein d'une communauté.

Ces objectifs généraux peuvent se concrétiser en objectifs spécifiques situés en concordance avec les intitulés de cours correspondants.

Les cours ne consisteront pas en un savoir

Former des infirmières en santé communautaire! Quel défi! Quelle aventure!

(mouvant et vite dépassé) à déverser mais en un « apprendre à apprendre » :

1. Apprendre à mener une action en santé communautaire :

- apprendre à aborder l'étude d'une population : méthodologie de recherche en santé communautaire, géographie humaine, sociologie, statistiques appliquées, analyse et gestion des structures de santé communautaire, santé publique ;
- apprendre à mettre en évidence les besoins de santé d'une population : santé et pathologie sociale des groupes, épidémiologie, déterminants de santé, psychologie sociale ;
- apprendre à déterminer les problèmes prioritaires avec, pour et dans une population : psychologie des groupes, épidémiologie ;
- apprendre à mettre en évidence les problèmes prioritaires : méthodologie de recherche en santé communautaire, santé publique ;
- apprendre à planifier et à évaluer des actions pertinentes : méthodologie de recherche.

2. Apprendre à rencontrer, écouter, clarifier des demandes et/ou problèmes émanants d'individus, de groupes ou de communautés : psychologie des groupes, séminaires.

3. Apprendre à fonctionner professionnellement dans un groupe, à gérer un groupe de travail : psychologie des groupes, organisation administrative et gestion du travail.

4. Apprendre à utiliser les droits et les devoirs des citoyens pour donner ou redonner à chacun une égalité de s'épanouir dans la collectivité à laquelle il appartient : législation sociale.

5. Apprendre à se situer professionnellement dans une communauté : déontologie et éthique.

A évaluer

Après la sortie de trois promotions d'infirmières spécialisées en santé communautaire, me vient

une citation célèbre que je paraphrase : « Que sont mes étudiantes devenues ? ». Et si je tentais une mini-enquête concernant ce « devenu professionnel », par rapport à leur formation et ce qu'elles ont pu ou non en faire ? ●

Perspectives

Dans son développement actuel, le SAMU social s'intéresserait aux infirmières en santé communautaire pour leur formation polyvalente et leur approche médico-sociale. Les centres de santé mentale aussi engageraient des personnes formées évidemment en psychiatrie mais ayant en plus une formation en santé communautaire. Depuis peu dans le cadre du projet européen PHARE qui vise à augmenter la qualité des formations en Europe, la Bulgarie a envoyé des professeurs en formation pour les aider à enseigner la santé communautaire dans leurs structures ainsi que dans les soins d'urgence. Mentionnons aussi les réunions annuelles de tous les professeurs en santé communautaire de la Communauté française pour améliorer le programme de formation.*

* PHARE : Poland and Hungary action for the restructuring of the economy.

Le programme PHARE est actuellement le principal canal de la coopération financière et technique de l'Union européenne avec les pays de l'Europe centrale et orientale. Lancé en 1989 pour soutenir la transition politique et économique, PHARE a été étendu pour couvrir, en 1996, 13 pays partenaires de la région.

Leur formation vue par des infirmières en santé communautaire

.....

Pendant les trois années qui conduisent au grade d'infirmière hospitalière, les étudiants suivent des cours généraux traitant de santé communautaire. La véritable formation en santé communautaire est une spécialisation qui s'acquiert au cours d'une quatrième année. Santé conjuguee a invité quelques infirmières travaillant en maison médicale à Bruxelles pour discuter de l'apport de cette formation.

.....

● Le travail en maison médicale favorise-t-il une approche communautaire ?

- Céline Houtain : La philosophie « soins de santé primaires » des maisons médicales nous en offre la possibilité.
- Sandrine Mouthuy : On a du temps « en plus » des actes techniques. Dans un environnement classique, les collègues sont peu sensibilisés à l'approche communautaire.
- Isabelle Groessens : En maison médicale, on se sent soutenue par une structure qui éprouve un souci identique. On peut aussi avoir des idées de santé communautaire dans les structures de soins à domicile mais il faut beaucoup d'énergie pour convaincre l'équipe. Au départ, nous avons été engagées pour faire des soins, mais l'aspect santé communautaire était le bienvenu. En fait, nous avons été choisies davantage pour la « fibre sociale » que pour la formation. La formation m'a aidé à travailler avec les autres, la famille, l'entourage. En maison médicale, les réunions de cas m'aident beaucoup, ne fut-ce que pour clarifier la demande de la personne. C'est agréable de pouvoir interpellier l'équipe et c'est très différent de la façon de travailler dans une structure de soins à domicile.

● Dans votre pratique, que vous a apporté la formation en santé communautaire ?

- Isabelle Groessens : Contrairement aux formations plus spécialisées comme la pédiatrie ou d'autres, la formation en santé communautaire est plus « de base » et peut s'étendre à toute la communauté.
- Céline Houtain : Le mot spécialisation s'applique mal à la formation en santé communautaire, car elle est un élargissement vers une démarche holistique, à l'opposé d'un rétrécissement du type d'action ou vers un public spécifique.
- Isabelle Groessens : Davantage qu'un contenu, cette formation apprend à chercher, à se débrouiller, à dénicher les informations, à avoir un regard critique sur ses sources. Elle développe la sensibilité à la représentation de la maladie et de la santé chez le patient, à la distance et à l'écoute, à la logique des soins.
- Bérengère Lens : Par rapport aux infirmières sorties auparavant, celles qui ont

Christine Gilles, infirmière à la maison médicale du Miroir; Isabelle Groessens, infirmière à la maison médicale Essegem, Céline Houtain, infirmière à la maison médicale Nord, Bérengère Lens, infirmière à la maison médicale d'Anderlecht, Sandrine Mouthuy, infirmière à la maison médicale de Forest, Christelle Roelandts, stagiaire infirmière à la maison médicale Essegem.



Leur formation vue par des infirmière en santé communautaire

bénéficié de la formation en santé communautaire ont plus d'outils de méthodologie, de réflexion, d'analyse, et plus de facilité à construire leur projet. Mais parfois, l'équipe ne suit pas pour des raisons financières ou de temps consacré.

○ *Céline Houtain : Pourtant, certaines se débrouillent bien en maison médicale sans avoir fait cette quatrième année.*

○ *Isabelle Groessens : Question de « fibre ». La quatrième année aide à structurer son approche et à l'appliquer sur le terrain. Mais ce n'est pas un passage obligé pour bien travailler.*

○ *Sandrine Mouthuy : Dans les études de base, on approche la relation soignant-patient dans l'optique du colloque singulier, en troisième année, nous élargissons le champ avec l'approche systémique et les aspects de communauté et d'environnement. Au sortir de la quatrième, on est plus sensibilisées aux sciences sociales, à la politique de santé publique.*

○ *Isabelle Groessens : Après la troisième année, je n'aurais pas eu le regard critique que j'ai maintenant face à une construction de projet : priorités, objectifs... La quatrième année apporte une méthodologie. Quand je regarde le carnet de bord*, je ne suis pas perdue car je vois la globalité, le départ, les étapes... Je sais ce que je fais, pour quoi, pour qui, je gère mieux le temps. J'approche les gens différemment. Dans ma démarche de soins, j'évite de professionnaliser le lien social, j'essaie de réfléchir à ce qui existe déjà, d'employer des outils, de planifier une démarche.*

○ *Béregère Lens : La formation nous a sensibilisées à utiliser le réseau y compris structurel.*

○ *Céline Houtain : Utiliser le réseau existant est un apport des études. Par contre, chez la personne, quand on se pose des questions sur ce « quoi faire » ou pas, sur ce que mon acte engendre, il n'est pas certain que cela vienne des études, cela se développe plutôt sur le terrain. En maison médicale, on se pose beaucoup de questions, il y a des discussions de cas parfois supervisées.*

○ *Béregère Lens : Ces études nous poussent à nous arrêter à un moment, à réfléchir, à ne pas fonctionner comme un robot.*

● **L'hôpital est demandeur de techniciennes, alors que les maisons médicales mettent l'accent sur l'intervention en première ligne. N'y aurait pas lieu de créer deux filières : l'une orientée vers l'hospitalier, l'autre plus générale ?**

○ *Béregère Lens : Il faudrait plutôt intégrer certains cours « communautaires » dans la formation de base.*

○ *Christine Gilles : Il n'est pas sûr que ces notions seraient entendues ! En première année, les cours d'éducation pour la santé sont très peu suivis ! En effet, pour les élèves, ces cours semblent moins importants à côté de matières telles que l'hygiène. Quand je discute avec des étudiants de première année, ils s'intéressent peu aux cours de science politique et assimilés. Il faut davantage de maturité pour les appréhender.*

○ *Céline Houtain : Mais ces cours, comme l'éducation pour la santé et l'économie pour la santé ont été simplement parachutés lors de la réforme dans un programme principalement tourné vers l'hospitalier !*

○ *Isabelle Groessens : Cet accueil mitigé est aussi lié à l'image de la profession : l'infirmière c'est l'hôpital ! En première année, tout le monde veut aller aux soins intensifs, aux urgences...*

○ *Béregère Lens : Pourtant le patient perçoit l'infirmier comme une écoute, une personne qui répond à ses besoins... Il y a un écart important entre la demande du patient et les attentes des professionnels.*

○ *Céline Houtain : Il y a une tendance actuelle à garder davantage les gens à domicile, le besoin vers le non hospitalier s'accroît. Le problème se situe peut être dans l'attente des infirmières : c'est gratifiant d'être spécialisées, de se sentir expertes. Mais ce n'est peut être pas la demande du terrain.* ●

*outil de conception, de suivi et d'évaluation des projets de prévention (voir Santé conjugulée n°10 p 56).

Kiné-questions

Le point de vue de quelques kinésithérapeutes sur la formation de base



TOUT DANS LA TÊTE

Voici quelques réflexions surgies lors de l'accompagnement d'étudiants stagiaires suivant un graduat en kinésithérapie. Une série de lacunes dans leur formation ont été relevée. Il s'agit de difficultés concernant le transfert entre la théorie et la pratique ou du constat de situations confrontant les étudiants à des questions qu'ils n'ont jamais approfondies ou même abordées.

Sur un plan général, plusieurs points concernent l'approche du métier. On note un manque de connaissance ou de réflexion à propos :

- de la dimension socio-économique et du fonctionnement de la sécurité sociale en particulier ;
- des problèmes éthiques et déontologiques ;
- de l'aspect relationnel et psychologique ;
- d'une approche globale des patients dans les dimensions biologiques, psychosociales et culturelles.

D'un point de vue plus disciplinaire, des manques sont également relevés :

- l'absence de travail au niveau de l'anatomie

palpatoire ;

- une connaissance exhaustive des pathologies mais sans lien avec les traitements adéquats ;
- une méconnaissance de certaines approches spécialisées.

Ces constats nous amènent à formuler quelques suggestions concernant la formation :

- créer davantage de séminaires basés sur des formations à la dimension éthique et déontologique ;
- donner des informations plus approfondies concernant le fonctionnement de la sécurité sociale ;
- créer des ponts entre les différentes disciplines médicales et paramédicales par l'intermédiaire de groupe Balint, par exemple ;
- engager davantage de professeurs praticiens ;
- favoriser les stages en maisons médicales ou chez des kinésithérapeutes libéraux ;
- alléger certains aspects de la formation (notamment au niveau stages) pour permettre plus de temps de réflexion. ●

Bénédicte Dubois,
kinésithérapeute à la maison médicale l'Aster, maître de stage, avec l'accord des kinésithérapeutes des maisons médicales, et Michel Dechamps, professeur.

Brève réponse d'un professeur de l'enseignement supérieur aux lacunes relevées

Les éléments cités ci-dessus sont probablement fort justes. Certaines améliorations proposées devraient effectivement être mises en place dans l'ensemble des écoles supérieures. Je pense notamment à l'engagement de professeurs ayant une expérience de terrain.

Cependant, plusieurs points soulevés ne relèvent pas de la formation de base.

Il faut tout d'abord bien avoir en tête que les quelques années d'enseignement supérieur (universitaire ou non) ne donnent aux étudiants qu'une part minimale de la formation indispensable à leur pratique. Si certains peuvent s'en contenter, c'est bien dommage et l'école aura raté une de ces missions qui est d'inciter à poursuivre sa formation tout au long de sa carrière.

La dimension éthique du métier, la dimension psychologique du traitement, par exemple, peuvent faire l'objet d'un début de réflexion durant la formation de base. Mais, il ne faut pas oublier que les étudiants sont jeunes et que c'est souvent la maturité et l'expérience qui nourrissent ces réflexions.

Peu de lecteurs de cet article se sont posés ces questions d'emblée dès la sortie des études, non pas parce qu'ils manquaient de formation mais parce qu'ils n'étaient probablement pas prêts à le faire. Il en est de même pour les dimensions politiques ou économiques d'un métier.

La formation de base doit être un lieu d'éveil, d'initiation ; il serait prétentieux d'espérer donner une formation complète de qualité à ce niveau. ●

Besoins de société et adéquation des formations

*Josette Craps,
conseillère
pédagogique,
institut
d'enseignement
supérieur
Parnasse-Deux
Alice, membre
associé de la
Haute Ecole
Léonard de Vinci.*

.....

Les demandes et besoins de la population en soins de santé sont-ils rencontrés par les formations ? Qui peut répondre en toute certitude à cette question ? Notre propos n'est pas d'être exhaustif mais d'apporter un éclairage suffisant sur les orientations actuelles des formations paramédicales qui veulent être adéquates aux besoins réels et actuels de notre société. L'expérience que nous vous livrons est celle de plus de soixante ans de passion, de recherche et d'enseignement d'équipes qui remettent en question leurs pratiques.

.....

Connaître les besoins en soins de santé

Connaître les besoins en soins de santé, c'est l'obligation première qui nous est faite. Les sources à consulter sont multiples, diverses et parfois tendancieuses. Celles que nous retenons le plus volontiers sont :

- les directives de l'Organisation mondiale de la santé-Europe, les rapports et recommandations de la commission européenne qui nous inspirent ;
- les grandes options prises et communiquées par les associations professionnelles nationales et internationales qui nous guident ;
- les directives, lois et décrets fédéraux et communautaires qui nous indiquent les cadres politiques et administratifs pour lesquels préparer les professionnels de demain.

Sans trop nous étendre, nous schématiserons le contexte général et les besoins en soins de santé de la population belge d'aujourd'hui.

- Tout d'abord, il faut relever le vieillissement de la population. La Belgique ne fait pas exception au phénomène mondial du « geronto-boom » encore appelé par certains « papy boom ».

Notons le caractère de féminisation de plus en plus grande du groupe de personnes âgées ainsi que sa très grande hétérogénéité du point de vue économique et social, des conditions de vie, de loisirs ou d'activités physiques.

Enfin, caractéristique importante, la perte d'autonomie progressive d'un grand nombre de personnes âgées ne pouvant plus compter sur la présence de famille à proximité et susceptible de fournir aide ou relais en cas de nécessité.

- Il faut noter ensuite les progrès scientifiques et technologiques appliqués à la médecine, du diagnostic au traitement, qui permettent des soins médicaux et paramédicaux très spécialisés. Ces soins sont dispensés dans des structures hospitalières hyperéquipées et demandeuses de personnels paramédicaux performants dans toutes les spécialités.
- Enfin les directives de l'Organisation mondiale de la santé proposant « La Santé pour tous en l'an 2000 » nous précisent le rapport insuffisant existant en Belgique comme dans la plupart des pays européens, entre les coûts investis et la qualité des résultats obtenus pour la santé.

Adapter les formations aux besoins

L'analyse des besoins et le contexte de soins nous obligent à une réorientation des mesures sanitaires. Nos formations paramédicales en tiennent compte et dès lors approfondissent :

- les soins de santé primaires ;
- la prévention de la maladie et du handicap ;
- la promotion de la santé ;
- l'approche positive qui fait les liens entre santé et environnement.

Elles investissent dans les soins de proximité, les approches extra-hospitalières et le travail en interdisciplinarité.



TOUT DANS LA TÊTE



Besoins et contexte permettent par ailleurs d'élaborer les profils de formations visant au plus pointu l'acquisition des compétences professionnelles attendues.

Ces compétences et le cadre conceptuel dans lequel elles s'inscrivent ont été revues et mises à jour dans notre institut en 1996. C'est ainsi que nous pouvons dégager des lignes de forces communes à toutes nos formations paramédicales.

- Tout d'abord, un même cadre conceptuel :
 - qui privilégie une approche globale des personnes, des familles ou des groupes dans le respect de leurs dimensions personnelle, culturelle et de leur environnement ;
 - qui inclut dans l'étendue des champs professionnels, prévention d'incapacité et handicap, promotion de la santé, soins de traitement et réadaptation ;
 - qui identifie et reconnaît la contribution professionnelle des différents partenaires de la santé et utilise ces connaissances et compétences de manière complémentaire pour résoudre activement et en interdisciplinarité les problèmes de santé posés à l'individu, la famille ou les groupes.
- Ensuite, un axe comparable sans être identique en sciences humaines et sociales :
 - celles qui visent, d'une part, les compétences relationnelles pour exercer une profession « d'aide » à toute personne qui en a besoin ;

- celles qui, d'autre part, préparent et guident les professionnels dans leur engagement moral, éthique et socio-politique.

- Les sciences fondamentales, biomédicales indispensables sont bien évidemment enseignées dans toutes nos formations. Elles apportent l'acquisition des savoirs scientifiques nécessaires à la connaissance du problème santé de la personne à aider, la compréhension des phénomènes et donc une collaboration plus efficace aux décisions thérapeutiques et à leur exécution.

Le nouveau Parnasse-Deux Alice

Notre institut d'enseignement supérieur a pour « fil rouge » : « le corps, la communication, le mouvement et les soins au bénéfice de la santé ». La spécificité qui nous caractérise est ancrée dans l'interdisciplinarité. En effet, nous formons des infirmiers, des licenciés en kinésithérapie, des ergothérapeutes et depuis peu des podothérapeutes. Ces formations paramédicales sont enrichies par la concomitance des formations d'éducateurs gradués, de régents en éducation physique et de psychomotriciens. Ces formations diverses sont porteuses d'éléments qui interagissent sur la santé et la société.

- Les sciences professionnelles quant à elles constituent l'axe spécifique de chaque formation paramédicale. Elles sont intégrées, théorie et pratique, dans un même processus de résolution scientifique

« des problèmes de soins » où collecte des données, bilans cliniques, jugement clinique et diagnostics professionnels permettent de proposer et planifier avec la personne les interventions nécessaires pour maintenir, améliorer ou restaurer sa santé.

Enfin, l'exécution des actions prévues et l'évaluation critique des résultats obtenus par les stagiaires et les soignants permettent, si nécessaire, l'ajustement de cette démarche de soins.

Soulignons encore que ces sciences professionnelles préparent chacun des paramédicaux à remplir des fonctions utilisant les technologies les plus pointues dans les structures hospitalières générales ou spécialisées ou à exercer leur art dans des maisons de repos et de soins ou des services de soins à domicile tant sous statut de salarié que sous celui d'indépendant.

évoluer rapidement les contenus des diverses formations. Les directives européennes, les orientations de l'Organisation mondiale de la santé ont visé tout d'abord l'exercice des soins infirmiers. Elles ont pu être approfondies et intégrées très rapidement dans toutes nos formations grâce au contexte qui nous caractérise.

Nous n'avons pas pour projet d'être complet et d'épuiser le sujet. Nous espérons toutefois avoir mis en lumière la volonté sans cesse renouvelée de notre institut d'imprimer dans les formations les priorités de santé et d'anticiper les impératifs légaux. ●

Devancer les impératifs légaux

Il y aurait beaucoup plus à écrire sur les apprentissages théoriques et pratiques spécifiques à chaque formation. Est-ce bien nécessaire ?

L'obligation contractuelle de base de tout enseignement est de faire correspondre le champ professionnel enseigné avec le champ légal reconnu à chaque profession.

Mais cela ne suffit pas... C'est la raison pour laquelle, Marie Bécu, directrice de l'institut, a mis en place un environnement permettant de former de manière pertinente les professionnels qui prendront en compte la santé des hommes de demain : unité psycho-socio-médicale, unité de propédeutique, unité de recherche appliquée, unité de collaborations internationales, unité de formation continue, centre de documentation... La vraie formation est à ce prix... et là les législations et les subventions ont quelques longueurs de retard.

Qu'il nous soit permis d'ajouter que ces réflexions n'engagent que notre institut. Nous pensons que notre pluridisciplinarité a fait

La formation en soins de santé primaires : une perspective internationale



.....

La formation en soins de santé primaires est un sujet vaste et fascinant. Vaste, parce qu'il englobe la formation de nombreux intervenants de la santé, des médecins, des infirmières, d'autres professionnels, mais aussi l'éducation de la population qui est responsable de la dispensation de nombreux soins de première ligne. Fascinant, parce que la plupart des systèmes de santé redécouvrent l'importance de ce secteur. Nous vous proposons de limiter la réflexion aujourd'hui à la formation des médecins généralistes qui sont les médecins responsables des soins de santé primaires à la population.

.....

L'intérêt pour l'enseignement de la médecine générale est récent dans la plupart des pays industrialisés : la formation obligatoire dans cette discipline date de 1981 en Angleterre, de 1988 au Québec et des programmes facultatifs existent dans plusieurs autres pays, dont l'Espagne depuis 1978. Ce sont les médecins généralistes eux-mêmes qui ont milité pour la reconnaissance de la médecine générale comme discipline médicale et pour l'instauration de programmes de formation adaptés à la réalité de leur pratique. Rien n'est acquis pour autant. De nombreux défis académiques et professionnels persistent et nous en examinerons quelques-uns.

D'abord, situons les principaux acteurs : le médecin généraliste est un extrant du système universitaire et un intrant du système de santé, à l'intérieur duquel il contribue à améliorer la santé de la population.

Le médecin généraliste dans une perspective de soins de santé primaires à l'intérieur d'un système de santé en transformation

● Le médecin généraliste

Pour le Collège des médecins de famille du Canada^{1,2}, quatre principes de base caractérisent la médecine familiale ou médecine générale : la relation médecin-patient fondée sur une approche globale des personnes et sur une continuité de soins dans le temps ; la compétence clinique pour aborder une variété de problèmes cliniques ; l'assise communautaire en offrant des services dans la communauté et en collaboration avec les autres ressources du milieu ; enfin, le médecin généraliste doit être une ressource pour la population de son territoire, en surveillant leur état de santé, en appliquant judicieusement les nouvelles technologies et les nouvelles thérapies en médecine et en utilisant efficacement les ressources spécialisées.

La compétence clinique mérite une attention particulière parce qu'elle est une source de confusion entre généralistes et spécialistes au moment de la répartition des tâches cliniques, entre généralistes et universitaires au moment de l'élaboration des programmes de formation.

Qu'est-ce qu'un clinicien compétent en médecine générale ?

Les domaines d'expertise du médecin généraliste sont le diagnostic et le traitement des problèmes de santé courants, des urgences usuelles et de la plupart des maladies chroniques, la prévention de la maladie et la promotion de la santé^{3,4,5}. Il est donc essentiel de posséder un minimum de connaissances et d'habiletés dans la plupart des spécialités médicales pour intervenir efficacement. Mais ce n'est pas suffisant : un clinicien compétent en médecine générale est un médecin qui raisonne en généraliste.

Le processus décisionnel du médecin

*Jean Rodrigue,
médecin, titulaire
d'une maîtrise
en santé
communautaire,
Fédération des
médecins
omnipraticiens
du Québec.*

La formation en soins de santé primaires : une perspective internationale

généraliste est complexe^{6 à 11} :

- son centre d'intérêt est plutôt la personne dans son ensemble qu'une entité pathologique ou un regroupement d'états pathologiques ;
- le problème formulé par le patient est souvent imprécis, peut concerner des systèmes physiologiques différents ou posséder des composantes psychologiques ou sociales ; plusieurs problèmes peuvent également coexister ;
- le médecin généraliste doit formuler, à l'intérieur d'une entrevue, plusieurs hypothèses diagnostiques qu'il vérifiera à l'aide de son questionnaire et de son examen clinique ;
- la conduite thérapeutique est décidée en fonction de l'hypothèse diagnostique la plus probable, des autres problèmes de santé, des préférences du patient lui-même et de son contexte socio-économique ;
- le suivi permet de valider le diagnostic et la conduite thérapeutique.

