

INSTITUTION HYGIE

Maison de Santé et
Institut de Formation
Pluridisciplinaires

PROJET DE SANTÉ

2018

SOMMAIRE

1. Institution Hygie : identité culturelle et organisation	1
1.1 Historique et contexte	1
1.1.1 Historique et contexte général	1
1.1.2 Evolutions du projet de santé depuis 2012.....	3
1.2 Vocation.....	5
1.2.1 Hygie.....	5
1.2.2 Panacée.....	5
1.2.3 Hippocrate.....	6
1.2.4 Charte éthique de l'Institution Hygie	6
1.3 Organisation.....	7
1.3.1 Gouvernance.....	7
1.3.2 Organisation juridique	11
1.4 Vision.....	15
1.4.1 Concepts structurant la stratégie.....	16
1.5 Objectifs et moyens en pratique	20
1.5.1 Moyens pratiques.....	20
1.5.2 Objectifs pratiques.....	21
2. Maison de Santé pluridisciplinaire de Paray-Vieille-Poste.....	25
2.1 Fiche d'identité de la structure	25
2.2 Définition du territoire d'implantation.....	25
2.2.1 Établissement Public Territorial du Grand Orly-Seine-Bièvre	26
2.3 Projet professionnel.....	28
2.3.1 Management de la structure.....	28
2.3.2 Organisation de la pluriprofessionnalité.....	29
2.3.3 Système d'information	31
2.4 Développement professionnel continu et démarche qualité	32
2.5 Accueil des étudiants et recherche	33
2.6 Organisation de la prise en charge	34
2.6.1 Accès aux soins.....	34
2.6.2 Modalités d'accueil et de prise de rendez-vous	36
2.6.3 Continuité des soins	36
2.7 Qualité de la prise en charge	37

2.7.1	Coordination et coopération externes	38
2.8	Nouveaux services innovants	39
2.8.1	Télé-expertise en dermatologie	39
2.8.2	Projet « médecins partenaires ».....	39
3.	<i>Institut de formation pluridisciplinaire</i>	40
3.1	Fiche d'identité de la structure	40
3.2	Territoire d'implantation	40
3.3	Projet professionnel.....	40
3.3.1	Direction de l'Institut.....	40
3.3.2	Coordinatrice de l'Institution Hygie	41
3.3.3	L'équipe des participants	41
3.4	Programme.....	41
3.4.1	Groupes de travail 2018.....	43
3.4.2	Trois fonctions distinctes de responsabilité au sein d'un groupe	43
4.	<i>Conclusion.....</i>	45
 Annexes		
5.1	Annexe 1 : « <i>Pour un esprit de l'Institution Hygie</i> »	1
5.2	Annexe 2 : « <i>Fondements théoriques de l'hétérologie</i> »	12
5.3	Annexe 3 : Programme de l'Institut Hygie	29

1. INSTITUTION HYGIE : IDENTITE CULTURELLE ET ORGANISATION

1.1 Historique et contexte

1.1.1 Historique et contexte général

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé être en bonne santé est « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*¹ ». Selon l'OMS toujours, « *la mondialisation met en péril la cohésion sociale de nombreux pays, et il est manifeste que les systèmes de santé ne fonctionnent pas aussi bien qu'ils le pourraient ou le devraient*² ».

Pour permettre à tous de bénéficier du meilleur état de santé possible l'OMS a lancé en 2008, un appel en faveur du renouveau des soins de santé primaires dans son rapport sur la santé dans le monde. Autrement dit le monde doit faire face au paradoxe d'une mondialisation accroissant les techniques et compétences au service du biomédical, tout en creusant par la même occasion les inégalités d'accès aux soins, et nuisant à la cohésion sociale : le défi consiste alors à trouver de nouvelles modalités de structuration et d'organisation des soins qui rendent possibles une réelle prise en charge globale, sans que la technicité biomédicale ne se fasse au détriment des aspects psychiques et sociaux, individuels et collectifs.

La France n'échappe pas à cet impératif, au cours des dernières décennies la médecine est devenue de plus en plus technicienne, le curatif prédominant sur le préventif, et l'hôpital s'est positionné sur le créneau de la technicité, tendance renforcée par la rationalisation comptable (financer les pratiques clairement mesurables, objectivables et reconnues dans le cadre de la biomédecine)³.

C'est dans ce contexte que les différentes politiques de santé nationale cherchent à opérer ces dernières années une véritable mutation du système de Santé, avec entre autres une bascule des soins de l'hôpital vers la ville. Fermeture de nombreux hôpitaux de proximité, création de grands hôpitaux plateformes bénéficiant de compétences et d'outils de pointe, réduction des durées d'hospitalisation, développement de la chirurgie ambulatoire ou de la télémédecine, aide au montage de maisons et pôles de santé pluridisciplinaires sont autant de mesures qui visent à réduire les coûts en santé, à réserver l'accès aux hôpitaux pour les soins techniques

¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New-York, 19 juin-22 juillet 1946

² *Politiques de Santé : une vision stratégique* ; OMS

³ *Hygiène contre Panacée : les blocages de la santé publique en France*, Humanisme et entreprise, Marc Lorient, A.A.E.L.S.H.U.P, 2003

ponctuels, et à recentrer les prises en charge, notamment chroniques, sur l'ambulatoire. Néanmoins les soins ambulatoires ne sont pas encore organisés à grande échelle pour faire face à cette bascule, et ces dernières années le gouvernement a témoigné de sa volonté de soutenir les initiatives locales partant de professionnels du terrain et des institutions locales ou régionales (ARS, communes, hôpitaux...) désireux d'inventer et formaliser de nouvelles modalités organisationnelles. L'exercice isolé est devenu obsolète, seul l'exercice regroupé en équipes de soins pluridisciplinaires est à même de réunir l'ensemble des compétences nécessaires à une véritable prise en charge globale, tant la complexité des situations qu'il y a à gérer a évolué.

Selon l'OMS les politiques et stratégies doivent « *recueillir l'adhésion du gouvernement, des partenaires de la santé et du développement, de la société civile et du secteur privé⁴* », c'est ainsi que ce projet de santé a été pensé dès 2009, par des professionnels libéraux de terrain qui se sont d'abord constitués en collectif pluriprofessionnel, puis depuis 2012 en association loi 1901 : l'Institution Hygie. La vocation commune des membres de l'Institution est de contribuer à accompagner cette mutation sociétale en formalisant un projet singulier et innovant à plusieurs titres :

- Résoudre le paradoxe de la technicité des soins créant de la souffrance sociale : en s'organisant pour créer de nouvelles conditions d'exercice répondant aux nécessités de l'évolution du système de santé tout en renouant avec la tradition hippocratique, c'est-à-dire avec la dimension humaine des activités d'aide et de soin
- Mettre fin à la segmentation des prises en charge et au clivage public-privé en inventant une Institution libérale entrepreneuriale où se maillent les compétences, les activités et les ressources des acteurs des secteurs public et privé.

