

Faculté de santé publique

Empowerment des malades chroniques dans la maison médicale Espace Santé

*Etat des lieux des pratiques professionnelles, favorisant
l'empowerment des patients atteints de maladies chroniques, au sein
de la Maison médicale Espace Santé d'Ottignies Louvain-la-Neuve*

Mémoire réalisé par
Béatrice YSEBOODT

Promotrice
Isabelle AUJOLAT

Année académique 2024-2025
Master en Sciences de la santé publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

Je voudrais pour commencer remercier ma promotrice, Madame la Professeure Isabelle AUJOLAT, pour sa patience, son aide dans la structuration de mes idées, ses nombreux et précieux conseils, ainsi que les éclaircissements qu'elle m'a prodigués tout au long de la rédaction de ce mémoire. Son accompagnement bienveillant, sa rigueur méthodologique et sa capacité à approfondir ma réflexion, ont été essentiels dans l'aboutissement de ce travail.

Je remercie également les membres de l'équipe de la maison médicale Espace Santé pour leur disponibilité, leur confiance, leur implication dans la recherche, et pour la richesse de leurs partages. Grâce à eux, cette étude a pris tout son sens, menée au plus près des réalités de terrain. Un merci tout particulier à la coordinatrice de la promotion à la santé Christine SBOLGI, à notre coordinateur d'équipe Maxime FRENOT, ainsi qu'à mes deux collègues infirmiers Guillaume DELVIGNE et Sylvie DEKNOP, pour leur soutien tout au long de ce processus.

Je remercie aussi l'AViQ (Agence pour une Vie de Qualité) pour le financement octroyé à la maison médicale. Ceci nous a permis de prendre le temps de nous interroger sur nos pratiques en promotion à la santé entre professionnels, afin de rendre nos accompagnements encore plus efficaces auprès des patients.

Je voudrais ensuite rendre hommage à tous ceux qui m'ont accompagnée et encouragée, de près ou de loin, à reprendre ce Master et à aller jusqu'au bout de ce parcours d'étude, après plus de vingt ans de pratique professionnelle. La confiance, les encouragements, les diverses contributions et la présence de tous ont été des moteurs pour moi dans cette reprise de formation qui aura été autant exigeante qu'enrichissante, sur un plan professionnel et personnel.

Enfin, je voudrais remercier ma famille et mes proches qui n'ont eu de cesse de me porter tout au long de cette aventure. Leur soutien et leur amour m'ont permis de mener à bien ce projet : ils ont accepté d'être parfois un peu mis de côté durant ces deux années intenses. Ce mémoire est donc aussi un peu le leur. Et je le leur dédie.

SIGLES ET ABBREVIATIONS

AMU	Aide médicale urgente
Admin.	Administratif
AS	Assistante sociale
AViQ	Agence pour une Vie de Qualité (Agence Wallonne de la santé, de la protection, du handicap et des familles)
BIM	Bénéficiaire d'Interventions Majorées
COVID	Corona virus
ES	Espace santé
ETP	Education Thérapeutique du Patient
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions ou statistiques de l'Union Européenne sur le revenu et les conditions de vie
GOC	Goal Oriented Care
HIS	Health Interview Survey ou enquête Nationale de Santé
ILA	Initiative Locale d'Accueil
INAMI	Institut National d'Assurance de Maladie et Invalidité
Infi	Infirmier.e
Kiné	Kinésithérapeute
MKI	Médecin Kinésithérapeute Infirmier
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RH-Adm	Ressources humaines - Administratif
US nation	United States ou Etats-Unis
VIH	Virus d'immuno- déficience acquise

PLAGIAT

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Lors de ce travail, j'ai utilisé l'intelligence artificielle pour m'aider à la synthèse de mes idées et la rédaction de certaines parties.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
SIGLES ET ABREVIATIONS	3
PLAGIAT	4
TABLE DES MATIERES	5
INTRODUCTION	8
0.1. PROBLEMATIQUE	8
0.2. MOTIVATION ET CHOIX DU SUJET.....	8
0.3. QUESTIONS DE RECHERCHE	9
PARTIE I : CADRE THEORIQUE.....	11
CHAPITRE 1 : PRESENTATION DU MILIEU D'ETUDE	11
LA MAISON MEDICALE ESPACE SANTE	11
1.1. <i>Milieu d'étude</i>	11
1.2. <i>Définition du concept de la Maison médicale Espace Santé</i>	12
1.3. <i>Composition de l'équipe soignante de la Maison médicale Espace santé</i>	13
1.4. <i>Description des patients inscrits à la maison médicale</i>	14
1.5. <i>Comité de patients « Espace liens »</i>	14
1.6. <i>Méthode de travail de la maison médicale « Espace Santé »</i>	15
CHAPITRE 2 : CADRE CONCEPTUEL	16
2.1. <i>Maladie chronique</i>	16
2.1.1. Définition de la maladie chronique	16
2.1.2. Identification d'une maladie chronique	17
2.1.3. Vécu d'une maladie chronique	18
2.2. <i>Empowerment</i>	18
2.2.1 Définition de l'Empowerment	18
2.2.2. Processus de l'empowerment Individuel et étapes de soutien	20
a) Soutien à la conscientisation	21
b) Soutien à la prise de décision et à l'action.....	22
c) Soutien à l'évaluation des résultats.....	22
2.2.3. Interventions et stratégies soutenant l'empowerment.....	23
PARTIE II : METHODOLOGIE.....	25
CHAPITRE 1. ECHANTILLON	26
CHAPITRE 2. COLLECTE DES DONNEES.....	28
CHAPITRE 3. PROCEDES ET CHOIX DU MATERIEL.....	29
3.1. <i>1^{er} entretien de groupe</i>	30

3.2.	2 ^{ème} entretien de groupe	31
3.3.	3 ^{ème} entretien de groupe	32
CHAPITRE 4. METHODE D'ANALYSE DES DONNEES		34
CHAPITRE 5. RESULTATS		35
5.1.	Résultats de l'analyse mixte : Ce que les soignants disent de leurs pratiques	35
5.1.1.	Ce que les soignants connaissent de l'empowerment.....	35
a)	Conceptualisation de l'empowerment	35
➤	Capabilité du patient	36
➤	Appropriation des savoirs.....	36
➤	Pouvoir d'agir	36
➤	La relation en lien avec le soignant	36
b)	Une culture du patient acteur partagée entre les professionnels	38
c)	Résonance de l'empowerment différente selon les profils professionnels	38
5.1.2.	Ce que les soignants pensent faire comme pratiques favorisant ou défavorisant l'empowerment.	41
d)	Pratiques que les soignants pensent faire et favorisant l'empowerment :	41
➤	Etre disponible et à l'écoute.....	41
➤	S'adapter	41
➤	Etablir une relation de continuité.....	42
➤	Favoriser le lien social	42
➤	Responsabiliser le patient	43
➤	Co-construire.....	43
➤	Solliciter le patient pour qu'il utilise ses ressources.....	44
➤	Faire de la littératie en santé.....	44
➤	Travailler en interdisciplinarité.....	44
➤	Environnement institutionnel favorisant.....	45
e)	Pratiques actuelles ne favorisant pas l'empowerment selon les soignants	46
➤	Posture de soignant centré sur la guérison	46
➤	Accompagnements tournant en routine	46
➤	Manque de formation	47
➤	Temporalité différente entre le soignant et le patient.....	47
➤	Collaboration avec la seconde ligne	47
➤	Motivation du patient	47
➤	Injonction des facteurs extérieurs.....	48
➤	La place des aidants proches.....	48
5.1.3.	Comment les soignants vivent l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques.....	49
5.2.	Résultats de l'analyse déductive ou ce que les soignants font vraiment.....	50
5.2.1.	Soutien à la conscientisation	50
5.2.2.	Soutien à la prise de décisions et aux actions à mener.....	53
5.2.3.	Soutien à l'évaluation des résultats.....	56
5.3	Comparaison des résultats des deux analyses.....	57
CHAPITRE 6. DISCUSSION.....		58

6.1.	<i>Différences dans la mise en œuvre de l'empowerment entre les différentes professions.....</i>	59
6.2.	<i>Difficultés du transfert d'apprentissage ou manque de connaissances des concepts.....</i>	61
6.3.	<i>Tension entre la posture éducative du soignant et l'autonomie conférée au patient de reprendre le contrôle sur sa santé.....</i>	63
CHAPITRE 7. PERSPECTIVES		65
7.1.	<i>Uniformisation des connaissances en promotion de la santé et empowerment.....</i>	65
7.2.	<i>Approfondissement de la personnalisation des soins.....</i>	65
7.3.	<i>Organisation de temps réflexifs interdisciplinaires</i>	66
7.4.	<i>Renforcement de la posture éducative et éthique</i>	66
7.5.	<i>Ouverture de la recherche aux patients et aidants</i>	67
CHAPITRE 8. FORCE & LIMITES.....		67
8.1.	<i>Un matériel de collecte des données.....</i>	67
8.2.	<i>Notre posture de chercheuse.....</i>	68
8.3.	<i>Coopération intersectorielle et retour aux acteurs.....</i>	68
8.4.	<i>Résultats confirmés par la littérature.....</i>	68
8.5.	<i>Participation des soignants</i>	69
8.6.	<i>Discussion des résultats.....</i>	69
CONCLUSION.....		70
BIBLIOGRAPHIE		72
ANNEXES.....		82
ANNEXE 1 – DESCRIPTION DU PROJET AVIQ (PAC)		82
ANNEXE 2 – DESCRIPTION MAISON MEDICALE ESPACE SANTE (BROCHURE INSCRIPTION).....		93
ANNEXE 3 – DESCRIPTION POPULATION CIBLE		115
ANNEXE 4 - TRAME ENTRETIEN 03/09/24		116
ANNEXE 5 - PANNEAU TOUR DE TABLE (PATIENT AU CENTRE)		117
ANNEXE 6 - PANNEAUX DEFINITION PATIENT AU CENTRE		119
ANNEXE 7 - TRAME ENTRETIEN 19/11/24		123
ANNEXE 8 - REGLE YUUGI-KI.....		126
ANNEXE 9 - TRAME ENTRETIEN 20/05/25		157
ANNEXE 10 - POP-CORN.....		158
ANNEXE 11 - PANNEAUX FREINS		160
ANNEXE 12 - PANNEAUX LEVIERS		164
ANNEXE 13 - GRILLES D'ANALYSE MIXTE		167
ANNEXE 14 - GRILLE D'ANALYSE DEDUCTIVE		187
ANNEXE 15 - TABLEAU RECAPITULATIF DES DIFFERENTES PRATIQUES SELON LES PROFESSIONS.....		189
ANNEXE 16 - DESCRIPTION DE FONCTION IFIC MAISON MEDICALE.....		190

INTRODUCTION

0.1. Problématique

Les progrès médicaux, scientifiques et technologiques des dernières décennies ont considérablement augmenté l'espérance de vie dans les pays développés¹. Cette avancée, bien que bénéfique, s'accompagne d'un accroissement notable des maladies chroniques au sein de la population. En Belgique, ce phénomène se confirme : la proportion de personnes ayant droit au statut d'« affection chronique » est passée de 8,7 % en 2013 à 12,1 % en 2020 (AIM, 2020)². Parallèlement, la part de la population s'autodéclarant atteinte d'une maladie chronique est passée de 25,1 % en 2001 à 29,3 % en 2018 (Belgique en bonne santé, 2024)³. La multimorbidité, quant à elle, touche désormais plus de 15 % des Belges (Sciensano, 2020)⁴.

Ces chiffres révèlent l'ampleur d'un enjeu de santé publique majeur. Les maladies chroniques ne se limitent pas à un impact sanitaire : elles influencent profondément le quotidien des individus, affectant leur qualité de vie, leurs capacités professionnelles, leur environnement familial et notamment leur accès aux droits, à la suite des pertes causées par la maladie⁵. Leur gestion représente également une charge importante pour les systèmes de santé, en particulier lorsqu'elles s'inscrivent dans des contextes de vulnérabilité sociale ou économique⁶.

Face à cette problématique, la littérature nous apprend qu'au plus le patient est rendu autonome dans le contrôle de sa maladie, a de « l'empouvoirement » et inscrit sa maladie dans son parcours de vie, au moins celle-ci provoque de conséquences spécifiques et générales sur sa santé et son quotidien⁷. Les politiques de Santé publique actuelles vont de plus en plus dans ce sens-là aussi et développent davantage le concept de soin centré sur le patient afin de le rendre plus acteur et autonome dans sa maladie⁸.

0.2. Motivation et choix du sujet

La population qui fréquente la maison médicale « Espace Santé » n'échappe pas à cette dynamique globale de vieillissement de la population et d'augmentation des maladies chroniques⁹. Quotidiennement, les professionnels sont confrontés à l'accompagnement de patients vivant avec ces affections de longue durée, ce qui soulève de nombreux défis. Les soignants se questionnent régulièrement sur les meilleures façons de les soutenir, tant sur le

plan médical que relationnel, et certains des malades expriment parfois leur insatisfaction quant à l'accompagnement proposé.

Par ailleurs, les nombreux changements de personnel au sein de l'équipe soignante ont renforcé le besoin d'une harmonisation des pratiques au-delà de centrer les soins sur le patient. L'objectif est double : d'une part, améliorer la cohérence des accompagnements centrés sur le patient, et, d'autre part, renforcer l'autonomisation de ce dernier. Au même moment, un appel à projet a été lancé par l'AViQ (Agence pour une Vie de Qualité), dans le cadre du Plan Wallon de promotion à la santé (annexe 1). La maison médicale Espace Santé y a répondu et a été agréée et financée comme opérateur de promotion à la santé pour une durée de 5 ans. Ce projet se déroulera par étapes et cette recherche contextuelle s'intègre dans la première. Celle-ci vise dans un premier temps à explorer les pratiques de soins, autour des principes de l'*empowerment*, auprès des soignants, des patients et des aidants proches, afin de construire un cadre commun et un programme structuré d'accompagnement pour favoriser une approche intégrée et participative des patients chroniques au sein de la maison médicale. Dans le cadre de cette recherche, nous nous occuperons d'explorer que le côté des soignants.

Cet accompagnement vers un plus grand *empowerment*, ne peut se faire sans mettre le patient au centre de son parcours de soins. C'est la condition préalable. Cette notion est pour nous un prérequis à l'*empowerment*. Cette centralité permet de coconstruire, avec les patients, un programme d'éducation thérapeutique adapté, destiné à renforcer leur pouvoir d'agir face à la maladie chronique. En définitive, cette démarche vise à avoir des pistes pour améliorer la qualité des soins, et renforcer l'appropriation de la santé par les patients eux-mêmes, au sein d'une dynamique collective, éthique et cohérente.

0.3. Questions de recherche

Sur cette base, nous sommes arrivés à notre question de recherche :

« Du point de vue des soignants, quelles sont les pratiques soutenant l'empowerment des patients atteints de maladies chroniques au sein de la maison médicale Espace Santé ? »

Des sous questions constituent le fil conducteur de cette question de recherche :

- Quelle est la signification de mettre le patient au centre des soins pour les soignants de l'équipe d'Espace santé ?

- Quelle est la signification de mettre le patient atteint de maladie(s) chronique(s) au centre des soins pour les soignants de l'équipe d'Espace santé ?
- Quelles pratiques **connaissent** les soignants d'Espace Santé favorisant l'empowerment des patients atteints de maladies chroniques ?
- Quelles pratiques, **pensent** avoir les soignants d'Espace Santé, favorisant l'empowerment des patients atteints de maladies chroniques ?
- Comment les soignants **vivent-ils** les pratiques favorisant l'*empowerment* au sein d'Espace santé ?
- Quelles pratiques les soignants d'Espace Santé **ont-ils** sur le terrain pour favoriser l'empowerment des patients atteints de maladies chroniques ?

L'objectif de ce mémoire sera de comprendre en quoi les actions déjà mises en place, facilitent ou freinent l'*empowerment* des patients atteints de maladies chroniques, au sein de la Maison médicale Espace Santé. Cette compréhension, ou diagnostic comme dit plus haut, permettra de développer et d'améliorer les pratiques des soignants soutenant l'*empowerment* des patients atteints de maladie chronique.

Nous avons divisé ce travail en plusieurs parties. Après l'introduction générale, nous avons une première partie théorique composée de deux chapitres, à savoir, la présentation du milieu d'étude et la définition des principaux concepts d'étude. Vient ensuite la deuxième partie qui expose le cadre méthodologique, les données recueillies sur le terrain, ainsi que leur présentation et leur interprétation. Cette section inclut également une discussion des résultats, les limites identifiées, les perspectives de la recherche, et une conclusion.

PARTIE I : CADRE THEORIQUE

Chapitre 1 : Présentation du milieu d'étude

La Maison médicale Espace Santé

1.1. Milieu d'étude

Ce mémoire s'inscrit dans le cadre d'un projet soutenu par l'AViQ, mené au sein de la maison médicale « Espace Santé » à Ottignies-Louvain-la-Neuve, dans le Brabant wallon, une commune comptant environ 31 600 habitants.

Créée en 1997, « Espace Santé » fut la première maison médicale à voir le jour dans la province (annexe 2). Elle a été initiée par quatre professionnels de santé animés par une vision commune. À ses débuts, la structure accueillait seulement 42 patients et couvrait un territoire englobant les communes d'Ottignies-Louvain-la-Neuve, Limal, Bierges, Mont-Saint-Guibert et Court-Saint-Étienne. Dès ses débuts, la maison médicale a adopté une approche globale de la santé, combinant soins curatifs et actions communautaires. Elle a collaboré avec diverses structures locales telles que l'ONE (Office National de l'Enfance), des maisons maternelles, des centres pour demandeurs d'asile ou encore du réseau dans le cadre de la prise en charge d'assuétudes. La promotion de la santé et l'ancrage communautaire ont fait partie intégrante de ses valeurs fondatrices.

Sur le plan juridique, Espace Santé est constituée en ASBL. Son mode de gestion repose sur un principe d'autogestion : le pouvoir décisionnel est exercé collectivement par les travailleurs, et non par une hiérarchie classique. Tous les membres de l'équipe participent activement à la politique de l'institution, adhèrent à son objet social et contribuent à sa mise en œuvre¹⁰. Ce modèle favorise l'égalité, la solidarité entre professionnels, ainsi que la complémentarité des compétences, dans une logique transdisciplinaire et non hiérarchique.

Le financement d'Espace Santé repose principalement sur un système de forfait MKI (Médecin - Kiné - Infirmier), versé par les organismes assureurs. Concrètement, l'INAMI (Institut National d'Assurance de Maladie et Invalidité) octroie un montant forfaitaire mensuel par patient inscrit à la maison médicale, et ce montant est défini par profession. Ce système couvre l'ensemble des prestations médicales, infirmières et kinésithérapeutes fournies au sein de

l'institution, avec obligation pour les patients d'y recevoir leurs soins¹¹. Des subsides publics et quelques dons ponctuels complètent ce financement.

Depuis sa création, Espace Santé a joué un rôle moteur dans le développement du modèle des maisons médicales, contribuant à l'ouverture de sept autres structures similaires dans le Brabant Wallon. Elle est membre de la Fédération des maisons médicales depuis toujours, renforçant ainsi son ancrage dans un réseau de soins primaires engagé, solidaire et centré sur le patient. Plusieurs moments ont marqué son histoire et son identité, en voici quelques dates :

- En 2007, aide prodiguée à la maison médicale Atout santé à Wavre qui peut ainsi voir le jour, et il en est de même pour celle de Mont-Saint Guibert. A cette même période, Espace Santé a lancé le projet « Le jour se lève » pour accompagner les patients souffrant d'assuétudes, en partenariat avec la Clinique Saint-Pierre. Devenu autonome en 2024, ce projet a marqué un tournant vers une approche plus psychologique des soins.
- En 2017, croissance exponentielle de patients (dénombrés à 3200) au forfait, employant 32 travailleurs. Un sentiment de « trop grand, trop nombreux » a alors émergé, avec des changements dans la gestion de l'équipe et des questionnements sur la gouvernance.
- En 2019, départ d'une partie de l'équipe et de 350 patients vers une nouvelle structure et redéfinition par l'équipe restante d'Espace Santé de sa vision, sa mission et ses valeurs. La réorganisation, accentuée par la crise du COVID, a révélé des divergences internes, entraînant de nouveaux départs de soignants.
- En 2022, scission, provoquant le départ de 2 médecins, de 2 assistantes sociales, d'1 kiné, ainsi que de 450 patients pour la création d'une nouvelle maison de santé à Ottignies. Depuis lors, Espace santé se reconstruit et retrouve une dynamique fluide et sereine.

1.2. Définition du concept de la Maison médicale Espace Santé

La maison médicale « Espace Santé » est une institution de soins de santé primaires, autogérée. Les soins de santé prodigués sont intégrés, continus et accessibles. Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé, 2018) « *Les soins de santé primaires constituent une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux*

soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations. »¹². Conformément aux objectifs de l'OMS en matière de soins de santé primaires, la maison médicale « Espace Santé » développe son action autour de trois axes fondamentaux : la délivrance de soins de santé complets (curatifs, préventifs, palliatifs et de promotion à la santé), la prise en compte des déterminants sociaux de la santé, et le renforcement de l'autonomie en santé des patients. Ces deux derniers principes s'inscrivent pleinement dans le cadre de la promotion à la santé telle que définie dans la Charte d'Ottawa¹³, qui vise à accroître les capacités des individus à agir sur les facteurs influençant leur santé.

1.3. Composition de l'équipe soignante de la Maison médicale Espace santé

Actuellement, 2.200 patients sont pris en charge par une équipe pluridisciplinaire (annexe 16).

- 2 Assistantes Sociales
- 6 médecins (4 attachés à la maison médicale, et 2 assistantes médecin qui changent annuellement ou tous les deux ans)
- 3 infirmiers
- 4 kinés
- 1 coordinatrice en promotion à la santé
- 3 personnes pour le secteur administratif : 1 logistique, 1 soft RH-admin et 1 coordinateur-gestionnaire
- 3 accueillantes

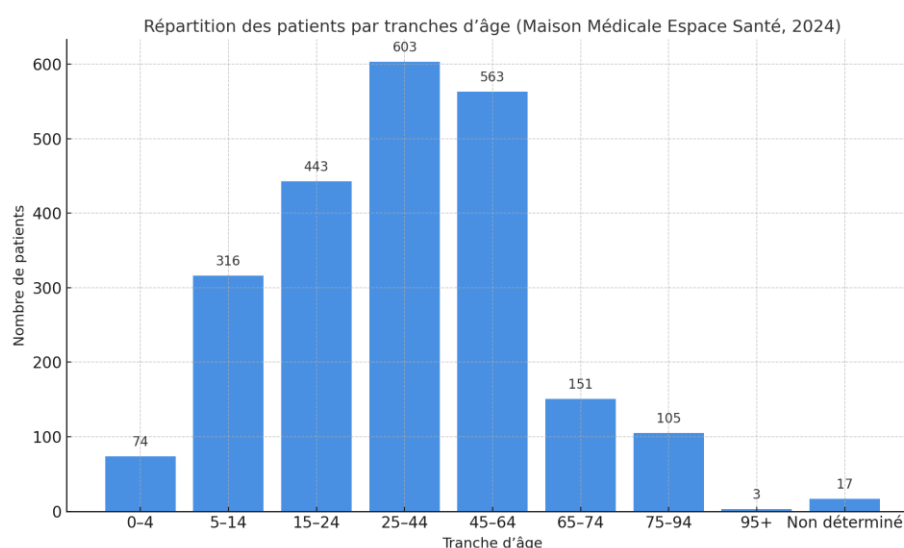
Dans le cadre de ce mémoire, l'ensemble des intervenants sera désigné par le terme choisi de « *soignant* » que leur profession soit ou non médicale. Nous avons opté pour ce terme en nous basant sur les écrits de Bacqué et Biewener (2013) qui disent qu'un soignant, c'est quelqu'un qui « *aide l'être humain malade ou en santé à vivre en harmonie avec lui-même et son environnement, en apportant des réponses en soins personnalisés et adaptés à ses besoins et ses attentes en tenant compte de ses ressources* »¹⁴. Ce choix de terme de « soignant » repose aussi sur le mode de fonctionnement en autogestion de la maison médicale, où chaque professionnel, quel que soit son domaine d'expertise, joue un rôle actif dans l'accompagnement global des patients.

1.4. Description des patients inscrits à la maison médicale

Au 31 décembre 2024, la Maison médicale « Espace Santé » comptait 2 275 patients inscrits. Parmi ceux-ci, 2 227 étaient inscrits au forfait INAMI, tandis que 48 patients bénéficiaient d'un mode de financement alternatif (Union Européenne, Initiative Locale d'Accueil, ...). Environ 30 % de la patientèle (693 personnes) disposaient du statut BIM (Bénéficiaires d'Interventions Majorées), et 17 patients relevaient de l'Aide Médicale Urgente (AMU).

La répartition par genre montre une population relativement équilibrée : 1 140 hommes, 1 129 femmes et 6 personnes s'identifiant comme non genrés.

L'âge moyen de la patientèle est de 36 ans. La répartition par tranches d'âge est la suivante :



1.5. Comité de patients « Espace liens »

Un comité de patients baptisé « **Espace Liens** » a été officiellement créé en 2015 au sein de la maison médicale. Bien qu'une dynamique de participation existait déjà auparavant, cette date marque un tournant en termes d'implication et de structuration du comité. L'objectif principal d'« Espace Liens » est de renforcer une approche globale de la santé des patients, en favorisant leur autonomie, leur capacité d'initiative et leur esprit critique.

Les nombreux changements internes survenus au fil des années, comme le départ de plusieurs membres fondateurs du comité, ont modifié la dynamique initiale. Aujourd'hui, « Espace Liens » est davantage centré sur l'organisation d'activités communautaires que sur la réflexion

ou le plaidoyer. Certains porteurs de projets préfèrent, en effet, s'investir dans l'action plutôt que dans la co-construction de démarches réflexives. Un travail est en cours pour reconstruire un noyau de patients motivés à s'engager dans ce volet plus participatif et stratégique.

Le comité pilote aujourd'hui plusieurs projets, parmi lesquels : un atelier créatif (bijoux, couture, peinture sur boîte, crochet, scrapbooking...), un espace jeux de société, des promenades (classiques et actives), un potager collectif ou encore un « café papote ». Ces activités, organisées à des fréquences variables (hebdomadaires, mensuelles ou bimensuelles), constituent de véritables temps de rencontre, d'échange et de création de lien social entre les patients.

1.6. Méthode de travail de la maison médicale « Espace Santé »

La maison médicale repose sur une approche interdisciplinaire, où chaque professionnel de santé intervient selon sa spécificité, dans une logique de complémentarité. L'équipe s'organise autour du patient, en fonction des compétences de chacun, à travers des collaborations formelles ou informelles dans les suivis. Une réunion interdisciplinaire est organisée chaque semaine. Elle est obligatoire pour tous les soignants et vise à assurer la circulation des informations concernant certains patients, le fonctionnement interne de la maison médicale, ainsi que les activités liées à la promotion à la santé. En parallèle, des réunions par discipline professionnelle sont organisées pour traiter des questions propres à chaque profession (médicale, paramédicale, sociale, etc.). Ces rencontres permettent de partager des cas, d'échanger autour de formations et d'harmoniser les pratiques. Des réunions intersectorielles peuvent également être convoquées à la demande, lorsque plusieurs disciplines doivent se concerter autour d'un cas ou d'une problématique transversale.

La communication au sein de l'équipe est soutenue par des échanges informels et des communications écrites (courriels), favorisant la réactivité et la continuité des prises en charge.

Concernant plus spécifiquement le suivi des patients atteints de maladies chroniques, un dispositif structuré est en place pour les patients diabétiques : une infirmière spécialisée en diabétologie assure des consultations éducatives et de suivi en collaboration avec les médecins généralistes. Elle suit notamment l'évolution de la pathologie, planifie les rappels pour les bilans (tels que l'HbA1c), et peut réaliser des co-consultations lorsque cela s'avère pertinent. Un accompagnement renforcé est aussi proposé aux patients souffrant d'hypertension artérielle,

incluant la mise à disposition d'un tensiomètre et un support pédagogique, avec un document de suivi à compléter par le patient. Par ailleurs, une initiative de groupe de remise en mouvement pour les patients lombalgiques a été portée par les kinésithérapeutes, mais elle n'a pas été pérennisée. Enfin, pour les autres pathologies chroniques, aucune procédure standardisée officielle d'autonomisation des patients n'est actuellement mise en œuvre. L'accompagnement actuellement proposé s'appuie sur une démarche personnalisée et pluridisciplinaire, dans laquelle chaque professionnel mobilise ses propres outils et compétences en fonction de son parcours et de sa sensibilité. Cette absence de cadre formalisé traduit une volonté d'adapter le soin aux besoins singuliers de chaque patient, en cohérence avec l'approche des soins centrés sur la personne. Toutefois, cette diversité de pratiques soulève des interrogations quant à la cohérence d'ensemble, notamment concernant les actions visant à soutenir l'autonomisation des patients.

Chapitre 2 : Cadre conceptuel

Définissons à présent et clarifions différents concepts comme la maladie chronique, et *l'empowerment*.

2.1. Maladie chronique

Le vieillissement de la population et l'amélioration des conditions de vie entraînent une hausse des maladies chroniques. Ces affections chroniques bouleversent la vie quotidienne des patients et impactent l'ensemble des sphères personnelles et familiales, modifiant la perception de la santé et les recours aux soins^{15 16}. L'objectif de vie devient alors de maintenir une qualité de vie satisfaisante, au-delà de la simple prolongation de la vie.

2.1.1. *Définition de la maladie chronique*

Le concept de maladie chronique est complexe et ne fait pas l'objet d'une définition universelle. En Belgique, aucune définition officielle n'a encore été arrêtée, ce qui rend nécessaire l'adoption d'une définition consensuelle dans le cadre de ce travail. Le terme regroupe un ensemble de pathologies très diverses, aux évolutions, manifestations cliniques et issues variables. Deux grandes approches permettent de les définir¹⁷:

- L'approche **nosographique**, qui repose sur un diagnostic médical précis à partir d'une liste établie de maladies. Toutefois, cette approche montre ses limites, car le caractère chronique ou aigu d'une pathologie dépend aussi du patient et de l'évolution spécifique de la maladie.
- L'approche **fonctionnelle**, qui considère les conséquences de la maladie sur la vie quotidienne du patient, son autonomie, sa qualité de vie, et ses besoins en soins. Cette perspective est particulièrement utile pour comprendre l'impact psychosocial et économique de la maladie.

Ces deux approches sont complémentaires : la première oriente le traitement médical, la seconde éclaire les enjeux de qualité de vie et d'accompagnement. Dans ce contexte, il est essentiel de valoriser les savoirs expérientiels du patient, en tenant compte de sa perception de la maladie et de ses difficultés quotidiennes.

L'organisation mondiale de la santé (2024)¹⁸ définit les maladies chroniques comme étant : *« des problèmes de santé qui nécessitent des soins sur le long terme et qui comprennent par exemple : le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'asthme, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, le cancer, la dépression, le VIH et les incapacités physiques et autres. Le point commun à toutes ces maladies est qu'elles ont des répercussions économiques et sociales sur le malade »*.

À la maison médicale, le terme « patient chronique » désigne les personnes atteintes d'une maladie chronique reconnue par l'INAMI, mais également celles présentant une problématique de santé suivie dans la durée. Cette chronicité est évaluée non seulement sur base du diagnostic, mais aussi selon la fréquence et la régularité des consultations avec les professionnels de santé impliqués dans leur accompagnement. Ce qui rejoint la définition ci-dessus. C'est donc celle que nous retiendrons dans le cadre de ce travail.

2.1.2. Identification d'une maladie chronique

En Belgique, il existe plusieurs bases de données permettant d'identifier les patients souffrant de maladies chroniques, dont l'importance varie selon les besoins nationaux et les ressources disponibles. Trois principaux systèmes sont utilisés pour ce faire : le statut d'affection chronique attribué par l'INAMI¹⁹, l'auto-déclaration dans l'enquête nationale de santé par interview (HIS, 2024)²⁰, et celle dans l'enquête EU-SILC (2019)²¹. Ces dispositifs permettent une meilleure compréhension de l'impact des maladies chroniques en Belgique et soutiennent le développement de réponses adaptées aux besoins des patients.

La maison médicale prend en charge une diversité de pathologies chroniques, incluant le diabète, les affections cardiovasculaires, psychiatriques, respiratoires, ainsi que les cancers. Parmi les patients identifiés, environ 250 présentent une reconnaissance officielle de leur état de santé chronique, soit via une intervention spécifique (soins palliatifs, trajets de soins, statut d’Affection Chronique, etc.), soit via leur inclusion dans des dispositifs comme le trajet diabète. À ce chiffre viennent s’ajouter les patients atteints de maladies chroniques auto-déclarées, plus difficiles à quantifier en raison des limites d’extraction liées au système informatique actuellement en place. Dans ce travail, nous ne nous arrêtons pas à des patients n’ayant qu’une maladie chronique, car souvent ceux-ci sont porteurs de plusieurs affections, qui sont corrélées. Cette comorbidité développe des problématiques multiples et des soins d’autant plus complexes de santé.

2.1.3. Vécu d’une maladie chronique

La maladie chronique a un impact sur la vie quotidienne : arrêts de travail, révision des horaires, ajustement des tâches, réorganisation de la répartition des rôles dans la famille, perte ou changement de loisirs, etc. Son annonce engage par conséquent un véritable processus de bifurcation biographique, comparable à un travail de deuil identitaire, entraînant une remise en question de soi et des projets de vie ²². Cette rupture provoque un éveil à la vulnérabilité corporelle, une confrontation à la finitude, et nécessite une reconstruction progressive, guidée par un accompagnement soignant atténuant les impacts personnels et sociaux²³. Ce processus vise à redonner sens à l’existence et à instaurer un nouvel équilibre, dans lequel la maladie s’intègre sans dominer totalement. Il s’inscrit dans la durée, et requiert un accompagnement attentif de la part des soignants, qui soutiennent le patient dans la redéfinition de soi, la réappropriation du quotidien et la capacité à se projeter dans l’avenir.

2.2. Empowerment

2.2.1 Définition de l’Empowerment

L’OMS (2025) ²⁴ définit l’empowerment comme « *le processus par lequel les individus acquièrent un pouvoir d’action sur les facteurs et les décisions qui influencent leur vie. Il s’agit d’un processus d’accroissement de leurs ressources et de leurs compétences, leur permettant*

de développer des capacités, d'accéder à des partenaires, des réseaux et/ou une voix, afin de reprendre le contrôle sur leur existence.». Dans le domaine de la santé mentale, l'OMS (2022)²⁵ précise que « l'empowerment fait référence au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie [...]. La clé de l'empowerment se trouve dans la transformation des rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements ». En France, plusieurs termes traduisent ce concept : « empouvoirement, participation, autodétermination, pouvoir d'agir ou encore capacitation, autonomisation »—autant de notions qui soulignent la nécessité de rendre les personnes capables d'agir pour elles-mêmes²⁶. Or, l'empowerment est plus large que l'autonomie. Filippi (2013)²⁷ la caractérise comme une capacité pour l'individu d'agir, d'interagir, de s'adapter alors que l'empowerment, selon elle, va plus loin en développant le pouvoir d'agir des gens via leurs potentialités diverses, autour de leur pluralité.

Ceci devient d'autant plus essentiel lorsqu'un événement de rupture vient bouleverser la stabilité de vie d'un individu, comme l'annonce d'une maladie chronique, par exemple, qui peut provoquer un sentiment d'impuissance, de perte de contrôle et d'incapacité. Ce déséquilibre peut avoir des répercussions profondes chez un individu, tant sur le vécu intime que dans les interactions sociales. Deux réactions principales émergent : soit la personne reste figée, sans ressources pour reconstruire un équilibre ; soit elle entame un processus de transformation en mobilisant ses capacités, seule ou accompagnée, pour redonner sens à sa trajectoire de vie. La maladie chronique oblige souvent à des changements profonds et au deuil d'un mode de vie antérieur, ce qui peut engendrer du rejet, une non-adhésion au traitement, voire un déni de la maladie²⁸. Dans ce cheminement, les soignants ont un rôle essentiel à jouer²⁹. Ils accompagnent le patient dans l'intégration de la maladie dans son quotidien. Ce rôle peut être fragilisé par un manque de moyens, d'outils ou de connaissances, limitant leur capacité à répondre aux freins, attitudes ou croyances du patient. Le processus d'empowerment repose donc sur une interaction entre deux protagonistes, le patient et le soignant. La formule bien connue « *Nothing about me without me !* »³⁰ se traduisant par « rien à mon sujet, sans moi » en résume l'essence. Ceci rejoint aussi le concept d'approche de soin centré sur le patient. L'HAS (2015)³¹ définit comme suit : « La démarche centrée sur le patient s'appuie sur une relation de partenariat avec le patient, ses proches, et le professionnel de santé ou une équipe pluriprofessionnelle pour aboutir ensemble à la construction d'une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps ». Nous pouvons donc dire que le concept de soins centrés sur le

patient est un prérequis à l'*empowerment* et à la base de sa mise en place, car il invite à une relation de soins participative, dans laquelle le patient est pleinement impliqué dans les décisions qui le concernent³².

À la suite de tout ceci, voici notre définition et le sens que nous donnerons au concept : l'« *empowerment* », à travers cette recherche, est un processus qui permet au patient de gagner en autonomie afin de mieux intégrer la maladie dans sa vie quotidienne, grâce à des compétences, des choix et des décisions éclairées, ceci dans un contexte de transformation sociale, technologique et économique.

Le sociologue Ninacs (2008)³³ propose une conceptualisation de l'*empowerment* selon trois niveaux complémentaires : le niveau individuel, le niveau communautaire, et le niveau organisationnel. Dans le cadre de cette recherche, l'accent sera mis prioritairement sur l'*empowerment* individuel, car il constitue le socle de tout processus de renforcement du pouvoir d'agir. L'étude portera spécifiquement sur les pratiques professionnelles mises en œuvre par les soignants, pour soutenir les patients dans la gestion de leur maladie chronique.

2.2.2. Processus de l'empowerment Individuel et étapes de soutien

Dans le contexte des maladies chroniques, l'*empowerment* émerge comme une approche incontournable pour accompagner les patients vers une plus grande autonomie. Ninacs (2008)³⁴ souligne qu' il ne s'agit pas simplement d'apprendre à mieux gérer sa santé, mais bien de reprendre du pouvoir sur sa vie, en devenant acteur de son propre parcours de soins. Selon lui, ce processus repose sur plusieurs piliers : la participation active, le développement des connaissances, la valorisation de l'estime de soi, le renforcement des compétences, ainsi que l'éveil d'une conscience critique. Il prend tout son sens, comme dit plus haut, dans une dynamique de collaboration entre patient et soignant, où l'écoute, le respect du rythme individuel et la reconnaissance des savoirs expérientiels sont au cœur de la relation. Lemay (2006)³⁵ décrit cela comme une démarche progressive faite d'étapes de conscientisation, de décisions, d'actions, d'évaluation et de transformation personnelle. De son côté, Le Bossé (1996, 2017)^{36 37} souligne l'importance d'une approche "faire avec" plutôt que "faire pour", en intégrant la participation, les compétences, la capacité d'agir et la reconnaissance par autrui. Cette logique de co-construction, dans un environnement soutenant et mobilisateur, incite le patient à mieux intégrer sa maladie dans sa vie, et au soignant de jouer un rôle de facilitateur plutôt que de décideur. Le professionnel adoptera pour ce faire une approche globale, tout en requestionnant ses représentations. Cherillat et al. (2024)³⁸ décrivent davantage cette posture

éducative liée au soignant. Selon les auteurs, elle contient différentes dimensions : être éducative ; avoir une relation au temps spécifique à l'accompagnement ; faire sortir le soignant de la dimension verticale prescriptive et lui faire prendre du recul ; apprendre aux professionnels de soins à gérer leurs émotions et sentiments ; avoir une approche globale et interdisciplinaire ; mettre une dimension professionnelle en place par un dispositif d'évaluation et de recherche ; avoir une éthique du soin en prenant en charge une personne et non pas une maladie. Le processus de soutien à l'*empowerment* individuel décrit par Lemay (2007)³⁹ reprend tout ceci.

Elle le découpe en 3 stratégies que nous détaillons ci-dessous.

a) Soutien à la conscientisation

Le processus de conscientisation repose sur une posture d'écoute active et d'accueil bienveillant de la part du soignant. Il implique de considérer l'histoire de vie du patient comme légitime et authentique, en valorisant ses connaissances, ses perceptions, et en l'aidant à « acquérir une voix ». L'objectif pour le professionnel n'est pas d'imposer sa propre interprétation des besoins du patient, mais de chercher à comprendre ce que celui-ci pense et souhaite réellement⁴⁰. Dans cette dynamique, le soignant reconnaît les compétences du patient et instaure dès le départ une relation fondée sur la complémentarité. La participation active du patient est encouragée tout au long du suivi, dans une logique de collaboration, en évitant toute forme de contrôle unilatéral sur les modalités ou les limites de cette participation. Le professionnel accompagne ainsi la personne dans la formulation de sa propre vision de sa réalité : ses émotions, ses aspirations, ses projets, ses conditions de vie, mais aussi ses compétences et les ressources dont elle dispose. Ce travail implique également d'identifier les freins et obstacles à la réalisation de ses projets, dans une perspective holistique. Cette approche s'inscrit dans ce que l'on nomme la « vision écologique de la compétence », qui met en interaction trois dimensions clés : individuelle, motivationnelle et environnementale⁴¹. Elle permet au patient d'opérer un changement de regard sur lui-même et sa situation, résumé par la formule : « *Je change ou je fais évoluer ma vision sur ma réalité* »⁴². Par ailleurs, l'intégration du patient dans un groupe peut également renforcer ce processus. Le partage d'expériences favorise l'émergence d'une conscience sociale⁴³, où le patient réalise qu'il n'est pas seul à vivre certaines difficultés. Cette dynamique peut alors s'élargir vers une conscience collective, voire politique, où les enjeux individuels rejoignent des problématiques sociales plus larges. Ce cheminement vers la conscientisation exige donc un accompagnement structuré, ainsi que la mobilisation de ressources et de compétences spécifiques, tant du côté du patient que du soignant.

b) Soutien à la prise de décision et à l'action

L'une des dimensions fondamentales de l'*empowerment* réside dans la capacité des patients à prendre des décisions éclairées concernant leur santé. Le rôle du soignant, dans ce cadre, est de favoriser un environnement propice à l'expression des besoins, attentes et questionnements du patient. Cela implique l'organisation de moments d'échange (consultations, entretiens, ateliers) où le patient est encouragé à participer activement aux décisions qui le concernent. Pour cela, il est indispensable que le soignant fournisse une information claire, accessible et adaptée, de manière à soutenir un processus de décision autonome et éclairé⁴⁴, afin qu'ils aient la possibilité de faire leurs propres choix, même si ceux-ci ne correspondent pas toujours aux attentes du soignant. Cette liberté de choix fait partie intégrante du processus d'*empowerment*⁴⁵. En effet, des études ont montré que le paternalisme peut avoir des effets négatifs, en affaiblissant l'estime de soi et le sentiment de compétence des personnes accompagnées⁴⁶.

Il est essentiel que le professionnel de santé adopte du coup une posture de collaboration, et non de substitution : il ne s'agit pas de décider à la place du patient, mais bien de l'accompagner dans la réflexion et l'action⁴⁷. Cette posture permet d'éviter les écueils du paternalisme, qui repose sur l'idée que le soignant, en raison de ses compétences, serait plus apte à choisir ce qui est « bon » pour le patient. Un tel positionnement peut s'avérer contre-productif, notamment lorsque les décisions sont prises sans le consentement ou la pleine connaissance du patient⁴⁸.

L'autonomie ne se décrète pas : elle se construit, et passer à l'action requiert des ressources spécifiques telles que motivation, compétences et possibilités concrètes. Le soutien du soignant doit donc viser à faciliter l'accès à ces ressources, à lever les obstacles, et à renforcer les liens entre le patient et les réseaux d'aide formels ou informels. La mobilisation de ces ressources, ainsi que le développement personnel qui en découle, sont des leviers clés pour que les patients deviennent acteurs de leur santé et de leur parcours de vie.

c) Soutien à l'évaluation des résultats

L'évaluation des résultats dans une démarche d'*empowerment* vise à mesurer dans quelle mesure le patient développe un sentiment de contrôle sur sa vie, ses choix, ses émotions et ses pensées, tout en étant capable d'agir de manière autonome et efficace⁴⁹. Ce processus d'évaluation se fait en collaboration entre le patient et le soignant. Ensemble, ils révisent les objectifs fixés préalablement, analysent leur atteinte ou non, les impacts engendrés, ainsi que les facteurs qui ont favorisé ou freiné leur réalisation⁵⁰.

L'un des aspects fondamentaux de cette évaluation est qu'elle s'inscrit dans une perspective réflexive. Le patient est amené à faire une lecture critique de son environnement social, culturel physique et politique. Ce processus l'invite non seulement à se repositionner dans sa trajectoire personnelle, mais également à interroger les rapports de pouvoir existants. Dans cette optique, Scheid et Walkowiak (2002)⁵¹ (cité par Lemay, 2006)⁵² définissent l'*empowerment* comme « *un processus visant à modifier les relations de pouvoir en entraînant un changement bidirectionnel, tant de la part des personnes détenant peu ou pas de pouvoir que de celles exerçant une autorité, en vue d'un rééquilibrage des rapports de force* ».

Concrètement, plusieurs indicateurs peuvent être mobilisés pour évaluer l'*empowerment*⁵³ :

- L'adoption de comportements favorables à la santé, tout en évitant de replacer le patient dans une posture d'objet de soin ;
- L'évolution des attitudes et comportements au sein de la relation soignant-soigné ;
- L'amélioration de l'auto-efficacité psychosociale et de la qualité de vie perçue ;
- La transformation de la relation que le patient entretient avec lui-même.

Le cadre théorique ainsi posé oriente l'analyse des pratiques professionnelles observées à la maison médicale « Espace Santé », afin d'identifier les leviers et obstacles au renforcement du pouvoir d'agir des patients dans un contexte de soins primaires.

2.2.3. Interventions et stratégies soutenant l'*empowerment*

Le développement de l'*empowerment*, nous l'avons vu plus haut, est un processus dynamique par lequel les patients acquièrent les compétences, les connaissances et la confiance nécessaires pour prendre une part active dans la gestion de leur santé. Plusieurs stratégies ont été identifiées comme facilitatrices de ce processus, et peuvent être regroupées en trois axes principaux selon le programme Intégreo⁵⁴ : la littératie en santé, la prise de décision partagée et l'autogestion.

Sorensen, et al. (2015)^{55 56} définissent la littératie en santé comme « *les connaissances, la motivation et les compétences des personnes pour accéder, comprendre, évaluer et appliquer les informations sur la santé afin de porter des jugements et de prendre des décisions dans la vie quotidienne concernant les soins de santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de vie au cours de la vie* ». L'ASBL Culture & santé⁵⁷ résume cela en 4 verbes : la capacité d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'appliquer l'information pour promouvoir sa santé. Le développement de la littératie repose donc sur un

partage de responsabilité entre les patients et le système de soins, incluant les professionnels, les structures et les politiques de santé⁵⁸. Les soignants pourront agir sur la littératie en adaptant leur langage, en vérifiant la compréhension du patient, et en proposant des outils éducatifs appropriés. Cette démarche s'inscrit aussi bien dans la relation individuelle (approche clinique) que dans des actions de santé publique (approche communautaire).

Le second axe est la prise de décision partagée reposant sur une relation collaborative entre le soignant et le patient. Le professionnel de santé ne se positionne plus comme un prescripteur unique, mais comme un partenaire qui accompagne la personne dans l'expression de ses besoins, valeurs et objectifs de vie⁵⁹. Cette démarche favorise l'adhésion au soin et renforce la satisfaction du patient. Elle repose sur une bonne communication, une écoute active et une reconnaissance du savoir expérientiel du patient. Trois étapes jalonnent cette approche : d'abord, l'identification des objectifs personnels du patient en lien avec son contexte de vie ; ensuite, la co-construction d'un plan d'action basé sur ces objectifs, mêlant dimensions médicales et non médicales ; enfin, l'évaluation et l'ajustement régulier de ce plan. Cette dynamique engage le patient comme acteur principal de son parcours de soin.

