

Promotion de la santé : entre force des principes et contraintes du réel

MAISONS MÉDICALES :
DES SOINS DE PREMIÈRE
LIGNE POUR TOUTES ET TOUS

Marinette Mormont

**LA PROMO SANTÉ
EN MAISONS MÉDICALES :**
FREINS ET LEVIERS

**LAURA LOZANO, LE NOYER
ET LES ASSUÉTUDES**

NATHAN WALZER :
« CONSTRUIRE UNE
VISION GLOBALE »

**PRÉVENTION DES
ASSUÉTUDES EN MÉDECINE
GÉNÉRALE : DU CHEMIN À
PARCOURIR**

**PRÉVENTION DES
ASSUÉTUDES EN MAISONS
MÉDICALES :**
LA PROMOTION DE LA SANTÉ
EST-ELLE SOLUBLE DANS
L'APPROCHE BIOMÉDICALE ?

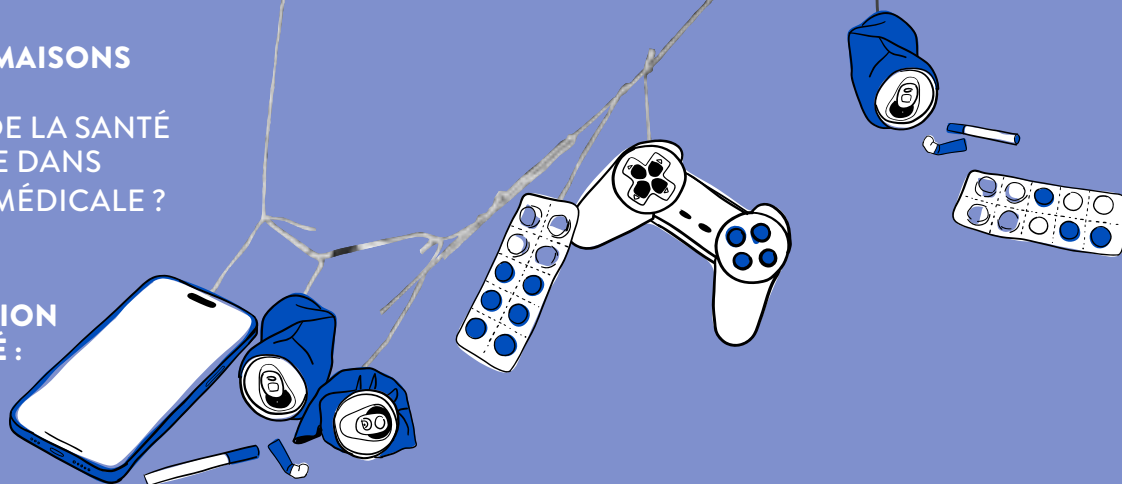
Céline Langendries

**LA RÉORGANISATION
DU SOCIAL-SANTÉ :**
ENJEUX ET DÉFIS

Damien Favresse



des assuétudes en
maisons médicales



UN TRAVAIL DANS UNE OPTIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Prospective Jeunesse est un centre d'étude et de formation, actif dans le domaine de la promotion de la santé, fondé en 1978.

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus et aux communautés davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Son ambition est le bien-être global de l'individu, sur les plans physique, mental et social. La santé ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité et ne doit pas être associée exclusivement au domaine médical et curatif.

Notre mission première est de prévenir les consommations problématiques et les dépendances liées aux produits psychotropes ou aux écrans chez les jeunes. Nous mettons notre expertise au service des équipes qui souhaitent construire un projet de prévention au sein de leur institution, mais aussi de toute personne rencontrant des questions ou des difficultés en lien avec la consommation de produits psychotropes ou des écrans.

Notre approche de prévention ne vise pas à empêcher les jeunes d'entrer en contact avec les produits psychotropes ou les écrans, mais bien à les aider à mobiliser les ressources qui leur permettront de prendre en main leur santé, d'être acteurs.trices de leur bien-être et ainsi d'éviter de développer des consommations problématiques et des dépendances.



Drogues, Santé, Prévention est la revue trimestrielle de Belgique francophone sur les usages de drogues. Elle constitue un outil de travail destiné aux professionnels du social et de la santé en quête de compréhension de ce phénomène (promotion de la santé, toxicomanie, jeunesse, scolaire, santé mentale, aide à la

jeunesse, travail social...). Publiée par Prospective Jeunesse, elle s'inscrit dans une vision de promotion de la santé. Elle permet au lecteur d'exercer un regard critique, complexe et curieux sur les usages de drogues, d'enrichir sa posture professionnelle et d'identifier des pistes d'action.



Editeur responsable
Guilhem de Crombrughe

Rédacteur en chef
Edgar Szoc

Comité d'accompagnement
Christine Barras,
Magali Company,
Elodie Della Rossa,
Christel Depierreux,
Manuel Dupuis,
Jean-Sébastien Fallu,
Damien Favresse, Sarah Hassan,
Michaël Hogge, Cedric Jamar,
Alexis Jurdant, Elise Robaux,
Anaïs Teyssandier,
Patricia Thiebaut.

Ont collaboré à ce numéro
Sarah Lenoir

Illustrations
In-graphics.be

Impression
Nuance 4, Naninne

Graphisme et mise en page
In-graphics.be

Les articles publiés reflètent les opinions de leurs auteurs mais pas nécessairement celles de Prospective Jeunesse. Ces articles peuvent être reproduits moyennant la citation des sources. Ni Prospective Jeunesse, ni aucune personne agissant au nom de celle-ci, n'est responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations reprises dans cette revue.

Table des matières

4	10	15	21
Maisons médicales : des soins de première ligne pour toutes et tous <i>Marinette Mormont</i>	Prévention des assuétudes en maisons médicales : la promotion de la santé est-elle soluble dans l'approche biomédicale ? <i>Céline Langendries</i>	Nathan Walzer : « Construire une vision globale »	Maisons médicales en chiffres
7	13	17	22
La promo santé en maisons médicales : freins et leviers	Laura Lozano, Le Noyer et les assuétudes	Prévention des assuétudes en médecine générale : du chemin à parcourir	La réorganisation du social-santé : enjeux et défis <i>Damien Favresse</i>

—*Edito*—

Promotion de la santé : entre force des principes et contraintes du réel. La prévention des assuétudes en maisons médicales

Le présent numéro de « Drogues, Santé, Prévention » constitue, à plusieurs titres, le fruit d'une collaboration.

Tout d'abord, il a été piloté par Marinette Mormont, journaliste à *Santé conjugquée*. Il constitue ensuite un des aboutissements d'un projet de recherche-action de deux ans, mené par Prospective Jeunesse en collaboration avec la Fédération des maisons médicales. Entamé en 2023, il visait, dans un premier temps, à questionner les pratiques de prévention des assuétudes dans une logique de promotion de la santé au sein des maisons médicales, puis, dans un second, à déployer des actions s'inspirant des résultats de ce questionnement. Le numéro s'inscrit enfin dans le contexte de la journée d'échanges du 26 novembre au Parlement bruxellois autour des possibilités de conciliation de la promotion de la santé avec les pratiques de première ligne en Social-Santé.

Dans son article initial, Marinette Mormont vient fixer les balises de compréhens-

sion de cette appellation non contrôlée de « maison médicale », en distinguant notamment celles qui s'en revendiquent selon le critère central du « travail au forfait ». Ce sont le vécu et l'analyse de Marie-Pascale Minet, infirmière à la maison médicale du Maelbeek et permanente politique à la Fédération des maisons médicales, qui permettent de dresser ensuite un premier recensement des freins et leviers aux pratiques des promotion de la santé, dans le contexte des maisons médicales.

Céline Langendries, qui a piloté au sein de Prospective jeunesse la recherche-action évoquée, revient sur ce processus bientôt achevé de deux ans et propose un bilan d'étape qui confirme partiellement les freins et leviers identifiés par Marie-Pascale Minet en même temps qu'il repère des impensés significatifs – relatifs notamment à la place du patient – dans le développement des projets.

Les témoignages de terrain de Laura Lozano et Nathan Walzer, respectivement infirmière au Noyer et psychologue au Goéland, opèrent un retour réflexif sur leur participation à la recherche-action et illustrent quelques-uns des effets que celle-ci a pu avoir auprès des personnes qui y ont participé.

Si la prévention des assuétudes est « plus facile à dire qu'à faire » en maisons médicales, le diagnostic est encore redoublé en ce qui concerne la médecine générale dans son ensemble. Les regards croisés de Thierry Wathélet (service Patchwork), Éric Paquet (Société scientifique de médecine générale, SSMG) et Sylvie Cassiers, Alexandra Al Haffar et Roxane Nikkhal (Résad) viennent le confirmer tout en pointant quelques pratiques innovantes et possibilités concrètes d'amélioration.

Enfin, Damien Favresse consacre sa réflexion conclusive sur les obstacles à franchir pour que les bonnes intentions qui sous-tendent les réformes inspirées par les principes de promotion de la santé – comme le Plan Social Santé Intégré en Région bruxelloise – ne demeurent pas lettre morte. « Le PSSI est pavé de bonnes intentions », nous rappelle-t-il. Voilà qui n'est pas tout à fait une promesse de septième ciel.

Edgar Szoc

Marinette Mormont, journaliste à Santé conjugée

Maisons médicales : des soins de première ligne pour toutes et

tous

Norman Béthune à Bruxelles, Le Vieux Chemin d'Ère à Tournai et Bautista van Schouwen (BVS) à Liège : dans le giron des mouvements militants et progressistes des années 1960 s'ouvraient en 1972 les premières maisons médicales. Aujourd'hui au nombre de 139, les maisons médicales à Bruxelles et associations de santé intégrée (ASI) en Wallonie fournissent des soins de santé primaires de qualité et accessibles à près de 300 000 patients.



Un modèle de santé alternatif en développement

Urbaines ou rurales, petites ou plus importantes, anciennes ou récentes : les maisons médicales et associations de santé intégrée qui parsèment les territoires bruxellois et wallon varient dans leurs structurations et modes d'organisation. Leur modèle repose pourtant sur des jalons communs.

Au plus près des besoins des patients, les maisons médicales dispensent des soins de santé primaires, dont la qualité est définie selon plusieurs critères, traduits en quatre lettres : GICA. Cet acronyme, inventé en 1971 par le Groupe d'étude pour une réforme de la médecine (GERM), désigne des soins globaux (qui tiennent compte des aspects médico-psychosociaux et environnementaux de la santé), intégrés (qui englobent le curatif, le préventif, le palliatif ainsi que la promotion de la santé), continus (qui assurent un suivi des patients à long terme) et accessibles (sur le plan géographique, financier, et au niveau des horaires).

Les équipes des maisons médicales sont pluridisciplinaires. Composées au minimum d'un médecin, d'un kinésithérapeute et/ou d'un infirmier, ainsi que d'un accueillant, elles intègrent aussi souvent des gestionnaires, travailleurs sociaux, psychologues, travailleurs en santé communautaire, diététiciens, etc. Ces équipes travaillent de manière coordonnée selon une approche intégrée de la santé (curatif et préventif), non seulement via l'accompagnement individuel, mais aussi dans une perspective plus collective, de santé publique et de promotion de la santé. Ancrées dans leur quartier ou territoire, les maisons médicales travaillent main dans la main avec le réseau associatif local et organisent des activités de santé communautaires afin de renforcer le pouvoir d'agir des patients sur leur santé et sur l'ensemble des facteurs qui peuvent l'influencer.

Les maisons médicales se présentent donc comme les acteurs d'un modèle de soins qui agit pour le droit à une santé globale pour toutes et tous, pour la réduction des inégalités de santé, et qui place le patient au centre de ses soins. La création des premières d'entre elles trouve ses sources dans le mouvement contestataire de Mai 68¹. Rejet de l'hospitalocentrisme et du paternalisme médical, idéal communautaire qui s'exprime dans la médecine de groupe face à la structuration d'une médecine générale en une pratique libérale solo, prise en compte des déterminants de la santé : développée

La création des premières d'entre elles trouve ses sources dans le mouvement contestataire de Mai 68.

comme une alternative au modèle de soins traditionnel, ces pratiques de groupe pluridisciplinaire se font progressivement une place en marge du système.

Au tournant des années quatre-vingt, deux textes fondateurs de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la déclaration de Alma-Ata (1978) et la Charte d'Ottawa (1986), viennent appuyer le bien-fondé du modèle. Nées en dehors de tout cadre législatif, ces structures seront alors progressivement reconnues par les autorités régionales².

La crise du Covid va démontrer à quel point le modèle des maisons médicales est pertinent en termes d'organisation territoriale, de prévention, de résilience. « On a constaté,

1. Lire A. Hendrick, J.-L. Moreau, *De A à Z. Histoire(s) du mouvement des maisons médicales, Fédération des maisons médicales, ORAM, janvier 2022*, <https://www.maisonmedicale.org/wp-content/uploads/2022/02/abecedaire-version-web-20200217.pdf>; et M. Roland, M. Mormont, « 1945-1990 : maisons médicales, semilles et germination », *Politique* n°101, septembre 2019.