Ainsi en 2012 lorsque le diagnostic de l'offre de soins sollicité par la municipalité de Paray-Vieille-Poste a conforté le collectif de professionnels dans sa juste analyse des problématiques et besoins appréhendés au quotidien de leur pratique, l'Institution Hygie a été créée et s'est investie, après réalisation d'une étude d'opportunité et d'une étude de faisabilité (cabinet Hippocrate Développement en 2013), dans la création d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire, qui ouvrira ses portes en septembre 2015, ainsi que dans la poursuite de groupes de travail débutés au sein d'un institut de formation dès 2012.

⁴ *Politiques de Santé : une vision stratégique* ; OMS

Ce projet de santé est l'aboutissement d'un projet d'équipe fédérée autour d'une vocation : tout professionnel de l'aide et du soin amené à prendre en charge l'humain doit le faire dans la globalité, c'est-à-dire tenant compte à la fois de sa réalité organique (médicale, paramédicale) mais aussi psychique et sociale. Y inscrire son activité constitue donc un engagement garant de la qualité des soins apportés, d'une prise en charge plus humaine et de la pérennité d'un accès égalitaire au système de santé.

1.1.2 Evolutions du projet de santé depuis 2012

Depuis la création de l'Institution Hygie, ce projet continue d'être repensé afin de s'adapter en permanence à l'évolution réelle des besoins des patients et des professionnels et à la nécessité de toujours renforcer la structuration des soins de premier recours en articulation avec les différents acteurs du territoire.

Ainsi cette 3^{ème} mouture fait suite à celles de 2012 et 2013 rédigées « empiriquement » avant l'ouverture de la Maison de Santé, et de 2017 dressant les grandes lignes des principales formalisations de l'après-ouverture (septembre 2015).

Bien que les diagnostics ayant servi à l'étude d'opportunité n'aient pas été réactualisés depuis (diagnostic RIR-IDF du 30/01/2012), l'Institution a poursuivi son travail de recueil des besoins populationnels et de l'offre de soins identifiés par les professionnels de terrain pour continuer à ajuster « en temps réel » à la fois les conditions d'exercice de son équipe, et à la fois les offres d'aide et de soins à la population, se plaçant ainsi en amont de la réactualisation des diagnostics. Cette version s'est donc, par rapport aux versions antérieures, très largement étoffée :

- de nouveaux groupes de travail pluridisciplinaires où les pratiques innovantes sont pensées
- d'offres de soins nouvelles où ces pratiques sont mises en œuvre pour faire face aux nombreuses demandes de prise en charge que reçoit l'équipe de la Maison de Santé
- des nombreux éléments de restructuration juridique, budgétaire, organisationnelle reflétant l'immense travail de professionnalisation mis en place ces 5 dernières années : ce projet n'est donc plus seulement le fait de professionnels volontaires, impliqués bénévolement sur le mode associatif, mais s'est transformé en une réelle entreprise libérale à cohésion sociale forte, qui se meut non pas grâce à un désir de profit capitaliste, mais à la force de l'implication de ses membres qui y retrouvent, au travers d'un sentiment d'appartenance forte lié au partage de fondamentaux culturels décrits plus bas, le sens de leur pratique.

Le rôle du médecin généraliste, de par la position centrale qui lui a été donnée ces 20 dernières années dans l'organisation ambulatoire des soins, est essentielle. Les exigences de ce métier peinent à se décliner dans le système de soins actuel. En effet, les nouvelles missions du

médecin traitant sont plus complexes, ses responsabilités renforcées et il continue de se retrouver ainsi en de maintes occasions plus en difficulté. Ces nouveaux modes d'exercice sont donc pensés pour permettre à la fois d'y répondre dès à présent et à la fois pour offrir à la jeune génération les conditions d'installation qu'elle recherche.

Le tableau ci-dessous reprend quelques éléments de diagnostic de l'étude d'opportunité de 2012, ainsi que les principales évolutions de l'offre de soins et perspectives repérées par les professionnels de l'Institution Hygie sur son territoire d'implantation, le Nord Essonne. Ces éléments permettent d'appréhender les nouveaux besoins populationnels auxquels les professionnels de premier recours doivent répondre.

Etude d'opportunité de 2012 Diagnostic RIR-IDF de l'offre de soins sur la commune de Paray-Vieille-Poste	Evolutions de l'offre d'aide et de soins de 2012 à 2018 sur le territoire Nord Essonne
Besoin d'augmenter l'offre de soins en médecine générale. Besoin d'augmenter l'accès aux visites à domicile.	Départ en retraite ou déménagement de >10 médecins généralistes non remplacés (Paray-Vieille-Poste, Athis-Mons, Savigny et Juvisy-sur orge) = 10 à 15 000 patients supplémentaires sans médecin traitant référent. Maisons de Santé du territoire peinant à recruter des médecins généralistes et à créer de la cohésion d'équipe.
Pas d'accès aux soins de gynécologie obstétrique en secteur 1	Départ en retraite de 3 gynécologues non remplacées (Chilly-Mazarin et Juvisy sur orge)
Pas d'accès aux soins de pédiatrie en secteur 1	Aucun médecin pédiatre en secteur 1 installé dans l'intervalle
	Fermeture programmée à l'horizon 2021 des hôpitaux de proximité, et de leurs services d'urgences, du GH Nord Essonne = 131 965 consultations d'urgence concernées/an (selon le rapport d'activité GHNE 2015)
	Allongement des délais de prise en charge dans les CMP (centre médico-psychologiques) au-delà de 6 à 9 mois pour les patients non psychotiques
	Travailleurs sociaux en difficulté, avec mise en échec de leurs démarches de réinsertion sociale ou professionnelle en raison de problématiques psychiques ou organiques non prises en charge

1.2 Vocation

1.2.1 Hygie

Dans la mythologie grecque Hygie est une déesse puissante qui veille sur la santé des hommes en leur suggérant le choix des aliments nécessaires à leur existence, et les remèdes appropriés à leurs maux. Elle soutient le serpent d'Asclepios (Esculape) son père, dieu de la Médecine, lui-même fils d'Apollon dieu de la Raison. La Déesse lui offre avec bienveillance une coupe. L'animal représente par ses mues la régénération et le renouvellement de la vie, et symbolise le patient à qui Hygie offre le choix de prendre part ou non à son traitement : il doit prendre en main son propre bien être en faisant les bons choix.