Le raisonnement clinique du médecin généraliste n'est pas linéaire : il comprend de multiples boucles de rétroaction, pendant l'entrevue et au cours des rencontres subséquentes. Le médecin évalue constamment sa démarche à la lumière des résultats déjà obtenus et de nouveaux éléments d'information pour la réorienter au besoin.

Le processus décisionnel auquel le médecin généraliste a recours doit prendre en considération la réalité de son patient : celui-ci n'est pas uniquement un objet d'étude, mais un partenaire dans l'identification des problèmes, dans la recherche et l'application des solutions. Voilà pourquoi les habiletés dans la relation médecin-patient sont essentielles au médecin généraliste.

Finalement, les décisions prises doivent tenir compte de leur efficacité prévue, d'une utilisation judicieuse des ressources de première ligne et de la pertinence d'un recours à des ressources spécialisées : le clinicien compétent est aussi un clinicien efficace.

● Dans une perspective de soins de santé primaires

Pour s'adapter à ces transformations, le médecin généraliste doit apprendre à intervenir dans une perspective de soins de santé primaires^{3, 12 à 18} : porte d'entrée du système de santé, il assure l'accessibilité et la continuité des soins et dispense des soins préventifs et curatifs ; il participe à la coordination des services des divers intervenants auprès des personnes dont il a la charge ; il intègre les services de première ligne à ceux des différents niveaux de soins ; il partage avec ses patients et la communauté qu'il dessert la responsabilité des soins et des services de santé.

Les « family physicians » au Canada¹ et aux États-Unis^{12, 19}, les « omnipraticiens » au Québec²⁰, les « general practitioners » en Angleterre²¹, les « medicos familiar y comunitaria » en Espagne^{5, 15} partagent cette vision de la médecine générale. Le défi est de faire reconnaître par nos partenaires que cet ensemble de connaissances et d'attitudes constitue une discipline médicale spécifique.

● Dans une perspective de soins de santé primaires à l'intérieur d'un système de santé en transformation

Même en cabinet privé, le médecin généraliste agit en complémentarité avec les autres services de santé.

Les mutations profondes qui affectent le système de santé de la plupart des pays ne peuvent nous laisser indifférents. Parmi ces changements, notons^{13, 14, 22, 23} :

- la révision des objectifs de santé mettant l'accent sur la prévention ;
- la réorganisation des services favorisant la hiérarchisation des soins et les soins de santé primaires ;
- la décentralisation vers les régions des processus décisionnels et administratifs ;
- la mise en place d'actions intersectorielles pour agir sur les déterminants de la santé ;



- les nouvelles technologies diagnostiques et thérapeutiques, accessibles sur une base ambulatoire, qui réduisent le recours à l'hospitalisation ou sa durée dans de nombreuses situations cliniques ;
- l'évolution des diverses disciplines de la santé dont les rôles respectifs se précisent ou se développent, particulièrement au niveau des soins primaires : les infirmières cliniciennes, les coordonnateurs de soins, les pharmaciens ;
- la recherche d'efficacité pour assurer des soins de qualité, efficaces et au meilleur coût.

Paradigme dominant	Paradigme émergent
soins spécialisés	soins primaires
soins aigus	soins chroniques
soins individuels	soins communautaires
soins curatifs	soins préventifs
soins en institution	soins ambulatoires
technicité	humanisme
obligation de moyens	obligation de résultats
approche unidisciplinaire	approche multidisciplinaire
gestion médicale	gestion administrative
concurrence	collaboration

Les tensions dynamiques dans le système de santé. Modifié d'après O'Neil¹⁹.

O'Neil, à l'instar de la commission Pew sur les professions de la santé, aux États-Unis, considère que ces changements affectent la nature des soins, leur lieu de distribution, les modalités de leur dispensation, leur gestion et leur évaluation²⁴. Ces changements favorisent l'émergence d'un nouveau paradigme dans le système de santé et provoquent des tensions importantes. Cet auteur utilise un tableau que nous reproduisons pour illustrer les tensions dynamiques à l'intérieur du système de santé (voir tableau).

Le médecin généraliste doit s'adapter à ces transformations. Elles élargissent ou à l'inverse, rétrécissent le champ de ses interventions professionnelles auprès de clientèles autrefois traitées en institution. En consacrant son rôle comme porte d'entrée du système de santé, elles l'obligent à développer des habiletés de gestionnaire de soins et de coordonnateur d'une équipe de professionnels.

Un programme de formation spécifique en médecine générale reconnu par le milieu académique en lien avec le système de santé

La connaissance du rôle et des fonctions du futur médecin généraliste est essentielle à l'élaboration d'un programme de formation,

mais cela n'est pas suffisant : les objectifs d'apprentissage doivent être précisés et réalistes ; l'intérêt pour cette discipline doit être partagé par le milieu universitaire ; les milieux de formation doivent être adéquats et les enseignants compétents.

● **Un programme de formation spécifique**

Malgré des variations d'un pays à l'autre dans le rôle du médecin généraliste, dans l'incidence et la prévalence des maladies et dans les structures de soins de première ligne, il est possible de dégager les objectifs pédagogiques communs pour la formation des médecins généralistes^{1 à 5, 14, 25 à 29}.

1. Pour être un clinicien compétent, le médecin généraliste devra, au terme de sa formation :

- évaluer et traiter les problèmes de santé dans un contexte de soins de première ligne, notamment les affections courantes, les problèmes liés au vieillissement, les maladies mentales et les maladies terminales ;
- prendre en compte les facteurs bio-psycho-sociaux qui influent sur la santé et sur la maladie, les reconnaître et les évaluer avec ses patients. Les étudiants devront être sensibilisés à des phénomènes comme la violence familiale, la pauvreté, l'alcoolisme, les toxicomanies et l'isolement social ;
- développer des habiletés de communication nécessaires à l'établissement et au maintien

La formation en soins de santé primaires : une perspective internationale

- de relations interpersonnelles harmonieuses ;
 - favoriser l'adoption d'attitudes préventives chez ses patients ;
 - supporter l'observance au plan thérapeutique négocié ;
 - connaître les ressources des autres structures de soins, notamment le milieu hospitalier, et savoir les utiliser. Dans certains pays, la participation des médecins généralistes aux activités hospitalières est importante et nécessitera une formation particulière.
- 2.** Pour intervenir dans une perspective de soins de santé primaires, le futur médecin généraliste devra :
- offrir à la population qu'il dessert des services accessibles, continus et coordonnés avec les autres ressources disponibles dans le système de santé. Ces responsabilités supposent beaucoup de disponibilité de la part de chaque médecin généraliste qui devra apprendre à les assumer et à partager certaines tâches avec les collègues de son territoire ;
 - susciter la participation de ses patients et de la communauté aux soins et aux services dispensés. Les étudiants devront également apprendre à vivre avec les contraintes de cette participation, notamment la liberté de refuser un traitement pour un patient et celle de fixer des priorités différentes en matière de services de santé ;
 - fonctionner efficacement au sein d'une équipe multidisciplinaire ;
 - s'engager à évaluer la qualité des services dispensés ;
 - gérer efficacement les services qu'il offre et les ressources qu'il utilise. La rationalisation des services de santé, la diminution des budgets alloués à la santé et le souci d'efficacité rendront cette dimension de la pratique plus présente pour tous les médecins.
- 3.** Pour demeurer une ressource pour sa communauté, le futur médecin généraliste devra :
- développer des habiletés à maintenir à jour sa formation professionnelle, en médecine générale bien sûr, mais aussi dans les domaines qui influent sur les soins de santé primaires, notamment en médecine spécialisée, en psychologie et en sciences sociales ;
 - tenir compte des dimensions éthiques de ses interventions. Nous sommes constamment confrontés à la souffrance, à l'angoisse et à la mort chez nos patients. Nous vivons dans des sociétés où les valeurs morales sont remises en question. Nous devons souvent assumer seuls une part de doute lorsque le diagnostic est incertain, le pronostic inconnu ou l'efficacité du traitement relative. La réflexion éthique nous servira à rechercher le bien du patient et à respecter ses choix non seulement en présence de cas difficiles mais aussi dans la pratique de tous les jours ;
 - comprendre les aspects législatifs et juridiques reliés à la pratique médicale, notamment dans les matières suivantes : l'organisation des services de santé, les droits des patients et la responsabilité médicale ;
 - respecter le code de déontologie médicale. Le serment d'Hippocrate et les conduites qu'il propose ont survécu à l'épreuve du temps et doivent nous guider dans nos relations avec nos collègues et avec nos patients.
- **Une reconnaissance par le milieu académique**
- Au cours des dernières décennies, les universités ont organisé l'enseignement de la médecine autour des différentes spécialités médicales et la formation clinique à l'intérieur des hôpitaux. Il est illusoire de croire que la formation en médecine générale s'imposera d'elle-même. La volonté et le support du milieu académique et la persévérance des médecins généralistes sont essentiels^{31, 32, 33}. Au Québec, les omnipraticiens ont recherché et obtenu le support d'alliés extérieurs, notamment leur syndicat professionnel, le Collège des médecins et le Gouvernement.
- Les facultés de médecine doivent réviser les objectifs de formation à la lumière des transformations du système de santé et confirmer leur mission de former des médecins pour dispenser des soins de santé primaires qui répondent aux besoins de la communauté^{4, 34}. Elles doivent reconnaître la discipline de médecine générale en mettant en place un département universitaire de médecine générale et en accueillant des médecins généralistes qualifiés au sein de son corps professoral^{21, 34}.

Elles doivent également faire preuve de tolérance durant la phase d'implantation du département : ce dernier devra développer des milieux de formation à l'extérieur du milieu universitaire et recruter des enseignants qui ne répondent peut-être pas à tous les standards universitaires.

Au niveau pré-doctoral, plusieurs actions doivent être prises. Les politiques d'admission aux études médicales doivent favoriser la sélection d'un certain nombre de candidats intéressés aux soins de santé primaires ; cet intérêt se retrouve chez les femmes, les candidats plus âgés et ceux en provenance d'un milieu rural. Le curriculum pré-doctoral doit comprendre un enseignement orienté vers l'évaluation et la solution de problèmes. Il est important que les médecins généralistes participent de façon significative à la formation pré-doctorale pour permettre aux étudiants de s'identifier à eux et pas seulement à des médecins spécialistes. Finalement, on doit offrir des stages cliniques en médecine générale pour favoriser l'exposition aux problèmes de santé courants, une sensibilisation et une adaptation à l'organisation des soins de santé primaires et pour vérifier l'intérêt que suscite cette pratique médicale^{4, 34 à 36}.

Au niveau des programmes spécifiques de formation en spécialité, les universités doivent s'assurer que les futurs spécialistes développeront des habiletés à collaborer avec les médecins généralistes et les autres intervenants du secteur des soins de santé primaires. A cette fin, on doit penser à un réseau intégré de centres d'enseignement et de soins de niveau primaire, secondaire et tertiaire avec des équipes multidisciplinaires³³.

● En lien avec le système de santé

Dans la plupart des pays, la formation en médecine générale a été élaborée selon le modèle de la formation en spécialité : le résident réalise des stages hospitaliers, puis pratique dans un contexte de soins primaires sous la supervision de généralistes. Est-ce suffisant ? Une revue de la littérature suggère qu'un tel enseignement est variable, imprévisible, ponctuel et discontinu²⁹. Quelles sont les conditions essentielles pour atteindre les objectifs pédagogiques ?

1. Une exposition clinique suffisante et continue aux problèmes rencontrés en soins primaires^{2, 5, 29}.

Les résidents en médecine générale deviendront des cliniciens compétents en soins primaires dans la mesure où ils auront appris à évaluer, diagnostiquer et traiter les problèmes courants, sous la supervision de généralistes enseignants. Les enseignants devront s'assurer que les résidents maîtrisent l'utilisation du questionnaire médical et l'examen clinique, développent des habiletés à communiquer, gèrent efficacement l'entrevue clinique et utilisent adéquatement les autres professionnels de la santé.



La durée des stages en soins de première ligne doit être suffisamment longue pour permettre au résident d'être confronté à de nombreuses situations cliniques. L'expérience acquise lui permettra de raffiner son raisonnement clinique et d'élargir l'éventail de ses hypothèses diagnostiques pour un problème donné.

Les stages en soins primaires auront également avantage à se tenir dans un même lieu géographique pour un résident donné. Des

La formation en soins de santé primaires : une perspective internationale

auteurs recommandent également de prévoir des stages longitudinaux tout au long de la formation en médecine générale. Au Canada, par exemple, les résidents en médecine familiale, après leur stage dans l'unité de médecine familiale, y retournent chaque semaine pour une demi-journée de clinique. Ceci permet au résident de suivre ses patients et d'apprécier de façon continue les effets de ses interventions. Selon certaines études, cette continuité des soins permet également au résident d'identifier davantage les différents problèmes de santé d'une même personne, de développer un sentiment d'appartenance à sa clientèle et de se constituer un réseau de relations soutenues avec un groupe défini de cliniciens enseignants.

2. Une supervision adéquate par des médecins généralistes^{4, 5, 7, 13, 29, 37}.

Les médecins généralistes enseignants doivent servir de modèles aux résidents : ce sont d'abord des cliniciens compétents et ils exercent dans une perspective de soins de santé primaires.

A titre d'enseignants, ils sont habiles à évaluer les lacunes de leurs étudiants et à cibler leurs interventions pédagogiques, en matière de connaissances médicales, de raisonnement clinique ou de comportement. Ils incitent les étudiants à réfléchir sur leur pratique, à s'adapter aux différentes situations cliniques et à développer des habitudes d'auto-formation. Ils se rendent disponibles pour assurer une supervision adéquate et organisent leur horaire de travail en conséquence. Finalement, ils évaluent périodiquement la qualité de leur enseignement, recherchent le feedback des résidents en la matière et prennent les mesures appropriées.

Les médecins enseignants sont également des précepteurs et, à ce titre, ils doivent savoir guider et conseiller les résidents en vue de leur future carrière professionnelle mais aussi, parfois, lorsqu'ils vivent des situations difficiles.

Le soutien de la faculté de médecine est essentiel au développement du corps professoral de médecins généralistes. Des

activités de formation académique doivent leur être offertes pour répondre à leurs besoins d'enseignants en tenant compte des contraintes spécifiques à la pratique de première ligne. L'octroi de postes universitaires à des médecins généralistes est susceptible de favoriser leur participation active à la vie universitaire, à défendre les intérêts de leur département et à promouvoir leur discipline.

3. Des centres de soins de santé primaires avec une mission d'enseignement^{4, 13, 14}.

Les centres de soins de santé primaires offrent aux résidents une situation optimale d'apprentissage. Les centres retenus à des fins d'enseignement doivent être orientés vers les besoins de la communauté, offrir des services accessibles et continus, favoriser une approche globale des problèmes de santé par le biais d'une équipe multidisciplinaire, rechercher l'intégration des services avec les autres établissements de soins et se préoccuper de l'évaluation de la qualité et de l'efficacité de leurs interventions. Parallèlement, les professionnels qui y œuvrent doivent démontrer un intérêt certain pour l'enseignement et offrir aux étudiants une exposition à une gamme variée de problèmes courants de santé et un enseignement adéquat.

4. Un équilibre dans la répartition des stages hospitaliers et extrahospitaliers^{2, 5, 38}.

Les stages en milieu hospitalier permettront aux résidents de découvrir et de traiter les états pathologiques plus sévères ou moins fréquents. Ils apprendront à utiliser les ressources hospitalières. Le contact avec les médecins spécialistes leur permettra de développer des attitudes de collaboration avec ces derniers. Dans certains pays, comme le Canada, plusieurs médecins généralistes ont des activités en milieu hospitalier et une formation adaptée aux réalités de milieu est donc essentielle.

Il faut doser judicieusement la répartition des stages hospitaliers et des stages en première ligne. Il faudra toutefois accorder plus de temps aux stages en première ligne afin d'atteindre les objectifs pédagogiques, mais aussi pour favoriser chez les résidents l'identification au modèle du médecin généraliste.



Plusieurs dangers nous guettent dans l'implantation des programmes de médecine générale si nos objectifs sont trop ambitieux. Le premier consiste à proposer aux résidents un modèle irréaliste du médecin généraliste accessible vingt-quatre heures par jour, compétent dans toutes les disciplines médicales, intéressé à toutes les clientèles. Les résidents ne sont pas dupes et se désintéresseront du modèle proposé. La notion d'une responsabilité du médecin envers toute une population risque d'effrayer plus d'un résident. Il faut donc développer chez eux des attitudes de collaboration et de concertation avec leurs collègues généralistes permettant d'atteindre cet objectif de responsabilisation.

Le déséquilibre entre la dimension biologique et la dimension psychosociale de la formation représente un autre danger : nous ne devons pas former des psychologues ou des travailleurs sociaux, ni des médecins internistes ; notre mission est de former des médecins généralistes habiles à reconnaître l'importance des dimensions bio-psychosociales des problèmes de santé et de leur apprendre à intervenir efficacement sur le plan médical.

Finalement, le milieu de formation doit tendre à reproduire la réalité des centres de soins de première ligne afin d'éviter aux résidents des désillusions trop grandes au moment où ils débiteront véritablement leur vie professionnelle^{5, 39}.

L'évaluation

L'évaluation est au centre de toute activité d'enseignement et ne doit pas uniquement survenir à son terme^{2, 29, 40, 41}.

● Evaluation des stagiaires en médecine générale^{2, 40}

Nous pouvons distinguer trois types d'évaluation des étudiants. L'évaluation formative permet à l'enseignant d'apprécier les acquis et les lacunes d'un étudiant au fil des activités quotidiennes, de lui offrir un « feedback » immédiat, de déterminer avec lui des objectifs pédagogiques spécifiques et des

moyens pour les atteindre. L'évaluation de synthèse mesure périodiquement la performance de chaque étudiant dans l'atteinte des objectifs du programme, en bref ses forces et ses faiblesses ; les recommandations qui en découlent doivent être discutées avec l'étudiant. L'évaluation sanctionnelle assure que le résident a atteint les objectifs pédagogiques et qu'il possède les connaissances, les habiletés et les attitudes nécessaires en vue d'exercer la médecine générale. Au Canada, l'examen sanctionnel comprend un examen à choix multiple ; l'observation directe du résident avec des patients simulés ; un examen clinique objectif structuré (ECOS) au cours duquel le résident est exposé à différentes situations cliniques. Des médecins généralistes en exercice participent à la préparation et à la réalisation de cet examen sanctionnel, permettant à l'outil d'évaluation de demeurer pertinent aux réalités de la pratique.

La participation de l'étudiant au processus d'évaluation lui permet d'assumer pleinement la responsabilité de sa formation et de développer des attitudes d'auto-évaluation qui lui seront utiles dans sa pratique.

● Evaluation des enseignants

Le département de médecine générale et les enseignants de cette discipline doivent se doter des méthodes et des outils nécessaires pour évaluer la compétence pédagogique des enseignants et identifier les correctifs à apporter. L'évaluation par les résidents est une composante nécessaire de cette démarche.

● Evaluation du programme et des centres d'enseignement^{40, 41}

Le département de médecine générale doit se doter de mécanismes internes permettant qu'il ne soit pas lui-même soustrait à une évaluation. Celle-ci portera sur la gestion départementale, le curriculum, les activités d'apprentissage, académiques et autres, l'équipe d'enseignants, les caractéristiques des milieux d'enseignement, la performance des étudiants et leur degré de satisfaction. Cette préoccupation de la qualité de l'enseignement doit être constante et faire l'objet d'un consensus de la part de la faculté, des centres d'enseignement, des enseignants et

La formation en soins de santé primaires : une perspective internationale

des étudiants.

Une évaluation externe permettra de comparer la qualité de l'enseignement du programme d'une université à une autre. Au Québec, l'agrément des programmes est fait conjointement par le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège des médecins du Québec, une fois tous les cinq ans. Il s'agit

● Evaluation du produit : le médecin généraliste

Quel est le comportement professionnel des médecins généralistes que nous avons formés ? Dans leur pratique, respectent-ils les principes de la médecine générale que nous leur avons enseignés ? Comment s'intègrent-ils dans le réseau des soins de santé primaires et dans le système de santé ? Quels problèmes d'adaptation vivent-ils en début de pratique ?

L'évaluation des résidents permet de nous assurer de la qualité du résident en fonction des objectifs pédagogiques. L'évaluation des enseignants, du programme et des centres d'enseignement nous renseigne sur les structures et le processus d'enseignement. Une évaluation complète doit vérifier si le produit répond aux attentes du système de santé et de la population. A notre connaissance, hormis les études sur les besoins de formation continue des médecins⁴, il y a peu de travaux dans ce domaine.

● La recherche^{13, 29}

La recherche est essentielle à la reconnaissance de la médecine générale comme discipline médicale. Elle contribue à délimiter le champ et les caractéristiques de cette pratique. Elle permet également de réfléchir sur la médecine générale et participe ainsi à son développement et à son excellence. Le département universitaire de médecine générale et ses enseignants ont un rôle majeur à assumer dans ce domaine.

Sur le plan clinique, les médecins généralistes doivent étudier leur clientèle, les conditions pathologiques qu'ils observent, les outils diagnostiques et thérapeutiques qu'ils utilisent, les structures de soins dans lesquels ils exercent, les liens de collaboration à tous les niveaux de soins avec les autres professionnels de la santé, incluant les médecins spécialistes ; ils doivent s'interroger sur leurs modes de pratique et leurs modes d'organisation.

L'enseignement de la médecine générale doit faire l'objet de recherches sur différents sujets, notamment les modes d'apprentissage, l'évaluation des méthodes et des outils



d'une évaluation formative et sanctionnelle : le rapport fourni par les évaluateurs indique les points forts et les points faibles du programme et de chacun des centres d'enseignement, de même que les correctifs à apporter ; le rapport recommande, selon le cas, un agrément complet, provisoire, probatoire ou le retrait de l'agrément du programme dans une université ou dans un centre donné.



pédagogiques utilisés, la pertinence des contenus du programme de formation, l'étude des milieux de stage.

La formation continue

Les transformations des systèmes de santé et les innovations technologiques et thérapeutiques obligent les médecins généralistes à assumer davantage de responsabilités et à élargir la gamme de leurs activités cliniques.

Qu'il nous suffise de réaffirmer ici l'importance d'une formation continue par et pour des médecins généralistes et la nécessité de fixer des normes rigoureuses de qualité.

Conclusion

Le médecin généraliste a souvent travaillé dans l'ombre des spécialistes durant le vingtième siècle. L'importance accordée aux soins de santé primaires le projette actuellement en pleine lumière : il devient le pivot autour duquel s'articulent les autres ressources de santé, le gestionnaire des soins, la porte d'entrée du système de santé.

Il ne doit pas oublier qu'il est le conseiller médical de premier recours, celui auquel on confie ses inquiétudes et ses souffrances, celui qui distingue la maladie de la santé, celui qui accompagne tout au long de la vie. A ce titre, il est au service de ses patients et de sa communauté. C'est ce médecin généraliste que nous devons former, de concert avec l'université et le système de santé. ●

Bibliographie

1. Collège des médecins de famille du Canada, *Le médecin de famille comme dispensateur de soins de première ligne*, Collège des médecins de famille du Canada, Mississauga, 1993, 65 pages.
2. Collège des médecins de famille du Canada, *Agrément des programmes de résidence et certification*, Collège des médecins de famille du

Canada, Mississauga, juillet 1995, 42 pages.

3. Millette B., Nasmith L., et al., « Le rôle central du médecin de famille dans la réforme de la santé au Québec », *Le Médecin du Québec*, mai 1996, p. 87-93.

4. Norris T.E., Coombs J.B., Carline J., « An educational needs assessment of rural family physicians », *JABFP*, March-April 1996, vol. 9 n°2, p. 86-93.

5. Sendin R., « General medicine in Spain. in The Future of General Practice in Europe », *European Union of General Practitioners*, 1992, p. 57-64.

6. Green L.A., « Science and the Future of Primary Care », *Journal of Family Practice*, vol. 42, n°2, February 1996, p. 119-122.

7. Rosser W.W., « Approach to Diagnosis by Primary Care Clinicians and Specialists : Is There a Difference ? », *Journal of Family Practice*, vol. 42, n°2, February 1996, p. 139-144.

8. Shapiro J., Talbot Y., « Applying the concept of the reflective practitioner to understanding and teaching family medicine », *Family Medicine*, vol. 23, n°6, August 1991, p. 450-6.