2. Centre de santé intégrée puis association de santé intégrée en Wallonie dès 1983 ; maison médicale dans le décret de la Région bruxelloise sur « L'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé en 2009 ».

dans cette situation de panique, l'importance de la pluridisciplinarité, du collectif et du lien entre les différents niveaux », expose Fanny Dubois, secrétaire générale de la Fédération. Les maisons médicales ont d'ailleurs été mobilisées par les pouvoirs publics pour venir en renfort des maisons de repos et des centres de dispatching. La collecte de données qui y est menée a aussi permis d'étayer le constat de l'influence des déterminants sociaux sur la contraction du virus. « Nous avons travaillé ces questions avec Sciensano et des universités, et ces savoirs ont pu remonter au niveau politique. Pour avoir cette vision holistique de la santé, il est nécessaire de bien connaître sa patientèle, son environnement et de faire la relation avec son quartier et ses réalités socio-économiques comme les revenus, les conditions de logement, etc. »³

Aujourd'hui, les réformes de la première ligne d'aide et de soin (le Plan social santé intégré en Région bruxelloise et Proxisanté en Wallonie) misent sur la territorialisation pour réorganiser l'offre social-santé de façon transversale et intégrée. Un changement de paradigme qui n'est pas sans rappeler la voie empruntée de longue date par les maisons médicales. Établissement d'un diagnostic territorial, approche populationnelle, partenariats et collaborations avec d'autres acteurs du social-santé, « cette vision intégrée et territoriale oriente les pratiques des maisons médicales depuis toujours, commente Pascaline d'Otreppe, médecin généraliste à la maison médicale ASaSo à Saint-Gilles (Bruxelles) et membre du bureau stratégique de la Fédération des maisons médicales. Ce qui change, c'est qu'elle est désormais inscrite dans les politiques publiques. Cela revient à acter une autre conception et organisation de l'offre social-santé qui ne fonctionnera plus par secteurs ou par maladies. Ces politiques entérinent ainsi la reconnaissance d'un modèle d'organisation des soins qui était déjà

3. M. Mormont, « Inégalités de santé : faire le pari des territoires », *Alter Échos* n° 508, février 2023.

défendu dans des publications du Groupe d'étude pour une réforme de la médecine (GERM) ou de l'OMS il y a cinquante ans!⁴

À la date de mai 2024, la Fédération des maisons médicales comptait 139 membres : 63 à Bruxelles et 76 en Région wallonne. Elle représente plus de 1500 travailleurs, parmi lesquels plus de 650 médecins généralistes et assistants en médecine générale, la profession la plus représentée. Les maisons médicales soignent près de 300.000 patients, dont une grande proportion de personnes en situation de précarité. En atteste le nombre de patients avec un statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) : 45% contre 23% dans la population générale⁵.

Un financement à l'acte ou au forfait

Deux modes de financement différents permettent aux maisons médicales de fonctionner. Le premier, le financement à l'acte, qui concerne 19 maisons médicales membres de la Fédération, rémunère les soignants à la prestation, selon un montant fixé dans la nomenclature Inami. C'est le modèle traditionnel de rémunération des médecins.

Le second, le forfait, a été adopté par 120 maisons médicales. Dans le cadre du financement forfaitaire, le prestataire de soins (médecin, infirmier, kinésithérapeute) reçoit un montant fixe par patient inscrit à la maison médicale. Tandis que le soignant s'engage à offrir des soins de première ligne au patient, celui-ci s'engage à ne consulter que dans la maison médicale dans laquelle il est inscrit. Son organisme assureur verse à la maison médicale une somme mensuelle fixe, quelle que soit sa consommation de soins⁶.

Le forfait est un mode de financement

4. P. Gillard, « Les maisons médicales, au cœur d'un territoire », *Santé conjugée* n°104, septembre 2023.
5. Donnée 2019 de l'Agence intermutualiste.
6. F. Dubois, « Les quarante ans du forfait », *Santé conjugée* n° 108, septembre 2024.

alternatif de la santé « qui s'inscrit dans une logique de 'promotion de la santé' plutôt que de 'gestion des maladies' », explique Fanny Dubois. Le professionnel de santé qui travaille au forfait a en effet « tout intérêt à maintenir ses patients en bonne santé parce que ça lui fera moins de travail, son revenu n'étant pas lié à sa prestation. À l'inverse, le soignant qui est financé à l'acte dépend de ses prestations. Exprimé de façon caricaturale : il a intérêt à ce qu'il y ait des malades puisque ses revenus en dépendent »⁷.

Le financement au forfait permet donc non seulement une plus grande continuité des soins (le patient s'engage à ne consulter que dans sa maison médicale, sauf exceptions), une plus grande accessibilité (le patient ne doit rien payer ou avancer pour ses soins), plus de solidarité entre les personnes en bonne santé et celles en moins bonne santé (le forfait des uns contribuant à financer les prestations de santé des autres), mais aussi l'intégration de davantage de soins préventifs. Tout cela, sans que le système ne soit plus coûteux pour l'assurance maladie⁸.

De nos jours, les pratiques au forfait ont le vent en poupe. Depuis les années 2010, un nombre croissant de centres de santé adoptent ce mode de financement et prennent le nom de maisons médicales sans n'être affiliés ni à la Fédération ni à son homologue flamand, De Vereniging van Wijkgezondheidscentra. En juin 2023, on dénombrait ainsi en Belgique une totalité 250 maisons médicales au forfait,

7. *Idem*.

8. L. Annemans L., J.P. Closon, M.-C. Closon, I. Heymans, R. Lagasse, E. Mendes da Costa E., et al. Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique. Health Services Research (HSR), Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), 2008 ; M. Boutsen, G. Camilotti, T. Di Zinno, A.-F. Pirson, P. Van Cutsem, K. Vervoort, Comparaison des coûts et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique : une mise à jour, Agence intermutualiste, 2017.

avec plus de 600.000 patients inscrits⁹. Ce développement comporte des risques de commercialisation du secteur, risques mis en avant par l'Inami, qui a d'ores et déjà épinglé des pratiques problématiques¹⁰ telles que des inscriptions et désinscriptions sans le consentement des patients, une sélection des patients selon leur profil et leurs pathologies (les situations les plus lourdes étant considérées comme moins « rentables ») ou encore des fusions en mégastructures de soins.

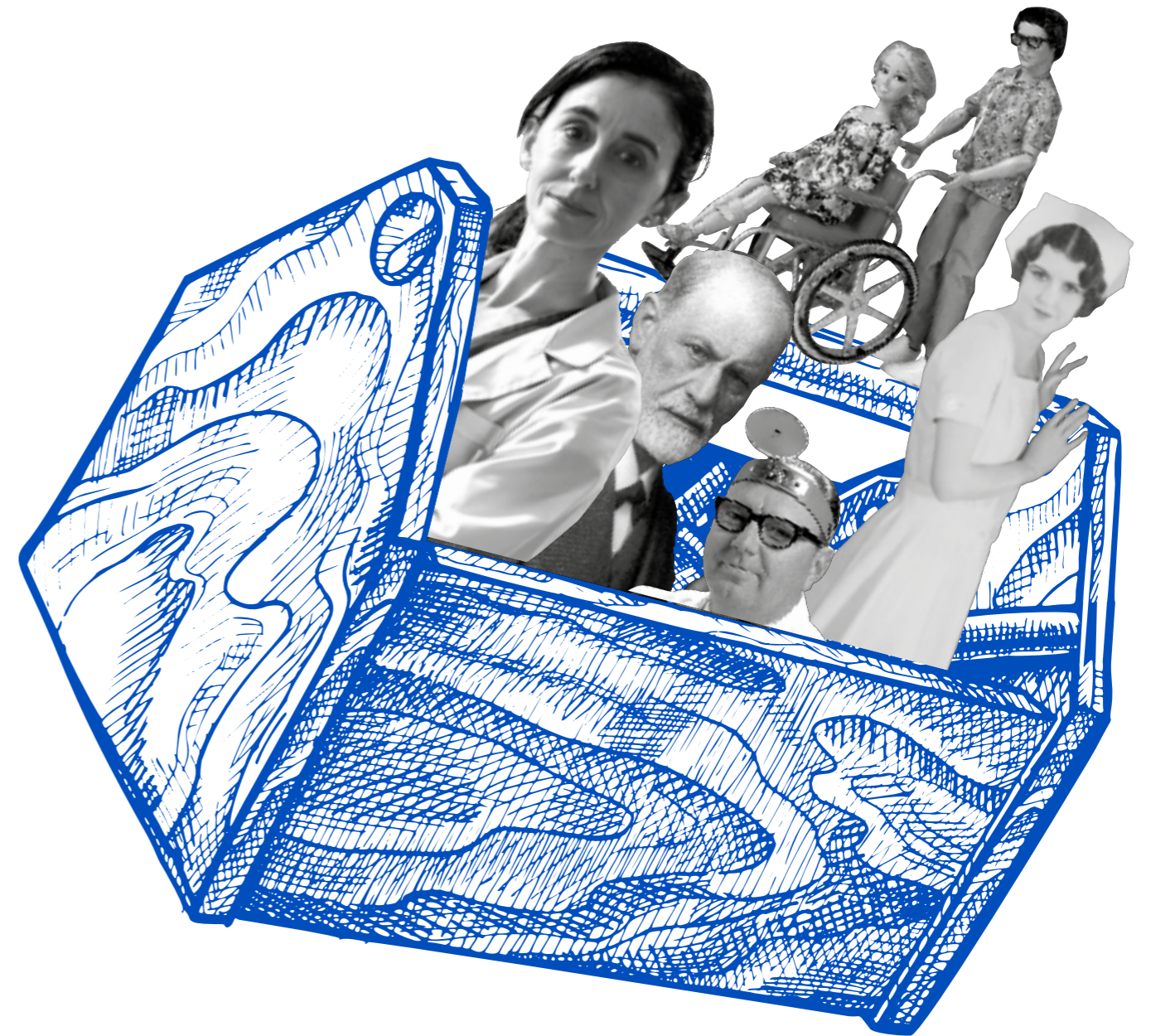
Des structures en autogestion

Bien que l'appellation « maison médicale » ne soit pas protégée, la Fédération a de son côté élaboré une série de critères d'adhésion afin de garantir l'accessibilité et la qualité des soins. Parmi ceux-ci, le travail « en équipe non hiérarchisée » et le fait d'être constitué en une asbl dont l'assemblée générale est majoritairement constituée des travailleurs de l'équipe. Choisi par les fondateurs des premières maisons médicales qui revendiquaient une organisation sans hiérarchie et une répartition égalitaire des revenus, le modèle autogestionnaire assure aussi la pluridisciplinarité et donc une meilleure prise en charge des patients.

Plus qu'un modèle rigide, il est aujourd'hui une philosophie, une culture de travail. Répartition égalitaire des revenus, organes d'administration composés de travailleurs uniquement, participation de patients à l'assemblée générale voire au conseil d'administration, systèmes de délégation de la gestion à une coordination : il existe autant de manières de décliner l'autogestion que de maisons médicales. Nécessitant une forte implication des travailleurs et l'apprentissage du partage du pouvoir, l'autogestion est cependant un modèle à repenser constamment.

9. Rapport standardisé, secteur des maisons médicales, INAMI, 2024.

10. Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2024-2026, avril 2024. Voir sur le site de l'Inami : <https://urlz.fr/sX37>.



Propos recueillis par *Marinette Mormont*.

La promo santé en maisons médicales : freins et leviers

Dès leur création, les maisons médicales inscrivent leurs pratiques de soins de première ligne dans la perspective, plus large, de la promotion de la santé. Quels facteurs favorisent ou freinent aujourd'hui le développement de la santé dans ces structures ? Le point de vue de Marie-Pascale Minet, infirmière, éducatrice en diabétologie à la maison médicale du Maelbeek (Etterbeek), et permanente politique à la Fédération des maisons médicales, où elle a la charge des dossiers promotion de la santé et santé communautaire.

Prospective Jeunesse : Comment sont nées les pratiques de promotion de la santé et de santé communautaire dans les maisons médicales ?

Marie-Pascale Minet : Mettre en place la promotion de la santé et la santé communautaire, être à l'écoute des besoins des patients-citoyens, c'était l'ADN des premières maisons médicales dans les quartiers pauvres à Bruxelles et en Wallonie. Dans les maisons médicales pionnières, de Liège à Tournai en passant par Bruxelles, on était des militants, on luttait contre un système libéral et inégalitaire. Ces maisons médicales sont apparues conjointement aux mouvements féministes à l'entame des années '70, dans

un contexte de lutte sociale. Les médecins de la maison médicale du Maelbeek allaient jouer au foot avec les patients, ils allaient ensemble récolter des pommes de terre « au champ », à la périphérie bruxelloise avec les familles d'une association de lutte contre la grande précarité. Soutenus par ces deux associations de quartier, des patients-citoyens qui vivaient dans des logements exigus ont interpellé les politiques locaux pour qu'on aménage des espaces de jeux pour leurs enfants. Les papas et les employés communaux ont alors transformé un terrain vague en plaine de jeux... Ces projets inédits ont donné aux personnes vivant dans la précarité une force incroyable : celle de pouvoir influencer leur environnement. Elles se sont senties écoutées et valorisées. La santé communautaire était déjà là, dans les maisons médicales, avant même qu'on la nomme et qu'on y fasse référence.

Comment définir la promotion de la santé en maison médicale ?

En promotion de la santé, on part des gens et de leurs besoins, explicites ou implicites. En santé communautaire, on va travailler le renforcement collectif pour qu'il agisse comme levier pour un mieux-être et une prise de pouvoir sur la santé individuelle et collective. Les populations elles-mêmes vont chercher les solutions à leurs problèmes avec l'appui des professionnels et des institutions. C'est la déclinaison collective de la promotion de la santé.