De nombreuses professions de l'aide et du soin se sont construites dans sa descendance en marquant du sceau d'Hygie leurs différentes familles. On retrouve cette filiation:

- chez les professionnels du champ organique : au travers des caducées de nombreux professionnels de santé : médecins et infirmiers (serpent d'Asclépios enroulé autour d'une baguette symbolisant l'arbre de vie, surmonté d'un miroir symbolisant la prudence nécessaire), ostéopathes (idem avec un rachis), kinésithérapeutes (le serpent dessinant un corps en mouvement), pharmaciens (serpent d'Asclépios et coupe d'Hygie), sages-femmes (le serpent dessinant par sa courbe un ventre de femme enceinte) laboratoires d'analyses médicales (mêmes symboles agrémentés d'un microscope) etc....
- chez les professionnels du champ psychique : caducée des psychothérapeutes reprenant les mêmes symboles agrémentés du sigle Ψ
- chez les professionnels du champ social : dont le cœur de métier est le conseil et l'orientation bienveillante des personnes en situation de vulnérabilité pour leur permettre de se maintenir ou de se réinsérer dans la Cité.

1.2.2 Panacée

Hygie a une sœur Panacée déesse de la guérison et du traitement pharmaceutique. Elle incarne la science et la technologie sanitaire.

1.2.3 Hippocrate

Renouer avec l'Esprit hippocratique global de la santé, comme notre Institution en a la vocation, revient à ne pas mettre en rivalité ou opposition Hygie et Panacée mais bel et bien à mettre en dialectique les domaines de compétence de chacune :

- le conseil et les médicaments
- le préventif et le curatif
- l'accompagnement global individualisé et la technique biomédicale de protocoles standardisés d'experts
- la ville et l'hôpital

La Santé dans sa définition mondiale nécessite bien l'intervention de chacune d'elle, et seule la prise en compte de leur complémentarité est à même d'offrir réellement les conditions d'une prise en charge globale.

1.2.4 Charte éthique de l'Institution Hygie

Mère de nombreuses disciplines de l'aide et du soin, des champs organique, psychique et social, Hygie incarne donc une vision particulière de la Santé :

- déesse bienveillante elle offre le choix à son patient avec respect
- maîtrisant son art elle se place à proximité de son patient et de ses problématiques
- mère de toutes les disciplines soignantes, notamment ambulatoires libérales, elle préfigure déjà la coopération des disciplines et l'ouverture sur la ville, au plus proche des malades
- parée du miroir symbole de prudence elle représente l'impératif de sécurité pour toute personne qui ferait usage de son art.

C'est cette vision de la Santé que l'Institution Hygie a pour vocation de mettre en place, autour de ces 5 piliers qui font sa culture. Tout comme les médecins qui prêtent serment d'Hippocrate au moment d'être admis à exercer la médecine (*" Je jure par Apollon médecin, par Asclépios, par Hygie et Panacée, [...], les prenant à témoin que je remplirai, suivant mes forces et ma capacité, le serment et l'engagement suivant"*), tout professionnel de l'aide et du soin qui met en œuvre cette vocation s'engage symboliquement à respecter le serment d'Hygie, autrement dit la charte d'éthique suivante :

Valeurs	Engagements	Interdits
Respect	Prendre en compte la globalité de la situation des patients-usagers et accepter d'en analyser les déterminants organiques, psychiques et sociaux.	Exercer des actes morcelants, exclusivement techniques. Mésestimer les autres compétences nécessaires et les autres professionnels impliqués.
Proximité	Penser sa pratique pour pouvoir individualiser les protocoles d'aide et de soin : être en capacité d'adapter ses connaissances fondamentales aux nécessités singulières de chaque situation.	Se rendre inaccessible aux patients-usagers, ou aux autres professionnels de l'aide et du soin impliqués.
Ouverture	Contribuer au développement d'une démarche d'inclusion et de maillage de toutes les ressources pertinentes du territoire, qu'elles soient de profil institutionnel ou libéral.	Avoir un fonctionnement autarcique. Prôner l'auto-suffisance. Cultiver la rivalité inter-professionnelle.
Coopération	Développer un langage commun et transmettre des concepts pluridisciplinaires et interprofessionnels propres à rompre les clivages classiques sanitaire / social / psychique	Rejeter ou nier les dimensions des problématiques des patients ou usagers qui ne relèvent pas de son champ de compétences.
Sécurité	Permettre à chaque professionnel de rester à sa bonne place.	Pratiquer des actes hors de son champ.

1.3 Organisation

1.3.1 Gouvernance

L'Institution Hygie, au travers de sa Maison de Santé et son Institut de formation, a ceci d'innovant et d'original qu'elle se structure comme une entreprise, c'est-à-dire un ensemble stable et organisé de personnes, de relations internes et externes, en vue d'accomplir la production des services nécessaires pour prendre en charge la santé globale des usagers qui y consultent. Elle se démarque des institutions publiques en cela que les personnes qui y inscrivent leur pratique sont en grande majorité des libéraux. Par ailleurs quoique entrepreneuriale elle se différencie des institutions privées de soin en cela qu'elle n'est pas capitalistique dont on sait la nécessité de générer du profit, habituellement énoncé « valeur pour l'actionnaire ». L'Institution Hygie crée de la valeur pour les usagers (accueil, soin, suivi) et pour ceux qui y œuvrent (coopération, formation,).

Depuis 2012 sa gouvernance et son organisation, dans un mouvement de professionnalisation, ont beaucoup évolué : le projet qui au départ était celui d'un collectif associatif « amateur » s'est, durant ces 6 dernières années, renforcé d'une restructuration sur les plans de la gestion, du juridique et du financier pour s'organiser comme une entreprise selon les préceptes de l'anthropologie entrepreneuriale⁵. Un des points importants de cette restructuration a été de définir une hiérarchie de fonctionnement pour permettre à chaque protagoniste de trouver sa bonne place et sa bonne distance vis-à-vis du domaine d'intervention des autres professionnels.

En effet dans la conception anthropologique de l'entreprise on considère que les êtres humains fonctionnent au sein de leur institution comme ils fonctionnent au sein de leur civilisation, l'entreprise étant en quelques sortes une « mini-société ». L'anthropologie entrepreneuriale s'appuie entre autres sur les travaux de Georges Dumézil qui décrit comment les sociétés d'origine indo-européenne, dont nous faisons partie, organisent l'activité humaine en trois fonctions, exercées comme des pouvoirs séparés et hiérarchiques, non pas dans un but de domination ou subordination, mais afin d'assurer cohésion sociale, stabilité et efficacité au collectif. Selon cette théorie la tripartition mythique serait la suivante :

- fonction « sacerdotale », liée au sacré,
- fonction « guerrière », liée à la défense,
- fonction « productrice » liée à la fécondité.

Tout collectif humain (entreprises y compris donc) qui se retrouverait amputé d'une de ces fonctions serait alors voué à la dispersion sociale puis à la disparition.