Enfin le troisième axe porte sur l'autogestion qui correspond à la capacité du patient à gérer sa maladie de manière autonome au quotidien. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est l'outil principal de cette démarche. Selon l'OMS (2024)⁶⁰, une pratique visant à « *aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec leur maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.* ». L'ETP est centrée sur la co-construction, la participation active, et l'apprentissage adapté aux besoins individuels⁶¹. Elle mobilise des approches issues à la fois des sciences médicales et sociales, et se déploie à travers un processus structurant : bilan éducatif, définition conjointe des objectifs, mise en œuvre d'actions pédagogiques, et évaluation continue.

En résumé donc, la littératie en santé, la prise de décision partagée et l'autogestion sont des leviers fondamentaux pour favoriser l'*empowerment* des patients chroniques. Leur mise en œuvre repose sur des compétences relationnelles et pédagogiques des soignants, une organisation adaptée des soins, et une volonté politique de soutenir des modèles de soins centrés sur la personne.

PARTIE II : METHODOLOGIE

Selon la philosophie de soins portée par la maison médicale Espace Santé, il apparaît que certaines pratiques orientées vers une approche centrée sur le patient sont déjà mises en œuvre. Toutefois, à travers notre question de recherche – « Du point de vue des soignants, quelles sont les pratiques soutenant l'*empowerment* des patients atteints de maladie chronique au sein de la maison médicale Espace Santé ? » – notre objectif est de comprendre comment ces actions sont perçues et vécues par les soignants eux-mêmes. Pour ce faire, nous avons formulé plusieurs questions exploratoires :

- Quelle est la signification de mettre le patient au centre des soins pour les soignants de l'équipe d'Espace Santé ?
- Quelle est la signification de mettre le patient atteint de maladie(s) chronique(s) au centre des soins pour les soignants de l'équipe d'Espace Santé ?
- Quelles pratiques **connaissent** les soignants d'Espace Santé favorisant l'*empowerment* des patients atteints de maladies chroniques ?
- Quelles pratiques **pensent** avoir les soignants d'Espace Santé, favorisant l'*empowerment* des patients atteints de maladies chroniques ?
- Comment les soignants **vivent-ils** les pratiques favorisant l'*empowerment* au sein d'Espace Santé ?
- Quelles pratiques les soignants d'Espace Santé **ont-ils** sur le terrain pour favoriser l'*empowerment* des patients atteints de maladies chroniques ?

Afin de répondre à ces interrogations, il est nécessaire de recueillir les vécus, les représentations et les ressentis des soignants. Ces éléments, de nature qualitative et non quantifiable, permettent une meilleure compréhension des réalités de terrain⁶². Ils s'inscrivent dans une approche sociologique et anthropologique, donnant accès à la subjectivité des acteurs et à leurs dynamiques relationnelles. Comme l'indique Dumez, cité par Thunus S. (2023)⁶³ : *“Dans les approches qualitatives, l'accent doit être mis sur les acteurs, et non sur les variables. Ce point paraît évident et ne l'est pourtant pas. La recherche qualitative suppose que l'on voie... les acteurs penser, parler, agir et interagir, coopérer et s'affronter. Si l'on ne perçoit les actions quotidiennes, répétitives, les routines et au contraire, la créativité de l'agir, si l'on ne voit les évolutions, les déplacements, les ruptures dans les pratiques, ... la recherche qualitative perd*

tout son sens. C'est tout cela que recouvre la notion de compréhension.”. C’est à travers ce qu’ils expriment de leurs routines, de leurs pratiques, de leurs innovations et de leurs tensions que la richesse du matériau qualitatif prend tout son sens. C’est donc naturellement que nous avons opté pour une méthodologie qualitative⁶⁴.

Par cette recherche, nous avons un double objectif, d’une part, identifier les pratiques déjà en place au sein de la maison médicale et leur alignement avec les principes de l’*empowerment* ; d’autre part, évaluer dans quelle mesure, ces pratiques ont un effet sur l’adaptation psychosociale des patients chroniques à leur maladie. Pour y répondre, trois entretiens ont été menés successivement. Le premier entretien a été mené en septembre 2024, le second en novembre 2024 et le troisième en mai 2025. Chacun des entretiens a nourri la construction du suivant, dans un processus itératif en collecte et analyse des données. Ce choix méthodologique nous a permis d’approfondir les pratiques des soignants, de faire émerger leurs représentations, et de mieux saisir la manière dont ils perçoivent leur rôle dans l’accompagnement à l’*empowerment* des patients chroniques.

Cette première recherche constitue une étape fondamentale dans l’analyse des dynamiques de soins centrées sur le patient, et est la base d’une perspective d’élaboration de changements.

Chapitre 1. Echantillon

Notre population cible a compris l’ensemble des travailleurs de la maison médicale, soit 22 personnes. Il s’agissait d’un groupe naturel⁶⁵, tel qu’il existe dans la réalité. Le seul critère d’inclusion était d’être membre de l’équipe, sans distinction entre soignants et non-soignants. En effet, la philosophie d’Espace Santé - comme dit plus haut - considère chaque membre de l’équipe comme acteur potentiel dans le parcours du patient. Les non-soignants, bien que n’assurant pas un suivi clinique direct, sont souvent en interaction avec les patients : accueil, gestion administrative, implication dans les réunions d’équipe et les projets collectifs. Ils participent aussi à l’accompagnement des patients mais de façon plus discrète. Leur inclusion était donc pertinente pour enrichir la compréhension globale des dynamiques d’*empowerment* au sein de la structure. Tous les travailleurs ont été invités à participer aux 3 entretiens et la sensibilisation s’est faite à chaque fois lors des réunions d’équipe précédant les entretiens.

De cette population de départ, les 22 travailleurs ont participé au moins une fois à un entretien, selon les colonnes 3-4-5. Les spécificités plus particulières de la population cible sont à voir en annexe 3.

Le nombre de participants a varié d'un entretien à l'autre, et les absences étaient liées à des formations, à des congés ou à des raisons de maladie. Une profession a été peu représentée durant tout le processus, celle des assistantes sociales. Les autres professions, pour la plupart, ont été représentées de façon majoritaire, sauf pour le dernier entretien où les médecins étaient peu nombreux, car beaucoup d'entre eux étaient soit en congé maladie, ou en congé de maternité. En résumé, notre population cible est composée comme suit :

Tableau de la population cible

Soignants	Population de départ	Entretien 1 1/10/24	Entretien 2 19/11/24	Entretien 3 20/05/25
Accueil	3	3	3	3
Administratif	3	3	3	3
Assistante Médecin	2	1	0	1
Assistants sociales	2	1	0	1
Infirmiers	3	3	2	3
Kinésithérapeutes	4	4	4	4
Médecins	4	4	4	1
Promotion à la santé	1	0	1	1
TOTAL	22	19	17	17

Chapitre 2. Collecte des données

Dans le cadre de cette recherche, nous avons opté pour la réalisation d'entretiens de groupe auprès des soignants. Ce choix méthodologique s'est imposé en raison de la souplesse offerte par l'entretien de groupe, mais surtout parce qu'il favorise l'émergence des représentations sociales des participants, construites de manière dynamique au fil de l'interaction collective. Il permet de recueillir la réalité vécue et les besoins exprimés dans un cadre participatif.

Selon Giroux et Tremblay (2009)⁶⁶, l'entretien constitue une méthode de collecte de données particulièrement adaptée à l'expression des points de vue personnels, en laissant aux participants la liberté de formuler leurs expériences avec leurs propres mots et selon leur propre compréhension des situations. L'entretien de groupe, plus précisément, évite d'enfermer les participants dans un cadre rigide ou stéréotypé, leur offrant au contraire un espace d'expression libre et spontanée. Cette posture s'inscrit pleinement dans les principes de la recherche qualitative, qui met l'accent sur les acteurs, leur subjectivité, leurs actions et leurs interactions. Comme le soulignent Blanchet (2000)⁶⁷ et Dumez (2013)⁶⁸, la recherche qualitative n'a de sens que si elle permet d'observer la complexité du réel, les pratiques, les routines, mais aussi les évolutions, les ruptures et la créativité des individus en contexte.

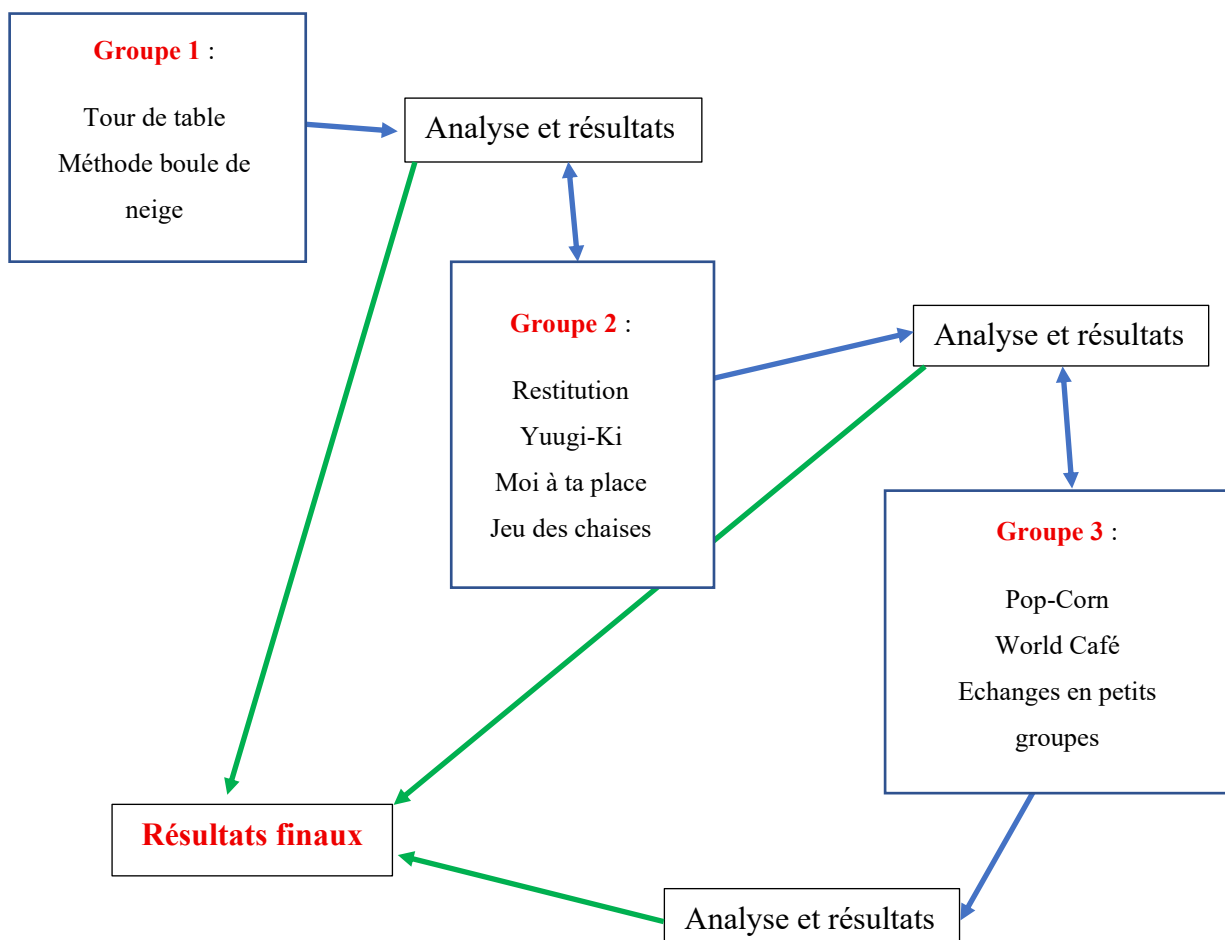
La construction des deux premiers entretiens de groupe a été réalisée en collaboration avec le CLPS du Brabant Wallon, le coordinateur de l'équipe d'« Espace Santé », ainsi que la responsable de la promotion à la santé au sein de la maison médicale. Le CLPS a également assuré l'animation de ces deux entretiens. Ce choix avait comme objectif de prendre de la distance par rapport à notre propre rôle de soignante au sein de l'équipe, afin de libérer la parole, de favoriser une posture d'écoute, tout en nous permettant, d'intervenir en tant que professionnelle lors des échanges. Pour le troisième entretien, nous l'avons conçu et animé avec la responsable de la promotion à la santé parce que nous voulions, d'une part, faire le lien avec ce qui avait été dit et vécu lors des deux entretiens précédents, et, d'autre part, mettre cela en parallèle avec ce qui se vivait intérieurement au sein de l'équipe pour guider sa construction et son animation plus en finesse au vu du thème abordé.

L'ensemble des entretiens ont été élaborés dans un processus itératif, s'adaptant aux contenus et dynamiques précédemment recueillis. Chaque entretien de groupe a ainsi bénéficié d'une préparation spécifique, intégrant des outils méthodologiques variés selon les objectifs poursuivis et les données recherchées. Les techniques employées avaient pour but de stimuler

la parole, d'encourager les échanges, et de faciliter l'expression individuelle au sein du collectif, en veillant à maintenir un cadre de confiance, propice à la libre circulation de la parole, des idées, des expériences.

Chapitre 3. Procédés et choix du matériel

Comme nous l'avons dit plus haut, l'objectif de ces entretiens de groupe, est de comprendre et voir s'il y a des pratiques favorisant l'*empowerment* des patients chroniques qui sont mises en place par les soignants, et découvrir comment ceci est mis en place au sein de la maison médicale. Nous voulons aussi de cette manière recueillir leur avis sur la question et découvrir ce qu'ils en pensent. Pour cela, nous avons procédé, comme mentionné ci-avant, à 3 entretiens de groupes. Lors de chaque entretien, nous avons le souci d'inclure tous les participants en grand groupe pour faire émerger les représentations générales. Dans certaines étapes des entretiens, nous avons aussi formé de plus petits groupes, afin de faciliter les interactions, et l'expression de chacun. Ceci s'est fait dans un processus itératif d'après l'analyse et les résultats. Nous pourrions schématiser notre démarche comme suit :



3.1. 1^{er} entretien de groupe

Le 1^{er} entretien de groupe s'est déroulé autour du thème : « *Le soin centré sur le patient* » ou formulé autrement par cette question : « *Que signifie, pour nous à Espace Santé, centrer le soin sur le patient ?* ». Ce thème a été retenu en amont de l'exploration des pratiques favorisant l'*empowerment*, car il nous semblait essentiel de vérifier d'abord si l'équipe soignante adhérerait à une approche centrée sur le patient – condition préalable à toute démarche d'*empowerment*.

L'entretien visait ainsi à récolter une première série d'éléments sur les représentations des soignants concernant cette posture (annexe 4). L'entretien s'est tenu le mardi 1er octobre 2024, lors d'une réunion d'équipe de trois heures. Dix-huit personnes y ont participé. Trois personnes étaient absentes : une assistante sociale en formation, une assistante médecin en congé et la responsable de la promotion à la santé souffrante.

La séance s'est déroulée en deux temps :

- **Étape 1 – Tour de table** : Chaque participant a été invité à proposer des mots ou des phrases illustrant sa propre compréhension de l'expression « *patient au centre* ». L'objectif de cette phase était de susciter la parole individuelle et de rendre visibles les représentations initiales de chacun. Les propos ont été notés sur un support collectif et clarifiés si besoin. (annexe 5)
- **Étape 2 – Méthode « boule de neige »** : Chaque participant a reçu une fiche contenant l'amorce suivante : « *Mettre le patient au centre, c'est quand...* » accompagnée de bulles à compléter à partir de situations vécues. Par la suite, les personnes ont été invitées à se regrouper en binômes, en privilégiant la multidisciplinarité professionnelle, afin de favoriser la diversité des regards et des expériences partagées. Les binômes ont ensuite été rassemblés en groupes de quatre. Chaque groupe avait pour tâche de synthétiser les éléments échangés lors des étapes précédentes, en formulant une définition collective du concept « *patient au centre* ». Cette définition devait être inscrite sur un grand support au format A5, et enrichie à l'aide de cartes « valeurs » jugées pertinentes par les participants (annexe 6). La méthode choisie s'inscrivait dans une logique de co-construction et de formation par les pairs, en partant de l'expression individuelle pour aller vers l'élaboration collective. Elle visait à faire émerger les savoirs expérientiels de chacun, tout en renforçant la cohésion et la réflexion interdisciplinaire au sein de l'équipe.⁶⁹

3.2. 2^{ème} entretien de groupe

Cet entretien de groupe a été conçu comme une continuité du premier, mais en ciblant plus spécifiquement la thématique « *Le soin centré sur le patient chronique* ». Le premier échange étant resté très général sur la notion de "patient", nous avons souhaité recentrer la discussion sur les personnes atteintes de maladies chroniques. L'objectif principal était de faire émerger les représentations partagées au sein de l'équipe concernant l'accompagnement de ces patients, tout en explorant le vécu et les pratiques professionnelles liées à cette prise en charge. Nous souhaitions également comprendre ce que les soignants vivent, perçoivent et mettent en œuvre lorsque le patient chronique est véritablement placé au centre du dispositif (annexe 7).

L'entretien a eu lieu le 19 novembre 2025 et a duré trois heures. Seize professionnels étaient présents. Une infirmière n'a pu participer pour raison de santé, deux assistantes en médecine étaient absentes en raison de la fin de leur assistantat, et deux assistantes sociales étaient en formation à l'extérieur.

L'échange s'est déroulé en quatre temps

1. **Temps de restitution** : Ce moment a permis de présenter et de valider collectivement la définition commune du concept « patient au centre » pour la Maison médicale Espace Santé, issue de la synthèse des définitions formulées lors du premier entretien. Cette étape a duré environ 30 minutes.
2. **Temps de jeu – YUUGI-KI** (annexe 8) : L'équipe a été répartie en deux groupes de huit soignants de secteurs différents afin de favoriser la diversité des échanges. Chaque groupe a été invité à participer au jeu YUUGI-KI pendant 45 minutes, avec l'appui d'un modérateur pour veiller à une répartition équitable de la parole. Ce jeu a été choisi pour sa capacité à faciliter l'expression individuelle, encourager la réflexion et favoriser la communication autour de sous-thèmes comme les envies, les souvenirs positifs ou négatifs, les points de vue divergents, ou encore les propositions de changement. Les participants sélectionnaient un thème et une arborescence (positive ou négative), puis s'exprimaient en fonction du nombre d'idées qu'ils souhaitaient partager. Chaque prise de parole venait construire un « arbre » collectif, structurant les échanges de manière visuelle et collaborative.
3. **Animation des « chaises parlantes »** : Durant cette séquence de 45 minutes, les participants ont identifié les différents rôles impliqués dans l'accompagnement d'un

patient chronique. Chaque rôle a été inscrit sur une chaise placée au centre du cercle. Les participants étaient invités à se projeter dans le rôle choisi et à s'exprimer à la première personne : « *Pour moi, [rôle], un accompagnement réussi, c'est...* ». Cette technique visait à stimuler la créativité, à favoriser l'expression libre et à encourager la réflexion collective autour de la coordination des acteurs.

4. **Temps « Moi à ta place... »⁷⁰** : Lors de cette dernière séquence de 20 minutes, chaque participant a été invité à formuler, en se mettant dans la peau de la structure de la maison médicale « Espace Santé », une proposition concrète pour améliorer l'accompagnement des patients chroniques en général. Cette animation a été choisie pour sa dimension ludique et libératrice, facilitant l'émergence d'idées innovantes et engageantes.

3.3. 3^{ème} entretien de groupe

Le troisième entretien de groupe s'est déroulé le 20 mai 2025 et a duré deux heures et demie. Dix-sept professionnels ont participé à cet échange. Quatre médecins étaient absents (pour cause de congé maladie, congé annuel, formation), ainsi qu'une assistante sociale, en formation.

Le thème de cet entretien était : « *Comment voyons-nous et vivons-nous l'empowerment en tant que soignants au sein de la maison médicale Espace Santé ?* ». Il s'inscrivait dans la continuité des deux entretiens précédents et poursuivait notre réflexion initiale. Cette fois, notre objectif était de centrer davantage le travail sur les représentations des professionnels quant à leur vécu, et à leurs pratiques favorisant l'*empowerment*. Nous souhaitions ainsi établir un lien entre ce qui avait été exprimé autour de la notion de « patient chronique au centre » et le concept d'*empowerment*, tout en identifiant les pratiques concrètes mises en place au sein de la structure (annexe 9).

Alors que les entretiens précédents avaient été menés avec des groupes pluridisciplinaires, nous avons choisi ici d'introduire un temps d'échange entre pairs, c'est-à-dire entre professionnels de même compétence. Cette décision a été motivée par le constat, lors d'échanges antérieurs, de divergences de représentations et de pratiques entre secteurs. Il nous a donc semblé pertinent d'approfondir cette dimension.

L'entretien s'est structuré en trois grandes étapes que nous avons animées en collaboration avec notre collègue, responsable de la promotion de la santé :

1. **Temps introductif – « Pop-corn »** (15 minutes) : La 1^{ère} phase de l'entretien a pris la forme d'un tour de table libre et spontané autour de la question : « *Pour vous, soignant à la Maison médicale Espace Santé, qu'est-ce que l'empowerment ?* ». Nous avons utilisé la méthode dite du « pop-corn », qui permet aux participants d'intervenir dans le désordre, selon leur inspiration, et de s'enrichir d'idées exprimées par les autres. Cette approche favorise l'expression intuitive et le décroisement des représentations. (annexe 10)
2. **Temps d'échange – World Café** (50 minutes) : La 2^{ème} partie a été menée sous la forme d'un World Café. Les participants, répartis en 4 sous-groupes intersectoriels, ont circulé entre plusieurs tables de discussion à thème. Chaque groupe a travaillé, d'abord, sur les freins à l'*empowerment*, puis, sur les leviers identifiés dans leurs pratiques. À chaque table, un rapporteur présentait la synthèse des échanges précédents permettant aux nouveaux arrivants de s'en saisir et d'y ajouter leurs propres idées. À l'issue des rotations, chaque rapporteur a restitué en plénière les apports de son groupe (annexe 11 et 12). Cette méthode a permis de faire émerger une pensée collective, construite par étapes, autour des dynamiques favorisantes ou entravantes à l'*empowerment* dans le contexte de soins.
3. **Réflexion par secteur de compétence** (30 minutes) : Dans un 3^{ème} temps, les professionnels ont été invités à se réunir par profession pour échanger sur la question suivante : « *Comment favorisez-vous l'empowerment de vos patients dans votre profession ?* ». Ces discussions ont été enregistrées afin de conserver une trace fidèle des apports. Ce temps avait pour objectif de stimuler les échanges d'expériences entre pairs, de nourrir la réflexion et de faire émerger des pistes spécifiques à chaque champ professionnel.
4. **Clôture – Retour en grand groupe** (15 minutes) : L'entretien s'est conclu par un retour en séance plénière permettant de partager les éléments principaux ressortis dans les groupes de pairs, ainsi qu'un temps de réflexion globale sur le processus engagé à travers les trois entretiens menés. Ce moment final visait à valoriser le cheminement collectif, à renforcer la cohérence de la démarche et à inscrire la dynamique dans une logique de co-construction continue.

Tout au long de ce processus d'élaboration des entretiens de groupe, nous avons adopté un processus itératif, dans lequel les analyses et les résultats, lors de chaque entretien, ont alimenté la préparation du suivant. Cette logique a permis une construction progressive et partagée de la

réflexion autour de l'*empowerment*, en tenant compte des spécificités professionnelles et du contexte des différentes pratiques.

Chapitre 4. Méthode d'Analyse des données

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons procédé, après la collecte des données, à la retranscription intégrale et à l'anonymisation des entretiens de groupe. Une première analyse mixte inductive puis déductive a été menée. Nous avons laissé émerger les thèmes que nous avons ensuite classés selon les 4 rubriques de classement prédéfinies par les sous-questions de recherche soit : ce que les soignants **connaissent, pensent, vivent, ont vraiment** comme pratiques favorisant *l'empowerment*.

Cette phase exploratoire visait à dégager les unités de sens ou thèmes émergents en lien avec *l'empowerment*, et nos sous-questions de recherche. Pour chacun des trois entretiens, une attention particulière a été portée aux représentations des soignants sur *l'empowerment*, à leur vécu à ce sujet, ainsi qu'aux pratiques qu'ils mobilisent pour le favoriser. Cette approche a permis l'émergence spontanée de nouvelles rubriques, facilitant une meilleure compréhension des dynamiques d'accompagnement vers l'autonomie des patients. Dans un second temps, pour approfondir notre compréhension de ce que font vraiment les soignants sur le terrain, et qui contribue à *l'empowerment* des patients, nous avons compilé les exemples concrets de pratiques, en référence au cadre théorique de Lemay (2007). Les résultats ont été analysés de façon déductive à travers les trois catégories du cadre conceptuel qui sont le soutien à la conscientisation, le soutien à la prise de décision et à l'action, ainsi que le soutien à l'évaluation des résultats.

Tout au long de cette démarche analytique, des échanges réguliers ont été menés avec la responsable en promotion de la santé ainsi qu'avec le coordinateur de l'équipe. Ces discussions ont permis de confronter nos résultats au terrain et de vérifier leur cohérence avec la réalité observée au sein de la maison médicale.

Enfin, notre analyse a pris à certains moments une forme descriptive, notamment pour rendre compte des faits tels qu'ils ont été rapportés. Elle est devenue plus interprétative lorsqu'il s'agissait d'explorer les dimensions subjectives et émotionnelles exprimées par les participants.

Chapitre 5. Résultats

Comme exposé dans la section dédiée à l'analyse, notre démarche s'est articulée en deux temps méthodologiques : une première phase mixte inductive-déductive, en partie ouverte à l'émergence spontanée de thèmes, suivie d'une deuxième phase uniquement déductive, guidée par notre cadre de recherche. Les résultats présentés ci-dessous visent à répondre à notre question de recherche : « *Du point de vue des soignants, quelles sont les pratiques soutenant l'empowerment des patients atteints de maladies chroniques, au sein de la maison médicale Espace Santé ?* ». Ils sont donc issus de ces deux approches complémentaires, et ont été recueillis auprès des professionnels de santé au cours des trois entretiens de groupe réalisés sur une période de neuf mois.

5.1. Résultats de l'analyse mixte : Ce que les soignants disent de leurs pratiques

A travers cette première partie de résultats, nous allons découvrir ce que les soignants **connaissent**, ce qu'ils **pensent faire** comme pratiques favorisant l'*empowerment*, et comment ils le **vivent**. (annexe 13)

5.1.1. *Ce que les soignants connaissent de l'empowerment*

a) Conceptualisation de l'empowerment

Lors du 3^{ème} entretien collectif, les professionnels de santé ont été invités à définir, par un mot, le concept d'*empowerment*. Les expressions recueillies ont été analysées et regroupées en quatre grandes catégories thématiques selon leurs explications et le sens que les soignants octroyaient aux mots. Voici ce qui est ressorti majoritairement des résultats.

➤ *Capabilité du patient*

Les soignants associent fortement l'*empowerment* à la capacité du patient à devenir acteur de sa santé. Des notions clés ont émergé, telles que « *capacité, connaissances, autonomisation (avec la notion d'apprentissage), la responsabilisation, prendre soin de sa propre santé, motivation du patient, autodétermination, libre arbitre, la confiance en soi, le choix éclairé* ». Ces éléments soulignent la conscience des soignants de l'importance d'avoir un patient actif, capable de faire des choix et d'assumer une part de responsabilité dans sa trajectoire de soins.

➤ *Appropriation des savoirs*

La dynamique d'*empowerment* est également perçue comme un processus d'apprentissage continu, dans lequel le patient acquiert progressivement des ressources pour mieux comprendre, décider et s'adapter. Les participants évoquent : « *compréhension, renforcement du patient, transmission de connaissances, émergence à partir de ses propres savoirs, apprentissage partagé, ressources acquises* ». Ce processus s'inscrit dans le quotidien, par petites étapes comme « *l'effet papillon* » exprimé par une kiné ou par les mots d'un médecin qui utilisait la métaphore en parlant de « *petits cailloux semés* » pour traduire une montée en compétences.

➤ *Pouvoir d'agir*

L'idée d'un patient **acteur engagé dans le soin** est centrale. Les mots utilisés « *pouvoir, agir, choix, travail quotidien, émergence de ses ressources* (sens donné : lorsqu'un patient est acteur de sa prise en charge et pleinement engagé, il développe progressivement les ressources nécessaires pour maintenir et renforcer cet engagement) » traduisent une vision dynamique du patient, reconnu pour sa capacité à participer activement à la construction de son parcours de santé.

➤ *La relation en lien avec le soignant*

Enfin, les professionnels soulignent que l'*empowerment* ne se joue pas uniquement à l'échelle individuelle : il repose également sur une relation de confiance, de collaboration et de co-construction avec le soignant. Cette dimension est illustrée par : « *collaboration, ensemble, équipe, confiance mutuelle (le patient et moi soignant)* ». Cette relation constitue un levier clé, tant pour encourager l'engagement du patient que pour favoriser une posture professionnelle réflexive et adaptée.

La définition commune sur l'*empowerment* travaillée à la fin du premier entretien reprend aussi les notions développées ci-dessus : « *Créer un environnement où le **patient est actif et partenaire** dans sa prise en charge. Cela repose sur une **coopération active** entre les soignants,*

*le patient lui-même et si nécessaire son entourage. Cette approche vise à **adapter les soins** aux besoins spécifiques de chaque individu, **en tenant compte** de son état de **santé**, de son **mode de vie**, de ses **attentes** et de ses **valeurs**. »*

A tout ceci se rajoutent d'autres notions recueillies lors des deuxième et troisième entretiens qui mettent en évidence une certaine connaissance des soignants par rapport aux leviers et aux freins à l'*empowerment*. Ces freins et leviers se recoupent et sont le miroir l'un de l'autre. Nous les avons classés en trois catégories. Il y a tout ceux liés au **contexte** ou extérieur au patient relevant de facteurs structurels et sur lequel les acteurs n'ont aucune prise directe : « *le contexte culturel et politique (non reconnaissance de la promotion à la santé dans les codes INAMI des soignants) dans lequel évolue le patient, le statut socio-économique ou déterminants de la santé reprenant le niveau d'étude, le contexte social, l'environnement, l'histoire de vie, l'accessibilité aux moyens de communication, la mobilité et proximité ou pas de structure de soins, l'entourage, la mobilité, le temps, l'existence de groupes de paroles* ». Ensuite, nous avons également relevé ceux liés aux **soignants** impliquant la posture de ces derniers « *l'empathie (comprendre ce que dit le patient, mieux on va le comprendre, mieux on va pouvoir l'aider et l'accompagner), bienveillance, bien connaître son patient, l'importance du lien patient soignant (= relation de confiance) mais aussi soignant-soignant, l'adaptabilité des soignants au patient, la communication (CNV, langue) versus non-communication, collaboration, vision globale du patient, accompagner le patient, valorisation positive, formation continue des soignants en ETP et entretien Motivationnel, la formation et formation continue des soignants* », ainsi que le travail en équipe comme « *la capacité de travailler en réseau, transdisciplinarité, cohérence de discours* ». Pour finir, il y a ceux liés aux **patients**, comme « *la motivation, l'envie d'aller -de changement (mode de vie, adaptation, petites choses, effet papillon), aller de l'avant, temps en fonction de la motivation (on en donne ou pas), meilleure santé globale augmentera la motivation et son empowerment, esprit ouvert au changement* » ; la littératie en santé « *compréhension, connaissances, capacité, croyance positive, adaptabilité* » ; ce qui touche à sa personne profonde, à son identité « *Incompréhension de sa maladie (dans le sens pourquoi ça m'arrive à moi ?), appropriation de la maladie, sentiment d'injustice, temps que le patient donne à sa maladie* » ; ses relations « *confiance thérapeutique, entourage* » ; sa temporalité « *A quel moment le patient est dans sa vie ? A quel moment le patient est dans sa maladie ? Plus il avance, plus il a d'expériences, de connaissances, de compétences et pourra se prendre en main* » ; sa maladie « *Incompréhension de sa maladie, appropriation de la maladie, sentiment d'injustice, temps que le patient donne à sa maladie* » ;

et ce qui est en lien avec le soignant : « *Manque de confiance envers le soignant, absence de lien thérapeutique* ».

A travers ces mots nous pouvons observer une certaine connaissance et compréhension du concept d'*empowerment* de la majorité des soignants.

De façon transversale, plusieurs constats se sont imposés au fil de l'analyse :

b) Une culture du patient acteur partagée entre les professionnels

L'analyse des entretiens met en lumière la présence d'une culture commune centrée sur le patient au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Ainsi une kiné insiste sur la nécessité « *d'expliquer le diagnostic et les options thérapeutiques dans son contexte de vie psycho-social, ses antécédents, sa situation socio-économique* », tandis qu'une accueillante évoque « *construire un projet ensemble avec le patient* ». Pour un médecin « *c'est le patient, les soignants et la communication autour des soins donc un aller-retour entre les soignants, et entre les soignants et le patient* », tandis que pour un autre « *C'est donner les clés pour qu'il comprenne sa maladie et qu'il puisse agir lui-même pour le rendre acteur, lui donner le pouvoir, l'autonomie, pour que cela vienne de lui, et pas qu'on le fasse à sa place.* ». Enfin un responsable administratif a exprimé dans la définition d'un des groupes de travail lors du premier entretien « *dans un but d'autonomie du patient, le questionner et le renvoyer sur ses compétences et ce qu'il peut mettre en place déjà pour s'aider lui-même, ses ressources. (...)il a besoin d'une compréhension de sa pathologie, de son état, il a besoin d'une bonne compréhension qui est la sienne plus ce que tous les acteurs de santé peuvent lui donner (...)* ».

c) Résonance de l'*empowerment* différente selon les profils professionnels

Nous observons aussi qu'il n'y a pas une compréhension homogène du concept. La manière dont il est appréhendé, nommé et mobilisé dans les pratiques quotidiennes varie sensiblement en fonction des professions. Certains soignants en fonction de leur métiers ont une conception assez large de la notion d'*empowerment*, intégrée à leur posture clinique. Un infirmier résume cette vision globale : « *ça reprendrait tous les concepts quasi qu'on a cités, c'est le patient au centre enfin moi j'ai vu dans mes cours, c'est l'*empowerment* global, ça reprend tous les autres concepts. Ce serait lui remettre la responsabilité, ce serait travailler avec lui, ce serait l'avoir dans nos décisions, tenir une communication, coordonner les soins avec lui, ...* ». D'autres, comme une assistante médicale mettent l'accent sur la réciprocité de la relation thérapeutique :

« il y a peut-être la notion de confiance aussi, il faut que le soignant ait confiance au patient comme le patient ait confiance dans le soignant aussi ».

- Chez la majorité des kinésithérapeutes, le concept d'*empowerment* semble relativement bien identifié, mais sa mise en œuvre s'inscrit dans une posture ambivalente, à la fois participative et dirigiste. Ainsi, certains propos pour la majorité relèvent d'une volonté d'écoute et de co-construction : *« Il y a aussi le fait de reconnaître que des fois pour le patient, c'est pas le moment, on ne peut pas être dans cette optique d'empowerment, tu vois par rapport à son contexte de vie ou euhhh, parfois il a des freins et parfois, le fait de l'accepter, de l'écouter lui permet plus tard d'y revenir, que si on force, ça ne marchera pas. »* ; ou encore *« le patient nous dit clairement qu'il ne le fait pas, mais c'est de lui dire est-ce que vous êtes prêt maintenant à faire votre traitement maintenant ? Est-ce que c'est votre priorité maintenant ? Ou est-ce que l'on remet cela à plus tard ? Donc il faut les rentabiliser (les séances) et les faire au moment où vous pensez que vous serez dispo pour cela et que vous serez acteur de votre traitement. »* ; ou encore *« remettre le patient face à ses responsabilités, il vient après 5-6 séances et il dit ahhhh, je ne vois pas, ça n'avance pas, et tout ça, oui mais qu'est-ce que vous avez changé ? Ok rien, et quoi ? Qu'est-ce que vous pensez qu'il va se passer si euhhh, si vous ne faites pas la démarche. Le requestionner par rapport à cela »*. Cette volonté d'impliquer le patient coexiste toutefois avec une certaine tendance à la responsabilisation univoque et parfois culpabilisante.

Ce discours dirigiste a évolué à travers les entretiens, et s'est adouci vers une prise de conscience et plus d'ouverture. En effet, lors du premier entretien, voici ce que l'une disait :

« Alors le patient, il a son traitement qu'il prend ou non, on l'adapte ou non selon ses souhaits donc on doit avoir une écoute active et au rythme du patient, mais le patient doit aussi de temps en temps nous écouter, cela va dans les deux sens. ». Voici le discours au troisième entretien : *« On va même peut-être plus loin dans l'entretien motivationnel, ...en fait, tu pars de ce que lui connaît pour argumenter... mais seulement s'il veut. Donc, tu demandes ce que lui sait à ce sujet-là, et puis après est-ce que vous voulez aussi ce que moi je sais ? Et si il veut pas ben ... il veut pas et ça veut dire que de toute façon, on n'ira pas loin maisC'est sa décision ! C'est sa décision de savoir »*.

- Chez les médecins, l'*empowerment* semble moins conceptualisé. Certains se montrent peu familiers avec des outils tels que l'ASCOP ou le GOC. : *« GOC ou ASCOP ça veut dire quoi tout ça ? (...) Ça a l'air intéressant comme approche. »*. D'autres questionnent les contours du concept, se demandant si des pratiques informelles telles que l'explication d'un traitement relèvent déjà de cette approche : *« Quand tu proposes un médicament, tu dis ce en quoi il est bien et ce qu'il va t'apporter et machin, et donc je ne sais pas si c'est ça l'empowerment ? »*.
- Du côté du personnel de l'accueil, les discours témoignent d'une non connaissance de ce qu'est l'*empowerment* et comment on en fait : *« c'est vrai que ça me fait penser un peu à ce que l'on disait tout à l'heure, peut-être qu'on fait de la promotion à la santé, mais qu'on ne le sait pas. Et donc euh, parfois ça ferait du bien aussi de se dire et bien ce que je fais là c'est la promotion à la santé donc j'englobe et moi aussi je participe au projet ... »* ou encore *« on n'est pas toujours conscient de tout cet enjeu-là ben, on fait des trucs de manière automatique mais on ne sait pas que, on ne sait pas ce que l'on fait ... et l'importance que ça a ! - oui c'est ça clairement quoi ! De pas toujours douter et pouvoir se dire ok et bien là je suis dans le bon et ce que je fais c'est vraiment dans l'intérêt de cette prise en charge donc voilà. »*. Ils en font sans s'en rendre compte, bien que présente, la promotion à la santé n'est pas encore suffisamment traduite dans une appropriation partagée.
- Enfin plusieurs professionnels expriment des tensions internes liées aux limites perçues de leur rôle face à l'autonomie du patient. Cette ambivalence est particulièrement marquée dans les situations de non adhésion ou de refus de soins : *« c'est très frustrant, pour certains d'entre nous quand tu sais que tu peux faire quelques chose pour lui et qu'il refuse et ça c'est à l'encontre de certaines valeurs »* dit une kiné ou encore *« Mais du coup, où est-ce que sont nos limites là-dedans ? »* interroge un médecin, et *« Toute cette ambivalence jusqu'où je vais ? et jusqu'où le patient a ... - Oui justement c'est jusqu'où le soignant va, pour voir, pour être en accord ? – en respectant le patient – pour ne pas s'épuiser non plus ? »* complète une infirmière. Il apparaît un besoin de définir des repères communs concernant l'accompagnement des patients, prenant en compte à la fois leur autonomie et les limites inhérentes aux rôles professionnels et humains des soignants.

5.1.2. *Ce que les soignants pensent faire comme pratiques favorisant ou défavorisant l'empowerment.*

d) Pratiques que les soignants pensent faire et **favorisant** l'empowerment :

Les soignants interrogés identifient un ensemble de pratiques favorisant l'empowerment, parfois partagées entre les professions, parfois spécifiques à certaines. Ces dites pratiques témoignent d'une posture globale d'accompagnement, de co-construction, d'adaptation du parcours de soin.

➤ *Etre disponible et à l'écoute.*

En effet, tous les professionnels parlent de leur disponibilité et de leur écoute à travers les différents entretiens comme pilier fondamental de la relation thérapeutique. Il ne s'agit pas seulement de répondre à une plainte médicale, mais d'accueillir aussi le patient dans sa globalité et ses propres besoins : *« ils ont rendez-vous quand ils demandent et souvent »*, dit une accueillante, ou *« on les a habitués à répondre à leurs demandes »* renchérit un administratif, *« on en a déjà eu qui venaient montrer leurs photos de vacances car c'était important pour eux. »* exprime une accueillante, et un médecin dit *« tu as une journée de consultation, sur ta semaine, sur ma semaine personnellement, il y a des jours où je ne sors pas mon stéthoscope »*. Ceci est complété par l'empathie exprimée par un médecin *« prendre la personne en considération, pour tout ce qu'elle apporte, mais dans sa problématique pour laquelle il faut tout le temps garder ce niveau d'empathie »*. Les propos recueillis font apparaître que l'écoute, la place accordée au patient et l'empathie sont perçues par les soignants comme des éléments facilitant la reconnaissance du vécu, des émotions et des limites du patient. Ces attitudes sont associées à l'instauration d'une relation thérapeutique de qualité.

➤ *S'adapter*

Les soignants soulignent l'importance d'adapter leur posture, leur discours, et leurs actions en fonction de chaque patient, de sa maladie, de son état émotionnel, et de sa situation de vie. Ainsi une accueillante exprime : *« On s'adapte à la personne qu'on a en face de soi quoi, en fonction des besoins, de la maladie des besoins, selon la situation. Quelqu'un qui est psy, tu ne vas pas le prendre de la même manière. »* et une autre : *« C'est vrai qu'on a une manière d'accueillir qui est différente selon la situation et la réalité des patients »* ou encore un infirmier disait : *« Ben, du coup tu fais, un peu à la semaine, au jour le jour, avec elle et tu dois*

t'adapter. », et une kiné partageait : « on essaie de trouver avec le patient ce que lui, il peut mettre en place au quotidien vis-à-vis des exercices ».

➤ **Etablir une relation de continuité**

Cette notion de continuité relationnelle permet de créer un lien fort qui est perçu par les professionnels comme un levier dans l'accompagnement. Nous pouvons comprendre cela à travers ce qu'exprime une accueillante *« je garde ce lien avec certains patients qui, du coup, viennent plus souvent, et qu'on apprend à connaître, et du coup il y a une relation qui se crée, un lien particulier avec eux, c'est ça qui me marque, et c'est comme ça aussi que nous, on comprend que ce sont des patients qui ont une maladie plus chronique. On les revoit tous les X temps. C'est des patients à qui on ne doit même pas demander qui c'est, on sait qui ils sont et on apprend vraiment à nouer un lien de confiance. »* ou encore un administratif *« s'ils vous parlent, c'est qu'ils sont en confiance avec vous ! Il faut pouvoir installer un lien »*. Ceci révèlent que le lien établi entre soignants et patients va au-delà du cadre formel des soins, s'inscrivant dans une relation de proximité perçue comme sécurisante. Cette relation est mentionnée comme un facteur soutenant l'engagement du patient.

➤ **Favoriser le lien social**

L'*empowerment* est également soutenu par la création de réseaux relationnels, notamment à travers les activités collectives, perçues par ces derniers souvent comme espace de soutien mutuel. La responsable de promotion de la santé au sein de la maison médicale témoigne, lors du deuxième et troisième entretien, avec ces mots : *« ce lien est fait d'attaches, de, de liens relationnels qui s'installent ici et que souvent ils vont chez les soignants, mais alors après dans les activités, le lien ne se fait pas d'office avec moi mais plutôt entre eux ; du coup, il y a vraiment ce réseau. L'autonomiser, c'est pouvoir se sentir moins démunie en fait et moins seul face à cette maladie que l'on ne comprend pas (...). Et moi j'ai vu, je vois quand même lentement mais sûrement des améliorations dans les gens qui viennent, peut-être pas physique, car les pathologies physiques, elles restent, mais dans euhhhh leurs attitudes face à leur pathologie à force de venir ici tout le temps, et le fait d'en parler entre eux, puis le soutien qui se crée des gens qui étaient très seuls avant, puis maintenant qu'ils se soutiennent beaucoup plus ... »*. Cette dynamique collective favorise un sentiment d'appartenance, réduisant l'isolement, ce qui renforce la résilience individuelle.

➤ Responsabiliser le patient

Favoriser l'*empowerment* passe aussi par l'apprentissage de la prise d'initiative et par une certaine forme de responsabilisation. L'objectif est que le patient devienne acteur de sa santé, dans la mesure de ses capacités. Un médecin nous racontait : *« les patients, quand ce n'est pas urgent, évidemment qu'ils te demandent de prendre un rendez-vous à leur place. Moi, si ce n'est pas urgent et quelqu'un d'hyper dépendant, qui n'a pas de téléphone, qui ne sait pas gérer cela, je ne le fais pas, euhh ça, c'est chacun gère sa santé quoi ! »*, une infirmière quant à elle confiait : *« on les encourage aussi au rendez-vous de santé, de se suivre, et parfois, on prend aussi - pour ceux qui ne savent pas le faire - les rendez-vous. On ne les prend pas par la main pour y aller, mais on les responsabilise pour y aller »*, et une accueillante exprimait : *« par exemple, les ordonnances euhhh on va les rediriger vers euhhhh, moi je les redirige, vers euhhhh, l'application, mes médicaments, comme cela, vous n'appellez pas à chaque fois pour voir si vous avez votre ordonnance, au moins vous êtes autonome, et vous ne dépendez pas de nous entre guillemets »*.

➤ Co-construire

Certains soignants insistent sur la nécessité de construire ensemble le projet de soin, en tenant compte des savoirs, du rythme du patient, et de ses objectifs. Ainsi, une infirmière nous a dit : *« c'est une co-construction avec les savoirs de chacun, et ensemble, on construit pour arriver à un endroit où lui désire arriver et à son rythme »* et une assistante en médecine exprimait : *« oui, c'est ça, c'est expliquer ta démarche intellectuelle quoi... pour que eux-mêmes se l'approprient et la valide, que ce ne soit plus un truc, moi, je connais, et toi, tu es passif et tu dois faire ce que je te dis. »*

Une co-construction permet de fixer des objectifs thérapeutiques avec le patient, base de l'accompagnement en éducation thérapeutique. Ceux-ci aident les patients à acquérir des compétences et des connaissances, une capacité de choix, pour une meilleure gestion de leur maladie, ce qui favorise leur *empowerment*. Une infirmière a exprimé cela en disant : *« On fixe aussi avec les patients des objectifs qu'on réévalue avec eux, et on voit en quoi, et pourquoi ça a été ou pas. »*, une kiné, elle partageait ceci : *« qu'est-ce qu'il a compris, où est-ce qu'il veut aller ... le questionner régulièrement en fait. Parce que des fois, au fur et à mesure de la pathologie, dans les pathologies plus longues, l'objectif va varier. »*

➤ **Solliciter le patient pour qu'il utilise ses ressources**

Mobiliser les ressources des patients permet à ceux-ci de participer activement aux décisions qui les concerne. Ceci renforce leur sentiment de pouvoir agir et contrôler. Une infirmière expliquait : *« donc, vraiment faire appel à ses ressources pour que, avec les ressources qu'il a, il puisse agir en fait. C'est vraiment ça l'autonomiser. »* ; un médecin, quant à lui, expliquait : *« par exemple faire régime ou des trucs comme ça, c'est je les fais écrire tout ce qu'ils mangent et puis on regarde ensemble et ils modifient ce qui ... oui »*

➤ **Faire de la littératie en santé**

Les soignants affirment nourrir l'information, visant à améliorer la compréhension de la maladie par les patients. Ce que les dires d'un médecin dans le second entretien illustrent : *« c'est ça les problématiques des maladies chroniques, c'est toute la difficulté, et d'accepter aussi peut-être que... bien voilà, il ne sait pas faire plus actuellement, il faut chaque fois rappeler ou conseiller ou euhhh lancer une petite piste ou euhhh un petit caillou, pour que cela évolue peut-être ou pas »* ou ceci exprimé par une kiné : *« Il y a aussi tout ce qui est explication de la pathologie. On est quand même là pour lui donner accès à des connaissances qu'il n'a peut-être pas. »*. Ces actions contribuent à augmenter les compétences du patient, pour gérer sa maladie au quotidien.