9. Lehoux P., Rodrigue J., Levy R., « L'usage des savoirs informels en médecine familiale. Une modélisation conjointe », *Sciences sociales et santé*, décembre 1995, vol. 13, n°4, p. 85-111.

10. Lehoux P., Levy R., Rodrigue J., « Conjuguer la modélisation systémique et l'évaluation de la 4^{ème} génération. Vers la conceptualisation d'une pratique en médecine familiale », *Ruptures*, revue transdisciplinaire en santé, janvier 1995, vol. 2, n°1, p. 56-72.

11. Sox H.C., « Decision-making : a comparison of referral practice and primary care », *Journal of Family Practice*, vol. 42, n°2, 1996, p. 155-160.

12. Donaldson M.S., Yordi K.D., Vanselow N.A., eds *Institute of Medicine, Defining primary care : an interim report*, Washington, DC, National Academy Press, 1994.

13. Frenk J., Gonzalez-Block M.A., Alvarez-Manilla J.M., « First contact, simplified technology, or risk anticipation ? Defining primary health care », *Academic Medicine*, vol. 65, n°11, November 1990, p. 676-681.

14. Cope D.W., Sherman S., Robbins A.S., « Restructuring VA Ambulatory Care and Medical Education : The PACE Model of Primary Care », *Academic Medicine*, vol. 71, n°7, July 1996, p. 761-771.

15. Casado Vicente V., *Les centres de santé en Espagne, communication faite dans le cadre de la Conférence internationale sur les centres communautaires de santé : au centre des réformes des systèmes de santé*, Montréal, 3, 4, 5 et 6 décembre 1995.

La formation en soins de santé primaires : une perspective internationale

16. Povar G.J., « Primary Care : Questions raised by a Definition », *Journal of Family Practice*, vol. 42, n°2, February 1996, p. 124-128.
17. Leopold N., Cooper J., Clancy C., « Sustained Partnership in Primary Care », *Journal of Family Practice*, vol. 42, n°2, February 1996, p. 129-137.
18. Association médicale canadienne, *Consolider la base : le rôle du médecin dans les soins de santé primaire au Canada*, Association médicale canadienne, Ottawa, 1994, 24 pages.
19. Donaldson M.S., Vanselow N.A., « The nature of primary care », *Journal of Family Practice*, vol. 42, n°2, February 1996, p. 113-116.
20. Collège des médecins du Québec, *Les fonctions du médecin omnipraticien*, Collège des médecins du Québec, Montréal, 1977, 48 pages.
21. Royal College of general practitioners, *The front line of the health service*, Royal College of general practitioners, Devon, England, March 1987, 24 pages.
22. Lee P.R., « Health System Reform and the Generalist Physician », *Academic Medicine*, vol. 70, n°1 supplement, January 1995, p. S10-S14.
23. Regional Office for Europe, *European health care reforms : analysis of current strategies, summary*, WHO, Copenhagen, 1996.
24. O'Neil E.H., Seifer S.D., « Health care reform and medical education : forces toward generalism », *Academic Medicine*, vol. 70, n°1 supplement, January 1995, p. S37-S43.
25. Hamilton J.D., « Engaging in Joint Reform in Medical Education and Medical Practice », *Academic Medicine*, vol. 70, n°7 supplement, July 1995, p. S81-S88.
26. Veloski J., Barzansky B., et al., « Medical student education in managed care settings », *JAMA*, vol. 276, n°9, September 4, 1996, p. 667-671.
27. Blumenthal D., Thier S.O., « Managed care and medical education », *JAMA*, vol. 276, n°9, September 4, 1996, p. 725-727.
28. Carsley J., Dandavino A., Fortin Z., Lamontagne R., Lemay A., Lesage-Jarjoura P., Rodrigue J., auteurs, *Aspects législatifs, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec*, Montréal, Collège des médecins du Québec, juillet 1995.
29. Irby D.M., « Teaching and learning in ambulatory care settings : a thematic review of the literature », *Academic Medicine*, vol. 70, n°10, October 1995, p. 898-909.
30. Cohen J.J., « Generalism in Medical Education : The Next Steps », *Academic Medicine*, vol. 70, n°1 supplement, January 1995, p. S7-S9.
31. Gottlieb J., Fields S.K., Hojat M., Veloski J.J., « Should Half of All Medical School Graduates Enter Primary Care ? Perceptions of Faculty Members at Jefferson Medical College », *Academic Medicine*, vol. 70, n°12, December 1995, p. 1125-1133.
32. Block S.D., Clark-Chiarelli N., et al., « Academia's chilly climate for primary care », *JAMA*, vol. 276, n°9, September 4, 1996, p. 677-682.
33. Bulger R.J., « Generalism and the need for health professional educational reform », *Academic Medicine*, vol. 70, n°1 supplement, January 1995, p. 31-34.
34. Bazell C.B., Politzer R.M., Rivo M.L., « Health Care reform and Primary Care : A Mandate for Graduate Medical Education Reform », *Journal of Family Practice*, vol. 38, n°5, May 1994, p. 530-533.
35. Hojat M., Gonnella J.S., et al., « Primary care and non-primary care physicians : a longitudinal study of their similarities, differences, and correlates before, during, and after medical school », *Academic Medicine*, vol. 70, n°1 supplement, January 1995, p. S17-S28.
36. Glasser M., Stearns J., et al., « Defining a generalist education : an idea whose time is still coming », *Academic Medicine*, vol. 70, n°1 supplement, January 1995, p. S69-S74.
37. Vinson D.C., Paden C., et al., « Impact of medical teaching on family physicians use of time », *Journal of Family Practice*, vol. 42, n°3 (Mar), 1996, p. 243-9.
38. Turgeon J.M., « Résidence en médecine familiale : dans un milieu tertiaire ou communautaire ? », *Le Médecin du Québec*, avril 1994, p. 93-96.
39. Sandy L.G., Foster N.E., Eisenberg J.M., « Challenges to generalism : views from the delivery system », *Academic Medicine*, vol. 70, n°1 supplement, January 1995, p. S44-S46.
40. Suwanwela S., « A Vision of Quality in Medical Education », *Academic Medicine*, vol. 70, n°7 supplement, July 1995, p. S32-S37.
41. Vroeijenstijn A.I., « Quality assurance in medical education », *Academic Medicine*, vol. 70, n°7 supplement, July 1995, p. S59-S67.



Comment les médecins diplômés jugent-ils leur formation une fois engagés dans la pratique ?

Résultats de l'enquête menée auprès des diplômés des promotions 1985 et 1989, dans le cadre de l'audit de l'école de médecine

.....

Les années 1992 et 1993 ont vu se dérouler l'audit de notre faculté et, plus spécifiquement, de son programme de formation des médecins.

Cet audit s'est déroulé selon le modèle de l'accréditation des facultés de médecine nord-américaines ; se sont ainsi succédées, une phase d'« auto-analyse, institutionnelle », à laquelle ont participé la plupart des enseignants du programme, et une phase d'audit extérieur.

La procédure d'accréditation des facultés nord-américaines prévoit la participation des étudiants du programme et ce, d'une manière rigoureusement indépendante du travail d'auto-analyse mené au sein de l'institution. Elle ne prévoit pas l'intervention de médecins diplômés de la faculté évaluée. Et pourtant, ceux-ci ont pu confronter la formation reçue à la pratique professionnelle.

Considérant dès lors qu'ils étaient des interlocuteurs privilégiés, nous avons, parallèlement au travail d'évaluation suivant la procédure nord-américaine, réalisé une enquête par questionnaire auprès de médecins diplômés de notre faculté.

.....

Méthodologie

● Objectifs du travail

L'objectif de l'enquête était de recueillir l'avis de médecins praticiens sur l'adéquation de la formation reçue par rapport à leur pratique.

Nous souhaitons essentiellement appréhender quelles étaient les difficultés rencontrées et les aspects de formation jugés insuffisants.

● Collecte des données

Les promotions 1985 et 1989 ont été choisies comme sources d'informations. Le choix de ces deux promotions est basé sur les raisons suivantes : la nécessité d'obtenir un nombre suffisant de réponses et la nécessité, pour les répondants, d'avoir une pratique professionnelle leur permettant de juger leurs études, sans en être trop éloignés.

Véronique Rombouts-Godin, unité de pédagogie médicale, université catholique de Louvain et Léon Cassiers, ancien doyen de la faculté de médecine de l'université catholique de Louvain.

	1985	1989	Total
Nombre de promus	357	195	552
Adresses disponibles	311	193	504
Retours adresse erronée	6	11	17
Répondants au prétest	12	8	20
Nombre effectif de questionnaires envoyés	293	174	467
Nombre de réponses	138 (47%)	91 (52,3%)	229 (49%)
Médecins généralistes :	73 (52,9%)	31 (34%)	104 (45,4%)
Médecins spécialistes :	31 (44,2%)	53 (58,2%)	114 (49,8%)
Autres :	4 (2,9%)	7 (7,7%)	11 (4,8%)

Tableau I : Nombre et ventilation des réponses obtenues

Un questionnaire a été construit. Vingt médecins des promotions retenues ont testé le questionnaire, ainsi que l'équipe du Centre universitaire de médecine générale (CUMG).

Comment les médecins diplômés jugent-ils leur formation une fois engagés dans la pratique ?

Un questionnaire définitif a ensuite été élaboré. Les promotions 1985 et 1989 totalisaient 552 diplômés. Nous avons pu retrouver l'adresse de 504 d'entre eux. La soustraction des « retours pour adresse erronée » ainsi que des répondants au test préliminaire porte à 467 le nombre de questionnaires qui ont effectivement été envoyés (cfr tableau I). Un premier envoi a été suivi de 151 réponses.

Un envoi de rappel a permis d'obtenir 78 réponses supplémentaires. Le nombre total de réponses obtenues est donc de 229, soit une participation de 49 % (229/467).

● Analyse des données

L'analyse des réponses se heurtait d'emblée à la diversité des formations complémentaires et des pratiques professionnelles.

Nous avons choisi de regrouper les questionnaires selon la (les) formation(s) suivie(s) après l'obtention du diplôme. Trois catégories ont été ainsi définies :

1. la catégorie « *médecins généralistes* » regroupe les personnes ayant suivi la formation spécifique en médecine générale et éventuellement une licence complémentaire (médecine scolaire, médecine du travail, ...). Cette catégorie regroupe, sur les deux promotions interrogées, 104 médecins (45,4 %) ;

2. la catégorie « *médecins spécialistes* » regroupe les personnes ayant au moins une formation de licence spéciale menant à la spécialisation, ou étant en cours d'une telle formation (promotion 1989). Cette catégorie regroupe 114 médecins (49,8 %) ;
3. la catégorie « *autre* » regroupe les personnes n'ayant suivi aucune des deux formations précédentes, même si elles ont suivi une licence complémentaire. Ce groupe réunit 11 médecins. Il n'a pas été tenu compte de réponses fournies par cette catégorie vu son faible effectif.

Remarquons que, dans notre échantillon, et, à une exception près, cette répartition en fonction de la formation correspond également à la répartition en fonction du type de pratique : en effet, tous les médecins ayant une formation en médecine générale ont gardé une pratique de médecine générale ; la même chose se vérifie pour les spécialistes.

L'activité professionnelle de la population interrogée

A titre d'introduction, nous avons tout d'abord tenté de dégager le « profil professionnel » de la population interrogée.

Pour ce faire, le questionnaire leur présentait une liste de neuf fonctions, en leur demandant de les hiérarchiser selon la place qu'elles occupent dans leur pratique quotidienne.

Nous avons appelé « principales » fonctions, celles habituellement citées en position 1, 2 ou 3. Dans cette optique, il apparaît que la pratique des médecins de notre échantillon se compose essentiellement des quatre fonctions suivantes :

1. prestation de soins curatifs ;
2. accompagnement psychologique ;
3. prestation de soins préventifs ;
4. amélioration continue de ses compétences.

Comme il fallait s'y attendre, la prestation de soins curatifs constitue l'essentiel de l'activité des médecins interrogés, qu'ils soient généralistes ou spécialistes.

Fonction	MG	MS	χ^2
Prestation de soins curatifs	91%	92,70%	NS
Accompagnement psychologique	83,2%	50,90%	$p < 0.005$
Prestation de soins préventifs	68,3%	32,4%	$p < 0.001$
Amélioration continue des compétences	23,8%	55,85%	$p < 0.005$

Fréquence cumulée (en %) des citations en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} place, dans l'ensemble de la population, chez les médecins généralistes (MG), et chez les spécialistes (MS).
(Le pourcentage a été calculé sur base du nombre de répondants à la question : il faut donc dire que la prestation de soins curatifs occupe la première, deuxième ou troisième place de la pratique chez 191 des 211 répondants).

Tableau II

Dans notre échantillon, l'accompagnement psychologique et la prestation de soins préventifs occupent une place plus importante dans la pratique des médecins généralistes que dans celle des médecins spécialistes ($p < 0,005$; $p < 0,001$).

Par contre, l'amélioration continue de ses compétences (lecture, formation continuée, ...) se voit accorder une place plus importante par les spécialistes et les assistants spécialistes en cours de formation.

Résultats : évaluation, par la population interrogée, de la formation reçue

● Méthode

Le questionnaire proposait une évaluation de la formation reçue selon plusieurs démarches :

- une appréciation quantifiée de l'adéquation de la formation aux différentes fonctions professionnelles exercées ;
- une appréciation plus qualitative de cette adéquation, proposée en partie selon des questions ouvertes à réponses libres ;
- et enfin, au terme du questionnaire, une appréciation globale de la formation reçue, selon l'une des quatre catégories « très bon, bon, faible, très faible ».

Comme il fallait s'y attendre, certaines divergences sont apparues entre ces trois démarches d'évaluation. Pour plus de clarté, nous les présenterons ici dans un ordre différent de leur apparition dans le questionnaire, en analysant d'abord l'appréciation globale de la formation reçue.

● L'appréciation globale de l'adéquation de la formation à la pratique

A l'examen du tableau III, nous pouvons remarquer que :

1. 90 % des réponses se situent dans les catégories « bon » et « faible », les catégories extrêmes étant délaissées. Les médecins ont donc voulu répondre avec nuances ! Cette situation était prévisible : en effet, la

question relative à l'appréciation globale de la formation était présentée en fin de questionnaire, donc, après que les répondants aient eu l'occasion de formuler leurs critiques ou insatisfactions vis-à-vis de la formation reçue. Cette question leur a dès lors permis soit de confirmer l'impact des critiques émises sur l'adéquation de la formation, soit, au contraire, ... d'en atténuer l'importance.

2. La grande majorité (76,6 %) des répondants a une opinion positive de la formation reçue, même s'ils la considèrent comme réellement perfectible. Cette première conclusion se maintient d'autant plus que 23,2 % des répondants marquent un avis plutôt négatif sur la formation reçue.

Les questions plus détaillées permettent de cerner les domaines pour lesquels ils jugent que la formation doit être améliorée, ce que nous envisageons ci-dessous.

	Médecins généralistes (n = 96)	Médecins spécialistes (n = 114)	Population totale (n = 210)
Très Bon	3	10,5%	7,1%
Bon	64,6%	73,7%	69,5%
Faible	27,1%	14,9%	20,4%
Très faible	5,2%	0,9%	2,8%

Tableau III

● Les difficultés rencontrées dans la pratique

1. Approche quantitative

Le tableau IV présente le pourcentage de répondants déclarant éprouver des difficultés dans l'exercice des principales fonctions de la pratique définies plus haut.

L'importance du « score » réalisé par la prestation de soins curatifs mérite que l'on s'y attarde : en effet, 68,5 % des médecins qui rapportent cette fonction comme une des activités importantes de leur pratique (rang 1 à 3 ; cfr tableau II) signalent rencontrer des difficultés dans son exercice. Ce sont surtout les médecins généralistes qui s'en plaignent.

Cinquante-sept et demi pour-cent (57,5 %) des répondants affirment rencontrer des difficultés

Comment les médecins diplômés jugent-ils leur formation une fois engagés dans la pratique ?

Fonction	Total	MG	MG	χ^2
◆ Prestation de soins curatifs	68,5%	82,6%	55%	p < 0.025
◆ Accompagnement psychologique	57,5%	64,6%	46,3%	p < 0.10
◆ Prestation de soins préventifs	49,4%	52,6%	43,3%	NS
◆ Amélioration continue des compétences	42,8%	41,6%	43,5%	NS

Tableau IV : Approche quantitative des difficultés rencontrées dans l'exercice des principales fonctions de la pratique. Pourcentage de répondants déclarant éprouver des difficultés.

dans l'accompagnement psychologique des patients. La différence observée entre généralistes et spécialistes doit cependant être nuancée du fait de la moindre importance accordée à l'exercice de cette fonction dans la pratique spécialisée.

A un degré moindre, mais très important cependant, on voit que les médecins estiment avoir été insuffisamment formés à la prévention et à la formation continue.

Pour mieux comprendre la signification de ces chiffres, il nous faut nous pencher sur les réponses qualitatives.

2. Approche qualitative

Ce paragraphe explicite les principales difficultés évoquées par les répondants. Il intègre les remarques et réponses obtenues à divers endroits du questionnaire. Certaines émanent de questions à réponse ouverte : le nombre de répondants ayant spontanément formulé la remarque est repris entre parenthèses. D'autres ont été recueillies dans le cadre des questions « fermées » : le nombre de répondants ayant marqué leur accord avec l'affirmation proposée est exprimé en % du nombre total de répondants à la question.

◆ Les difficultés rencontrées dans la prestation de soins curatifs

Que faire, concrètement au chevet du malade ? Ce problème est *spontanément* évoqué par 83 personnes, qui disent rencontrer des difficultés tantôt dans la démarche diagnostique tantôt dans l'attitude thérapeutique :

- Bon nombre de médecins déplorent avoir reçu une formation trop axée sur les pathologies rares, les « éléphants blancs » (sic), au détriment

des pathologies les plus fréquentes. Ils disent éprouver des difficultés lorsqu'il s'agit d'évoquer, au lit du malade, sur base des seuls anamnèse et examen clinique, le (les) diagnostic(s) prioritaire(s) qui s'imposent et qui conditionneront leur première approche thérapeutique.

C'est bel et bien l'évocation des diagnostics à poser en priorité qui pose problème, l'immense majorité des répondants se sentant capables de faire un « bon » examen clinique.

A plusieurs reprises, ils rappellent que la limitation des moyens de diagnostic technique inhérente à une pratique non-hospitalière impose une bonne connaissance des diagnostics à évoquer en première intention ;

- Nonobstant le fait que 75 % (148/200) des répondants s'estiment capables de « choisir judicieusement la thérapeutique à proposer », il faut quand même reprendre ici la difficulté de la prescription thérapeutique au quotidien, spontanément évoquée par 27 médecins : « quelle spécialité pharmaceutique choisir ? », « quelle dose prescrire, à quel rythme et pendant combien de temps ? » sont des questions régulièrement soulevées ;

- Des difficultés dans la prestation d'actes techniques, qu'ils soient à visée de diagnostic, de traitement ou de prévention sont évoquées par près de 50 % des répondants.

◆ L'accompagnement psychologique des patients

Le problème est évoqué par 32 % des répondants.

Établir une « bonne » relation avec le patient, adopter une attitude adéquate dans diverses circonstances, sont deux difficultés régulièrement exprimées par les médecins, à nouveau plus souvent généralistes.



◆ La prestation de « soins » préventifs

Le thème est peu évoqué (rappelons, que pour 50,6 % des répondants, cette activité ne semble pas poser de problèmes).

Sont surtout soulignées des difficultés dans la prestation d'actes techniques à visée préventive (frottis de dépistage du cancer du col).

◆ L'amélioration continue de ses compétences

Rappelons que, ici aussi, « seulement » 42,8 % des individus se jugent mal outillés pour la formation continue ; relevons des difficultés dans l'approche critique de la littérature, y compris dans la compréhension des données statistiques.

◆ D'une manière générale, *l'appréhension du contexte médico-légal et du contexte économique* de la pratique médicale est à l'origine de beaucoup d'interrogations.

La méconnaissance du mode de fonctionnement de la sécurité sociale et de la législation en matière d'accident du travail et de réparation du dommage corporel est spontanément évoquée par 57 personnes.

La nécessité d'une meilleure connaissance du coût des soins pour son intégration dans les choix thérapeutiques est massivement soulignée (69,2 % des répondants).

● Les enseignements jugés insuffisants

Ce sont surtout les stages de troisième et quatrième doctorat qui ont été évoqués : une meilleure définition du rôle et de la place du stagiaire, une introduction plus précoce dans la formation ainsi qu'une diversification plus grande vers les « petites » spécialités sont les principales revendications à leur égard.



Discussion

La démarche d'évaluation des programmes de formation médicale est loin d'être nouvelle : ainsi, depuis près de quarante ans, les États-Unis et le Canada ont mis sur pied un processus d'évaluation régulière des programmes

conduisant au doctorat en médecine : l'accréditation ou l'agrément des facultés.

La philosophie de ce processus est de garantir la qualité des programmes agréés ; ainsi, le processus d'agrément est conçu « de façon à déterminer le rendement et à garantir le maintien de normes minimales de formation dans une région déterminée, servant ainsi directement les intérêts du public en général et des étudiants inscrits à ces programmes »¹.

L'agrément concerne donc le programme de formation : ses objectifs, son contenu, ses méthodes pédagogiques et ses ressources, tant humaines que matérielles, sont analysés et jugés.

Comment les médecins diplômés jugent-ils leur formation une fois engagés dans la pratique ?

Les tâches d'analyse et de jugement sont dans un premier temps confiées aux enseignants et responsables du programme ainsi, qu'aux étudiants (phase d'auto-analyse).

Ultérieurement, un comité d'experts habilités à cette tâche sera chargé de vérifier la conformité du programme aux normes minimales établies^{1,2}.

Le processus d'agrément n'évalue donc pas la *qualité du produit* issu du programme de formation ; de même, il n'utilise pas les diplômés du programme comme sources d'information pour l'évaluation.

Nous jugions cependant que ces derniers étaient des interlocuteurs intéressants, notamment lorsqu'il s'agissait d'appréhender la pertinence du programme à la lumière des réalités professionnelles.

D'autres que nous ont eu recours à cette démarche^{3,4}.

Le King's College School of medicine and dentistry de Londres a d'emblée utilisé les informations venant de ses diplômés pour une révision en profondeur de son curriculum³.

L'analyse des réponses de nos diplômés nous pousse aux réflexions suivantes : il nous semble que bon nombre des difficultés évoquées trouvent leur origine dans certaines caractéristiques de notre curriculum, et dans le modèle médical de la santé qui y est sous-jacent : la maladie y est conçue principalement comme un problème organique affectant un individu, qui doit être diagnostiqué et traité, par des médecins, dans un système de santé centré autour d'une organisation dirigée par des médecins, l'hôpital, et dans lequel tous les efforts doivent être orientés vers les aspects curatifs⁷. Un tel modèle a permis l'explosion des connaissances et clés technologies biomédicales observées ces trente dernières années ; il a inspiré un système de formation fondé sur les sciences biologiques, faisant appel en priorité à des enseignants à compétence scientifique pointue et excelle(a)nt dans la formation de spécialistes hautement qualifiés sur le plan technologique⁷. Notre curriculum n'est bien évidemment pas le seul à s'inspirer d'un tel modèle et nous avons là probablement

un des éléments pouvant expliquer la troublante similitude des lacunes évoquées par les médecins qu'ils soient diplômés de l'université catholique de Louvain ou diplômés du King's College de Londres.

Que pouvons-nous constater en nous penchant sur notre curriculum ?

Si, en accord avec Rougemont⁹, nous décrivons la formation et la pratique médicale comme procédant de trois grandes dimensions, les *sciences fondamentales, les sciences cliniques et les sciences relatives aux aspects psychosociaux, préventifs et communautaires*, il apparaît d'emblée que notre formation privilégie nettement les deux premiers aspects.

S'il faut reconnaître qu'il est beaucoup plus difficile de faire acquérir des capacités aux relations humaines que d'envisager des sciences objectives, il est vrai également que les plaintes qui s'expriment quant au manque de psychologie des médecins évoluent parallèlement à l'accroissement de leur compétence scientifique. La logique scientifique objective se heurte de plein fouet à la logique subjective de tout être humain, plongeant le praticien au cœur de la contradiction⁸. Un fameux défi pour la pédagogie médicale.