C'est pourquoi l'Institution Hygie en tant qu'entreprise non impérialiste à cohésion sociale forte, souhaitant garantir à la fois une stabilité sociale à ses membres et une rentabilité à ses productions, a défini une organisation de ses membres selon ces 3 ordres, en les mettant « au goût du jour » :

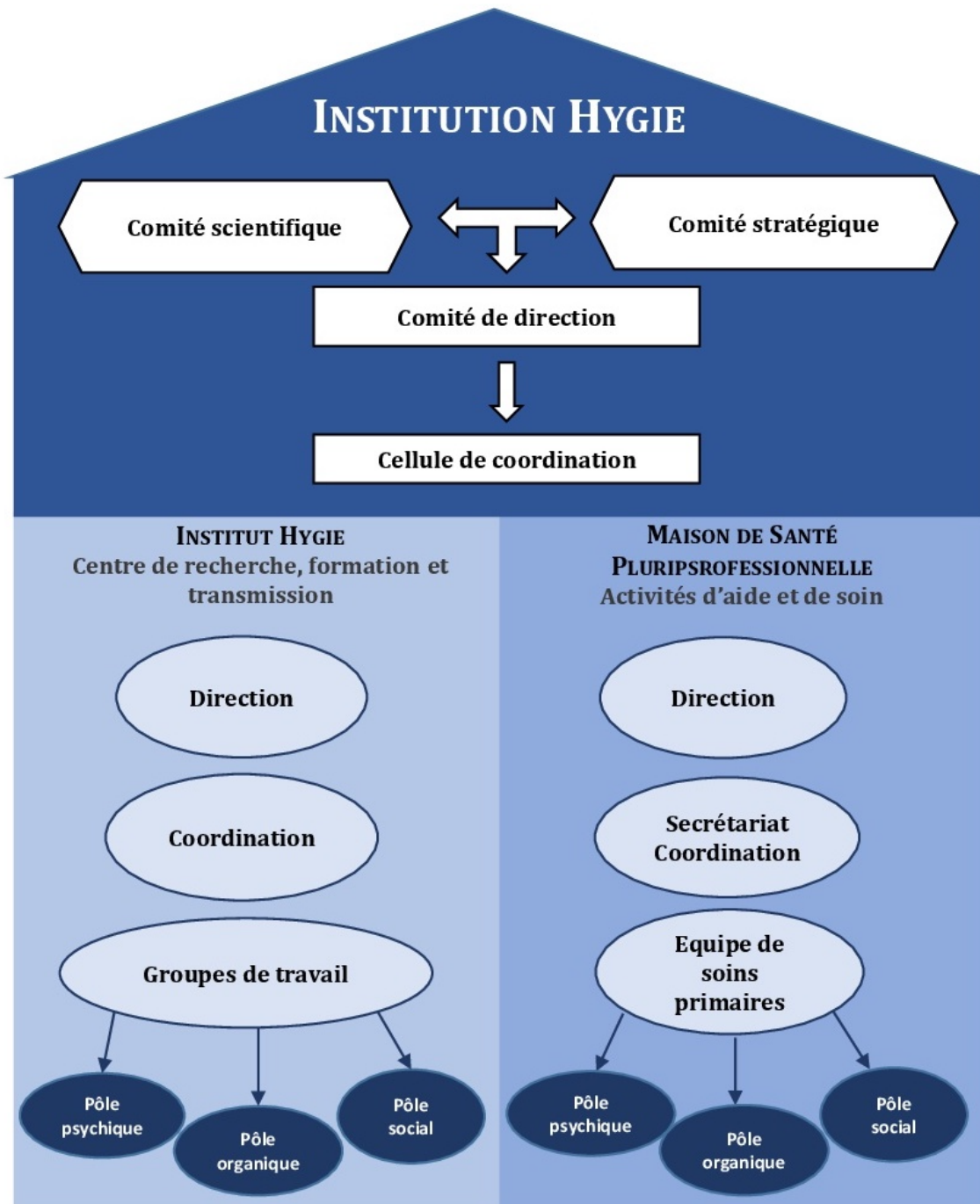
- en remplacement de la fonction de sacerdoce de l'ordre des clercs : les fondateurs de l'Institution Hygie et par délégation, les coordinatrices : la cellule de coordination dont les rôles sont d'élaborer, de faire vivre et de transmettre la vocation et la culture de l'institution au travers de ses différentes activités
- en remplacement de la fonction de protection de l'ordre des guerriers : les dirigeants : comité stratégique, comité scientifique et comité de direction : dont les rôles sont de défendre et

⁵ *Anthropologie de l'entreprise, Gérer la culture comme un actif stratégique*. Marc Lebailly et Alain Simon ; 2004, Editions Village Mondial.

contribuer à l'expansion (stratégie de conquête) du projet, de faire appliquer et respecter les lois à l'intérieur de l'Institution

- en remplacement de la fonction de fécondité de l'ordre des producteurs : les praticiens dont les rôles sont de produire de la pensée, et des actes d'aide et de soin.

Ainsi on obtient le schéma de gouvernance d'entreprise suivant :



GOVERNANCE

Les dirigeants : comités stratégique, scientifique, et de direction

Comité stratégique

Il a vocation à définir et évaluer les grandes orientations de développement stratégique de l'Institution Hygie (Institut et Maison de Santé).

Comité scientifique

Il est constitué de professionnels référents dans leur domaine d'expertise, membres et non-membres de l'Institution, ce comité a la charge de définir et de superviser les actions de recherche, transmission et formation menées par l'Institut.

Comité de direction

Il est chargé de :

- superviser la cellule de coordination pour veiller à la mise en pratique du projet de santé et au bon fonctionnement de l'Institut et de la Maison de Santé,
- organiser des rencontres partenariales avec les autres acteurs de l'aide et du soin du territoire. L'ambition étant d'optimiser l'existant en développant le lien et maillant l'institutionnel et l'ambulatoire.
- analyser les appels à projets pour continuer à développer des actions innovantes répondant aux objectifs de l'Institution Hygie et à sa vocation,
- mettre en place des conventions de partenariat avec les acteurs de santé de notre secteur de proximité pour : améliorer le lien ville-hôpital, favoriser l'accès aux compétences et moyens des services spécialisés hospitaliers, faciliter la coordination entre les différents acteurs du territoire.
- superviser les missions d'organisation juridique, financière, administrative, de ressources humaines et de communication de la Maison de Santé et de l'Institut.