➤ **Travailler en interdisciplinarité**

Les professionnels soulignent le bénéfice de travailler en équipe interdisciplinaire. Ceci permet de croiser les regards et d'avoir une approche globale du patient grâce aux approches professionnelles différentes. Une accueillante, lors du deuxième entretien, exprimait : *« il n'y pas que la promotion à la santé, on peut l'envoyer aussi au service social, il y a les infis, il y a vraiment cette pluridisciplinarité où on peut l'envoyer non seulement vers le réseau, mais ici c'est vrai qu'on fait beaucoup pour les patients chroniques aussi »*. Ce qu'un infirmier lors du deuxième entretien partage aussi en disant : *« en concert, quand on doit parler d'un patient ici, ou pendant une réunion d'équipe, c'est dire, mais voilà, je me retrouve un petit peu dans un entre deux, je ne sais pas trop et donc on en discute avec tous les intervenants et acteurs qui gravitent autour du patient. Donc, c'est parfois le plus enrichissant et c'est là aussi où l'on arrive à dénouer les nœuds qu'on croyait insurmontables. »* ; ou un médecin qui exprimait : *« d'être ouverts à la réflexion des patients chroniques, et de justement, d'avoir la promotion à la santé, et d'avoir d'autres choses comme ça, euhhh autour, ça aide déjà un peu dans la prise en charge en tant que telle, et le côté multidisciplinaire aussi, ça aide beaucoup je trouve. Le fait d'avoir des collègues avec qui on parle, on peut poser des questions, qu'ils soient infis,*

kiné, médecins. » ou encore, les propos d'un administratif lors du deuxième entretien : *« voir les échanges pluri et transdisciplinaires, et de parfois même participer à une discussion alors que je ne suis pas du personnel soignant, accueillant, gestionnaire d'infrastructures, admin, etc. En tout cas, vu de l'extérieur, c'est enrichissant, de voir comment les esprits échangent, par rapport à des situations, et ça permet en tout cas pour moi, d'avoir une vision beaucoup plus contextualisée, de la prise en charge, plutôt qu'un point de vue purement médical, etc. donc, c'est très intéressant parce que ça permet de comprendre vraiment »*. Cette interdisciplinarité est vécue comme un facteur clé dans la construction de solution adaptée avec le patient.

➤ **Environnement institutionnel favorisant**

L'environnement institutionnel joue un rôle facilitateur grâce au modèle du forfait, qui permet d'accorder du temps et de la disponibilité non conditionnés par des actes codifiés. Des infirmiers ont dit lors du deuxième entretien : *« on fait parfois du soutien psychologique, et où juste, on y va, mais c'est quelque chose qui est possible grâce à la maison médicale, mais qui serait impossible ailleurs, parce qu'il n'y a pas de codes, je veux dire, tu ne sais pas le quantifier en fait. Nous, on a le temps et on peut donner le temps et cette énergie-là »* et encore ceci *« les situations qui sont plutôt plus limites, il disparaît de la consultation classique et il s'envenime tout seul, tandis que nous, on a beaucoup plus de moyens d'aller le rechercher d'aller le prendre à gauche et à droite que ce soit entre MKI ou secteur social »*. Ce temps et cette disponibilité sont essentiels comme nous l'avons vu plus haut pour développer le sentiment d'être pris en considération, entendu et reconnu qui va favoriser l'alliance thérapeutique nécessaire développement de l'*empowerment*.

Pour les deux secteurs « non médicaux » à savoir l'administration et l'accueil, ce processus des trois entretiens fut une prise de conscience progressive de leur rôle dans la promotion à la santé et dans la dynamique d'*empowerment* auprès des patients. Ils ont découvert que cela passait notamment par le soutien des soignants et de l'environnement qu'est « Espace Santé », ainsi qu'au niveau de la vulgarisation des activités communautaires et du lien avec les patients. Lors du deuxième entretien, une accueillante livrait ceci : *« on facilite la vie avec la maladie et on met en place une manière de vivre avec sa pathologie chronique et on lui permet d'avoir toutes les ressources nécessaires pour vivre au mieux et avoir cette résilience et relation à la vie pendant sa maladie »*.

e) Pratiques actuelles **ne favorisant pas** l'empowerment selon les soignants

Au travers de ce qui précède, nous avons vu que les soignants pensent faire beaucoup de choses. Ils sont toutefois conscients qu'ils peuvent faire mieux. Des exemples de ces limites de pratiques sont illustrées. Celles-ci relèvent autant de leur posture professionnelle que de facteurs structurels, relationnels et systémiques.

➤ *Posture de soignant centré sur la guérison*

L'un des freins majeurs se trouve dans la conception du rôle de soignant, souvent orienté vers la guérison, le « sauvetage » du patient. Les propos recueillis mettent en évidence une tension entre certaines postures professionnelles et les objectifs généralement associés à la prise en charge des maladies chroniques, comme, par exemple, l'amélioration de la qualité de vie du patient avec sa maladie. Une accueillante exprimait à ce sujet : *« du point de vue du soignant, l'issue doit être la guérison ou voilà (...) Finalement, c'est comme si c'était un échec alors que euhhh finalement la vie avec sa maladie (...) mais c'est comme si, pour le soignant, ne pas sauver, c'est un échec »* et un médecin a dit : *« c'est toute la difficulté, d'accepter, aussi peut-être, que eh bien voilà, il ne sait pas faire plus actuellement »* et une kiné compléta par *« Toute cette ambivalence, jusqu'où je vais ? (dans le soin) »*, tandis qu'une assistante en médecine expliquait : *« tant que le patient a eu toute l'information et qu'il prend sa décision de manière éclairée, si tu as bien tout donné et bien c'est pas facile, mais il faut pouvoir se dire que j'ai donné toutes les infos et c'est sûr et certain qu'il les a comprises, les enjeux de ne pas se prendre en charge, mais après je ne peux pas le faire à sa place »* et un médecin confiait : *« en tant que soignant, tu as envie que tes patients soient pris en charge correctement, de faire du mieux que tu peux, et qu'ils soient bien suivis, et donc justement avoir tous ces patients chroniques, tu vois, et tu sais que des patients dans les 5 ans ou 10 ans, ils ne seront plus là parce qu'ils vont faire un infar à cause de leur diabète mal équilibré, c'est compliqué ... »*.

➤ *Accompagnements tournant en routine*

Le suivi régulier et répété de patients chroniques peut entraîner une forme d'automatisme, de désengagement du soignant, de banalisation des plaintes. Un médecin confiait à ce sujet : *« c'est vrai qu'un patient que l'on voit à chaque fois tous les mois, on a tendance à s'enfermer dans le « lui il a cela, point barre » on renouvelle sans spécialement faire attention, on se dit qu'on le connaît »* tandis qu'une kiné exprimait : *« quand on a des patients chroniques, on s'enlise un peu dans une routine de traitement (...) donc, plus fréquemment remettre en question la routine, d'un patient chronique »*.

➤ **Manque de formation**

Plusieurs soignants se disent démunis face à certains profils de patients. Un besoin de formation est exprimé tout au long des entretiens notamment en communication et en outils favorisant l'empowerment en promotion à la santé. Une kiné confirmait : *« on n'est pas formé pour ça, et moi, je suis complètement démunie devant une personne qui vient que pour..., je pense à des patients fibro euhhh, ils ont toujours des douleurs à gauche et à droite, mais qui viennent ou qu'ils ne viennent pas, les douleurs, elles sont là donc euhhhh et donc je ne suis pas armée et c'est pas la partie du boulot que moi je préfère ... »* et un médecin partageait : *« un besoin de mieux m'armer face au patient et son profil, pour que moi je puisse bien appréhender »*.

Une minorité de soignants ont exprimé les points ci-dessous :

➤ **Temporalité différente entre le soignant et le patient**

Un décalage est ressenti entre la volonté du soignant d'avancer dans le soin, et le rythme personnel du patient qui n'est pas prêt, traduit par un infirmier par ces mots : *« pour moi, c'est plus le le le... au rythme du patient qui peut être parfois un frein au niveau de la prise en charge, parce qu'on veut tellement lui laisser le temps et l'espace qu'au final, on lui laisse trop couler dans certaines situations »*.

➤ **Collaboration avec la seconde ligne**

Cette collaboration n'est pas perçue comme toujours facile, car ce sont deux logiques et réalités différentes qui doivent s'articuler pour un bon accompagnement des patients atteints d'une maladie chronique. Une infirmière disait à ce sujet : *« une meilleure relation avec les spécialistes, qu'il n'y ait pas qu'une petite maison médicale qui essaie d'avoir juste cette vision globale »* et un médecin : *« quand on doit aller contacter un spécialiste, parfois, on n'est pas dans les mêmes réalités »*.

➤ **Motivation du patient**

Certains patients, bien qu'informés, n'expriment pas le désir de changer pour préserver un certain statut personnel. Une kiné nous a partagé : *« la propre motivation du patient ? J'ai eu plusieurs fois le cas d'un papa qui bosse beaucoup beaucoup. Pour le moment, il est en incapacité, c'est la première fois qu'il passe du temps avec ses enfants, et en fait, il est content d'être à la maison et de voir ses enfants. Du coup, il est content d'être sous-certificat et n'accepte pas de faire les exercices pour aller mieux. »*.

➤ *Injonction des facteurs extérieurs*

Les soignants pointent aussi les limites structurelles, sociales, politiques et économiques qui influencent les accompagnements. Ils se rendent compte que c'est un changement de paradigme qui doit avoir lieu au sein du système de santé : sortir de celui centré sur la maladie pour donner plus d'espace à la prise en charge globale des problèmes de santé. Ainsi notre coordinatrice de la promotion à la santé exprimait : *« la médecine devrait aussi changer et englober justement plus le psycho-social, alors on n'est pas formé pour..., mais ces gens qui viennent et qui sont là tout le temps, on sait qu'il y a plus de psychosomatique là-dedans et c'est donc plus prendre ça en compte plutôt que le pathologique. Et là, de nouveau, c'est cette notion de pathogenèse où on est tellement focalisé sur la pathologie politiquement parlant, financièrement parlant. »* et un médecin : *« il devrait faire du sport, mais il n'a pas les moyens pour aller à la piscine ou pour se déplacer, ou pour aménager son lieu de vie, pour ses médicaments, ... pour se faire des choses qui lui font du bien ».*

➤ *La place des aidants proches*

Le rôle émotionnel et logistique de la famille est souvent sous-estimé par les soignants et pas ou peu pris en compte. Les soignants ont exprimé que souvent, ils ne les intégraient pas assez.

Une kiné nous confia : *« la famille est un obstacle en fait. Ce que veut la famille n'est pas ce que veut le patient ou ce que veut un frère mais n'est pas ce que veut la sœur. De façon différente la famille peut être un frein, mais pas que, la famille parfois, c'est des aidants proches ou des voisins ou autres qui interviennent avec, sans mettre le patient au centre de ce qu'il veut vraiment. »* et un médecin : *« je pense à une situation où je trouve cela vraiment triste, c'est la famille dans la prise en charge des patients chroniques. C'est ne pas oublier la famille et ce qu'ils ressentent »* ainsi qu'un autre : *« pour avoir suivi un patient, qui est décédé d'un cancer euhhh deux ans plus tard, et d'avoir suivi sa maladie dans, au rythme et de la manière dont il voulait euhhh, finalement, quand il est décédé, les enfants ne s'y attendaient pas. Ils savaient qu'il était malade, mais comme tout se passait, soi-disant que cela allait aller mieux, que tout allait ... et puis le pire, c'est qu'actuellement, c'est que la femme doit gérer les dettes conséquentes à cette maladie de deux ans. »*

5.1.3. Comment les soignants vivent l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques

Le vécu des soignants dans l'accompagnement des patients atteints de maladie chronique vers l'empowerment oscille entre, d'une part, la valorisation professionnelle, et, d'autre part, la charge émotionnelle. En effet, les professionnels trouvent un sens à leur travail quand ils observent l'évolution positive chez les patients chroniques. Un accompagnement réussi leur procure un sentiment de fierté et de satisfaction, comme une petite victoire qui donne un sens à leur engagement dans la durée de l'accompagnement : *« Chaque fois, on a un patient qui nous dit merci pour tout ce que vous faites, et qui lui retrouve le sens aussi, grâce à notre passage, et je trouve cela tellement valorisant, de se dire que bèh ok oui c'est fatigant, oui c'est énergivore, mais on le voit, et on voit l'impact que l'on a sur la vie du patient. Et c'est quand même génial, de se dire qu'on a sans être un super héros, mais rien que dans des actions banales entre guillemets pour nous, ça peut être énorme pour lui »* exprimé par un inf.

A l'inverse, les accompagnements sont aussi perçus par les soignants comme énergivores en temps et en émotions. Un médecin exprime lors du second entretien *« voir des gens qui ne vont pas bien, ce n'est pas simple évidemment parce qu'on reste tous humains et empathique, donc c'est vrai que cette empathie-là est énergivore »*, une kiné renchérit : *« quand on est en kiné et qu'on enchaîne 4 personnes d'affilées, qui sont dépressives, et qu'on n'en peut plus, (...) je suis déjà juste en dépression rien qu'à le voir ... »*. L'épuisement émotionnel est amplifié par la nature chronique des pathologies, la lenteur de l'évolution, la charge mentale causée par la relation thérapeutique qui peut être complexe.

Au-delà de la fatigue émotionnelle, certains soignants expriment une frustration liée à un sentiment d'impuissance causée par la complexité des situations, l'imprévisibilité de l'évolution de la maladie. Ils soulignent les limites de leur rôle, et le fait que certaines choses échappent à leur contrôle. Un infirmier parle de son expérience en disant : *« on prend du temps de l'énergie chez des gens, et on pense que cela va aller vers un mieux, et on met tout en place, pour que cela aille vers un mieux, et au final, là pour le coup, c'est une fin trash, et donc c'est vrai que c'est assez frustrant, parce que, d'un coup, on n'a plus d'emprise, et on perd un peu tout ce que l'on a réussi à faire »* et un médecin complète en disant : *« moi, ça raisonne oui la frustration de ne pas être capable de tout... enfin ce que l'on ressent parfois (...) mon rôle c'est juste des petites choses parfois et ce n'est pas nous qui allons tout faire quoi. »*

5.2. Résultats de l'analyse déductive ou ce que les soignants font vraiment

Après avoir rapporté les dires des soignants, nous avons procédé à une analyse plus normative pour réinterpréter ce qu'ils ont exprimé en nous basant sur des faits concrets relatés, et ainsi interroger la réalité de leur contribution à l'*empowerment*, en référence au cadre théorique de Lemay (2007)⁷¹. Cette phase d'analyse permettra ensuite de confronter les représentations théoriques des soignants à leurs pratiques effectives sur le terrain. (annexe 14)

Ce travail d'analyse nous semble fondamental dans le cadre de notre projet financé par l'AViQ. Il permet de mettre en évidence les forces et les limites actuelles des pratiques professionnelles, au sein de la maison médicale, en matière de soutien à l'*empowerment* des patients atteints de maladies chroniques. Cette recherche offrira ainsi des pistes concrètes pour renforcer les dispositifs d'accompagnement, dans une logique d'amélioration continue de la qualité des soins et du soutien à l'autonomie des patients. Nous passons donc d'un regard sur ce que le soignant estime à un autre regard, plus objectivant sur la réalité.

Dans notre cadre conceptuel, nous avons repris les stratégies qui soutiennent l'*empowerment* décrites par Lemay (2007)⁷² qui distingue **3 stratégies de soutien** au processus : le soutien à la conscientisation, le soutien à la prise de décision et à l'action, et le soutien à l'évaluation des résultats. Cette partie de résultats s'appuie sur une analyse déductive, interprétés à la lumière de ces dimensions.

5.2.1. *Soutien à la conscientisation*

La première étape du processus d'*empowerment*, telle que définie par Lemay (2007)⁷³, repose sur la prise de conscience par le patient de sa situation, de ses besoins, de ses ressources. Ceci ne peut émerger que dans un environnement propice à l'expression de soi, à l'écoute bienveillante et à la reconnaissance du vécu de chacun. L'analyse des entretiens révèle que les soignants mobilisent une posture **d'écoute active** et **empathique**, condition essentielle à cette prise de conscience. Cette attitude se manifeste à plusieurs niveaux de la relation soignant-soigné. Une infirmière rapporte par exemple : « *quand ils ont des difficultés de parler avec leur famille etc, on les écoute, et on les aide à trouver la solution et à les encourager à communiquer eux-mêmes et retrouver la communication. Souvent, ils nous parlent, mais ne parlent pas à leur famille. Et nous, on les encourage à cela* ».

Au-delà d'une simple écoute passive, cette posture se traduit par une **reconnaissance** active de **la parole du patient**. Une kinésithérapeute évoque la nécessité de laisser de la place à l'expression personnelle dès le début des séances : *« et puis rien que le fait d'être à l'écoute du patient ! C'est ... il y en a qui me disent en début de séance, j'ai besoin de parler pendant 5 minutes de ça ... »*. Ce climat d'écoute attentive est particulièrement crucial dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques. La coordinatrice en promotion de la santé souligne combien il est essentiel de **reconnaître la personne dans sa globalité**, au-delà de la pathologie, et d'adopter une posture d'**empathie** constante : *« En promotion à la santé, j'ai des bénévoles en fait qui ont des maladies chroniques, c'est déjà génial parce qu'ils sont là, mais leur pathologie chronique est tout le temps présente, en tout cas ici, et donc il faut doublement prendre la personne en considération, pour tout ce qu'elle apporte, (...) il faut tout le temps regarder ce niveau d'empathie »*.

Cette capacité à l'écoute et à **reconnaître l'autre** ne dépend pas seulement des **compétences individuelles**, mais le **contexte institutionnel** semble jouer un rôle facilitateur important aussi. Une infirmière souligne ainsi que cette souplesse, indispensable à une écoute de qualité, est rendue possible grâce au fonctionnement au forfait de la maison médicale : *« nous comme infi, on fait parfois du soutien psychologique et ou juste, on y va, mais c'est quelque chose qui est possible grâce à la maison médicale, mais qui serait impossible ailleurs parce qu'il n'y a pas de codes »*. La qualité de l'écoute est intimement liée à la création d'un **lien de confiance**, qui constitue la base du processus d'engagement. Une des membres du service administratif confirme ce rôle central de la relation : *« s'ils vous parlent, c'est qu'ils sont en confiance avec vous ! Il faut pouvoir installer un lien »*.

Dans cette dynamique, le patient est invité à **devenir acteur** de son parcours, selon ses représentations, ses attentes et son rythme. Un médecin explicite son positionnement : *« ça tourne autour du patient et de la manière dont il voit la maladie, dont il l'a acceptée, et dont il veut la voir, la prendre en charge, l'évolution et tchic et tchac, et accepter ce qu'il entend et ce qu'il en dit à son entourage, accepter la prise en charge et au rythme du patient »* et une kiné dit ceci : *« Et plus, enfin j'ai l'impression que plus l'activité, la mobilité, le renforcement qu'on va lui proposer est ancré dans son récit de vie, et mieux ça marche quoi. »*. Cette **reconnaissance des désirs et objectifs de vie du patient** est également soulignée par une accueillante, qui illustre par un exemple concret, comment l'écoute peut conduire à une meilleure adéquation entre besoins et activités proposées : *« Tu vois par exemple, lors d'une inscription, il y a une nouvelle patiente de quatre-vingt et des ans qui est super en forme et*

tout, et elle me disait « je participerais bien au Qi-Qong ! » et elle me disait : « moi je bouge beaucoup », et je lui dis : « mais c'est un peu lent le Qi-Qong, à mon avis vous serez mieux en marche active », tu vois et donc en fait, elle s'est inscrite en marche active et elle fait des kilomètres et des kilomètres, mais tu vois le Qi-Qong, ça lui aurait pas euhhh, c'était trop lent ».

Les soignants semblent aussi s'appuyer sur une **éthique d'adaptation**, ajustant leurs propositions au vécu, à la temporalité et aux motivations fluctuantes du patient. Cela se traduit aussi par un questionnement régulier sur les objectifs de soins dont une kiné témoigne : *« je demande souvent au patient où est-ce qu'il veut aller ? ... je le requestionne régulièrement en fait. Parce que des fois au fur et à mesure de la pathologie, dans les pathologies plus longues, l'objectif va varier ».*

Enfin cette posture d'écoute et de reconnaissance se trouve **renforcée par une organisation interdisciplinaire**, où les regards croisés sur le patient enrichissent la compréhension de situation globale. Plusieurs extraits illustrent cette logique : *« Déjà en les informant – oui qu'il n'y a pas que des médecins, des kinés, et des infis quoi Qu'il y a pleins d'activités. – qu'on ne prend pas en charge que leur maladie, il y a plein d'autres choses pour soulager. – On fait attention à tous les aspects. »* raconte une accueillante ou *« je trouve cela facile que l'on communique entre nous, entre différents praticiens de la santé et que du coup, ça aide d'avoir une vision globale du patient et de sa prise en charge. »* confie un admin, ou encore *« j'ai l'impression le fait que déjà d'être ouvert à la réflexion des patients chroniques et de justement d'avoir la promotion à la santé et d'avoir d'autres choses comme ça euhhh autour, ça aide déjà un peu dans la prise en charge en tant que telle et le côté multidisciplinaire aussi, ça aide beaucoup, je trouve. Le fait d'avoir des collègues avec qui on parle, on peut poser des questions qu'ils soient infis, kiné, médecins. »* nous disait un médecin, et *« c'est ce que l'on fait déjà en concerté généralement quand on doit parler d'un patient ici, pendant une réunion d'équipe, c'est dire mais voilà je me retrouve un petit peu dans un entre deux, je ne sais pas trop et donc, on en discute avec tous les intervenants et acteurs qui gravitent autour du patient. Donc, c'est parfois le plus enrichissant et c'est là-aussi où l'on arrive à dénouer les nœuds qu'on croyait insurmontables. »* témoigne une infi.

En somme, cette étape de conscientisation ne repose pas uniquement sur des interactions individuelles, mais s'inscrit dans quelque chose de plus large, favorisant la réflexivité, le dialogue et la confiance. Les conditions d'écoute, d'expression et de reconnaissance y sont créées pour que le patient puisse s'engager dans le processus d'*empowerment*.

5.2.2. Soutien à la prise de décisions et aux actions à mener

L'analyse des entretiens menés auprès des professionnels de santé met en lumière la complexité de la richesse du processus de soutien à la prise de décision des patients. Ce soutien repose sur une étape fondamentale : l'instauration d'une **relation de confiance** entre soignant et patient. Une accueillante témoigne : *« on a aussi une relation privilégiée avec chaque patient qu'on prend chacun heuuu, qu'on écoute chaque patient, qu'on prend le temps avec tout le monde, chacun a sa place »*. La création de ce lien thérapeutique est une base indispensable à toute forme de co-construction dans le parcours de soins. Cette alliance permet ensuite de développer une **dynamique partenariale**, où le patient est pleinement reconnu comme acteur de sa santé. Les soignants soulignent l'importance de « faire équipe » avec le patient en valorisant les savoirs expérientiels et en considérant que chacun apporte une part essentielle à l'évolution positive de la situation. Une kinésithérapeute résume cette approche en disant : *« moi, je dis souvent qu'on est une équipe pour que cela aille mieux (...) Je dis : ben voilà, vous, vous m'apportez des choses, moi, je vous apporte des choses, euhhhh, mais c'est un travail d'équipe pour que ça, qu'on, que la pathologie puisse évoluer quoi. Je ne peux pas y arriver toute seule, et si vous êtes là c'est que vous n'y arrivez pas tout seul ! »*. Ce positionnement inclut **l'ouverture à des choix thérapeutiques variés**, parfois éloignés des standards médicaux habituels. Un médecin partage ainsi son étonnement face à des patients qui attendent différentes solutions : *« parfois en consult, mais plus pour des trucs psy etc ... donc le patient m'explique pourquoi il vient etc ... et puis de lui demander, mais qu'est-ce que vous attendez de moi, ou qu'est-ce que vous aviez imaginé ? et en fait parfois, tu te creuses la tête pour trouver des solutions, mais en fait le patient ben euhh ou tu te dis merde, je vais devoir mettre un certif, et il te dit mais en fait je n'ai pas du tout envie d'être sous certif, et euhhh j'aurais aimé que vous me proposiez et il va te dire d'emblée quelque chose à base de plantes, ou euhhh au contraire, moi j'ai envie d'un vrai gros médicament, j'ai besoin que vous me conseillez un psy, mais je trouve que ça, ça aide bien. »*. Ce respect des préférences contribue à **responsabiliser** le patient tout en l'inscrivant dans un **processus décisionnel partagé**.

Les professionnels veillent également à ce que les décisions soient **ancrées dans la réalité quotidienne du patient**, en adaptant leurs propositions à ses contraintes, ses habitudes et son environnement. L'objectif est de rendre les actions concrètes, atteignables, et compatibles avec la vie personnelle. Ainsi, des petits ajustements sont proposés pour favoriser l'intégration d'exercices thérapeutiques dans la routine existante comme une kiné qui expliquait : *« L'inciter*

à faire de petits changements sans que cela n'impacte trop sa vie au départ. Donc souvent, on met des exercices dans son quotidien. Euhhhmmm se brosser les dents en faisant un exercice, en soi, c'est faisable sur un pied, quelques squats ou un truc comme ça au point où quand il s'assied, il se relève trois fois, je veux dire qu'est-ce que les petits changements, c'est l'effet papillon, ce sont des petits changements qui impactent et puis après, ils disent : ah ! mais, je peux euhhhh, en fait je suis capable de faire plus. ». De petites modifications qui progressivement entraînent de grands changements. Dans le même esprit, certains kinés, par exemple, **adaptent** les exercices à la **vie familiale** : « Pour le quotidien, pour ceux qui ont des enfants, souvent je leur propose des activités qu'ils aiment bien faire avec leurs enfants et qu'on modifie. Comme ça, ça occupe les enfants en même temps. Par exemple, un monsieur qui doit travailler son équilibre sur un pied et son garçon adore faire des passes, ben j'ai proposé de faire des passes sur un pied avec son gamin et ça intègre dans son quotidien, c'est un jeu, et ça devient plus facile. ». Ces exemples témoignent d'une volonté de **soutenir la motivation intrinsèque** du patient, en **valorisant** ses ressources propres et les réussites même modestes dont un infirmier témoignait : « Je sais quand ma patiente psy n'allait pas bien, et était dans son gros down, je lui disais : trouvez-moi 3 choses, cette semaine, qui étaient positives, et elle arrivait à ressortir, bon c'était des petits trucs, mais elle me disait je suis sortie hier, mais c'est génial ! en plus, on était en hiver donc ce n'était pas simple et vous l'avez fait. Donc, ce sont de petites valorisations comme ça où euhhh ça fonctionne bien. ». Ces valorisations vont permettre de renforcer l'estime de soi des patients qui va être liée à son engagement. Cette valorisation associée à une posture accueillante et non jugeante, favorise l'**empowerment**, autrement dit, la capacité du patient à se sentir légitime et compétent pour prendre en charge sa santé.

Le soutien à la prise de décision passe également par une pédagogie active, visant à développer **la littératie en santé des patients**. Il ne s'agit pas simplement de transmettre une information, mais de vérifier sa compréhension, d'expliquer les enjeux, les bénéfices, les risques, et de renforcer les capacités de discernement comme l'illustre ce propos rapportés par une assistante en médecine « quand tu as un patient que tu rencontres pour la première fois pour quelque chose, de lui demander vous pouvez un peu me réexpliquer votre maladie, qu'est-ce que vous avez compris de votre maladie ? ce sont de bonnes questions pour voir ce que le patient comprend. » Plusieurs professionnels notamment médecins et infirmiers, interrogent régulièrement les patients sur leur compréhension : « quand tu proposes un médicament, tu dis ce en quoi il est bien et ce qu'il va apporter et machin... » exprime un médecin, ou encore « Je

pense à Mr Y celui qui a une grosse plaie au niveau du tibia, chez lui typiquement, il a maintenant un regard critique sur sa plaie parce qu'on lui a expliqué ce que nous on n'aimait pas dans une plaie, ce qu'on aimait bien dans une plaie, donc lui-même dit : « ah ! mais vous m'avez dit ça, mais regardez, ça a amélioré par rapport à tel jour » etc., et il commence à mieux comprendre et voir les éléments principaux d'un soin de plaie. » témoigne un infi.

Les **moyens pour transmettre l'information** sont diversifiés comme le montre ces verbatims : *« par exemple je donne des petites fiches »* exprime un médecin, *« Moi, je les redirige, vers euhhhh l'application mes médicaments, comme cela vous n'appellez pas à chaque fois pour voir si vous avez votre ordonnance au moins vous êtes autonome, et vous n dépendez pas de nous »* dit une accueillante. L'objectif étant de rendre le patient capable d'agir de manière éclairée.

Ce processus n'est pourtant pas continu. Certains professionnels évoquent les **limites** de leur **accompagnement**, notamment lorsque le patient ne s'engage pas, ou n'applique pas les recommandations comme l'illustre les propos d'un médecin : *« il n'avait pas capté ce truc-là et pour quoi c'était. Alors que quand ils comprennent, ils sont plus vigilants »* ou encore *« ce que je veux dire, ce dont je ne me fous pas, c'est le patient qui va venir une première fois pour son mal de dos, une deuxième fois, une troisième fois, pour lequel j'ai prescrit de la kiné et puis qui revient en disant, ça ne va pas mieux, et quand je pose la question, s'ils ont fait la kiné, ils me disent non, ça m'énerve et je ne m'en fous pas »*. Les propos recueillis indiquent que l'implication du patient dans la démarche de soin est perçue comme un facteur influençant l'évolution de son autonomie.

Enfin seulement quelques professionnels lors des entretiens évoquent l'importance d'inciter à la **mise en lien des ressources et à l'action concrète**, en guidant les patients vers une mise en mouvement progressive : *« On l'a autonomisé sur le fait que c'est lui qui commence à nettoyer sa plaie lui-même avant qu'on arrive, pour gagner du temps, mais ça lui permet aussi de reprendre un peu le contrôle de sa propre plaie et de sa jambe quoi. »* exprime un infi, et *« je pense encore à une patiente qui était complètement desséchée, et je le lui ai verbalisé, elle m'a répondu oui, en fait, je ne bois pas assez, et euhhh donc ? en fait il faudrait que je boive plus ! ok , et puis elle me dit : « tu peux me donner un verre d'eau ? »* témoigne une autre.

Ainsi, l'ensemble des entretiens mettent en évidence une stratégie d'accompagnements plus centrée sur le soutien à la prise de décision, reposant sur la valorisation du patient, le renforcement de sa motivation, l'établissement d'un lien thérapeutique de confiance, le partage d'une information compréhensible et l'intégration de ses choix dans le parcours de soins. En

revanche, la question de la mise en action concrète et de la mobilisation active des ressources personnelles et environnementales du patient apparaissent moins développées.

5.2.3. Soutien à l'évaluation des résultats

L'analyse des entretiens met en évidence que l'évaluation des objectifs et des résultats, tout comme l'ancrage concret des décisions dans des actions suivies, demeurent des éléments peu présents dans les pratiques quotidiennes au sein de la maison médicale. Cette faiblesse est particulièrement visible dans les situations de pathologies chroniques, où les routines de soins peuvent s'installer sans réelle remise en question du parcours. Une kiné évoque la tendance justement à **s'enliser dans une certaine routine** avec les patients chroniques : « *parfois, quand on a des patients chroniques, on s'enlise un peu dans une routine de traitement, et donc essayer d'instaurer davantage de remise en questions et tiens, là est-ce que ce ne serait pas le moment pour les kiné, par exemple de resuggérer au patient une autonomisation vers les cours collectifs ou autres, je ne sais pas si cela pourrait être appliqué pour les soins infis ou un traitement médicamenteux chez les médecins, mais euhhh plus fréquemment remettre en question la routine d'un patient chronique au niveau de son traitement.* » et une autre soulignait l'importance de **réinterroger régulièrement les objectifs fixés** avec les patients, en lien avec l'évolution de leur pathologie : « *Où est-ce qu'il veut aller ... le requestionner régulièrement en fait. Parce que des fois, au fur et à mesure de la pathologie, dans les pathologies plus longues, l'objectif va varier* ». Ce besoin de réévaluation régulière est une opportunité manquée pour d'autres disciplines, ce dont le coordinateur regrette en précisant que des outils de concertation soient sous-utilisés, alors qu'ils permettent justement d'évaluer une situation et de refixer des objectifs avec le patient : « *Je pense qu'on n'utilise pas assez cet outil deeee ... de ... de mini concertation via cado ou autre, mais c'est de prendre un temps et de s'arrêter* ». Cette dynamique d'**évaluation partagée** apparaît plus clairement dans le discours infirmier, où le réajustement des objectifs est intégré dans la relation de soins : « *On fixe aussi avec les patients des objectifs qu'on réévalue avec eux, et on voit en quoi et pourquoi ça a été ou pas. - En fonction de cela on réadapte, -Oui on réadapte, et c'est vraiment un cheminement d'évolution.* ».

Par ailleurs, les soignants ont souligné à plusieurs reprises la présence des petits changements de comportements de la part des patients, perçus comme des victoires dans le processus

d'autonomisation. Toutefois, malgré ces observations positives, l'étape d'évaluation structurée des résultats par le patient, reste largement absente dans les pratiques quotidiennes. Ainsi, nous pouvons affirmer que les dimensions de soutien à la prise de décision et de l'évaluation des résultats apparaissent comme les « parents pauvres » des pratiques professionnelles au sein de la maison médicale.

En conclusion, pour cette analyse, nous pouvons dire que le soutien à la prise de décision au niveau de la mobilisation des ressources des patients, et ce même si les soignants veillent à augmenter la littératie en santé des patients, et l'étape du soutien de l'évaluation des résultats sont deux parents pauvres au sein des pratiques des soignants de la maison médicale « Espace Santé ».

5.3 Comparaison des résultats des deux analyses.

Les deux analyses, l'une, mixte et, l'autre, déductive, ont dévoilé des résultats synthétisés dans ce tableau.

ETAPES	Ce qu'ils FONT	Ce qu'ils PENSENT
CONSCIENSIFICATION	Travailler en interdisciplinarité	Travailler avec le réseau Travailler en interdisciplinarité
	Comprendre les objectifs du patient	Communiquer
	Ecouter	Ecouter
	Empathie	
	Connaissance du patient	Connaissance du patient
	Temporalité	Temporalité
	Vision globale du patient	Vision globale / continuité des soins
ACTION - DECISION	Lien thérapeutique	Relation – lien
	Littératie en santé	Littératie en santé
	Partenariat	Co-construction
	Tenir compte des volonté/besoins des patients	
	S'adapter Prise en compte des besoins	Respecter le patient/adaptabilité

	Faire appel aux ressources du patient	Faire appel aux ressources du patient
	Valoriser le patient	Valoriser le patient
	Fixer objectif	Fixer des objectifs
	Rendre patient acteur	Éduquer à l'autonomisation
		Responsabilisation
EVALUATION	Evaluation des objectifs	Evaluer TTT et objectifs

Chapitre 6. Discussion

Les résultats de cette recherche sont les suites d'un projet financé par l'AViQ. Il a été mis en place par la maison médicale, dans le cadre du Plan Wallon de promotion à la santé, comme opérateur agréé de promotion à la santé. L'objectif de cette recherche était de comprendre les pratiques des soignants favorisant l'*empowerment* afin d'obtenir des pistes d'actions concrètes pour initier des changements, et une amélioration des pratiques d'accompagnement à l'*empowerment* des patients atteints de maladie chronique.

Au terme des trois entretiens de groupe, faits dans ce cadre auprès des soignants de la maison médicale Espace Santé, cette discussion va répondre à notre question de recherche : « *Du point de vue des soignants, quelles sont les pratiques soutenant l'empowerment des patients atteints de maladies chroniques au sein de la maison médicale Espace Santé ?* ».

Nos résultats montrent qu'il n'existe pas de décalage majeur entre les discours des soignants et leurs pratiques déclarées en matière d'*empowerment* comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent. Cependant, plusieurs points de tension, transversaux et de complexité, émergent. Nous les développerons plus longuement ci-dessous. D'une part, une hétérogénéité importante des pratiques est observée selon les professionnels, révélant une appropriation variable du concept d'*empowerment* et des démarches qui y sont associées. D'autre part, un problème de transfert des apprentissages apparaît : les soignants semblent familiers des concepts théoriques (tels que l'approche centrée sur le patient, les déterminants sociaux de santé, la littératie en santé, ou encore la personnalisation des soins), mais ces connaissances sont encore insuffisamment traduites dans leurs pratiques quotidiennes. Enfin, une tension éthique est fréquemment exprimée entre, d'un côté, la volonté de redonner du pouvoir au patient – en

respectant ses choix et ses priorités de vie – et d’un autre côté, la posture soignante traditionnellement centrée sur les objectifs de santé purement médicaux. En plus de tout cela, nous avons observé, lors des trois entretiens de groupe, que le fait d’échanger tous ensemble en équipe, ainsi qu’en plus petits groupes diversifiés ou non, avait permis non seulement une progression dans la compréhension des concepts mais aussi une véritable prise de conscience de ce qui se faisait sur le terrain. Nous allons développer tous ces points ci-après.

6.1. Différences dans la mise en œuvre de l'*empowerment* entre les différentes professions

Les entretiens menés dans le cadre de cette recherche ont mis en évidence une culture commune de la promotion de la santé au sein de la maison médicale « Espace Santé », avec une volonté affirmée, de rendre le patient acteur de sa prise en charge, de le mettre au centre. Chaque professionnel de l’équipe fait de la promotion de la santé, avec des pratiques qui ne sont pas structurées, mais plutôt intégrées aux soins. Cette valeur est transversale à l’ensemble de l’équipe.

En ce qui concerne la compréhension du concept *empowerment*, certains principes fondamentaux sont compris et partagés comme l’adaptation, l’écoute, la communication, la collaboration interdisciplinaire et le partage d’informations, mais les enjeux et sa traduction dans la pratique restent hétérogènes, sa mise en pratique variant significativement selon les professions (annexe 15). Grâce aux échanges en équipe et aux petits groupes multidisciplinaires, à travers les entretiens, un début d’homogénéité des connaissances s’est développé. Ces différences d’application rejoignent les constats de l’étude *Participate Brussels* (2021)⁷⁴, selon laquelle « *plusieurs facteurs influencent l’appropriation de la promotion de la santé par les soignants : la formation de base, les formations continues suivies, l’expérience professionnelle, ainsi que le contexte institutionnel dans lequel ils évoluent* ». De manière similaire, le rapport REFORM P2 (Florentin et al., 2022)⁷⁵ souligne que « *les écarts observés entre professionnels relèvent en grande partie des différences de parcours de formation initiale et continue, la promotion de la santé occupe une place marginale dans les cursus initiaux, souvent éclipsée par une approche centrée sur le curatif. Seule la filière des soins infirmiers affiche plus d’aspect de la promotion à la santé dans son programme* ». C’est ce que nous avons relevé aussi.

La structure « Espace Santé », affiliée depuis sa création à la Fédération des maisons médicales, s'est dès le départ investie dans une démarche communautaire et de promotion de la santé. La mise en place d'un comité de patients, la création d'une cellule de promotion de la santé avec un poste dédié à mi-temps, et la sensibilisation régulière de l'équipe à ces thématiques par une responsable identifiée, témoignent de cet ancrage institutionnel. Toutefois, malgré cette culture structurelle, la dynamique interne au regard de l'histoire d'« Espace Santé », semble avoir été sensible aux changements d'équipe ainsi qu'aux changements structurels vécus ces 5 dernières années. Le renouvellement important du personnel, provenant de milieux externes aux maisons médicales et n'ayant pas eu l'occasion de suivre des formations dans le domaine, a fragilisé cette culture de promotion à la santé, par le manque, entre autres, d'expériences de terrain, par le manque d'occasions et de temps de réflexion en équipe sur les pratiques d'accompagnement des patients. Ces points peuvent en partie expliquer l'hétérogénéité observée dans les pratiques actuelles. La recherche REFORM P2⁷⁶ confirme *« un intérêt hétérogène de la promotion à la santé à travers les professionnels de la première ligne de soin, et plaide pour un dispositif d'apprentissages à haut impact, une analyse réflexive, un stage dans la filière de la promotion à la santé (qui permettrait de faire le lien entre la théorie et la pratique), et l'apprentissage par interdisciplinarité »*.

Nous avons regardé aussi les profils de fonction IFIC des différentes professions pour voir ce qui y était dit, et comment les professions abordent le soin et intègrent la promotion de la santé et l'*empowerment* dans leur travail (annexe 16). Nous avons perçu des prismes singuliers et des implications différentes, mais complémentaires, en fonction de chaque angle professionnel. La promotion à la santé semble faire partie intégrante actuellement du soin dans chaque profession. Elle permet dans les soins de première ligne d'après Minet (2013)⁷⁷ *« une approche plus globale, plus cohérente, plus efficace du patient, grâce au travail collectif autour d'un but commun qu'est le soin centré sur le patient »*. Tout ceci favorise l'*empowerment*, comme en témoignaient les soignants. Cependant, comme le souligne également le rapport REFORM P2⁷⁸, *« cette richesse nécessite un travail de fond pour créer une culture commune de la promotion à la santé en soins de première ligne, permettant d'uniformiser les pratiques et de renforcer les compétences »*.

Les entretiens ont par ailleurs révélé une évolution des perceptions individuelles et collectives sur les pratiques des soignants avec des prises de consciences comme pour les accueillantes, le secteur administratif, et les kinésithérapeutes dont l'une a d'ailleurs entamé une formation spécifique sur l'entretien motivationnel durant le temps de l'enquête, témoignant d'une

dynamique d'ouverture et d'évolution. La discussion de groupe a fait émerger une certaine réflexivité sur les représentations des participants, suscitée par les interactions entre les membres, et permettant d'en construire de nouvelles⁷⁹. Au regard de tout ceci, la maison médicale évolue plus vers une communauté de pratiques telle que définie par Savard, et Cote (2020)⁸⁰, laquelle « *valorise et soutient l'explicitation des savoirs d'expérience en vue du développement des meilleures pratiques dans des contextes précis.* ». Comme nous l'avons d'ailleurs observé, une standardisation des pratiques semble inexistante dans l'ensemble.

La mise en œuvre de l'*empowerment* varie selon les professions, influencée par la formation initiale, l'expérience professionnelle et les rôles spécifiques de chacun, et ce malgré l'existence d'une culture institutionnelle favorable à la promotion de la santé. Or, la posture adoptée par les soignants conditionne la capacité des patients à développer un *empowerment* et une autogestion de leur maladie. À ce stade, au regard de la littérature et des observations menées, il apparaît essentiel de favoriser des temps de réflexion collective sur les pratiques afin de développer une communauté de pratiques, permettant ainsi de renforcer l'approche interdisciplinaire et d'améliorer la qualité de l'accompagnement proposé aux patients.

6.2. Difficultés du transfert d'apprentissage ou manque de connaissances des concepts

Lors de la première analyse mixte menée à partir des entretiens, comme nous l'avons expliqué plus haut, il s'est révélé que les soignants possèdent une bonne connaissance des concepts clés de la promotion de la santé, tels que le patient au centre, l'*empowerment*. Ils savent en définir les fondements, identifier les leviers d'action et reconnaître leur importance dans le champ des soins. Cependant, l'analyse déductive met en évidence un écart important entre cette compréhension théorique et la traduction concrète de ces concepts dans les pratiques professionnelles. Ce décalage s'observe notamment dans la mise en œuvre de la personnalisation des soins, telle que définie par Coulter et al. (2013) : « *une discussion ou une série de discussions anticipées et négociées entre un patient et un professionnel de santé [...] afin de clarifier les objectifs, les options et les préférences, et d'élaborer un plan d'action fondé sur une compréhension mutuelle* ». Dans les faits, les soignants interrogés évoquent principalement la prise en compte des choix des patients, souvent liés aux traitements ou à la gestion de la maladie, en veillant à les rendre acteurs. En revanche, les préférences de vie et les

objectifs personnels sont rarement abordés, bien qu'ils constituent des éléments fondamentaux d'un accompagnement véritablement centré sur la personne. La littératie en santé est un autre exemple de ce transfert partiel : les professionnels affirment fournir des ressources et des informations, mais interrogent peu la compréhension réelle de ces éléments par les patients, ce qui limite l'autonomisation de ces derniers. De même que l'étape d'évaluation des résultats, essentielle dans tout processus d'accompagnement, apparaît comme peu investie. Ceci se traduit aussi par les vécus négatifs exprimés comme : « *la routine, le fait d'être désarmé dans certains accompagnements, le fait d'être frustré, de ressentir ces accompagnements comme épuisant, etc.* ». Tout ceci révèle un manque de continuité entre les connaissances et les pratiques. Ceci pourrait s'expliquer selon Cherillat M-S et al. (2021) par plusieurs freins structurels ou culturels : « *la posture professionnelle, les représentations de la maladie, l'organisation du travail, ou encore le peu d'interactions avec les associations de patients.* »⁸¹.

Les entretiens montrent également une préférence pour le terme "acteur"⁸² plutôt que "empowerment", souvent confondus. Pourtant, l'*empowerment* va au-delà de la simple participation : il implique la capacité du patient à prendre des décisions éclairées, à agir de manière autonome et à intégrer ses objectifs de vie dans sa gestion de santé. C'est de même pour le mot « autonomie » cité quelques fois qui semble être plus une autonomie fonctionnelle que décisionnelle⁸³. En effet, l'autonomie de choix, notamment dans sa dimension réflexive, reste peu développée ou difficilement acceptée par certains soignants, en lien avec une difficulté exprimée à lâcher prise.

Nous pouvons ainsi parler d'un problème de transfert des apprentissages, dans la mesure où les savoirs théoriques acquis ne sont pas pleinement réinvestis dans la pratique. Cela suggère une absence d'opportunités concrètes pour les professionnels d'expérimenter ou d'appliquer les outils liés à l'élaboration de plans de soins personnalisés ou à l'auto-régulation des objectifs de santé.

Ce constat rejoint les conclusions de l'étude REFORM P2⁸⁴, qui souligne que les formations de cursus professionnel initial s'appuient davantage sur la théorie sans toujours permettre son appropriation concrète. L'étude recommande des formations continues, transversales et pluridisciplinaires, pour les soignants de première ligne, avec une approche pédagogique à haut impact, favorisant des modalités participatives et expérientielles, permettant une meilleure intégration des apprentissages à la réalité du terrain. Les résultats de notre enquête confirment cette perspective : les soignants de la maison médicale mobilisent essentiellement les

fondements de la promotion de la santé, à partir de leur formation initiale, de leur expérience professionnelle et de la culture institutionnelle.

Des valeurs partagées au sein de l'équipe, telles que l'ouverture d'esprit, la réflexivité ou le travail collectif, contribuent à renforcer ce transfert, même en l'absence de formation structurée. Ceci s'est montré aussi à travers les entretiens qui ont mis en évidence, une évolution des postures professionnelles, une prise de conscience identitaire autour des pratiques d'*empowerment* et, plus largement, une adhésion croissante à une identité commune articulée autour des principes de la promotion de la santé.

6.3. Tension entre la posture éducative du soignant et l'autonomie conférée au patient de reprendre le contrôle sur sa santé

L'analyse des entretiens a mis en évidence une tension récurrente dans la posture des soignants. Cette tension se manifeste dans l'équilibre délicat à trouver entre, d'une part, la volonté de redonner du pouvoir au patient en lui permettant de faire des choix libres, y compris ceux qui s'éloignent des recommandations médicales, et, d'autre part, les objectifs de soins poursuivis par les professionnels : améliorer ou stabiliser l'état de santé du patient, voire, pour certains, le guérir ou le sauver. Ce décalage entre les intentions du soignant et les choix du patient peut générer un véritable conflit de valeurs, constituant ainsi une tension éthique. Neron A. (2019) explique ceci : « *Le choix du patient peut confronter les professionnels à leurs propres peurs : peur de mourir, de souffrir, de se sentir en échec ou impuissant, peur de perdre le contrôle, le pouvoir, ou d'être remis en cause. Respecter le choix du patient renvoie le professionnel à sa propre capacité, influencée par des facteurs intrinsèques liés à sa personne, à son parcours de vie, ainsi qu'au contexte institutionnel dans lequel il exerce.* »⁸⁵. Ceci signifie que le patient renvoie le soignant à lui-même, que la situation mobilise des dimensions plus profondes, émotionnelles, identitaires et parfois inconscientes chez les professionnels de santé et sur ses capacités réelles. Ces tensions internes, bien que rarement verbalisées, peuvent représenter un obstacle important à la mise en œuvre concrète d'une démarche partenariale. Tambou Kamgue (2024)⁸⁶ explique que l'*empowerment* du patient passe par le soutien de la capacité du soignant, et suppose de reconnaître les tensions éthiques auxquelles il est confronté, d'offrir des espaces de parole et de réflexion sur ses pratiques, mais aussi de renforcer les compétences relationnelles de celui-ci ainsi que l'intelligence émotionnelle, et le travail en équipe

interdisciplinaire. Ceci rejoint ce que Cherillat, M-S et al. (2021)⁸⁷ disait à propos de la posture des soignants qui était un frein à la continuité entre les connaissances et les pratiques de ces derniers.