Tout au long de ses études, le candidat médecin est en contact quasi exclusivement avec la médecine hospitalo-universitaire et le patient hospitalisé et ce, sous la tutelle de praticiens hyperspécialisés. S'en trouvent ainsi conditionnés le type de problèmes rencontrés (il rencontre des pathologies plutôt que des problèmes), l'accessibilité à la technologie diagnostique, la nature de la relation qui s'établit, la prise en charge thérapeutique.

En outre, la médecine universitaire se révèle souvent être le dernier recours du médecin, face à l'échec diagnostique ou thérapeutique ; ceci, grâce au fait qu'elle envisage successivement les différentes hypothèses de diagnostic, quelle les documente grâce à la technologie qui y est disponible pour finalement arriver, dans la grande majorité des cas à *l'affirmation* du diagnostic. Ainsi, tant la médecine universitaire que la formation des médecins qui s'en inspire,

laissent peu de place à la problématique de l'incertitude et de sa gestion. C'est pourtant bien cela que révèle le discours des médecins interrogés : le généraliste se sent visiblement mal à l'aise au moment de prendre une décision qu'il s'agisse de l'affirmation d'une hypothèse diagnostique ou d'un choix thérapeutique, dans un contexte de probabilité plutôt que de certitude.

Si la démarche de la médecine universitaire a, pour le futur médecin, une valeur exemplative qu'il n'est pas question de mettre en doute, on peut cependant s'interroger sur la relation au savoir que véhicule la formation des médecins, non seulement de par son contenu, mais surtout de par les méthodes pédagogiques qu'elle privilégie : si le cours magistral permet aisément la transmission des « acquis » de la science, il permet plus difficilement de faire percevoir à l'étudiant la dynamique d'évolution des connaissances, avec ce qu'elle implique de remise en question et d'incertitude.

Cette situation d'enseignement, essentiellement centré sur l'hôpital, ne favorise pas non plus la prise en considération des aspects contextuels de la médecine (c'est-à-dire psychosociaux, économiques voire éthiques) qui seront cependant le lot du praticien privé de l'environnement sécurisant de l'hôpital⁹. On peut trouver là des justifications à la nécessité de diversifier les situations et les lieux d'apprentissage, nécessité qui a déjà été soulignée par d'autres^{5,6}. En particulier, il est recommandé de développer, dans la formation médicale, un enseignement centré sur la communauté^{5,10} : l'approche du patient, dans son environnement familial et social permet à l'étudiant d'accéder à une meilleure compréhension des répercussions de la maladie sur tous les aspects de la vie quotidienne ; elle lui permet également d'appréhender les aspects contextuels de la médecine dont il a été question plus haut¹¹.

Synthèse et conclusions

L'objectif de la démarche d'audit n'était pas de constater mais de contribuer à l'amélioration de la formation des médecins formés par l'université catholique de Louvain. Il nous faut

cependant d'abord redire que la majorité de nos diplômés s'avèrent satisfaits de la formation reçue (cfr page 57) même s'ils la considèrent comme perfectible.

Plusieurs arguments nous autorisent à penser que bon nombre de critiques qui nous sont adressées ne sont pas spécifiques à notre faculté ; simplement, celle-ci, en entamant une démarche d'audit, leur a permis d'apparaître au grand jour.

La préoccupation de toujours améliorer la qualité de la formation proposée par la faculté de médecine doit rester présente. C'est pourquoi, la réforme qui suivra cette évaluation se doit d'être attentive aux difficultés soulevées par nos diplômés.

Il faudra renforcer la présentation des pathologies fréquentes et l'exercice de diagnostic intégrant les probabilités d'apparition des maladies. Il serait cependant faux de croire que ceci suffirait à remédier aux difficultés rencontrées dans la prestation de soins curatifs par les généralistes : l'apprentissage de la gestion de l'incertitude est un problème beaucoup plus complexe. A cet égard, le développement de situations d'apprentissage actif, confrontant l'étudiant avec la dynamique de construction du savoir, représenterait un progrès incontestable.

La formation pratique du futur médecin doit être revue. C'est au cours des stages que l'étudiant perçoit la dimension pratique des connaissances acquises. Ces stages devraient être l'occasion, pour l'étudiant, grâce au « compagnonnage » avec le maître de stages et par identification à celui-ci, de s'initier et s'exercer à la relation médecin-malade. A ce sujet, il est impératif également que les études de médecine laissent à l'étudiant du temps pour s'éprouver dans la relation humaine avant d'aborder la relation au malade.

Il faut développer un apprentissage structuré des actes techniques. Il ressort ainsi qu'il est nécessaire de diversifier les situations et les modalités d'apprentissage de la pratique, de telle sorte qu'elles soient performantes par rapport à l'objectif poursuivi, acceptables pour le patient, l'étudiant et le maître de stages.

Comment les médecins diplômés jugent-ils leur formation une fois engagés dans la pratique ?

L'introduction dans la formation d'une approche du patient dans son environnement familial et social est également indispensable pour une bonne compréhension des répercussions de la maladie sur tous les aspects de la vie quotidienne. L'efficacité de l'intervention médicale en dépend. ●

Bibliographie

1. Liaison Committee On Medical Education, Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada, *Fonctions et structures d'une faculté de médecine : normes d'agrément des programmes d'éducation médicale conduisant au doctorat en médecine.*
2. Mathieu J., *L'évaluation des facultés de médecine*, communication dans le cadre des IX^{ème} journées francophones de pédagogie médicale, UCL, 31 mai 1991.
3. Clack G.B., *Evaluation, a tool to stimulate change*, communication au congrès de l'AMEE, Athènes, 4 au 7 septembre 1994.
4. Aitkaci M., D'Ivernois J.F., Brun D., *Étude du devenir de trois promotions d'étudiants en médecine de l'UFR de Bobigny ; leurs opinions sur la formation reçue*, Bobigny, département de pédagogie des sciences de la santé, 1992.
5. Association of American Medical College, *Physicians for the Twenty-First Century*, The GPEP report (Report on the Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine).
6. Martin J., *Pour la santé publique*, éd. Réalités sociales, Lausanne, 1987.
7. Bury. J., *Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications*, édit. De Boeck, collection Savoir Santé, 1988.
8. Cassiers L., « La Faculté de médecine évalue son enseignement » in *Louvain*, septembre 1994 n°51, p. 45-48.
9. Rougemont A., Allaz A.F., « La dimension contextuelle dans la formation des médecins : éléments pour un programme », *Med Hyg* n°52 : p. 271-277, 1994.
10. General Medical Council, *Undergraduate medical education. The need for change*, London, GMC, 1991.
11. Lowry S., « Medical éducation », *BMJ Publishing Group*, 1993.

La formation des médecins, vue intérieure



TOUT DANS LA TÊTE

.....

Le discours de promotion 1999 des médecins de l'université catholique de Louvain n'est pas passé inaperçu. Au-delà du ton acerbe, leur critique des années passées à la faculté est plus qu'un règlement de compte. Elle manifeste une conscience aiguë des travers de l'enseignement qu'ils viennent de recevoir et des difficultés auxquelles ces carences les exposeront lors de leur pratique. Santé conjugulée vous invite à prendre connaissance des passages les plus significatifs de ce discours. Bien que nous ne soyons pas toujours en accord avec ce qui y est énoncé, nous éviterons de le commenter : il s'agit d'un témoignage « interne » à porter au dossier en tant que tel.

Mais a-t-elle réussi à diminuer le nombre d'heures de cours ex cathedra, a-t-elle véritablement favorisé l'auto-apprentissage, a-t-elle soutenu l'essor des sciences humaines ? Je ne le pense pas. Il y a bien eu la création d'après-midi libres en premier et second doctorat. Mais à quel prix ! Notre premier quadrimestre de stage a été remplacé par de la théorie, et nous ne l'avons que partiellement récupéré. Aux dernières nouvelles, ce quadrimestre de cours va encore s'alourdir. Une explication possible est que les instances de cette faculté sont majoritairement aux mains de spécialistes et de chercheurs, chacun estimant essentiel qu'on lui laisse ses « quelques malheureuses heures ». (...)

Extraits du discours de la promotion des médecins de l'université catholique de Louvain prononcé le samedi 26 juin 1999 par les docteurs Sebastian Spencer, David Derouck et Elisabeth Pête au nom des médecins de leur promotion.

Le choix des extraits et les intertitres sont de la rédaction de Santé conjugulée.

La révélation de l'humain

... permettez-moi de rapporter ce que nous écrivait une étudiante dans le cadre de la préparation de ce discours : « Aujourd'hui, nous avons parfois le sentiment que plus la technologie médicale se fait précise et efficace, plus la médecine perd de sa dimension humaine. Au nom de la science, la médecine tend à exclure la subjectivité. L'enseignement a peu fait référence à cette dimension de la médecine. Et lors de nos stages, nous avons pu constater que nos aînés ne sont pas tous des exemples à cet égard ». Ces quelques lignes reflètent bien notre sentiment à tous. Ce ne sont pas les cliniques intégrées, séances où sont présents le patient, son médecin traitant, le médecin spécialiste et éventuellement un psychiatre ou un psychologue, qui à elles seules pallieront ce manque. C'est au travers de tous les cours que devrait percer cette évidence d'une dimension humaine.

En milieu hospitalier, la révélation de cette dimension dans la relation médecin-malade n'est pas du tout spontanée. Le patient est là, devant nous, en pyjama, être anonyme dans une chambre comme toutes les autres, sa personnalité s'effaçant derrière sa maladie et sous le poids de cet univers aseptisé. Deux choix se présentent alors au médecin : soit profiter de cette soumission pour se faciliter la tâche, soit faire le pas de créer un dialogue avec le patient, sans se contenter de poser un diagnostic et de

Audit et réforme

Il y a six ans, le doyen avait commandé un audit de la faculté de médecine. (...) Le rapport de cet audit fut accablant à bien des points de vue*.
(...)

Quelles étaient, en substance, les conclusions des auditeurs : « Diminuer la charge horaire, tout en faisant la part la plus belle aux sciences humaines, inciter à l'auto-apprentissage en offrant un enseignement flexible et assurer une meilleure intégration de l'enseignement pratique dans l'enseignement théorique ».

La réforme a permis de réorganiser l'enseignement en, de mieux articuler les différentes matières. Elle a aussi augmenté considérablement la durée des stages en premier et second doctorat. Et c'est un point très positif.

* cf. l'article de Véronique Rombouts et Léon Cassiers ci-avant.

traiter une maladie, mais en s'engageant aux côtés du patient sur le chemin de la compréhension de la maladie, où chaque acte diagnostique ou thérapeutique sera l'objet d'un échange, d'une négociation bienveillante, rendant par la même occasion sa dignité au patient.

Trop de médecins choisissent encore la facilité. A leur décharge, ce triste choix est souvent imposé par des contraintes de temps. Il est évident que nos études ne rencontrent pas cette nécessité de nous préparer à une profession où la qualité de la relation humaine conditionne la qualité des soins que nous prodiguerons. Durant notre périple, nous avons aussi rencontré, même si ce fut trop rare, des guides qui nous ont accompagnés sur la voie de la rencontre de l'autre et de l'empathie.

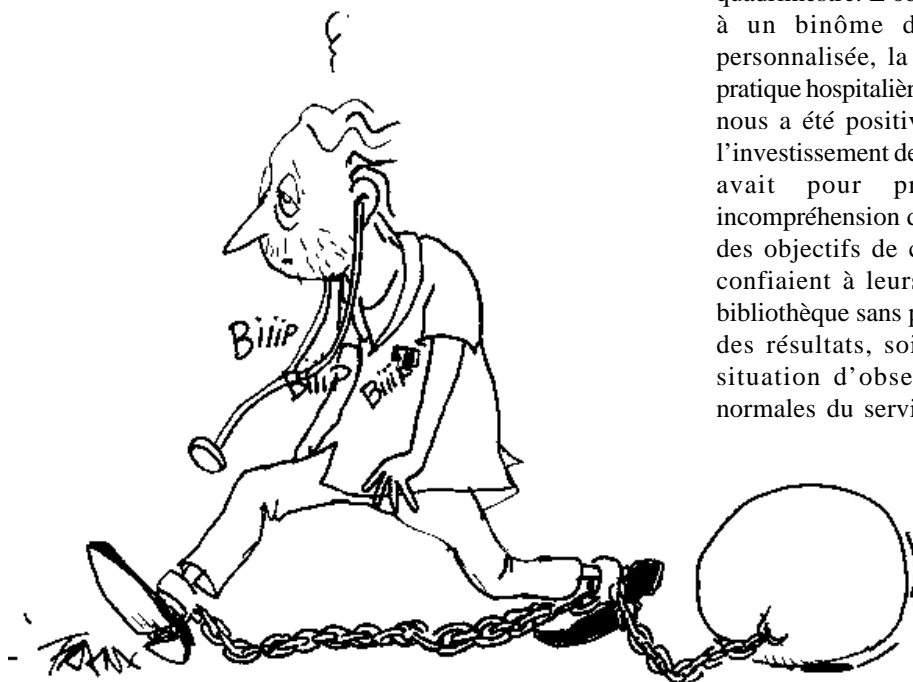
L'apprentissage

Un des objectifs premiers de l'université est certainement de stimuler cette obligation de toujours maintenir nos connaissances à jour durant notre carrière. L'*auto-apprentissage* est la capacité à assimiler la matière par soi-même et à trouver les références adéquates, voire à se différencier par un intérêt spécifique pour certaines matières et un approfondissement de

celles-ci, éventuellement par des cours à option. A ce titre, la libération de plages horaires est indispensable, mais votre travail, en tant que professeurs, est de nous encourager à le faire. Vous pouvez là aussi nous servir de guides, nous transmettre la motivation qui vous a fait progresser, la passion qui a animé vos travaux de recherche ou nous montrer via votre expérience combien cette démarche est fondamentale dans la prise en charge des patients. (...)

Si nous avons des critiques à émettre, nous avons aussi noté certaines initiatives qui nous permettent de croire que la pédagogie n'est pas si figée que cela. Le statut d'*étudiant-chercheur* offre la possibilité à tous les étudiants qui le souhaitent de rentrer au cœur d'une problématique en recherche fondamentale ou clinique. Ce statut a été valorisé ces dernières années, il représente une modalité d'enseignement dynamique où le travail de l'étudiant s'associe à celui d'une équipe de chercheurs. La diminution de la charge des heures théoriques ne peut qu'encourager les étudiants à profiter de cette opportunité où la créativité et l'esprit d'initiative peuvent s'exprimer.

Le *tutorat* a également retenu notre attention. (...) Il s'agit d'une séance hebdomadaire entre un médecin et deux étudiants, pendant un quadrimestre. L'objectif est de faire découvrir à un binôme d'étudiants, de manière personnalisée, la réalité quotidienne d'une pratique hospitalière. Une large majorité d'entre nous a été positivement impressionnée par l'investissement de leur tuteur. L'insatisfaction avait pour principale origine une incompréhension de la part de certains tuteurs des objectifs de cette approche, soit qu'ils confiaient à leurs pupilles des travaux en bibliothèque sans prendre le temps de discuter des résultats, soit qu'ils les mettaient en situation d'observateurs lors d'activités normales du service ou encore que certains





tuteurs mettaient en commun leurs pupilles et où on perdait donc l'avantage d'un échange personnalisé. Moyennant ces quelques problèmes, l'impression générale était très bonne. (...)

La compétition, cher confrère !

Peut-être que nous sommes trop nombreux ! Le problème du nombre d'étudiants au moins a-t-il une solution : le numerus clausus. (...) Il a fallu dépenser énormément d'énergie pour tenir un pari impossible : « Sélectionner en trois candidatures ceux qui deviendront les meilleurs médecins ». Le concept nous donne froid dans le dos. On pourrait imaginer un discours en premier doctorat comme à l'École royale militaire : « Vous êtes les meilleurs, l'élite de l'élite, ... ». Ce n'est pas très enthousiasmant, du moins à l'université catholique de Louvain a-t-on fait l'effort que cette sélection soit juste et cohérente, même si l'objectif est absurde. Il semble que la réduction du nombre de médecins autorisés à pratiquer en Belgique sous couvert de l'INAMI va entraîner des difficultés majeures dans le fonctionnement des hôpitaux, sans compter que certaines spécialités ont déjà des problèmes de recrutement. N'oublions pas que notre population vieillit et que cela aura des conséquences en termes de santé publique. (...) Les effets néfastes du numerus clausus se feront sentir dès 2004 et atteindront leur apogée en 2010. J'ose espérer que les universités et les unions professionnelles sauront faire entendre raison au nouveau gouvernement pour que ce numerus clausus disparaisse comme il est apparu. Enfin, il suffit d'aller discuter avec les étudiants de deuxième candidature, le front d'onde, pour se rendre compte que ce n'est pas en candidature qu'ils apprendront la confraternité, chacun se battant, individuellement, pour être dans les quatre-vingts premiers et ainsi avoir accès aux doctorats.

Par expérience, nous pouvons dire que ce n'est pas en stage, en milieu universitaire, qu'ils vivront l'expérience de la confraternité. Certes, il y a bien quelques exceptions mais elles ne font que confirmer la règle. Lorsque nous sommes en stage chez vous, notre attention ne

porte pas uniquement sur les aspects strictement médicaux, mais nous sommes aussi sensibles à votre comportement à l'égard de vos confrères. L'ensemble de l'équipe soignante, mais surtout les patients, ont tous à gagner d'une confraternité exemplaire. Dans un monde où la médecine se spécialise de plus en plus, il est impératif que la communication entre les médecins soit fluide.

L'expérience de l'ailleurs

La faculté de médecine se doit de combler le retard qu'elle a pris dans la participation aux programmes d'échanges d'étudiants entre universités. Je pense notamment au programme Socrate* qui ne nous a pas été accessible au cours de notre formation théorique. Il le serait devenu depuis et c'est une très bonne chose. C'est une grande richesse pour un auditoire d'avoir en son sein des étudiants qui ont vécu une approche différente de l'enseignement de la médecine, au-delà du fait que c'est une expérience superbe pour l'individu lui-même.

Je me permets de saluer ceux qui permettent chaque année à une trentaine d'étudiants de partir pendant quatre mois dans un pays en développement. (...) Je ne doute pas que cela aura des conséquences sur leur carrière ou sur leur manière d'aborder la médecine, même dans une pratique en Belgique. Je ne peux toutefois pas m'empêcher de regretter que ces stages ne soient pas accessibles à tous ceux qui le souhaitent. (...)

D'autres part, la possibilité d'effectuer des stages à l'étranger dans des pays industrialisés existe, mais reste également réservée à une minorité et toujours sur base des résultats académiques. La raison essentielle est de garder en Belgique un nombre suffisant des stagiaires pour faire tourner les services. (...) Il serait souhaitable que ces portes vers l'extérieur de l'université : programme Socrate, stages dans les pays en développement et stages dans d'autres pays industrialisés, soient rendues plus accessibles à l'ensemble des étudiants. Considérant que ces opportunités ne portent en aucun cas préjudice à la qualité de la formation, bien au contraire.

**programme Socrate : échange pour quatre mois d'étudiants en médecine de l'université catholique de Louvain avec d'autres étudiants d'universités précises qui sont entrées dans ce programme.*

Escla-stage

(...) Malgré l'apprentissage dont nous avons bénéficié durant nos dix-huit mois de stages, nous sommes obligés de constater que nous avons eu très peu de reconnaissance pour notre travail. Il consiste à examiner les patients, remplir et mettre en ordre les dossiers, collecter les résultats des examens ou encore à assister l'équipe chirurgicale en salle d'opération. Gardes comprises, cela nous amène à quelques soixante heures par semaine... travail globalement rentable pour les hôpitaux. (...) Le fait que nous bénéficions d'un apprentissage ne dispense en rien les autorités de nous accorder de la reconnaissance. Je pourrais presque parler de respect. (...)

Pour conclure ce chapitre sur les stages, je voudrais chaleureusement remercier la grande majorité des maîtres de stage, leurs collaborateurs et leurs assistants de nous avoir accompagnés lors de nos premiers pas sur le chemin de l'art de guérir. Qu'ils sachent que la plupart d'entre eux resteront gravés dans nos mémoires.

Un bilan positif pour le CUMG, le centre universitaire de médecine générale

Alors que les nombreux postulants spécialistes erraient deci delà mine blafarde et l'âme aigrie dans les couloirs de « Saint-Luc », il leur arrivait de croiser le vendredi des confrères étudiants, bon pied bon œil, souriants, la mine épanouie. Que pouvaient-ils bien faire pour être dans cet état, quel traitement miracle leur avait été prescrit ? « CUMG une fois par jour, en forme toujours ! ».

Nous devons mettre un point d'honneur, au nom des stagiaires en médecine générale, à saluer l'effort et l'investissement sans réserve des enseignants responsables de cette formation, qui, par leur expérience et leur souci didactique, ont su communiquer avec équilibre ce mariage entre une écoute attentive et une rigueur médicale.

Il est malheureux de constater que c'est le regard des spécialistes qui domine notre

formation en doctorat, alors qu'une majorité d'entre nous se destine à la médecine générale. ●

Les enjeux de la formation médicale de base



TOUT DANS LA TÊTE

.....

Le centre universitaire de médecine générale de l'université catholique de Louvain (CUMG-UCL) existe depuis plus de vingt ans et est intégré dans la faculté de médecine. Cette présence répond aux exigences européennes qui, dans un rapport sur l'application des articles 31 et 32 de la directive 93/16/CEE, rappellent la nécessité de « développer des départements universitaires de médecine générale dans lesquels la participation permanente de médecins généralistes – universitaires et praticiens – interviennent pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des programmes de formation en médecine générale »¹.

Les pionniers de cette intégration de la médecine générale à l'université ont réalisé un travail important avec d'une part une formation intra-curriculum et d'autre part une formation complémentaire spécifique de deux ans, l'ensemble répondant aux arrêtés de loi belges et aux directives européennes. Il faut saluer le travail remarquable de ceux-ci dans un contexte parfois peu favorable et quelque fois conflictuel. Ils ont investi de manière importante dans les aspects pédagogiques de cette formation en élaborant des enseignements de qualité spécifiques et pertinents.

.....

La formation en médecine générale est aujourd'hui basée sur une théorie et un savoir spécifique de qualité sous-tendu par une recherche élaborée dans certains pays mais encore insuffisante en Belgique francophone. De nombreux défis sont encore à relever dans ce contexte et, sans être exhaustif, on peut en dégager quelques-uns qui semblent d'actualité pour la formation médicale de base des médecins généralistes.

Un cadre légal cohérent pour la formation des généralistes

En effet, celui-ci a fort évolué depuis une dizaine d'années pour donner lieu à une formation qui est progressivement en accord avec les contraintes imposées par différents niveaux de pouvoir. Le paysage institutionnel belge ne simplifie pas la compréhension du cadre légal et l'harmonisation avec les exigences des directives européennes est parfois difficile. L'exemple actuel d'une formation médicale organisée différemment en Communauté française et flamande illustre ce propos dans un pays de seulement dix millions d'habitants. La mise en place d'un diplôme d'études spéciales (DES) dans les différentes universités est un pas dans la bonne direction. Un cadre légal clair et bien structuré suppose des moyens suffisants pour la mise en place d'un programme de formation de qualité basé sur des objectifs de formation préalablement définis.

Une présence accrue de la médecine générale dans la formation médicale de base et un choix positif de celle-ci

En mars 94, les étudiants du cercle de médecine, de l'assemblée générale des étudiants de Louvain et de la Fédération des étudiants francophones ont organisé deux journées de réflexion sur la formation médicale.

Ce colloque « médecine en huit questions », outre des étudiants, a rassemblé environ deux cents personnes dont professeurs, philosophes, gens de terrain. En prolongement de ces journées, les étudiants ont compilé « 42 pistes pour une autre formation à l'université catholique de Louvain »². Celles-ci concernent la méthodologie, la participation étudiante au sein de la formation, l'introduction de cours de sciences humaines pendant le curriculum académique, la gestion de l'échec...

Neuf pistes abordent la médecine générale avec comme objectif d'introduire cette dimension de la pratique médicale tôt dans la formation pour permettre à l'étudiant de poser le choix de la

Dominique Pestiaux, médecin généraliste à la maison médicale de Ransart et responsable du centre universitaire de médecine générale de l'université catholique de Louvain, Myriam Provost, médecin généraliste à la maison médicale du Nord, médecin des étudiants de l'université catholique de Louvain, et Isabelle Schaube, étudiante en médecine et présidente du cercle médical Saint-Luc des étudiants de l'université catholique de Louvain.

médecine générale en connaissance de cause. Certaines ont trouvé à ce jour un écho favorable de la faculté et, par ailleurs, l'université s'est engagée dans une réflexion en profondeur sur la pédagogie.