Cellule de coordination

Une cellule a été créée à l'automne 2017 afin de renforcer la coordination. Elle est composée des personnes suivantes qui ont chacune des missions précises et travaillent ensemble sur les projets qui le nécessitent :

- secrétaire-coordinatrice de la Maison de Santé : gestion administrative et comptabilité, co-animation de la coordination pluriprofessionnelle, accueil et orientation des patients,
- coordinatrice de l'Institution Hygie : animation de la coordination des groupes de travail de l'Institut, en lien avec la maison de Santé et avec les partenaires extérieurs, diagnostic

territorial des structures médico-psycho-sociales en vue de la mise en place ultérieure d'une plateforme d'accueil et d'orientation sociale des usagers,

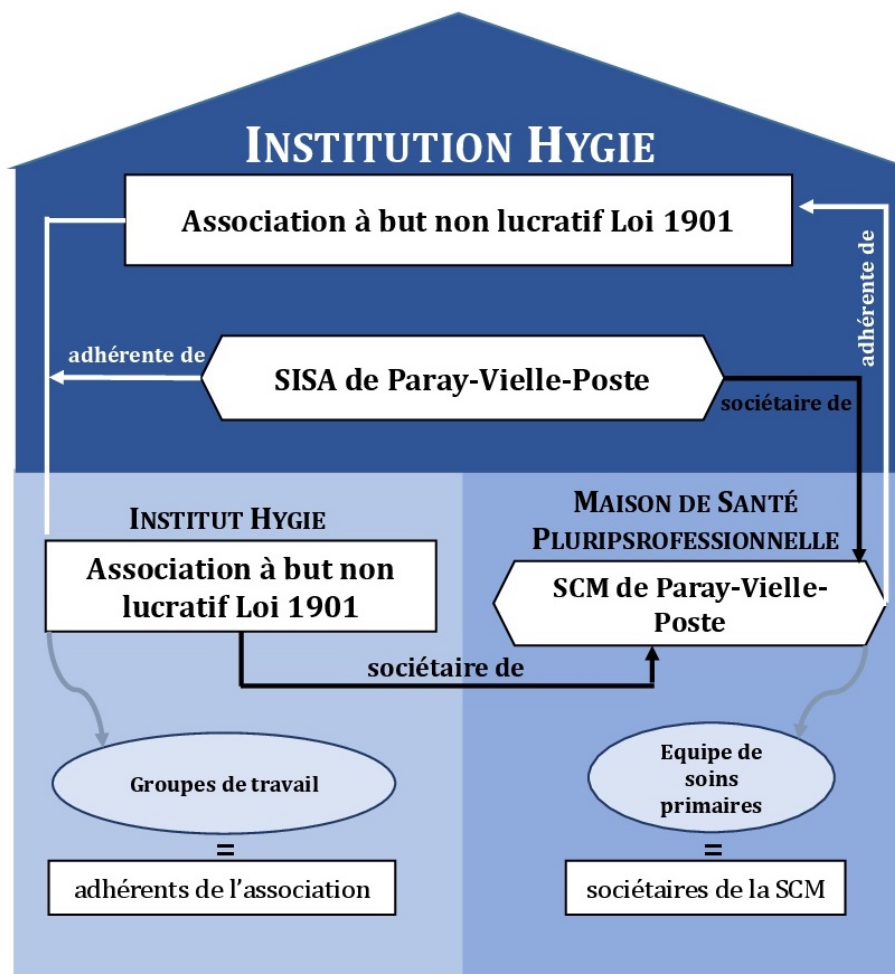
- prestataires extérieurs selon les besoins : gestionnaires, avocats, experts comptables : gestion juridique, financière et orientations budgétaires.

En lien avec le comité de direction et le comité stratégique, la cellule de coordination assure notamment les missions suivantes : relations avec les tutelles, édition des rapports d'activités, démarche qualité, projets transversaux, veille appels à projets...

Les producteurs : Institut de formation et Maison de Santé

Il s'agit des praticiens de la Maison de Santé, ainsi que des professionnels adhérents exerçant hors les murs mais participant aux groupes de travail qui produisent des actes d'aide et de soin aux usagers-patients, et innovent en pensant leur pratique au sein de l'institut.

1.3.2 Organisation juridique



ORGANISATION JURIDIQUE

Tableau récapitulatif des différentes entités juridiques

	Association INSTITUTION HYGIE	SCM PARAY	SISA PARAY
Forme juridique	Association loi 1901 (à but non lucratif) <i>Adhérents</i>	Société Civile de Moyens <i>Sociétaires</i>	Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (société civile de personnes morales) <i>Sociétaires</i>
Objet(s)	Formation, recherche et transmission de concepts pluri disciplinaires Production de coordination inter disciplinaire Gouvernance, stratégie et direction du projet	Mise en commun de moyens nécessaires à l'exercice des activités d'aides et de soins des professionnels de la Maison de Santé	Mise en commun de moyens pour faciliter la coordination des activités d'aides et de soin de chacun de ses associés et partenaires.
Recettes	Cotisations des adhérents Subvention de fonctionnement (de la municipalité de Paray-Vieille-Poste, autres) Subvention sur appel à projet (Fondation de France, ARS...) Dotations de la SISA	Appels de charges réalisés auprès de chaque sociétaire de la SCM Dotations de la SISA	Enveloppes ACI/NMR (Nouveaux Modes de Rémunération) de la CPAM de l'Essonne
Dépenses spécifiques (hors dépenses classiques de fonctionnement)	Frais de formation des professionnels de l'aide et du soin Frais de coordination	Frais de coordination	Indemnisation des professionnels pour les activités de coordination Dotation à la SCM Dotations à l'association

En accord avec l'esprit de l'Institution Hygie exposé plus haut et dans un souci de correspondre à la fois aux cadres légaux et aux exigences des instances de tutelle, trois entités juridiques ont été successivement créées et forment aujourd'hui un ensemble cohérent :

- pour l'Institution Hygie : statuts d'association à but non lucratif, loi 1901 : gestion administrative de l'Institution et fonctionnement de l'Institut de formation

- SCM Pluriprofessionnelle de Paray-Vieille-Poste : société civile de moyens : gestion du fonctionnement de la Maison de Santé

- SISA de Paray-Vieille-Poste : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires permettant à la Maison de Santé et à l'Institut de percevoir collectivement des subventions dans un cadre juridique et fiscal sécurisé, visant à rémunérer, la coordination et les activités réalisées en commun par les professionnels de santé exerçant au sein du collectif. Ainsi au démarrage du projet, de septembre 2015 à avril 2017, l'Association loi 1901 était l'entité juridique des 2 structures, Maison de Santé et Institut, c'était elle qui gérait tout. Mais à partir d'avril 2017, dans le cadre de la transformation entrepreneuriale de la Maison de Santé, et dans un souci de transparence budgétaire et juridique la gestion du fonctionnement de la Maison de Santé a été totalement déléguée à une SCM pluriprofessionnelle constituée de l'ensemble des professionnels exerçant dans les murs.

Afin de compléter cette organisation et dans le but d'assurer la meilleure efficacité à cette organisation dynamique, l'Institution Hygie s'est adjoint de plusieurs prestataires :

- gestionnaires, coordinateurs externes, avocats : pour le suivi financier et l'établissement de prévisionnels de gestion des différentes structures, ainsi que la réorganisation juridique et la répartition des fonctionnements
- cabinet d'expertise-comptable / gestion de la masse salariale : assure sur les différentes structures les missions de comptabilité, d'élaboration de budget de trésorerie et de gestion administrative des salariées.

Business model

Créer et entretenir la cohésion sociale sur le territoire sur lequel l'Institution Hygie exerce ses missions, est une quasi délégation de service public.