À ceci s'ajoute souvent une asymétrie dans la relation de soins : le soignant détient le savoir scientifique, tandis que le patient détient un savoir expérientiel issu de son vécu avec la maladie, de son quotidien, de ses valeurs et préférences. Or, ce dernier reste encore trop peu intégré dans le processus décisionnel. Cette dissymétrie, ancrée dans le système biomédical, constitue un frein important au développement d'une véritable relation de partenariat. Dans une logique d'*empowerment* et de personnalisation des soins, il est essentiel de dépasser ce clivage en reconnaissant la complémentarité de ces deux types de savoirs. Cela implique un changement de posture du soignant, qui ne se positionne plus uniquement comme expert prescripteur, mais comme accompagnant, facilitateur de choix, co-constructeur du parcours de santé et qui donne une place au patient pour créer une dynamique de co-responsabilité et d'autonomisation.

Ainsi, reconnaître le savoir expérientiel du patient et lui redonner un pouvoir d'agir réel dans les décisions de santé est une condition indispensable pour faire vivre les principes de la promotion de la santé et plus précisément l'*empowerment* dans les pratiques quotidiennes. Le soignant doit entrer dans un processus de transformation, afin de travailler et d'interroger sa posture éducative⁸⁸.

Cette tension amène à interroger non seulement la posture soignante, mais également les fondements éthiques de l'*empowerment*, en s'appuyant sur les réflexions de Gorr (2020)⁸⁹. Elle soulève des questions centrales. Quel sens choisissons-nous de donner à ce concept ? S'agit-il d'un simple « pouvoir d'agir » ou d'une réelle « appropriation du pouvoir » ? L'approche est-elle principalement orientée vers l'individu ou vise-t-elle un changement plus collectif, voire communautaire ? Enfin, jusqu'où les soignants peuvent-ils – ou doivent-ils – accompagner les patients dans leur autonomisation sans empiéter sur leur liberté de choix ?

Tous ces points sont à approfondir lors de moments de réflexions d'équipe.

En conclusion, les résultats de la recherche révèlent une grande diversité des pratiques professionnelles non structurées, au sein de la maison médicale « Espace Santé », avec une culture commune de soins centrés sur le patient. Ceci constitue un cadre favorable à l'*empowerment* des patients. Toutefois, des disparités entre métiers sont apparues ainsi qu'une difficulté pour les soignants à transférer les concepts sur le terrain. Ces écarts concernent tant les connaissances que les pratiques quotidiennes. Une tension apparaît également entre la

culture biomédicale et le respect de l'autonomie réelle du patient. Les entretiens ont mis en lumière le bénéfice des réflexions collectives lors des entretiens de groupe sur les représentations des soignants. Celle-ci s'apparente à l'émergence d'une communauté de pratiques. Ces différents constats invitent à interroger la posture éducative des soignants, notamment en lien avec leurs compétences culturelles, ainsi que leur formation sur la question dans le but de renforcer une approche véritablement centrée sur le patient et propice à son *empowerment*.

Chapitre 7. Perspectives

À la lumière des résultats obtenus, et de la discussion ci-dessus, plusieurs pistes d'action émergent, afin de renforcer l'ancrage de l'*empowerment*, dans les pratiques professionnelles, au sein de la maison médicale « Espace Santé ». Ces perspectives pourraient s'inscrire dans le cadre du projet financé par l'AViQ, ayant pour objectif d'implémenter un programme d'ETP, pour les patients atteints de maladie chronique.

7.1. Uniformisation des connaissances en promotion de la santé et *empowerment*

Il apparaît pertinent de proposer un premier moment de travail et de réflexion destinée à harmoniser les connaissances des soignants sur les concepts clés de la promotion de la santé, avec un focus ensuite sur l'*empowerment*. Cela permettrait de construire un socle commun de connaissances et de compréhension, nécessaire pour favoriser des pratiques cohérentes et convergentes.

7.2. Approfondissement de la personnalisation des soins

Il serait également intéressant de proposer des modules portant sur des approches concrètes de personnalisation des soins, telles que l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP), la démarche des Goals-Oriented Care (GOC) ou soins orientés vers les objectifs de vie du patient, la littérature organisationnelle, etc.. Ces formations viendraient répondre à des besoins exprimés par les soignants eux-mêmes, et s'inscriraient en cohérence avec les recommandations issues de la

littérature scientifique sur l'*empowerment* et les soins centrés sur la personne. Elles seraient en même temps une opportunité pour découvrir des outils d'approches centrées sur le patient, comme des jeux, des photos langages, etc.

7.3. Organisation de temps réflexifs interdisciplinaires

Au-delà des formations ponctuelles, il serait bénéfique de mettre en place des espaces réguliers de réflexion collective sur les pratiques pour favoriser la communauté de pratique. Ces temps d'échanges permettraient de...

- Favoriser le transfert des apprentissages vers le terrain ;
- Partager les difficultés rencontrées ;
- Restimuler les acquis entre soignants ;
- Evaluer l'évolution de l'*empowerment* intégré dans les pratiques de soin

7.4. Renforcement de la posture éducative et éthique

Une attention spécifique devrait être portée à la posture éducative des soignants. Celle-ci implique un changement de paradigme : passer d'un rôle prescriptif à un rôle d'accompagnant. Des formations ciblées pourraient aborder :

- La gestion des émotions et des peurs professionnelles (perte de contrôle, impuissance, échec), dans une visée de développement de la capacité personnelle du soignant ;
- La réflexion éthique autour de la tension entre les recommandations cliniques et les projets de vie singuliers des patients, afin de soutenir une véritable décision partagée ;
- La communication.

Enfin, instaurer des espaces de réflexion éthique autour de l'*empowerment* constituerait une piste pertinente pour approfondir les questionnements qu'il suscite, tant sur le plan individuel que collectif. Cette démarche permettrait d'interroger les limites, les intentions et les effets des pratiques mises en œuvre, tout en soutenant une posture soignante cohérente, critique et respectueuse de l'autonomie des patients.

7.5. Ouverture de la recherche aux patients et aidants

Enfin, une perspective essentielle serait de prolonger cette recherche en interrogeant les patients atteints de maladies chroniques, ainsi que leurs aidants proches. Ceci enrichirait la compréhension des dynamiques d'*empowerment*, de leurs points de vue. Ce sont les patients qui sont les bénéficiaires de cette démarche finale ; il est donc très important de leur donner cette place et de les impliquer dans le process. Cette approche triangulée permettrait de croiser les regards et d'obtenir une vision plus globale et nuancée des pratiques d'*empowerment* au sein d'Espace Santé, de comprendre les impacts, les choses divergentes et convergentes, ainsi que de co-construire un programme d'ETP qui soit réellement participatif et centré sur les besoins exprimés. La grille de lecture des résultats des soignants serait vue sous un autre angle et offrirait d'autres perspectives plus en lien avec les patients.

Chapitre 8. Force & limites

8.1. Un matériel de collecte des données

La méthodologie adoptée, centrée sur des entretiens de groupe, a favorisé l'émergence d'une représentation collective des notions liées à l'*empowerment*. Bien que cette approche ait enrichi la compréhension des dynamiques d'équipe, elle comporte certaines limites, notamment le risque de biais de désirabilité sociale et d'influence de la dynamique de groupe. L'ajout d'entretiens individuels aurait permis de nuancer les représentations individuelles, en particulier sur la posture éducative des soignants. La progression des entretiens, articulée au fil de l'analyse des données, a toutefois renforcé la pertinence de la méthode en évitant nos stéréotypes initiaux et en stimulant une réflexion continue. L'usage de petits groupes et de techniques variées d'expression a facilité la participation, bien que cela ait pu générer une certaine insécurité chez quelques participants. L'observation directe des pratiques aurait pu compléter les données, mais a été écartée en raison de notre rôle de chercheuse, également membre de l'équipe, ce qui aurait compromis la neutralité. Dans ce contexte, l'analyse déductive a été appliquée à partir des propos recueillis, afin de vérifier la concordance entre les discours et les pratiques déclarées. Les entretiens se sont révélés être la méthode la plus adéquate pour recueillir les représentations et réflexions des professionnels, tout en respectant l'équilibre entre rigueur méthodologique et engagement personnel.

8.2. Notre posture de chercheuse

La double posture de soignante et de chercheuse a constitué à la fois une richesse méthodologique et un point de vigilance. La connaissance préalable du terrain et des professionnels a facilité l'orientation des entretiens, en lien avec les premières observations. Si d'aucuns considèrent que cette proximité a ou aurait pu générer certains biais liés à des stéréotypes ou idées préconçues, nous affirmons, au contraire, qu'elle a permis une approche plus nuancée et pertinente des échanges. La collaboration avec le CLPS s'est avérée précieuse. Elle a apporté un appui méthodologique solide, notamment par des techniques d'animation adaptées. Elle a, en outre, permis de garantir une prise de recul que nous qualifions essentielle. Leur regard extérieur a favorisé un climat de confiance et limité les effets de familiarité, tout en renforçant l'objectivité dans la construction des deux premiers entretiens.

Cependant, il se peut que notre présence durant les entretiens ait pu introduire un biais de désirabilité sociale, certains collègues pouvant avoir modifié leurs propos par souci de complaisance. Une alternative aurait été de confier entièrement l'animation à une tierce personne externe. Malgré cela, notre implication directe a contribué à instaurer une posture d'égalité entre pairs, réduisant ainsi les rapports hiérarchiques implicites. Lors du troisième entretien, notre rôle d'animatrice aurait pu freiner la spontanéité des échanges, mais la co-animation avec d'autres professionnels a maintenu une dynamique collaborative. Enfin, l'enregistrement des discussions, loin de limiter la parole, s'est révélé utile pour structurer les échanges et recentrer les propos sur la question de départ.

8.3. Coopération intersectorielle et retour aux acteurs

Tout au long du processus, des allers-retours ont été réalisés avec la responsable de la promotion de la santé et le coordinateur d'équipe, à qui étaient transmis les résultats intermédiaires et finaux. Cette technique du feedback a contribué à valider la pertinence des analyses, en assurant un ancrage dans le vécu des professionnels. Le fait de croiser trois regards a permis de rester fixé sur l'objectif et d'éviter le biais de préjugés.

8.4. Résultats confirmés par la littérature

Dans notre recherche contextuelle, les résultats recoupent ceux lus dans la littérature. Ce qui nous laisse à penser que notre démarche était correcte.

8.5. Participation des soignants

Deux secteurs ont été sous-représentés dans cette recherche. D'une part, les assistantes sociales ont participé d'une manière limitée, en raison de leur engagement dans une formation parallèle, ce qui a restreint la prise en compte de leurs pratiques et de leurs perceptions. D'autre part, l'équipe médicale, en proie à de nombreux changements survenus durant la période de la recherche, a affecté la stabilité et la continuité des données recueillies dans ce secteur. Ces éléments constituent des biais de participation qu'il conviendrait de considérer dans la poursuite du projet ou dans le cadre d'une recherche complémentaire.

8.6. Discussion des résultats

Nous avons choisi d'orienter notre discussion autour de résultats transversaux, non anticipés au démarrage de cette recherche.

D'autres éléments significatifs ont toutefois émergé, tels que l'importance d'un accompagnement multidisciplinaire, le rôle du lien relationnel dans les activités de promotion de la santé – contribuant ainsi au développement de l'*empowerment* communautaire dans la maison médicale – ou encore l'impact du système au forfait, qui encourage une approche centrée sur le patient. Par ailleurs, il apparaît que les aidants proches des patients atteints de maladies chroniques sont encore peu pris en compte dans les accompagnements proposés.

Nous avons choisi de ne pas approfondir ces thématiques dans le cadre de ce travail, en l'absence de données issues d'une recherche menée auprès des patients ; laquelle aurait peut-être permis une mise en perspective nouvelle.

Ces différentes dimensions mériteraient d'être explorées dans le cadre d'une recherche complémentaire, centrée cette fois sur le point de vue des patients et de leurs aidants proches.

CONCLUSION

Cette recherche contextuelle qualitative s'inscrit dans un projet soutenu par l'AViQ, dans le cadre du Plan Wallon de promotion à la santé, pour lequel la maison médicale « Espace Santé » a été agréé comme Opérateur de Promotion à la Santé. Celui-ci vise à développer un programme d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) à destination de personnes atteintes de maladies chroniques. Avant d'envisager la mise en œuvre concrète de ce projet, un diagnostic communautaire s'est avéré nécessaire pour identifier les pratiques déjà existantes sur le terrain. C'est dans cette dynamique exploratoire que s'inscrit ce mémoire, centré sur la question suivante : « *Du point de vue des soignants, quelles sont les pratiques soutenant l'empowerment des patients atteints de maladies chroniques au sein de la Maison médicale Espace Santé ?* »

Menée sur une période de neuf mois à travers des entretiens de groupe organisés dans une logique itérative, cette étude a permis de mettre en lumière la présence d'une culture commune favorable à l'autonomie du patient au sein de l'équipe soignante. Néanmoins, des écarts subsistent entre les intentions affichées et les pratiques réellement mises en œuvre. Ces tensions apparaissent notamment dans l'hétérogénéité des représentations, des connaissances et des postures professionnelles, mais également dans la manière dont les soignants perçoivent leur rôle face au projet de vie du patient. L'analyse révèle ainsi une tension éthique inhérente à la posture soignante : accompagner, soigner, protéger, tout en laissant au patient la possibilité de faire ses propres choix, et ce même lorsqu'ils s'écartent des recommandations cliniques.

Pour répondre à ces constats, plusieurs pistes d'action ont émergé. Il apparaît essentiel de travailler sur l'homogénéité des représentations, pratiques et connaissances, ainsi que de renforcer la formation des professionnels sur la personnalisation des soins, la posture éducative, et les enjeux éthiques du partenariat et de l'*empowerment*. La mise en place d'espaces réguliers de réflexion interdisciplinaire au sein de l'équipe serait également bénéfique, en ce qu'elle favoriserait le partage d'expériences, la cohérence des pratiques et l'émergence d'une véritable communauté de pratiques autour de l'ETP. Par ailleurs, élargir la recherche aux patients et aux aidants permettrait d'enrichir cette réflexion par une pluralité de points de vue, de confronter les perceptions, et d'impliquer davantage les usagers dans la co-construction des dispositifs éducatifs.

Au-delà de ses apports spécifiques, ce mémoire rappelle que l'*empowerment* ne peut être réduit à une simple technique d'intervention. Il implique une transformation profonde des rapports entre soignants et patients, un déplacement de la posture professionnelle, et une reconnaissance de l'autre dans sa pleine humanité et dans son « appropriation » d'agir. Dans un monde de soins de plus en plus complexe, soutenir l'*empowerment* des patients, c'est aussi s'engager dans un apprentissage mutuel, dans une éthique de la relation qui développe l'esprit critique, l'estime de soi et l'engagement, qui peuvent conduire à une transformation structurelle de la société.

BIBLIOGRAPHIE

1. CUTLER D. M., GHOSH K., LANDRUM M. B. (2018). Evidence for significant compression of morbidity in the elderly U.S. population. NBER Working Paper No. 25330. National Bureau of Economic Research
2. IMA-AIM. (2020). Atlas AIM. Disponible sur le site Web : <http://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees>
3. Belgique en bonne santé .(2024). Soins aux personnes vivants avec une maladie chronique Disponible sur le site Web : <https://www.belgiqueenbonnesante.be>
4. SCIENSANO .(2021). Chronic disease. Disponible à l'adresse : <https://www.sciensano.be/en/health-topics/chronic-disease>
5. TORRANCE N., et al. (2024). The impact of chronic diseases on the health-related quality of life of middle-aged and older adults: the role of physical activity and degree of digitization. BMC Public Health, 24.
6. BOUCKAERT N., MAERTENS DE NOORDHOUT C., VAN DE VOORDE C. (2020). Health System Performance Assessment : how equitable is the Belgian health system ?. Health Services Research (HSR). Disponible sur le site Web : <https://kce.fgov.be/en/publications/all-reports/health-system-performance-assessment-how-equitable-is-the-belgian-health-system> , [consulté 10 février 2024].
7. STEPANIAN N., LARSEN M.H., MENDELSON J-B., MARIUSSEN K-L., HEGGDAL K. (2023). Empowerment interventions designed for persons living with chronic disease - a systematic review and meta-analysis of the components and efficacy of format on patient-reported outcomes. BMC Health Serv Res. 23, 23(1), 911.
8. VANDEN BROUCKE F. (2023). Note de politique générale Santé Publique 2024. Communiqué de Presse. Disponible sur le site Web : <https://vandenbroucke.decroo->

i.archive.belgium.be/fr/note-de-politique-g-n-r-ale-sant-publique-2024.html , [consulté le 10 Juillet 2025]

9. MAISON MEDICALE ESPACE SANTE. (2023). Rapport d'activité

10. FEDERATION DES MAISONS MEDICALES. (s.d.). Maison médicale. Disponible sur le site Web : <https://www.maisonmedicale.org/>

11. INAMI. (s.d.). Maison médicale : une prise en charge forfaitaire des soins de santé. Disponible sur le site Web : <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-et-services-de-soins/maisons-medicales>

12. OMS et UNICEF. (2018). A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Technical series on primary health care, Geneva. Disponible sur le site Web <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf> , [consulté le 13 Juillet 2024].

13. OMS. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa, 21 novembre 1986. Genève : OMS. Disponible sur l'adresse : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349653/WHO-EURO-1986-4044-43803-61666-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y> , [consulté le 13 Juillet 2024].

14. BACQUE M.-H. & BIEWENER C. (2013). *L'empowerment, une pratique émancipatrice*. Paris : La Découverte.

15. NOLTE E., MC KEE M. (2008). Caring for People with Chronic Conditions: A Health System Perspective. European Observatory on health systems and policies series, Open University Press, 1-14. Disponible sur l'adresse : <https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/studies---external/caring-for-people-with-chronic-conditions.pdf> , [consulté le 18 mai 2024].

16. SCIENSANO. (2021). For a Healthy Belgium: Non-communicable Diseases. Disponible sur l'adresse: <https://www.sciensano.be/en/health-topics/chronic-disease> , [consulté le 18 mai 2024].

17. Haute Autorité de Santé (HAS). (2014). Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique. HAS, Les parcours de soins : maladies chroniques, France. Disponible sur l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-05/2e_version_format2elics-aa_patient_mc_300414.pdf , [consulté le 17 juillet 2024].
18. OMS. (2024). Maladies non transmissibles. Disponible sur le site Web : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> [consulté le 6 février 2024]
19. RIZIV - INAMI. (2021). Maladies chroniques National Institute For Health and Disability Insurance. Disponible sur l'adresse : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/maladies/maladies-chroniques> , [consulté le 18 mai 2025].
20. BELGIQUE EN BONNE SANTE. (2024). Soins aux personnes vivants avec une maladie chronique : proportion of people reporting of a chronic disease. Disponible sur l'adresse : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/metadata/hspa/2024/CHR2.pdf> [consulté le 18 mai 2024]
21. FORESTIER B., ANTHOINE E., REGUIAI Z., et al. (2019). A systematic review of dimensions evaluating patient experience in chronic illness. *Health Qual Life Outcomes* 17(1).
22. DOLCEROCCA M-A., DAGUZAN A. (2024). L'expérience de la maladie chronique et processus de biographisation : l'éducation thérapeutique comme espace relationnel d'un entre-deux identitaire, revue *Phronesis*, 13(1), 141-159. Disponible sur l'adresse : <https://www.erudit.org/fr/revues/phro/2024-v13-n1-phro09045/1108901ar/>, [consulté le 10 juillet 2024].
23. KETTERE F., VANMEERBEEK M. (2017). Analyse croisée du vécu des situations de multimorbidité : Patients-Soignants-Aidants proches. Etude exploratoire, Liège Université de médecine en sciences cliniques.

24. OMS. (2025). Community empowerment. Health Promotion, OMS. Disponible sur le site Web : <https://www.who.int/home/search-results?indexCatalogue=genericsearchindex1&searchQuery=empowerment&wordsMode=AnyWord> , [consulté 15 mars 2024].
25. WHO. (2022). Mental Health. WHO Disponible sur le site : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> , [consulté le 15 mars].
26. RICOEUR P. (1995). Le juste. [version électronique]. Paris : Editions Esprit. p221
27. FILIPPI M. (2013). Au-delà de l'autonomie, l'empowerment. Champ social, 5(6), 193-203 disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-le-sociographe-2013-5-page-193.htm> [consulté le 20 juillet 2025]
28. HAJDAREVIC S., NORBERG A., LUNDMAN B. et HORNSTEN Å. (2025). Developing from an uncertain existence to meaning and wholeness: The transformative journey of self in chronic illness. Journal of Clinical Nursing. Disponible sur le site Web : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38886987/> [consulté le 4 Juillet 2025]
29. Ibidem. 22
30. CHARLTON J.I. (1998). Nothing about us without us: Disability oppression and empowerment. University of California Press.
31. HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS). (2015). Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. HAS. Disponible sur l'adresse : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2025-06/demarche_centree_patient_web.pdf. [consulté le 10 juillet 2024]
32. PELICAND J., FOURNIER C., AUJOULAT I. (2009). Observance, auto-soin(s), empowerment, autonomie : quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins. Adsp 66, 21-23 Disponible sur l'adresse : https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.hcsp.fr/explore.cgi/telecharger/ad662123.pdf&ved=2ahUKEwjGwr79_smOAxWd9AIHHdkdBfQQFnoECBoQAQ&usq=AOvVaw2plk279nMQpJPi1lDrhS7w , [consulté le 15 mars].

33. NINACS W.A.(2008). Empowerment et intervention : développement de la capacité d’agir et de la solidarité. Québec : PU Laval; 2008.

34. Ibidem 33

35. LEMAY L. (2007). Intervention et soutien à l’empowerment : du discours à la réalité. La question occultée du pouvoir entre acteurs au sein des pratiques d’aide. *Nouvelles pratiques sociales*, 20 (1) 165-180 Disponible sur le site Web : <https://www.erudit.org/fr/revues/nps/2007-v20-n1-nps1978/016983ar/> [consulté le 20 octobre 2025]

36. LE BOSSE Y. (1996). Empowerment et pratiques sociales : illustration du potentiel d’une utopie prise au sérieux, *Nouvelles pratiques sociales*, 9(1), 127-145. Disponible à l’adresse : <https://www.erudit.org/fr/revues/nps/1996-v9-n1-nps1970/301353ar/> [consulté le 8 janvier 2025]

37. LE BOSSE Y. (2021). Sortir de l’impuissance : Soutenir le pouvoir d’agir. *Ressources, Résumés de lecture*. Disponible sur le site Web : <https://hommesquebec.ca/ressources/sortir-de-limpuissance> , [consulté le 20 mai 2025]

38. CHERILLAT M-S., ZAFRA M., PEYRACHE Y., ROCHE M-C. (2024). Interroger sa posture éducative. *Soins*, 69, 31-34. Disponible à l’adresse : <https://uca.hal.science/hal-04879235/document> [consulté le 3 juillet 2025]

39. Ibidem 35

40. COWGER C. D. (1994). Assessing client strengths: Clinical assessment for client empowerment. *Social Work*, 39(3), 262–268. Disponible sur l’adresse : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8209288/> [consulté le 25 janvier 2025]

41. BRETON M. (1994). On the Meaning of empowerment and empowerment-oriented social work practice. *Social Work With Groups*,17(3), 23-37. Disponible sur l’adresse https://doi.org/10.1300/J009v17n03_03

42. BRETON M. (1999). Les étapes de l'empowerment en régime démocratique : vers un modèle de pratique, *Intervention*, vol. 109, 43-53
43. FREIRE P. (1997). Le dialogue, essence de l'éducation vue comme pratique de la liberté, in TESSIER R. et TELLIER Y., *Théories du changement social intentionnel. Participation, expertise et contraintes*, Presses de l'Université du Québec, 217-255.
44. DUNST C. J. et PAGET K.D. (1991). Parent-Professional Partnerships and Family Empowerment, dans M. J. Fine, *Collaboration with Parents of Exceptional Children*, Brandon, VT, Clinical Psychology Publishing Co, 25-44
45. GUTIERREZ L.M., GLENMAYE L., et DELOIS K. A. (1995). The Organizational Context of Empowerment Practice : Implications for Social Work Administration, *Social Work*, 40(2), 249-258.
46. SWIFT C. LEVIN G. (1987). « Empowerment: An Emerging Mental Health Technology », *Journal of Primary Prevention*, 8(1-2), 71-94
47. DUNST C. J., TRIVETTE C. M., HAMBY D. W. (1996). Measuring the Helping Practices of Human Services Program Practitioners. *Human Relations* 49(6), 35-54.
48. Ibidem 42
49. STAPLES L. H. (1990). Powerful Ideas About Empowerment . *Administration in Social Work*, 14(2), 29-42.
50. SIMON B. L. (1994). *The Empowerment Tradition in American Social Work*. Columbia University Press, New York,
51. SCHEID P., WALKOWIAK J.-N. (2002). Un nouveau regard sur l'inclusion et les stratégies d'accès à l'emploi. Synthèse du rapport du groupe thématique de la Commission européenne sur le volet INTEGRA.
52. Ibidem 35
53. Ibidem 37

54. INTEGREGO.(s.d.). Des soins intégrés pour une meilleure santé : Fiche composante 1 : empowerment du patient. Disponible sur le site Web : <https://integreo.be/> [consulté le 19 septembre 2024]
55. SORENSEN K., PELIKAN J-M., ROTHLIN F., GANAHL K., SLONSKA Z., DOYLE G., et al. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health.25(6),1053-8
56. BALCOU-DEBUSSCHE M. (2024). Paradoxes de l'ETP et développements contextualisés en littératie en santé. in BOUJUT E., RIDREMONT D., ROLLIN Z. Transitions et maladie. Adolescents et jeunes adultes concernés par une maladie chronique et invalidante, Presses universitaires de Bordeaux, pp.65-88. Disponible sur le site Web : https://hal.science/hal-04808304v1/file/sante-en-contexte_4_paradoxes-de-l-ETP.pdf , [consulté le 4 Juillet 2025]
57. Culture & Santé. (2016). Littératie en santé d'un concept à la pratique : guide d'animation. Culture & Santé. Disponible sur le site Web : <https://www.cultures-sante.be/outils-ressources/litteratie-en-sante-n-8/> , [consulté le 2 avril 2025]
58. KCE. (2020). Premiers pas vers un plan d'action belge de littératie en santé, communiqué de presse. Disponible à l'adresse : <https://kce.fgov.be/fr/a-propos-de-nous/communiqués-de-presse/premiers-pas-vers-un-plan-d-action-belge-de-litteratie-en-sante> , [consulté le 2 avril 2025]
59. PERKINS D.D., ZIMMERMAN M.-A. (1995). Empowerment theory, research and application. American Journal of Community Psychology, 3(5), 43-63. Disponible à l'adresse : https://www.researchgate.net/publication/14354763_Empowerment_theory_research_and_application , [consulté le 10 janvier 2025]
60. OMS. (2024). Education thérapeutique du patient : guide introductif. OMS région européenne. Disponible sur le site Web : <https://www.who.int/fr> , [consulté le 24 juillet 2024]
61. Ministère du travail, de la santé, des solidarités et de la famille. (2022). L'éducation thérapeutique. Disponible sur le site Web : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/education-therapeutique-du-patient/article/education-therapeutique-du-patient> , [consulté le 5 juillet 2025]

62. AUJOULAT I. (2023). Introduction aux méthodes qualitative en santé publique. Woluwé-Saint-Lambert : Université catholique de Louvain
63. THUNUS S. (2023). Dynamique de groupe. Woluwé-Saint-Lambert : Université catholique de Louvain
64. KIVITS J., BALARD F., FOURNIER C., WINANCE M. (2023). La recherche qualitative en santé [version électronique]. Collection U, 368p
65. LECLERC C., BOURASSA B., et FILION F. (1999). Le groupe de discussion : un outil privilégié pour la recherche qualitative. Recherches qualitatives, 19(1), 38–54. Disponible sur le site Web : https://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero29%283%29/RQ_29%283%29_Leclerc_et_al.pdf, [consulté le 14 Juillet 2025]
66. GIROUX S., TREMBLEY G. (2009). Méthodologie des sciences humaines. Editions le Renouveau Pédagogique, 324 p.
67. BLANCHET A., et al. (2015). L’entretien. Armand Colin, Paris.
68. DUMEZ cité par THUNUS S. (2023) ibidem 63
69. Centre de Formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé (2020). Techniques de pédagogie active. Université de Strasbourg. Disponible sur le site Web : <https://cfrps.unistra.fr/>
70. Collectiv-a (2022) Nos fiches outils : Moi à ta place. Disponible sur le site Web : <https://collectiv-a.be>
71. Ibidem 35
72. Ibidem 35
73. Ibidem 35

74. SCHMITZ O., LENOBLE T., DAUVRIN M., AUJOULAT I. (2021). Participate Brussels : Enjeux de la personnalisation des soins aux personnes vivant avec une maladie chronique en région Bruxelloise : enquête de terrain et croisement des savoirs entre patients, professionnels et chercheurs. Cahier 3. Bruxelles : UCLouvain-IRSS & HE Vinci. Disponible sur le site Web : <https://www.uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/publications-0> , [consulté le 3 décembre 2025]

75. FIORENTE M., AUJOULAT I., D'ANS P., FONTEYNE G., PETRE B., MALENGREAUX S. (2022). Projet REFORM P2 -Rapport intermédiaire 1/5 : Étude des pratiques de formation continue en promotion de la santé et prévention pour les professionnel·les de la 1^{ère} ligne de soins en Fédération Wallonie Bruxelles. Woluwé-St-Lambert. Rapport de recherche, non publié. Disponible à l'adresse : <https://www.uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso/formation-et-enseignements-de-la-promotion-de-la-sante> , [consulté le 2 juin 2025]

76. FIORENTE, M., AUJOULAT I., D'ANS P., FONTEYNE, G., PETRE, B. & MALENGREAUX, S. (2023). Projet REFORM P2 - Rapport intermédiaire 4/5 : Description et appréciation de la place et de la progressivité des enseignements en promotion de la santé et prévention dans la formation initiale des futur.es professionnel·les de la 1^{ère} ligne de soins en Fédération Wallonie Bruxelles : analyse détaillée de 5 cursus. Woluwé-St-Lambert. Rapport de recherche, non publié. Disponible à l'adresse : <https://www.uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso/formation-et-enseignements-de-la-promotion-de-la-sante> , [consulté le 2 juin 2025]

77. MINET M-P. (2013). Interdisciplinarité que tu nous tienne !. Santé Conjugué, 64 [version électronique]. Disponible sur le site Web : <https://www.maisonmedicale.org/interdisciplinarite-que-tu-nous/> , [consulté le 20 juillet 2025]

78. REFORM P2 (2022-2023). Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention, vers une articulation des approches dans la formation des professionnels. Synthèse de recherche. Disponible sur les site Web : <https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors->

reso/publications/recherches/reform/REFORM%20P2%20-%20Synthèse%20rapport%20final_FR.pdf , [consulté le 2 juin 2025]

79. Ibidem 63

80. SAVARD I., COTE L., (2020). optimiser le potentiel d'une communauté de pratiques auprès de professionnels en santé : les clés du succès. *pédagogie médicale*, 22(1), 43-52.

81. CHERILLAT M-S., BERLAND P., LEROUX M-C., BORIE C., GERBAUD, L. (2021). Freins et leviers à l'intégration de patients partenaires aux programmes d'éducation thérapeutique. Congrès de la SFSP, Société Française de Santé Publique.

82. AUBERT I., KLETZ F., SARDAS J-C. (2021). Le patient acteur de son parcours ?. 9ème Colloque santé KEDGE Business School, IRTS PACA

83. ROUSSEL S., DECCACHE A. (2012). Représentation variées des concepts en éducation thérapeutique du patient chez les professionnels de soin de santé : réflexions et perspectives. Unité éducation santé patient, UCLouvain-IRSS-RESO, Belgique

84. Ibidem 78

85. NERON A., (2019) Le partenariat patient : une pratique collaborative innovante incluant le patient partenaire [version électronique] *santé conjugée*, 88. Disponible sur le site Web : <https://www.maisonmedicale.org> , [consulté le 8 juillet 2025]

86. TAMBOU KAMGUE E. (2024). La remobilisation des capacités du soignant : une réponse à sa vulnérabilité. *Canadian Journal of Bioethics/Revue Canadienne de bioéthique*, 7 (2-3), 67-74

87. Ibidem 68

88. Ibidem 38

89. GORR O. (2020). L'empowerment , accroissement du pouvoir d'agir , est-il éthique ? [version électronique]. *Santé en action*, 453, p20-22. Disponible sur le site Web : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/l-empowerment-accroissement-du-pouvoir-d-agir-est-il-ethique> , [consulté le 27 juillet 2025]

ANNEXES

Annexe 1 – Description du Projet AViQ (PAC)

Partie 2 : Fiche-action

Dénomination de l'opérateur	Maison Médicale Espace Santé asbl
Numéro d'agrément :	044
Fiche action n°	1

Intitulé de l'action :

Mettre en place un programme d'éducation thérapeutique du patient pour les personnes atteintes de maladies chroniques au sein de la maison médicale Espace Santé.

I. Description brève de l'action

1. Identifiez en quelques mots la problématique (contexte, problème de santé, éléments socio-culturels, environnementaux etc.) selon votre point de vue :

Les maladies chroniques ont des répercussions importantes sur la qualité de vie, la capacité à maintenir des relations sociales, la santé mentale mais également sur le système de santé et la société dans son ensemble. Le contexte actuel est marqué par une augmentation préoccupante de la prévalence des maladies chroniques en lien entre autres avec le vieillissement de la population, les modes de vie actuels et les retards de diagnostic suite au Covid 19. Les déterminants de la santé, les compétences psychosociales, l'empowerment et la littératie en santé jouent un rôle essentiel dans la prise en charge globale du patient atteint de pathologie chronique. Il s'agit d'inscrire la santé dans un parcours de vie, de soutenir l'analyse et la résolution de problèmes liés à la maladie chronique et de mieux comprendre les représentations et les comportements de santé. Pour exemple, nous comptons actuellement 141 patients diabétiques et 125 patients pré-diabétiques parmi nos patients chroniques.

2. L'historique de votre action les années précédentes (si existant):

2022 Stratégies concertées : l'éducation à la santé digitale, un enjeu pour réduire les inégalités en santé, accentuées par la pandémie de Covid
2012-2023: suivi personnalisé des patients diabétiques par une infirmière spécialisée en diabétologie
2015-2023: collaboration médecin/infirmier centrée sur le patient atteint d'hypertension, prêts de tensiomètres
2011-2018 : séances collectives de gymnastiques adaptées pour les patients ayant des lombalgies et /ou des douleurs chroniques

3. Quels sont les objectifs prioritaires et les stratégies **de la programmation** auxquels votre action veut répondre ?

Axe 3 - Objectif 16

☒ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☒ F

4. Sélectionnez dans la programmation et/ou formulez les **objectifs opérationnels** de votre action :

- ☐ Identifier les besoins de la population atteinte de pathologies chroniques pour proposer un programme en réponse à ces besoins
- ☐ Élaborer en équipe un programme commun en matière de suivi des maladies chroniques pour assurer une cohérence dans l'information, le suivi des patients et la posture professionnelle.
- ☐ Mettre en place des programmes structurés d'éducation thérapeutique adaptés aux demandes et réalités des patients qui résident en Belgique afin d'augmenter leur niveau de littératie et d'autonomie leur permettant de poser des choix éclairés.
- ☐ Introduire le patient dans une démarche d'Education Thérapeutique du Patient qui lui est adaptée pour qu'il puisse inscrire son parcours de santé dans son parcours de vie
- ☐ Renforcer l'exercice des compétences en santé des patients atteints de pathologies chroniques par une approche participative pour développer les compétences psychosociales nécessaires à la prise en charge de leur maladie
- ☐ Renforcer l'exercice des compétences en santé de la population atteinte de pathologies chroniques par le corps et par l'alimentation pour intégrer ces aspects dans leur parcours de santé et de vie
- ☐ Informer le patient sur la maladie, les facteurs de risques, les éléments de prévention et sur les possibilités de prise en charge globale au sein de notre maison médicale et du réseau (curatif et bien-être) afin de développer une meilleure littératie en santé et prendre des décisions éclairées.

5. Décrivez les **activités** pour la mise en place de votre action en spécifiant le public :

Activités	Public relais	Public final
Réalisation d'un diagnostic communautaire	Travailleurs de la maison médicale en collaboration avec le Plan de Cohésion Sociale d'OLLN (PCS)	Les habitants d'OLLN, patients de la maison médicale, ou pas
Mise en place d'une cellule de référence pluridisciplinaire au sein de l'équipe autour de la prise en charge des pathologies chroniques	Travailleurs de la maison médicale	Travailleurs de la maison médicale
Mise en place de collaborations avec d'autres acteurs concernés par la santé, intervenant sur le territoire et/ou en promotion de la santé	RLM BW - Réseau Local Multidisciplinaire du BW PCS Plan de Cohésion Sociale d'OLLN CEP – Centre d'Education du Patient Autres partenaires	Les Patients atteints de pathologies chroniques et leur entourage
Création de programmes adaptés d'éducation thérapeutique du patient selon la pathologie chronique	Travailleurs de la maison médicale en collaboration avec le Centre d'Education du Patient (CEP)	Les patients atteints de pathologies chroniques
Présentation et adaptation du programme d'éducation thérapeutique	Travailleurs de la maison médicale	Patients atteints de pathologies chroniques
Animations de groupes de paroles sur les déterminants de la santé – prévention secondaire et tertiaire	Travailleurs de la maison médicale et partenaires	Patients atteints de pathologies chroniques
Mise en place de programmes d'activités sportives, d'alimentation saine et de gestion du stress pour les patients atteints de pathologies chroniques	Travailleurs de la maison médicale et partenaires	Patients atteints de pathologies chroniques

3

Mise en place d'un plan de communication	Les professionnels travaillant à OLLN Les professionnels travaillant spécifiquement les maladies chroniques, l'éducation du patient et la littératie en santé Les travailleurs de la maison médicale	Les Patients atteints de pathologies chroniques et leur entourage
--	--	---

II. Logique d'intervention

1. Citez les **références principales** (nationales, internationales, épidémiologiques, socio-sanitaires, stratégies, communautés professionnelles etc.) qui documentent votre analyse du problème et votre logique d'intervention.

- Participation des patients et empowerment: Herman, J. (2021) FMM: <https://www.maisonmedicale.org/participation-de-s-patient-set-empowerment/>
- Organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique : Dominique, P., Van den Heede, K. and Mertens, R. (2012). https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_190B_organisation_soin_malades_chroniques_Position%20Paper_0_0.pdf.
- Éducation thérapeutique du patient : Bouleuc-Parrot, C. (2018). Éducation thérapeutique du patient : vers un patient autonome. Laennec, 66, 4-6. <https://doi.org/10.3917/lae.182.0004>
<https://www.educationdupatient.be/index.php/education-du-patient/quel-le-efficacite-et-#:~:text=Efficacit%C3%A9%20et%20limites,soins%20de%20sant%C3%A9>
R. Charafeddine, S. Demarest, F. Berete. Enquête de santé 2018 : Littératie en santé. Bruxelles, Belgique : Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.440.72. Disponible en ligne : www.enquetsante.be

2. Identifiez les demandes et les besoins de votre public ?

a. Public relais :

Les travailleurs de la maison médicale relèvent, lors des réunions d'équipe, une difficulté et un besoin d'améliorer la communication, la collaboration, et la connaissance par rapport au réseau, pour optimiser la prise en charge holistique des patients et renforcer la littératie en santé et les connaissances sur l'éducation thérapeutique des patients.
Les travailleurs de la maison médicale constatent les difficultés d'adhésion des patients à la prise en charge de leur maladie. D'autre part, elle se rend compte qu'il est difficile, pour les soignants, d'intégrer l'empowerment dans l'accompagnement des patients. L'équipe souhaite adapter le programme d'éducation des patients aux réalités et besoins de nos patients et de nos structures.

b. Public final

Lorsque nous évaluons les différentes activités de promotion à la santé que nous organisons, les patients expriment la plus-value et le besoin d'échanger avec d'autres patients qui vivent la même situation. Ils souhaitent également mieux appréhender leur maladie pour faire des choix éclairés, être soutenus dans leurs changements d'habitudes physiques, alimentaires, et se sentir moins seuls. Afin d'aller plus loin dans la compréhension de leurs demandes et besoins un diagnostic communautaire est envisagé dès le début du projet. Selon notre expertise, ils souhaitent avant tout rester acteurs de la gestion de leur maladie, être soignés dans la globalité en prenant en compte la réalité de leur milieu de vie (familial, professionnel, local...)

3. Comment assurez-vous la participation de votre public ?

a. Public relais :

Nous envisageons différents degrés de participation.
Une co-construction du projet avec l'entière responsabilité de l'équipe de la maison médicale, soutenue et encadrée par une cellule de promotion de la santé, constituée d'un représentant de chaque discipline (médecin, infirmier, kinésithérapeute, social, promotion santé etc.)
Une collaboration rapprochée entre partenaires en vue de développer la promotion de la santé et renforcer la prise en charge globale du patient atteint de pathologies chroniques. (RLM, PCS, les autres maisons médicales). Une co-production autour d'une restructuration méthodologique du programme d'éducation thérapeutique du patient adapté au système de santé et de culture de soins belges (CEP)

b. Public final :

Notre projet repose sur une participation communautaire en santé dont l'objectif est l'émergence d'autonomie et l'intégration d'un projet de santé dans leur projet de vie. Il s'agit d'une co-production des savoirs qui favorisera la co-construction des programmes d'éducation thérapeutique du patient avec les soignants, démultipliant en cela l'implication des patients, « experts du vécu » co-construisant avec des experts « professionnels »
Un comité de patients existe au sein de la maison médicale. Il permet l'implication et la participation active de nos patients dans notre système de santé. Il favorise la participation des patients, de l'élaboration à l'évaluation de projets et facilite l'accessibilité et la confiance envers les travailleurs.

4. Quelles sont les caractéristiques de vulnérabilité du public final ?

Groupes linguistiques	En fonction des pathologies chroniques nous observons des caractéristiques de vulnérabilité différentes. Par exemple ce qui concerne le
-----------------------	---

	diabète type 2, le groupe linguistique est une caractéristique importante
Groupes d'âge	En fonction des pathologies chroniques nous observons des caractéristiques de vulnérabilité différentes. Pour tout ce qui concerne l'hypertension, nous observons des caractéristiques de vulnérabilités plus centrées sur le groupe âge.
Personnes à faible revenu	En fonction des pathologies chroniques nous observons des caractéristiques de vulnérabilité différentes. Nous observons également le lien entre la santé et la précarité. Le faible revenu est un facteur de vulnérabilité sur la prise en charge globale de la santé
Autres (à préciser)	Le faible niveau de littératie en santé concerne toutes les catégories de population

5. Votre public final dispose-t-il de ressources particulières ?

Le patient atteint d'une pathologie chronique dispose d'une connaissance approfondie de son vécu quotidien avec sa maladie. Il détient l'expertise nécessaire lui permettant de collaborer avec les professionnels de santé pour élaborer un plan de santé adapté à ses besoins spécifiques. Étant inscrits dans un système de santé au forfait, ils bénéficient d'une accessibilité aux soins de première ligne qui inclut des médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmières, un service social et un projet de promotion et de prévention de la santé. La majorité des patients disposent d'un réseau familial et d'un accès aux technologies numériques.

III. Territoires

Sur quel territoire sera déployée cette action ?

Commune	Ottignies-Louvain-la-Neuve
---------	----------------------------

Pourquoi avez-vous choisi ce territoire ?

Nous sommes implantés sur ce territoire depuis 1998. Nous opérons dans un territoire défini en raison de l'importance de l'accessibilité et de la proximité des contextes et des ressources. Notre commune comptabilise le revenu le plus bas du Brabant wallon. 40 % de nos patients bénéficient du statut BIM. La délimitation du territoire nous permet de répondre aux besoins spécifiques et aux caractéristiques uniques de notre population, de mieux comprendre les déterminants sociaux de la santé qui les affectent, de mieux collaborer avec les ressources locales et d'organiser des programmes de sensibilisation et d'éducation spécifiques à la communauté, en utilisant les ressources culturelles et linguistiques disponibles localement.

IV. Milieux de vie concernés éventuellement par votre action

- | | |
|--|--|
| ☐ Aucun | ☐ Milieux scolaires, universitaires et centres de formation |
| ☐ Logements personnels ou familiaux | ☐ Communautés numériques (réseaux sociaux en ligne...) |
| ☐ Institutions résidentielles | ☐ Structures de soins spécialisés en assuétudes |
| ☐ Institutions d'accueil de jour ou de nuit | ☐ Voie publique |
| ☐ Milieux de soin | ☐ Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| ☒ Milieux d'aide médico-psycho-sociale | |
| ☒ Milieux de loisirs | |
| ☒ Milieux professionnels | |
| ☐ | |
| ☐ | |

Pourquoi décidez-vous d'orienter votre action vers ces milieux de vie ?

Une maison médicale s'adresse à l'ensemble de la population d'un territoire. Elle est formée d'une équipe pluridisciplinaire qui dispense des soins de première ligne de la naissance à la fin de vie. Elle facilite l'accès aux soins, encourage une approche proactive de la santé, met l'accent sur les aspects psycho-sociaux et sur la promotion de la santé en agissant de manière préventive plutôt que réactive. Une maison médicale offre un environnement convivial et accueillant, favorisant ainsi une relation de confiance entre les patients et les professionnels de la santé. Elle s'appuie sur une dynamique de participation communautaire, elle valorise les ressources des habitants et du quartier et travaille en partenariat avec le réseau local..

V. Partenariats et modalités de collaboration

1. Comment et avec qui envisagez-vous de collaborer dans le cadre de cette action.

- ☒ Quel opérateur de promotion de la santé et de prévention
- ☒ Quel centre local de promotion de la santé
- ☒ Quel centre d'expertise en promotion de la santé
- ☒ Avec quels opérateurs **d'autres secteurs** envisagez-vous de collaborer ?

Acteur	Modalité de collaboration
CEP – Centre d'éducation du patient	Réunions, échanges, échanges méthodologique sur le concept d'éducation du patients, co-construction, formations pour les travailleurs de la maison médicale
CLPS-BW	Accompagne l'élaboration, l'implémentation, l'évaluation, l'ajustement et le renouvellement du Plan wallon de Prévention et Promotion de la Santé – apport d'outils méthodologiques
RESO	Accompagnement - Structure ressource pour documenter les questions qu'on se pose à partir de la littérature existante et appuyer notre adaptations de programmes d'éducation thérapeutique du patient
PCS – Plan de Cohésion Social	Participation à des réunions. Co-construction – soutien au diagnostique communautaire – lien vers les quartiers
RLM - Réseau Local Multidisciplinaire	Réunions, échanges, rencontres partenaires, mise en lien entre professionnels de la santé et des associations en lien avec le diabète et /ou les insuffisances rénales
FARES	Echanges de ressources – outils- pratiques
ECOSSAD	Echanges de ressources – outils- pratiques
Fédération des Maisons Médicales	Communication vers d'autres maisons médicales

2. Nouveaux partenariats qui seraient utiles et nécessaires mais non encore concrétisés

Acteur	Modalité de collaboration
Réseau 107	Collaboration pour faciliter l'accès à des séances de sophrologies pour notre public cible (compétences psycho sociales)
Sport sur Ordonnance	Collaborations dans le cadre d'activités sportives avec notre public cible
Dietéticienne indépendante	Collaborations dans le cadre d'activités autour de l'alimentation spécifique avec notre public cible
Medisplay	Collaboration dans le cadre de campagnes de préventions – encourager la littératie en santé des patients – échanges d'outils
Promo santé et MG	Collaborations dans le cadre des campagnes de préventions – encourager la littératie en santé – échanges d'outils , ressources

VI. Indicateurs

Formulez les indicateurs les plus pertinents en regard de votre action et la périodicité de leur récolte

8

Type d'indicateur	Indicateur	Périodicité
Indicateurs de processus	Existence d'un document reprenant une vision commune de l'équipe tant dans la philosophie que dans les modalités d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques.	2023-2024
Indicateurs de processus	Identification des besoins et des sources de vulnérabilité des patients atteints de pathologies chroniques sur la commune (ou/non , expliquez)	2023-2024
Indicateurs de réalisation	Nombre d'heures de formations et /ou de rencontres de partenaires sur l'éducation thérapeutique du patient, la littératie en santé ou autres formations pertinentes auxquelles ont assisté les membres de l'équipe de la maison médicale (première ligne de soin)	2023-2027
Indicateurs de réalisation	Nombre et formes d'activités individuelles et collectives mises en place à l'intention des patients chroniques permettant au patient de prendre un temps privilégié pour comprendre sa maladie chronique.	2025-2027
Indicateurs de résultats	Témoignage des patients quant à la perception de leur maladie et l'autonomie acquise.	2026-2027

VII. Calendrier de l'action

Quelles activités seront mises en place en 2023-2024 ?