Qu'on soit médecin, kiné, accueillant, psy ou infirmier, parallèlement à l'approche biomédicale, il s'agit de prendre en compte tous les éléments (parcours et contexte de vie, environnement...) qui influencent la santé et, par notre manière de travailler, d'inviter la personne à prendre conscience des ressources qu'elle a en elle et autour d'elle. C'est donc aussi une question de posture : ne pas écraser les gens par son savoir et avoir en permanence conscience

Les médecins de la maison médicale du Maelbeek allaient jouer au foot avec les patients.

qu'on ne répond, avec nos compétences d'intervenant de la santé, qu'à une partie du problème, que des ressources sont à mobiliser ailleurs. C'est recevoir la personne dans sa globalité et sa complexité.

On peut aussi faire le lien avec la notion de santé positive et considérer la santé comme une ressource de la vie, un bien commun à préserver. Évidemment, aux yeux des soignants, les maladies émergent en premier : ils ne peuvent s'empêcher d'entrevoir les dégâts que provoquent l'obésité, l'hypertension, les problèmes cardio-vasculaires, de diabète, etc. et souhaitent y apporter une réponse à la hauteur de leurs compétences. Ces problèmes sont aussi la raison principale de la consultation pour les gens, en apparence du moins.

Sans y prendre garde, cela peut aboutir à des réponses socio-sanitaires très normées. Sans faire fi du savoir reconnu par la communauté scientifique, il est indispensable de prendre en compte les déterminants sociaux non médicaux de la santé. Mais cela demande du temps de questionner comment la personne vit ses journées, comment elle fait quand « ça ne va pas », en quoi son contexte de vie constitue une difficulté pour faire face au problème de santé.

Le modèle des maisons médicales favorise-t-il les pratiques de promotion de la santé ?

Le modèle des maisons médicales (pratique de groupe, interdisciplinarité, autogestion, accessibilité, solidarité...) est en soi un ma-

gnifique terreau pour développer cette approche de promotion de la santé. Et il existe autant de façons de la développer que de maisons médicales : chacune d'entre elles a sa manière de se gérer, de se financer et de développer ses projets en fonction de son histoire et du quartier dans lequel elle est implantée. Mais aujourd'hui, ce modèle, conçu dans les années septante et quatre-vingts, est mis à mal : il est bousculé par l'évolution de la société et par une conception du bien-être davantage tournée vers l'individu.

Quels sont donc les freins au développement de la promotion de la santé ?

Le contexte actuel (une succession de crises dont celle toute récente du Covid) fait que même des médecins hyper motivés sont pris dans une forme d'urgence médicale permanente. On pare au plus pressé. Sans parler de l'urgence sociale. On observe une imbrication des questions social-santé, en ce compris des enjeux de santé mentale. Avec la pénurie de médecins dans certains quartiers, cela devient compliqué. Si on brûle les étapes, si on veut que ça aille vite... ça ne marche pas. La prise en compte des déterminants sociaux et des contextes de vie, cela s'inscrit dans le temps long.

Il y a aussi une forme de fragilité de nos structures aujourd'hui, les travailleurs restent moins longtemps, le turnover est important : les liens de confiance avec les partenaires et les populations sont plus fragiles. Il faut alors recommencer les choses à chaque fois...

N'assiste-t-on pas aussi à une remédicalisation des questions liées à la santé ?

Créer une maison médicale dans les années 80', c'était adopter certaines postures contestataires (la lutte pour le droit à l'IVG, contre la grande précarité et l'illettrisme...), c'était faire le choix de se rapprocher des habitants dans les quartiers populaires : adopter

le tutoiement, laisser les gens s'exprimer sur ce qu'ils ressentent, les écouter et tenter de construire avec eux des réponses aux besoins. Cela a constitué la base de la prise en charge médicale, en tout cas au Maelbeek, parfois au détriment des principes de l'« evidence-based medicine ». C'était une époque où l'approche sociale prédominait, parce qu'elle avait manqué jusque-là.

Grâce aux progrès de la médecine, on arrive aujourd'hui à prévenir des maladies et des complications qu'on n'arrivait pas à gérer il y a 50 ans. Les jeunes médecins revendiquent cette approche scientifique qui est bien sûr pertinente et

nécessaire. De plus, pour l'immense majorité des personnes, la porte d'entrée de la maison médicale est la consultation, c'est-à-dire, la maladie ou le symptôme. Le médecin est le premier interlocuteur : il apporte une réponse médicale à un problème médical. À cette approche centrée sur l'observation clinique, il faudrait pouvoir associer celle qui prend en compte les ressources, le contexte de vie et l'environnement du patient.

Quelle est la place de la promotion de la santé dans les équipes ?

L'interdisciplinarité est un atout fondamental mais ne suffit pas. Dans certaines maisons médicales où il y a énormément de patients, cela devient difficile d'organiser des réunions de concertation pluridisciplinaires. Cela se fait plutôt en petit comité : entre médecin-infi, médecin-kiné-infi ou parfois en présence de l'assistante sociale. Mais ce qui manque encore davantage, ce sont les ponts avec les travailleurs de promotion de la santé. Ces deux approches doivent pouvoir converger à un moment donné. Des espaces de mise en commun entre curatif et non curatif sont plus que jamais à encourager dans nos équipes de première ligne de soin.

« On est peu à peu revenu dans des silos qu'on avait brisés. »

Les autorités politiques qui financent ces démarches doivent aussi être conscientes qu'il faut laisser le temps aux équipes de construire les liens et la confiance pour que cette philosophie imprègne les projets. Il faut pouvoir créer des moments d'échanges sur les problématiques qui se déversent largement dans les consultations et les visites à domicile, et les utiliser comme constats et révélateurs de besoins pour mener à bien les démarches en santé com-

munautaire. Pour faire émerger cette culture qui reste innovante, il faut des réunions et des formations, cela prend du temps. Et on est tous à courir après le temps.

La promotion de la santé est pourtant reconnue comme une fonction à part entière des maisons médicales...

Bien avant la reconnaissance officielle de la promotion de la santé, on essayait de faire valoir les bienfaits d'une médecine ouverte sur le quartier, proche des gens. Cela a fait l'objet de longues négociations politiques. Puis, petit à petit, ça s'est institutionnalisé. Des formations de spécialisation en santé communautaire ont vu le jour. On est peu à peu revenu dans des silos qu'on avait brisés.

Alors que la promotion de la santé est de plus en plus souvent évoquée dans les programmes politiques, aujourd'hui encore, elle n'occupe qu'une place marginale dans les cursus de formation de base d'un médecin généraliste ou d'une infirmière en soins généraux. La santé devrait être abordée de manière globale et positive dans toutes les formations du social et de la santé, dès les premières années. Il faudrait aussi pouvoir davantage s'allier avec d'autres sur un territoire, travailler en partenariat et en intersectorialité. Ces tendances font leur chemin, heureusement.

Prévention des assuétudes en maisons médicales : la promotion de la santé

est-elle soluble dans l'approche biomédicale ?



Céline Langendries, chargée de projet (Prospective Jeunesse)

Depuis 2023, une recherche-action coordonnée par Prospective Jeunesse est en cours afin de questionner les pratiques de prévention des assuétudes dans une approche de promotion de la santé en maisons médicales. Après une première année exploratoire qui a permis de tirer les premiers constats, des actions sont actuellement déployées au sein de trois maisons médicales partenaires.

Dans le cadre de l'évolution récente du secteur social-santé bruxellois, notamment avec la mise en place du Plan Social Santé Intégré¹, il apparaît essentiel aujourd'hui d'interroger l'articulation possible entre les différents acteurs de terrain, de confronter des cultures de travail sectorielles et de construire des communautés de pratiques entre acteurs. Plus spécifiquement, autour de la prévention des assuétudes, Prospective Jeunesse, en partenariat avec la Fédération des maisons médicales, souhaitait explorer la pertinence de renforcer les pratiques de prévention des assuétudes des professionnels des maisons médicales dans une approche de promotion de la santé.

Au départ de ce questionnement, un groupe de professionnels issus de sept maisons médicales bruxelloises composé d'infirmières, de médecins, d'un psychologue, d'une assistante sociale et d'une kinésithérapeute a été mis sur pied au début de l'année 2023. Lors d'une première phase exploratoire, ce groupe s'est réuni pour une série de sessions de travail et d'échanges autour de la construction d'une grammaire commune et de l'identification des enjeux à poursuivre au sein du secteur sur cette thématique.

Dans un deuxième temps, l'hypothèse suivante a été formulée et validée par ce groupe

1. Voir le Plan Social Santé Intégré 2022 : <https://www.brusselstakecare.be>.

de travail : renforcer les principes de la promotion de la santé dans un plan global de prévention des assuétudes permettrait d'améliorer les pratiques en maisons médicales et d'éviter d'intervenir uniquement lorsque des usages problématiques sont déjà installés. Si le renforcement de la promotion de la santé dans les pratiques de prévention des assuétudes est un travail sur le long terme, dépassant le cadre de la recherche-action, trois maisons médicales bruxelloises ont accepté de mettre en place, tout au long de l'année 2024, une première action dans ce cadre, accompagnées par Prospective Jeunesse.

Premiers constats

L'un des premiers constats formulés au terme de la phase exploratoire de la recherche a mis en évidence le fait que, si toutes les maisons médicales participantes proposaient une série d'activités de santé communautaire telles que des ateliers d'apprentissage du vélo, des « cafés-papote », des ateliers de cuisine, des promenades nature... aucune de ces activités n'était identifiée d'emblée comme une action ayant potentiellement un effet préventif direct ou indirect en matière d'assuétudes. En outre, à travers les récits des situations vécues en maisons médicales, il est apparu au fil des sessions que les professionnels s'appuyaient peu – voire pas du tout – sur l'offre d'activités collectives dans leur approche des problèmes d'assuétudes. Or, si les maisons

médicales offrent une série d'opportunités de soins globaux intégrés dans le collectif, elles ne s'en saisissent pas nécessairement dans le suivi des patients, à tout le moins dans le cadre des situations rapportées par les participants au groupe de travail.

Un autre constat découlant directement de l'état des lieux des actions de prévention des assuétudes, fut celui de la multiplicité des actions concentrées aux niveaux de la prévention spécifique et curative², sans pour autant que ces actions s'articulent les unes avec les autres dans une stratégie globale et cohérente de prévention des assuétudes.

Enfin, le processus exploratoire a permis

Un sentiment ambivalent entre l'épuisement et l'enthousiasme ressentis globalement par les professionnels par rapport aux démarches de promotion de la santé.

de relever un sentiment ambivalent entre l'épuisement et l'enthousiasme ressentis globalement par les professionnels par rapport aux démarches de promotion de la santé. En outre, bien que certaines activités soient développées dans le cadre des objectifs de promotion de la santé au sein des maisons médicales, le concept reste flou lorsqu'il s'agit de s'éloigner des actions de santé communautaire pour, par exemple, prendre en considération les inégalités sociales de santé ou favoriser la participation des patients en amont dans les projets. Le manque de temps des équipes soignantes prises dans l'urgence des soins, l'articulation parfois complexe entre une approche biomédicale centrée sur le symptôme à traiter et la promotion de la santé qui défend une approche globale³ et la difficulté

2. Selon le modèle pyramide développé par J. Declerck, De preventiepyramide. Preventie van probleemgedrag in het onderwijs, Acco, 2011.

3. Prospective Jeunesse co-organise une journée d'échanges autour de la question « Social-Santé

de mesurer l'impact direct des actions de promotion de la santé ont été maintes fois évoqués dans le cadre de la recherche.

Un guide d'autoévaluation

Face à ces premiers constats, l'un des outils adaptés spécifiquement lors de cette phase exploratoire visait à faciliter la prise en considération de certains concepts-clés de la promotion de la santé dans les actions de prévention menées en maisons médicales. Le guide d'auto-évaluation, co-construit avec les participants tout au long de la première année⁴, est divisé en trois chapitres : l'approche globale et positive de la santé, la participation des publics et la dynamique organisationnelle au sein des maisons médicales. Il s'agissait ici de mettre les répondants dans une posture réflexive sur les pratiques, tout en invitant à formuler des perspectives d'améliorations dans le cadre de leurs actions.

Croisée avec l'état des lieux des actions de prévention des assuétudes menées au sein des maisons médicales participantes, la démarche a permis à ces dernières de choisir une action de prévention des assuétudes dans une approche de promotion de la santé à mettre en œuvre.

Et ensuite ?

Les maisons médicales du Noyer (Schaerbeek), du Goéland (Uccle-Linkebeek) et ASASO (Saint-Gilles) ont accepté de se mettre en action dans le cadre de la recherche tout au long de l'année 2024. Accompagnée par Prospective Jeunesse, chaque maison médicale partenaire a constitué un sous-groupe de travail qui s'est réuni à plusieurs reprises

pour déterminer une action de prévention des assuétudes en promotion de la santé au sein de leur structure dans un processus plus ou moins long selon les groupes.

En ont résulté trois actions très différentes. Pour l'une, il s'agissait d'organiser une formation proposée à l'équipe sur la façon d'entrer en dialogue autour des assuétudes avec les patients, avec un focus spécifique autour de la non-demande : que faire quand un patient présente les signes d'un usage problématique sans pour autant formuler une demande d'accompagnement spécifique aux soignants ? Dans la seconde, l'action vise à mettre sur pied une campagne de prévention alcool avec un double objectif : redonner du sens aux campagnes mensuelles de prévention alcool et soutenir une réflexion et une vision communes au sein de l'équipe. Enfin, la troisième a choisi d'organiser une formation pour l'équipe autour des usages problématiques des écrans afin de mener dans les prochains mois une campagne préventive sur ce thème.