En effet, sa vocation et son mode de fonctionnement assurent :

- D'une part la cohésion des professionnels de l'aide et du soin qui en sont membres, à partir de valeurs partagées et de principes de coopérations édictés par la pratique hétérologique (cf. annexe n° 2). Le bénéfice attendu est la création d'un esprit partagé qui va bien au-delà du fonctionnement en « réseau » que les applications numériques permettent. Esprit partagé qui permet l'appartenance et la reconnaissance.
- D'autre part la cohésion sociale des populations de ce territoire. On sait, en effet, que l'offre de santé si elle est accessible, globale, égalitaire et coordonnée, est un facteur clé, au même titre que l'offre d'emploi, de qualité de vie assurée par les équipements publics et le respect de l'environnement, d'attraction et de cohésion territoriale des citoyens.

Cet engagement est une ambition forte puisque ce système de santé ambulatoire nécessite de fédérer sous la même égide hippocratique des patriciens libéraux dont l'aspiration première est l'indépendance de leur exercice.

Business plan

Pour réaliser cette ambition, il est nécessaire de financer, en partie à travers les entités juridiques précédemment citées, le fonctionnement des deux structures que sont la Maison de de Santé pluriprofessionnelle et l'institut de recherche et de formation ainsi que la rémunération de la coordination des professionnels. Sachant que l'intention est d'organiser ces deux entités sur le modèle de l'entreprise. Classiquement, une société de service, quelle qu'elle soit, répartit ses charges en trois grands postes :

- la rémunération des producteurs
- les frais fixes de fonctionnement
- les frais variables

Les investissements dans une société commerciale capitalistique, sont financiers à partir, soit du capital investi, soit par dévolution d'une partie des profits ; ce qui est impossible pour une association à but non lucratif qui, elle, n'a pas de capital et vit des cotisations de ses membres et de dons ou subventions qui lui sont allouées.

En ce qui concerne la Maison de Santé pluriprofessionnelle

Il n'y a pas de rémunération des producteurs puisque ceux-ci sont tous professionnels libéraux. A l'exception des coordinatrices qui sont salariées, les frais fixes et les frais variables de fonctionnement sont les mêmes que dans une entreprise commerciale. Ils sont pour partie financés par les professionnels eux-mêmes (au prorata de leur temps de présence dans la Maison de Santé) et pour partie par les subventions délivrées par les organisations publiques territoriales ou étatiques.

En principe les investissements concernant l'amélioration de la productivité et de la qualité des aides et des soins devraient être pris en charge par la collectivité.

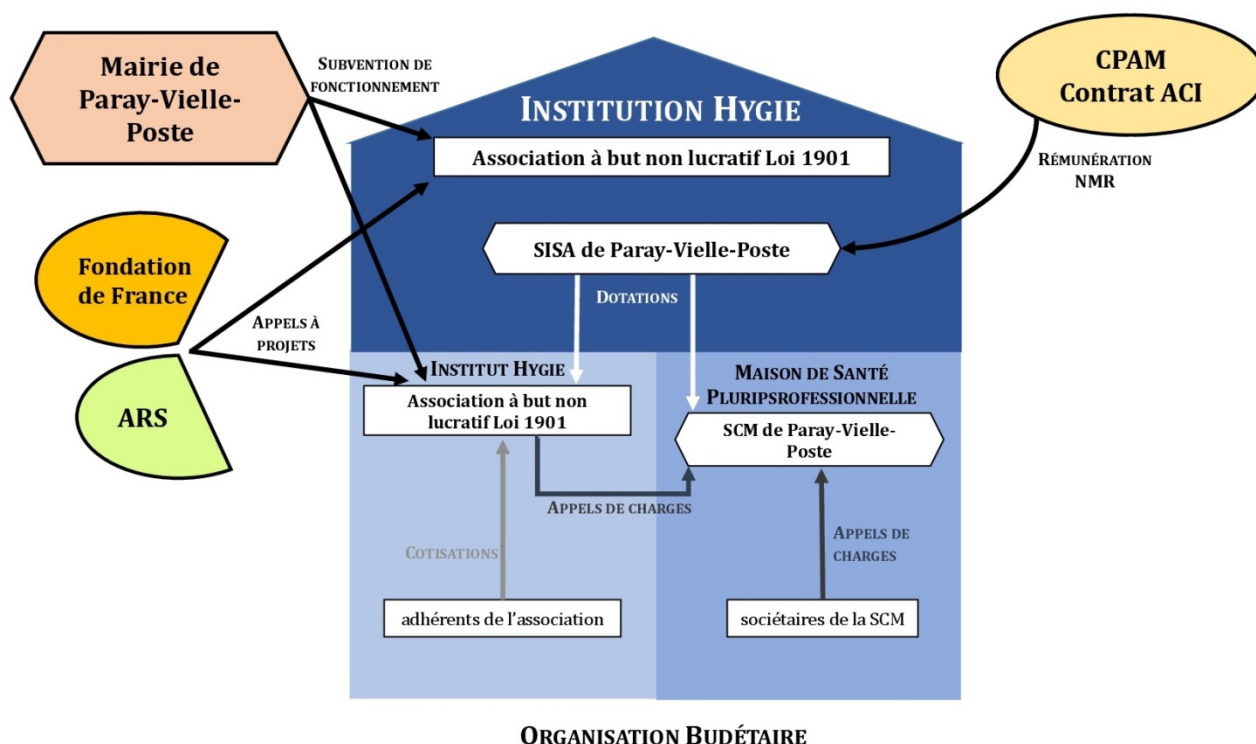
Il serait nécessaire d'établir chaque année un budget prévisionnel qui tient compte de l'évolution et du développement de l'activité de la Maison de Santé.

En ce qui concerne l'Institut

Le financement de la coordination et des producteurs en Recherche et Développement devrait être assumé pour partie par les pouvoirs publics.

A terme, et si l'Institut devient centre de formation il pourrait se financer pour partie à partir des formations qu'il serait à même de délivrer.

Il serait nécessaire d'établir chaque année un budget prévisionnel de ses besoins de financements.



1.4 Vision

Après avoir défini à quels défis l'Institution Hygie entend répondre, et avec quelles valeurs et engagements elle compte le faire, il s'agit ici de définir sa stratégie : autrement dit comment ce Projet de Santé ambitionne de résoudre les paradoxes précédemment détaillés, par quels moyens, et quel sens vectorisera les pratiques de chacun pour en faire un projet commun différent et innovant ? Autrement dit qu'est-ce qui fera la différence pour que la vocation de l'Institution, aussi originale soit-elle, ne soit ni un vœu pieux, ni une utopie, ni un échec ?