● La piste 32

« *Commencer les cours théoriques de médecine générale dès le premier doctorat* ». Ceci sera concrétisé dès la rentrée académique 2000-2001 par un cours d'introduction à la médecine générale donné en premier doctorat et prolongé l'année suivante en deuxième doctorat. Il existe également un projet de stages de sensibilisation à la première ligne d'une durée d'un mois qui pourrait avoir lieu en deuxième doctorat.

Les soins de santé primaires sont également présents au cours du premier cycle en deuxième candidature où un cours « santé et société » a été créé et coordonné par l'Ecole de santé publique. Les objectifs pédagogiques, la méthodologie et l'évaluation de ce cours constituent un modèle de collaboration avec le centre universitaire de médecine générale. Cet enseignement est centré sur l'étudiant qui doit réaliser deux observations sur le terrain des soins de santé primaires, discuter dans un séminaire les éléments qui ont modifié sa perception de la demande de soins et de la réponse offerte par la structure rencontrée, rédiger enfin un document de synthèse.

A noter également qu'une initiative de l'Association des médecins anciens de l'université catholique de Louvain (AMA-UCL) offre aux étudiants en début de doctorat la possibilité d'un parrainage chez un généraliste ou un spécialiste et donc, grâce à ce contact précoce de quelques demi-journées avec le terrain, une perception de la réalité et une possibilité supplémentaire de faire un choix éclairé.

● La piste 35

« *Revoir les cours cliniques comme lieu de disputation entre spécialistes et généralistes, espace de confrontation de leurs savoirs (savoir, mais aussi savoir-faire et savoir être) et de leurs expériences* ». Cette recommandation a trouvé un répondant auprès de la médecine interne

générale (Prof. M. Lambert) et des cliniques intégrées sont organisées. Les problèmes abordés dans ces cliniques sont traités avec le point de vue de différents spécialistes et d'un généraliste. Il s'agit sans doute de lieux essentiels pour l'étudiant qui peut ainsi mesurer d'une part, la spécificité de l'approche du généraliste et d'autre part, les controverses existant pour une série de problèmes abordés. Il est, par exemple, bien évident que la mise au point d'un problème de fatigue sera très différente selon que le patient est vu en soins de santé primaires ou en milieu hospitalo-universitaire, ne serait-ce que dans l'importance accordée à la réalisation d'examen complémentaires.

● La piste 36

« *Dans la foulée, permettre une co-animation des séminaires de psychologie médicale de doctorat*. En effet, il serait intéressant de confronter l'approche du spécialiste psychiatre à celle des médecins généralistes ou de psychologues ». Cette proposition est concrétisée par la participation effective des généralistes au cours de psychologie médicale en médecine générale (Prof. Van Meerbeek).

Tout est-il parfait pour autant ? D'aucuns, parmi lesquels des étudiants engagés et représentatifs, laissent volontiers entendre que si les différentes pistes proposées ont permis un premier pas, elles n'ont pas opéré pour autant un changement en profondeur de l'enseignement. Ils soulignent également à quel point certains enseignants, enfermés dans une pratique universitaire, méconnaissent ou parfois même méprisent la pratique de la médecine générale. C'est sans doute la tâche des généralistes de faire reconnaître leurs particularités en terme de savoir, de contenu ou de spécificité.

De plus, le malaise parfois ressenti par les étudiants pendant leur formation théorique ne s'atténue pas toujours pendant les stages réalisés dans les grandes institutions.

La difficulté rencontrée par des généralistes enseignants est de répondre aux critères universitaires de recherche, d'enseignement et de soins aux patients. En effet, ceux-ci nécessitent une disponibilité et une continuité parfois difficiles à assurer dans le contexte de



pratique individuelle que nous connaissons dans notre pays. On peut espérer que la pratique isolée va diminuer au profit de la constitution de réseaux d'intervenants de première ligne qui auront dès lors la possibilité de libérer le temps nécessaire à la formation des étudiants. Un article du *New England Journal of Medicine* reprend par ailleurs ce problème en insistant sur l'importance d'intégrer dans les facultés de médecine des « cliniciens-enseignants » dont le profil de chercheur est moins important. L'auteur s'interroge par ailleurs sur la pertinence du critère qui évalue la qualité d'un enseignant au nombre et à l'importance de ses publications³.

Une définition plus précise des objectifs de la formation spécifique en tenant compte des fonctions du médecin généraliste/de famille et des besoins de la population

La définition de la fonction du médecin généraliste/médecin de famille est indispensable pour construire les objectifs de la formation. Si les documents ne manquent pas dans d'autres communautés, ce travail n'a jamais été fait de manière structurée en Communauté française et devrait être envisagé essentiellement avec la collaboration de la profession. La description des situations rencontrées au quotidien permettra sans doute d'illustrer les différences importantes existant entre les médecins. Ceux-ci ont cependant un commun dénominateur qui est la base de travail à laquelle tout étudiant se destinant à la médecine générale devrait être exposé.

Une difficulté de la fonction du médecin généraliste est liée au fait que des domaines importants de la pratique sont assurés actuellement par les spécialistes, en partie en raison de la pléthore médicale mais aussi en raison de l'importance prise par certaines techniques comme, par exemple, l'échographie en gynécologie. Il devient dès lors difficile d'assurer un suivi qualitatif adéquat d'autant plus que les patients sont rassurés par l'arsenal technologique qui leur est proposé. Si la

technologie hyper sophistiquée dont est friande notre fin de siècle rassure, il lui manque l'indispensable vision globale, la synthèse cohérente d'une histoire toujours individuelle, intégrée et complexe. L'investissement de secteurs importants de la pratique justifie une formation adéquate des généralistes afin de réaliser cette prise en charge avec les garanties suffisantes en terme de qualité des soins.



Un accroissement de la responsabilité pédagogique des maîtres de stage, véritables formateurs en médecine générale

Le rôle des maîtres de stage est essentiel et ceux-ci deviennent au fil du temps de véritables enseignants dont les compétences sont essentielles pour la formation des étudiants. A côté d'un savoir suffisant, le maître de stage doit aussi avoir les capacités de communicateur qui lui sont d'ailleurs indispensables dans ses contacts avec ses patients. Il doit sans aucun doute être « facilitateur » d'apprentissage pour le stagiaire qui, à son contact, va découvrir les différentes facettes de son futur métier. Que ce soit par exemple les soins globaux des patients, la gestion de la connaissance et donc la maîtrise d'un savoir horizontal forcément toujours incomplet ou l'apprentissage de l'incertitude et de l'utilisation du temps, l'expérience en cabinet de médecine générale est irremplaçable.

Il est souhaitable que dans l'avenir, l'étudiant devienne un véritable acteur de sa propre formation en l'impliquant dans la prise en charge des patients. Les stages d'observation ont été la règle pendant des années mais il est clair que, déjà pendant la formation médicale de base, ceux-ci devraient évoluer vers des stages pratiques supervisés en utilisant les possibilités de la technologie moderne (vidéo, enregistrement de consultations, ...).

Il faut enfin que le maître de stage accepte de suivre les formations pédagogiques qui, à la fois améliorent la qualité de son enseignement, mais aussi le confirment dans son rôle d'enseignant.

Une recherche spécifique à développer

Last but not least, la recherche en médecine générale est souvent considérée comme le parent pauvre dans nos milieux, surtout francophones. Elle nécessite d'abord un savoir-faire qui se développe progressivement par les différentes recherches entreprises et par la formation adéquate des acteurs de celle-ci. Elle nécessite aussi des moyens suffisants pour s'insérer dans des programmes de recherche au niveau national ou européen. Elle fait encore partie intégrante de la formation des étudiants ne serait-ce que pour la recherche bibliographique, étape essentielle dans tout projet. Elle sera enfin un moyen important d'alimenter le contenu de l'enseignement spécifique.

S'il faut conclure

Il semble exister un consensus sur la nécessité de développements pédagogiques nouveaux : on peut citer par exemple et sans prétendre à l'exhaustivité un enseignement centré sur l'apprenant, une pédagogie favorisant le contact direct entre l'étudiant et le patient, des lieux de

stage adaptés, la formation de médecins polyvalents capables de répondre à la demande mais aussi d'intégrer la dimension communautaire de leur activité, une sensibilisation non seulement à la dimension relationnelle mais aussi à la dimension socio-économique et politique. On peut penser encore à la capacité de gérer l'information pléthorique disponible ou à l'impact de nouveaux moyens pédagogiques utilisant les nombreuses possibilités offertes par le multimédia.

L'enjeu est de taille pour qui veut y consacrer l'énergie nécessaire et la maturité acquise par la profession de médecin généraliste/de famille devrait permettre de relever de tels défis. En effet, ce qui est en jeu ici, c'est « la reconnaissance de la médecine générale comme une spécialité à part entière, discipline académique, partenaire essentiel dans les soins de santé. Cela suppose qu'à l'intérieur des départements de médecine générale, des généralistes praticiens disposent de ressources suffisantes et développent des liens étroits avec les autres disciplines »⁴. ●

Bibliographie

1. Comité consultatif pour la formation des médecins, *Rapport et recommandations sur la révision de la formation spécifique en médecine générale*, Commission européenne, Direction Générale XV, 20 mai 1996.
2. FEF, AGL, Mémé en collaboration avec le ministère de l'Enseignement supérieur, *42 pistes pour une autre formation médicale à l'UCL. Médecine Huit Questions : premiers prolongements*, 9-10 mars 1994.
3. Levinson W., Rubenstein A., « Mission critical ; integrating clinician-educators into academic medical centers », *New England Journal of Medicine*, sept. 9, 1999, vol 341, n° 11.
4. World Health Organization, Regional Office for Europe, *Framework for professional and administrative development of general practice/family medicine in Europe*, EUR/HFA target 28, 1998. Accessible au site : <http://www.who.dk>.



Du vécu particulier du généraliste à la nécessité d'une formation spécifique structurée en médecine générale

.....

Le rôle particulier du généraliste dans la dispensation des soins de santé est le fruit d'un long travail mené sur le plan international par la profession assistée de chercheurs. Nous vous en livrons l'essentiel sur le mode d'une réflexion informelle du vécu qui débouche sur le concept plus structuré d'un enseignement adapté.

.....

De toutes les disciplines médicales, la médecine générale est la seule qui prodigue des soins incluant tous les facteurs de morbidité et toutes les manifestations pathologiques et ceci grâce au vécu personnel du médecin, de l'environnement du patient. Au fil du temps, sans avoir besoin de les rechercher, le généraliste prend conscience de l'histoire personnelle du patient, de sa famille et de son cadre de vie. En ce sens, la visite à domicile est une prestation très importante, spécifique à la discipline.

*Gérard Stibbe,
médecin
généraliste au
centre
universitaire de
médecine
générale de
l'université libre
de Bruxelles.*

Sans cesse harcelé par des demandes de certificats et de rapports en tous genres, l'omnipraticien est amené à conseiller le patient pour le défendre dans le cadre d'une législation très complexe en matière d'expertise et pour limiter ses prétentions en ce qui concerne l'obtention d'avantages secondaires liés à la maladie, l'handicap ou l'accident.

Le vécu particulier du généraliste...

Pour la majorité des malades, le médecin généraliste s'identifie au praticien de premier recours. Dès que le patient s'inquiète d'une anomalie, il s'adresse de préférence à son médecin de famille pour être renseigné et/ou soulagé. Il profite généralement de l'entretien pour présenter dans le désordre des demandes à caractère administratif ou préventif et se plaindre d'une série de symptômes sans liens évidents. Force est de constater que dans la pratique courante, la plupart des épisodes pathologiques régressent rapidement grâce à un traitement de courte durée. Par ailleurs, de nombreux symptômes sont aux frontières du normal et du pathologique, de l'organique et du fonctionnel. Plus rarement, l'anamnèse et l'examen clinique imposent un traitement d'urgence, une hospitalisation ou le recours à un spécialiste. De ce fait, la disponibilité du médecin est essentielle dans la bonne pratique de la médecine générale et la continuité des soins doit être assurée de façon maximale.

La médecine générale offre aux patients l'opportunité d'une prise en charge régulière du suivi médical de la naissance à la mort. La plupart des patients consultent le même médecin de famille pendant une période significative de leur vie. Il s'établit progressivement une relation affective entre le généraliste et son patient qui n'hésite pas à lui faire des confidences dont le contenu est souvent éloigné de la pathologie pour laquelle il consulte. La gestion de cette relation, malgré une longue expérience, est parfois semée de difficultés imprévisibles fort traumatisantes pour le médecin.

Au centre des diverses interventions dans le domaine spécialisé, le généraliste est amené à jouer un rôle de coordination entre les différents acteurs des soins de santé. Le dossier médical, mémoire écrite du médecin, doit l'aider à simplifier les démarches imposées au patient et à rendre optimal le traitement.

L'apport des grandes études épidémiologiques de la fin du siècle passé renforce considérablement la position du généraliste dans le

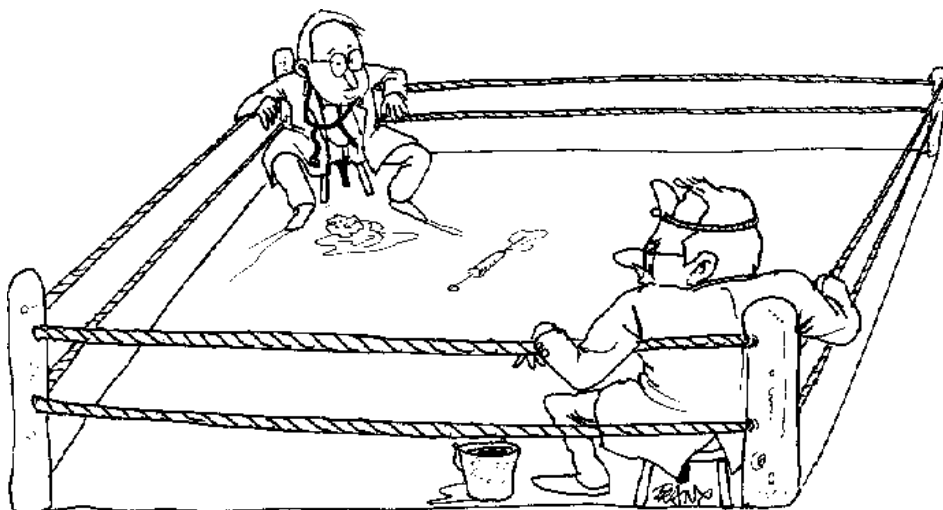
Du vécu particulier du généraliste à la nécessité d'une formation spécifique structurée en médecine générale

domaine de la santé publique. Il a été clairement établi que les campagnes de prévention augmentent de façon significative leur impact sur la population grâce à l'intervention des médecins de famille.

Enfin, pour terminer cette réflexion, il est évident que les patients qui souffrent d'affections bénignes et réversibles font un gain substantiel en temps et en argent en consultant un généraliste, sans parler de l'inconfort et du caractère anxiogène des examens spécialisés. La collectivité y gagne également en matière de coût des soins de santé.

des généralistes qui ont une pratique effective de leur profession. Il est évident qu'une approche de la médecine pour ainsi dire uniquement axée sur la pratique hospitalière induit chez l'étudiant des comportements automatiques qui, s'ils ne sont pas tempérés par des attitudes différentes à l'égard du patient et de la gestion de ses plaintes, devront être déconditionnés par la suite, ce qui pour les enseignants généralistes crée des problèmes de rejet de leurs discours. Tous les étudiants doivent être sensibilisés au mode de fonctionnement de la médecine générale jusqu'en sixième année. En effet, outre la

nécessité d'opter pour la fonction de médecin de famille en connaissance de cause, il est important que les futurs spécialistes sachent comment leurs confrères omnipraticiens fonctionnent pour éviter des incompréhensions. A partir du quatrième doctorat, une formation à option, plus poussée est actuellement organisée dans toutes les universités du pays, comprenant stages et cours théoriques.



... sa formation spécifique de base...

La formation en médecine générale doit bien évidemment préparer le futur généraliste à aborder les particularités décrites précédemment et ce, de façon positive et performante. Le système d'enseignement a vécu de profondes mutations et pris un essor considérable. Les concepts qui sont développés dans cet article rendent compte, dans une très large mesure, de l'expérience menée dans de nombreuses universités de divers pays ainsi que des législations en vigueur.

Il est fondamental d'insérer dans le curriculum universitaire et le plus tôt possible, à tout le moins, à partir du deuxième doctorat, un enseignement théorique et pratique donné par

La formation théorique doit, idéalement, en partie précéder la formation pratique et se terminer avant le début de la formation au post-graduat. Elle est indispensable, car le modèle théorique de la médecine générale est fondamentalement différent de celui de la médecine spécialisée même s'il repose sur des connaissances biomédicales communes.

Le contenu des cours théoriques doit répondre de façon minimale aux exigences suivantes :

- La description de l'aspect relationnel qui implique une approche centrée sur le malade, la nécessité du dialogue, de l'écoute attentive et de la négociation face à tout traitement, au conseil en envisageant les solutions alternatives, ce qui implique une connaissance très vaste et approfondie dans le domaine de la thérapeutique, souvent délaissée par les étudiants ;



- La démarche diagnostique orientée par la faible prévalence des maladies graves et la définition des arbres décisionnels propres à la médecine de premier recours ;
- L'intervention au stade précoce des maladies qui laisse planer le doute sur le diagnostic ; et la définition des solutions d'attente, du diagnostic thérapeutique ;
- La reconnaissance de l'urgence médicale en l'absence des supports de l'imagerie et de la biologie médicale ;
- Une bonne connaissance des manifestations pathologiques aux différents âges et de la problématique de la fin de vie ;
- L'application raisonnée et raisonnable des connaissances en matière d'épidémiologie en vue de la prévention qui s'adresse à l'ensemble de la population ;
- La connaissance des lois et des règlements ordinaires qui président à la rédaction des certificats et rapports à visée d'expertise, dans le cadre du respect du secret professionnel et leurs incidences financières.

La formation en pratique qui comprend des stages au cabinet du généraliste et des séminaires doit débiter à l'université. Outre la mise en pratique du contenu de la formation théorique, les candidats seront sensibilisés par les maîtres de stage aux aspects suivants de leur profession :

- démêler les plaintes multiples qui augmentent en fréquence avec l'âge, les hiérarchiser, simplifier les traitements et les harmoniser face aux propositions de médecins spécialistes de différentes disciplines, sur base de l'étude du dossier médical ;
- coordonner les soins en programmant les recours aux spécialistes, paramédicaux et aides sociaux ;
- apprendre à mesurer l'importance de l'influence de l'environnement du malade sur sa pathologie.

... et le post-graduat

La formation au post-graduat ne peut débiter, en Belgique, qu'après avoir réussi avec fruit

une épreuve portant sur les connaissances théoriques.

Deux systèmes coexistent à l'heure actuelle : le parrainage et le compagnonnage (communément appelé système 1/15 et système 1/1). Le système de parrainage, modèle pédagogique défendable il y a vingt ans, devient de moins en moins performant, vu les faibles patientèles des jeunes médecins, conséquence directe de la pléthore. Il est amené, de ce fait, à disparaître.

La participation régulière à des séminaires dirigés par un maître de stage reste fondamentale et d'ailleurs obligatoire.

Les stages hospitaliers revêtiront, très probablement, dans le cadre de la spécialisation en médecine générale, un caractère obligatoire au post-graduat. Pour être utiles, ils doivent être sélectionnés en vue de répondre en partie aux principes définis plus haut. A titre d'exemple, un service d'urgence à l'hôpital reçoit actuellement des patients atteints de pathologies bénignes mais ressenties comme dangereuses. Ceci permet au stagiaire de reconnaître l'urgence réelle par rapport à la plainte sans gravité.

Le succès du système de l'accréditation qui englobe la formation continue et le système des groupes locaux d'évaluation médicale en a fait un modèle encourageant qui permet au généraliste d'organiser de façon structurée l'actualisation de ses connaissances.

En conclusion, les savoirs de la médecine générale qui ont longtemps reposé sur des bases empiriques en faisaient un ensemble informel et subjectif. Actuellement, après des dizaines d'années de réflexion, le fonctionnement de la médecine générale est mieux connu et sa spécificité reconnue par des concepts théoriques. ●

Bibliographie

Pouchain D., Attali C. et al., *Médecine générale : concepts et pratiques*, Masson, Paris 1996.

Former, pas formater

Bénédicte Roegiers,
médecin généraliste à la maison médicale du Maelbeek et son équipe.

.....

La formation des futurs soignants vue par les maîtres de stage de la maison médicale du Maelbeek. L'équipe accueille des stagiaires de quatrième doctorat en médecine, des stagiaires infirmier(e)s, des stagiaires kinésithérapeutes et, depuis peu, des stagiaires de la Coordination bruxelloise pour l'emploi et la formation des femmes peu qualifiées (COBEFF) dans le cadre de son service de garde d'enfants malades à domicile.

.....

En tant que maîtres de stage au niveau de la première ligne, nous n'avons pas tant à enseigner qu'à partager une expérience. Après des études qui auront apporté un bagage suffisant pour permettre une compétence théorique, le stage permet d'être confronté à une réalité qui montre la nécessité d'acquérir une compétence spécifique.

Peu d'étudiants resteront indifférents à ce passage par la première ligne, si important pour tous :

- ceux qui finiront par travailler en milieu hospitalier auront l'occasion unique d'être en contact avec les réalités et contraintes des soins de santé primaires : le patient maître chez lui et beaucoup moins dépendant, les conditions d'hygiène différentes, les difficultés de contact avec certains spécialistes... ;
- ceux qui ne savent rien de la pratique du généraliste pourront confronter leur imaginaire, leurs désirs, leurs appréhensions à une expérience concrète ;
- pour ceux qui savent ou pensent savoir en quoi cela consiste, ce stage constituera toujours une expérience de plus, susceptible de confirmer ou d'affiner, voire de modifier un choix et - espérons-le - d'augmenter la

dose de confiance en soi et de confiance dans sa capacité d'exercer, si importante au moment de se lancer.

Notre rôle s'apparente plus à celui du maître-compagnon qu'à celui du maître-professeur. Il ne s'agit pas de former en formatant mais plutôt de partager l'expérience de notre pratique sans la déformer avec nos joies, nos satisfactions, nos réussites, mais aussi nos difficultés, nos hésitations, nos erreurs, nos frustrations. Si notre rôle n'est pas d'abord celui d'une acquisition théorique, il faudra insister sur l'importance d'un acquis théorique solide pour pouvoir d'autant mieux l'adapter aux priorités et contraintes du terrain et montrer qu'il n'est jamais qu'au service du contact avec « ce patient-ci, ici, maintenant ». Apprendre à faire le mieux avec le moins, à aller à l'essentiel dans des situations financières, sociales et psychologiques souvent complexes, faire découvrir le caractère essentiellement non reproductible d'un contact, faire sentir combien la qualité de la relation est essentielle pour la confiance, la compliance et donc l'efficacité de notre travail.

Avant d'être soignants et « maîtres de stage », nous sommes d'abord des personnes, et le futur soignant aussi. Il faudra aborder la question de l'équilibre de vie à préserver, des limites propres de chacun à respecter. Rechercher la meilleure façon de garder une disponibilité optimale et un réel désir d'un plus pour la santé et l'autonomie de la personne que l'on a en face de soi.

Vivre son stage au sein d'une maison médicale apporte en plus la dimension de travail d'équipe avec ses avantages et ses difficultés, ses joies et ses contraintes. Que le futur soignant envisage une pratique isolée ou en association, il faudra insister sur l'importance des collaborations, du travail en réseau, de la connaissance et de la reconnaissance des compétences spécifiques des soignants des autres lignes et sur l'importance d'avoir avec eux des contacts adéquats et positifs. On abordera inévitablement la place de la santé dans la société, en amont et en aval de la première ligne. ●



Balint, un apprentissage concret de la relation soignant-soigné

.....

La formation de base des soignants dans le domaine psychologique se résume le plus souvent à des considérations théoriques. La formation Balint peut-elle suppléer à cette lacune ? Santé conjugulée a rencontré le docteur Van Laethem pour en discuter.