Conclusions à venir

Si la seconde phase de la recherche-action n'est pas encore finalisée, empêchant à ce stade de tirer des conclusions validées par l'ensemble des participants, nous pouvons toutefois pointer certaines observations permettant de renforcer les constats de la phase exploratoire.

Parmi ceux-ci, le choix de la non-décentralisation des actions de prévention est parlant. En effet, toutes les actions choisies par les maisons médicales partenaires se situent à un niveau de prévention spécifique⁵, c'est-à-dire des mesures pour lesquelles tant l'analyse que la réponse apportée sont centrées sur le problème. Elles visent à prévenir ou limiter le

problème identifié, elles ont donc une orientation dite *négative* dans le sens où elles visent à *empêcher, limiter, lutter contre...* Pourtant, d'autres types d'actions ont été évoquées. Il a par exemple été envisagé de mettre sur pied un projet de patients-partenaires où le soignant est centré sur les objectifs de vie du patient et le vécu de celui-ci par rapport à son assuétude, de créer des alternatives variées aux comportements problématiques, d'axer sur les motivations aux changements tout en incluant le contexte de vie...

Un autre point concerne l'absence des bénéficiaires comme partie prenante de l'action. En effet, aucune maison médicale n'a fait le choix d'impliquer les patients dès le départ de l'action. Or, ce choix nous semble constituer un réel frein au développement du « pouvoir d'agir » (ou *empowerment*) des patients dans les actions de prévention des assuétudes, pensées pour eux par d'autres. La réponse à ces questions est systématiquement formulée de la sorte : comment faire de la prévention chez nos patients si nous ne sommes pas au clair entre nous, si nous ne sommes pas outillés pour répondre à leurs questions ? Empêchant alors toute réflexion au départ des publics finaux concernés par les actions menées, les soignants gardent la main sur une forme de « savoir », poursuivant de la sorte un modèle bien ancré dans notre système de santé malgré une réelle volonté de changer de modèle⁶. Il reste une étape cruciale dans le déroulement de cette recherche-action,

à savoir la phase de mise en commun entre tous les partenaires des observations et conclusions. Les points repris ci-dessus y seront discutés, d'autres seront validés ou modifiés. Un rapport détaillé, actuellement en cours d'élaboration, reprendra l'ensemble des conclusions de cette recherche-action. À suivre donc...

6. Voir l'article de Damien Favresse dans le présent numéro.

Toutes les actions choisies par les maisons médicales partenaires se situent à un niveau de prévention spécifique.

et Promotion de la Santé : comment concilier les pratiques ? » le 26 novembre au Parlement bruxellois.

4. Adapté du guide d'autoévaluation (Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ?) coordonné par l'Agence nationale de santé publique en France, septembre 2009, <https://irepsna.org>.

5. Selon J. Declerck, *op. cit.*

Propos recueillis par *Marinette Mormont*

Laura Lozano, Le Noyer et les assuétudes

Laura Lozano est depuis 2020 infirmière à la maison médicale Le Noyer, dans le quartier Dailly à Schaerbeek. Elle revient sur ce qui a motivé sa participation

à la recherche-action. Aborder les questions de consommation et d'addiction par le biais de la promotion de la santé est, pour elle, une manière d'interroger les approches souvent très sanitaires et normées à l'égard des personnes consommatrices.

Au sein de notre population, dans le quartier Dailly, on a peu de toxicomanie de drogues injectables, mais énormément d'alcool, de tabac et de cannabis. On a aussi quelques soucis avec les benzos, de même qu'on est en réflexion par rapport au Lyrica (prégabaline). On se pose pas mal de questions par rapport aux ordonnances un peu automatiques, parmi lesquelles il y a souvent des opiacés prescrits de manière un peu inconsidérée. On a l'impression qu'il y a à la fois un manque de prudence de la part des chirurgiens et un manque de connaissances de la population, qui a tendance à faire confiance en se disant : « C'est une prescription médicale, ça ne peut pas faire de mal ». Pas mal de mes collègues sont aussi interpellés par rapport à d'autres

formes d'assuétudes, au sucre par exemple, avec des *craving* liés à l'alimentation.

On s'est rendu compte, dans notre maison médicale, qu'on travaillait beaucoup la problématique des assuétudes en individuel dans les consultations, via des accompagnements de dépendances déjà installées, mais qu'en termes de prévention, on était un peu faiblards, même si des actions avaient déjà été menées autour du tabac et des écrans. Au moment du redémarrage post-covid, on s'est posé cette question : sur quoi se penche-t-on ? Étant donné que notre DEQ (démarche d'évaluation qualitative) était centrée sur la santé mentale, quand la proposition de Prospective Jeunesse est arrivée, on s'est dit que ça rentrait bien dans ce cadre.

Personnellement, je trouve aussi qu'on a souvent tendance à évoquer les questions de consommation d'une manière hyper-sanitaire et qui ne me semble pas avoir d'écho auprès des personnes qui consomment. Cela m'intéressait de voir comment faire de la promo santé qui ne soit ni trop spartiate, ni trop sanitaire, et qui puisse inclure la compréhension de la recherche de plaisir. Ce sont un peu tous ces éléments qui m'ont motivée à prendre part au projet.

Santé communautaire : attention à la confidentialité

Travailler sur les assuétudes, on le faisait, mais pas avec cette approche de santé communautaire ni en impliquant les publics dans toutes les étapes. De manière plus générale, c'est un



point que nous devons améliorer et qui est en évolution : on a quelques ateliers mis en place à l'initiative de patients (cuisine, couture) et qui sont gérés en autonomie. Mais cela reste difficile, et cela l'est encore plus pour ces questions-là. Il y a tout de même ce point de délicatesse à avoir : si tu t'impliques comme patient, tu t'affiches comme consommateur ; c'est plus difficile que de dire : « J'ai des douleurs chroniques ». Organiser des groupes de pair-aidance en assuétudes, c'est donc compliqué dans un endroit où on fait de la médecine de famille. Si tu débarques le mercredi après-midi pour ton "groupe assuétudes" et que ta sœur est là avec ses enfants pour des vaccins, c'est un peu délicat. Dans un lieu spécialisé, c'est plus confidentiel. Dans nos consultations, cette confidentialité est présente, mais dans les activités, c'est plus difficile à mettre en place.

Il y a bien cette idée selon laquelle si tu fais des activités de santé communautaire pour une population générale, comme une activité vélo par exemple, ça fait ricochet et prévention assuétudes. Mais je trouve que le lien de cause à effet reste un peu nébuleux...

Rencontres itinérantes, échanges de pratiques

La première année de la recherche, il y a eu cette proposition de faire des rencontres itinérantes où on allait chaque fois dans une des maisons médicales impliquées dans le projet. Cela a été très riche en termes de travail de réseau et de partage de pratiques. C'était aussi instructif de voir, au sein d'une même ville, les différences populationnelles qu'il peut y avoir de quartier à quartier.

Cela a été super intéressant d'avoir un psy dans les échanges et de voir de quelle manière il était impliqué dans les accompagnements au sein de sa maison médicale. Au Noyer, on était en questionnement par rapport au fait d'engager un psy. Depuis, nous avons un psy qui a commencé la semaine passée. Ces échanges ont participé à notre décision.

Autre élément, une des maisons médicales avait mis un focus sur les écrans. C'était le cheval de bataille de l'un des médecins. En consultation, je n'ai pas encore du tout le réflexe de penser à ça. Quand je fais les anamnèses des nouveaux patients, je passe au crible les types d'addictions possibles mais je ne pensais jamais aux écrans. Cela a permis de ramener cette question dans mes points d'attention. Tout cela chemine : ne faudrait-il pas intégrer tout cela de manière un peu plus systématique ?

Des accompagnements plus transversaux

Dans le modèle, une ou deux personnes par maison médicale devaient relayer les éléments de la recherche vers leur équipe. Le fait que ce soit un projet au long cours, sur une année, ça a permis d'accrocher l'équipe petit à petit, sans l'effrayer. Puis d'embrayer pour une deuxième année. Aujourd'hui, cinq travailleurs participent au projet : trois médecins, dont une qui représente la promotion de la santé, une assistante sociale et moi. Notre implication dans cette recherche-action a mis ces questions plus au centre de l'attention au sein de toute l'équipe. Il y a eu des recherches d'information, de formations, et un investissement plus important et de manière plus pluridisciplinaire en consultation. Si une personne est en bagarre avec des problèmes d'addictions, on essaye de mettre en place des accompagnements plus transversaux. Je fais aussi des consultations de sevrage tabac. Et on avait eu, auparavant, une formation de l'équipe sur l'entretien motivationnel, cela a permis de faire un rappel précieux.

Parfois, tu es étonnée de ce qui sort de ta propre bouche

Nous avons travaillé la question des représentations avec des exercices où il fallait défendre des postures. Tout ce travail pour sortir de nos fonctionnements automatiques et questionner nos croyances a été très

enrichissant. La seconde année, nous avons donc souhaité prolonger la réflexion via une formation de l'équipe, qui est en cours, avec une attention portée sur ces représentations. C'est fondamental. C'est un sujet sur lequel tout le monde a des opinions, des croyances. Il faut pouvoir défricher cela. Parfois, tu es étonnée de ce que dit ton voisin, parfois tu es étonnée de ce qui sort de ta propre bouche.

Un truc rigolo, c'est de voir les différences entre les générations. Je suis de celle qui a été traumatisée par l'image des ravages de l'héroïne et du sida. Aujourd'hui, il y a un abord plus détendu par rapport à cela, la problématique est moins aiguë. En fonction des générations, on ne se focalise pas sur les mêmes choses. Et ce n'est pas parce qu'on vient du même métier qu'on a les mêmes cadres de référence. Rien que ce travail sur les représentations, c'est déjà beaucoup. Il faut du temps pour métaboliser. C'est la raison pour laquelle je pense qu'il est plus facile de travailler sur les addictions iatrogènes, comme celles liées aux opiacés ou aux benzos, parce qu'elles ne s'inscrivent pas dans un contexte culturel, ce sont des produits prescrits par les médecins. Le cannabis, l'alcool, ce sont des liants sociaux. Et l'alcool, il y a une telle normalité dans son usage, cela semble compliqué de s'y attaquer.

On réfléchit aussi à la question de la non-demande, un des éléments autour duquel on tourne beaucoup. Si quelqu'un consomme et ne demande rien, qu'est-ce qu'on fait avec ça ? Dans les pistes, on questionne pas mal l'anamnèse, avec cette idée qu'il y a un sous-diagnostic de certaines populations. J'ai été à la présentation d'Eurotox sur les habitudes de consommation en Région bruxelloise, il en ressortait que certains publics passent complètement sous les radars. Typiquement, les femmes sont sous-diagnostiquées. Il faut donc questionner ce qui, dans nos représentations, peut faire qu'on passe à côté. À nouveau, on n'est pas vraiment dans de la prévention, mais davantage dans la détection.

Propos recueillis par *Marinette Mormont*.

Nathan Walzer : « Construire une vision globale »

Depuis quatre ans, Nathan Walzer est psychologue conventionné de première ligne à la maison médicale Le Goéland, à Linkebeek. Il y reçoit des ados, des adultes et des personnes âgées, principalement pour des problématiques liées au stress, à l'anxiété mais aussi aux dépendances. Les problématiques d'addiction, il y avait déjà été confronté à plusieurs reprises durant son parcours professionnel : un stage en alcoologie à Saint-Luc, un autre en milieu résidentiel, un projet de recherche en addictologie à l'UCL. Quand il entend parler du projet de recherche-action autour de la prévention des assuétudes en maison médicale, il monte à bord avec enthousiasme et soutenu par son équipe. Il témoigne de sa participation au projet.

Chaque travailleur y est confronté tôt ou tard

Au regard d'autres maisons médicales, la problématique des assuétudes est moins prégnante ici au Goéland. Mais elle se pose de toute façon. On a des patients consommateurs, même si cela reste peu visible. En consultation, des choses sont déposées ; les infirmières qui passent à domicile observent des choses, les kinés aussi. Tous les jours, on rencontre des personnes touchées par ces « problématiques ». Chaque travailleur y est confronté tôt ou tard, de près ou de loin, que ce soit avec ou sans substances (écrans, sucre, comportements alimentaires).

Je mets des guillemets à « problématique » parce que c'est un des enjeux des maisons médicales, de la première ligne et du groupe de recherche-action : accompagner la personne avant que ça ne devienne problématique. Or, on ne réfléchit peut-être pas suffisamment à ces questions : quand est-ce que ça devient un problème ? Que pense-t-on d'un patient qui consomme ? Qu'offre-t-on comme réponses aux besoins en lien avec cette problématique ? Que fait-on si ce n'est pas encore une problématique mais qu'on veut éviter que ça en devienne une ? Jusqu'à présent, il n'y a pas de projet bien clair dans notre maison médicale. On n'avait pas, et on n'a toujours pas de vision commune, globale. Je participe aux réunions MKI (médecins-kinés-infirmières), où on échange autour de cas cliniques. On peut discuter de ces thématiques, mais il n'y a pas vraiment de façon élaborée de répondre aux

besoins qui y sont liés. On sera amenés à formaliser cela et la participation à ce groupe de travail a déjà fait bouger certaines choses.

Davantage dans des mesures curatives

On participe aux grandes campagnes de prévention, comme la Tournée minérale. On aborde donc aussi ces sujets de cette manière-là. Mais est-ce qu'on le fait bien ?



Est-ce que cela a du sens ? Est-ce qu'on fait de la promotion à la santé ? Est-ce que ce ne sont pas des mesures de façade ? On met des affiches, et on a fait notre boulot...