Il s'agit en fait de la mettre en dialectique avec une vision stratégique claire, pensée, maîtrisée et étayée de données et concepts issus des domaines des sciences humaines (anthropologie,

linguistique, psychanalyse, sociologie) et du monde de l'entreprise puisqu'il s'agit bien ici d'organiser de nouvelles conditions de fonctionnement d'un collectif d'humains, à prédominance libérale. Ainsi on passe de l'imaginaire au réel, de l'ambition au concret, en passant par des voies scientifiquement validées, créant un nouveau modèle exportable et reproductible.

1.4.1 Concepts structurant la stratégie

Une conception hippocratique de la Santé et de la médecine générale

Comme nous l'avons vu plus haut le concept même de Santé est bien global et sa prise en charge concerne aussi bien le champ organique que les champs psychique et social. Cet état de santé résultant de la dynamique de ces trois registres est la condition nécessaire et suffisante pour permettre l'adaptation permanente d'une personne à son environnement. Ce qui peut s'entendre aussi comme : « *être en bonne santé c'est être en mesure de s'inscrire dans son collectif d'appartenance* ». Assurer une prise en charge globale de l'individu revient donc à tenir compte des dysfonctionnements organiques, mais aussi psychiques et sociaux et ceux-ci doivent être considérés au premier chef comme des souffrances qui empêchent l'intégration sociale des personnes qui en sont affectées.

Ainsi, le médecin généraliste, en tant que médecin traitant, a la charge non seulement de prévenir et de traiter les maladies organiques mais de veiller autant que faire se peut à permettre à ses patients de conserver ou de recouvrir un état global de Santé tel que défini par l'OMS. Dans cette perspective il doit être en mesure de percevoir et de diagnostiquer des dysfonctionnements, tant organiques, que sociaux et psychiques, qui affectent les personnes qui le consultent de telle sorte de les orienter vers les praticiens qui peuvent les prendre en charge dans des domaines pour lesquels il n'a, malheureusement, pas été formé.

On pourrait dire que ces nouvelles orientations sont, en fait, une « révolution » c'est-à-dire un retour à la vocation hippocratique de la Médecine Générale. Car il est toujours bon de rappeler que les principes, à la fois éthiques et techniques de l'acte médical, remontent à cette époque. Il faut se souvenir qu'Hippocrate situe le déploiement de son acte dans le contexte de l'existence globale du patient. En effet, il estime, qu'au-delà du *primum non nocere*, encore présent dans l'engagement des médecins actuels, le respect dû au patient est essentiel et, qu'à ce titre, il faut que le praticien ait une écoute globale (psychique, organique et sociale). Il centre donc son action autour de la difficulté du "vivre" existentielle de ses patients et non pas seulement sur la guérison symptomatique des maladies dont ils souffrent. C'est pourquoi sa pratique est à la fois holistique, curative et préventive.

Cette conception particulière est détaillée par Marc Lebailly dans son texte « *Pour un esprit de l'Institution Hygie* » (cf. annexe n° 1 : version complète du texte) et dont voici un extrait démontrant comment à présent cette conception hippocratique de la médecine générale est transposable à toutes les disciplines s'étant construites dans la descendance d'Hygie :

« Cette approche holistique n'est plus aujourd'hui le fait du seul médecin généraliste. De fait elle mobilise à présent un réseau de praticiens qui sont généralement considérés comme des auxiliaires du médecin généraliste. Car la Santé réelle est globale et mobilise aussi bien les professionnels de l'aide (éducateurs, enseignants, psychologues, conseillers d'orientation, assistantes sociales, psychanalystes...) que ceux du soin (infirmières, orthophonistes, médecins, kinésithérapeutes, ostéopathes, pharmaciens, aides-soignantes sages-femmes...). Dans cette approche actuelle de la Santé, certains professionnels dont les disciplines sont complémentaires, se regroupent, soit au sein de cabinets de groupe soit, parce que n'exerçant pas dans le même lieu, en réseau. Ces initiatives pourraient apparaître, dans leur configuration pluridisciplinaire, comme un moyen d'assurer cette prise en charge globale. La complémentarité des spécialités semble en être garante. Mais ce n'est qu'une apparence, car cette motivation liminaire n'est pas toujours inscrite au fronton des réseaux et des cabinets de groupe. Il faut prendre conscience que ces organisations fonctionnelles ne garantissent en aucun cas l'instauration d'une approche hippocratique de la Santé. C'est-à-dire que la prise en charge collective, quoiqu'apparente n'est pas effective. Loin s'en faut. Elle est, non seulement séquentielle, mais morcelée et morcelante rajoutant de la souffrance à la souffrance. De par les traditions culturelles et les axes de formation, la posture du praticien libéral s'inscrit comme un empêchement majeur à une pratique collective hippocratique.

Face à ce constat, de nombreuses interrogations s'imposent : comment permettre à des professionnels exerçant en ambulatoire de sortir de leur isolement pour se coordonner entre eux d'abord, et avec les professionnels institutionnels ensuite ? Comment des professionnels issus de milieux différents, de formation et de cultures différentes peuvent-ils coopérer ? D'aucuns parlent de communication, mais pour communiquer ne faut-il pas d'abord parler la même langue ? Comment dépasser les oppositions de disciplines ? Comment éviter le piège de "médicaliser" tous les champs au risque d'y perdre justement la vision globale de l'humain qui s'adresse ?

Comment rester légitime et objectif tout en étant global ? Comment rendre reproductible ce qui jusque-là était aléatoire ? »

On comprend ainsi que cette vision Hippocratique est nécessaire à la prise en charge globale, mais pas du tout suffisante, d'autres fondamentaux restent indispensables, ce qui fait la différence par exemple entre cabinets de groupes et Maison de Santé à cohésion sociale forte comme nous entendons la mettre en œuvre (Dans le premier cas les professionnels sont réunis seulement par le partage de charges, de locaux et parfois de liens affectifs. Dans le second ils sont réunis par une vraie culture commune qui les fédère de telle sorte de permettre aussi de dépasser justement la labilité des seuls liens affectifs).

Le concept d'hétérologie

Afin de permettre un véritable fonctionnement global et une prise en charge globale effective des patients, il est apparu nécessaire de structurer et organiser la formation des professionnels aux principes de l'hétérologie. Le terme hétérologie est un néologisme formé du préfixe *hétéro* (autre) et *logos* (discours rationnel). Cette théorie reconnaît l'existence et l'égale validité sans aucune hiérarchie, de la diversité des discours. Sortir du « jargon » propre à chaque discipline pour être en capacité de réellement communiquer, dans un langage commun, autour d'une problématique offre l'opportunité d'une véritable coordination des professionnels. Ainsi tout professionnel de l'aide et du soin formé à l'hétérologie est à même de poser un triple diagnostic, à savoir de déterminer si la personne qui le consulte présente un dysfonctionnement organique et/ou psychique et/ou social, et ainsi d'organiser la prise en charge globale qui doit en découler.