.....

veillent à créer une dynamique, à créer le « setting » (atmosphère de confiance) pour que chacun puisse parler sans être jugé. Au départ, les groupes étaient animés par un analyste et un généraliste, mais on ne trouve plus suffisamment d'analystes intéressés par la médecine générale. Maintenant ce sont deux généralistes formés à la méthode Balint qui animent les réunions. Il faut au moins trois personnes extérieures en plus des deux formateurs, et jamais plus de quinze personnes au total, pour que le groupe puisse fonctionner.

*Interview du docteur **Roger Van Laethem**, médecin de famille.*

Le docteur Roger Van Laethem est interviewé par Corinne Nicaise et Axel Hoffman.

Balint, l'écoute, la relation

● Santé conjugulée : En quoi consiste la méthode Balint ?

○ Roger Van Laethem : D'après une étude américaine, le médecin n'écoute que quarante secondes. La méthode Balint soutient une médecine centrée sur le patient et développe l'écoute chez le médecin. La méthode Balint, c'est surtout apprendre à écouter : le problème n'est ni le médecin, ni le malade, ni l'un et l'autre, mais la relation entre médecin et patient. Cet apprentissage se fait dans des groupes où la parole circule, librement : le médecin peut aller « jusqu'au bout de sa bêtise » sans risquer d'être jugé, ce qui permet à chacun d'exprimer sa peur, ses angoisses, les sentiments qu'il n'a pas l'occasion de partager habituellement. Je voudrais insister sur un point : contrairement à ce qu'on colporte parfois, ce n'est en rien une médecine parallèle.

● Pratiquement comment se passe une réunion Balint ?

○ Le soignant qui désire parler d'une relation avec un de ses patients se propose de présenter le cas. Une séance dure deux heures et demi à trois heures, on y présente deux cas habituellement par soirée. Deux animateurs

● Ces groupes ne sont pas réservés aux médecins ?

○ Non, ils sont ouverts à tous ceux qui veulent partager une expérience médicale, en l'absence de toute hiérarchie. On peut y côtoyer des kinésithérapeutes, des infirmiers, des psychologues, des psychiatres...

Pas de psychothérapie sans formation

● On rencontre souvent chez les médecins, à un moment de leur pratique, l'envie d'entamer une psychothérapie pour devenir soi-même psychothérapeute. Est-ce nécessaire pour être centré sur le patient et pour avoir une qualité d'écoute ?

○ La thérapie se s'improvise pas. Il faut savoir comment les paroles du patient résonnent en vous. Pour faire de la thérapie, il faut apprendre à avoir la bonne distance par rapport au patient, sinon il y a deux risques, celui de l'identification et celui du sauveur.

● Le soignant qui ne veut pas entamer de psychothérapie devrait-il avoir un remords au niveau de sa qualité d'écoute ?

○ Non. Beaucoup de médecins généralistes ont une bonne écoute et font un travail intéressant, mais il faut faire attention aux deux dangers dont je parlais. Une consultation n'est utile que pendant quarante cinq minutes et pas plus (aspect identification). Quant au problème du sauveur, Balint parle de « la fonction apostolique » : le besoin qu'a le médecin de

Balint : un apprentissage concret de la relation soignant-soigné

Le docteur Roger Van Laethem est médecin de famille à Bruxelles. Une appellation qu'il revendique.

« J'ai changé ma plaque de médecin généraliste en médecin de famille parce que ce terme rappelle le médecin de jadis, la relation avec l'inconscient archaïque de tous. Et aussi parce que, ainsi que le montre la méthode de formation psychologique « systémique », nous fonctionnons tous dans différents systèmes, le premier étant la famille, le second le système du travail et le troisième le cercle des amis et connaissances. C'est à ce niveau, celui de la famille qu'intervient celui qu'on appelle encore trop souvent dans les pays francophones le médecin « généraliste ». De plus dans les pays anglophones, on ne forme plus que des « family physicians ».

L'intérêt du docteur Van Laethem pour l'aspect psychologique de la relation de soins remonte aux débuts de sa pratique. Médecin depuis 1956, il a vu défiler les diverses vagues d'immigration et a été frappé par un phénomène remarquable : la fréquence des plaintes liées aux maux d'estomac était importante au début de la vague, et s'estompait ensuite au fur et à mesure de « l'installation », pour remonter ensuite chez les nouveaux immigrants.

Travaillant à l'école du mariage, devenue centre de préparation au mariage, il a aussi perfectionné ses connaissances en sexologie et en psychologie.

Il s'est intéressé puis formé à la méthode Balint et a organisé le deuxième congrès Balint international à Bruxelles en 1974. Ensuite la même année a été fondée chez lui la société Balint, puis l'année suivante la Fédération internationale Balint, dont il a repris le secrétariat. Il est aussi co-fondateur du centre universitaire de médecine générale de l'université catholique de Louvain et ancien secrétaire de la Société scientifique de médecine générale.

vouloir guérir son patient à tout prix. Là aussi, on risque de passer à côté du bien du patient car le patient ne vient pas nécessairement chez le médecin pour être guéri !

Prenons un exemple : monsieur X s'est présenté chez moi avec un gros paquet de radiographies et d'analyses, m'annonçant que j'étais le vingt-neuvième médecin qu'il consultait. Il ne voulait pas de médicaments antidépresseurs ou anxiolytiques, il voulait simplement que je vienne toutes les semaines chez lui pour

prescrire deux boîtes des suppositoires qui étaient les seuls à soulager ses douleurs. On a commencé à parler. « En mariage blanc » depuis dix-huit ans, il avait séduit une fermière, mère de famille et lui avait fait un autre enfant. Cette femme avait abandonné ses quatre enfants et l'avait suivi à Bruxelles. Il ne voulait pas guérir, mais en parlant, on est arrivé à ce résultat qu'il n'a plus jamais fait de radiographies ou d'analyses.

La plupart des médecins croient que le patient vient pour être guéri, mais il vient pour plein d'autres choses.

La formation « psy » des jeunes soignants

● **Beaucoup d'étudiants sortent de l'université avec une vision scientifique et objectivante des soins de santé. Il leur est difficile de faire la jonction entre la connaissance médicale, orientée sur la maladie et la médecine réelle, qui s'adresse à des personnes. Pensez-vous que, dans la formation de base, il faudrait introduire davantage le patient et la personne du patient, l'approche psychologique, l'écoute ?**

○ *Cela s'est fait dans les années 70. Le docteur Mertens, professeur de psychologie médicale, avait été contacté par le docteur Moreau qui a introduit la méthode Balint en Belgique. Ensemble, nous avons formé les étudiants à cette dimension médecin-malade. J'apportais un cas et je faisais réfléchir les étudiants en quatre groupes se mettant dans la peau des différents acteurs de la relation : médecin, patient, observateur et accompagnant. Le patient expliquait comment il avait ressenti le médecin puis le médecin expliquait ce qu'il avait compris et fait. L'observateur faisait ses remarques. Le but était de montrer combien les vécus étaient différents en partant d'une même situation.*

● **Pourquoi cette expérience s'est-elle interrompue ?**

○ *Pour des raisons pratiques et non pour une notion d'utilité. Actuellement, le professeur Van Meerbeek fait un travail intéressant à l'université catholique de Louvain...*



● **La formation des médecins au point de vue psychologique pourrait-elle être améliorée par des formations de type Balint données pendant le cursus de base ?**

○ *Je pense que oui, et j'ai bon espoir que cela puisse changer au niveau des centres universitaires de médecine générale. Aux centres universitaires de médecine générale de l'université catholique de Louvain et de l'université libre de Bruxelles, il y a des balintiens actifs. A l'université de Liège se sont créés des groupes comprenant des étudiants et des médecins.*

● **Il y a une douzaine de groupes en Belgique francophone. Avec l'importance croissante attribuée à une médecine centrée sur le patient, ne pourrait-on s'attendre à une demande plus importante de la part des soignants ?**

○ *Si la médecine Balint reste confidentielle, c'est dû à la peur de se remettre en question. Celui qui choisit d'être généraliste tient à une certaine indépendance et répugne à s'inscrire dans un contexte où il pourrait être confronté à des supérieurs, poussé à se remettre trop en question. A Jérusalem, quelqu'un me disait que*

les groupes étaient dangereux car tous ceux qui ont travaillé avec Balint ont divorcé... !

En ce qui concerne les spécialistes, ils sont pris dans un système hospitalo-centré, où la technique est omniprésente, et qui leur demande de ne pas trop s'intéresser à la personne du patient, pour ne pas perdre le sens clinique. Ce sont les infirmières qui assurent le contact avec les patients : les médecins ne font que passer.

Une réforme fondamentale du curriculum médical: l'expérience à l'université de Gand

Jan De Maeseneer, médecin généraliste au centre de santé intégrée du Botermarkt à Ledeberg, président du département de médecine générale et des soins de santé primaires à l'université de Gand.

.....

« Une réforme du curriculum médical est nécessaire » : beaucoup de professeurs dans les différentes facultés de médecine en Belgique ont prononcé cette phrase. Néanmoins, peu de choses ont bougé. Certainement, les responsables de la formation en médecine générale (post-graduat) ont fait un effort pour préparer les jeunes médecins à fonctionner au premier échelon. Ils ont très vite constaté un manque de connaissances pertinentes au niveau de l'épidémiologie, des aptitudes cliniques et communicatives nécessaires pour la prise en charge du patient aux problèmes complexes et de la possibilité de mettre en pratique les principes de « evidence based medicine ». En Flandre, le centre inter-universitaire de formation des médecins généralistes n'a pas manqué de donner du « feedback » aux responsables de la formation de base en médecine. Ce n'est qu'après l'analyse par une commission internationale en 1997 que les différentes facultés en Flandre ont commencé à changer leur curriculum. A ce moment, on était bien conscient du fait qu'il ne suffirait pas de quelques réformes « cosmétiques », comme raccourcir de quelques heures les cours des sciences de base, organiser un petit exercice de communication, ... mais qu'il faudrait une réflexion fondamentale.

.....

Les objectifs

A l'université de Gand, un groupe de travail a réfléchi sur les objectifs finaux du curriculum. On a d'abord défini le profil du médecin du 21^{ème} siècle qu'on voulait former. S'inspirant du document de l'Organisation mondiale de la santé *The five star doctor*, on a décrit le profil d'un médecin qui à chaque moment doit avoir la possibilité d'optimiser la qualité des soins de santé, qui intègre de façon scientifique les nouvelles technologies dans son approche du patient et de la population, qui s'engage dans la promotion de la santé et réconcilie les demandes des individus avec celles de la société. Finalement, il était évident que les médecins du 21^{ème} siècle travailleraient en équipe multidisciplinaire.

Dans une deuxième étape, on a défini les connaissances, les aptitudes et les attitudes que nécessite la réalisation de ce profil. Pour chaque discipline, un travail détaillé a abouti à un document de plus de cent pages, décrivant les objectifs finaux de la formation. Une fois ce document approuvé par le conseil de la faculté, la réflexion s'est orientée vers la recherche des stratégies pédagogiques les plus adaptées pour réaliser ces objectifs. Différentes visites à l'étranger (au Canada, Genève, Leicester, ...) ont inspiré le processus de réflexion. La formule pédagogique gantoise est un mélange de différentes approches.

Les unités

Tout d'abord il y a les « unités ». Pendant une période de quatre à six semaines, l'étudiant est confronté à un projet cohérent d'apprentissage.

Par exemple, dans la première année, on commence à étudier la cellule. La première unité apporte les bases physiques et chimiques de la cellule ; la deuxième unité « De la molécule à la cellule » décrit les différents constituants de la cellule ; la troisième unité sur la cellule décrit le processus d'interaction des cellules (physiologie cellulaire, biologie



moléculaire, ...). La première année se termine par une unité « Infection et défense », où l'étudiant fait la connaissance des mécanismes de base de l'infection et de l'immunologie. La cinquième unité dans la première année s'appelle « La santé et la société », et confronte l'étudiant avec les principes de base de la psychologie, la sociologie, l'anthropologie, l'écologie.

Dans le cadre des unités, les présidents de la commission de l'unité, souvent des cliniciens, ont la responsabilité de l'intégration des différentes disciplines mises en œuvre. Se basant sur la littérature pédagogique, l'évaluation forme un guide important pour le processus d'apprentissage de l'étudiant. C'est pourquoi chaque unité ne comprend qu'un seul examen, qui évalue les connaissances des différentes disciplines et surtout l'intégration des concepts de base.

« Continua, studium generale et titora »

Chaque semaine, une journée entière est réservée aux *continua*. Ce sont des fils rouges, qui traversent les six années.

Le premier *continuum* s'oriente vers le développement progressif des aptitudes cliniques et communicatives. Dans la première année, les étudiants apprennent la technique de la réanimation ainsi que les principes de la communication médecin-malade. Il ne s'agit pas d'un apprentissage théorique, mais d'un exercice en pratique utilisant la vidéo, le jeu de rôle, ...

Le deuxième *continuum* est intitulé « Résolution des problèmes et gestion de l'information ». Dans la première année, les étudiants explorent les possibilités des ressources modernes d'information comme l'internet.

Le troisième *continuum* est orienté vers le développement du travail autonome de l'étudiant. Dans la première année, chaque

étudiant écrit un texte de cinq pages basé sur cinq articles scientifiques où il développe un des thèmes reliés au sujet traité dans le cadre de l'unité « La santé et la société ».

Le quatrième *continuum* s'appelle « Exploration dans le système de santé ». Dans la première année, les étudiants visitent différentes structures dans le système de santé (préventif, curatif, éducation à la santé, ...) et présentent ces structures via un poster. Dans ce même *continuum*, dans la première année les étudiants sont confrontés à des discussions d'éthique médicale suite à la présentation de cas.

Comme nous sommes très conscients du fait qu'on ne peut pas isoler la formation d'un futur médecin des développements dans la société, les étudiants sont obligés de participer à un « studium generale » et sont confrontés à des exposés concernant l'histoire, la culture, la philosophie, ...

Dans le cadre des unités, on a limité le nombre de cours magistraux et introduit un nombre de « tutoriaux ». Dans un tutorial, un groupe de dix étudiants avec un animateur explore un problème médical présenté afin d'arriver à la compréhension des mécanismes de base sous-jacents à ce problème. Dans une première session, ils explorent et formulent des objectifs d'apprentissage. Ensuite ils consultent des ressources d'information (livres, articles, internet, ...). Dans une deuxième session, ils essaient d'arriver à un schéma de synthèse.

Evaluation

L'introduction du nouveau curriculum est évaluée de façon permanente par la cellule de qualité de l'éducation médicale. Chaque mois, un échantillon aléatoire de douze étudiants est invité à un focus-groupe pour donner leur appréciation du curriculum. Ceci donne la possibilité de résoudre les problèmes qui surgissent lors de l'introduction du nouveau système. Il est évident, que ces changements fondamentaux exigent pas mal d'investissement

Une réforme fondamentale du curriculum médical: l'expérience à l'université de Gand

et d'énergie du corps professoral et des étudiants.

Jusqu'à présent, les réactions des étudiants peuvent être qualifiées de positives. Ils apprécient l'effort qui est fait pour augmenter la pertinence de la formation pour un futur médecin et les approches didactiques variées. La stimulation de l'auto-responsabilité de l'étudiant ne se réalise pas sans problèmes, parce que pas mal d'entre eux ont été formés dans un système d'éducation plutôt passive.

Actuellement, la préparation de la deuxième année « style nouveau » se déroule de façon intensive. Dans la deuxième année, les unités sont organisées autour des systèmes cardiovasculaires, reins et poumons, système locomoteur, système nerveux...

Un des grands soucis des professeurs de science de base est que le nouveau curriculum ne signifie pas un nivellement par le bas du niveau scientifique. Cette réflexion a provoqué une discussion fondamentale. La conclusion était qu'un curriculum scientifique n'est pas nécessairement un curriculum comprenant beaucoup d'heures de cours magistraux de sciences de base, mais un curriculum qui apprend aux étudiants à apprendre et leur donne la possibilité de s'intégrer dans un projet scientifique. C'est pourquoi dans la troisième, quatrième et cinquième année, les étudiants vont s'engager dans un projet scientifique (de laboratoire, en clinique, en première ligne, en épidémiologie, en éducation de la santé, ...) qui va aboutir à une thèse.

Le processus de changement qui s'est déroulé durant les trois dernières années à la faculté de médecine de l'université de Gand a démontré que le changement d'un curriculum est un processus fondamental qui touche toute la culture d'une faculté. Il s'agissait de créer des nouvelles structures, de nouveaux fora de concertation, d'interaction entre sciences de base biologiques et humaines et sciences cliniques, de redéfinir le rôle et la fonction d'un professeur et d'un étudiant, ...

Jusqu'à présent la majorité de la faculté croit que nous avons fait le bon choix et continue à s'engager dans le processus des réformes. ●

dans l'opinion des anciens que l'on commente inlassablement selon les règles de la logique scolastique. Le siècle, qui est pourtant celui de Pascal et Descartes, n'a pas encore intégré la méthode expérimentale et l'analyse critique.

Ceci explique que les travaux pratiques, hormis ceux touchant à la botanique, sont quasiment inexistantes. Manier le scalpel est une tâche méprisée, abandonnée au modeste barbier-chirurgien : durant les rares leçons d'anatomie, c'est lui qui dissèque en silence les cadavres de condamnés, pendant que le maître disserte, à distance des souillures et des odeurs malsaines.

Les leçons de botanique sont bien mieux considérées : la pharmacopée est essentiellement végétale et il importe de distinguer les plantes dont on compose les médicaments. Comme les livres des anciens sont fort confus sur le sujet et qu'il est fastidieux de battre la campagne, plus de deux mille espèces de plantes seront rassemblées à l'intention des étudiants dans un Jardin royal créé en 1638 par Louis XIII sur l'instigation de la Brosse.

● Le baccalauréat

A vingt-cinq ans révolus, le philiate est admis aux épreuves du baccalauréat, qui commencent en mars à grand renfort de cérémonial : présentation des candidats, interrogation sur le programme des deux années écoulées, commentaire d'un aphorisme d'Hippocrate, prestation d'un serment de fidélité à la faculté. Au printemps suivant, le bachelier est invité à faire montre de ses connaissances en botanique, et l'hiver revenu, il devra soutenir la thèse quodlibétaire, c'est-à-dire une proposition qu'il pourra au choix (*quod libet* : ce que l'on veut) résoudre par l'affirmative ou la négative.

La thèse, rédigée en latin, devra être construite sous la forme d'un syllogisme, avec majeure, mineure et conclusion. Formalisme, dogmatisme et éloquence sont de mise. L'exposé est suivi de questions posées par l'assistance : la qualité de la discussion, la fidélité aux traditions et la logique abstraite constituent l'essentiel de l'épreuve. Les sujets sont variés. « Le bourgogne est-il meilleur pour la santé que le champagne » déclencha assaut

de répliques des champenois et des bourguignons. « L'usage des eaux minérales est-il à recommander pour combattre l'échauffement intestinal » gêna l'autorité car Bouvard soignait l'entérite de Louis XIII avec les eaux des Forges. D'autres sujets étaient moins périlleux : les Parisiens sont-ils sujets à la toux quand souffle le vent du nord ? Le libertinage est-il cause de calvitie ? La femme est-elle plus lascive que l'homme ? Les buveurs d'eau sont-ils moroses, les buveurs de vin aimables ? Est-ce l'impulsion du sang qui fait battre le cœur ?

Il y avait aussi les thèses cardinales, ainsi nommées en l'honneur du cardinal d'Estouteville qui en 1452 avait libéré les médecins de l'obligation de célibat. Elles portaient sur des questions d'hygiène et la soutenance en durait sept heures d'affilée.



● La licence

Le baccalauréat était suivi de la licence qui conférait le droit d'exercer. Il fallait comparaître devant messieurs les docteurs et répondre aux questions posées sur ses moeurs et sur l'honorabilité de sa famille. Tous ceux que tentait la pratique d'un métier manuel, comme



la chirurgie, étaient écartés. Ensuite le candidat se rendait seul au cabinet de chacun des docteurs pour répondre à des questions pratiques en présence d'un malade. Les candidats acceptés par le faculté à l'issue d'un scrutin secret étaient alors « licenciables ».

Ils se présentaient en procession, doyen en tête, devant le chanoine de Notre-Dame pour en solliciter la bénédiction, puis chez les membres du Parlement, les ambassadeurs, ministres, échevins, prévôts pour les inviter à la cérémonie. La solennité de l'événement évoquait un véritable mariage avec la faculté. Agenouillés, têtes nues, ils recevaient la bénédiction apostolique du chanoine et un parchemin qui contenait la licence de pratiquer « à Paris et sur toute la terre » et celle d'enseigner. Une dernière cérémonie religieuse à Notre-Dame était suivie de grandes festivités et banquets.

● Docteur

Restait, pour qui souhaitait tenir une place de premier rang au sein de la faculté, à briguer le grade de docteur en présentant une thèse finale, dénommée Vespérie parce qu'elle soutenue l'après-midi. Il recevait alors le bonnet carré, insigne de sa haute dignité médicale. Une dernière thèse quodlibétaire lui valait le titre de docteur-régent qui le faisait rentrer dans la catégorie des professeurs en titre, réussite marquée par l'acte pastillaire, cérémonie au cours de laquelle le nouveau docteur-régent distribuait des pastilles à l'effigie d'Hippocrate ou du doyen. Chacune des étapes de ce parcours était l'occasion d'interminables discussions.

● Si loin de nous ?

Nous aurions beau jeu d'aujourd'hui nous gausser des connaissances de l'époque, du formalisme abstrait des épreuves et de la pompe des cérémonies. Mais à prendre du recul, ne percevons-nous pas un petit air d'encore vu dans la sélection des candidats, dans l'initiation menant à la formation d'une corporation pas trop ouverte, dans le goût du jargon et de la discussion, dans la grande attention apportée au savoir sur la maladie (fut-il expérimental et scientifique) au détriment de celui sur le malade ?

Et puis, serait-il anachronique d'ouvrir aujourd'hui un banquet en l'honneur des nouveaux diplômés par la même apostrophe que jadis : Salus, honor et argentum. Atque bonum appetitum. ●

La formation à l'accueil : une recherche spécifique

Béatrice De Coene, coordinatrice de la formation à l'accueil.

.....
La Fédération des maisons médicales a créé la formation à l'accueil car aucune formation existante ne rencontrait les spécificités de l'accueil. Théoriquement, cette fonction est définie comme le premier contact qui reçoit la plainte brute du patient, la traite, l'oriente, la réfère. L'accueil est considéré comme le plus proche de la population car le moins techniquement spécialisé et le plus polyvalent. Cette fonction est en contact avec l'ensemble de la population et au centre de la communication entre l'équipe et la population tant aux niveaux des soins que de l'administratif.

Après la réalisation de cinq formations entre 1992 et 1999, voici un premier bilan. Il est basé sur la mise en parallèle entre la définition théorique de la fonction et la pratique vécue par les participantes.

.....

Le principe des formations à l'accueil est basé sur l'échange des savoir-faire des participantes afin de conceptualiser cette pratique issue de maisons médicales aux histoires et horizons différents. Chaque accueillante partage son vécu dont nous relevons les points communs et les spécificités. Ce qui constitue la base de notre approche de définition de la fonction.

A la première rencontre l'incontournable question qui traversera toute la session est posée : qu'est ce que l'accueil ? Une réponse revient à chaque fois : « la plaque tournante ». Ce leitmotiv est donc partagé par beaucoup d'équipe ! Que renferme cette idée de plaque tournante ?

Imaginons que ce soit un carrousel dont l'accueillante est le centre. Cette image va nous permettre de mettre en scène les différents aspects de la fonction sur base de situations concrètes. Au premier tour, elle donne un rendez-vous par téléphone, remet une prescription à un patient. Il s'agit du premier niveau d'intervention accueil/patients. Au deuxième tour, elle sort un dossier, passe l'information d'une visite annulée à un membre de l'équipe. C'est le deuxième niveau d'action accueil/équipe. Au troisième tour, elle encode les prestations de l'équipe, donne les coordonnées de la maison de quartier à un jeune





patient. Troisième niveau de travail accueil/équipe/patients.