L'idée, avec ce groupe de travail, c'était de faire un état des lieux de nos actions, de ce qu'on fait bien (parce qu'on fait aussi plein de choses super bien) ou moins bien.

On a travaillé à partir de la pyramide de la prévention pour voir où se situaient nos pratiques. On a tendance à beaucoup alimenter le degré supérieur de la pyramide, donc les actions très centrées sur la problématique. Par exemple, j'anime depuis deux ans un "groupe tabac". Si on y réfléchit, il s'adresse à des personnes qui fument depuis trente ans, qui ont 50-60 ans, on n'est pas vraiment dans la prévention. On est davantage dans des mesures curatives, c'est-à-dire qu'on essaie de s'occuper du problème une fois qu'il est très installé. Bien sûr, on réalise aussi des actions qui se situent plus bas dans la pyramide, par exemple des activités de marche, yoga, sophrologie, gym douce. Là, on est plus dans de la prévention primaire. On a donc réalisé cet état des lieux, cet inventaire de nos actions, puis on s'est penché sur la question de l'évaluation en promotion de la santé. Après avoir travaillé à partir de ces deux grilles de lecture, des questions fondamentales se sont posées : quel est notre rôle en termes de prévention des assuétudes ? Jusqu'où veut-on aller ? Quelles sont nos ressources et nos limites ?

Santé communautaire : susciter des facteurs protecteurs

J'ai parfois donné l'exemple de cette patiente que je suis en consultation et qui consomme de l'alcool, un peu trop selon elle, et qui me dit : « Moi, quand je vais au jour de marche, et bien ce jour-là, je consomme beaucoup moins et beaucoup plus tard. » Avec des activités comme la marche, on est effectivement sur des propositions en lien avec le bien-être de la communauté de patients.

On ne parle pas d'alcool, on ne répond pas à une problématique directement en lien avec l'alcool, mais cela augmente la capacité de sortir de l'isolement, d'être en lien, de bouger, et pour des personnes qui sont dans la problématique, cela peut être un facteur protecteur. Pouvoir faire ce lien, c'est déjà un peu démêler la question. Ce qui avait attiré mon attention, c'est que plus on se situe dans des mesures préventives, moins le niveau de spécialisation en assuétudes est requis. C'est là-dessus qu'on a, en première ligne, un beau rôle à jouer. C'est une manière, aussi, de se décentrer du produit. Voir ce qui, dans notre action globale, répond aux enjeux de l'accompagnement des personnes (potentiellement) consommatrices, cela fait vraiment partie des objectifs de cette recherche-action.

Une action à implémenter

La première année, on était vraiment dans de la réflexion. Pour la seconde année, nous avons choisi une action à construire et implémenter. Nous avons formé une sorte de délégation de quatre acceptée par l'équipe qui est accompagnée par Prospective Jeunesse une fois par mois. On a choisi l'action Tournée minérale, ou plutôt la campagne alcool. L'idée c'est de voir si on fait autre chose à partir de là, par exemple en ne restant pas uniquement cantonnés à cette idée d'abstinence pendant un mois, mais peut-être en menant aussi d'autres actions dans le courant de l'année. On est en train de réfléchir autour de ça. Mais on doit d'abord s'occuper de l'équipe, augmenter notre niveau de connaissances et nous construire une vision globale : peut-on implémenter des mesures si nous ne sommes pas tous plus ou moins d'accord sur le rôle qu'on veut jouer et les ressources qu'on veut y mettre ?

Trouver comment faire les choses ensemble

L'idée, c'était de faire régulièrement des allers-retours avec l'équipe. Ce n'était pas évident au début : le temps est très limité, même avec une équipe ouverte et motivée. Puis il y a eu une journée de synthèse en

novembre dernier à laquelle j'ai emmené quatre de mes collègues ; trois d'entre elles ont intégré le projet. Aujourd'hui, l'équipe est tout juste en train de concevoir qu'on s'engage dans la réflexion et l'action. L'action est déjà en marche puisqu'on en discute. Mais c'est un peu tôt pour en tirer des conclusions. Cela doit infuser. L'autre fois, je passe avec mon sandwich : à la suite d'une réunion, on avait laissé aux murs des affiches avec des messages de prévention alcool. Il y en avait une, qu'on considérait comme bonne, dont le message fait savoir qu'il est moins dangereux de boire une fois qu'on a l'estomac rempli. C'est une manière d'aborder les choses sous un angle de prévention des risques. Cela a interpellé un de mes collègues médecins. Je comprends que cela puisse susciter une interrogation, qu'on n'adhère pas tout à fait à l'idée. Ce n'est pas tant la réponse mais le questionnement en équipe qui importe, afin de trouver comment on veut faire les choses ensemble.

S'évaluer en promo santé

Je pense qu'une des limites, ou en tout cas quelque chose qui ne me semble pas si évident, c'est la question des effets : si on décide qu'on va investir ces ressources-là, comment pourra-t-on en percevoir les bénéfices ? À ce sujet-là, je suis en questionnement et je pense que mon équipe pourrait l'être aussi. Quelque part, j'adhère beaucoup à ces idées et en même temps, j'ai un esprit scientifique ayant besoin de preuves. L'idée, ce n'est pas forcément de voir qu'on est passé de 30 à 15% de consommateurs, c'est beaucoup plus subtil et indirect : il s'agit plutôt de voir comment on peut augmenter la qualité de vie de nos patients. Le travail à partir du guide d'évaluation en promo santé sera utile : on part des assuétudes mais avec des outils beaucoup plus transversaux, qui pourront être utilisés pour d'autres thématiques, elles-mêmes inévitablement en lien avec les assuétudes. Cela répond à des enjeux de santé globale. La boucle est bouclée...

Propos recueillis par Marinette Mormont

Prévention des assuétudes en médecine générale : du chemin à parcourir

Les démarches de prévention des mésusages de substances psychoactives sont encore trop peu menées en médecine générale. Comment favoriser davantage ces pratiques ? Points de vue croisés de Thierry Wathelet (service Patchwork), Éric Paquet (Société scientifique de médecine générale, SSMG) et Sylvie Cassiers, Alexandra Al Haffar et Roxane Nikkhal (Résad).

Juin 2024, la cellule Alcool de la Société scientifique de médecine générale (SSMG) et le Réseau Alto (mouvement de soutien des soignants dans l'accompagnement de patients présentant des addictions) lançaient une étude sur la prévention des troubles liés à l'usage d'alcool en médecine générale. L'étude, dont les résultats ne sont pas encore connus, vise à identifier les pratiques des médecins généralistes en matière de dépistage de ces troubles (consommations à risques, nocives ou dépendances) et, tout simplement, à savoir si les médecins sont « à l'aise avec la question de la consommation d'alcool de leurs patients et s'ils ont des réponses à leur proposer », explique Éric Paquet, de la cellule alcool de la SSMG.

Deux enquêtes relativement similaires avaient été réalisées auparavant, l'une en 2012 et l'autre en 2018. Elles avaient toutes deux mis en avant le fait que seule la moitié des médecins généralistes posait à leurs patients la question de leur consommation d'alcool et qu'environ la moitié (51 % en 2012, 45 % en 2018) ne se sentait pas à l'aise pour aborder ces questions. « Ça n'a pas vraiment évolué entre les deux enquêtes, commente Éric Paquet. La différence lors de la seconde enquête, c'est que les médecins qui posaient la question à leurs patients avaient davantage de réponses et d'outils par rapport à cette problématique, comme l'intervention brève et l'entretien motivationnel. »

Parmi les autres éléments mis en avant par l'édition de 2018 : le fait que 9% des médecins ne connaissaient alors pas les seuils de consommation recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et que 46 % n'étaient pas au fait des recommandations du Conseil supérieur de la Santé (CSS). « C'est notamment une des missions de la cellule alcool de la SSMG que de familiariser les médecins généralistes au repérage précoce des mésusages d'alcool et à leur prise en charge, au travers de webinaires, d'ateliers, des Dodécagroupes¹ et des Glems², des 'Grandes Journées SSMG', etc. », précise le responsable de la cellule alcool.

Les mêmes constats remontent d'une étude menée à plus petite échelle dans le Brabant wallon : les médecins y sont bien conscients des effets néfastes de la consommation d'alcool, mais seuls 30 % d'entre eux réalisent un dépistage systématique. « L'encodage dans les dossiers se fait de façon très subjective », explicite Thierry Wathelet, ancien médecin généraliste à la maison médicale Espace Santé (Ottignies), aujourd'hui directeur médical du service Patchwork (service spécialisé d'accompagnement et de prévention pour les assuétudes à l'alcool) et coordi-

1. Le Dodécagroupe est un groupe fermé d'environ 12 médecins se réunissant en moyenne dix fois par an, autour de leur animateur, pour aborder un sujet médical selon une optique essentiellement pratique.

2. Les Glems sont des groupe de pairs, médecins ou pharmaciens biologistes, qui partagent et évaluent de manière critique leurs pratiques médicales (peer review) pour promouvoir la qualité des soins.



nateur du réseau assuétudes du Brabant wallon. « Souvent, ce qu'on retrouve dans les dossiers, c'est une croix, deux croix, trois croix. L'encodage dépend d'un soignant à l'autre et est fonction des représentations de chacun. Il faudrait que les prestataires soient suffisamment armés et qu'on mette en place des critères d'encodage clairs. »

Les raisons pour lesquelles les médecins généralistes éprouvent des difficultés à aborder les questions de consommation sont diverses. Manque de temps dans un contexte de pénurie de soignants, manque de formation, inconfort en termes de réponses à proposer, mais aussi caractère « embarrassant » de la problématique : « C'est un sujet touchy, gênant. Quelque part, les médecins attendent que le patient en parle de lui-même, mais quand la question émerge, c'est souvent trop tard », décrypte Thierry Wathelet.

Consommations festives : favoriser le dialogue

Si les médecins généralistes demeurent démunis face aux questions liées à la consommation d'alcool de leurs patients, ils le sont encore davantage face à celle de substances illégales. Les expériences en cabinet médical autour de ces questions ne sont d'ailleurs « pas forcément les meilleures rencontres cliniques et thérapeutiques, que ce soit pour les consommateurs ou les médecins », résume Sylvie Cassiers, Alexandra Al Haffar et Roxane Nikkiah, du Résad, Réseau pluridisciplinaire d'accompagnement et de soutien aux problématiques d'addictions. C'est pour cette raison que le Résad, qui accompagne et forme les soignants de la première ligne de soins non spécialisés sur ces questions, a lancé un projet en partenariat avec Modus-Fiesta, dont l'un des volets est la création d'un outil pour faciliter le dialogue entre médecins généralistes et consommateurs récréatifs. « Modus Fiesta est parti du

constat selon lequel ses jobistes (consommateurs de drogues récréatives qui ont suivi une formation dans une dynamique de prévention par les pairs), quand ils avaient un besoin ou un souhait d'accompagnement psycho-médico-social, étaient systématiquement dirigés vers les services à bas seuil d'accès où ils ne se reconnaissaient pas, ne trouvaient pas leur place et desquels ils désertaient. On perdait alors leur trace », retracent les coordinatrices du projet.

Il s'agit donc d'inverser la tendance, en favorisant l'inscription de ces publics consommateurs en demande d'accompagnement psycho-médico-social au sein de la première ligne, en médecine générale ou dans les services d'accueil psycho-médico-sociaux. « L'idée, c'est de pouvoir contourner le système autoroute qui était mis en place jusqu'ici. » Pour mener à bien le projet, des focus groups ont été organisés, rassemblant des consommateurs festifs et des médecins généralistes, afin de recueillir les vécus, expériences et questionnements de chacun autour de la relation patient / médecin. « Nous avons travaillé sur leurs représentations mutuelles afin de pouvoir les faire se rencontrer. »

Ce qui en est ressorti ? Chez les consommateurs, on retrouve la peur du jugement, celle d'être poussé à tout prix vers l'abstinence ou encore la possibilité que le médecin parle de leur consommation à leur famille. Ils ont pointé la nécessité d'instaurer une relation de confiance et de qualité, ainsi que celle de respecter le secret professionnel. « Pas mal de personnes ont moins de 25 ans, dont certains et certaines étaient jusqu'il y a peu chez le médecin traitant de la famille, ce qui peut poser des questions en termes

de secret professionnel. » Ils ont aussi émis l'idée d'exposer, dans les salles d'attente, des « signes distinctifs », « qui pourraient permettre de savoir qu'on est dans le bon endroit où s'adresser par rapport à ces questions-là ». De leur côté, les médecins généralistes ont mis en lumière leur manque de formation et de connaissances théoriques. « Il y a tout un travail de réassurance à faire avec elles et eux en leur disant qu'on ne peut pas connaître sur le bout des doigts tous les produits, tous leurs effets et interactions. Finalement, le produit, ce n'est pas vraiment la question. »

De l'ensemble des discussions a émergé l'idée d'une brochure destinée tant aux médecins qu'aux consommateurs festifs. Celle-ci ne se présente pas comme un guide de bonnes pratiques, mais plutôt comme un outil qui suscite le questionnement, la réflexion. Le feuillet rappelle quelques fondamentaux : la majorité des consommations ne sont pas problématiques ; il est préférable de parler davantage d'usage doux ou dur que de drogue douce ou dure ; la peur n'est pas un moteur de changement. Il met l'accent sur les difficultés des patients à évoquer leur consommation, ces barrières étant plus importantes chez les femmes que chez les hommes. La brochure questionne aussi le moment opportun pour évoquer les questions de consommation en consultation (la première rencontre, un check-up, le diagnostic d'un symptôme particulier ?) et renvoie vers des outils³ et

3. Par exemple, le « Tableau des mélanges », de Modus Vivendi, qui répertorie les molécules les plus consommées par classes de produits (déprimeurs, stimulants, perturbateurs, analgésiques, dissociatifs, antidépresseurs) et leurs interactions avec les autres produits (<https://modusvivendi-be.org/brochure/tableau-des-melanges/>) ; le combi-checker (<https://combi-checker.ch/>), qui permet également, en ligne, de vérifier les effets de la combinaison de

coordonnées de structures spécialisées auxquelles se référer. Un volet « confidentialité », « court mais percutant », rappelle enfin les droits des patients et les devoirs du médecin.