Écriture du PAC – rencontres partenaires autour du PAC. Construction du projet

Réalisation d'un diagnostic communautaire

Mise en place d'une cellule de référence pluridisciplinaire au sein de l'équipe autour de la prise en charge des pathologies chroniques

Mise en place de collaborations intra- et intersectorielles, avec d'autres acteurs intervenant sur le territoire et/ou en promotion de la santé

Mise en place d'un plan de communication (communication envers les patients et communication entre le réseau/soignants)

En 2025-2027 :

Création de programmes adaptés d'éducation thérapeutique du patient selon la pathologie

Présentation et adaptation du programme d'éducation thérapeutique

Mise en place / exécution du plan de communication

Animations de groupes de paroles sur les déterminants de la santé – prévention secondaire et tertiaire

Mise en place de programmes d'activités sportives, de gestion du stress et d'alimentation saine pour les patients atteints de pathologies chroniques

Quelles autres actions ou activités ne sont pas mises en place actuellement et seraient nécessaires ?

Un comité de « patients partenaire » ,atteints de maladies chroniques, déjà existant et fonctionnel sur la commune d'Ottignies – Louvain –la –Neuve (par ex. à la clinique Saint Pierre) faciliterait l'élaboration du diagnostic communautaire. Leur vécu quotidien avec la maladie leur confère une connaissance approfondie des défis et des besoins auxquels sont confrontés les patients. Des besoins non anticipés émergeront tant pour l'équipe que pour les patients durant les deux premières années. Le projet adaptera les actions et activités en fonction des demandes, freins et leviers qui auront émergés.

VIII. Communication

Comment comptez-vous communiquer sur votre action ?

- ☐ Élaborer un programme commun - maladies chroniques et éducation du patient (2023-2027)
Public cible : travailleurs de la maison médicale et partenaires. Outils : courriers, réunions de rencontres partenaires, registre de PV de réunions, retours régulier en équipe, relais du projet vers d'autres maison médicale via la FMM
- ☐ Introduire le patient dans une démarche d'Education Thérapeutique du Patient et informer le patient sur la maladie, les facteurs de risques, les éléments de prévention, les possibilités de prise en charge et les activités (2025-2027) Public cible : les patients atteints de pathologies chroniques et leur entourage. Outils : Nous utiliserons les moyens de communication mis en place au sein de la maison médicale : courriers électroniques, newsletters, annonces Facebook, site web, spots radios et affichages sur écran numérique, affiches en salle d'attente, dans les cabinets et flyers distribués aux patients et aux partenaires

IX. Tout autre information que vous jugerez utile :

La prise en charge holistique des patients atteints de maladies chroniques exige une approche globale, prenant en compte les aspects culturels, environnementaux et sociaux de leur vie. Les croyances, les valeurs et les pratiques culturelles peuvent influencer la manière dont les patients perçoivent et vivent leur maladie. Des facteurs tels que la qualité de l'air, l'accès à des espaces verts, l'accessibilité aux aliments sains et la pollution influencent la progression des maladies chroniques. En articulant ces différents secteurs, il devient possible d'offrir une prise en charge plus complète, adaptée aux besoins spécifiques de chaque patient.

Annexe 2 – Description maison médicale Espace Santé (Brochure Inscription)



Notes

Un petit mot de présentation...

Toute l'équipe de la maison médicale Espace Santé vous souhaite **la bienvenue**.

L'objectif de cette brochure est de vous présenter **diverses informations** qui pourront vous aider à mieux comprendre le fonctionnement de la maison médicale dans laquelle vous vous inscrivez.

Au cours de ces pages, vous découvrirez une brève définition de ce que sont les maisons médicales et comment celles-ci ont vu le jour. Vous retrouverez également une partie dédiée spécialement à **Espace Santé**, où la mission ainsi que nos valeurs y sont présentées. Cela peut vous sembler ardu au départ, cependant nous vous encourageons à poursuivre la lecture au-delà de ces pages.

Nous vous réexpliquons le **système du forfait**, son fonctionnement ainsi que ses particularités et ses exceptions.

De nombreuses informations quant à notre fonctionnement viendront à la suite de l'explication du forfait.

Pour conclure cette brochure, plusieurs de nos activités en **promotion à la santé** seront présentées.

Ces pages ne suffiront certainement pas à répondre à toutes vos questions, n'hésitez donc pas à nous interpeller lors de vos passages à la maison médicale !

Plan de la brochure

- Les maisons médicales

- Un peu d'histoire... p. 5
- La Fédération des maisons médicales p. 6

- Espace Santé

- En deux mots... p. 7
- Notre vision p. 7
- Nos valeurs p. 8
- Notre slogan p. 8
- Notre mission p. 8
- Quelques mots d'explication s'imposent pour tous ces termes ... p. 9
- Notre philosophie : les mots-clés p. 10

- Notre mode de fonctionnement

- Quelques principes p. 11
- L'autogestion p. 12
- La transdisciplinarité p. 13
- L'organisation de l'équipe pp 14-16

- L'équipe actuelle

- Accueillantes p. 17
- Médecins généralistes p. 17
- Kinésithérapeutes p. 18
- Infirmières p. 18
- Diététicienne p. 18
- Infirmière sociale p. 18
- Coordinatrice en promotion de la santé p. 19
- Collaborateurs administratifs p. 19

- Le forfait

- Le financement p. 20
- Les droits et les devoirs de chacun p. 21
- Inscription et désinscription p. 22
- Exceptions et particularités pp. 23-26

- Informations pratiques

- Coordonnées utiles p. 27
- Les horaires pp. 28-29

- Autres informations pratiques

- Comment prendre rendez-vous? p. 30
- Renouvellement d'ordonnances? p. 30
- Retard? p. 30
- Le réseau Santé Wallon pp. 31-32

- La promotion de la santé

- Définitions des concepts pp. 33-34
- Illustration p. 35
- « Le jour se lève » p. 35
- Les actions ponctuelles p. 36
- Vers une vie sans tabac p. 36
- Les promenades santé p. 36
- L'alimentation saine p. 37
- Le diabète p. 37
- Le Petit Mémo Santé p. 38
- La projet lombalgie p. 38
- Diagnostic et intervention sur les ISS p. 38
- Les vaccinations p. 39
- Espace Lien pp. 40-41

Les maisons médicales

Un peu d'histoire...

Les premières maisons médicales sont apparues en Belgique en 1972 : elles sont nées de la fièvre idéaliste des Golden Sixties. Les fondateurs voulaient changer le monde dans un sens plus égalitaire, plus libertaire, plus fraternel.

La volonté des fondateurs était de :

- rapprocher les soignants et les soignés ;
- valoriser la pluridisciplinarité, c'est-à-dire la collaboration entre professionnels de formation différente ;
- combattre l'hospitalo-centrisme en repositionnant la médecine générale au centre du système de soins ;
- se mettre en priorité au service des plus défavorisés ;
- développer l'éducation pour la santé et la prévention.



Les maisons médicales

La Fédération des Maisons médicales

La Fédération des Maisons Médicales (FMM) et des collectifs de santé francophones regroupe plus de 100 maisons médicales implantées sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Elle représente un mouvement pour une société plus solidaire, plus équitable et socialement juste.

Elle a pour objectif général de promouvoir une politique de santé basée sur un système de santé organisé à partir des soins de santé primaires, et en particulier de soutenir les Maisons médicales constituées d'équipes pluridisciplinaires qui cherchent à fonctionner selon un modèle de Centre de Santé Intégré (CSI).

Attention : toutes les Maisons médicales ne sont pas membres de la fédération et ne fonctionnent pas toujours selon ce modèle.

Les valeurs de la FMM sont :

- la solidarité ;
- la citoyenneté ;
- le respect de l'altérité ;
- l'autonomie.

Pour en savoir plus :

<http://www.maisonmedicale.org/leur-charte-leurs-valeurs.html>

La FMM offre différents services :

- un service de développement et d'appui à la gestion ;
- un service de promotion de la santé et de la qualité (aides méthodologiques et formations) ;
- un service d'éducation permanente vers les professionnels de santé, vers les patients, vers les collectivités...
- un service d'étude et de recherche ;
- une publication : « Santé Conjuguée ».

Espace Santé a signé la charte de la FMM qui décrit un projet suivi sur le long terme par la Fédération.

Espace Santé

En deux mots...

La maison médicale « Espace Santé » a été **fondée en 1997** par trois médecins généralistes et un kinésithérapeute. Elle s'était dans un premier temps établie au numéro 79 de l'avenue des combattants et en 2008, l'ensemble de l'équipe a déménagé au numéro 49.

Étant trop à l'étroit au 49, nous avons décidé d'investir dans une extension, profitant de la construction d'un immeuble juste à côté de la maison. Nous y avons emménagé en novembre 2013 et avons terminé les travaux de rénovation du 49 début 2015. L'inauguration de nos bâtiments s'est déroulée en mai 2015.

Aujourd'hui, nous sommes une équipe de **24 travailleurs** et comptons 2200 patients inscrits au forfait.

Notre vision

La maison médicale est ouverte à tous.

Elle offre des soins de qualité,
personnalisés

à l'écoute du patient et de son vécu,
tout en le rendant autonome et responsable.

Les soins sont donnés par une équipe
motivée, solidaire et transdisciplinaire,
où chacun a su développer ses compétences et ses qualités,
dans une structure permanente,
respectueuse des personnes et des savoirs,
en synergie avec le tissu associatif.

Espace Santé

Notre slogan...

*Dans un idéal commun,
la bonne personne
au bon moment*

Notre mission

La mission d'Espace Santé est de proposer des soins de santé globaux, continus et intégrés de 1ère ligne.

Elle peut le faire grâce à une équipe transdisciplinaire
soucieuse de la qualité des soins,
ouverte et respectueuse de la différence de l'autre,
en relation avec le réseau psycho-médico-social.

Quelques mots d'explication s'imposent pour tous ces termes ...

- **Soins de santé globaux**

C'est-à-dire qui tiennent compte de tous les aspects de la santé : médicaux, psychologiques, sociaux, culturels et environnementaux.

- **Soins de santé continus**

Ce sont des soins dispensés par une équipe de thérapeutes qui travaille dans une logique de suivi à long terme, de la naissance jusqu'à la fin de la vie.

- **Soins de santé intégrés**

Ce sont des soins qui englobent aussi bien les aspects préventifs que curatifs et palliatifs mais également la promotion de la santé.

- **Équipe transdisciplinaire**

C'est une équipe qui dépasse le cloisonnement entre les disciplines. Chacun enrichit et est enrichi par les compétences de l'autre. Ce fonctionnement va au-delà de la multi- ou pluridisciplinarité qui consiste au simple échange d'informations entre disciplines (*plus d'informations en p.13*).

- **Réseau psycho-médico-social**

C'est l'ensemble des organismes qui ont une action, quelle qu'elle soit, pour le bien-être de la population.

Espace Santé tente de maintenir des contacts privilégiés avec certains partenaires locaux.

Notre philosophie : les mots clés

- **Globalité des soins**

Il est nécessaire d'être attentif au contexte de vie de la personne pour proposer des soins de santé globaux.

- **Accessibilité**

La maison médicale Espace Santé favorise :

- ◊ l'accessibilité financière en ayant choisi de fonctionner selon le système du forfait (*voir pages 20-26*) ;
- ◊ l'accessibilité géographique par son choix de limiter son territoire à la commune d'Ottignies-Louvain-la-Neuve.

Elle est également attentive aux différences culturelles.

- **Partenariat**

L'équipe de la maison médicale imagine la relation soigné(s)-soignant(s) comme étant un accompagnement qui propose le « faire avec » plutôt que le « faire pour ». Il s'agit donc dans ce cas-là plus d'un partenariat que d'un accompagnement.

- **Promotion de la santé et participation communautaire**

À la maison médicale, le travail en réseau et la prise en compte de chaque individu comme partenaire de soins permettent d'inscrire nos activités dans ce type de processus. (*Voir pages 31 et suivantes*).

- **Transdisciplinarité** (*voir p. 9 et 13*)

Notre mode de fonctionnement

Quelques principes

- Équipe autogestionnaire non hiérarchisée organisée en association sans but lucratif relevant du secteur privé.
- Partage de compétences, de responsabilités et de pratiques grâce, entre autres, à des réunions pluri- et mono-disciplinaires.
- Relation interactive avec la population.
- Implication dans le réseau local et le travail de quartier.



L'autogestion

La maison médicale « Espace Santé » est une structure autogestionnaire, c'est-à-dire que chaque travailleur peut être membre de l'**Assemblée générale (AG)** de l'ASBL et participer à l'organisation et à la gestion des projets.

Le **Conseil d'administration (CA)**, élu par l'Assemblée générale, est composé de minimum trois membres effectifs. Il se réunit autant de fois que la gestion le nécessite. Le Conseil d'administration peut désigner parmi ses membres un président, éventuellement un vice-président, un trésorier et un secrétaire. La gestionnaire de la maison médicale est invitée permanente aux réunions du Conseil d'administration.



La transdisciplinarité

À Espace Santé, nous visons la transdisciplinarité qui va plus loin que la pluri- et l'interdisciplinarité

Le travail en équipe **pluridisciplinaire**, ou multidisciplinaire, se traduit par l'association de différentes disciplines : une sorte de cohabitation plus ou moins harmonieuse.

L'**interdisciplinarité** implique l'interaction entre les différentes disciplines, chacun s'ouvrant au regard et à la compétence de l'autre.

La **transdisciplinarité** va plus loin, chaque intervenant s'enrichit de l'expérience et du point de vue des autres disciplines afin de créer une nouvelle opinion, une nouvelle compétence collective et, partant, une nouvelle discipline. Ce processus permet de réfléchir autrement une problématique dès le moment où chaque intervenant est capable d'entendre un avis pertinent d'un collègue, ouvrant ainsi la porte à de nouvelles réponses que ce soit face à une situation individuelle ou face à des problèmes de santé publique.

La transdisciplinarité implique une coresponsabilité :

Nous sommes tous responsables de la prise en charge du patient.

Concrètement pour mettre cela en mouvement nous nous rencontrons régulièrement en équipe pour partager une situation d'un patient mais aussi entre soignants intervenant auprès d'un même patient pour échanger nos observations, difficultés, réflexions, encouragements...

Nous prenons également le temps pour réfléchir en équipe sur nos pratiques.

L'organisation de l'équipe

Voici un bref aperçu des différents « secteurs » et de leur quotidien :

L'**accueil** est la plaque tournante et a une fonction capitale au sein de la maison médicale. Son tout premier rôle est d'être l'interface entre tous les acteurs d'Espace Santé.

L'accueillante est la personne qui reçoit la demande et oriente celle-ci, mais c'est également quelqu'un qui offre une écoute aux patients. Dès lors, l'intégrer dans l'équipe soignante a tout son sens. Les personnes chargées de l'accueil assurent également une part du travail administratif, la gestion des rendez-vous de la plupart des membres de l'équipe, le classement des protocoles et des dossiers... L'accueil c'est aussi un lieu qui se veut chaleureux et qui permet la confidentialité des échanges si nécessaire.

Le secteur de **médecine générale** prend en charge les soins curatifs et participe aux actions de prévention ainsi que d'éducation pour la santé.

Les contacts avec les patients se font uniquement sur rendez-vous. Ils ont lieu en consultation ou en visite à domicile.

Tous les patients inscrits dans les maisons médicales au forfait ont d'office un Dossier Médical Global (DMG). Celui-ci engage le médecin à tenir à jour un certain nombre de données dans le dossier du patient.

Le secteur de la kinésithérapie prend en charge notamment les pathologies ostéo-articulaires et musculaires, la kinésithérapie respiratoire, pré- et post-natale, la relaxation, la prévention des lombalgies et autres activités collectives. Ces soins sont dispensés soit en consultation, soit à domicile mais toujours sur rendez-vous.

Nos kinés sont disponibles pour vous aider à dépasser toute problématique fonctionnelle que vous pourriez rencontrer dans votre quotidien.

Le secteur des soins infirmiers prend en charge un ensemble d'actes infirmiers dont les prises de sang, les soins de plaies, les injections, les toilettes, etc. De plus, ce service propose une aide à la gestion des médicaments, des séances d'éducation pour la santé et l'accompagnement des pathologies chroniques. Dans ce sens, un dispensaire et des visites à domicile sont organisés.

Notre diététicienne accompagne le patient par la dispense de conseils nutritionnels personnalisés et adaptés à son mode de vie. Il participe à l'éducation et à la rééducation nutritionnelle des patients atteints de pathologies nécessitant un changement de comportement alimentaire. Cet accompagnement est assuré en collaboration avec d'autres secteurs, et principalement avec le secteur de la médecine générale.

À côté du curatif, notre diététicienne répond aussi aux propositions d'activités de prévention du secteur de la promotion de la santé, par le biais d'« ateliers cuisine » lors desquels sont réalisées des recettes saines, rapides, facile et à bas prix.

La cellule psycho-sociale répond à toute demande sociale qu'elle soit d'ordre administrative ou autre, de manière ponctuelle ou à long terme. Il accompagne le patient tout au long de ses démarches et participe ainsi à la

prise en charge globale du patient, en interdisciplinarité avec les autres secteurs.

Travaillant principalement en réseau, le travailleur social peut être amené à orienter le patient vers une structure plus spécialisée.

Le travail social est donc un travail à la fois individuel et collectif et un travail de collaboration et de réseau.

Le secteur de promotion de la santé développe des activités visant la population locale, en partenariat avec le réseau dans le but de renforcer les aptitudes et les capacités des individus afin de leur permettre de rester ou redevenir acteur de leur santé.

C'est ainsi que les activités de promotion de la santé à Espace Santé se réalisent avec la collaboration de travailleurs de différents secteurs professionnels mais surtout en co-construction avec les usagers de la maison médicale et du réseau.

Le secteur administratif assure la gestion administrative et financière de la maison médicale. Ce secteur s'occupe également de la gestion administrative du personnel ainsi que de la gestion des ressources humaines.

Finalement, il est compétent pour la gestion de la communication interne-externe, ainsi que la gestion de l'infrastructure.

L'équipe actuelle

4 accueillantes



Christine
PONZODA



Maud
Deceulaer



Virginie
MERNIER



Christine
SBOLGI

3 médecins généralistes



Jehanne
HAVET



Patricia
RUBBERS



Elise
STRYPSTEIN

2 médecins généralistes assistants



Meryem
DERRAZ



Nathalie
COGEZ

4 kinés



Émilie
DE
FALLOISE



Marie-Cécile
LANTSOUGHT



Aurélie
STOCK



Eva
FARJALLAH

3 infirmiers



Guillaume
DELVIGNE



Béatrice
YSEBOODT



Sylvie
DEKNOP

2 intervenantes psychosocial



Veronique
GALLANT



Véronique
CAPART

1 coordinatrice en promotion de la santé



Christine
SBOLGI

5 collaborateurs administratifs



Maxime
FRENOT



Virginie
MERNIER



David
COURTOIS



Caroline
CALLEWAERT



Maud
DECEULAER

Le Forfait

Le financement



* MKI = Médecins, kinés, infirmières

- Le système de financement est basé sur la solidarité. Ce mécanisme permet de développer des actions de prévention et donne une grande liberté aux maisons médicales dans le choix de leurs actions.
- Le forfait est calculé par l'INAMI. Pour ce calcul, l'INAMI élabore un profil moyen de notre patientèle en tenant compte de 41 critères comme l'âge, la pathologie, le statut mutuel, etc. Le forfait mensuel moyen de l'ensemble des Maisons médicales est d'environ 35€ par patient inscrit au forfait. Il est recalculé tous les ans.
- A cela s'ajoute des subsides publics pour l'organisation de l'accueil, de la coordination, de la santé communautaire, du travail en réseau et de la fonction d'observatoire de la santé.
- Attention! Il faut préciser que toutes les maisons médicales ne fonctionnent pas au forfait.

Le Forfait

Les droits et les devoirs de chacun

Nos engagements envers vous sont de :

- Permettre un accès financier aux soins par le système solidaire du forfait
- Être attentif à prendre en compte votre contexte de vie pour offrir des soins de santé globaux
- Assurer la continuité des soins
- Travailler en transdisciplinarité dans l'équipe.

Vos engagements envers Espace Santé sont de :

- Être et rester en ordre de mutuelle
- Être résident sur la commune d'Ottignies-Louvain-la-neuve
- Ne venir qu'à la maison médicale pour les soins de médecine générale, les soins infirmiers et de kinésithérapie.
- Prévenir, le plus vite possible, de tout changement administratif (changement d'adresse, de numéro de téléphone, de mutuelle, etc.)

Le Forfait

Inscription et désinscription

L'inscription à la maison médicale est à durée indéterminée. Cependant à tout moment elle peut prendre fin sur décision d'une des trois parties (patient, mutuelle ou Maison médicale). La désinscription ne sera effective qu'après un délai de 1 à 2 mois (à la fin du mois qui suit le mois de signature des documents de désinscription).

La zone d'action de la maison médicale est limitée à la commune d'Ottignies-Louvain-la-Neuve.

En cas de déménagement :

- **Dans la zone de la maison médicale**, il n'y a pas de changement de votre inscription : il vous suffit de nous communiquer vos nouvelles coordonnées.
- **Hors de la zone de la maison médicale**, la désinscription sera obligatoire. En effet, la zone d'action d'Espace Santé est limitée pour des raisons pratiques (comme les visites à domicile, par exemple). C'est aussi nécessaire pour nous permettre d'avoir une action pertinente dans le réseau et une action locale de promotion de la santé.

Le Forfait

Exceptions et particularités

Le système du forfait vous impose de venir à Espace Santé pour les soins de médecine générale, de kiné et infirmiers. Vous ne pouvez donc pas consulter ailleurs pour ces trois types de soins.

- **La continuité des soins : les gardes des médecins**

La Maison médicale a l'obligation d'assurer la continuité des soins mais cela ne veut pas dire qu'elle doit elle-même les assurer.

Tous les jours de 18h30 jusqu'au lendemain à 8h ainsi que les week-end, la garde médicale pour les urgences est assurée à tour de rôle par différents médecins généralistes de la région. Il vous faudra donc payer leur visite. Si vous amenez l'attestation de soins de ce médecin (et votre numéro de compte) la maison médicale vous remboursera le tiers payant

A partir de 08h jusqu'à 8h30, en cas d'urgence, c'est le numéro des urgences de la maison médicale qu'il faudra appeler.

- **Impossibilité de venir à Espace Santé à cause de la distance.**

Si vous avez un besoin urgent d'un médecin généraliste et que vous êtes loin de la maison médicale

1. En Belgique : c'est le même fonctionnement que pour les gardes. Il faut d'abord payer le soignant extérieur et ensuite venir avec l'attestation à la maison médicale.

1. A l'étranger : c'est votre mutuelle qui prendra cela en charge.

- **Soins kiné et infirmiers à l'extérieur pour débordement et/ou spécialisations**

La Maison médicale remboursera les soins kinés et/ou infirmiers extérieurs si vous avez demandé l'autorisation avant le début du traitement. Si vous avez obtenu l'accord du kiné de la maison médicale vous pouvez demander le remboursement des soins. Vous remettez l'attestation de soins à l'accueil. La maison médicale vous remboursera les soins sur base des prix fixés par la convention médico-mutualiste : le tiers payant (partie à charge de la mutuelle) et le ticket modérateur (la partie à charge du patient).

En conclusion :

Il faut donc toujours passer par les soignants d'Espace Santé avant de faire appel à :

- un médecin généraliste extérieur à la MM sauf dans le cas de la garde et de soins de médecin généraliste effectués en « urgence » hors de la zone de la maison médicale
- un kiné extérieur
- un service infirmier extérieur

et payer les prestataires de soins avant de venir avec l'attestation à la maison médicale pour le remboursement.

L'équipe administrative procède aux remboursements une fois par mois.

En résumé

« Je voudrais consulter en dehors de la maison médicale alors que je suis inscrit au forfait est-ce possible? »

Pour la médecine Générale

NON

Sauf 2 exceptions :

- Consultation durant la garde
- Consultation « d'urgence » en Belgique en dehors de la zone de la M.M.

Pour la kiné et les soins infirmiers

NON

Sauf si :

Autorisation préalable d'un travailleur d'Espace Santé.

Si accord préalable pour consulter à l'extérieur pour les soins kiné et/ou infirmiers

1. Vous payez d'abord vous-même le soignant extérieur
2. Vous déposez l'attestation de soins à l'accueil
3. Nous vous remboursons la totalité de la consultation (selon les tarifs officiels de l'INAMI).

Pour les spécialistes

OUI

Par exemple : cardiologue, ophtalmologue, gynécologue, urologue, chirurgien ...C'est la mutuelle qui vous remboursera le tiers payant.



Sachez que la plupart des homéopathes, ostéopathes, psychomotriciens, acupuncteurs, médecins sportifs, nutritionnistes utilisent pour leurs attestations de soins des numéros de nomenclature de médecine générale ou de kinésithérapie.

Ces soins sont alors considérés par la mutuelle comme des soins de médecine générale ou de kinésithérapie et ne sont donc pas remboursés par la mutuelle aux personnes abonnées en Maison médicale.

Pour information : sachez qu'en cas d'hospitalisation il n'y a pas de particularité liée au forfait. Votre mutuelle procédera au remboursement comme précédemment.

Informations pratiques

Coordonnées utiles

Téléphone de l'accueil : **010/40 22 65**

Pour la garde des médecins: à partir de 18h et jusqu'au lendemain à 8h, vous pouvez contacter le Poste de Garde du BW Centre au **1733**

Numéro de garde pour les « urgences » médicales entre 08h et 08h30 et sur les temps de midi en semaine : 0499/90.09.88

Numéro de téléphone des infirmières : 0479/72 14 86

N'hésitez pas à visiter le site de la maison médicale: **www.mmottignies.be**

Si vous souhaitez recevoir nos informations concernant les projets de promotion de la santé par e-mail, envoyez-nous votre adresse e-mail à **promotion.sante@mmottignies.be**

L'adresse e-mail d'Espace Santé : **espacesante@mmottignies.be**

- **La Maison médicale**

L'accueil de la maison médicale est ouvert tous les jours de 8h à 13h et de 14h à 19h (fin des appels téléphoniques à 18h30). Sauf le mardi où nous sommes fermés de 12h à 15h pour permettre à tous les travailleurs d'être présents à la réunion d'équipe.

- **La médecine générale**

Des médecins sont présents de 8h à 18h30.

Toutes les consultations se font sur rendez-vous.

Des visites à domicile sont possibles si :

- demandées le plus tôt possible en matinée
- pour des personnes ne sachant pas se déplacer pour des raisons médicales
- la demande est « urgente », c'est-à-dire qu'elle ne peut être reportée au lendemain

Pour les gardes : voir p. 23 et p. 27 pour les numéros d'appel.

- **Les soins de kinésithérapie**

Les kinés travaillent de 8h à 19h et ils répartissent leur temps de travail entre des rendez-vous à la maison médicale et des visites à domicile. En général on vous demandera de laisser votre demande de soins à l'accueil et un des kinés vous recontactera pour fixer avec vous les rendez-vous.

- **Les soins infirmiers**

Tous les matins de 8h à 9h30 les infirmières tiennent un dispensaire sur rendez-vous uniquement pour des prises de sang et des pansements, par exemple.

De 9h à 13h ce sont les soins à domicile. Pour les demandes de soins à domicile, il vous faudra passer par l'accueil de la maison médicale ou en utilisant le numéro d'appel des infirmières (voir p. 27). Si une infirmière est disponible elle pourra directement prendre votre demande en compte sinon vous serez recontacté pour définir les passages nécessaires.

Le mercredi après-midi, de 15h à 17h30, il y a aussi un dispensaire qui fonctionne sur rendez-vous. C'est pendant cette plage horaire que vous pourrez venir pour faire des vaccins, enlever des verrues ou mulluscum, faire des pansements, des prises de sang non à jeûn, etc.

- **La cellule sociale**

Les horaires de la cellule sociale sont variables en fonction des besoins et des demandes.

Autres informations pratiques

Comment prendre rendez-vous?

Pour prendre un rendez-vous, contactez la Maison Médicale par téléphone au 010/40.22.65

Renouvellement d'ordonnances?

Il faut le demander à l'accueil avec un délai de 48h.

Ces demandes peuvent se faire soit par téléphone ou soit en passant à la maison médicale après 10h. Vous avez également la possibilité de commander votre ordonnance via notre site web : www.mmottignies.be

Le délai de préparation reste identique.

Retard?

Par respect pour les soignants et l'ensemble des patients, les personnes qui arrivent en retard à leur rendez-vous ou qui annulent celui-ci en dernière minute, peuvent se voir refuser un nouveau RDV le même jour.

À noter qu'au-delà d'un retard de 10min, votre rendez-vous sera susceptible d'être reporté.

Autres informations

Le réseau Santé Wallon

Qu'est-ce que le partage de données médicales ?

Le Réseau Santé Wallon est une plateforme qui permet l'échange des documents informatisés de santé d'un patient (résultats d'examens, rapports médicaux, courriers, etc.) entre les prestataires de soins intervenant dans sa santé. Certains patients confondent cette nouveauté avec le dossier médical global (DMG), qui est plutôt un accord administratif avec les mutuelles et le médecin généraliste en charge.

Ce partage de données est donc un outil pour les médecins qui vous prennent en charge (urgentiste, spécialiste, généraliste de la maison médicale, médecin de garde, etc.) qui pourront dorénavant avoir instantanément accès à vos documents médicaux, ce qui facilite grandement votre prise en charge.

Concrètement, en quoi cela pourrait vous intéresser ?

Imaginons qu'un de vos proches fasse un malaise lors d'un déplacement et qu'il soit conduit aux urgences de l'hôpital le plus proche. Les médecins, n'ayant pas connaissance de son dossier, risquent de faire une batterie d'examens. La prise en charge pourrait être plus rapide, plus sûre et/ou plus efficace si ceux-ci avaient eu accès au dossier médical du patient (dans lequel sont mentionnés ses antécédents, ses traitements passés et en cours, ses éventuelles allergies et intolérances...).

Autres informations

Le réseau Santé Wallon

Vous trouverez plus d'informations sur le site du Réseau Santé Wallon : www.rsw.be

Si vous êtes intéressé, voici trois possibilités pour vous inscrire :

- En consultation avec un médecin de la MM. N'hésitez pas à prendre un RDV uniquement pour vous inscrire au RSW.
- De chez vous, par le biais de votre carte d'identité électronique (et le code PIN) et via l'application sur le site www.rsw.be
- Via un formulaire papier que vous pouvez venir déposer à la maison médicale ou directement envoyer au FRATEM (l'adresse se trouve en bas de la page).

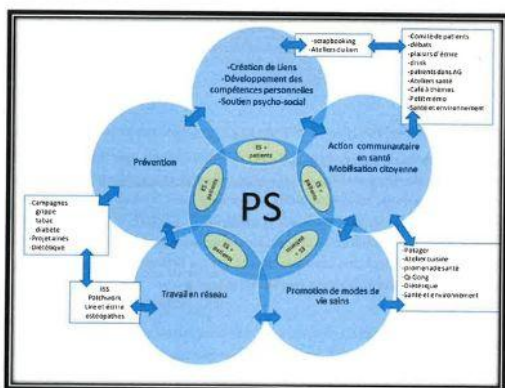


La promotion de la santé

De nombreuses actions sont réalisées par la Maison médicale Espace Santé. Les patients et les travailleurs ont la possibilité de s'impliquer dans divers projets. Chaque projet est co-construit avec les patients

Nos projets se structurent autour des 5 axes d'interventions favorables à la promotion à la santé et à la réduction d'inégalités sociales en santé développés par la Charte d'Ottawa.

Ils répondent aux besoins et aux demandes des patients et de la population. Les besoins sont déterminés par les patients via le comité des patients



La promotion de la santé

Espace Liens - Le Comité de patients

Extraits du discours prononcé lors de l'inauguration par Liliane LEROY, représentant le comité de patients :



[...] C'était en hiver, 2011, l'équipe d'Espace Santé a fait appel à quelques-uns d'entre nous pour ouvrir des palabres et lancer l'idée d'un comité de patients.

Pourquoi faire ? Comment ? Il ne me semblait pas y avoir d'objectifs précis. Mais où voulaient-ils nous emmener ? Qu'attendaient-ils de nous ? Qu'est-ce qu'on allait organiser ?... Il n'y a pas eu de réponse à ces questions mais un espace de rencontre, un espace où quelque chose pouvait « advenir » a été ouvert. Nous étions invités à un partenariat, à une co-construction d'activités pour favoriser le lien, la solidarité et la prise en compte de la santé, dans son acception la plus large, dans la prise en compte des déterminants sociaux de la santé.

Après quelques réunions et deux fêtes, « Espace Liens » est enfin né. A ce jour, nous n'y sommes pas nombreux mais les questions, elles, sont nombreuses. [...] Sommes-nous là seulement pour créer du lien ou aussi pour faire de l'éducation permanente ? Les débats sont ouverts : « mais c'est quoi l'éducation permanente ? Nous ne sommes pas là pour « éduquer », « mais l'éducation permanente, c'est tout sauf un enseignement ! C'est une co-construction critique et citoyenne ! », « Mais on ne va pas l'imposer ! »....

Toutes ces questions font partie de la construction même du projet. [...] Ce qui est sûr en tous cas, c'est qu'on partage les mêmes valeurs de respect des personnes, de solidarité, d'égalité.

La promotion de la santé

Nous avons déjà bien travaillé !

- ◊ Nous avons mis sur pied « **Plaisir d'écrire et de lire** », le journal des usagers d'Espace Santé qui permet à chacun.e de s'exprimer. Vous les trouverez dans les salles d'attente.
- ◊ Nous animons un **atelier Scrapbooking** depuis mars 2015. Devant le succès qu'il a remporté, il continue à accueillir celles et ceux qui veulent présenter, mettre leurs photos en scène.[...]
- ◊ Nous avons un **atelier potager** dans notre jardin. Le but de ce projet n'est pas d'avoir une production énorme de fruits et légumes mais bien de créer du lien entre les patients, de prendre plaisir se retrouver, d'échanger, d'apprendre, cultiver son jardin intérieur et extérieur...
- ◊ **Les ateliers du lien** est un projet d'échanges de savoirs entre patients : couture, peinture, bricolages...l'objectif est de partager et de développer sa créativité.

Nous avons également d'autres projets ponctuels comme des **ciné-débats** ou des **café papotes à thèmes** ou nous discutons d'un sujets santé avec un soignant.

Nous nous voyons **régulièrement en « comité »** mais faisons également des groupes de travail autour de projets concrets. Nous aimerions être plus nombreux.

Tous les bras et les têtes sont les bienvenus, chacun avec ses particularités, ses disponibilités, ses envies, et ce dans le comité ou dans les groupes de travail. Toutes les idées sont les bienvenues....c'est un peu l'auberge espagnole !

La promotion de la santé

Nos autres projets de promotion de la santé

Les promenades santé

Chaque 3ème samedi du mois, une promenade est proposée dans les environs de la maison médicale. Ces promenades sont co-organisées avec des patients de la maison médicale.

Les cours de Qi Gong

Le Qi Gong allie respiration et mouvement, pour atteindre l'harmonie et le calme intérieur. C'est une pratique sportive douce qui se déroule chaque vendredi.

Le Petit Mémo Santé

« Le Petit Mémo Santé » est notre périodique. Il est publié trimestriellement et peut vous être envoyé par e-mail si vous en faites la demande.

Différents objectifs sont à l'origine de ce livret, notamment l'envie de sensibiliser les patients sur certains points de santé ou encore faire participer les patients par la publication de certains de leurs articles. Cette publication nous permet également d'informer les patients sur les activités de la Maison médicale et du réseau.

Notre Comité de patients, Espaces Liens, annonce ses diverses activités du trimestre à venir.

Vers une vie sans tabac

L'ensemble de l'équipe de la maison médicale est là pour soutenir toute demande d'arrêt du tabac. Nous avons au sein de la maison médicale 2 tabacologues.

Nous proposons 3 fois par an des matinées de dépistage où sont effectués 3 tests différents : une spirométrie (pulmonaire), un test à l'effort et un bilan des facteurs de risque cardio-vasculaires.

Alimentation saine

Manger sainement est important.

Nous proposons tous les 3 mois des ateliers de cuisine co-organisés avec les patients; Cela nous a permis de faire de belles découvertes gustatives. Certaines recettes ont été compilées dans un recueil accessible par demande.

Le diabète

Espace Santé tente d'établir un état des lieux du diabète pour les patients de la maison médicale. Les objectifs sont multiples : améliorer la prise en charge des patients diabétiques, améliorer la transdisciplinarité ou encore travailler sur la circulation de l'information concernant les patients diabétiques. Un suivi éducatif individuel est assuré par une infirmière spécialisée en éducation des patients diabétiques.

La promotion de la santé

Diagnostic et interventions sur les inégalités sociales en santé (ISS)

Depuis 2013, la maison médicale en partenariat avec la Cellule de Développement Communautaire de la ville d'Ottignies—Louvain-la-Neuve, le CLPS et l'ONE propose des temps de rencontres et de paroles mais aussi des entretiens individuels pour récolter les avis des personnes (cela s'est fait en groupe et pour des familles) de la commune au sujet du bien-être.

Les vaccinations

Par cette action, l'équipe veut sensibiliser les patients et les professionnels de la maison médicale, en respectant le choix de se faire vacciner ou pas. Concrètement, deux activités sont mises en place :

- Sensibiliser tous les usagers aux règles d'hygiène, transmettre une information critique...
- Sensibiliser les groupes à risque et les inviter à la vaccination.

Autres projets ponctuels

Restez attentifs car des projets ponctuels émergent chaque année : santé environnement, parentalité, lombalgies, débats citoyens ou autres.... La santé englobe de multiples facettes !

Education à la santé digitale

La pandémie Covid a rendu l'accès aux plateformes de santé digitale incontournable et par ce fait a accentué la fracture numérique et l'exclusion de celles et ceux qui n'ont pas accès aux outils numériques.

L'accès et l'usage des technologies numériques sont devenus des facteurs qui influencent l'état de santé de la population.

Les médecins sont actuellement sur-sollicités pour répondre aux demandes des patients liées à la crise sanitaire (prise de rendez-vous pour test PCR, résultats de test, covidsafe tickets, etc).

Ces démarches, souvent fort compliquées, peuvent être une source d'angoisse et de solitude, particulièrement chez les personnes âgées et plus vulnérables.

Nous pensons donc qu'il est important de renforcer les compétences en santé numérique des patients et des habitants de la commune d'Ottignies-Louvain-la-Neuve.

En facilitant l'accès au numérique vous aurez une plus grande autonomie sur votre suivi de santé ce qui vous engagera davantage dans un processus de promotion de la santé et de prévention de la maladie.

C'est pour cette raison que nous organisons des séances d'informations exploratrices de la page web www.masante.belgique.be. En collaboration avec l'EPN de la ville.

Toutes nos activités sont affichées sur les écrans dans les salles d'attentes et publiés dans nos petits journaux.

N'hésitez pas à demander plus d'information à l'accueil ou a nous envoyer votre adresse email sur l'adresse :

promotion.sante@mmottignies.be Nous vous tiendrons dès lors au courant de nos activités par courrier.

Notes



Pour plus d'informations, consultez notre site web:

www.mmottignies.be



ESPACE SANTÉ maison médicale d'Ottignies ASBL

Siège social : Avenue des Combattants 47/2-49 1340 Ottignies-Louvain-la-Neuve

Numéro d'entreprise : 0462231130 – RPM Nivelles

INAMI : 82550067111 - ASI n° 14

Annexe 3 - Description population cible

Descriptif de la population cible

Profession	Equivalent Temps plein	Nombre	sexe	Age	Nombre d'années dans la maison médicale	Formation base	Formation continue en Promo Santé
Accueille	2,53	Acueillante 1	F	26	3	CESS secrétariat médical	
		Acueillante 2	F	36	6	CESS secrétariat médical	Déterminant sociaux : santé mentale
		Acueillante 3	F	63	14	CESS	CNV
Administratif	2,85	Administratif 1	M	49	1	Enseignement artistique supérieur	GOC
		Administratif 2	M	43	1	Licence en communication	
		Administratif 3	F	46	2	Graduat Soins infj.	
Assistante sociale	1,61	Assistante sociale 1	F	58	14	Graduat Soins infj. social	
		Assistante sociale 2	F	42	3	Bachelier Assistant soc.	CNV
Infirmière	2,16	Infj 1	F	50	10	Graduat Soins infj.	ETP Entretien Motivationnel
		Infj 2	F	45	5	Graduat Soins infj.	
		Infj 3	M	22	1	Bachelier Soins infj.	
Kiné	3,25	Kiné 1	F	38	3	Master en kinésithérapie et réadaptation	Entretien motivationnel Communication efficace

		Kiné 2	F	30	1	Master en kinésithérapie et réadaptation	
		Kiné 3	F	37	7	Master en kinésithérapie et réadaptation	
		Kiné 4	F	44	12	Licenciée en kinésithérapie et réadaptation	
Médecin	4,42	Médecin 1	F	55	18	Docteur en médecine générale	
		Médecin 2	F	34	5	Master en médecine	
		Médecin 3	F	29	1	Master en médecine	
		Médecin 4	F	29	1	Master en médecine	
Assistante médecin		Ass. Méd 1	F	27	1	Grade de médecine	
		Ass. Méd 2	F	26	1	Grade de médecine	
Coordinatrice en Promotion à la santé	0,58	1	F	49	6	CESS	Intelligence collective comme outils d'évaluation Evaluer nos activités Littératie en santé Résultat étude quantitative de l'étude en santé commun. de Be Hija Vaccination pour tous comment susciter l'adhésion ? Résilience au cœur de l'adversité ETP Plaidoyer versus lobbying

Annexe 4 - Trame entretien 03/09/24

Trame d'animation le 3-9-24

22 personnes – 2h30 13h30-16h

timing	déroulement	objectif	qui	matos
13h30 5'	Intro + présentation clps		mm	Prévoir deux chaises vides : pour le patient, pour l'aidant proche
13h35 30'	Moi comme professionnel ma représentation intellectuelle Tour de table des idées 5' individuel : ça veut dire quoi pour moi « mettre le patient au centre dans ma pratique » 20' en collectif <i>Questionner chaque fois le « pourquoi, en quoi le patient est-il mis au centre »</i>	Identifier et partager les représentations « intellectuelle » de chacun sur ce que veut dire « mettre le patient au centre »	clps	Flip chart/tableau ou post-it géant et feutres
14h05h 20'	Moi comme professionnel dans ma pratique à la MM 5' Réfléchir en individuel à un exemple concret à la MM où on a mis le patient au centre à Espace Santé 15' Echanger en binôme sur cet exemple Identifier les PDDM – 6 grands items Prendre la place du patient/de l'aidant proche. Penserait-il la même chose que vous ?	Identifier concrètement ce que veut dire patient au centre à la MM Réfléchir à ce que cela veut dire pour le patient/aidant proche	clps	Fiche items partagés Carte patient/aidant proche
14h25 30'	Et pour la MM, le commun ? Les binômes se séparent et on échange en 4 groupes (2 de 5 et 2 de 6) sur les items.	Prioriser les items et les questionner		Cartes valeurs Feuille pour prioriser

	Pourquoi les avoir choisis. Y a-t-il du commun ? des différences ? Peut-on les prioriser ? Y a-t-il des valeurs derrière ces items ? Quelles sont-elles ? Faire une fiche de présentation			
14h55	pause			
15h05 10'	Mise en commun Les 4 productions sont mises sur la table. Chacun vient mettre trois points à distribuer sur les items qui lui semblent les plus importants	Prioriser en grand groupe		4 productions Carte patient/aidant proche
15h15 30'	Freins et leviers En grand groupe Qu'est-ce qui est difficile 10' Quels leviers utiliser ?	Identifier les freins Trouver des leviers, des pistes		2 grandes Feuilles avec 2 colonnes
15h35	Les suites	Prévoir la suite	Christine	

Annexe 5 - Panneau tour de table (patient au centre)

PATIENT AU CENTRE

- Bien expliqué son diagnostic / options thérapeutiques dans son contexte
- Construite son projet ens.
- Patient = acteur
- Patient en prise de conscience sur ses besoins pro (ex: dormir, ...)
- Patient fait parti de la prise de décision de son traitement.
- Coordination des soins

Patient → Soins + Commun
- Tout tourne autour du patient
- " " " " " " BE - Santé
- Communication
- Au centre des discussions / réunions
- Patient conscient et responsable de sa santé
- réflexivité de son sur le patient (santé globale)
- Autonomie du patient → Compétences / savoirs / savoir-faire
- Garder en tête + Respect libre choix
- Responsabilité dans les soins

- Patient = $\Rightarrow$ all $\Rightarrow$ 0
- Pro-Actif
- Accepter le réel $\leftarrow$ le réel
- Transdisciplinaire
Chaque sign
- des on est fou
- Patient émotion
- Continuité des soins
Evolutif
Il ne restera pas
- Réseau autour du
- Synergie des signaux
- Empowerment
- Avoir conscience
- ETP Approche
- GOC / AGO $\leftarrow$ Lot
- ! Dérive organisationnelle
- Patient $\longleftrightarrow$ COMPTIN

BE)

optims thérapeutiques

des besoins pro
(ex: dormir, ...)
de décision

ient

BE-Santé

enrichir

pratique de la santé

ent (de santé
Globe)

Compétences / savoirs
S'adresser lui-même
aux

□ Patient = partenaire
⇒ aller dans le m sens
⇒ créer un lien thérapeutique

□ Pro-Actif de sa santé

□ Accepter le refus de soin
le choix du soignant
" " du patient

□ Transdisciplinaire avec le patient
Chaque soignant + le patient

□ On est tous patients!