Mais le carrousel peut s'emballer et l'accueillante ne plus maîtriser la plaque tournante qui tourne de plus en plus vite. Voyons cette mise en situation où les trois niveaux ne s'articulent plus harmonieusement. Alors le téléphone n'arrête plus de sonner et les patients s'énervent devant son bureau. La tasse de café que le patient a déjà demandé deux fois se fracasse sur l'ordinateur où elle tape le rapport super urgent qui devrait déjà être envoyé. Pendant qu'elle tente de rassurer une patiente en pleurs au téléphone, un membre de l'équipe réclame à grands cris un dossier qu'elle n'a pas encore pu sortir. Puis un collègue lui reproche d'avoir donné un rendez-vous à ce patient qui de toute façon n'y viendra pas. Elle a juste le temps d'accrocher le regard victorieux et plein de reproches de ce patient à qui elle vient d'expliquer la nouvelle consigne, décidée en équipe : « ne plus intercaler », juste avant que le thérapeute fasse entrer le patient dans son bureau.

Cette dernière mise en situation est une image condensée, présentée en accéléré. Certaines accueillantes y reconnaîtrons des situations vécues, d'autres seulement quelques aspects de leur quotidien. Analysons ce qui peut poser problème dans ces différents aspects décrits. D'abord, la multitude des tâches différentes parfois confiées à l'accueil, l'écoute des patients, la participation à divers projets par exemple en prévention, la comptabilité, l'encodage ou du travail social. Les accueillantes vivent parfois leur fonction d'accueil comme fourre-tout.

Cette polyvalence demande beaucoup d'énergie et des compétences trop différentes. D'où ces sentiments de stress et de débordement souvent évoqués et regrettés, car pénibles à vivre. Pour certaines le plus difficile est de concilier les fonctions de secrétariat et l'accueil. Maintenir un même niveau de qualité égale pour chaque tâche n'est pas toujours réalisable. Elles en sont conscientes et en souffrent. Comment cadrer chaque activité ? Comment l'accueil peut-il mettre ses limites et en mettre à l'équipe ?

Un autre aspect est l'interface de la fonction entre le(s) patient(s) et l'équipe (et chaque membre de l'équipe). Mais aussi les interactions conflictuelles que cela engendre parfois et qui sont parfois difficiles à gérer et à vivre. L'accueil est tour à tour avocat du patient et garant pour l'équipe des règles de fonctionnement de la structure. Parfois cela coince, il n'est pas aisé d'être à l'intersection et de choisir une priorité. Comment ne pas s'interposer dans la relation patient/thérapeute et trouver sa place d'accueillante ? Comment expliquer les règles de fonctionnement de l'équipe aux patients sans être perçue comme rigide ? Quelle image l'équipe donne-t-elle de la fonction d'accueil aux patients ?

L'on pourrait qualifier cette fonction de politique dans le sens de mener les relations avec les autres, de les organiser par rapport aux règles définies par le groupe. Cette place permet ainsi de relever les adéquations du groupe et ses dysfonctionnements. Mais reçoit-elle l'aval de l'équipe pour le faire ? Souhaite-t-elle remplir ce rôle délicat ? Jusqu'où peut-elle aller ? Quels pouvoirs d'action lui laissent l'équipe et lesquels va-t-elle oser prendre ? Quelle place professionnelle l'accueillante prend-t-elle dans ces rencontres à trois acteurs (accueillante-patient-équipe) ?

Et puis, l'accueil est de fait, plongé dans l'interdisciplinaire, voir dans une approche transdisciplinaire.

Mais cette approche est fort dépendante des autres disciplines. Son action étant basée sur la relation, la communication, la transmission, l'interpellation entre elle, le patient et l'équipe. Quelle est sa marche de manœuvre spécifique ? Est-elle un intervenant de santé à part entière ? Les règles communes, définies en équipe, sont appliquées par les individus et donc vécues et interprétées différemment. Comment alors équilibrer les demandes individuelles et collectives des patients par rapport aux réponses des autres intervenants, réponses elles aussi individuelles et collectives ?

L'accueil doit encore approfondir sa définition et d'avantage que les autres fonctions de première ligne. Mais cette fonction à moins de

La formation à l'accueil : une recherche spécifique

points de repères pour le faire. Pas de formation commune que l'on peut critiquer et améliorer, comme les autres fonctions des soins de santé primaires. Une expérience, bien jeune, plus ou moins vingt ans et peu de mise en commun. Comment garantir la crédibilité de la fonction par rapport à l'accueillante elle-même, l'équipe et le patient ? Comment répondre au grand besoin de reconnaissance des accueillantes ? Voilà de quoi ouvrir le débat.

La fonction d'accueil n'est ici qu'approchée, car spécifique à chaque maison médicale. Lors des sessions une attente est partagée par toutes les participantes : mieux définir leur fonction. De même à la fin de chaque formation une conclusion s'impose : la définition de l'accueil doit se faire au sein de son équipe, avec la participation de chacun. L'histoire, la culture, la spécificité de chaque équipe sont les matériaux de base pour définir les besoins et les spécificités de la fonction d'accueil qui leurs sont propres. Les éléments recueillis lors des formations peuvent aider à la construction de cette définition.

Je voudrais témoigner de la qualité de questionnement des accueillantes sur leur métier et ainsi que de leurs soucis de professionnalisme. Et aussi rendre compte de l'enthousiasme, l'intérêt et le plaisir que les participantes expriment à propos de l'exercice de leur métier.

J'invite chaque accueillante à prendre la plume pour témoigner, questionner sur cette fonction d'accueil. Est-ce la première ligne de la première ligne comme le suggérait une accueillante ? ●

Assistant social aujourd'hui



TOUT DANS LA TÊTE

.....

L'impact majeur des facteurs sociaux et économiques sur l'état de santé rend nécessaire une étroite collaboration des soignants et des travailleurs sociaux. C'est ainsi que même dans de petites structures de première ligne telles que les maisons médicales, l'équipe de base comprend régulièrement un(e) assistant(e) social(e). Santé conjugué a rencontré Sylvie Colin, maître de formation pratique, et Catherine Bosquet, maître assistant en méthodologie et déontologie, afin d'éclairer la problématique de la formation des assistants sociaux.

.....

□ *Catherine Bosquet : L'idée était de regrouper des écoles par réseau (il y a maintenant deux Hautes Écoles organisées par la Communauté française à Bruxelles, qui vont peut-être fusionner), pour des questions budgétaires avant tout.*

● Dans un objectif de qualité ?

○ *Sylvie Colin : Il est sans doute trop tôt pour apprécier les changements en terme de qualité. Les structures « Hautes Écoles » ont été pensées juridiquement et administrativement mais sur le terrain beaucoup de choses restent encore à construire, ce qui pèse sur nos conditions de travail. Actuellement, la transformation de l'organigramme et la proximité de nos interlocuteurs-décideurs sont les modifications les plus manifestes.*

□ *Catherine Bosquet : Il y a une pseudo autonomie de gestion et une intention de démocratisation : on a créé des organes de concertation, de participation et de décision dans lesquels siègent des représentants des étudiants et aussi des représentants de tous les corps professionnels de l'institution. Dans la pratique, on sent peu d'amélioration réelle.*

● La population étudiante a-t-elle changé ?

□ *Catherine Bosquet : Elle a augmenté et changé : dans notre département social, il y a un plus grand nombre d'étudiants venant de l'enseignement technique et professionnel ainsi que des étudiants français qui n'ont accès aux écoles de service social que sur concours avec un numerus clausus. Certains empruntent aussi notre filière pour court-circuiter des candidatures universitaires avec l'idée de faire une licence (par exemple la criminologie). Il est difficile de former des gens de terrain censés travailler avec un bagage théorique et pratique important quand nombre d'entre eux ne sont pas motivés pour devenir assistant social.*

○ *Sylvie Colin : Les étudiants sont de plus en plus nombreux. Depuis quatre ans, on croit chaque année avoir atteint un pic, mais on se maintient à un palier de deux cent vingt étudiants en première année. C'est un phénomène commun à toutes les écoles d'assistants sociaux. Il y a un engouement pour ces études, que je ne m'explique que par un*

Interview de Catherine Bosquet et de Sylvie Colin, avec la collaboration de Martine Hanocq, professeurs dans un institut d'enseignement supérieur social, contactées par Santé conjugué en tant qu'experts pour parler de la formation des assistants sociaux.

Hautes Ecoles, autres écoles ?

● Santé conjugué : Qu'appelle-t-on aujourd'hui Haute École dans le domaine social ?

○ *Sylvie Colin : C'est un rassemblement d'instituts supérieurs initié par les ministres Lebrun puis Graffé dans le cadre d'une rationalisation de l'enseignement supérieur non universitaire en Communauté française. Un nombre minimum de mille huit cents étudiants sont regroupés dans une institution académique où se mêlent des études de type court et de type long. En l'occurrence, nous venons du département social de la Haute École Paul-Henri Spaak.*

choix médiatique : les valeurs sociales, humaines reviennent à la mode après les années 80 qui étaient en crise économique et sociale. Catherine Bosquet Et on garde 60 % des effectifs à l'issue de la première année !

● **Combien d'élèves sortent chaque année ?**

○ Sylvie Colin : *Une centaine, plus ou moins 45 % des étudiants entrés. Mais nos caractéristiques ne sont pas transposables dans les autres écoles sociales parce que, ayant un pouvoir organisateur « Communauté française », nous sommes obligés de prendre tout le monde, y compris les étudiants qui n'ont pas pu s'inscrire ailleurs. C'est une de nos difficultés car le nombre de professeurs ne change pas. A cela s'ajoute que nos conditions financières d'inscription sont moins coûteuses qu'ailleurs.*

Autre spécificité, il y a chez nous des maîtres assistants qui donnent des cours théoriques et de méthodologie et des maîtres de formation pratique qui ne doivent pas nécessairement avoir un diplôme universitaire mais qui ont une expérience d'assistants sociaux de terrain et dont la fonction consiste exclusivement à encadrer les stages et les travaux de fin d'études et à assurer les supervisions. Dans les autres écoles, les fonctions sont mixtes, l'encadrement de pratique professionnelle se fait par des professeurs de méthodologie.

L'assistant social, une plaque tournante

● **Le travail de l'assistant social et les stratégies de travail social ont beaucoup évolué. Y a-t-il encore moyen d'être assistant social généraliste ?**

□ Catherine Bosquet : *L'assistant social est à la fois un agent d'aide personnelle, volet individuel de l'aide sociale qui vise l'autonomie des personnes, et un agent social collectif qui vise un progrès humain au sens large du terme. Ces deux aspects sont restés, mais les apprentissages que cela suppose ont changé dans le contexte social, économique, politique et en terme d'intervention et de méthodologie. Ceci dit, c'est une formation qui doit rester*

polyvalente, généraliste, globale, car il y a des constantes quel que soit le domaine dans lequel on travaille.

○ Sylvie Colin : *Les problématiques ont évolué : elles sont de plus en plus « multifacettes » et ce n'est pas parce que l'on se spécialise dans un domaine qu'on n'aura pas besoin de s'occuper d'un autre domaine. On évite le plus possible de saucissonner la formation. Dans le contact avec des personnes précarisées, il faut se placer dans une perspective globale et être « touche-à-tout » : la complémentarité de divers niveaux d'intervention doit être maintenue.*

□ Catherine Bosquet : *On ne peut, comme on le faisait anciennement, se contenter d'aider les personnes individuellement en fonction d'une situation spécifique. La dimension collective du travail a pris un sens important, l'intervention se fait de façon intégrée à tous les niveaux.*

○ Sylvie Colin : *Simultanément, les pratiques de réseau, de partenariat se développent de plus en plus.*

□ Catherine Bosquet : *La société a subi trois bouleversements majeurs dans les dernières décennies : la crise économique, la crise sociale et un changement dans l'action publique, dans l'intervention de l'État.*

La crise économique a créé un système d'exclusion multiforme qui a conduit un nombre important de personnes dans une situation de non-travail ou faiblement rémunérée. Or, les protections sociales se sont construites sur le salariat dans le cadre du plein emploi. Les difficultés économiques ont réduit les recettes de la sécurité sociale et augmenté le nombre d'exclus de cette protection et celui des bénéficiaires de l'aide sociale. Il y a un recul des dépenses sociales affectées à la politique familiale, à la politique de santé, ...

Cela transforme le travail de l'assistant social. Un exemple : dans les hôpitaux, on a instauré un résumé social minimum afin de rationaliser les dépenses. Ce système normatif vise à quantifier le travail social dont la spécificité est justement d'être qualitatif. Cela le détourne des dimensions humaines. Pourtant, si l'assistant social, confronté à la pauvreté et au



surendettement, doit faire face à des urgences, il doit aussi étendre son champ d'action pour contribuer dans la mesure de ses possibilités à une insertion au niveau socioprofessionnel, à l'amélioration de l'accès aux soins de santé, des conditions de vie, de logement, de travail et d'environnement. Toutes choses qui ont une incidence en terme de santé et de santé mentale. La crise sociale est le deuxième bouleversement, dont la violence dans les quartiers est un signal : on parle des valeurs perdues, de la montée des individualismes, de problèmes culturels, etc. Il y a aussi un profond bouleversement familial : familles monoparentales ou recomposées, changement dans les solidarités familiales, vieillissement de la population, ...

Donc l'assistant social doit renouveler sa pratique au départ basée sur l'intervention individuelle : on fait de plus en plus appel aux travailleurs sociaux pour reconstruire les liens sociaux et contribuer à la cohésion sociale.

○ Sylvie Colin : Les changements de dénomination sont parlants : on qualifie l'assistant social d'agent de médiation, d'insertion, ... ou encore d'assistant de justice pour tout ce qui concerne le travail sous mandat avec les justiciables. Il doit rentrer de plus en plus dans des moules différents, presque hermétiques les uns par rapport aux autres.

□ Catherine Bosquet : Pour ces interventions sur le lien social, on va faire appel à lui pour des projets en santé communautaire sur certains quartiers. De nouveaux décrets (relatifs aux centres d'action sociale globale ou aux services d'aide en milieu ouvert) imposent de faire du communautaire, du collectif et de l'individuel.

Parallèlement, il y a apparition d'une nouvelle politique sociale. Avant les mesures se prenaient par secteur d'activité, protection de l'enfance par exemple, ou par catégories : personnes âgées, handicapés. Aujourd'hui, il y a une volonté du politique de partir du territoire, du local, ce qui suppose que le territoire est le meilleur lieu pour répondre avec plus d'efficacité et de spécificité aux problèmes locaux : contrat de sécurité ou de prévention, zones d'éducation prioritaire, politique de la ville, ...

Cela suppose pour l'assistant social de nouveaux outils, de nouvelles méthodes d'intervention. Il continue à traiter des situations individuelles et le modèle psychosocial d'intervention garde toute son importance. Il aide les personnes, les familles à restaurer leur identité, leur autonomie, leur citoyenneté. On a souvent tendance à reléguer l'assistant social dans un rôle administratif sans se rendre compte de tout ce que cela veut dire en terme d'identité et de restauration des droits citoyens : cela ne se limite pas en remettre une mutuelle en ordre !

Mais ce modèle psychosocial ne suffit plus. Ce ne sont plus seulement la personne et son vécu qui sont en jeu, c'est l'offre d'insertion au niveau de la société en général. Ce qui implique d'intervenir sur le milieu social avec d'autres professionnels, en partenariat, pour viser l'amélioration du cadre de vie, du niveau de santé, des équipements divers, des conditions de vie sanitaire de base. L'assistant social est amené à mettre tout cela en œuvre de façon dynamique, en élaborant des projets précis, en planifiant l'action, en évaluant les résultats. Le partenariat se complexifie considérablement par la multiplication des acteurs et des structures en place. L'assistant social doit se confronter à ces nouvelles structures, les connaître, négocier avec d'autres partenaires sans renier ses valeurs et sa propre formation, qui est spécifique même si elle est généraliste et globalisante. Il devra communiquer et se rendre intelligible pour les autres. Finalement, l'assistant social est la plaque tournante et le coordinateur de ces différentes disciplines car étant donné sa formation il est au centre de ce système, il peut coordonner les actions pluridisciplinaires et être à l'écoute de la plainte individuelle ou collective, à l'écoute de ce qu'il y a derrière et devant, à coté...

Du temps

○ Sylvie Colin : Il faut acquérir une connaissance volumineuse et des compétences multiples dans toutes sortes de dispositifs : juridique, médical, politique, psychosocial, économique, ... mais la formation ne dure que trois ans. Ce n'est pas suffisamment long.

❑ Catherine Bosquet : On parle de façon récurrente d'allonger les études d'un an. Il y a beaucoup d'aspects différents à aborder : économie, cadre juridique, psychologie, législation, santé, santé mentale, sans oublier la philosophie morale, la politique, l'anthropologie, choses qu'on a tendance à réduire pour des questions de restriction budgétaire...



La formation déontologique et éthique nous paraît fondamentale, notamment pour résister à la volonté du politique de faire contribuer l'assistant social au contrôle social. Les politiques sécuritaires offrent des financements là où d'autres pratiques de travail social ne sont pas reconnues. Cette formation doit s'articuler avec la mise en situation que prévoient les stages et permettre de prendre du recul par rapport à cette mise en situation au travers des supervisions individuelles et collectives. La refonte de nos grilles horaires menace de réduire cet aspect, qui est d'autant plus important que le public auquel on est confronté est plus précarisé qu'avant, moins bien outillé au niveau de la maîtrise de la langue, de la capacité de construire un raisonnement logique et une argumentation. On risque de glisser vers l'assistant social « technicien des papiers »...

Devoir se battre, que ce soit sur le plan individuel ou collectif, pour que les citoyens puissent revendiquer leurs droits les plus élémentaires devient un aspect important du travail. Le chef du service social d'un CPAS qui a des problèmes par rapport au secret professionnel dans son service m'a contactée pour discuter d'une formation pour les assistants sociaux alors qu'ils sortent de leurs études avec un bagage en la matière. Sur le terrain, les conditions de travail sont difficiles, on doit faire plus de choses qu'avant dans le même temps avec en plus une rationalisation budgétaire qui nous fait craindre de voir se réduire les choses essentielles à une peau de chagrin.

Du fossé entre la théorie et la pratique

● Vous décrivez le besoin d'une perception politique des choses : comment la faire rentrer dans un programme de formation ?

❑ Catherine Bosquet : Il est exagéré de prétendre que les jeunes ne s'impliquent pas politiquement. Ils se désintéressent de la politique partisane mais la dimension citoyenne existe toujours. Elle ne s'exprime pas telle que nous nous l'exprimions avant mais l'engagement est réel et à la limite leurs idéaux sont peut être moins utopiques.

● Comment concilier une perception politique avec la dure réalité des gens qui exige un travail d'accompagnement considérable ? Comment éviter la « rustinothérapie », la sensation qu'il n'y a pas grand chose d'autre à faire ? On entend beaucoup le mot « frustration » du côté des assistants sociaux.

❑ Catherine Bosquet : On a l'impression que les assistants sociaux travaillent de plus en plus dans l'urgence et ont du mal à s'octroyer du temps pour la réflexion et la coordination du travail.

○ Sylvie Colin : Il faudrait du temps pour faire le lien entre l'école et les situations de terrain. Ce serait important que les professeurs descendent sur le terrain et que les gens qui



reçoivent des étudiants en stage prennent la peine de faire un retour. Mais les gens de terrain sont débordés et prendre des stagiaires représente pour eux un poids supplémentaire. Quand on est responsable de stage sur le terrain, ce n'est pas évident de déléguer une tâche à un jeune qui a l'air démuni, tellement fragile. Dans ce contexte, les étudiants sont moins encadrés qu'avant. Il n'y a pas beaucoup de choix possibles. Pour en sortir, il faudrait multiplier les mises en situations sur le terrain, renforcer l'encadrement de la formation pratique afin de soutenir davantage l'étudiant qui doit très souvent prendre un recul émotionnel et affectif pour accéder à un travail plus rationnel. Il faut renforcer les liens entre théorie et pratique.

□ Catherine Bosquet : En fait les cours de méthodologie sont un peu une articulation entre les deux.

Du contenu de la formation au rôle social

● Y a-t-il des nouvelles orientations dans le contenu de la formation ?

○ Sylvie Colin : Avant, la grille horaire offrait une série de cours à option qui permettaient de se spécialiser dans des problématiques sociales délimitées. Depuis une dizaine d'années, tous les étudiants passent par le même tronc commun, en tout cas par rapport à la méthodologie, et il n'y a plus que quelques heures de cours à option.

□ Catherine Bosquet : Par exemple, le développement communautaire était une option, c'est devenu un cours obligatoire.

○ Sylvie Colin : Nous aimerions développer dans une nouvelle grille horaire l'aspect des pratiques locales de développement communautaire.

● Quand vous dites « augmenter le travail de proximité, local, communautaire », c'est parce que vous avez l'impression que ce sont des stratégies pertinentes aujourd'hui par rapport aux problèmes qui se posent ?

□ Catherine Bosquet : Bien sûr. Comme je l'ai dit tout à l'heure, la dimension communautaire offre de plus grandes chances en terme de changement social, de permettre au citoyen de participer plus activement à l'organisation de la cité, de reprendre le pouvoir de faire des choix responsables. Cela reste une voie malheureusement trop peu explorée par nos étudiants ; ils ont parfois l'impression d'être plongés dans la fosse aux lions...

○ Sylvie Colin : Il y a une certaine violence qui s'exprime. Quand on voit un CPAS installer un système d'appel par bouton poussoir pour les assistants sociaux qui se sentent menacés... Il y a une rupture de dialogue et c'est dur de travailler comme cela.

□ Catherine Bosquet : Parmi les étudiants, il y a des jeunes en situation de rupture familiale, de souffrance intériorisée, qui pensent : « en m'occupant des autres, je m'occupe de moi aussi ».

● C'est aussi une profession où la lecture de son propre rôle social a une dimension importante. On ne véhicule pas les mêmes stratégies culturelles dans un CPAS dirigé par la politique de son pouvoir organisateur ou ailleurs. Il y a une forme d'instrumentalisation forte dans les nouvelles politiques de type sécuritaire où non seulement il y a le côté sécuritaire mais aussi toutes les politiques de l'intermédiaire, de la médiation, destinées à éviter les conflits. Là aussi l'assistant social est tampon au sens classique. La capacité à se lire dans ces situations me paraît difficile.

○ Sylvie Colin : C'est pour cela qu'on ne peut pas diminuer le temps de réflexion et de mise à distance que sont les supervisions dans la formation et qu'on devrait s'adjoindre des partenaires du terrain c'est-à-dire les gens qui acceptent de jouer le rôle de référent professionnel. Être assistant social exige une certaine « carrure » car c'est un métier difficile qui expose très tôt les jeunes à la misère humaine. Pour les former valablement à la pratique du métier, nous devons leur assurer une disponibilité suffisante et de qualité. ●

Si des sujets se formaient à soigner des sujets

*Henri De Caemel,
médecin et
psychanalyste à
la maison
médicale de
Tournai.*

.....

*La pauvreté de la formation psychologique et sociale des médecins et des autres soignants est criarde. Mais hélas si certains tentent, depuis des dizaines d'années, de répercuter ce criard manquement, leur hurlement ne cause aucun parasitage audible aux brillants accents médiatiques des triomphes de la médecine scientifique. Ces manques se manifestent d'abord dans la formation de base des médecins et des paramédicaux, et restent encore majeurs dans les recyclages et autres propositions de formation continue, même dans la sphère des maisons médicales....
C'est d'ailleurs dans ce cadre qu'il me fut demandé de réfléchir à un article pour notre revue.*

.....

répondre illico à toute demande des « patrons ». Les véritables qualités humaines des stagiaires ne sont effectivement prédominantes que dans l'évaluation du stage... en médecine générale !

Dans certains pays - la Suisse si mes souvenirs sont exacts - il fut imaginé de sélectionner les étudiants en première année de médecine sur leur capacité à réaliser et à supporter des stages hospitaliers... dans le rôle d'infirmier(e)s. Cette position demande en effet plus d'humilité, de dévouement, d'obéissance, de qualités humaines donc, que les stages de médecine. La plupart des étudiants, qui avaient mordu sur leur chique pour passer cette épreuve initiatique, juraient que plus jamais ils ne se comporteraient ainsi... Pour certains médecins belges, l'épreuve initiatique était - et est encore - le passage obligé par la salle de dissection et son odeur de formol. Belle préparation à la médecine humaine et relationnelle !

Le volume des matières scientifiques - y compris la psychiatrie - à ingurgiter en sept ans au minimum par les médecins, en trois ou quatre ans par les paramédicaux, a augmenté considérablement au fil des ans. Parallèlement se réduit comme peau de chagrin le temps qui reste à la disposition des étudiants et des étudiantes pour vivre dans la société, réfléchir à son évolution et aux choix qu'elle impose, se plonger dans sa culture sous toutes ses formes. C'est-à-dire connaître le terreau dans lequel les futurs soignants auront à pratiquer ce qui continue à s'appeler légalement « l'art de guérir »...