En cours de finalisation, la brochure sera diffusée tous azimuts et présentée lors de l'une des soirées thématiques que le Résad organise à l'attention des soignants. « Nous espérons qu'elle sera l'objet de départ de discussions avec les médecins généralistes. Le but, c'est qu'ils soient un peu plus à l'aise de discuter de consommations avec les patients. À nos yeux, cet outil n'a pas forcément pour objectif la prévention de la consommation, mais plutôt d'une consommation qui pourrait dérapier, être considérée comme débordante ou qui prend trop de place », précisent les travailleuses du Résad.

Prévention versus promotion de la santé

Débanaliser ou retarder une consommation, prévenir une consommation à risque, détecter une situation problématique ou de dépendance et en réduire les risques : la prévention se situe à plusieurs étages. « Le médecin généraliste a un rôle à jouer vis-à-vis des consommateurs potentiels, notamment les jeunes, illustre Éric Paquet. Avec une difficulté : les jeunes sont généralement en bonne santé. Ils viennent chez le médecin parfois seulement une fois par an, par exemple pour un certificat de bonne santé en vue d'une pratique sportive. C'est un moment dont les médecins pourraient se saisir pour se renseigner sur la qualité de vie de l'adolescent, à l'école et à la maison, sur la possibilité d'une consommation. C'est potentiellement l'occasion d'informer sur les risques liés à cette consommation. »

deux substances, qu'elles soient légales ou pas ; ou encore une fiche ressource développée par le Résad à destination des médecins généralistes.



Si l'action du médecin généraliste doit concerner chacun des niveaux de (non) consommation, son intervention se concentrera surtout « dans toute la zone au milieu », estime de son côté Thierry Wathelet : « Les gens ne sont pas des saucissons. De la même manière qu'il y a un continuum dans l'entrée dans la maladie, il y a un continuum dans le type de prise en charge qu'on réalise. Et comme un très grand nombre de personnes se situent au début du continuum, c'est là qu'il est intéressant de faire de la prévention. »

« Pour faire de la prévention, il ne suffit pas de poser la question de la consommation, il faut interroger sa fonction, poursuit-il. Cela prend du temps. Il ne s'agit pas uniquement de faire disparaître ce symptôme, mais de faire de la promotion de la santé en travaillant sur la santé comme bien-être physique, mental, social. » Et le directeur médical de Patchwork de faire le lien entre le concept de promotion de la santé, qui prend en compte l'ensemble des déterminants de la santé pour améliorer la santé des populations, et celui de « goal oriented care », les soins selon les objectifs de vie des patients, qui visent à mettre au centre de la relation de soin la qualité de vie de la personne plutôt qu'un objectif prédéfini⁴. Dans le cas des assuétudes, explique-t-il, il convient de « travailler sur l'environnement et les projets de vie du patient, d'amener ce dernier à réfléchir à sa manière d'aborder sa santé et sa vie dans son ensemble. Je pense que les médecins généralistes sont bien convaincus que la santé doit passer par une promotion de la santé, une hygiène de vie, le fait de faire du sport, etc. Maintenant, est-ce qu'ils intègrent ça dans leurs consultations ? Est-ce qu'ils pensent que c'est leur rôle ? C'est moins évident ».

4. Pour en savoir plus : P. Boeckxstaens, D. Boeykens, J. Macq, P. Vandebroek, Goal-oriented care. A shared language and co-creative practice for health and social care, Fondation Roi Baudouin, Fonds Dr. Daniël De Coninck, mai 2020. Voir sur le site de la Fondation Roi Baudouin : <https://urlz.fr/sYn8>.

Former les médecins pour plus de prévention

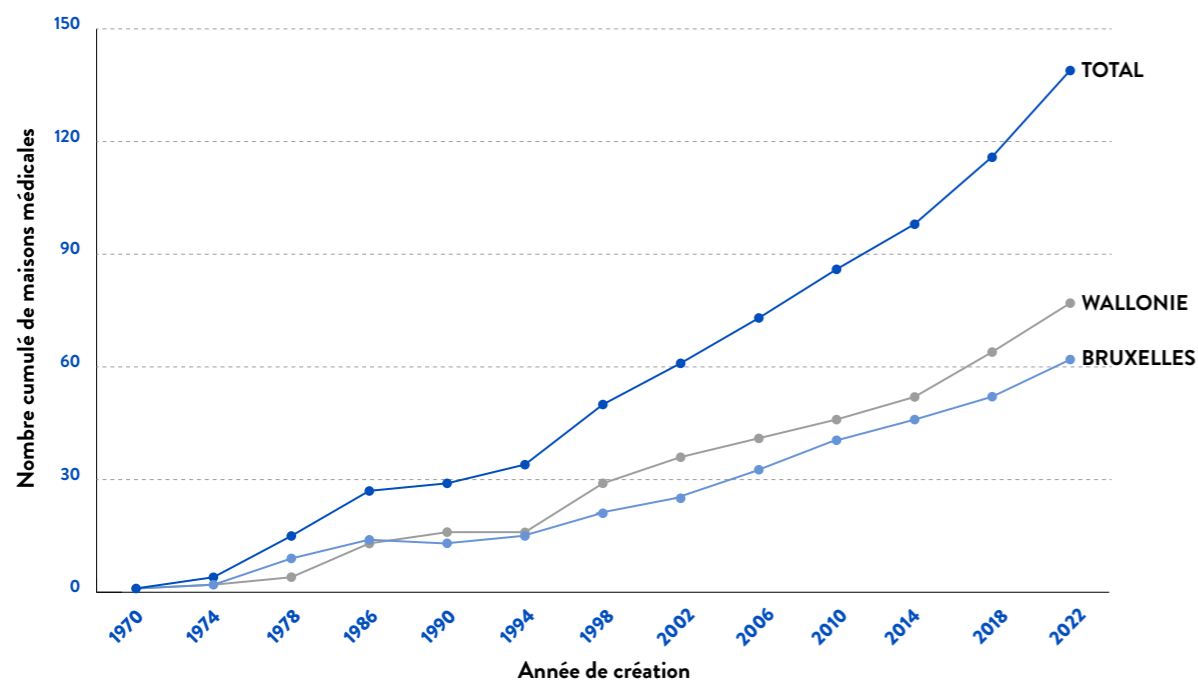
En raison de son approche globale et son rôle de coordinateur de soins, le médecin généraliste est une personne clé pour accompagner les (potentiels) consommateurs dès le stade de la prévention et du repérage précoce. Pourtant, comme le relève Lou Richelle dans sa thèse de doctorat en médecine générale (ULB), une partie d'entre eux présente encore des attitudes stéréotypées et moralisantes vis-à-vis des personnes consommatrices de substances illicites⁵. La stigmatisation, déterminant majeur de la santé et des inégalités de santé, retarde la détection, la prise en charge ou tout simplement l'ouverture d'un dialogue sur les questions de consommation. « Un regard stigmatisant, culpabilisant, moralisateur ne fera qu'une seule chose : le patient n'en parlera pas du tout. Or, parfois, il attend, voire espère qu'on lui pose la question », témoigne Thierry Wathelet.

Au-delà des connaissances théoriques transmises en matière d'alcoologie ou d'addictologie, la formation des (futurs) soignants a donc aussi pour fonction de sensibiliser à une problématique toujours empreinte de stéréotypes et de tabous. Le Résad intervient dans un module de formation sur les assuétudes destiné aux assistants en médecine générale de l'ULB. « Ces assistants n'ont aucune connaissance sur les assuétudes, donc on fait de la sensibilisation en espérant que plus tard, ils prendront en charge cette question chez leur patientèle. À partir du moment où on intervient au niveau des formations dans les cursus de médecine générale à l'Université, on agit aussi, indirectement, sur la prévention », soutient Sylvie Cassiers, médecin-directrice du Résad.

5. L. Richelle, « Accompagnement et médecine générale », dossier Substances et dépendances, Santé conjugue n°106, Fédération des maisons médicales, mars 2024 : <https://www.maisonmedicale.org/accompagnement-et-medecine-generale/>

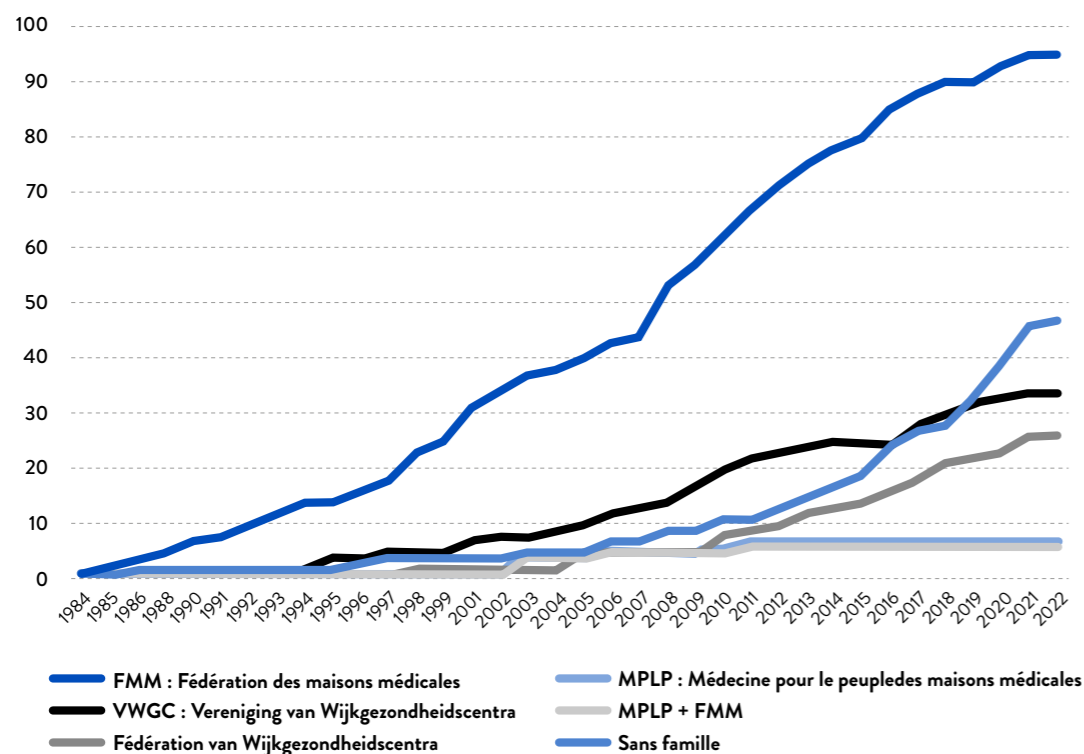
Maisons médicales en chiffres

1. Évolution du nombre de maisons médicales de la Fédération des maisons médicales par région - 1970 - 2022



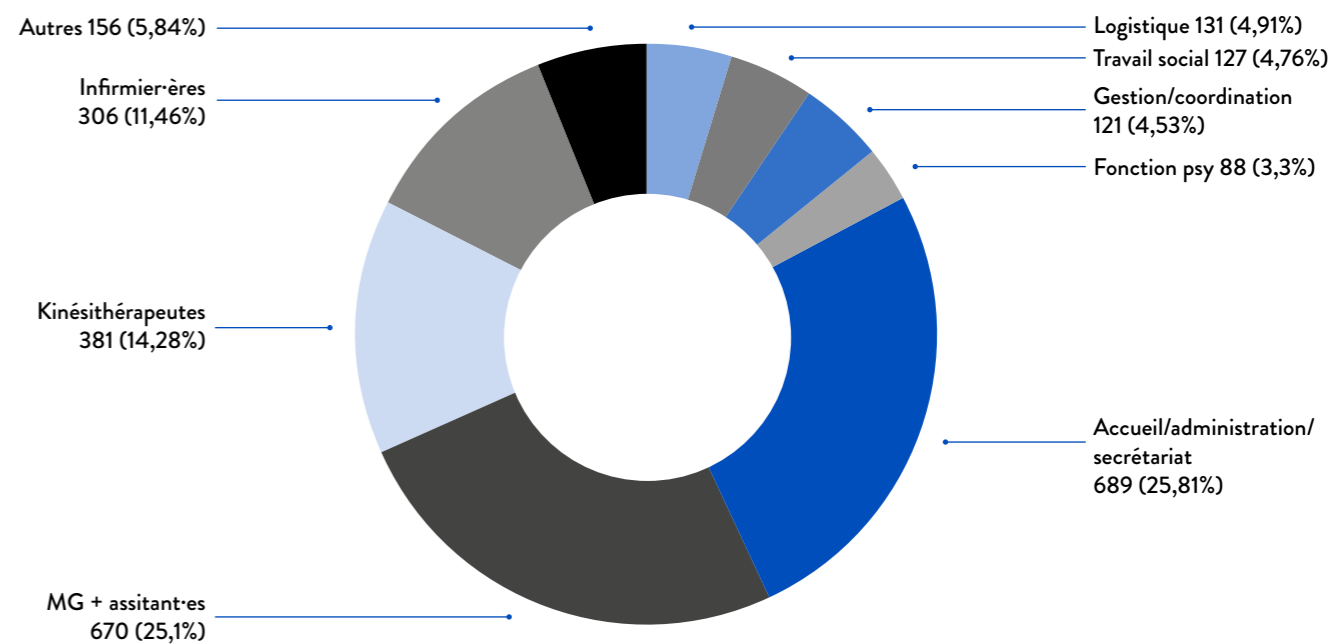
Source : Fédération des maisons médicales.