□ Patient émette sa demande
ses préférences // /pris en charge

□ Continuité des soins > ~~pratique~~
Il ne restera m si les soignants laissent

□ Réseau autour du patient → + large Santé

□ Synergie des soignants (Patient)

□ Empowerment → reprend le reste

□ Avoir conscience de ses déterminants de santé

□ ETP Approche centrée

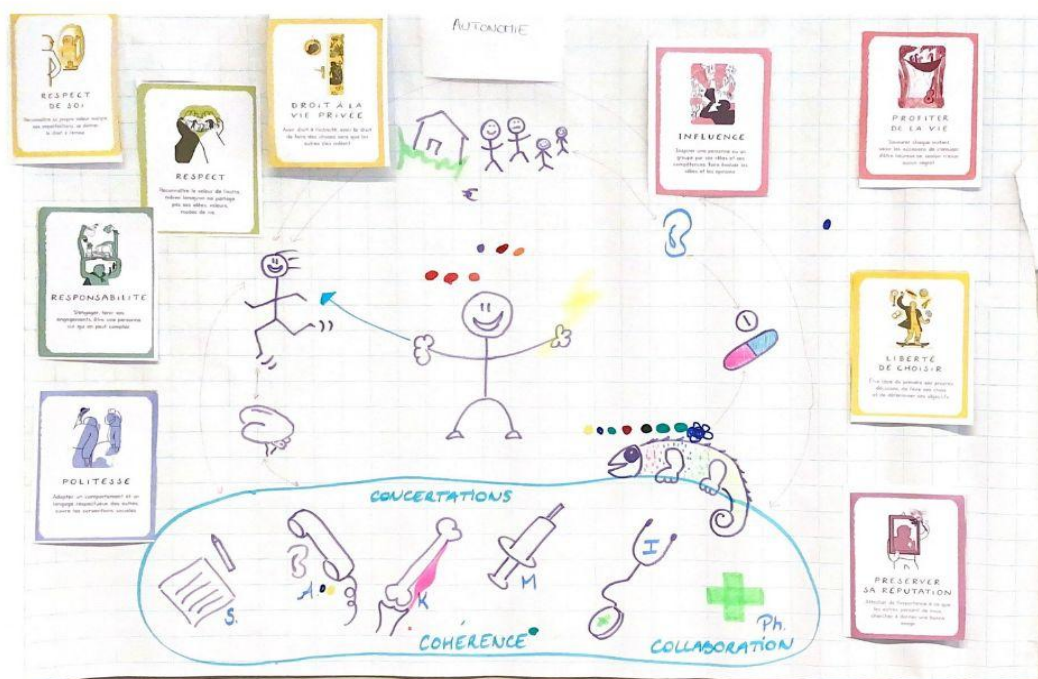
□ GOC / AGOBS, ASCO Personne
Goal oriented care Objectifs Sans biais

□ ! Dérive organisationnelle

□ Patient ↔ Soignant
CONFIANCE



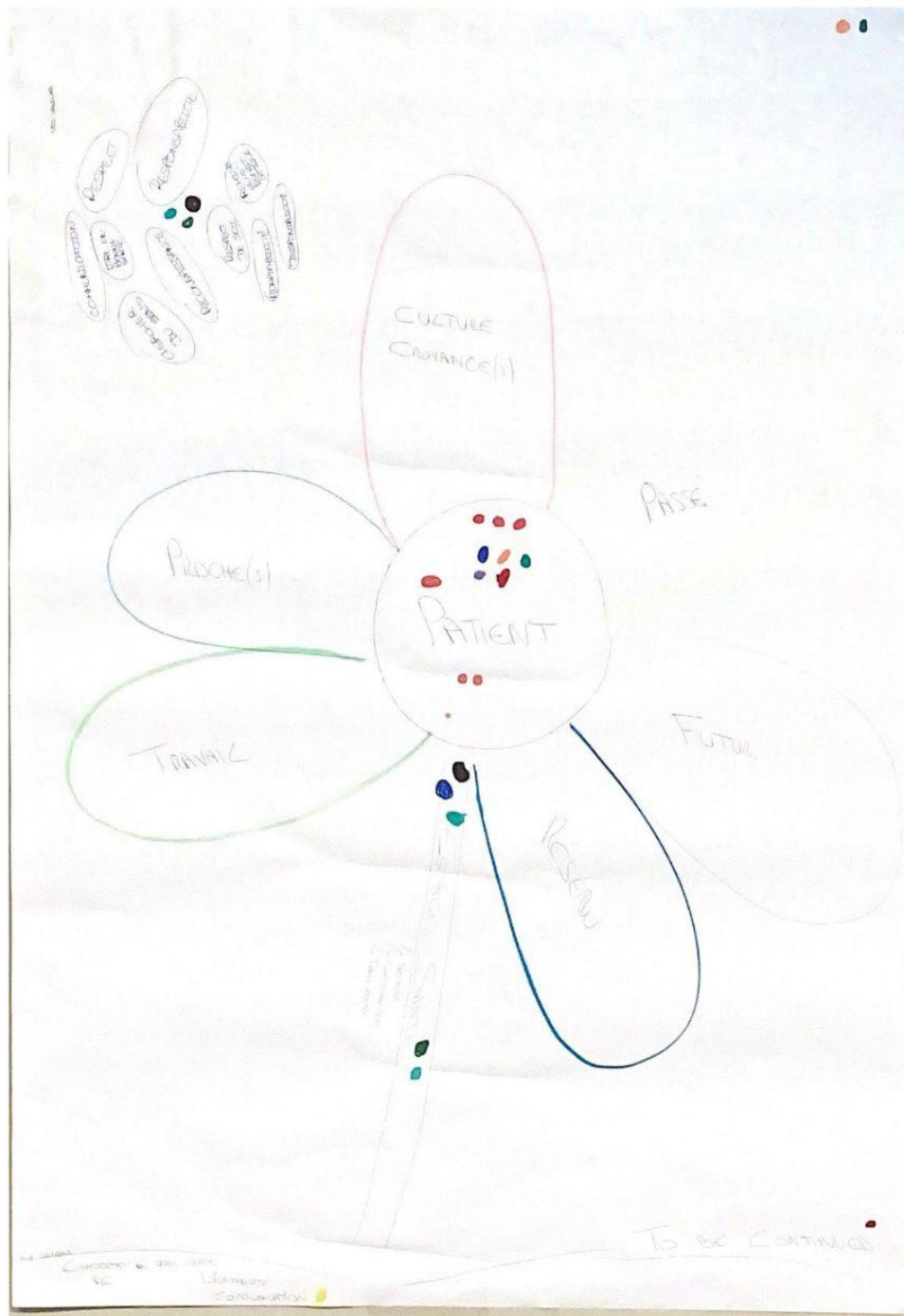
Annexe 6 - Panneaux définition patient au centre

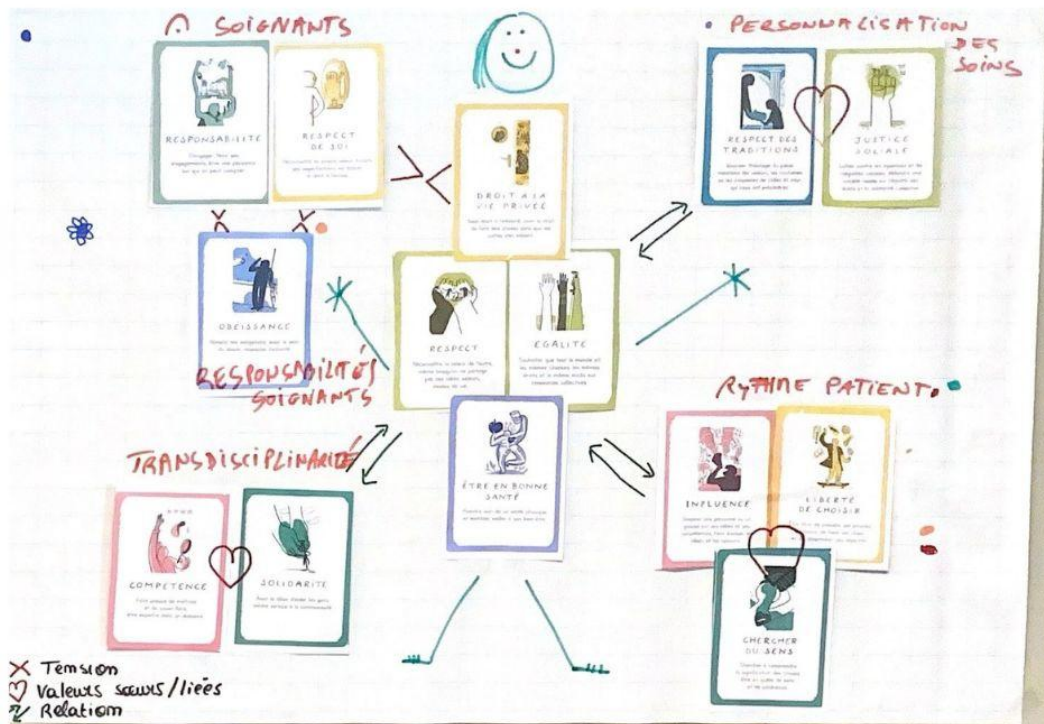


1. Comprendre cadre vie P - S'adapter à sa réalité - Contexte Familial
 2. Écouter besoins et demande
 3. Accueil demande selon "Cadre"
+ s'adapter aux "Cas" "Spécifiques"
(demande)
(situation)
- Prioriser Besoins selon les Urgences!
 - Affection avec P sur sa situat° - Expliquer soin et Guider le patient
 - Établir lien Thérapeutique (Confiance réciproque)
 - Écoute Globale (V. p. 1-2-3)
 - Respect Volontés = T° besoins - Actualiser le projet
 - Construire Ensemble
 - Défendre = projet/volonté du P (en: Famille et Soignants ext)
 - P responsable / conscient son rôle
 - Coordonner / communiquer Soins



Responsable tout en respectant les autres.





Annexe 7 - Trame entretien 19/11/24

19 novembre : patient chronique au centre à espace santé 13h30-15h30

Objectifs :

- Partager une représentation commune sur l'accompagnement du patient chronique dans l'équipe
 - o Donner une place et une parole au patient chronique et aux aidants proches dans cette représentation
 - o Donner la parole aux patient chronique
- Echanger sur le vécu de la prise en charge
- Identifier les difficultés, freins, les limites les choses positives (les valoriser) dans à la prise en charge du patient
- Trouver des leviers à mettre en place
- Identifier les besoins des professionnels par rapport à cette prise en charge

horaire	déroulement	objectif	qui	matériel
13h 30'	Valider les éléments du « patient au centre à espace santé » de la précédente réunion Décider ce qu'on en fait	Raccrocher les participants à la matinée précédente Valider une vision commune	Team espace santé	La synthèse d'Espace Santé
13h30 1h	Animation avec <u>yuugiki</u> : outils pour échanger sur la prise en charge du patient chronique à Espace santé 2 groupes animé par Stéphanie et Maxime Consigne : 5' <u>Yuugi</u> Ki = « l'arbre des relations d'amitiés » en japonais ; le jeu qui crée du lien. <u>L'objectif</u> = faciliter la communication et les échanges autour du thème de « la santé + en oncologie ». . C'est un outil qui peut éventuellement servir de support dans vos pratiques 2 sous-groupes vont être formés autour d'un plateau Chaque sous-groupe, après s'être installé, ... ✓ <u>découvrira</u> une proposition de cadre de bon fonctionnement, ✓ <u>découvrira</u> le plateau de jeu et les règles,	Échanger sur les vécus, les expériences, les freins, les facilitateurs, les leviers, les besoins	<u>Clps.</u> <u>consigne</u> Animation <u>Clps.</u> (+Christine) Maxime et Béatrice	2 <u>yuugiki</u> (clps) 2 espaces avec une table et des chaises autour 2 sabliers d'une minute 2 feuilles (une par table) pour écrire l'idée qu'on veut retenir

1

✓ <u>et puis place aux échanges (environ 50')</u> 4 thématiques : - Envies (raisonnables, folles) - Souvenirs (positifs, négatifs) - Si c'était à refaire (je garde, je change) - Points de vue (pour, contre) <u>Cadre de bon fonctionnement : 5'</u> Pour une qualité des échanges, un cadre de bon fonctionnement est proposé : • Parler en Je • Respecter la parole : ne pas couper la parole, être concis.e car chaque parole est importante ; permettre à l'ensemble de prendre la parole → Temps d'échange d'environ 50 min ; si 12 personnes → ça représente environ 4-5 min par pers ! • Non jugement - bienveillance, envers soi et le groupe • Confidentialité : les témoignages, avis, opinions, Échangés restent dans chaque sous-groupe ! Aucune désignation de <u>personne</u> (« <u>Un.e tel.le a</u> dit que... ») 😊 <u>Déroulement 45'</u> Rappel : environ 45 min d'échanges (ça représente environ 4'/pers à titre indicatif). Utilisez le sablier si nécessaire !				
---	--	--	--	--

2

	- Chaque personne peut choisir un thème de deux manières : <u>soit</u> via le <u>lancé</u> de dé (la couleur détermine le thème à aborder) <u>soit</u> en choisissant librement un des 4 thèmes et une de ses arborescences. - Une fois le thème et son arborescence choisie, la personne prend le bâton/la branche de parole. Selon qu'il y a une ou deux idées à partager, la personne choisit une branche avec une ou deux directions. Attachées successivement au départ du plateau, les branches mises bout à bout vont créer l'arbre qui fait du lien. - Les autres personnes peuvent alors rebondir, échanger sur ce thème jusqu'à ce que la discussion prenne fin et que la branche soit posée au plateau de jeu. Les discussions peuvent se faire spontanément, ne pas <u>hésitez</u> à faire passer le sablier d'une minute (à titre indicatif) comme bâton de parole <i>bis</i> pour structurer les échanges si cela devient chaotique 😊. NB₁ : chaque personne peut avoir un joker et passer son tour ; proposition de mettre son <u>bij</u> au centre de la table pour signifier son abstention. NB₂ : l'<u>animateur·ice</u> veille à la répartition de la parole ; si plusieurs personnes n'ont pas eu l'occasion de participer aux échanges, possibilité 5-10 min avant la fin de clôturer progressivement les échanges en cours pour permettre à « toutes les personnes qui n'ont pas eu l'occasion d'intervenir de partager l'un ou l'autre			
--	---	--	--	--

3

	5' pour clôturer. Le groupe identifie une idée qu'il veut retenir des échanges			
14h30 10'	<u>pause</u>			
14h45 45'	Consignes 5' Chaises parlantes sur le patient chronique/la prise en charge du patient chronique Qu'est-ce qu'un accompagnement réussi du patient chronique ? - Identifier les protagonistes « parties prenantes » Il peut s'agir d'humains (les patients, les <u>travailleur·euses</u>...) mais aussi d'entités (l'institution, un service, l'écosystème...). - Coller les papiers « protagonistes sur le dos des chaises 10' - Les <u>participant·es</u> qui le souhaitent peuvent aller prendre la parole au nom de l'une des entités représentées, en se plaçant derrière une chaise. Ils et elles peuvent apporter une réponse à la question posée, ou répondre à l'une ou l'autre intervention. 30'		Stéphanie anime Christine note sur 3 grands panneaux : Freins, facilitateurs et pistes	Chaises Papier collant Bcp de ½ feuilles A4 Feutres Grandes feuilles post-it
15h30 20'	Relecture des notes de Christine		<u>Clos</u> anime	Feuille post-it ou de flip chart

4

	Moi à ta place Espace santé pour améliorer l'accompagnement du patient chronique je...			
15h50	Tour de clôture : une chose avec laquelle je repars...			

Matériel :

- Votre synthèse
- Yuugiki : le jeu + 2 sabliers + 2 feuille « idée à garder »
- Chaises parlantes : Papier collant + Bcp de ½ feuilles A4 + Feutres + 3 Grandes feuilles post-it
- Moi à ta place : feuille post it ou flip chart

CADRE DE BON FONCTIONNEMENT

Pour une qualité des échanges, un cadre de bon fonctionnement est proposé :

- **Parler en Je**
- **Respecter la parole** : ne pas couper la parole, **être concis.e** car **chaque parole est importante** ; permettre à l'ensemble de prendre la parole
→ Temps d'échange d'environ 50 min ; si 12 personnes → ça représente environ 4-5 min par pers !
- **Non jugement - bienveillance**, envers soi et le groupe
- **Confidentialité** : les témoignages, avis, opinions, Échangés restent dans chaque sous-groupe ! Aucune désignation de personne (« Un-e tel-le a dit que... ») 😊

5

Chaises parlantes

- 1- Installer l'espace : un espace suffisant pour quelques chaises vides, et un espace pour que l'ensemble des participant.es aient un regard sur ces chaises. Ça peut donc être en cercle autour des chaises, ou si le groupe est petit devant les chaises vides.
- 2- Formuler au groupe le sujet de réflexion (« l'accompagnement réussi du patient chronique à espace santé »)
Puis les participant.es identifient ensemble les différents « protagonistes », « parties prenantes » qu'ils et elles se représentent dans la situation. Ces parties prenantes sont les parties concernées. Il peut s'agir d'humains (ici les bénéficiaires, les travailleur.euses...) mais aussi d'entités (l'institution, un service, l'écosystème...).
- Dans ce cas-ci, il est aussi possible que l'entité « les travailleur.euses » doive être subdivisée (selon les fonctions ? l'affinité avec le numérique ?...); de même pour les bénéficiaires.
On peut mettre autant de chaises qu'on l'estime utile.
- 3- Deux participant.es collent sur les chaises des post-its avec les noms des parties prenantes et disposent ces chaises selon la représentation qu'ils/elles ont de la situation. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise manière de se représenter la situation, c'est subjectif.
- 4- Quand les chaises sont disposées dans l'espace, l'animateur.ice repose la question.
- 5- Les participant.es qui le souhaitent peuvent aller prendre la parole au nom de l'une des entités représentées, en se plaçant derrière une chaise. Ils et elles peuvent apporter une réponse à la question posée, ou répondre à l'une ou l'autre intervention.
- 6- On peut, en cours de jeu, ajouter ou modifier les chaises.
- 7- Lorsqu'on a l'impression qu'on a « épuisé le sujet », le groupe se met en cercle et fait émerger ce qu'il a retenu comme enjeux, difficultés, forces en présence pour chacune des parties prenantes, et identifie les éléments de réponse à la question de départ.
- 8- Pour décider ce qu'on veut faire de tout ce qui a émergé, on peut faire un « moi à ta place » ; voir la fiche correspondante.

6

Annexe 8 - Règle yuugi-ki



yuugi ki ©

Carnet pédagogique

Senrj asbl - Maison des Associations Grand-Place Baudouin 1er, 3 - 1420 Braine-l'Alleud
RPM Tribunal du travail Brabant Wallon division Nivelles
BCE 0741.733.462 - IBAN : BE 06 3631 1793 0822 - BIC : BBRUBEBB
www.senrj.be / bonjour@senrj.be

Carnet pédagogique¹

TABLE DES MATIÈRES

<u>PARTIE 1 : yuugi et yuugi ki, leur histoire</u>	Pg 4
1 <u>Une idée originale</u>	Pg 4
1.1 <u>Des valeurs communes</u>	Pg 4
1.2 <u>Une asbl : Senrij</u>	Pg 4
2 <u>« yuugi »</u>	Pg 5
2.1 <u>yuugi : « le messenger créateur de liens »</u>	Pg 5
2.2 <u>La grue et l'origami, une représentation symbolique</u>	Pg 5
2.3 <u>Les cerisiers en fleurs</u>	Pg 5
3 <u>« yuugi ki »</u>	Pg 6
3.1 <u>yuugi ki : « le jeu qui crée du lien »</u>	Pg 6
3.2 <u>A son origine : les yuugies</u>	Pg 6
4 <u>Conclusion</u>	Pg 7
<u>PARTIE 2 : les objectifs de yuugi ki</u>	Pg 8
1 <u>yuugi ki : pour QUOI ?</u>	Pg 8
1.1 <u>Objectifs généraux</u>	Pg 8
1.2 <u>Objectif particulier : favoriser les compétences psychosociales</u>	Pg 9
2 <u>yuugi ki : pour QUI ?</u>	Pg 9
3 <u>Conclusion</u>	Pg 10
<u>PARTIE 3 : les utilisations de yuugi ki</u>	Pg 11
1 <u>yuugi ki : les préalables</u>	Pg 11
1.1 <u>Combien de joueurs, combien de temps ?</u>	Pg 11
1.2 <u>Un animateur qui pose le cadre</u>	Pg 12
2 <u>yuugi ki : le contenu</u>	Pg 13
2.1 <u>1 plateau octogonal</u>	Pg 14
2.2 <u>20 cartes à thème</u>	Pg 14
2.3 <u>40 branches de tailles, de formes et de couleurs différentes</u>	Pg 15

¹ Afin de ne pas alourdir la lecture, nous avons choisi de ne pas systématiquement féminiser chaque terme. L'égalité homme-femme n'en demeure pas moins une de nos valeurs fondamentales.

<u>2.4 20 fleurs à thème</u>	Pg 16
<u>2.5 1 dé</u>	Pg 17
<u>2.6 1 bloc-notes de 40 pages</u>	Pg 18
<u>3 Conclusion</u>	Pg 19
Références bibliographiques	Pg 20
Ressources internet	Pg 20

PARTIE 1 : *yuugi* et *yuugi ki*, leur histoire

1. Une idée originale

Le projet *yuugi* est né de quatre personnes aux compétences et aux parcours complémentaires qui se sont rencontrées et ont eu l'envie de créer ensemble des initiatives qui contribuent à la création de lien social. Chacune d'entre elles exerce un rôle dans le milieu associatif : dans l'accompagnement, la gestion, la communication. Pour de nombreuses et différentes raisons, l'isolement social et le sentiment de solitude leur parlent, notamment par des valeurs communes qui fondent un socle pour ce projet.

1.1. Des valeurs communes

L'authenticité : être vrai et entrer en relation tel que l'on est.

Le respect et le non-jugement : se respecter soi et l'autre, les rythmes de chacun et ses capacités.

L'écoute : être attentif aux paroles, aux mots, aux gestes des autres.

La bienveillance : rechercher le meilleur pour soi et chez les autres.

L'ouverture d'esprit : accueillir la différence, d'autres visions, choix, réalités et cultures.

La capacité à se mettre en mouvement : avoir envie d'amener du changement dans le déroulement de sa vie.

1.2. Une asbl : Senrj

Porteuse de ces valeurs, l'asbl Senrj a été créée en janvier 2020, avec la parution de statuts au Moniteur Belge. Senrj se veut créatrice de projets visant la création, le développement et le maintien des liens sociaux.

Considérant l'impact que peuvent avoir le manque de reconnaissance, l'absence de contacts, l'isolement, la solitude, Senrj cherche à promouvoir et à rendre accessibles des actions qui contribuent à favoriser le bien-être et la qualité de vie.

Premier projet de l'asbl Senrj, *yuugi* est un service d'échange de correspondances en langue française.

Le souvenir d'expériences de correspondances écrites et la conviction que faire connaissance à distance à travers les mots peut faciliter l'entrée en relation, être un moyen de nouer des relations nourissantes et soutenir du lien social durable ont inspiré la création de *yuugi*.

yuugi est plus qu'un service de correspondance : c'est une démarche dans laquelle on fait le choix de s'inscrire, une invitation à faire connaissance, à communiquer, à se dire et à être entendu. On s'affilie de la sorte à un réseau de correspondants, les *yuugies*.

2. « yuugi »

2.1. yuugi « le messager créateur de liens »

Il fallait trouver un nom qui soit court, facile et reconnaissable, et qui ait un sens en rapport avec les liens sociaux, l'amitié, la rencontre... Après quelques recherches, yuugi « 友誼 », un mot japonais qui signifie « relations d'amitiés », a été choisi.

2.2. La grue et l'origami, une représentation symbolique

Le mot « yuugi » est associé à un symbole représentatif des valeurs du projet. Il s'agit d'une grue (un oiseau) dessinée en origami, accompagnée de fleurs et d'un arbre, véritables figures d'enracinement du projet.

Au Japon, la grue représente un symbole de paix et de solidarité. On retrouve ce symbole dans la légende des 1000 grues « senbazuru 千羽鶴, せんばづる » qui dit que si l'on plie mille grues en papier dans l'année, retenues ensemble par un lien, on peut voir son vœu de santé, de longévité, d'amour ou de bonheur exaucé. Pour que le vœu se réalise, le senbazuru doit être confectionné pour une personne particulière qui va le conserver. Plus nombreuses seront les personnes à avoir fabriqué la guirlande de grues, plus le vœu sera fort car il aura demandé plus de patience et de persévérance.

Cette légende a inspiré une petite fille atteinte d'une maladie grave. Devant sa souffrance et sa solitude, de nombreux Japonais lui ont écrit des lettres de réconfort pour l'encourager à se battre et à ne pas perdre espoir. Très émue par ces lettres, elle décida de les garder et d'en faire une guirlande de grues en origami qu'elle suspendit dans sa chambre d'hôpital, afin de se souvenir qu'elle n'était plus seule.

2.3. Les cerisiers en fleurs

Le peuple japonais est très attaché à ses coutumes. L'apparence et le respect sont des valeurs fortes. En public, il est mal vu de se toucher, de manifester de l'affection entre parents et enfants, entre amoureux, etc., à l'exception d'un moment de l'année, lorsque les cerisiers sont en fleurs. Ce phénomène est tellement important qu'il existe des cartes indiquant les zones de floraisons des cerisiers dans tout le Japon. Celles-ci permettent aux Japonais de se déplacer dans tout le pays pour assister à ce spectacle et profiter de ces moments de liberté d'expression et d'échanges.

À cette occasion, sous ces arbres, ils sont autorisés à montrer leurs sentiments et leurs émotions. Ils organisent des pique-niques en famille, entre amis durant lesquels ils peuvent rire, s'enlacer, s'embrasser, se tenir par la main, etc. C'est un moment de lâcher-prise très attendu. Les fleurs de cerisiers sont ainsi un symbole d'ouverture aux autres, d'expression de sentiments qui renforcent les liens.

Tenant compte de ces différents symboles, **yuugi** veut donc permettre aux personnes qui se sentent seules ou qui ont le désir de découvrir d'autres horizons de créer du lien. Ceci avec des personnes de tous les âges qui souhaitent élargir leur réseau social à travers un échange de correspondances régulier, bénéfique et basé sur la réciprocité. Considérant les choix de chacun, **yuugi** propose le courrier postal mais aussi le courrier électronique ou le contact téléphonique.

3. « **yuugi ki** »

3.1. **yuugi ki** « le jeu qui crée du lien »

L'arbre, qui se nomme « Ki 木 » en japonais, c'est le cerisier et ses fleurs. Ses racines s'ancrent dans le sol, démontrant le besoin d'un socle stable afin de pouvoir s'épanouir. Ses branches s'élancent et se déploient vers le ciel, permettant de faire grandir un réseau, des liens sociaux. Chaque personne crée son arbre, le déploie et n'est pas seule car les arbres se connectent afin de créer une forêt dense et durable.

3.2. A son origine : les **yuugies**²

Au fil du temps et des échanges avec les **yuugies**, lors de moments de feedback, des éléments positifs et négatifs ont été mis en évidence, indiquant le plaisir de communiquer, mais aussi parfois la lassitude d'une relation ne répondant pas ou plus aux attentes...

« C'est un bel élargissement de mon réseau social (un vrai, celui-là !) : il m'arrive fréquemment dans la journée de penser que telle information ou tel document retrouvé pourraient intéresser l'un ou l'autre de mes correspondants. » Géraldine

« Moi, ce que j'aimerais vraiment, c'est arriver à un niveau de débat un peu plus développé, sur la musique, la littérature, ... » Jean-Pierre

« Quoi de plus agréable que de recevoir un mail. On peut très vite glisser sur Messenger, jouer au Scrabble à distance, et même faire du petit commerce ! Vraiment une très chouette initiative pour rompre la solitude ! » Dominique

² Dans un souci de confidentialité, les prénoms utilisés dans ces témoignages sont fictifs.

« J'ai envie de m'intéresser à l'autre mais pas forcément que l'autre s'intéresse trop à moi, surtout si c'est pour parler du passé et quand on a plus de 80 ans et que l'on correspond avec un jeune, c'est le risque. » Marguerite

Les témoignages des **yuugies**, les échanges avec des professionnels d'horizons différents ont apporté une idée nouvelle, venant en soutien du projet global. Une réponse simple et à portée de tous qui a pris la forme d'un jeu appelé **yuugi ki**.

yuugi ki a pour premier objet d'aider des personnes à faire connaissance en s'amusant, de faciliter la correspondance entre **yuugies**, d'enraciner les souvenirs exprimés et les relations qui se nouent dans un moment unique d'échange. Cependant, au fil de son utilisation, l'utilité de **yuugi ki** va s'élargir.

4. Conclusion

Une relation qui n'a pas de sens, ne fait pas sens... Nombreuses sont les personnes qui sont isolées, certaines ont fait ce choix et n'en souffrent pas, mais la majorité subissent l'isolement et en souffrent par manque de relations significatives. C'est pourquoi **yuugi** et **yuugi ki** répondent à ce manque perçu de qualité relationnelle. Comment ? Par la mise en relation de personnes à la recherche de liens de qualité au travers de la correspondance et du jeu.

Il y a une différence fondamentale entre isolement et solitude. Pour De Jong et Gierveld (cités par Vandenbroucke et al., 2012, p. 13), « L'isolement social est déterminé de manière objective sur la base de l'ampleur des fréquences de contact » (1999) tandis que « La solitude est le ressenti subjectif lié au manque désagréable ou intolérable (de qualité) de certaines relations » (1984).

PARTIE 2 : les objectifs de *yuugi ki*

1. *yuugi ki* : pour QUOI?

1.1. Objectifs généraux

Les objectifs généraux de *yuugi ki* sont de faciliter la communication, briser l'isolement, favoriser l'intégration de personnes dans un groupe, renforcer la cohésion, que ce soit dans le cadre familial, scolaire, professionnel, etc. C'est un outil conçu pour soutenir l'expression, créer des situations de mises en relation authentique et donner plus de chance de développer des liens durables et nourrissants qui ont un impact positif. De manière générale, *yuugi ki* se pose comme un espace-temps unique, un moment suspendu dédié à la rencontre, en toute liberté. C'est un support à la communication, au service de la découverte de soi et des autres.

Au terme d'une partie de *yuugi ki*, les participants auront par l'expression de leurs idées et de leurs vécus :

- découvert des réalités autres ...
- établi des liens ...
- consolidé une relation ...
- dépassé les a priori ...
- construit un sentiment d'appartenance ...

Le jeu en général est un véritable « *espace d'être aux mondes* » (Habermas, 2018), un espace-temps de socialisation, parfois de conformisation aux règles, traditions et habitudes. *yuugi ki*, c'est surtout un espace d'expériences et de retour sur des expériences passées, ancrées dans la mémoire, une mémoire manifeste et latente, un temps de resurgissement de souvenirs bons et moins bons.

« En permettant de s'évader (...) des impératifs de la vie quotidienne, le jeu serait une manière de rejouer, pour un temps limité, son rapport au monde... » (Brougère, cité par Fournier, 2014, p. 108).

Le jeu n'est pas réservé à l'enfance. C'est un support au développement cognitif et social, qui transcende les âges, un moment de lâcher-prise, un lieu de transmission de règles et de savoirs mais aussi un lieu de transgression des règles, un lieu d'affirmation d'un savoir-vivre autrement.

Selon Bruno Cathala (cité par Montaudouin, 2021), « *Le jeu de société est un vecteur de lien social. Mais, au-delà, il a cette faculté de faire tomber les masques. Dans notre vie scolaire, professionnelle, familiale... nous sommes tous un peu formatés, et nous essayons de maîtriser notre image. Tandis qu'au cours d'une partie, peu à peu, on se débride, on se laisse aller. Bref, on s'autorise à être. Dès lors, outre le fait d'entrer en communication avec les autres, jouer permet de communiquer sur soi-même.* »

8

On découvrira aussi un certain potentiel de **yuugi ki**, qui s'inscrit dans l'approche centrée sur le Développement du Pouvoir d'Agir des Personnes et des Collectivités (DPA-PC). De manière ludique, **yuugi ki** permet l'émergence d'un « sujet-joueur », soutient l'affirmation de soi et un certain pouvoir d'être et d'agir au quotidien. Ceci par une mise en mouvement de la parole, un cheminement de la réflexion, un passage à l'action, des échanges qui aident à dépasser des situations d'impuissance, parfois de souffrance. La rencontre, la découverte qu'on n'est pas seul à vivre un même problème, un même manque ouvre le champ des représentations mentales et sociales et entrouvre des voies vers de nouvelles perspectives. Raconter et se raconter, dire et oser dire, se dire et découvrir les dires de l'autre participent d'un changement, d'une transformation du regard sur soi, les autres, son entourage, son histoire.

Le Développement du Pouvoir d'Agir des Personnes et des Collectivités est « *Un processus par lequel des personnes accèdent ensemble ou séparément à une plus grande possibilité d'agir sur ce qui est important pour elles-mêmes, leurs proches ou le collectif auquel elles s'identifient* » (Le Bossé, 2012, p. 232).

1.2. Objectif particulier : favoriser le développement de compétences psychosociales

Les compétences psychosociales ont été définies par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « *la capacité d'une personne à faire face efficacement aux exigences et aux défis de la vie quotidienne. Autrement dit, c'est la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être psychique et à le démontrer par un comportement adapté et positif lors d'interactions avec les autres, au sein de sa culture et de son environnement* » (WHO, 1994).

Elles sont un ensemble de compétences qui peuvent être de trois ordres : sociales, émotionnelles et cognitives. Elles ont pour objectif d'améliorer les relations à soi et aux autres. Elles représentent des conditions importantes de la santé et du bien-être.

yuugi ki s'inscrit principalement dans le cadre des compétences sociales qui comprennent la capacité à communiquer de façon constructive, la capacité à développer des relations, la capacité à résoudre des difficultés.

Autant de compétences nécessaires dans le cadre de la promotion et de la prévention de la santé plus particulièrement en ce qui concerne la santé mentale.

2. **yuugi ki** : pour QUI ?

Le maître-mot ici est **adaptabilité**. La seule condition pour pouvoir jouer est la capacité de s'exprimer. La signification du mot « s'exprimer » est prise dans son sens le plus large. Elle va, dans certains cas, au-delà de la seule capacité verbale.

yuugi ki a été créé dans un esprit où le mélange des publics est le bienvenu, quelles que soient les caractéristiques des uns et des autres. Il se veut inclusif, considère les différences

et les respecte. C'est un outil polyvalent, adaptable à de nombreuses situations. C'est un jeu ouvert à toutes les générations, que l'on ait 7, 77 ans ou plus.

Il répond aux besoins de publics à besoins spécifiques : personnes en situation de handicap, vivant une problématique de santé, personnes incarcérées, surendettées, etc.

Il s'adresse aux milieux professionnels, indépendants, asbl et sociétés dans le cadre du non marchand (médical, paramédical, accompagnement social...) mais aussi dans le cadre du marchand (gestion de projets, d'équipe ou team-building...).

3. Conclusion

Dans le cadre privé et professionnel, par sa simplicité de conception et d'utilisation, par la multiplicité des publics auquel il s'adresse, **yuugi ki** est et sera ce que son utilisateur en fera.

PARTIE 3 : les utilisations de *yuugi ki*

1. *yuugi ki* : les préalables

1.1. Combien de joueurs, combien de temps ?

La question de base à se poser : **quel est le but à atteindre ?**

Il est possible de faire des parties très rapides (10 min) ou plus longues (45 à 60 min) qui dépendront bien sûr de la richesse et de la pertinence des échanges. Plus fondamentalement, le but déterminera le temps à y consacrer et le nombre de participants invités à jouer.

Les capacités de communication des participants seront également des particularités à prendre en compte dans l'organisation d'une partie. Par exemple, en maison de repos et de soins, avec des personnes atteintes d'incapacités cognitives, il vaut mieux limiter le nombre de participants ainsi que la durée de la partie. Dans le cadre d'une classe de primaire également. En résumé, il est recommandé d'avoir une connaissance minimum du « type » de participants à une partie de *yuugi ki*.

Quatre **angles d'application** sont possibles selon que l'on joue seul, en binôme ou en groupe.

- On peut y jouer seul
Se poser avec soi (je/je)
yuugi ki peut être utilisé comme outil individuel servant à faire le point sur sa vie, ses choix, son avenir... Lorsque l'esprit est embrouillé, un média, le jeu, aide à la réflexion.
- On peut y jouer en binôme
Communiquer en binôme (je/tu)
Les correspondants peuvent l'utiliser simultanément, chacun de leur côté, dans le cadre de leurs échanges, à distance. Il peut guider à la préparation du contenu d'un message. Il permet d'élargir les sujets de discussion.
Faire le point et changer (je/ils/environnement)
Dans le cadre professionnel, *yuugi ki* peut être utilisé pour faciliter les échanges entre un professionnel et « un bénéficiaire » (ex. : création d'un projet pédagogique individuel, accompagnement d'un projet d'insertion socio professionnelle...). Dans un moment de transition, il permet de réfléchir à soi, à sa place dans un environnement et de tenir compte des éléments de contexte. Dans des situations de fragilité, l'utilisation d'un outil d'aide à la communication permet aux personnes d'exprimer des ressources probablement non exploitées ou inconnues.

Selon l'approche centrée sur le *Développement du Pouvoir d'Agir des Personnes et des Collectivités (DPA-PC)*, dans la réflexion sur ce qui peut poser problème, que ce soit pour un individu ou pour un groupe, il y a lieu de reconnaître des causes individuelles mais aussi des causes structurelles. Ne pas considérer les éléments de contexte, les effets de structure, c'est rendre responsable l'individu qui est alors d'autant plus seul face à lui-même.

- On peut y jouer en groupe

Communiquer en groupe (nous/ils)

Sans enjeu, pour le plaisir, en famille, le temps à y consacrer sera fonction de l'enthousiasme des participants.

Dans le cadre professionnel, le maître-mot sera le but à atteindre. Prédéterminé, ce but sera le guide du nombre et du type de professionnels à rassembler autour de la table. Par exemple, pour évaluer l'état d'avancement d'un projet, ne sera concernée que l'équipe qui gère celui-ci. Ou encore, pour la création d'un événement public, seront rassemblées les différentes parties prenantes d'un réseau, qu'elles soient ou pas membres du même service.

L'expérience montre qu'un groupe de 10 à 15 personnes est un maximum. Il est également recommandé de faire intervenir un animateur (issu ou non du groupe) qui sera plus extérieur aux échanges.

1.2. Un animateur qui pose le cadre

Comme dans la plupart des jeux en groupe, un animateur ou « meneur de jeu » accompagne les joueurs et veille au bon déroulement de la partie. Il peut être choisi parmi les joueurs mais peut aussi être externe (référént d'équipe ou personne extérieure au service), dans le cas d'une partie ayant pour thème l'accompagnement d'une problématique spécifique ou dans un cadre professionnel.

L'animateur chemine avec les personnes du groupe, à leurs rythmes. Il est un passeur d'idées, de mots, d'expériences. Il accompagne, reformule, relance, sans véritablement mettre son point de vue dans les échanges. Il doit garder la juste distance pour ne pas interférer dans le contenu des débats.

*« Le passeur est celui qui, aidant le sujet à se situer ici et maintenant, (...) lui permet d'entrevoir le **pont** (...) qu'il sera seul à franchir. Car le passeur ne passe pas. Est passeur celui qui assure les conditions d'une transition... » (Paul, 2022, p. 33)*

Comme on le verra dans la suite du propos, la plupart du temps, c'est l'animateur qui détermine le cadre.

Il est garant :

- Du lieu : adéquat et confortable (luminosité, température, ameublement, bruits environnants, etc.). On ne joue pas à **yuugi ki** sur un coin de table dans un couloir.
- Du but de la partie.
- Du nombre de personnes et de la durée de la partie.
- De l'adaptation du vocabulaire utilisé.

- De la distribution de la parole et du temps aux participants : faire en sorte que chaque joueur puisse s'exprimer, ait le temps de développer son idée, proposer - mais pas imposer - des idées aux personnes à court d'inspiration.
- De la désignation éventuelle d'un rapporteur (qui remplira le bloc-notes).
- De l'état émotionnel des participants.
- Du passage d'un axe de réflexion à un autre.
- Des suites à donner à la partie.

Son rôle est donc important dans la qualité des résultats de la partie. Pour autant, il ne faut pas considérer qu'il a une obligation de résultats au bout d'une seule partie. Les changements et les évolutions s'inscrivent souvent sur le temps long et plusieurs parties peuvent s'avérer être un cheminement nécessaire.

Selon les circonstances dans lesquelles on joue une partie de **yuugi ki**, il peut être intéressant de co-construire le cadre, de proposer **un cadre de confiance collectif**, surtout si l'animateur prévoit des échanges émotionnels importants. Chaque joueur indique alors par des mots-clés des valeurs qui sont importantes pour lui (confidentialité, bienveillance, non jugement, etc.). Les mots sont inscrits sur une grande feuille visible de tous.

Ce cadre de confiance collectif revient à fixer des repères communs sous la forme d'un pacte propre au moment de l'échange. Il ne s'agit pas d'enfermer les personnes et la parole mais de donner des balises protectrices et de garantir un certain succès à la rencontre. Il peut être un préalable au bon fonctionnement des interactions afin qu'elles se déroulent dans une qualité de présence qui permet d'accueillir tout ce qui est « dit », le verbal comme le non verbal, et qui soutient l'expression de chacun.

2. **yuugi ki** : le contenu³

yuugi ki est composé de ...

- 1 plateau octogonal qui présente 4 axes de réflexion
 - Souvenirs positifs ou négatifs
 - Envies folles ou raisonnables
 - Si c'était à refaire, je garde ou je change
 - Points de vue pour ou contre
- Et un emplacement central pour déposer les cartes à thème
- 20 cartes à thème et 4 cartes vierges
- 40 branches de tailles, de formes et de couleurs différentes
- 20 fleurs thématiques et 4 fleurs vierges
- 1 dé
- 1 bloc-notes de 40 pages
- 1 bloc de post-it
- 1 carnet avec les règles du jeu

³ Voir le Carnet Règles du jeu **yuugi ki**.

Chaque joueur choisit également un objet personnel qui lui servira de « joker ». Celui-ci a comme vertu la possibilité du **silence**. Si l'un des participants ne souhaite pas s'exprimer ou veut passer son tour, il peut déposer son joker à côté du plateau. Le silence sera alors considéré comme un moyen de communication pertinent. Lors d'une partie en groupe, l'animateur ne manquera pas de le garder en tête et d'y revenir après, en aparté ou en groupe, si nécessaire.

2.1. 1 plateau octogonal

Celui-ci présente quatre axes de réflexion.

- Souvenirs positifs ou négatifs
- Envies folles ou raisonnables
- Si c'était à refaire, je garde ou je change
- Points de vue pour ou contre

Ces axes de réflexion peuvent être modifiés en fonction du niveau de compréhension des joueurs. Il est donc recommandé de vérifier, avant de jouer, si chaque participant est en accord avec le vocabulaire utilisé. Voici des exemples de changements possibles : « points de vue » >< mon avis, ce que je pense », « envie » >< souhait, désir », « raisonnable » >< sage, prudent » ... Dans un souci d'adaptabilité, à l'aide des post-it fournis dans la boîte, chacun peut indiquer le vocabulaire adapté au public concerné.

2.2. 20 cartes à thème

Les thèmes des cartes sont déterminés par un mot au recto. Au verso de chaque carte se trouvent également trois autres mots afin d'ouvrir éventuellement à d'autres sources d'inspiration.

20 cartes... 20 thèmes d'échange...

Sport	Origine culturelle
Culture	Spiritualité
Amitié	Prendre soin
Loisir	Vacances Voyage
Actualité	Médias
Travail	Enfance
Animaux	Cuisine
Parcours scolaire	Lecture
Nature	Musique
Événement	Famille

Grâce à ces cartes à thème, **yuugi ki** propose des sujets de conversation variés, éliminant ainsi une part d'incertitude et d'anxiété : avoir des sujets de conversation prédéterminés peut favoriser la confiance et encourager la participation de tous. Chacun est toutefois libre de ses propos (dans le respect des autres) ; il est donc possible de sortir des thèmes proposés en utilisant les cartes vierges.

Ces quatre cartes qui restent vierges permettent à l'aide d'un post-it d'inscrire un thème non prévu dans le jeu, comme « création de notre projet », « où en sommes-nous dans notre équipe ? », « ta réinsertion professionnelle », « ton projet pédagogique ». Ces cartes ont pour vocation principale d'être utilisées par les professionnels dans le cadre de leur travail.

L'utilisation de **yuugi ki** peut donc être une façon pour une équipe d'aborder un point particulier de son fonctionnement, d'un projet, de faire un débriefing, de débroussailler une situation complexe, etc.

Les cartes servent à débattre sur un thème phare, à se raconter sur un thème commun : les vacances, un animal de compagnie, un film, le sport, etc. Chaque histoire est riche et a du sens pour celui qui la raconte.

L'équipe de SENRJ a pour intention de faire imprimer de nouveaux jeux de cartes en fonction des retours des différents utilisateurs. N'hésitez pas à nous contacter via youhou@yuugi.be

2.3. 40 branches de tailles, de formes et de couleurs différentes

Ces branches ont pour vocation d'être utilisées comme des « bâtons de parole ».

Principe du « bâton de parole » : favoriser l'expression orale, l'écoute et l'empathie. Le porteur du bâton de parole va pouvoir s'exprimer. C'est lui qui possède la parole. Les autres sont amenés à l'écouter en évitant de l'interrompre. Une fois que le porteur a le sentiment d'avoir été écouté, il dépose son bâton. Cet outil permet de favoriser une écoute active et bienveillante de la part des participants, le but n'étant pas de répondre à ce qui est dit mais d'en accueillir l'expression. Le bâton de parole mettra son porteur au centre de l'expression et donnera aux personnes qui ne prennent pas la parole spontanément dans un groupe d'y être « autorisées ».

Dans le cadre d'une partie de **yuugi ki** en groupe, l'utilisation de la branche comme « bâton de parole » autorise et recommande les interactions entre les participants et celui qui la possède. La branche n'empêche pas les relations entre les joueurs. Elle peut créer du mouvement dans le groupe, par les points communs, les oppositions, les découvertes. L'expression de l'un engendre des réactions chez les autres. Le jeu ouvre ainsi des portes de paroles et d'expression de soi qu'on n'aurait pas imaginé.

L'animateur est le garant de la bonne distribution de la parole et un bouclier contre le brouhaha. Il peut aussi faire usage d'un sablier (ou de tout autre outil de cette sorte) s'il veut limiter, dans certains cas, le temps d'expression du porteur de la branche (ex. : lors d'une partie avec des enfants, lorsque que certains participants monopolisent la parole).

Selon qu'il a une ou deux idées à partager, le participant choisit une branche avec une ou deux directions. Attachées successivement au départ du plateau, les branches mises bout à bout vont créer l'arbre qui fait du lien. Chaque partie donne lieu à un arbre différent.

2.4. 20 fleurs à thème

Les fleurs proposent des mots inspirants pour aider les personnes à exprimer leur ressenti à la fin d'une partie. Elles ont valeur de « conclusion » concernant le vécu des joueurs durant la partie.

20 fleurs... 20 thématiques ...	
Partage	Émotion
Âge	Avenir
Surprise	Paix
Diversité	Temps
Symbolique	Inspiration
Sécurité	Humeur
Unique	Chance
Difficulté	Action
Rencontre	Lien
Organisation	Harmonie

Ces fleurs répondent à la question : « Qu'est-ce que cette partie a fait fleurir en moi, en nous et entre nous ? ».

C'est une forme d'évaluation des effets de la partie jouée. Les mots repris sur les fleurs peuvent être étendus à d'autres, plus personnels. Les fleurs vierges permettent alors d'ajouter une floraison originale, propre à l'instant présent du jeu.

Comme pour les cartes, quatre fleurs sont vierges et permettent d'y inscrire un mot-clé imprévu. Dans le cadre professionnel, elles auront comme utilité le débriefing des échanges autour du thème central. Pendre une photo des arbres déployés au cours des différentes parties, concernant un même sujet, permettra (tout comme les pages du bloc-notes), de constater l'évolution des partages et des réflexions.

L'animateur sera attentif à soutenir les participants qui vivent des émotions négatives ou difficiles à porter. Il peut être intéressant de prévoir quelques exercices de relaxation ou de respiration afin de détendre les participants avant leur départ.

D'autres outils peuvent également être mis en œuvre : ne pas déposer les fleurs sur le plateau à la vue de tous mais les mettre dans une boîte à côté du plateau, laisser ses émotions dans l'ici et maintenant... Selon la connaissance qu'il a de son public, l'animateur mettra en place le dispositif nécessaire au dépôt des difficultés que la partie a fait surgir.

Les fleurs seront posées au bout des différentes branches et finiront l'arbre des liens.

L'équipe de SENRJ a pour intention de faire imprimer de nouvelles fleurs en fonction des retours des différents utilisateurs. N'hésitez pas à nous contacter via youhou@yuugi.be

2.5. 1 dé

Utiliser le dé représente la « part de hasard » dans l'amorce des échanges mais peut être également la source de grandes découvertes...

Selon Wikipédia, la **sérendipité** est le fait de faire par hasard une découverte inattendue qui s'avère ensuite fructueuse, notamment dans le domaine des sciences. Elle permet au chercheur de faire une découverte imprévue, d'importance ou d'intérêt supérieur à l'objet de sa recherche initiale.

Dans le cadre professionnel, on peut envisager de ne pas utiliser le dé mais de suivre un trajet de réflexion prédéterminé dans la création ou la gestion de projet. Ce trajet permettra de garder plus facilement l'attention centrée sur le but à atteindre. Celui-ci peut être différent lors de chaque partie de **yuugi ki**, il s'agit ici d'une de ses qualités d'adaptabilité.

Trajet réflexif proposé

Mettre au centre du plateau un événement passé autour duquel il est nécessaire d'effectuer un débriefing (ex. : une animation ou une formation, l'organisation d'un colloque, différentes phases d'un projet...)

Sans le dé, inviter à tour de rôle ou en mode aléatoire les personnes autour de la table à s'exprimer sur les quatre axes de réflexion les uns à la suite des autres ou axe par axe (lorsque chacun s'est exprimé sur l'axe travaillé).

- 1 : Souvenirs (positifs ou négatifs) : quel souvenir ai-je du thème ? Quel est celui qui me vient à l'esprit en premier ?
- 2 : Points de vue (pour ou contre) : ce ou ces point(s) de vue étant généré(s) par le premier souvenir. C'est ce que je pense à cet instant, par rapport à ce souvenir.
- 3 : Si c'était à refaire (je garde ou je change) : tenant compte du ou des souvenirs et de ce qu'ils ont généré comme point de vue, quelle leçon en tirer ?
- 4 : Envies (folles ou raisonnables) : par rapport à cette leçon qu'ai-je envie de mettre en œuvre pour aller plus loin ?

Et pour aller plus loin... quel premier pas faire pour mettre en œuvre cette envie ?

Le rôle de l'animateur sera ici de déterminer le moment adéquat pour passer d'un participant à un autre (ou d'un axe à un autre). Il décidera si les échanges ont été suffisants pour faire avancer la réflexion. Il sera le garant du but à atteindre.