De plus, en faculté de médecine surtout, la sélection soi-disant nécessaire des candidats dont le « numerus » est « clausus » se fait par le classement aux examens. Les meilleurs seront donc les plus grosses têtes, les plus bûcheurs, ce qui signifie souvent ceux qui « sortent » le moins de l'étroitesse de la science et du monde médical, qui entrent le moins dans un développement personnel humaniste et social. L'accès aux spécialités médicales par la lecture admirative des grades obtenus aux examens ne fait qu'aggraver le problème du côté des spécialistes.

Les centres universitaires de formation en médecine générale - les CUMG dit-on en

Les manquements dans la formation des soignants

● Dans les formations de base

La sélection des étudiants en médecine se fait essentiellement sur les capacités intellectuelles des candidats, sur leurs facultés à comprendre, et surtout à garder en mémoire, des sommes impressionnantes de données scientifiques. Jamais - sauf incroyable exception - un étudiant n'est arrêté par de mauvaises côtes dans les quelques petits cours de philosophie, de psychologie ou de déontologie.

Au-delà de ces études scientifiques se présente le temps des stages. Et là encore, les étudiants sont côtés sur leurs capacités intellectuelles à poser un diagnostic, à interpréter les examens techniques, sur leur disponibilité servile à



TOUT DANS LA TÊTE

Belgique - ont régulièrement des velléités à travailler dans des séminaires spécifiques la formation psychologique des futurs médecins.

Mais quelques heures « spécifiques » font-elles le poids en face des centaines d'heures de formation scientifique et technique ?

La médecine du nouveau millénaire se définit comme scientifique, veut travailler sur la réalité « objective » du corps malade. Un axiome de la position scientifique est que le chercheur scientifique ne peut pas être en jeu, en tant que personne, dans l'expérience qu'il mène et observe. En science, pour objectiver les phénomènes ainsi observés et les distinguer d'interprétations subjectives des chercheurs, il faut pouvoir confronter ces observations avec celles des autres chercheurs.

« Objectiver » le phénomène morbide est, c'est le cas de le dire, l'objectif de la médecine scientifique. « Le désir du médecin a la maladie pour objet », écrivit Jean Clavreul¹.

Dans la perception qu'en a aujourd'hui la société, le médecin est un bon scientifique... altruiste. Il s'intéresse à l'autre, mais c'est en fait à l'objet-corps de l'autre qu'il s'intéresse, et ce dans le cas spécifique où cet autre est malade ou blessé. C'est par extension donc qu'est supposé chez lui un intérêt pour l'autre en tant que semblable, supposition qui donne une base à sa fonction apostolique, à sa fonction de prêtre².

Je soutiens aussi que, dans les ressorts inconscients de sa « vocation », caché dans sa volonté d'étudier le corps des autres, volonté elle-même masquée par le prétexte de pouvoir le guérir, le désir de tout médecin est de connaître le fonctionnement de son propre corps, sexué et mortel. Ce n'est pas pour rien que la médecine utilise plus volontiers le mot autopsie - qui veut dire en grec « se voir soi-même » - plutôt que le mot nécropsie, « voir un mort ».

Les médecins comme les malades ont des corps, sont des corps. Mais des corps qui parlent et qui écoutent. Ces vivants sont ainsi des hommes, des sujets humains. Un mot banal peut-être que sujet, mais un mot dont je me permets pourtant de préciser le sens, car il va nous réserver quelques surprises !

Dans le grand dictionnaire Larousse de 1923, à la définition de sujet, on lit : « en médecine : le cadavre que l'on dissèque »... Ce sens ancien - qui nous renvoie à cet étrange rite initiatique des médecins qu'est la dissection - nous semble bien étrange et restrictif ! Plus récemment, dans le même ordre de pensée sans doute, la chirurgie et la réanimation furent parfois appelées « médecines du sujet absent ». On peut, a fortiori, en dire autant de l'anatomie pathologique ou de la biologie.

Pour affiner notre réflexion, je propose un détour par l'étymologie. « Ob-jectus » - littéralement « ce qui est jeté devant », ce qui saute aux yeux peut-on dire, s'oppose à « sub-jectus » - ce qui est jeté dessous, dessous la botte du maître. « Les sujets du roi, les assujettis... ». Un total renversement d'usage survint à la Renaissance, quand, merci Descartes et compagnie, le mot sujet changea de sens, radicalement. Le sujet devint alors « la conscience libre, donatrice de sens »³, devint le sujet de la phrase qui dit : « Je pense donc je suis ». On passa de l'assujetti à l'acteur.

Certains penseurs de la médecine prônent une médecine du sujet (certains écrits de Balintiens, l'Ecole dispersée de santé européenne⁴, etc.) qui se veut une alternative à la science médicale pure et objectivante qui est à son comble dans la médecine du sujet absent. Cette idée est certes intéressante, mais reste insuffisamment étayée au plan des principes philosophiques : ce dont se plaint le sujet malade doit logiquement et sans contestation possible, être objectivé par la médecine.

1. Clavreul Jean, *L'ordre médical*, Ed. Seuil, 1978.

2. « *Entre la mort et l'homme, qu'y a-t-il ? Il y a le prêtre et le médecin. (Nous constatons l'indissociabilité des deux fonctions : celle de prêtre et celle de médecin)* ». J-P.GAILLARD, *Le médecin, son cadre et sa pratique*, Ed. ESF, Paris, 1994, cité par J-G Romain dans *La revue de la société balint belge*, Sept. 95.

3. Une des définitions du Petit Larousse Illustré.

4. Ecole dispersée de santé, *Retrouver la médecine*, Une rencontre sur l'île de COS, Ed. Les empêcheurs de penser en rond, Paru en 1996.

Si des sujets se formaient à soigner des sujets

Dans le choix d'une profession de santé, le désir de trouver un métier bien rentable est présent. C'est normal. Mais quand cette motivation devient principale, voisinant le désir d'être objectivement scientifique, les malades risquent d'avoir de moins en moins de chances d'être accueillis comme des êtres parlants, en souffrance.

Mais qui, à l'heure actuelle, serait capable de faire entendre ces critiques et surtout de proposer des mesures alternatives ? En tout cas pas les sociétés professionnelles qui se définissent comme « scientifiques », ni l'Académie de médecine, ni les organisations syndicales ou ordinaires... Les comités éthiques discutent plus dans l'après-coup des dérives éthiques que de leur vraie prévention.

Où faire entendre la petite voix de la contestation humaniste en médecine ? Il faut que le mouvement de pensée qui a inventé les maisons médicales continue à entretenir ce creuset de pensée. Les amis de l'École dispersée européenne peuvent l'aider dans cette réflexion.

● **Dans la formation personnelle spécifique aux soignants**

Dans les sphères du travail social et éducatif, de nombreuses formations personnelles sont proposées aux intervenants de terrain. Pour les bénéficiaires de ces formations, il ne s'agit donc pas d'y apprendre des éléments nouveaux de technique professionnelle mais bien de remettre en question leur propre personne, leur manière d'être lorsqu'ils sont amenés à intervenir dans le tissu social et dans la vie de leurs semblables.

Ces formations personnelles peuvent être basées sur des théories sociales, humanistes, psychologiques très différentes. Il existe des sortes de grandes surfaces de la formation qui proposent une variété extraordinaire de produits ! Tout ce qui se vend et peut rapporter est proposé sur le même plan... Ces formations sont en fait des applications au développement personnel des professionnels de certains types de thérapies. En laissant tomber le préfixe « psycho », en ne gardant que la racine grecque de la thérapeutique, ils laissent souvent percevoir le lien inconscient je l'espère - qu'ils perçoivent entre l'action des dieux (théos) et leurs actes de « guérison ». De guérison, car ils

ne proposent pas de soins palliatifs, mais donc des soins curatifs !

Certaines sont fondées sur l'hypothèse comportementale pour laquelle les humains peuvent être considérés comme des machines pilotées par un ordinateur qui n'a pas toujours été bien programmé et qu'il serait bon de re-programmer. La programmation neurolinguistique (PNL) en est un exemple, les « thérapies comportementales » en sont d'autres. J'ose écrire franchement que je n'aime pas ces méthodes, trop proches au plan théorique des fameux camps de redressement des régimes totalitaires pour qu'il n'y ait pas de craintes à avoir au cas où ces rééducations seraient aux mains de certains pervers.

Les gestaltthérapies, basées sur l'ici-maintenant, ne se soucient pas de l'analyse, dans la vie actuelle, de phénomènes qui seraient la répétition de situations historiques refoulées dans l'inconscient. L'inconscient n'est pas reconnu comme un lieu de travail psychothérapeutique efficace. Ces bases m'apparaissent légères au plan de la réflexion philosophique et réductrices dans leur conception de la dynamique psychique.

Certaines propositions de thérapies m'apparaissent plus farfelues ou sans grand fondement théorique. Jusqu'à plus ample informé, je classe dans cette catégorie des choses comme le chamanisme transféré dans notre culture, les expériences à visée régressive comme le Cri Primal et le Rebirth.

Les théories psychanalytiques - que j'ai étudiées en profondeur depuis plus de trente ans - sont à mon avis beaucoup plus fondées, plus humaines, humanistes, plus fines et plus sûres, plus intelligentes que les autres théories qui sous-tendent les formations dites personnelles. Lacan a précisé qu'analyser le psychisme d'un sujet c'est l'aider à découvrir les ressorts de son désir inconscient, ce qui n'est pas en soi thérapeutique. La guérison des symptômes gênants ne viendra que... par surcroît !

La psychanalyse individuelle « cure-type » est la voie la plus sûre dans laquelle peut s'engager celle ou celui qui voudrait découvrir les ressorts profonds de ses désirs et des comportements



concrets par lesquels elle ou il tente de les réaliser. L'analyse du désir de soigner, d'être médecin ou paramédical, de vouloir s'occuper des autres en difficulté est particulièrement profonde et efficace pour celles et ceux qui prennent le temps de s'investir dans un travail de ce type⁵.

Basées sur les mêmes repères théoriques - à propos du refoulement, de l'inconscient, des pulsions, du désir, de la jouissance, du sens des symptômes - les psychothérapies analytiques, individuelles ou en groupes comme le psychodrame psychanalytique, peuvent aussi amener des prises de conscience importantes chez les soignants.

Dans le même ordre d'idée, je dois signaler ici l'étrange question du semi-échec des groupes Balint. Michaël Balint - psychiatre et psychanalyste anglais d'origine hongroise - travailla durant de nombreuses années avec des médecins généralistes en difficulté dans leur travail. Il mit au point une méthode de réflexion en groupe, sorte d'analyse des pratiques, basée non sur la validité scientifique des diagnostics et traitements mais sur les implications affectives et personnelles du médecin dans ses relations avec ses patients. Si le but, disait-il, n'est pas une thérapie du participant, le travail dans de tels groupes provoque « un changement important » dans la position subjective du médecin.

Pourquoi si peu de médecins et de paramédicaux - ces groupes étant aujourd'hui ouverts à tous les soignants - se plient-ils à cette discipline ? Par manque de temps, parce que les soignants n'éprouvent pas de difficultés affectives personnelles dans l'exercice de leur métier ? Sûrement pas. Je suspecte plutôt le manque d'humilité des soignants, leur difficulté à reconnaître qu'ils sont faillibles, qu'ils ne sont pas (tout) puissants !

J'avais espéré, il y a vingt-cinq ans, avec le début de la féminisation de la médecine, que cette certitude dominante de puissance allait évoluer. Hélas, il n'en est rien ou presque. De même, l'ouverture de la profession d'infirmière aux hommes n'a pas modifié notablement la position inconsciente ambiguë de ces praticiens : ils restent, dans leur vocation comme dans l'image que le public se fait d'eux,

des « seconds rôles » à la fois repérés comme tendrement aimants pour les malades mais représentés par la seringue, par le geste agressif de la piqûre.

Bref, si le souhait est de ré-humaniser la médecine, il serait bon qu'un plus grand nombre de ses acteurs, médecins et paramédicaux, osent remettre en question les ressorts inconscients de leurs choix professionnels, et ce, par un travail personnel dont l'objectif serait d'éclairer la structure de leurs désirs.

● Dans la formation continue

Pour le maintien et l'amélioration de la compétence psychologique et humaine des soignants, quelle part est-elle prévue - si tant est qu'une part soit prévue - dans les accréditations et autres recyclages ?

En Belgique, quand il est dit qu'un travail personnel peut être reconnu dans certains cas par les commissions d'accréditation, il s'agit du travail préparatoire à la rédaction d'une publication scientifique médicale, et non de ce que les « pys » appellent un travail personnel, un travail sur sa propre personne...

Les accrédités doivent notamment collecter chaque année deux cents unités de formation continue dont trente en « éthique et économie de la santé ». Quelle étrange idée que celle de joindre comme ça, directement, dans un même intitulé, l'éthique et l'économique ! Il est patent, pour tout observateur extérieur, que cette pensée ne peut venir que d'économistes du secteur des assurances santé, qui espèrent qu'avec plus d'éthique, les médecins causeraient moins de dépenses aux organismes assureurs.

Ces points en éthique et économie doivent donc représenter un septième environ du temps de formation, mais sont, me dit-on, les plus difficiles à récolter car les occasions sont rares, ce qui n'est sans doute pas sans lien avec le fait que les firmes pharmaceutiques ont peu d'intérêt à intervenir dans l'organisation de ces sessions. Dans leur logique, on les comprend.

Heureusement, même si cette réalité est étrangement peu connue des praticiens, la participation à un groupe Balint permet à un

5. Lire à ce propos l'exposé de l'auteur lors d'une grande journée de la Société Scientifique de Médecine en 1996 sous le titre : A propos des relations entre le médecin généraliste et le psychanalyste.

médecin accrédité l'obtention d'unités de formation continue : une session de deux heures trente est valorisée de vingt-cinq unités.

Quant à la vraie formation personnelle, à ce que je sache, elle n'est nullement valorisée par ce système.

En guise de conclusion et d'envoi : Que pourraient proposer les groupes de soignants « alternatifs » ?

Dans l'état actuel de réflexion sur la médecine, l'intérêt philosophique des grandes organisations sociales - syndicats généraux ou professionnels, sécurité sociale, ministères, fédérations de lieux de soins, etc. - est bien plus orientée vers le prix de revient ou la rentabilité de la médecine que vers ses qualités humaines. C'est donc logiquement qu'elles se mobilisent très peu pour favoriser ou organiser les formations individuelles, personnelles des soignants. Au mieux, et quel progrès déjà si c'était vrai, pourraient-elles reconnaître la validité d'un tel travail en lui accordant un prix mesuré en unités de formation continue.

Une solution partielle a été trouvée par la médecine hospitalière la plus technique qui, au lieu de s'humaniser, au lieu de promouvoir la formation de ses praticiens aux rencontres humaines les plus vraies, celles que les soignants peuvent vivre avec des hommes et des femmes en fin de vie, se débarrasse au contraire de ces malades. Celles et ceux que récupèrent les soignants en soins palliatifs sont enfin des malades à traiter comme des sujets humains. Hélas, une telle organisation des soins limite cet accueil subjectif idéal aux malades avec lesquels aucun projet de vie ne peut plus être soutenu !

Ici enfin, celles et ceux qui se consacrent - le sens religieux du terme est le bienvenu - à cette médecine « euthanasique » au sens plein du terme, ces bonnes volontés médicales et

paramédicales, demandent instamment des formations personnelles et des activités de soutien psychologique. Et la société civile, alertées ces derniers temps par le problème, commence à trouver des subventions pour ce genre de travail.

En pratique, les initiatives novatrices, efficaces, utiles, doivent donc être attendues du secteur associatif privé.

Ainsi, dans le cadre spécifique du travail en maison médicale, une formation pourrait, devrait être proposée. S'y réuniraient des soignants, engagés dans une équipe transdisciplinaire et proche de la population, dans le but de travailler l'investissement personnel spécifique qu'impose ce mode de fonctionnement. Un effet sur la vie des équipes est prévisible autant qu'un effet sur la relation de ces soignants avec leurs patients.

Pour être théoriquement soutenable et concrètement efficace, chacun de ces groupes devrait être constitué de huit à douze personnes, de formations différentes, et surtout *travaillant dans des équipes différentes*. Une telle constitution du groupe lui permettrait de se distinguer radicalement d'un travail d'analyse institutionnelle ou d'un audit.

Dès que huit personnes répondant aux critères définis s'y sont inscrites, un groupe pourrait s'engager dans une série d'une dizaine de séances. Et ensuite, si comme je le souhaite et l'espère, de nouvelles demandes émergent, d'autres groupes se constitueraient. Ces groupes travailleraient chacun sous la direction d'un formateur rompu au travail psychologique et apte à soutenir la spécificité du travail transdisciplinaire.

Ainsi verrait le jour un outil spécifique qui assurerait, au-delà des différences entre équipes à l'acte et équipes au forfait comme entre les médecins et les paramédicaux, la pérennité et le renouvellement permanent de la découverte que nous faisons depuis plus de vingt-cinq ans. ●



L'écart entre le modèle médical enseigné et la pratique de premier recours est-il soluble dans la formation?

Quel plaisir de lire les articles réunis dans ces cahiers. En effet, l'obligation si l'on veut faire de la bonne médecine, de prendre en compte les déterminants sociaux, économiques et culturels de la santé au même titre que les déterminants biomédicaux semblent largement partagée¹. Idem de la nécessité « *de faire la synthèse entre le vécu existentiel du patient et les savoirs médicaux* »² sans pour autant « *former des psychologues ou des assistants sociaux... (mais) des généralistes habiles à reconnaître l'importance des dimensions bio-psycho-sociales des problèmes de santé* »³. Ces nouveaux paradigmes (qui n'étaient jusqu'alors défendus que par quelques activistes égarés dans le cénacle) ont désormais acquis leurs lettres de noblesse au sein de la communauté scientifique^{4,5}.

Si cette vision semble avoir acquis une audience significative parmi les professionnels, les chercheurs ou les planificateurs, les écoles de médecine quant à elles, paraissent bien en retrait. Comment donc expliquer ce retard ?

Peut-être parce que cette vision implique de remettre en question la croyance selon laquelle la médecine est une science exacte. Cette croyance a été largement entretenue par une équivoque épistémologique. En effet, il y a eu confusion entre la précision, la fiabilité, l'efficacité et la spécificité croissante de l'arsenal diagnostique et thérapeutique et leurs caractères reproductibles et prévisibles. Il y a eu confusion entre ce qui est attendu pour un élément d'un système biologique isolé et la réaction du système dans son ensemble⁶. A ce propos la vague actuelle de l'« Evidence Based Medicine » révèle en quelque sorte la nudité du roi !

L'histoire institutionnelle peut aussi expliquer certaines choses. Les disciplines structurent non seulement le savoir mais également le dispositif de recherche et de formation. Pour dépasser cette organisation, il s'agit de mettre en jeu des systèmes de pouvoir qui s'expriment en connaissances, mais aussi en enveloppes budgétaires, en locaux, en matériel, en lits, en

nombre d'assistants, etc. C'est une des raisons pour lesquelles il est bien plus difficile de dégager des ressources pour les études transversales ou « contextuelles » que pour les études nichées au sein d'une discipline propre. Ce cloisonnement disciplinaire et ses conséquences sur l'allocation des ressources est plus tangible, mais pas plus facile à vaincre, au niveau des politiques de santé. Par exemple, il a été démontré qu'une protection efficace des femmes qui travaillent durant leur grossesse réduit massivement la prévalence des prématurés et des retards de croissance intra-utérine. Il est pourtant impensable à l'heure actuelle de dégager une partie des ressources allouées à la santé pour assurer la perte de gain liée à une diminution du temps de travail des femmes enceintes.

Il y a aussi bien entendu des freins directement liés à l'économie de marché. Certains domaines sont plus porteurs. En conséquence, ces spécialités reçoivent plus de moyens et occupent une surface institutionnelle sans commune mesure avec leur contribution réelle à l'état de santé.

Mais par-dessus tout, la résistance au changement se trouve confortée par un phénomène inconscient redoutable : l'intériorisation par chacun de la valeur relative attribuée aux disciplines. Certaines spécialités deviennent plus importantes puisqu'elles sont fortement soutenues, tandis que d'autres, puisqu'elles sont mal soutenues, restent sous-développées et donc moins prestigieuses. C'est une inversion de la logique même de la recherche et du développement, mais qui conduit à l'intériorisation de cet étalon de mesure et à l'acceptation de ce système de valeur comme validé et incontestable. « *Traduites dans la réalité immédiatement, ces propositions constitueraient un tel changement conceptuel qu'elles en seraient définitivement discréditées et vouées à l'échec* » cette affirmation de Michel Roland et Marc Jamouille dans l'introduction ne pouvait pas mieux illustrer ce mécanisme.

Quant aux attentes vis-à-vis de la formation,

Marie-Claude Hofner, médecin de santé publique, titulaire d'une maîtrise en pédagogie médicale, unité de prévention du département universitaire de médecine et santé communautaire de Lausanne, Suisse.

1. voir les contributions de Charles Boelen, Jacques Morel ou Andrée Poquet dans ce numéro et dans le précédent.

2. Monique Van Dormael dans son article Le médecin généraliste du futur.

3. voir l'article La formation en soins de santé primaire : une perspective internationale de Jean Rodrigue.

4. voir l'ouvrage décisif *Why are some people healthy and others not ?* d'Evans R.G., Barer M.L., Marmor Th.R., Aldine de Gruyter, Inc., New York, 1994.

(suite au verso)

L'écart entre le modèle médical enseigné et la pratique de premier recours est-il soluble dans la formation?

soulignons un curieux paradoxe. Nous sommes tout à fait conscients des déterminants multiples et intriqués de la santé, mais pensons souvent qu'une formation conforme aux besoins et aux connaissances nouvelles conduirait automatiquement à une médecine renouvelée. Ne faudrait-il pas également s'astreindre à appliquer une lecture contextuelle aux processus de formation ?

exigences d'une juste démocratie, il convient de la faire échapper aux lois du marché »⁷. ●

5. A propos de « nouveaux paradigmes », prenons tout de même un peu de recul et rappelons-nous que la fonction d'agent communautaire du médecin était tellement évidente au début du siècle que l'hygiène était l'une des quatre branches de l'examen final dans la plupart des écoles de médecine d'Europe (avec la thérapeutique, la chirurgie et la médecine interne).

6. voir à ce propos l'inquiétude et les doutes des médecins interrogés dans l'article de Véronique Rombouts-Godin et Léon Cassiers.

7. Attendus du Tribunal cités par Jacques Morel, dans son article La santé à vendre, Santé conjugulée n°11, rubrique actualité.

Par exemple, il est évident pour nous tous, que des professionnels formés à l'application des mesures de protection des contaminations par voie sanguine, ne pourront exercer « lege artis » que si le matériel technique approprié est disponible. Si celui-ci fait défaut, leur formation à elle seule ne pourra d'aucune façon remédier au risque de transmission. Mais lorsqu'il s'agit de compétences plus complexes on néglige souvent l'examen de cette réalité. Or des compétences acquises n'ont de sens que si elles peuvent s'opérationnaliser. C'est-à-dire si les conditions de l'exercice professionnel de ces nouvelles compétences sont réunies. Et ceci ne dépend pas de la qualité ou de la quantité de « formation » dispensée, mais du contexte économique social et culturel dans lequel les opérateurs agiront.

De même que l'intervention biomédicale ne résout pas tous les problèmes de santé, une formation aussi parfaite soit elle ne comblera pas toutes les lacunes, ne résoudra pas tous les problèmes de l'activité médicale de première ligne. Il existe bien entendu un rapport dialectique entre la capacité des professionnels à penser, agir et nommer leurs interventions et le cadre dans lequel ils agissent.

Mais la formation ne peut à elle seule modifier le contexte d'intervention. Ce qu'elle peut apporter c'est une dynamique des savoirs enfin restaurée, un débat d'idée pluraliste et non dogmatique, une ouverture à une plus grande maîtrise des processus de connaissance. C'est dans cette perspective que les efforts pour modifier la formation médicale sont une contribution au combat central qu'il s'agit de mener, afin que la profession médicale « ... en vertu de la gravité du secteur dont elle relève, du principe de solidarité sous-tendant le financement de la sécurité sociale ainsi que les



TOUT DANS LA TETE

CAHIER