2. Évolution des MM au forfait selon leur inscription ou non dans une fédération (juin 2023)



Le nombre cumulé de maisons médicales au forfait selon la fédération est comptabilisé l'année de passage au forfait des centres. Pour plus d'information sur les différentes fédérations, voir l'article de Marinette Mormont dans le présent numéro.

3. Répartition des fonctions en maisons médicales selon le nombre de travailleurs (décembre 2022)



Source : Analyses réalisées à partir des données du Cadastre de la Chambre 5. Données 2022 à partir de 128 maisons médicales affiliées à la FMM.

4. Alcool et dossiers médicaux selon l'enquête SSMG 2018



L'item "Alcool" est-il systématiquement colligé dans vos dossiers médicaux à l'instar de la consommation de tabac ?

Source : T. Orban, E. Paquet, S. Quostiaux, B. Dor, Enquête de la commission alcoologie de la SSMG, 2018, Société Scientifique de Médecine Générale.



Damien Favresse coordinateur du CBPS

La réorganisation du social-santé : enjeux et défis

À Bruxelles, le Plan Social Santé Intégré esquisse les contours d'une réorganisation de l'offre des aides et des soins de première ligne. Celle-ci ambitionne le déploiement d'une approche intégrée articulant davantage les services du social et de la santé, et qui s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé. Un programme prometteur dont la mise en œuvre sur le terrain reste un défi.

La réorganisation de la première ligne social-santé et de l'ambulance bruxellois est pavée de bonnes intentions. Les professionnels des différents secteurs n'ont plus qu'à se rencontrer, faire connaissance les uns avec les autres, s'inscrire dans des dynamiques de réseaux, articuler leurs pratiques respectives, développer des approches intersectorielles, mettre en place des démarches de santé communautaire, faire participer activement les citoyens-usagers au système socio-sanitaire, etc. Si de telles stratégies d'actions sont reconnues comme efficaces pour réduire les inégalités de santé et avoir des effets durables en termes d'équité sociale et de santé¹, leur opérationnalisation est parfois loin d'être une sinécure, notamment, parce

1. Voir N. Wallerstein, B. Duran, J. Oetzel, M. Minkler (Eds.), *Community-based participatory research for health : Advancing social and health equity* (3rd ed.) Jossey-Bass, 2018.

que leur évaluation a souvent davantage porté sur les effets de ces actions et moins sur la manière dont elles ont été élaborées et mises en œuvre.

Or, ces pratiques ont souvent été initiées et développées dans des conditions particulières (partenariat avec des équipes de recherche, intérêt de professionnel.les souhaitant solutionner des difficultés rencontrées dans leur métier, subvention supplémentaire pour réaliser un projet pilote, organisation des politiques publiques du pays où les interventions sont mises en place, etc.) qui font que leur reproduction à l'identique présente un caractère « utopique » nécessitant de les adapter à la spécificité du contexte d'intervention². Sur ce point, le processus de réorganisation de la première ligne bruxelloise

risque d'être parsemé d'embûches et de freins, notamment parce qu'il implique des changements structurels importants dans la manière dont est organisé notre système d'aide et de soins ; système davantage caractérisé par une stratification sociale entre les secteurs, un développement segmentaire et différencié des secteurs marqué vraisemblablement, comme chez nos voisins français, par « des divergences entre approches conceptuelles, cultures professionnelles, orientations idéologiques³ ».

La réduction des inégalités sociales de santé au sein

2. Voir M.-R. Guével, M. Porcherie, *Articuler les savoirs scientifiques et expérientiels pour réduire les inégalités*, in *La Santé en Action*, 2021, 456 : 12-14 ; et B. Lamboy, *Interventions fondées sur les données probantes en prévention et promotion de la santé : définitions et enjeux*, in *La Santé en Action*, 2021, 456 : 6-8.

3. M. Jaeger, *Principes et pratiques d'action sociale. Sens et non-sens de l'intervention sociale*. Malakoff, Dunod (coll. Santé Social), 2023.

de cette réorganisation

Au-delà d'une réforme de nos politiques sociales santé, la « révolution » des pratiques, induite par le Plan Social Santé Intégré, implique des changements importants à plusieurs niveaux. Sur le plan des professionnel.les, elle nécessite d'abord, d'avoir conscience que les inégalités résultent, non seulement des caractéristiques socio-économiques des populations précarisées et de leurs conditions de vie mais aussi du fonctionnement même du système de soins et de l'aide à leur égard,

La prise en charge de la santé des personnes précarisées n'est pas qu'une simple question de soins mais couvre toute une série de caractéristiques environnementales et personnelles.

de la manière dont, en tant que professionnel.les, nous interagissons avec ces populations et participons, involontairement, à l'accentuation de ces inégalités. Ensuite, elle requiert d'avoir conscience de notre intérêt à investir ensemble ces deux pôles d'action si nous voulons réduire ces inégalités et développer une approche inclusive de la santé bénéficiant à toutes les strates de la population. Enfin, une fois cette conscience acquise, il reste à la traduire en application pratique, à déployer des interventions où la prise en charge de la santé des personnes précarisées n'est pas qu'une simple question de soins mais couvre toute une série de caractéristiques environnementales et

personnelles qui vont influencer, plus ou moins fortement, sur leur état de santé et leur capacité à l'améliorer : (non) accès aux services et infrastructures de proximité, conditions de logements, place sur le marché du travail, niveau d'instruction, capacité à comprendre l'organisation du système de soins, ressources sociales présentes dans l'entourage, maîtrise des nouvelles technologies, habitudes de vie, etc.

Nous pouvons très bien avoir conscience de la nécessité de changer nos manières d'agir mais nous n'avons pas appris à le faire.

Cette prise en charge nécessite donc de pouvoir adapter sa pratique en y intégrant des problématiques qui relèvent d'autres disciplines, en développant des approches intersectorielles et interdisciplinaires, en définissant de nouvelles façons de travailler en marge des pratiques instituées.

Une réduction qui passe par un travail intersectoriel...

Si ce changement de paradigme de l'intervention psycho-médico-sociale, en cours depuis plusieurs décennies, fait relativement consensus dans ses principes, son opérationnalisation reste relativement succincte, marginale et précaire, notamment parce qu'elle est fondée sur des principes de coopération et de réciprocité peu en adéquation avec le cloisonnement des formations disciplinaires et des politiques publiques. En d'autres termes, nous pouvons très bien avoir conscience de la nécessité de changer nos manières d'agir mais nous n'avons pas appris à le faire. Pire, notre formatage disciplinaire et sectoriel, nos politiques publiques segmentées, la diversité des cadres législatifs qui régissent les professions libérales, publiques et associatives viennent entraver l'acquisition de ces nouvelles pratiques de coopération interdisciplinaire et intersectorielle nécessaires à l'amélioration de la santé des populations.

Au-delà de ces enjeux contextuels et sociétaux, l'efficacité d'un travail entre secteurs implique d'une part, que chaque secteur soit reconnu pour ses connaissances et ses compétences propres, et d'autre part, que les apports respectifs de chaque discipline soient intégrés dans la démarche même des pratiques mises en place.

La survenue de la pandémie de la Covid-19,

en mars 2020, illustre bien la difficulté de s'inscrire dans une démarche intersectorielle et interdisciplinaire et représente, à sa manière, une forme de « contre-exemple » de ce qu'est une politique sociale santé intégrée. Évidemment, cette gestion est liée à une situation d'urgence sanitaire, à des mesures d'exception liées à un système de soins au bord de l'implosion et ne doit donc en aucun cas être extrapolée à notre situation actuelle. Au moment où nous avons été touchés par la pandémie, les mesures prises par les pouvoirs publics ont été essentiellement basées sur un savoir clinique, fondées sur des observations épidémiologiques, donnant la priorité à la dimension physique de la santé. Quant aux experts de la santé mentale, de la santé publique et du social, ils ont été relégués à un second rang⁴ donnant lieu à un foisonnement inédit de publications et de recherches (cartes blanches, articles, rapports d'expertises académiques, exploitation des données sanitaires, etc.) pour que la voix de ces expertises puisse progressivement se faire entendre. Il s'agissait certes d'une option plus commode pour faire face à une urgence pandémique mais qui était, aussi, porteuse d'un cadre idéologique et normatif, réduisant une crise sanitaire à une question de contrôle d'une maladie, prenant peu en compte les conséquences de cette crise à court, moyen et long terme sur la santé mentale, sociale et physique des personnes, et encore moins celle des plus vulnérables.

Or, ces préoccupations sont au centre des démarches de prévention et de promotion de la santé développées en santé publique. L'expertise qui conduit à la prise de décision politique doit, non seulement, être fondée sur des données scientifiques mais doit aussi respecter les standards de la démarche scientifique et les savoirs développés depuis

4. D. Favresse, F. Geurts, La pandémie et les jeunes des quartiers précarisés bruxellois, in *L'accompagnement des familles exilées pendant la crise sanitaire* (Barras C. et Manço A. (IRFAM), L'Harmattan, 21-43, 2023. Voir aussi : Jaeger M. (2023), *op.cit.*

des années par les acteurs spécialisés. Elle doit, notamment, être pluridisciplinaire et chaque discipline doit être représentée de manière équilibrée, produite en dehors de tout lien d'intérêt et de logiques partisans⁵, soumise à des procédures de validation externe et être accessible au public⁶. Une telle expertise, aurait, dans le contexte de la crise Covid, davantage pu prendre en compte des facteurs cruciaux tels que l'exposition plus importante des populations fragilisées à la maladie (logement exigu où chacun empiète sur l'espace de l'autre, quartier à plus forte densité de populations, plus grande exposition à des problèmes respiratoires dus à la pollution atmosphérique, etc.), l'étendue de l'impact des mesures prises sur le quotidien de ces populations (plus forte probabilité de souffrir de troubles mentaux, arrêt plus fréquent des métiers manuels, déficit de matériel informatique pour la scolarité des enfants, surveillance policière ciblant davantage les quartiers défavorisés, etc.), les effets des déficits de ressources pour gérer la situation (plus faible niveau de littératie pour comprendre les messages de prévention, inaccessibilité aux services d'aides pour faire face aux difficultés rencontrées, perte des mécanismes de solidarité informelle de proximité à cause des confinements, etc.) et, enfin, aux effets éventuels de ce prix inéquitable à payer sur l'alimentation des processus d'exclusion sociale (sensation d'être considéré comme des citoyens de seconde zone, développement d'un sentiment d'inutilité, renforcement de la défiance envers les autorités et les institutions, amplification d'une sensation de discrimination, etc.).

Au vu de l'urgence sanitaire, il est évidemment utopique de penser que l'ensemble

5. Un clinicien qui mène des recherches financées par l'industrie pharmacologique ou un représentant d'une association de défense sectorielle ne répondrait pas aux qualités requises de cette expertise.

6. Z. Mansour, F. Chauvin, B. Faliu, L'expertise sanitaire en temps de crise, in *La santé en action*, 456 : 15-19, 2021.

de ces conséquences aurait pu être pris en considération. D'un autre côté, elle nous montre aussi les risques inhérents aux mesures dites universelles, qui s'appliquent uniformément à l'ensemble de la population, qui se conçoivent autour d'un citoyen défini comme plus ou moins standard et qui comme toute procédure de standardisation se révèle peu adaptée aux personnes éloignées de ce standard. Elle nous rappelle aussi que toute « expertise » appliquée à des conduites humaines est relative⁷ et que l'intérêt premier de se confronter aux « expertises » des autres professionnel.les, c'est de pouvoir se décentrer par rapport à nos propres pratiques, avoir une appréhension plus globale de nos bénéficiaires, développer des pratiques innovantes et mieux adaptées à leurs besoins. L'approche épidémiologique a été fort sollicitée au cours de la pandémie et son apport est évidemment indéniable pour mesurer l'évolution d'une maladie ou encore identifier des groupes à risque, mais ne nous est d'aucune aide pour savoir comment intervenir sur ces groupes⁸. Cette connaissance sur le « comment » est, notamment, produite par la recherche interventionnelle en matière de promotion de la santé, de prévention, d'éducation, d'action sociale.

7. Cette relativité peut se comparer au fonctionnement d'un plateau de télévision couvert par plusieurs caméras périphériques (expertises) ayant chacune leur angle de vue. L'une travaille en plongée, de haut en bas, l'autre en contre-plongée, du bas vers le haut. Une troisième se rapproche « en travelling avant » pour réaliser de gros plans. Une quatrième ouvre le champ visuel par un « travelling arrière ». Chaque caméra offre une image de la situation et, en même temps, aucune ne dispose de l'image universelle (Analogie inspirée du texte de J. Rémy : « La sociologie en évolution », symposium de la Fondation Juan Maragall – Barcelone, 1993).

8. M. Stanton-Jean, Le savant et le politique. La prise de décision en temps de pandémie : que s'est-il passé au Québec (Canada)?, in *Droit, Santé et Société*, 1, 1 : 63-67, 2020.