Au fur et à mesure des utilisations, d'autres trajets réflexifs seront probablement encore découverts ou inventés. L'équipe de SENRJ est toujours en demande de retours des joueurs

de **yuugi ki**. Si vous avez des améliorations à apporter à ce carnet pédagogique, n'hésitez pas à nous contacter via youhou@yuugi.be

2.6. 1 bloc-notes de 40 pages

Simple et concis, le bloc-notes permet de garder en mémoire les idées évoquées durant le jeu. Il se présente sous la forme d'une image récapitulative de l'arbre déployé au cours de la partie. Le contenu des quatre angles d'application articulés aux quatre axes de réflexion peut y être repris sous forme synthétique.

- Utilisation **seul**

Se poser avec soi (je/je)

Tout au long de sa réflexion, l'utilisateur de **yuugi ki** peut mettre noir sur blanc l'avancée et l'état de ses réflexions, ce qui lui facilitera l'objectivation de sa situation. Au fur et à mesure des parties, il pourra ainsi constater l'évolution de ses propres mises au point. Il s'agit ici de soutenir sa mise en mouvement, sa mise en action.

- Utilisation en **binôme**

Communiquer en binôme (je/tu)

Dans le cadre de la correspondance, le bloc-notes peut remplacer la lettre. La feuille sera envoyée, complétée par un correspondant ou à compléter au fur et à mesure des envois et de la partie.

Faire le point et changer (je/ils/environnement)

Dans le cadre professionnel, l'intervenant peut mettre noir sur blanc l'avancée de son travail avec le « bénéficiaire », objectiver la situation et constater l'évolution du projet individuel au fur et à mesure des parties.

- Utilisation en **groupe**

Communiquer en groupe (nous/ils)

Remarque : en début de partie, l'animateur désignera un rapporteur (lui-même, par tirage au sort, à l'initiative d'un participant...).

Utiliser le bloc-notes est une manière de fixer un moment, d'établir un « procès-verbal » de la rencontre. Transmis à chaque participant, il permettra de quitter la partie avec le contenu des échanges et de continuer à cheminer individuellement. Il permettra aussi de fixer les différents moments de l'évolution d'un projet. Partir de ce qui a été dit pour aller plus loin la fois suivante.

Il est recommandé de ne noter que les mots-clé des différents échanges à la manière du « mind mapping » (ou carte visuelle).

« Une mind map est une méthode pratique et rapide de rassembler des idées au fur et à mesure qu'elles viennent à l'esprit, ..., puis de les structurer visuellement pour faciliter leur analyse et leur mémorisation.

Une mind map peut donc être considérée comme une représentation visuelle non linéaire permettant d'ordonner de manière intuitive des idées, des tâches, des mots ou des concepts interconnectés autour d'un sujet central.

Une mind map est capable de transformer une longue liste rébarbative d'idées en une image graphique vivante et attrayante, bien organisée et facilement mémorisable.

www.mindmapping.com/fr/mind-map

Des méthodes de prise de notes alternatives sont aussi efficaces : écrire une bribe d'histoire, dessiner l'arbre qui se crée, illustrer une séquence d'échanges sous forme de pictogrammes, via le « sketchnoting »⁴, avec des photos, etc. Chaque utilisateur trouvera la manière adéquate de prendre des notes en fonction du but poursuivi.

3. Conclusion

Jouer à **yuugi ki**, c'est accepter et rechercher l'aventure humaine...

Jouer à **yuugi ki**, c'est rencontrer, découvrir, s'aventurer dans des histoires, des événements, dans la vie des uns et des autres...

Jouer à **yuugi ki**, c'est entrer en relation, communiquer, créer des liens pour un temps ou pour longtemps...

Avec **yuugi ki**, il n'y a pas de gagnant ou de perdant, uniquement des personnes qui se connaissent mieux et qui communiquent.

yuugi ki et plus largement **yuugi**, c'est vouloir apprendre de soi et des autres, c'est aller à la rencontre du « *désir d'apprendre qui prend le temps d'explorer l'inconnu, se frotte avec l'étrangeté inévitable des savoirs nouveaux (...) afin d'accéder au plaisir (...) que procure l'intelligibilité des êtres et des choses.* » (Meirieu, 2013, p. 45).

Senrj : un partenaire pour vos projets

L'équipe de Senrj vous permet la possibilité de poursuivre et d'approfondir les quatre angles d'application de **yuugi ki** dans le cadre d'un processus de formation. En effet, **yuugi ki** est plus qu'un jeu, c'est un support au développement des personnes et des collectivités. C'est pourquoi quatre modules de formation peuvent être programmés pour approfondir la compréhension et l'usage de ces angles dans le champ professionnel. N'hésitez pas à nous contacter via youhou@yuugi.be

Remerciements

L'équipe de Senrj remercie l'ensemble des personnes qui ont pris part à la rédaction et à la correction de ce guide pédagogique, ainsi que les équipes des CLPS de Namur et de Huy-Waremme et les membres du comité d'accompagnement de **yuugi ki**.

⁴ « Sketchnoting » ou encore prise de notes visuelle est un processus de prise de notes sous forme graphique à l'aide principalement d'illustrations et de symboles.

Références bibliographiques

Brougère, G. (2005). *Jouer/Apprendre*. Paris : Anthropos.

Fournier, M. (2014). À quoi sert le jeu ? Rencontre avec Gilles Brougère. *Apprendre*. Ed. Sciences humaines. 108-111.

Haberbusch, N. (2018/4). Le jeu : espace de socialisation ou de conformisme ? *Spirale*. N° 88. 80-86. DOI10.3917/spi.088.0080.

Le Bossé, Y. (2020). *Accueillir sans recueillir. Introduction à la démarche de régulation stratégique des émotions dans l'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir de personnes et des collectivités (DPA-PC)*. Québec : Ardis.

Le Bossé, Y. (2016). *Soutenir sans prescrire. Aperçu synoptique de l'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir de personnes et des collectivités (DPA-PC)*. Québec : Ardis.

Le Bossé, Y. (2012). *Sortir de l'impuissance. Invitation à soutenir le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités. Tome 1 : Fondements et cadres conceptuels*. Québec : ARDIS.

Leleu, M. et Defert, F. (dir.) (2022/1&2). Le Développement du Pouvoir d'Agir des Personnes et des collectivités. Un vecteur d'innovation dans le champ du travail social. *Les Politiques Sociales*.

Martin, M. (2001/2). Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité (Du cadre analytique au pacte). *Cahiers de psychologie clinique*. N° 17. 103-120. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2001-2-page-103.htm>

Meirieu, Ph. (2013). *Pédagogie. Des lieux communs aux concepts clés*. Issy-les-Moulineaux : ESF.

Montaudouin, G. (21 décembre 2021). Bruno Cathala : « Les jeux de société comblent le manque de lien social ». *Le journal de activités sociales de l'énergie*. En ligne : <https://journal.ccas.fr/bruno-cathala-les-jeux-de-societe-comblent-le-manque-de-lien-social/>

Paul, M. (2022/1&2). La figure du passeur dans les pratiques d'accompagnement. In Leleu, M. et Defert, F. (dir.) *Le Développement du Pouvoir d'Agir des Personnes et des collectivités. Un vecteur d'innovation dans le champ du travail social. Les Politiques Sociales*. 31-41.

Vandenbroucke, S., Lebrun, J.-M., Vermeulen, B., Declercq, A., Maggi, P., Deylen S. et Gosset, Chr. (2012). *Vieillir mais pas tout seul. Une enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique*. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin.

WHO (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools*. Genève : World Health Organization.

Ressources internet

<https://www.youtube.com/@yuugiCorrespondance/featured>
<https://www.youtube.com/watch?v=tV-gKnxATLs>
https://www.facebook.com/yuugi.correspondance/?locale=fr_FR
www.yuugi.be
www.senrj.be

u jeu

yuugi Ki

utes

**our objectif d'aider à faire connaissance et de faciliter
correspondance entre les personnes en s'amusant.**

t également à un groupe d'apprendre à se connaître.

correspondance, on entend échange de courrier postal,
mais aussi d'appels téléphoniques ou de visioconférences.

yuugi signifie « relations d'amitiés » 友誼
et Ki signifie « arbre » en Japonais.

© 2023 asbl senrj - all rights reserved

A. Composants

- 1 plateau avec 4 axes de réflexion et un emplacement pour les cartes à thème au milieu du plateau
- 20 cartes à thème et 4 cartes vierges
- 20 fleurs thématiques et 4 fleurs vierges
- 1 dé qui invite à s'exprimer sur un des 4 axes de réflexion
- Post-it blancs
- 40 branches : 10 jaunes – 10 fuchsias – 10 bleues – 10 vertes
- 1 bloc-notes de 40 pages
- Prévoir un petit objet qui symbolise un joker et qui permet de passer son tour



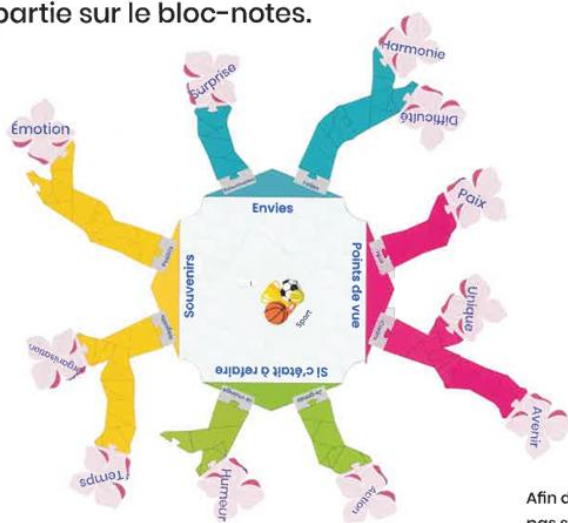
Pour aller un pas plus loin, un livret d'aide à l'animation est disponible sur demande à l'adresse youhou@yuugi.be ou via le code QR.

Règles générales :

Ce jeu sera d'autant plus convivial et amusant que vous serez ouvert, à l'écoute et bienveillant 😊 !

🌸 1. Préalable au bon fonctionnement du jeu.

- Ne pas contraindre la personne qui fait le choix de ne pas s'exprimer.
- Aider les personnes à court d'inspiration et qui souhaitent s'exprimer à trouver quelque chose à partager.
- Selon le nombre de joueurs, il est conseillé de faire 2 à 5 tours autour de la même carte à thème centrale (10-30-60 minutes).
- Facultatif : écrire quelques mots souvenirs de ce qui sera partagé pendant la partie sur le bloc-notes.



Afin de ne pas alourdir la lecture, nous avons choisi de ne pas systématiquement féminiser chaque terme, l'égalité-homme-femmes n'en demeure pas moins une valeur fondamentale pour nous.

2. Placez le plateau au centre de la table et triezy les branches par couleur.
3. Prenez les cartes à thème et le dé.
4. Tirez au sort ou choisissez une carte à thème et placez-la au centre du plateau.

La carte à thème définit le sujet de discussion sur lequel les joueurs sont invités à s'exprimer tout au long de la partie.

Si la carte tirée ne convient pas aux joueurs, le tirage peut être répété deux fois. Au verso de la carte se trouvent trois mots qui peuvent être une source d'inspiration supplémentaire en lien avec le thème.

Les cartes vierges permettent d'ajouter des thèmes qui ne sont pas proposés. Elles ne sont pas effaçables. Il est donc recommandé d'y coller un post-it et de ne pas écrire dessus.

La personne qui commence la partie en lançant le dé est celle qui aura, le plus rapidement, dit un mot en rapport avec le thème central choisi. Si cette méthode ne vous convient pas, soyez créatifs !



5. Début la partie : lancez le dé.

En lien avec la carte à thème, le dé vous invite à échanger avec les autres joueurs autour de quatre axes de réflexion nommés « souvenirs , « envies , « points de vue  » et « si c'était à refaire  ».

Chaque axe vous propose deux options.

Vous choisissez celle qui spontanément vous inspire le plus.

- Si vous tombez sur la face  du dé, vous êtes invité à vous exprimer sur l'axe de réflexion des souvenirs positifs ou négatifs.
- Si vous tombez sur la face  du dé, vous êtes invité à vous exprimer sur l'axe de réflexion des envies folles ou raisonnables.
- Si vous tombez sur la face  du dé, vous êtes invité à vous exprimer sur l'axe de réflexion des points de vue pour ou contre.
- Si vous tombez sur la face  du dé, vous êtes invité à vous exprimer sur l'axe de réflexion « si c'était à refaire », je change ou je garde.
- Si vous tombez sur la face «  », vous choisissez l'axe de réflexion que vous souhaitez.
- La face «  » invite la personne qui vous précède à choisir l'axe de réflexion.

Jouer physiquement en groupe pour le plaisir de faire connaissance en s'amusant (tous les détails dans les règles générales).

1. Parmi les joueurs, désignez un meneur de jeu qui aura pour rôle de :

- lire les règles générales du jeu pour guider le groupe,
- vérifier que la carte à thème placée au centre du plateau convient à tout le monde.

2. veiller au bon fonctionnement du groupe :

- écoute et bienveillance, respect, ouverture et non-jugement,
- aider les personnes à court d'inspiration et qui souhaitent s'exprimer à trouver quelque chose à partager,
- ne pas contraindre la personne qui fait le choix de ne pas s'exprimer,
- facultatif : écrire quelques mots souvenirs de ce qui sera partagé pendant la partie sur le bloc-notes.

Ensuite, référez-vous aux règles générales.

Vous communiquez par téléphone ou en visioconférence :

1. Chacun chez vous, vous êtes connectés au même moment.
2. Placez le plateau devant vous. Un de vous deux tire une carte à thème au sort ou vous la choisissez ensemble et vous la placez au centre du plateau.
3. Lancez le dé à tour de rôle et racontez vos **souvenirs**, **envies**, **points de vue** et « **si c'était à refaire** » en laissant l'autre réagir à ce que vous dites et construisez votre arbre comme expliqué dans les règles générales.
4. Sur le bloc-notes, gardez une trace des préférences, des centres d'intérêts, de certaines choses importantes partagées lors de vos appels.

Votre correspondant sera ravi au fil de vos échanges de se rendre compte que vous avez des souvenirs de ce qui est important pour lui.

Jouer à distance pour le plaisir de faire connaissance avec son correspondant Yuugi (tous les détails dans les règles générales).

Vous communiquez par courrier postal ou par mail :

1. Chez vous, placez le plateau devant vous. Tirez au sort ou choisissez une carte à thème que vous déposez au centre du plateau et lancez le dé.
2. Laissez tout simplement émerger en vous, **souvenirs**, **envies**, **points de vue** et « **si c'était à refaire** » que ce thème vous inspire et construisez votre arbre comme expliqué dans les règles générales.
3. Sur le bloc-notes, dessinez votre arbre et écrivez les mots clés.
4. Envoyez la feuille du bloc-notes par courrier postal ou par mail à votre correspondant.

Ces mots devraient lui donner envie de vous poser quelques questions en retour.



Ou...

Utilisez l'arbre et les mots écrits sur le bloc-notes comme source d'inspiration pour rédiger la lettre que vous enverrez à votre correspondant.
Cela vous permettra aussi de garder une trace de vos échanges.

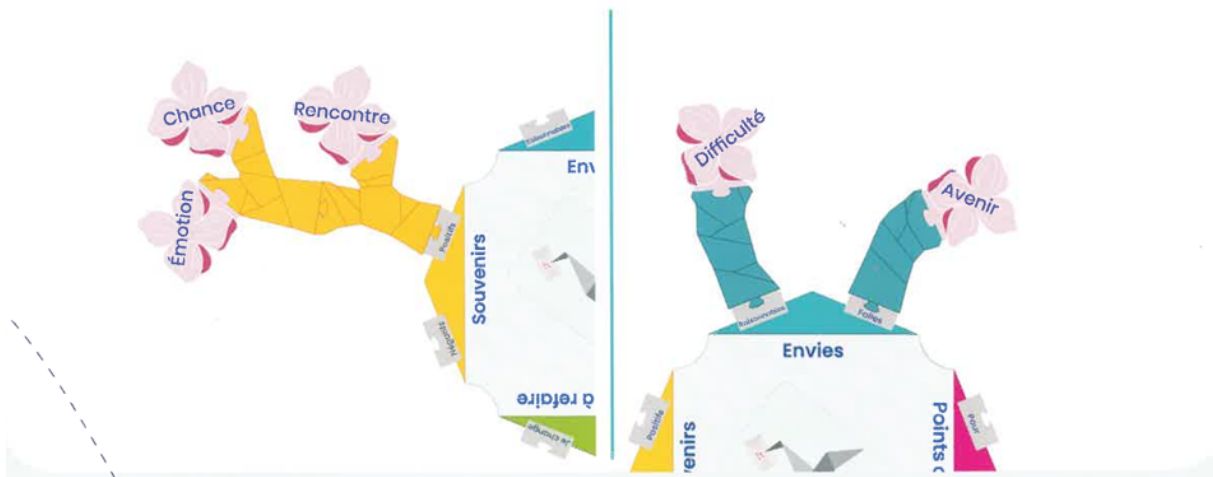
🌸 7. Fin de la partie : débriefez avec des fleurs.

À tour de rôle ou spontanément, choisissez une ou plusieurs fleurs dont les mots vous inspirent et déposez-les sur la branche de votre choix. Les fleurs sont des supports qui invitent à un mot de la fin, à un partage de type « débriefing ».

À travers les mots qu'elles proposent, elles permettent de terminer la partie en s'exprimant sur ce que le moment d'échange a permis d'ouvrir, de découvrir, de faire fleurir 😊 en vous et entre vous.

Les fleurs vierges vous permettent d'ajouter des mots qui ne sont pas proposés. Elles ne sont pas effaçables, il est donc recommandé d'y coller un post-it et de ne pas écrire dessus.

Il n'y a pas de gagnant ou de perdant, uniquement des personnes qui font connaissance et qui communiquent.



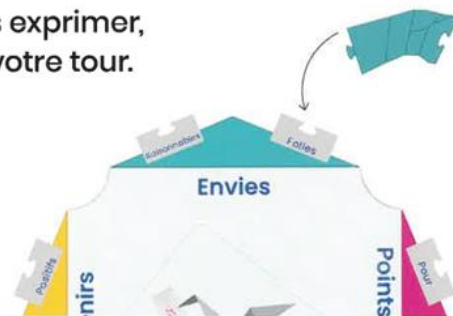
 6. Au moment où vous vous exprimez, vous choisissez une branche (de la couleur correspondant à l'axe de réflexion indiqué par le dé).

Selon que vous avez une ou deux idées à partager, vous choisissez une branche avec une ou deux directions, vous l'emboîtez sur l'axe correspondant du plateau et vous commencez à raconter.

Ce qui est raconté peut donner des idées aux autres qui peuvent rebondir sur le ou les sujets amenés en veillant à ne pas empêcher la partie de continuer et de permettre à chacun d'avoir son tour.

Quand vous avez fini de vous exprimer, vous passez le dé à la personne suivante (tourner dans le sens des aiguilles d'une montre).

Si vous ne vous sentez pas à l'aise pour vous exprimer, il est possible d'utiliser le joker et de passer votre tour.



Partie express en 10 minutes.

Jouez de la même façon que dans les règles générales sans utiliser les branches et les fleurs.

Il n'y a pas de gagnant ou de perdant, uniquement des personnes qui font connaissance et qui communiquent.

Pour aller un pas plus loin et entrer dans une démarche pédagogique :

Demandez le livret qui accompagne les règles du jeu.

yuugi Ki

Annexe 9 - Trame entretien 20/05/25

Canevas d'animation travail équipe empowerment

Objectifs :

Favoriser l'empowerment des patients

Objectifs spécifiques thématique « empowerment »

-Travailler les représentations du travailleur de ce que c'est l'empowerment

-Faire émerger les pratiques d'empowerment dans l'équipe

Méthode

Popcorn- world café –retours en grand groupe

13h30	Accueil et Intro : Béa replace le contexte de l'étude les 3/4 séances faites et l'intégration dans le projet OPS	Bea	
13 h40	<u>popcorn</u> : c'est quoi <u>l'empowerment</u> pour vous ?	Bea anime – <u>christine</u> note sur gd post <u>it</u>	Post <u>it</u>
13h55	Question : Qu'est ce qui favorise et et qu'est ce qui freine la démarche d' <u>empowerment</u> – création de 4 groupes de 5 personnes → 2 groupes travail sur les leviers et 2 groupes sur les freins (échange au bout 15 <u>min</u>) (1 rapporteur par thématique)	<u>CS</u> , Bea, Max et <u>x</u> , rapporteur	4 tél pour enregistrements
14h25	Retour des <u>rapporteurs en</u> grand groupe – ils se complètent l'un l'autre		Animation : world café
14h45	Travail en secteur : comment mobilisez-vous <u>l'empowerment</u> de vos patients dans votre secteur (avec exemple)		
15h15	Retour du travail en grand groupe		
15h45	Clôture – qu'est <u>ce</u> que ces trois -quatre <u>séances vous</u> ont apportés	<u>bea</u>	

Matériel : fruits – gaufres- grand post its

Empowerment

o → Pouvoir

o → AGIR

1 → ensemble

x → Autonomie

x → Autonomisation

o → choix

□ → compréhension

o → acteur

x → prendre en main sa propre santé

x → motivation

x → responsabilisation

□ → renforcer

□ → connaissance

x → confiance en soi

1 → " mutuelle

□ → clés de compréhension

- → capacités
- x → choix éclairé
- → émergence/ressources
- x → libre arbitre
- x → responsabilité
- x → auto-détermination
- ♥ → Avenir
- → collaboration
- → équipe (patient/soignant/entourage)
- → apprentissage
- 10x□ → promotion à la santé
- → travail quotidien (patient et soignant)

Freins à l'EMPOWERMENT.

- jugement (soi-même ou les autres.) - confiance en soi.
- manque d'éducation (format de évolution)
- croyances et représentations négatives
- fatigue, manque d'énergie, santé mentale en surcharge Soignants / patients
- disponibilité d'esprit
- manque de moyens socio. économiques ☹
- accessibilité aux soins de santé,
- environnement socio. économique (encouragement.)
- personnalité (forces & faiblesses.) // caractère
- manque de Soignants adoptés (familiars, pairs en charge, encouragement).

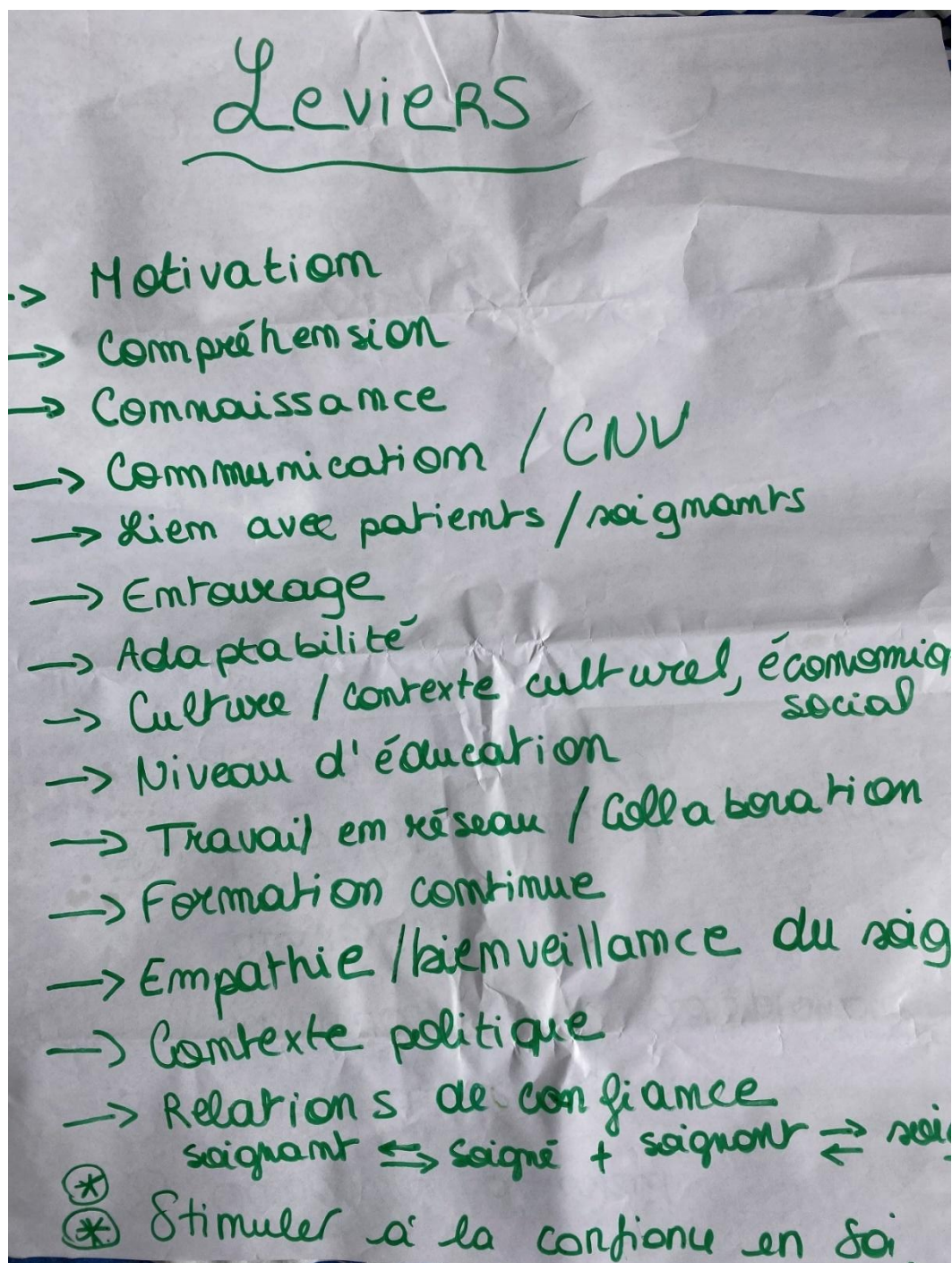
- Incompréhension de son problème de santé
- stress
- Manque de collaboration / confiance entre les soignants et les soignés + soignant $\rightleftharpoons$ soigné
- Contexte culturel et politique
- Manque de communication / d'écoute
- Jugement du soignant vis à vis du soigné
- Manque de temps soignants et soignés
- Manque de ressources politiques.
- Manque de connaissances chez le soigné
- Découragement / démotivation
- Manque d'appropriation de sa maladie
- Sentiment d'injustice

Freins à la démarche d'empowerment

- la langue
- la dépression
- burn-out
- l'accès aux connaissances
- capacités ^{personnelles} ~~de gestion~~ ^{de gestion} et de } ~~de gestion~~
- moyens financiers
- l'ouverture d'esprit (manque de)
- la hiérarchisation des soins ^{Medecins} _{autres soignants}
- l'égoïsme.
- le manque de formation des soignants
- la vision des patients ^{medeco-centre} _{certains soignants}
- la posture de victime
- la motivation du patient
- le temps disponible
- la disponibilité ^{du patient / soignant} _{de collègues}
- préjugés ^(sur patients) _{de collègues}
- Non-reconnaissance de l'INAM ^(pour patient / soignant) _(pour patient / soignant)
- travail non ^{qualitatif} _(quantitatif)
- pression extérieure
- surcharge mentale
- volonté du thérapeute

Freins à la démarche d'empowerment

- barrière de la langue
- niveau socioéconomique et culturel
- la proximité → l'accès trop facile au soins
- les distances
- le manque d'éducation → } de sa patho et de ses traitements
- connaissance
- compréhension
- les mauvais exemples autour de soi
- ↳ entourage - environnement
- le temps → disponibilité du patient → à prendre avec des pincettes
- la personnalité - le caractère - la motivation
- Manque de priorisation → manque de confiance d'être capable
- Confronté à des échecs
- confiance dans système de soin/soignant
- manque d'empathie du soignant / ~~vis-à-vis~~ vis-à-vis
- l'état médico-dépendant de la personne (sous influence)
- soutien (manque) de l'entourage
- manque de formation du soignant → asymétrique
- remise en question p/r à sa pratique
- la non-accessibilité numérique
- complaisance de patient → les bénéfices secondaires



⑧ Ouverture d'esprit

⑧ Envie de changement.

(habitudes, petites adaptations du quotidien.)

⑧ Valorisation des changements + par les dirigeants !

LEVIER

- ENTOURAGE + MÉDICAL
- RÉSEAUX SOCIAUX
- ÉDUCATION (+ JEUNE ÂGE)
- GROUPES DE PAROLE
- NIVEAU SOCIO-CULTUREL & ÉCONOMIQUE
- COMMUNICATION
- PROXIMITÉ STRUCTURES DE SOIN
- INFORMATION
- BONNE SANTÉ MENTALE
- ACCÈS AUX RESSOURCES NUMÉRIQUES
- MOBILITÉ
- PERSONNALITÉ
- PÉDAGOGIE DES SOIGNANTS
- MOTIVATION
- MAÎTRISE DE LA LANGUE
- MOMENT DE VIE
- FORMATION DES SOIGNANTS
- VOLONTÉ
- CONNAISSANCE
- OUVERTURE D'ESPRIT
- CONFIDENCE MUTUELLE PATIENT / SOIGNANT
- RECONNAISSANCE DE L'INARTI PRONOSANTÉ (CODES)
- CULTURE
- AVOIR LE TEMPS
- ENVIRONNEMENT SOCIÉTAL
- STADE DE LA PATHO
- COHÉRENCE DU DISCOURS DES SOIGNANTS

Annexe 13 - Grilles d'analyse mixte

YUUGI-KI 1

Thème					références
Communication multidisciplinaire	Même socle de langage				Ligne 76 et 81
	formation				Ligne 72-73
	Communication entre nous	formel	Frein force		
		informel	Force	Facile car info passe tout de suite et directement	
			Frein	Fatigant car info de toute part Pouvoir mettre ses limites et son cadre ça me convient ou pas Apriori sur les patients et dc pas même ouverture et attention	
	Riche du regard de tous	Comprendre la situation, le contexte			Ligne 61-63
	Parole libérée	Sans jugements, oser dire			Ligne 68-71
Communication avec le patient					290-291
	Mieux appréhender et				318 320-321

	mieux communiquer avec le patient				
routine	Tendance à s'enfermer dans les habitudes (médecin)			Proposition de travailler en binôme	93-94 107
	Richesse au niveau inf de pouvoir travailler en double, refixer des objectifs avec le patients				99-100
	Passer à côté de certaines choses				
	Un médecin, un patient				131-132
	kiné			Proposition : se remettre en question la routine du traitement en tant que professionnel par rapport à sa pratique avec le patient Redéfinir de nouveaux objectifs Propositions : Prendre le temps de s'arrêter et se remettre en question	157 165-166
	Pas d'emploi suffisant des Mini concertations				177-179
coordonne					

Position du soignant dans la relation de soin	Patients qui sont énergivores, trop loin dans ta prise en charge, trop gentille,				109-112
	Patient en refus de soin			Proposition : prendre de la distance, se dire qu'il est en soin palliatif	221-225 233-234 236-237
	Prendre en charge comme on voudrait				236-237
	Jusqu'où je vais ? en tant que soignant	Limite du soignant	Etre en accord Pas s'épuiser		241 242 244
					434
	Respect du patient				243
	Cheminement professionnel et individuel				
					351-352
Co-construction	Construction avec le patient de la relation et du suivi	Besoins du soignants			118-119 121 126 281 383
	Être en accord Comprendre le refus de soin Mettre ses limites				282-288 392

	Respect de la volonté du patient				
	Sentiment de « Pour faire plaisir au docteur »				360
Continuité du soin	Assistante binôme				131-132
épuisement	Chronicité	Kinés-médecins			
Donner les infos pour un jugement éclairé					248-251 262-265 272-273

POSITIF	NEGATIF
Écoute	Refus de soin
Donner infos	Patients Trop à l'aise, envahissant : psy, rdvs tout le temps
Ce qui se fait positif	Routine pas assez de remise en question
Bonne Communication entre nous dc continuité des soins	
Communication commune	
Mettre ses limites	
Rendre acteur (choix de son moment de ttt Kiné), diabéto, question que l'on pose	
Confiance des patients par l'écoute et le lien)	

YUUGI-KI 2

Thèmes			Lignes
Vécu des soignants face au suivi des malades chroniques Energivore	ENERGIVORE		
	Constamment revoir et entendre les mêmes problèmes et plaintes	«constamment revoir toutes les semaines et entendre les mêmes problèmes et rester dans le positivisme, n'est pas évident. »	78-79
		constamment voir des gens qui ne vont pas bien, ce n'est pas simple évidemment parce qu'on reste tous humain et empathique, donc c'est vrai que cette empathie-là est énergivore	159-161
	Sentiment de « frustration » Inadéquation, de réponse adéquate	On n'a pas de baguette magique Difficile de garder le positivisme tout le temps	87
		enrayer certaines mésutilisation de certains problèmes	90
NEGATIF DANS LES SUIVIS			134-136
	Soignant « dirige »	si tu regardes tout le chemin parcouru tu sais aussi comment est-ce qu'on a amélioré le quotidien pendant X années	139-140
		point de vue du soignant l'issue doit être la guérison ou voilà	148

	Comme une affaire personnelle	finalement c'est comme si c'était un échec alors que euhhh finalement la vie avec sa maladie	151-152
		moi ça raisonne oui la frustration de ne pas être capable de tout enfin ce que l'on ressent parfois.	172-175
	Patient ne se prend pas assez en charge	au niveau des pathologies chronique et plus au niveau kiné ce serait pas mal qu'il y ait, que les patients se prennent plus en charge par eux-mêmes	260-262
		oui oui et puis certains c'est clairement le seul moment où ils font quelque chose quoi	317-318
	Manque de formation désarmé	pas formé pour ça et moi je suis complètement démunie devant une personne qui vient que pour ... enfin il y a toujours je pense à des patients fibro euhhh ils ont toujours des douleurs à gauche et à droite mais qui viennent ou qu'ils ne viennent pas, les douleurs elles sont là donc euhhhh et donc je ne suis pas armée et c'est pas la partie du boulot que moi je préfère on veut qu'ils soient autonome	304-308
	Manque de formation « Juste position »	est-ce que eux veulent être autonome, est-ce que c'est leur besoin ?	281-282

		la médecine devrait aussi changer et englober justement plus le psycho-social, alors on n'est pas formé pour, mais ces gens viennent qui sont là tout le temps on sait qu'il y a plus de psychosomatique là-dedans et c'est donc plus prendre ça en compte plutôt que le pathologique	298-301
	Représentation des soignants face aux besoins et à l'autonomie des patients	peut-être que le besoin primaire c'est ce lien qui n'ont pas ailleurs et c'est ça qui fait partie de leur « être en santé » et que du coup pour nous c'est hyper frustrant mais en fait leur imposer une autonomie c'est en fait ... (silence) pro ... Risquer de l'isoler encore plus et voilà	282-285
POSITIF DES SUIVIS	Représentation des soignants vis-à-vis de certains patients : l'autonomie		
	Inscrit sa maladie	le chemin vécu qui a rendu une vie déjà plus agréable avec une pathologie chronique ou finalement euhh on n'en peut rien, la mort elle arrive à tout le monde pendant tout ce chemin là, il a quand même acquis des	150-153

		compétences, et et en fait c'est aussi valorisant et valorisable	
		Mais est-ce que notre rôle parce que tu l'as déjà dit hein en tant que sauveur, mais est-ce que notre rôle est de sauver ou est-ce que notre rôle c'est améliorer la vie du patient au mieux possible au jour le jour ?	165-167
		Ils se prennent en charge d'une certaine manière aussi	
	ambivalence	J'aurais bien aimé faire tout ce qu'on pouvait faire pour elle mais en fait non, mon rôle c'est juste des petites choses parfois et ce n'est pas nous qui allons tout faire quoi	175-177
	Ambivalence dans aider et faire des actions	c'est un cas très pratique où l'on faisait des actions, et on l'aidait au quotidien, mais il y avait des choses qui étaient possibles. Tu vois. Ce n'est pas un diabète où on stabilise, on vérifie, on éducation à la santé	197-199
	Cadre de soin	en même temps il y a quand même aussi un cadre ou si il doit venir chez le kiné c'est pour une	286-287

		il y a une, enfin il faut qu'il y ait une raison réelle	
	Avantage du travail au forfait plus de « liberté » dans les soins	nous comme infirmier on fait parfois du soutien psychologique et où juste on y va mais c'est quelque chose qui est possible grâce à la maison médicale mais qui ne serait impossible ailleurs parce qu'il n'y a pas de codes, je veux dire tu ne sais pas le quantifier en fait. Nous on a le temps et on peut donner le temps et cette énergie là	288-292
POSTIF DES SUIVIS vu par les soignants	On lui permet d'avoir les ressources nécessaires	on se dit mais en fait on facilite la vie avec la maladie et on met en place une manière de vivre avec sa pathologie chronique et on lui permet d'avoir toutes les ressources nécessaires pour vivre au mieux et avoir cette résilience et relation à la vie pendant sa maladie	185-188
	EMPATHIE des soignants, écoute	constamment voir des gens qui ne vont pas bien, ce n'est pas simple évidemment parce qu'on reste tous humain et empathique, donc c'est vrai que cette empathie-là est énérgivore	
	Adaptation au cas	un diabète ça va être chronique, mais une plaie à la jambe qui	

		euhhh dû à un ulcère ça va être aussi chronique et donc peut-être, tu ne peux pas avoir les mêmes soins, et les mêmes volontés sur quelque chose bien	
	multidisciplinarité	pris en charge par les infis qu'il a, qu'il a toute sa prise en charge au sein de la maison médicale je sens qu'un patient que j'ai déjà	
	Connaissance du patient	eu dans un état plus critique se stabilise et que je le ressens mieux dans mes contacts avec moi à l'accueil.	219-221
		oui c'est ça comme un regard un peu plus éloigné, mais on ressent quand même très fort même si on n'est pas dans le soin directement avec le patient c'est un ressenti quand même où on sait dire quand même si le patient va bien on connaît le patient dans ses réactions, dans sa façon d'être, on sait quand il y a des choses qui ne vont pas qui ne sont pas dans ses habitudes, des réactions qui ne sont pas ok. Même juste avec notre contact à l'accueil on sait voir quand un	223-228

		patient chronique va mieux. C'est gai	
		ben je garde ce lien avec certains patients qui du coup viennent plus souvent et qu'on apprend à connaître et du coup il y a une relation qui se crée, un lien particulier avec eux, et donc oui c'est ça qui me marque, et c'est comme ça aussi que nous on comprend que ce sont des patients qui ont une maladie plus chronique. C'est que voilà on les revoit tous les X temps, c'est des patients à qui on ne doit même pas demander qui c'est on sait qui ils sont et on apprend vraiment à nouer un lien de confiance et oui voilà, pour moi c'est vraiment le positif de, voilà ce que je retiens de positif en tout cas.	235-242
	Fonctionnement politique et financement des actes	sur un long terme, si on avait que ça, parce que ce n'est pas notre rôle, notre rôle premier tu vois on ne peut pas, on devrait prioriser cela autant qu'un soin de plaie ou quoi que ce soit, mais ce n'est pas réalisable.	292-295

CHAISES PARLANTES

Thèmes objectifs	action	Objectif final	lignes
Informé pour prendre ses décisions éclairées	Diagnostic et perspectives Avoir des outils pour m'aider moi-même, développer mes compétences, et me débrouiller de façon plus autonome		
Tenir compte des besoins du patient			
Bonne collaboration	Suivi des infos et de la prise en charge		
Pas être une charge pour la famille et l'entourage	Bien entouré et accompagné MM ressource : aménagement de la maison, aides pour soulager, aide financières possibles pour vivre bien sa maladie et pouvoir guérir, /. travail et améliorer ses conditions,		
	Informé sur ses droits		
Patient autonome qui sait se gérer	MM		
Aidants proches	informer les aidants proches pour qu'ils puissent aider au mieux les patients et comprendre les enjeux, développer leurs compétences	Aider le patients	
Patient doit se sentir soutenu par le réseau, entourage, soignants, employeur			
travail			

Financier qui doit suivre et aider			
Milieu de vie Politique de santé ./.	adapté		
aux Mal Chr Communication,			
compréhension, écoute, autonomie		Valeurs relevée par les soignants	
Aménagement financier, habitats,			
employeur, de sa vie, ...(souhait de la part de l'entourage) pour arriver à une autonomie (souhait des soignants) hors pour autonomiser il faut que les aménagements soient faits			292-302
freins			
	Attentes du patients différentes de celles du soignant		314
	Langues et incompréhension culturelle		319
	Rythme-temporalité du patients différent de celui du soignant		324
	La famille peut être un obstacle des aidants proches ou des voisins ou autres qui interviennent avec sans mettre le patient au centre de ce qu'il veut vraiment		332-333
	Financier et matériel		334
	Temps de consultation		340-349

	Spécialiste pas tj même réalités		356-357
	Politique de santé		368
	Financiers pour soignants (manque) et patients pas de possibilités		361-364
	L'énergie des soignants		387
	Motivation du patient		399 398
caractéristique du suivi :	énergivore		405-406
La maladie permet d'exister = Avantage à la maladie			408 66 64-70
Prendre en charge		Très présent dans le discours	
politique			

		Besoins du patients			
	Construire le planning du traitement ensemble (Kiné)				295-299 302-303 305-307
	Questionnement et voir ce qu'il a besoin et comprendre le pourquoi				254-255
	Envie d'aller vers l'autonomisation ?				403-405
		Certains patients surconsomment et dépendant	Habitudes Manque de limites		407-408 414
			C'est une excuse pour autre chose		415 416 420-421
		Besoin de creuser pour arriver à la vraie raison			427-429
	écoute				430 194-
	évaluation	Concertation avec patients	Manque de temps Y penser		195 203- 204

MOI A TA PLACE

Moi à ta place Analyse

Aide extérieurs (réseau)	Plus de concertations	Élargir entourage du patient
Partagerais la prise en charge d'un patient	Créer-revoir les procédure de suivi des patients chroniques	
Outils favoriser la communication pour vulgariser et favoriser la compréhension		
Prendre soin de l'équipe		
Continuer Promotion à la santé	Continuer la prévention	
Continuer des moments de réflexion		
Continuer formation continue		
indulgent		
Regarder les ressources déjà acquises et qui marchent		
Rencontre entre pairs		

Engagement politique défendre le financier pour : avoir le temps et encore mieux prendre en charge Kiné Santé comm psychologie		
Célébrer notre travail et ce que l'on réalise de +		

Découverte du rôle de l'accueil au sein de la promotion à la santé

POP CORN

Promotion à la santé				
capabilité	Appropriation des savoirs	Pouvoir d'agir		Relation en lien avec les soignants
Autonomisation il y a clairement l'apprentissage qui est ressorti	Apprentissage	acteur	Avenir	Collaboration,
Capacité	compréhension	Pouvoir ceci est plus pour le soignant Agir		ensemble
connaissances	Renforcer (patient)			Confiance mutuelle
Autonomie	connaissances	Choix		Équipe
Responsabilisation	Travail quotidien Ch S : c'est un acte ? G : mais ça dépend sous quel côté si c'est le travail quotidien du soignant ou justement du patient ? MC : du patient Enfin des deux G : C'est plus un apprentissage continu	Travail quotidien Ch S : c'est un acte ? G : mais ça dépend sous quel côté si c'est le travail quotidien du soignant ou justement du patient ? MC : du patient Enfin des deux G : C'est plus un apprentissage continu		

Prendre soin sa propre santé ?	Choix éclairé			
Motivation (patient)	Émergence c'est par rapport à ses connaissances et tout ce qu'il sait, ce qu'il décide ça va émerger du patient, ressources acquises	Émergence c'est par rapport à ses connaissances et tout ce qu'il sait, ce qu'il décide ça va émerger du patient, ressources acquises		
autodétermination				
Libre arbitre				
Confiance en soi				
Choix éclairé				

Surtout vu sous l'angle du patient et pas du soignant

FREINS ET LEVIERS A L'EMPOWERMENT

FREINS

EXTRINSEQUE	SOIGNANT	PATIENT
Environnement Socio-économique	jugement	Jugement (quand on porte un jugement sur soi-même ou sur qqn d'autre.
Accessibilité aux soins	Disponibilité d'esprit	Niveau d'étude, de connaissances
Accessibilité aux aides / réseaux	Formation et formations continues	Fatigue manque d'énergie de s'investir
Entourage proche ou loin pas soutenant	Encouragement / valorisation	Croyances représentations négatives

Soignant qui cultive ou pas l'empowerment	Manque de collaboration entre soignants	Santé mentale (disponibilité d'esprit, surcharge émotionnelle)
Prise en charge adéquate	Manque de confiance entre les soignants	Confiance en soi
Contexte politique	Manque de communication	Personnalité, caractère
Accessibilité aux soins, mobilité	Ecoute	Forces et faiblesses de la personne
Déterminant de la santé	Temps	Incompréhension de sa maladie
Langue		stress
		Manque de confiance envers le soignant
		Absence de lien thérapeutique
		Temps
		Ressources connaissances, insti, fin, pol, struct
		compétences
		motivation
		Appropriation de la maladie
		Sentiment d'injustice
		État de la santé mentale

LEVIERS

FACTEURS EXTERNES	SOIGNANTS	PATIENT
Contexte culturel et politique de santé (si une campagne qui passe et dit pour être en santé il faut bouger, cela pousse à bouger)	Empathie (comprendre ce que vit le patient, mieux on va le comprendre, mieux on va pouvoir l'aider et l'accompagner)	Motivation, Envie de changements (mode de vie, adaptations, petites choses, effets papillon) Aller de l'avant Temps en fonction de la motivation on en donne ou pas Meilleure santé globale favorisera son empowerment et augmentera sa motivation compréhension
Statut socio-économique déterminants de la santé	Lien patient-soignant	
Niveau d'étude	adaptabilité	entourage
Contexte social	connaissances	capacité

Histoire de vie	Adaptabilité aux patients	Confiance en soi
Entourage	Communication (CNV)	Croyance positive
Communication (publicité, brochures, information, réseaux sociaux)	Travail en réseau	Esprit ouvert au changement
Groupe de paroles, rencontres	Transdisciplinarité	éducation
Mobilité	collaboration	Bonne santé mentale
Proximité de la structure de soin	Bien connaître son patient	Caractère de la personne
Visite à domicile et transmission de l'info quand personne isolée	Lien dans la globalité	A quel moment de sa vie le patient est ? Stade de la maladie, et où le patient en est dans sa pathologie (plus il avance, plus il a de connaissances et compétences et pourra se prendre en main)
Environnement sain	Formation continue des soignants entretien motivationnel, ETP	Education précocité à se prendre en charge
Financier : Reconnaissance par l'INAMI de la promotion à la santé dans nos actes (codes)	bienveillance	connaissances
Politique	Relation de confiance (soignant-soigné, mais aussi soignant-soignant)	Confiance thérapeutique
temps	Accompagnement des patients	Ouverture à ce que chaque soignant a un rôle sur ma santé, mais c'est moi qui doit bouger
Culture et contexte sociétal	Stimuler la confiance en soi	Place du patient dans le soin (acteur ou se laisse conduire)
	Ouverture d'esprit	adaptabilité
	Valorisation positive	
	Maîtrise de la langue	
	Confiance thérapeutique	
	Ecoute	
	Compréhension	
	Cohérence de discours entre les soignants	

Admin 1 : Pas clair comme concept

Médecin 3 : Donner les clés pour qu'ils comprennent sa maladie et qu'il puisse agir lui-même pour le rendre acteur, lui donner le pouvoir l'autonomie pour que cela vienne de lui en fait pas qu'on le fasse à sa place.