... et une réorganisation des pratiques

Sur le plan des actions à l'égard des populations défavorisées, la mise en place d'une approche intersectorielle doit se conjuguer avec la mise en œuvre de dispositifs participatifs auprès des bénéficiaires⁹. Il s'agit par-là de développer une appréhension plus globale des bénéficiaires pour pouvoir mieux répondre à la complexité de leurs situations et à la diversité de leurs besoins sanitaires, sociaux et personnels. Trop souvent, l'accent est mis sur les différences entre les démarches « curatives » et « émancipatrices » alors que les avancées récentes en matière de prise en charge des populations défavorisées dans le domaine de l'aide et du soin utilisent des techniques d'intervention similaires à celles développées depuis de nombreuses années dans les démarches d'éducation ou de promotion de la santé ; démarches qui, au fil du temps, ont acquis une expérience précieuse pour en assurer la qualité. En somme, les leviers du travail avec les populations fragilisées sont les mêmes (développement des compétences psychosociales, amélioration de l'environnement physique et social, approche communautaire et participative, etc.) mais portent sur un objet différent. Ces liens sont déjà parfaitement intégrés dans les pratiques de promotion de la santé où il s'agit davantage de travailler en amont de la survenue des problèmes de santé alors qu'en matière de soins, ces leviers restent appliqués de manière marginale pour éviter l'aggravation des conséquences des inégalités sur la santé. C'est le cas, notamment, pour les patient.es atteint.es de maladie chronique¹⁰ qui ne doivent pas uniquement être soigné.es mais être aussi accompagnés dans la modification de leurs habitudes de vie.

9. C. Loignon, S. Dupéré S. et al., Dés-élitiser la recherche pour favoriser l'équité en santé. Les recherches participatives avec des publics en situation de pauvreté en santé publique, in *Ethique publique*, 20 (2), 2018.

10. Santé Publique, 2015/HS (S1), Maladies chroniques et innovations, 228p.

Plus spécifiquement, les bénéficiaires précarisés.es, de par leurs expériences passées, ont souvent des appréhensions à se rendre dans les services qui leur sont destinés au sein desquels ils se sentent tantôt jugés.es, tantôt soumis.es à des prescriptions qu'ils ne sont pas en mesure d'appliquer, tantôt en incapacité d'exprimer leurs incompréhensions face à des décisions qui les concernent, tantôt affectés.es par d'autres préoccupations qui sont, à leurs yeux, plus urgentes à régler. Ils requièrent, plus que les autres, de bénéficier du travail d'une équipe pluridisciplinaire, mieux à même de développer des outils d'intervention couvrant les différentes facettes de leurs besoins (ateliers de développement d'aptitudes, thérapie communautaire, pair aidance, suivi psychologique, etc.). Pour les personnes dépendantes aux psychotropes, mettre en place des démarches communautaires pour leur permettre, notamment, de retrouver une utilité sociale, de renforcer leur confiance en soi, d'avoir la capacité de se projeter de manière positive dans l'avenir sont souvent des clés indispensables à la sortie de leur dépendance. Par ailleurs, seul.e le.a bénéficiaire détient cette capacité de partager son vécu, ses craintes, ses conditions de vie, son expérience des services. Il est avant tout un être humain, capable de faire des choix et qui a le droit d'être respecté.e dans ses choix. Il convient d'intégrer cette connaissance que les patient.es sont les seuls à connaître dans les décisions et actions dont ils bénéficient comme c'est le cas du *Montreal model*, où le patient atteint d'un cancer « est présent au cours de la réunion interdisciplinaire et participe activement à la prise de décision le concernant. Sa parole est considérée au même titre que celle des autres personnes présentes, le patient peut être accompagné d'un proche ou d'un patient ressource pour pouvoir être plus à même d'exprimer ses choix¹¹ ».

11. M.-P. Pomey, L. Flora et al., Le « Montreal

Ce travail d'hybridation professionnelle et d'alliance avec le.a bénéficiaire ne s'improvise pas. Il demande à redéfinir nos manières de travailler et à créer de nouveaux métiers. Il nécessite une série de conditions liées aux compétences professionnelles (capacité à faire évoluer ses pratiques, aptitude à travailler en équipe et à faire confiance aux autres professionnel.les, ouverture d'esprit et capacité de prendre distance à l'égard de ses référents disciplinaires, etc.), à l'organisation de l'articulation des professionnel.les de différents secteurs ? (apprentissage des méthodes de travail des autres disciplines, dépassement des divergences, organisation de la complémentarité des actions, définition d'un cadre de travail commun, etc.), à l'organisation de la participation des bénéficiaires (démarches de consultation, groupes de discussion, comités de bénéficiaires, co-construction de démarches d'amélioration des pratiques, etc.). Sur un plan plus idéologique, l'enjeu dépasse nos logiques sectorielles dans la mesure où il s'inscrit dans une démarche de développement humain, dans l'organisation d'une société plus juste où la démocratie n'est pas, pour les populations précarisées, un simple concept théorique mais doit pouvoir se vivre, s'expérimenter dans les services qui leur sont destinés. Il ne peut se faire sans un engagement fort de toutes les composantes politiques, sectorielles et professionnelles au service des bénéficiaires.

model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé, in *Santé Publique*, 2015/HS (S1), 41-50.



Pour une gauche médicale

Un dossier de la revue *Politique* n°101, septembre 2017, disponible sur <https://www.revuepolitique.be/wp-content/uploads/2017/11/Pour-une-gauche-me%CC%81dicale.pdf>

Médecine de groupe, dépénalisation de l'IVG, traitement des usagers de drogues, alternatives à la psychiatrie asilaire sont autant de changements qui relèvent d'un mouvement que l'on peut qualifier « gauche médicale ». Cette gauche médicale, la revue *Politique* en a brossé le portrait au sein de l'un de ses dossiers.

Au-delà de la somme d'expériences plus ou moins récentes que ce dossier met en lumière, au-delà des analyses fouillées sur le système de santé (sur la marchandisation et la privatisation des soins, sur les inégalités de santé, sur la concertation sociale, etc.), il pose d'emblée comme enjeu central la question de la transmission des valeurs, luttes et pratiques de terrain qui ont traversé cette gauche médicale.

Face à l'accroissement des inégalités, au détricotage de la Sécurité sociale, à la montée en puissance de l'industrie pharmaceutique, à la pénurie de soignants de première ligne... ce dossier appelle à nous replonger dans le passé pour penser et redessiner le système de santé de demain.



Substances et dépendances

Un dossier de la revue *Santé conjuguee* n°106, Fédération des maisons médicales, mars 2024, disponible sur <https://www.maisonmedicale.org/sante-conjuguee/substances-et-dependances/>

Médecine de groupe, dépénalisation de l'IVG, traitement des usagers de drogues, alternatives à la psychiatrie asilaire sont autant de changements qui relèvent d'un mouvement que l'on peut qualifier « gauche médicale ». Cette gauche médicale, la revue *Politique* en a brossé le portrait au sein de l'un de ses dossiers.

Au-delà de la somme d'expériences plus ou moins récentes que ce dossier met en lumière, au-delà des analyses fouillées sur le système de santé (sur la marchandisation et la privatisation des soins, sur les inégalités de santé, sur la concertation sociale, etc.), il pose d'emblée comme enjeu central la question de la transmission des valeurs, luttes et pratiques de terrain qui ont traversé cette gauche médicale.

Face à l'accroissement des inégalités, au détricotage de la Sécurité sociale, à la montée en puissance de l'industrie pharmaceutique, à la pénurie de soignants de première ligne... ce dossier appelle à nous replonger dans le passé pour penser et redessiner le système de santé de demain.



Troubles liés à l'usage de substances : langage de l'addiction, pourvoyeur (in) conscient de stigmas

RICHELLE L., HUBERLAND V., NOUWYNCK S. et CARDON P., *Revue Médicale de Bruxelles*, AMUB, Vol. 44 – 4, septembre 2023, disponible sur https://www.amub-ulb.be/system/files/rmb/publications/2024-01/RMB2023-44-4_RICHELLE.pdf

« Junkie », « toxicomane », « tox », « alcool », « camé », « drogué » : dans cet article, les auteurs rappellent que les représentations négatives touchant aux personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances imprègnent aussi le corps médical, avec pour conséquence une diminution de l'accès et de la qualité des soins.

Le choix d'une terminologie adéquate, sur base d'un langage scientifique commun et non connoté, et l'adoption d'un vocabulaire respectueux et centré sur la personne sont essentiels pour améliorer l'accompagnement des patients, mais aussi les pratiques de prévention, de dépistage ou de repérage précoce.

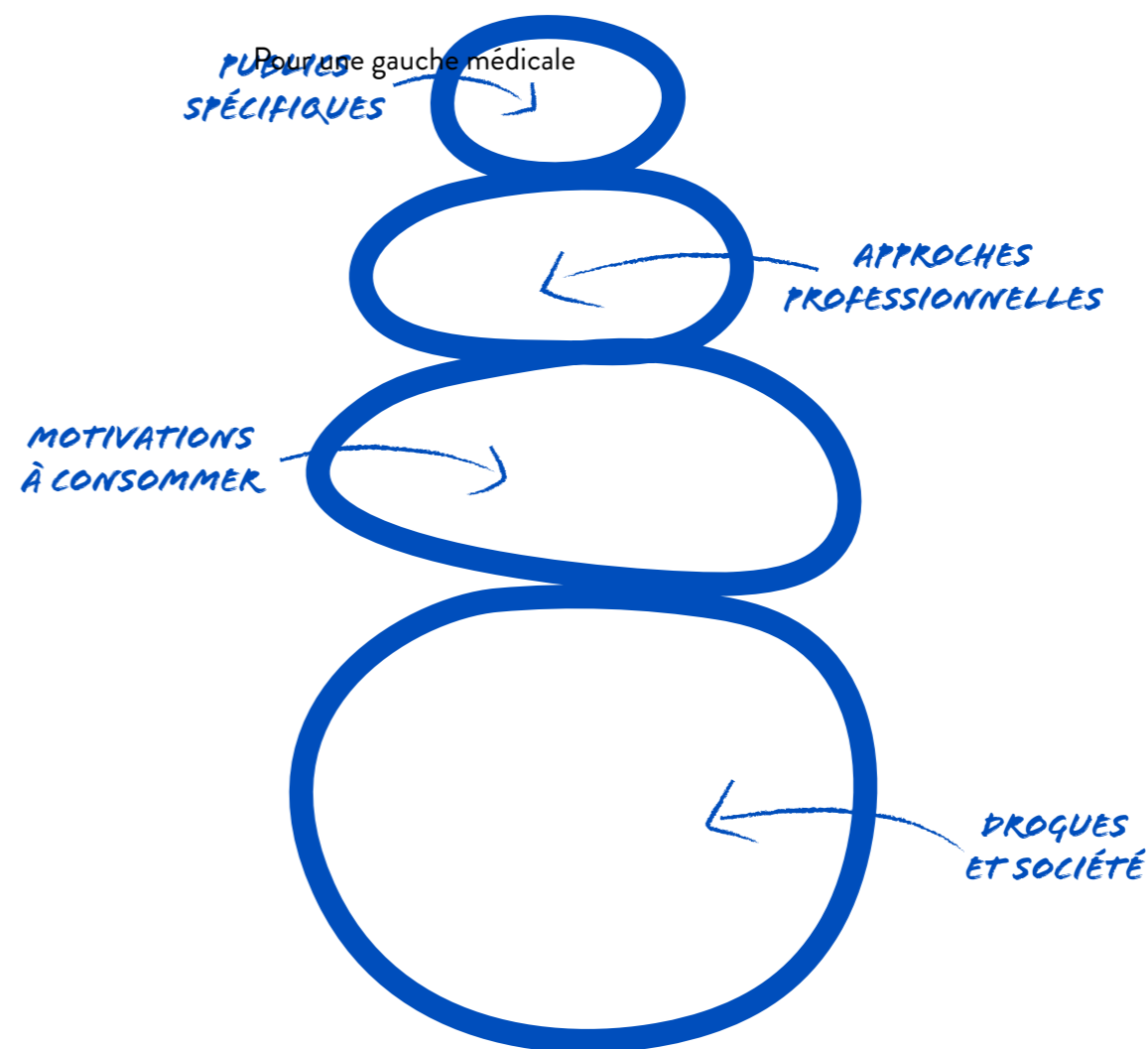
Pour opérer ce changement, les deux auteurs envisagent plusieurs pistes : il s'agit d'adapter la formation des professionnels de santé, d'attribuer plus de moyens à la recherche dans le domaine des assuétudes et aux institutions de santé prenant en charge ces personnes, car ces dernières subissent, elles aussi, les discriminations du système de santé.

DROGUES SANTÉ PRÉVENTION

ENVIE DE VOUS ABONNER À LA REVUE ?

L'ABONNEMENT, EN LIGNE OU PAPIER, EST GRATUIT.

CEPENDANT, VOUS POUVEZ SOUTENIR NOTRE TRAVAIL EN SOUSCRIVANT À UN ABONNEMENT DE SOUTIEN (24 €/AN).



INTÉRESSÉ PAR UNE QUESTION EN PARTICULIER ?
UTILISEZ LA BASE DE DONNÉES EN LIGNE
DE PROSPECTIVE JEUNESSE !
WWW.PROSPECTIVE-JEUNESSE.BE





DROGUES SANTÉ PRÉVENTION

Avec le soutien de la Fondation Denise et Christian de Boeck et de