Accès à des soins gratuit, est-ce que ça peut ou moins responsabiliser les patients ? Ca pourrait ne pas autonomiser

EMPOWERMENT PAR PROFESSION

ACCUEIL :

Thème			ligne
Informé sur le plus que médical			11 17-18
Promouvoir la vision globale de la santé tous les aspects au sein de l'institution			19
Relation privilégiée avec chaque patient			20 23-24 27-29 115 20-22 32
écoute			34-36
Adaptabilité en fonction des patients			37-38 46-49 56-57
développe leur compétences autonomise			61-62 80-82 113-114
Propose des activités adaptées aux patients			
Centrale et référente			139-142 147 162-
éducation			166 158-
Confiance des patients			159

ADMIN :

Thèmes Pratiques			ligne
Soutien aux soignants	Structure : environnement de travail		31-32
	Cadre organisationnel		32 47-49
	Matériel		35
	Organisation financière		81-85 86-87 90-92 179-180
	Politique		93-97 99-100
	Posture		
	Valeurs		111-114 150-152 153-155
	Coordination des soin interdisciplinarité		159
Soutiens aux patients	Responsabilisation		5-7 10-14
	Respect des règles		20
	Vision globale institutionnelle		25-26
	Environnement agréable		117-120 146-149
	Coordination de soin		156-158
	Maintien du lien thérapeutique		177-178
	Promotion à la santé		

	Posture d'accueil d'ouverture, d'écoute		196
			197-199

INFI

Responsabilisation				114-116 117-119
Respect de la temporalité du patient				41-44
Ecoute				120-123
Soutien				120-123
On fait appel à leurs ressources				
Valorisation				85-88 88-92
Questionne pour eux-même trouver la solution				29-30
Littératie en santé				6-13 19 101-103
Co-construction				32-33
Adaptabilité				63-67
Fixation d'objectifs				93-94

KINES

Pratiques			Lignes
Travailler avec le réseau			6-7
Impliquer le patient dans la démarche	Faire réfléchir		9-10
	Partenariat		132
Comprendre l'objectif du patient et son contexte			11-13 14-16

S'adapte aux réalités du patient	S'adapte à sa personnalité		95-98
	Intégrer dans sa vie au quotidien		19-23 28 83-85 107-112
	Respect de la temporalité du patient		165-168 170-171
Lui donner les ressources littéraires en santé			36 47-48 58 72-74
Évaluer le traitement et l'objectif fixé			41-45 86-90 91-94
Entretien motivationnel /ETP			49-51
Confiance			55-57
Alliance thérapeutique			95-98
écoute			118-119
Posture			133 135-137
valoriser			140-142 152-153 161-162
Discours négatif			39-40

MEDECINS

Pratiques			Lignes 6
Décision médicale partagée			8-9 10 96-97 101-108 118-122
Co-construction partenariat			153-154 156-158 11-13
S'adapte aux choix du patients			
Responsabilisation			14-17 72-81

Le rendre acteur du suivi Les faire réfléchir par rapport à des situations, sollicitent leurs ressources			88-92
Littératie en santé			27-29 32-33
			34-35 52-55 57-59 69 70 134- 137 146- 151
Construire un lien de confiance			
Mauvaise connaissance de la notion			9 26

Analyse DEDUCTIVE selon les sous-questions de recherche

CADRE	Thèmes		Yuugi-Ki 1	Yuugi-ki 2	Accueil	Admin	Infi	Kiné	Médecin	AS
CONNAISSENT	Concept en lui-même	Capabilité du patient								
	Cfr. Pop Corn	Appropriation des savoirs								
		Pouvoir d'agir								
		Relation en lien avec le soignant								
		Définition cfr. Patient au centre								
	Freins	Ligne 119-121								
		Extrinsèque								
	Cfr. Empowerment	Soignant								
		Patient								
	Leviers	Extrinsèque								
		Soignant								
	Cfr. Empowerment	Patient								
	Mauvaise connaissance du concept								9 26	
PENSENT qu'ils font	communication	Multidisciplinaire	76 et 81 72-73 61-63 68-71 194-195 203-204							
		Avec le patient	318 320-321							
	Respect du patient/adaptabilité		243		32 34-36 37-38		63-67	95-98 19-23 28	11-13	

					113-114			83-85 17-112		
Co-construction			281 383 282-288 392 295-299				32-33		96-97 101-108 118-122 153-154 156-158	
	Construire planning de soin ensemble		295-299 302-303 305-307					9-10 132	6 8-9 10	
	Questionner pour comprendre ses besoins et objectifs		254-255					11-13 14-16		
	Éduquer à l'autonomisation				46-49 56-57 61-62 80-82					
relation	Construction du lien		118-119 121 126		20 23-24 27-29 115	156-178 196			146-151	
	Lien de confiance				158-159			55-57 95-98		
			254-255							
écoute			430		20-22	197-199	120-123	118-119		
Continuité des soins			131-132							
Connaissance du patient			219-221 223-228 235-242							
Favoriser le lien social			355-365							

	Environnement exterieur favorisant			288-292						
	Littératie en santé	informer			11 17-18 19 162-166		6-13 19 101-13	36 47-48 58 72-74	34-35 52-55 57-59 69 70 134-137	
	responsabilisation					5-7 10-14	114-116 117-119		14-17 72-81 88-92	
	temporalité						41-44	165-168 170-171		
	valorisation						85-88 88-92	140-142 152-153 161-162		
	Faire appel aux ressources du patients						29-33		27-29 32-33	
	Fixer des objectifs						93-94			
	Travailler avec le réseau							6-7		
	Evaluer TTT et objectifs							41-45 86-90 91-94		
VIVENT	énergivore			78-79 156-161						
	Frustration			87 90 134-136						
	routine		93-94 17 99-100 131-132 157							

			165-166							
	Questionne les limites des soignants		109-112 241 242 244 282-288 392 434							
	Patient en refus de soin		221-225 233-234 236-237							
	Posture du soignant			139-140 148 151-152 172-175 282-285 197-199 175-177				133 135-137		
	désarmé			304-308 281-282 298-301						
	Avantage de travailler au forfait Permet d'avoir des ressources			288-292						
	Valorisant			185-188						
	Collaboration avec la seconde ligne			165-167						
	Aldants proches		627-631							
			455-456 494-495 504-505							

Annexe 14 - Grille d'analyse déductive

Analyse des pratiques selon LEMAY

ETAPES	Pratiques	Lignes
CONSCIENTISATION	Interdisciplinarité	28-30
		48-50
		55-63
		120-124
		139-143
		200-202
		385-386
		553-558
		217-219
		141-144
		49-51
	Comprendre les objectifs du patient	305-307
		308-312
		408
		337-338
		468-471
		103-108
		13-15
		16-18
		30
	Écoute	425-428
		446-447
		459-460
		290-291
		24-25
		199-201
		199-201
		120-121
	empathie	75-76
	Connaissance du patient	225-230
		248-249
		28-30
	temporalité	167-170
	Vision globale du patient	95-98
		99-106
		347-350
		355-356
		361-365
		399-401
		425-428
		468-471
		18-20
		27-28
		76-81
		119-122
		128-128
		135-136
AC TI O N - DE	Littératie en santé	248-251
		264-265

		338-341
		12-14
		48-51
		90-91
		164-168
		155-157
		6-13
		74-83
		6
		38
	partenariat	49-50
		74-76
		8-9
		34-35
		52-54
		146-151
		156-158
		282-288
		195-298
		117-118
	Questionnement/réflexivité	141-142
		199
		81-83
		11-12
		79-83
		137-140
		27-29
		96-97
		101-108
		195-298
	Lien thérapeutique	107-111
		237-244
		355-356
		21-23
		7-9
		179-180
		57-59
		97-100
	S'adapter Prendre en compte besoins	343-344
		455-458
		35-37
		38-39
		63-64
		21-25
		85-87
		109-114
		10
		11-13
	Faire appel aux ressources du patient	74-83
		72-81
	valorisation	88-92
		145-146
		152-155
	Fixe objectif	93-94
		21-22

	Rendre patient acteur	48-51
		82-84
		114-116
		117-119
		14-17
		118-122
Evaluation	Evaluation des objectifs	93-94
		43-47
		90-92

Couleurs = selon sources (entretien)

Y-G 1	Y-G 2	Acc	Adm	Infi	Kiné	Méd
-------	-------	-----	-----	------	------	-----

Annexe 15 - Tableau récapitulatif des différentes pratiques selon les professions

Synthèse des pratiques EXPRIMEES d'empowerment par PROFESSION

	Médecins	<u>Infi</u>	Kiné	Accueil	Admin	AS
Ecoute	X	X	X	X	X	X
Responsabilisation du patient le rendre acteur	X	X	X	X	X	
Adaptabilité	X	X	S'adapte à sa personnalité Intégrer dans sa vie au quotidien	X		X
Construire lien de confiance/ alliance thérapeutique	X		X	X	X	X
Co-construction partenariat	Parle de Décision médicale partagée	X	Impliquer le patient dans la démarche Faire réfléchir/ partenariat			
Le faire réfléchir, solliciter ses ressources	X Interroge juste	X				
Respect de la temporalité du patient		X	X			
Littératie en santé	X Donner des infos	X	Lui donner des ressources	X		X

Travailler avec le réseau			X			X
Comprendre l'objectif du patient et son contexte			X	Comprendre le patient		X
Fixer des objectifs thérapeutique avec le patient		X				
Evaluer le traitement et l'objectif fixé			X			
ETP/E <u>Motiv</u>			X			
Posture éducative		X				
Valoriser		X	X			
Respect des règles					X	
Promouvoir la vision globale de la santé				X		X
Ce qui ressort dans les discours généraux	Mauvaise connaissance de la notion, ne savent pas trop comment la mettre en pratique Questionnement de la posture	Semble faire partie de leur mode d'accompagnement au quotidien	Connaissances mais façon de le transmettre pas <u>tr</u> s adéquate en lien avec la posture	Ne connaissent pas bien et ne voient pas en quoi ils ont une action sur <u>l'empowerment</u> des patients	Ne connaissent pas bien et ne voient pas en quoi ils ont une action sur <u>l'empowerment</u> des patients	Semble avoir des notions mais trop peu présentes pour avoir un retour réflexif

Annexe 16 - Description de fonction IFIC Maison Médicale

Kinésithérapeute maison médicale

(H/F/X)

Code
4086



15

Objectif général: Assurer en travaillant en interdisciplinarité, dans le cadre d'une approche bio-psycho-sociale globale, des soins kinésithérapiques adaptés aux patients afin de maintenir, améliorer et/ou récupérer leurs capacités et leur autonomie.

ACTIVITÉS	TÂCHES
- Pratiquer des examens et établir des diagnostics kinésithérapiques	- Procède à l'anamnèse et effectue des examens kinésithérapiques des patients pour observer les capacités, pour identifier les troubles et rechercher la cause du problème; - Evalue les résultats des examens et établit un diagnostic kinésithérapique; - Détermine le traitement optimal du patient référé par le médecin, le cas échéant en concertation avec le prestataire de soins d'autres disciplines (ex. médecins, autres prestataires de la maison médicale); - A sa demande, conseille le médecin généraliste dans l'établissement du diagnostic et l'approche à mettre en oeuvre; - Informe les patients à propos des examens, des troubles constatés et de la thérapie conseillée; - Etablit le plan de traitement kinésithérapique en concertation avec le patient (objectifs thérapeutiques, organisation temporelle,...) ou adresse le patient à un autre prestataire de soins en concertation avec le médecin (ex. spécialiste);
- Traiter les patients et suivre leur évolution	- Traite les patients en consultation ou à domicile si nécessaire selon le plan de traitement et les motive à participer activement en vue d'un déroulement optimal de la thérapie; - Evalue régulièrement le traitement prodigué et effectue des ajustements éventuels en concertation avec les patients et, le cas échéant, avec les prestataires concernés; - Conseille et informe, le cas échéant, d'autres parties concernées (ex. famille) de l'évolution des patients;
- Effectuer des tâches administratives	- Organise son propre planning en concertation avec les collègues kinésithérapiques et/ou le personnel encadrant; - Tient à jour la partie kinésithérapique du dossier des patients, établit un rapport sur chaque traitement effectué et sur l'évolution des patients; - Complète les documents administratifs requis pour la prise en charge des soins kinésithérapiques (ex. : enregistrer les codes INAMI, accidents du travail, mutuelles); - En collaboration avec ses collègues, participe à la vie organisationnelle de la maison médicale (ex. gestion/achat des produits et équipements, répartition du travail, gestion de la patientèle) et de sa propre discipline;
- Participer à des activités interdisciplinaires, de prévention ou d'éducation	- Participe aux réunions (inter)-disciplinaires sur le suivi général des patients et la politique de soins (discussion des cas, intervention etc.); - Informe, conseille et stimule les patients sur la prévention des problèmes locomoteurs (ex. cours collectifs de gymnastique du dos, coaching individuel) avec respect pour leur liberté de choix; - Participe aux projets de promotion de santé et de prévention pour la communauté;
- Autres activités	- Participe à l'organisation des activités extra-curatives (ex. formations, vie associative du quartier) de la maison médicale en collaboration avec des partenaires; - Donne des formations internes;

(c) Instituut Functieclassificatie - Institut de classification de fonctions

Fonction ajoutée à la classification de fonctions : 28/09/2016

IFIC

Kinésithérapeute maison médicale

(H/F/X)

Code
4086



15

CRITÈRES

Connaissance et savoir-faire	- Formation conforme aux exigences légales d'application pour l'exercice de la fonction; - Possède des aptitudes en organisation et en planification; - A une connaissance approfondie de l'influence des déterminants socioéconomiques et environnementaux sur le patient; - Sait travailler avec les outils informatiques spécifiques; - Période de familiarisation: 6 - 12 mois
Gestion d'équipe	Gestion non-hiérarchique: anime des groupes de travail thématiques;
Communication	- Possède des aptitudes à l'écoute; - Possède des aptitudes pour rapporter tant par écrit qu'oralement; - Sait communiquer en groupe de façon claire et objective et défendre son point de vue; - Fournit des renseignements aux patients (et leurs proches) et les motive pendant le traitement; - Discute, dans la concertation de travail multidisciplinaire et kinésithérapeutique, du traitement kinésithérapeutique et interdisciplinaire optimal;
Résolution de problèmes	- Se concertent avec des collègues et/ou des médecins à propos de problèmes liés aux patients; - Investigative et procède aux examens afin de détecter les troubles, établit un diagnostic kinésithérapique et planifie le traitement adéquat adopté au contexte spécifique du patient (aspects médicaux, sociaux et financiers); - Réfère si nécessaire les patients vers un autre prestataire de soins après concertation avec le médecin;
Responsabilité	- Est chargé avec les collègues kinésithérapeutes du fonctionnement de sa propre discipline conformément à la vision de la maison médicale : planification, organisation des activités, gestion des équipements, gestion de l'information...; - Prend en charge les patients, sur prescription médicale, pour des examens kinésithérapiques en vue de contribuer à l'établissement d'un diagnostic médical ou pour l'instauration d'un traitement kinésithérapique; - Etablit le diagnostic kinésithérapique, donne un feedback au médecin référant, conçoit et met en oeuvre le traitement adapté; - Evalue régulièrement le traitement avec le patient et dans le cadre de la concertation multi(disciplinaire) et décide, si nécessaire, de le réadapter; - Est discret avec les informations confidentielles;
Facteurs d'environnement	- Contact régulier avec la saleté, les mauvaises odeurs ou la poussière; - Se trouve régulièrement dans le trafic; - Contact régulier avec des maladies contagieuses; - Le travail sur écran (<80%) est une exigence à l'exercice de la fonction; - Les activités exigent de faire appel régulièrement à la force ou de travailler dans une position inconfortable; - Contact personnel quotidien avec la maladie, la souffrance ou la mort; - De temps à autre, contact avec des personnes verbalement ou physiquement agressives;

(c) Instituut Functieclassificatie - Institut de classification de fonctions

Fonction ajoutée à la classification de fonctions : 28/09/2016

IFIC



L'IFIC VOUS INVITE A LIRE ATTENTIVEMENT LES INFORMATIONS SUIVANTES :

- O A L'EXCEPTION DES TITRES DE FONCTIONS PROTÉGÉS PAR LA LÉGISLATION, LES TITRES DES FONCTIONS SECTORIELLES SONT STRICTEMENT INDICATIFS, C'EST-À-DIRE QU'ILS SERVENT UNIQUEMENT À FACILITER L'IDENTIFICATION DES FONCTIONS AU SEIN DE L'ÉVENTAIL SECTORIEL (GRÂCE À UN TITRE CHOISI SUR BASE DE L'USAGE MAJORITAIRE CONSTATÉ). CEPENDANT, UN MÊME TITRE DE FONCTION PEUT PARFOIS RECOUVRIR DES RÉALITÉS DIFFÉRENTES SUR LE TERRAIN. DONC, SEUL LE CONTENU (ET NON LE TITRE) DE LA FONCTION PEUT ET DOIT SERVIR DE BASE POUR L'ATTRIBUTION D'UNE FONCTION SECTORIELLE.
- O PAR SOUCIS DE LISIBILITÉ, NOS DESCRIPTIONS DE FONCTIONS SONT RÉDIGÉES AU MASCULIN. CEPENDANT, L'ENSEMBLE DE DESCRIPTIONS DE FONCTIONS S'APPLIQUENT À TOUS LES GENRES (M/F/X).
- O LES ÉLÉMENTS SUIVANTS SONT CONSIDÉRÉS COMME ÉTANT LA NORME POUR L'EXERCICE DE TOUTES LES FONCTIONS ET NE SONT DONC PAS DÉCRITS/RAPPELÉS AU SEIN DE CHAQUE DESCRIPTION DE FONCTION, SAUF LORSQU'ILS CONSTITUENT UNE PART SPÉCIFIQUE DE L'ACTIVITÉ :
- Le respect de la légalité est la norme pour toutes les fonctions, qui doivent s'exercer conformément aux modalités et conditions prévues dans les différentes sources légales, réglementaires ou conventionnelles d'application tant au niveau sectoriel qu'institutionnel (législations, codes, conventions, procédures, protocoles, etc.).
 - Le respect de la confidentialité ou du secret professionnel dans l'exercice de la fonction: s'appliquent à tous conformément à la législation relative au contrat de travail (Article 17, 3°, de la loi du 3 juillet 1978)
 - La collaboration aux projets et le soutien des collègues font partie de l'exercice normal de toute fonction (ex : entraide ponctuelle, accueil et accompagnement de jobistes ou nouveaux collègues, participation aux réunions d'équipes, etc.)
 - La participation à la vie sociale de l'institution fait partie de l'exercice normal de toute fonction (ex: participation à l'organisation d'événements internes).
 - Le maintien des connaissances : les titulaires de la fonction sont amenés tout au long de leur carrière à s'adapter aux évolutions de leur métier (ex : en suivant les formations organisées par l'employeur, en se tenant au courant des évolutions du métier ou en réalisant des recherches documentaires dans leur domaine d'activité). Le niveau de formation requis pour l'exercice d'une fonction sectorielle repris à la rubrique « connaissance et savoir-faire » englobe la formation en tant que telle ainsi que la formation continue légalement obligatoire pour l'exercice de la fonction en question.

Employé accueil maison médicale



Objectif général: Accueillir et informer les patients et les visiteurs, gérer leurs demandes et coordonner la communication interne et externe afin d'orienter le patient et de contribuer au bon fonctionnement et à l'atteinte des objectifs de la maison médicale dans le respect du public.

ACTIVITÉS	TÂCHES
- Organiser l'accueil	• Se charge de l'organisation quotidienne de l'accueil (organisation des congés, permanence, etc.);
- Accueillir les patients et les visiteurs	• Accueille les patients et les visiteurs au sein de la maison médicale et répond aux appels téléphoniques: écoute la demande, la situe, y répond ou transfère l'appel ou la demande vers la personne compétente; • Traite les demandes de soins, les messages à transmettre, les demandes de renseignements administratifs et les demandes de rendez-vous, de consultations ou de visites à domicile; • Évalue les priorités ou l'urgence des demandes des patients;
- Servir d'interface dans la communication	• Sert d'interface entre les patients, l'équipe et les institutions extérieures (ex. ONE, mutuelles, services sociaux); • Participe aux réunions internes et externes; • Recueille les plaintes, les souhaits et les remarques des patients et recherche des solutions; • Explique le fonctionnement et les objectifs de la maison médicale et cadre les demandes en fonction de ceux-ci; • Enregistre et signale des dysfonctionnements éventuels concernant l'organisation des soins et les communique durant la réunion de travail; • Participe à des projets relatifs à la promotion de la santé et de la qualité des soins;
- Gérer le planning général de l'équipe multidisciplinaire	• Organise et coordonne le planning des consultations, les visites à domicile et les rendez-vous;
- Effectuer des tâches administratives	• Inscrit et désinscrit les patients; • Photocopie les résultats et des formulaires divers; • Envoie, réceptionne et distribue les fax et le courrier; • Distribue les dossiers médicaux aux médecins et classe les dossiers médicaux, les documents et les protocoles des résultats; • Crée des documents d'information destinés aux patients; • Organise et gère l'offre de documentation et d'information à destination des patients; • Gère les stocks de médicaments et de matériel médical;

Employé accueil maison médicale

(H/F/X)

Code
1074



12

CRITÈRES

Connaissance et savoir-faire

- Possède une bonne connaissance du fonctionnement d'une maison médicale;
- Possède une bonne connaissance de la Charte des maisons médicales et des notions du système de soins de première ligne;
- Possède une connaissance de base des principaux médicaments, du matériel médical et des principales pathologies;
- Connait les applications informatiques spécifiques à l'inscription des patients;
- Possède des aptitudes en organisation et en planification;
- Possède des aptitudes psychosociales pour une bonne approche de publics très variés;
- Période de familiarisation: 6 - 12 mois

Gestion d'équipe

- Gestion non-hiérarchique: anime des groupes de travail thématiques;

Communication

- Possède des aptitudes à l'écoute, fait preuve de compréhension et de capacité au dialogue;
- Accueille, informe les patients et sert d'interface avec l'équipe;
- Sait traiter des situations conflictuelles;
- Se concerta avec les collègues en ce qui concerne l'organisation journalière du travail;
- Assure les contacts avec les personnes et institutions extérieures (ex. proches, fournisseurs, autres maisons médicales, mutuelles);

Résolution de problèmes

- Procure des explications aux patients sur les problèmes rencontrés lors d'un rendez-vous, redéfinit les priorités et adapte le planning;
- Évalue les priorités dans le cadre des demandes des patients et en tient compte dans l'organisation du planning journalier;
- Contacte le responsable ou l'équipe en cas d'anomalies ou de problèmes;

Responsabilité

- Est précis et ponctuel;
- Organise les inscriptions et les désinscriptions des patients selon les procédures du centre;

Facteurs d'environnement

- De temps à autre, contact avec des maladies contagieuses;
- Le travail sur écran (<80%) est une exigence à l'exercice de la fonction;
- Contact personnel régulier avec la maladie, la souffrance ou la mort;
- Contact régulier avec des personnes verbalement ou physiquement agressives;

(c) Instituut Functieclassificatie - Institut de classification de fonctions

Fonction ajoutée à la classification de fonctions : 28/09/2016

IF/C

Employé accueil maison médicale

(H/F/X)

Code
1074



12

L'IFIC VOUS INVITE A LIRE ATTENTIVEMENT LES INFORMATIONS SUIVANTES :

- O A L'EXCEPTION DES TITRES DE FONCTIONS PROTÉGÉS PAR LA LÉGISLATION, LES TITRES DES FONCTIONS SECTORIELLES SONT STRICTEMENT INDICATIFS, C'EST-À-DIRE QU'ILS SERVENT UNIQUEMENT À FACILITER L'IDENTIFICATION DES FONCTIONS AU SEIN DE L'ÉVENTAIL SECTORIEL (GRÂCE À UN TITRE CHOISI SUR BASE DE L'USAGE MAJORITAIRE CONSTATÉ). CEPENDANT, UN MÊME TITRE DE FONCTION PEUT PARFOIS RECOUVRIR DES RÉALITÉS DIFFÉRENTES SUR LE TERRAIN. DONC, SEUL LE CONTENU (ET NON LE TITRE) DE LA FONCTION PEUT ET DOIT SERVIR DE BASE POUR L'ATTRIBUTION D'UNE FONCTION SECTORIELLE.
- O PAR SOUCIS DE LISIBILITÉ, NOS DESCRIPTIONS DE FONCTIONS SONT RÉDIGÉES AU MASCULIN. CEPENDANT, L'ENSEMBLE DE DESCRIPTIONS DE FONCTIONS S'APPLIQUENT À TOUS LES GENRES (M/F/X).
- O LES ÉLÉMENTS SUIVANTS SONT CONSIDÉRÉS COMME ÉTANT LA NORME POUR L'EXERCICE DE TOUTES LES FONCTIONS ET NE SONT DONC PAS DÉCRITS/RAPPELÉS AU SEIN DE CHAQUE DESCRIPTION DE FONCTION, SAUF LORSQU'ILS CONSTITUENT UNE PART SPÉCIFIQUE DE L'ACTIVITÉ :
 - Le respect de la légalité est la norme pour toutes les fonctions, qui doivent s'exercer conformément aux modalités et conditions prévues dans les différentes sources légales, réglementaires ou conventionnelles d'application tant au niveau sectoriel qu'institutionnel (législations, codes, conventions, procédures, protocoles, etc.).
 - Le respect de la confidentialité ou du secret professionnel dans l'exercice de la fonction: s'appliquent à tous conformément à la législation relative au contrat de travail (Article 17, 3°, de la loi du 3 juillet 1978)
 - La collaboration aux projets et le soutien des collègues font partie de l'exercice normal de toute fonction (ex : entraide ponctuelle, accueil et accompagnement de jobistes ou nouveaux collègues, participation aux réunions d'équipes, etc.)
 - La participation à la vie sociale de l'institution fait partie de l'exercice normal de toute fonction (ex: participation à l'organisation d'évènements internes).
 - Le maintien des connaissances : les titulaires de la fonction sont amenés tout au long de leur carrière à s'adapter aux évolutions de leur métier (ex : en suivant les formations organisées par l'employeur, en se tenant au courant des évolutions du métier ou en réalisant des recherches documentaires dans leur domaine d'activité). Le niveau de formation requis pour l'exercice d'une fonction sectorielle repris à la rubrique « connaissance et savoir-faire » englobe la formation en tant que telle ainsi que la formation continue légalement obligatoire pour l'exercice de la fonction en question.

(c) Instituut Functieclassificatie - Institut de classification de fonctions

Fonction ajoutée à la classification de fonctions : 28/09/2016

IF/C



Objectif général: Assister les patients sur le plan psychosocial, éducatif et administratif afin d'assurer des aides adaptées ou de les référer vers les services adéquats pour favoriser leur autonomie.

ACTIVITÉS	TÂCHES
- Offrir un soutien psychosocial individuel adapté	• Explore et inventorie la problématique psychosociale avec les patients; • Fait une analyse de la problématique et établit des priorités dans des situations relevant de problématiques différentes; • Fournit des informations aux patients pour contribuer à une solution à leurs problèmes ; • Réfère les patients vers les instances qui peuvent les aider à résoudre leurs problèmes; • S'occupe des patients dans les situations de crise;
- Participer aux tâches éducatives	• Apprend aux patients à être indépendants et autonomes; • Donne forme aux activités de promotion de la santé et de prévention pour les patients individuels et en groupe;
- Fournir de l'assistance aux patients	• Aide les patients à remplir divers formulaires (tels que déclarations de revenus, demande de dédommagement) et pour d'autres difficultés administratives, en assure le suivi et l'accompagnement; • Cherche des centres de service et des systèmes d'assistance pour les patients (aide ménagère, assistance infirmière, maison de repos); • Sert de médiateur entre les patients, la famille et l'institution et/ou l'administration et les services juridiques; • Défend les intérêts des patients en ce qui concerne la sécurité sociale, le logement et les possibilités financières; • Participe aux réunions multidisciplinaires (ex. médecins, infirmiers et kinésithérapeutes) où la situation des patients est discutée
- Collaborer à l'optimisation de l'assistance	• Participe à des groupes thématiques internes et externes; • Développe un réseau local pour pouvoir orienter les patients vers les bonnes instances; • Collabore avec des services sociaux externes pour l'adéquation des soins aux patients individuels et pour l'annonce des problèmes psychosociaux structurels;
- Effectuer des tâches administratives	• Assure l'enregistrement des domaines de demande et d'assistance; • Etablit et tient à jour un rapport sur chaque patient; • Rédige les rapports des diverses réunions et groupes de travail;



CRITÈRES

Connaissance et savoir-faire	• Formation conforme aux exigences légales d'application pour l'exercice de la fonction; • Possède des aptitudes administratives; • Possède une connaissance de base de la législation sociale et des possibilités d'assister les patients; • Possède une bonne connaissance du réseau social et des organismes d'assistance; • Période de familiarisation: 6 - 12 mois
Gestion d'équipe	• Gestion non-hiérarchique: anime des groupes de travail thématiques;
Communication	• Possède des aptitudes à l'écoute; • Encadre et informe les patients et leur famille sur le plan psychosocial; • Participe à des concertations sur les patients au sein de groupes de travail multidisciplinaires (ex. avec des médecins et des infirmiers); • Echange des informations avec des instances administratives et sociales variées et divers centres de service;
Résolution de problèmes	• Aide les patients à résoudre leurs problèmes sociaux et administratifs; • Se concertent au sujet de problèmes plus complexes ou d'autres problèmes liés aux patients dans le cadre de la concertation de travail multidisciplinaire;
Responsabilité	• Se charge, dans un cadre multidisciplinaire, du suivi des patients souffrant de problèmes psychosociaux; • Participe au développement des initiatives pour des projets en fonction des besoins des patients; • Est discret avec les informations confidentielles
Facteurs d'environnement	• Se trouve régulièrement dans le trafic; • De temps à autre, contact avec des maladies contagieuses; • Le travail sur écran (<80%) est une exigence à l'exercice de la fonction; • Contact personnel régulier avec la maladie, la souffrance ou la mort; • Contact régulier avec des personnes verbalement ou physiquement agressives;



L'IFIC VOUS INVITE A LIRE ATTENTIVEMENT LES INFORMATIONS SUIVANTES :

- O A L'EXCEPTION DES TITRES DE FONCTIONS PROTÉGÉS PAR LA Législation, LES TITRES DES FONCTIONS SECTORIELLES SONT STRICTEMENT INDICATIFS, C'EST-À-DIRE QU'ILS SERVENT UNIQUEMENT À FACILITER L'IDENTIFICATION DES FONCTIONS AU SEIN DE L'ÉVENTAIL SECTORIEL (GRÂCE À UN TITRE CHOISI SUR BASE DE L'USAGE MAJORITAIRE CONSTATÉ). CEPENDANT, UN MÊME TITRE DE FONCTION PEUT PARFOIS RECOUVRIR DES RÉALITÉS DIFFÉRENTES SUR LE TERRAIN. DONC, SEUL LE CONTENU (ET NON LE TITRE) DE LA FONCTION PEUT ET DOIT SERVIR DE BASE POUR L'ATTRIBUTION D'UNE FONCTION SECTORIELLE.
- O PAR SOUCIS DE LISIBILITÉ, NOS DESCRIPTIONS DE FONCTIONS SONT RÉDIGÉES AU MASCULIN. CEPENDANT, L'ENSEMBLE DE DESCRIPTIONS DE FONCTIONS S'APPLIQUENT À TOUS LES GENRES (M/F/X).
- O LES ÉLÉMENTS SUIVANTS SONT CONSIDÉRÉS COMME ÉTANT LA NORME POUR L'EXERCICE DE TOUTES LES FONCTIONS ET NE SONT DONC PAS DÉCRITS/RAPPELÉS AU SEIN DE CHAQUE DESCRIPTION DE FONCTION, SAUF LORSQU'ILS CONSTITUENT UNE PART SPÉCIFIQUE DE L'ACTIVITÉ :
- Le respect de la légalité est la norme pour toutes les fonctions, qui doivent s'exercer conformément aux modalités et conditions prévues dans les différentes sources légales, réglementaires ou conventionnelles d'application tant au niveau sectoriel qu'institutionnel (législations, codes, conventions, procédures, protocoles, etc.).
 - Le respect de la confidentialité ou du secret professionnel dans l'exercice de la fonction: s'appliquent à tous conformément à la législation relative au contrat de travail (Article 17, 3°, de la loi du 3 juillet 1978)
 - La collaboration aux projets et le soutien des collègues font partie de l'exercice normal de toute fonction (ex : entraide ponctuelle, accueil et accompagnement de jobistes ou nouveaux collègues, participation aux réunions d'équipes, etc.)
 - La participation à la vie sociale de l'institution fait partie de l'exercice normal de toute fonction (ex: participation à l'organisation d'événements internes).
 - Le maintien des connaissances : les titulaires de la fonction sont amenés tout au long de leur carrière à s'adapter aux évolutions de leur métier (ex : en suivant les formations organisées par l'employeur, en se tenant au courant des évolutions du métier ou en réalisant des recherches documentaires dans leur domaine d'activité). Le niveau de formation requis pour l'exercice d'une fonction sectorielle repris à la rubrique « connaissance et savoir-faire » englobe la formation en tant que telle ainsi que la formation continue légalement obligatoire pour l'exercice de la fonction en question.

Infirmier maison médicale

(H/F/X)

Code
6670



14

Objectif général:	Donner des soins globaux préventifs et curatifs (infirmiers et psychosociaux) aux patients en travaillant en interdisciplinarité, afin de maintenir, d'améliorer ou de rétablir leur santé et leur bien-être social et de favoriser leur autonomie.
ACTIVITÉS	TÂCHES
- Effectuer des tâches infirmières	- Réalise des actes infirmiers et des soins infirmiers professionnels et qualitatifs dans la maison médicale ou au domicile des patients suivant le planning établi; - Exécute, selon la prescription médicale, des actes techniques infirmiers, comme faire des injections, soigner des plaies et faire des prises de sang; - Observe et suit l'état de santé social, psychologique et physique des patients et détecte des changements éventuels; - Contacte, en cas de problèmes médicaux, des médecins ou des spécialistes externes afin de demander de l'information et de se concerter;
- Accompagner et informer les patients	- Informe et conseille les patients et leur famille à propos du traitement ainsi qu'à propos des mesures préventives nécessaires et les suit; - Leur donne, en collaboration ou non avec le médecin, des explications au sujet des traitements possibles; - Ecoute, soutient et aide les patients dans les difficultés rencontrées durant leur maladie et explique l'importance des soins; - Travaille avec l'équipe multidisciplinaire de la maison médicale sur des campagnes de prévention (ex. campagnes de vaccination, informations aux patients diabétiques);
- Informer et soutenir les patients et leurs proches sur le plan psychosocial	- Accueille et accompagne les nouveaux patients; - Visite les patients hospitalisés; - Stimule, avec l'équipe multidisciplinaire, les patients à nouer des contacts sociaux, facilite leur relation avec la famille, les voisins et les amis et leur intégration dans la société; - Ecoute les préoccupations des patients et discute avec eux; - Informe les patients et leur proches sur les services externes (ex. service de logement, avantages des soins de proximité) et prend contact si nécessaire avec les services pour l'exécution d'une solution personnalisée aux problèmes des patients (ex. logement, problèmes linguistiques); - Encadre et soutient, avec l'équipe multidisciplinaire, les patients sur le plan pratique et social pour garantir leur autonomie; - Stimule l'autonomie des patients en cherchant un équilibre dans l'offre de soins et dans leur autonomie; - Donne aux patients et à leurs proches des explications sur les possibilités de soins de proximité, les diagnostics infirmiers et le matériel infirmier;
- Participer à la continuité et à la qualité des soins multidisciplinaires	- Etablit un diagnostic infirmier; - Transmet les informations nécessaires sur les patients et échange des informations concernant des thèmes spécifiques (ex. diabétiques) durant les réunions multidisciplinaires afin d'assurer la continuité des soins; - Informe le médecin traitant sur l'état de santé des patients et se consulte avec le médecin et les thérapeutes au sujet de la thérapie indiquée; - Noue des liens de collaboration avec les instances externes et d'autres institutions (ex. soins à domicile) de la région afin d'optimiser les soins des patients;
- Effectuer des tâches administratives liées aux patients	- Enregistre les données des patients, les paramètres et les actes infirmiers exécutés (ex.: le DI-RHM); - Remplit divers formulaires et documents et tient à jour le plan de soins; - Fait rapport, aussi bien oralement que par écrit, au sujet de l'état de santé des patients;
- Fournir un soutien logistique à la maison médicale	Veille à l'utilisation correcte et à l'entretien (ex. stérilisation) du matériel médical et non-médical;

(c) Instituut Functieclassificatie - Institut de classification de fonctions

Fonction ajoutée à la classification de fonctions : 28/09/2016

IF/C

Infirmier maison médicale

(H/F/X)

Code
6670



14

CRITÈRES

Connaissance et savoir-faire	- Formation conforme aux exigences légales d'application pour l'exercice de la fonction; - Possède des aptitudes en organisation et en planification; - Sait travailler avec les outils informatiques spécifiques; - Période de familiarisation: 6 - 12 mois
Gestion d'équipe	Gestion non-hiérarchique: anime des groupes de travail thématiques;
Communication	- Possède des aptitudes à l'écoute; - Discute avec les prestataires de soins, les organisations externes, les patients et leur proches et leur procure des renseignements concernant leur état de santé;
Résolution de problèmes	- Fait appel aux spécialistes internes ou à l'équipe en cas de problèmes spécifiques ou complexes liés aux patients; - Contacte l'équipe en cas d'anomalies ou de problèmes;
Responsabilité	- Se consulte au sujet de l'état de santé et de l'état psychique, physique et social des patients et des traitements à effectuer avec l'équipe, le médecin et d'autres prestataires de soins; - Se charge avec les collègues de la maison médicale de l'exécution des traitements médicaux en procurant les soins infirmiers, en accompagnant les patients ainsi qu'en établissant et en exécutant le plan de soins; - Possède les aptitudes sociales nécessaires pour pouvoir organiser les actions et les projets; - Est discret avec les informations confidentielles;
Facteurs d'environnement	- Contact direct quotidien avec la saleté, les mauvaises odeurs, la poussière ou les excréments de personnes; - Contact régulier avec des maladies contagieuses; - Le travail sur écran (<80%) est une exigence à l'exercice de la fonction; - De lourdes charges doivent être régulièrement déplacées; - Les activités exigent de faire appel quotidiennement à la force ou de travailler dans une position inconfortable; - Contact personnel quotidien avec la maladie, la souffrance ou la mort; - Contact régulier avec des personnes verbalement ou physiquement agressives; - Se trouve régulièrement dans le trafic;

(c) Instituut Functieclassificatie - Institut de classification de fonctions

Fonction ajoutée à la classification de fonctions : 28/09/2016

IF/C

**L'IFIC VOUS INVITE A LIRE ATTENTIVEMENT LES INFORMATIONS SUIVANTES :**

- O A L'EXCEPTION DES TITRES DE FONCTIONS PROTÉGÉS PAR LA LÉGISLATION, LES TITRES DES FONCTIONS SECTORIELLES SONT STRICTEMENT INDICATIFS, C'EST-À-DIRE QU'ILS SERVENT UNIQUEMENT À FACILITER L'IDENTIFICATION DES FONCTIONS AU SEIN DE L'ÉVENTAIL SECTORIEL (GRÂCE À UN TITRE CHOISI SUR BASE DE L'USAGE MAJORITAIRE CONSTATÉ). CEPENDANT, UN MÊME TITRE DE FONCTION PEUT PARFOIS RECOUVRIR DES RÉALITÉS DIFFÉRENTES SUR LE TERRAIN. DONC, SEUL LE CONTENU (ET NON LE TITRE) DE LA FONCTION PEUT ET DOIT SERVIR DE BASE POUR L'ATTRIBUTION D'UNE FONCTION SECTORIELLE.
- O PAR SOUCIS DE LISIBILITÉ, NOS DESCRIPTIONS DE FONCTIONS SONT RÉDIGÉES AU MASCULIN. CEPENDANT, L'ENSEMBLE DE DESCRIPTIONS DE FONCTIONS S'APPLIQUENT À TOUS LES GENRES (M/F/X).
- O LES ÉLÉMENTS SUIVANTS SONT CONSIDÉRÉS COMME ÉTANT LA NORME POUR L'EXERCICE DE TOUTES LES FONCTIONS ET NE SONT DONC PAS DÉCRITS/RAPPELÉS AU SEIN DE CHAQUE DESCRIPTION DE FONCTION, SAUF LORSQU'ILS CONSTITUENT UNE PART SPÉCIFIQUE DE L'ACTIVITÉ :
- Le respect de la légalité est la norme pour toutes les fonctions, qui doivent s'exercer conformément aux modalités et conditions prévues dans les différentes sources légales, réglementaires ou conventionnelles d'application tant au niveau sectoriel qu'institutionnel (légalisations, codes, conventions, procédures, protocoles, etc.).
 - Le respect de la confidentialité ou du secret professionnel dans l'exercice de la fonction: s'appliquent à tous conformément à la législation relative au contrat de travail (Article 17, 3°, de la loi du 3 juillet 1978)
 - La collaboration aux projets et le soutien des collègues font partie de l'exercice normal de toute fonction (ex : entraide ponctuelle, accueil et accompagnement de jobistes ou nouveaux collègues, participation aux réunions d'équipes, etc.)
 - La participation à la vie sociale de l'institution fait partie de l'exercice normal de toute fonction (ex: participation à l'organisation d'événements internes).
 - Le maintien des connaissances : les titulaires de la fonction sont amenés tout au long de leur carrière à s'adapter aux évolutions de leur métier (ex : en suivant les formations organisées par l'employeur, en se tenant au courant des évolutions du métier ou en réalisant des recherches documentaires dans leur domaine d'activité). Le niveau de formation requis pour l'exercice d'une fonction sectorielle repris à la rubrique « connaissance et savoir-faire » englobe la formation en tant que telle ainsi que la formation continue légalement obligatoire pour l'exercice de la fonction en question.

Médecin généraliste maison médicale

Objectif général: Donner des soins globaux bio-psycho-sociaux préventifs et curatifs aux patients en travaillant en interdisciplinarité, afin de maintenir, d'améliorer ou de rétablir leur santé et leur bien-être social, et leur offrir dans leur quartier des soins de santé de première ligne, accessibles, continus et de qualité.

ACTIVITÉS	TÂCHES
- Effectuer des tâches médicales	- Assure les consultations dans la maison médicale et effectue des visites à domicile si nécessaire : - Accueille le patient et ses accompagnateurs et mène avec eux un entretien préliminaire : écoute les plaintes du patient et pose des questions ciblées, interprète et analyse la situation et l'environnement du patient et les signaux non verbaux ; - Fait une anamnèse, réalise un examen clinique du patient et pose un diagnostic, en tenant compte de l'épidémiologie, du profil de risque, et du contexte général du patient ; - Etablit un plan de traitement : prescrit au patient des examens complémentaires, ou un traitement curatif ou préventif et le redirige si nécessaire vers des prestataires et des services d'aide ; - Fixe éventuellement un rendez-vous pour une visite de contrôle avec le patient ; - Réalise la synthèse de toutes les informations biopsychosociales recueillies auprès du patient et des intervenants de santé ; - Exécute des actes médico-techniques comme par exemple la réalisation d'un frottis ou des interventions de petite chirurgie ; - Assume la responsabilité des décisions (par ex. internement, euthanasie, etc.) et des constats (par ex. certificat de décès, constat de coups et blessures, etc.) médico-légaux ; - Contacte les patients afin d'assurer leur suivi (par ex. un patient qui n'est pas venu pour une consultation) et communique des informations téléphoniques concernant le traitement ou la médication ; - Participe au service de garde local ;
- Accompagner et informer les patients	- Informe et conseille les patients au sujet du traitement et des mesures de prévention : discute si besoin de la manière dont les patients peuvent adapter leur style de vie (alimentation saine, activité physique, etc.), les motive et stimule leur autonomie dans le respect de leurs choix ; - Convoque les patients pour des examens ou des traitements préventifs (par ex. vaccin contre la grippe, DMG+, etc.) ; - Agit en tant que personne de confiance, entre autres d'un point de vue éthique et philosophique, conseille les patients et le soutien dans la prise de décisions qui peuvent être déterminantes pour sa vie, accompagne les patients durant la dernière phase d'existence et la planification de leur fin de vie ; - Coordonne les soins autour des patients et est responsable de leur renvoi vers des prestataires et des services d'aide (soins infirmiers à domicile, kinésithérapeutes, assistants sociaux, etc.) ; - Contacte les services concernés par lettre ou par téléphone, se consulte avec eux au sujet des patients et suit éventuellement les contacts entre les patients et les services d'aide ; - Informe les patients et leurs accompagnateurs au sujet des possibilités d'assistance sociale, de soins médicaux spécialisés, etc. ;
- Assurer la continuité et la qualité des soins interdisciplinaires	- Participe à la concertation des médecins et à l'intervention : discute des cas, prend des mesures organisationnelles, partage des informations ou des mises à jour sur des thèmes spécifiques et échange du feedback au sujet du fonctionnement des médecins ; - Se consulte de manière systématique avec les employés accueil et les autres prestataires de soins et participe aux réunions d'équipe et aux réunions interdisciplinaires afin de favoriser la continuité des traitements et le bon fonctionnement de la maison médicale ; - Participe aux projets relatifs à la promotion de la santé et à la prévention dans une perspective de santé communautaire : participe à la mise en place des campagnes et stimule les patients à participer aux projets ; - Prend part à des groupes de travail sur des thèmes spécifiques comme l'offre de soins ou le fonctionnement de la maison médicale ;
- Effectuer des tâches administratives liées aux patients	- Introduit toutes les consultations et les données des patients dans le dossier médical global ; - Ecrit des lettres ou des e-mails à des prestataires de soins externes concernant la redirection des patients ; - Rédige des prescriptions pour des médicaments et des documents administratifs qui relèvent de la responsabilité du médecin (par ex. dossiers médicaux circonstanciés, attestations médicales et certificats médicaux ou attestations pour les mutualités) ; - Rédige des feuilles de prestation et des prescriptions pour des actes délégués (podologie, kinésithérapie ...) ;

Médecin généraliste maison médicale

(H/F/X)

Code
6601



20

- Autres activités

- Suit les recyclages professionnels (en ce compris l'accréditation) et se tient au courant des évolutions en la matière ;
- Donne des formations internes ;
- Répond de la formation des médecins généralistes en formation professionnelle ;
- Participe aux tâches logistiques : garde le cabinet médical en ordre.

Médecin généraliste maison médicale

(H/F/X)

Code
6601



20

CRITÈRES

Connaissance et savoir-faire

- Formation conforme aux exigences légales d'application pour l'exercice de la fonction ;
- Connaissance approfondie et utilisation de la médecine basée sur les faits (EBM) ;
- A une connaissance approfondie du réseau social du quartier ;
- A une connaissance approfondie de l'influence des déterminants socioéconomiques environnementaux sur la santé ;
- Possède des aptitudes en organisation et en planification ;
- Période de familiarisation: 1 - 3 ans

Gestion d'équipe

- Gestion d'équipe non hiérarchique :
 - Délègue les tâches aux collaborateurs au sein du centre (infirmiers, kinésithérapeutes, employés accueil, ...);
 - Anime des groupes de travail ou des réunions ;
- Répond de la formation des médecins généralistes en formation professionnelle ;

Communication

- Possède des aptitudes à l'écoute et sait faire preuve d'empathie envers la situation du patient en tenant compte des barrières culturelles, sociales et linguistiques ;
- Explique le diagnostic et le traitement au patient ;
- Discute des mesures de prévention avec le patient et le motive à adapter son style de vie ;
- Echange de l'information avec les employés accueil et les autres prestataires de soins ;
- Entretient des contacts avec des services d'aide externes ou des institutions de soins et des spécialistes ;
- Discute de l'état des patients avec les autres médecins et prend part à la concertation interdisciplinaire ;

Résolution de problèmes

- Analyse la situation du patient, l'interroge et prête aussi attention aux signaux non verbaux pour en arriver à un diagnostic ;
- Conseille le patient dans la prise de décisions qui peuvent être déterminantes pour sa vie, accompagne le patient durant la dernière phase d'existence et planification de sa fin de vie ;
- Est attentif aux situations précaires (par ex. les problèmes psychiatriques ou de négligence) et réagit: oriente le patient vers un prestataire ou un service d'aide, prend contact, en cas de situations urgentes ou dangereuses, avec les services compétents (par ex. la justice) et signale la problématique au sein du centre ;
- Intervient dans des situations médicales urgentes ;
- Participe à la promotion de la santé et aux projets de la maison médicale, et essaye de sensibiliser les patients ;

Responsabilité

- Juge de l'état de santé et de l'état psychique ou social des patients, pose le diagnostic, détermine le traitement et en assure le suivi ;
- Détermine les priorités et décide des traitements en tenant compte du coût individuel et social ;
- Assume la responsabilité des décisions et constats médico-légaux ;
- Est discret avec les informations confidentielles ;

Facteurs d'environnement

- Le travail sur écran (<80 %) est une exigence de la fonction ;
- Se trouve régulièrement dans le trafic ;
- Contact régulier avec la saleté, les mauvaises odeurs ou la poussière ;
- Contact quotidien avec des maladies contagieuses ;
- De lourdes charges doivent de temps à autre être déplacées ;
- Contact personnel quotidien avec la maladie, la souffrance ou la mort ;
- De temps à autre, contact avec des personnes verbalement ou physiquement agressives ;

(c) Instituut Functieclassificatie - Institut de classification de fonctions

Fonction ajoutée à la classification de fonctions : 28/09/2016

IFAC