L'appropriation des concepts hétérologiques permet :

- d'une part de structurer effectivement un collectif véritable qui intègre l'hétérogénéité des pratiques et donc assure la continuité des aides et des soins sans effet morcelant pour le patient

- d'autre part donne l'opportunité à chacun, grâce à cette dynamique collective, de penser en permanence sa pratique. Chaque professionnel prend alors conscience des possibilités et limites de son acte. En d'autres termes, cela lui permet de trouver sa « bonne place ».

En annexe n° 2 figure le texte « *Fondements théoriques de l'hétérologie* », écrit par Marc Lebailly et sur lequel s'appuie l'Institution pour le déploiement de ses activités.

Une démarche anthropologique entrepreneuriale

La Santé, la problématique de la Santé, devrait bénéficier d'une méthodologie de coopération entre les différentes disciplines impliquées, rationnelle et robuste. La conviction commune qui nous anime est que cette problématique de la Santé doit être sortie du contexte de la médecine, où elle est *de facto* confinée, pour s'inscrire dans une réflexion que l'on pourrait considérer comme anthropologique.

La Santé comme un problème existentiel global appelle bien à une prise en charge coordonnée par un collectif de professionnels qui, sur le plan opérationnel et social, a tout intérêt à s'organiser sur un mode entrepreneurial. En effet, une maison de santé comme nous la concevons se constitue comme une entreprise de services d'aide et de soins pour nos concitoyens. A ce titre, elle n'est pas une pure machine à produire des biens et des services, mais une organisation humaine capable d'initier des rites et des signes qui lui sont propres et auxquels ses membres peuvent se référer et qui permet aux usagers de s'y repérer. Ainsi tel que nous l'entendons, ce modèle à la fois social, économique et culturel permet le regroupement de personnes complémentaires organisées autour d'une appartenance à notre vocation commune. En général ceux qui y participent ont foi en ce que produit ce collectif entrepreneurial qu'ils ont créé pour améliorer la vie matérielle psychique et sociale de leurs contemporains. Ce qui les motive ce ne sont pas uniquement les résultats économiques mais aussi le développement, le sens de ce qu'ils produisent et surtout la cohésion sociale de ceux qui en constituent le corps vivant. En effet, cette cohésion se construit à partir de valeurs dont le sens ne manque pas d'impacter ceux qui les utilisent.

Ainsi située au carrefour de l'entreprise et de la cité, l'Institution Hygie combine, au sein de son organisation hiérarchique, les avantages de l'institution publique et du secteur privé. En effet, elle permet que soit respecté le principe de transversalité du domaine public tout en offrant la réactivité du domaine libéral. Elle est en capacité de s'adapter de manière permanente aux contingences liées à la patientèle et au territoire ainsi qu'aux exigences des tutelles et des politiques publiques. C'est cette souplesse et cette adaptabilité qui, grâce à l'organisation structurelle de l'Institution Hygie, ont permis et permettent encore l'évolution du présent projet de santé.

Indissociabilité du penser et de l'exercer

Le dernier concept fondateur de ce projet, et non le moindre, est l'inconcevabilité pour les professionnels qui s'y engagent de pratiquer sans penser leur pratique. En effet pour que cette vocation et cette vision se constituent légitimement et authentiquement il est nécessaire

qu'une réflexion collective et perpétuelle soit menée par ceux qui en prennent la responsabilité. En effet c'est uniquement à ce prix que les professionnels de l'aide et du soin ne seront pas réduits à de simples techniciens aux interventions successives, séquentielles et morcelantes. Il nous semble donc impératif, sur un plan opérationnel, de ne pas se limiter à la création d'une structure d'aide et de soins, mais qu'une telle structure soit complétée en permanence par un lieu où l'on pense sa pratique de telle sorte de ne pouvoir en perdre le sens. C'est une exigence liminaire pour garantir la fidélité à l'Esprit hippocratique, et inscrire les différentes disciplines concernées dans un cadre « anthropologique » commun.

1.5 Objectifs et moyens en pratique

1.5.1 Moyens pratiques

Le lecteur aura certainement déjà deviné à la découverte des paragraphes précédents que ce Projet de Santé n'est donc pas la « recette » d'une méthodologie d'exploitation d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire parmi d'autres, mais qu'il va bien au-delà. Une fois la culture, les présupposés théoriques et la stratégie explicités, restent à expliquer de quels moyens l'Institution s'est dotée pour rendre opérationnelle sa vocation.

Sur le plan opérationnel donc l'Institution Hygie, institution entrepreneuriale, décline l'ensemble de ses activités autour d'une dyade inséparable et complémentaire : un Institut de formation et une Maison de Santé libérale :

- dans l'Institut, "on pense collectivement sa pratique"
- dans la Maison de Santé, "on met en pratique, collectivement, ce qui a été pensé"

Pas l'un sans l'autre : un penser pur sans mise en pratique ne serait qu'utopie, une mise en pratique sans pensée préalable ne serait qu'acte technique dépourvu de sens.

Autrement dit pour Hygie l'Institut de formation serait la tête, et la Maison de Santé serait le corps : tout professionnel qui adhère à l'Institution comprend donc bien que son engagement se doit nécessairement d'être double. Imaginer, par exemple, exercer au sein de la Maison de Santé sans participer à la vie de l'institut serait par définition une dénaturation complète de son projet, un non-sens.

Au sein des deux entités, et pour garantir toujours la globalité des approches, les trois champs de compétences organique, psychique et sociale sont représentés.

1.5.2 Objectifs pratiques

A court terme

A court terme il s'agit de poursuivre le travail de déploiement de l'activité des deux organes de l'Institution Hygie.

Au travers de la Maison de Santé Pluridisciplinaire de Paray-Vieille-Poste

Constituer un **lieu de soins et de consultations** original et novateur :

- améliorer les conditions d'accueil des usagers et l'accès aux soins,
- assurer la continuité des soins,
- améliorer les conditions d'exercice des professionnels de l'aide et du soin,
- participer à des missions de santé publique (éducation à la santé, information, prévention, ETP),
- développer des services ambulatoires qui manquent sur le terrain,
- améliorer la qualité des prises en charge,
- proposer et développer une démarche qualité.

Au travers de l'Institut de formation Pluridisciplinaire Hygie

Constituer un **lieu de recherche, transmission, formation** au travers de groupes de travail qui visent à :

- développer la recherche en mettant en place des expériences novatrices s'étayant sur des données récentes issues des sciences humaines, sociales et biomédicales
- permettre la transmission de concepts transversaux pour organiser la coordination de professionnels de l'aide et du soin
- assurer la formation des professionnels dans et hors les murs de la Maison de Santé aux concepts hétérologiques pour que se constitue un langage commun à tous les professionnels, gage d'une véritable coordination, sans hiérarchie d'une profession à l'autre, elle-même garante d'une continuité et complémentarité des différentes interventions.

Au travers de la mise en dialectique Maison de Santé / Institut

Constituer un **lieu d'enseignement** :

La Maison de Santé accueille des étudiants stagiaires, qui bénéficient, outre l'enseignement "classique" dispensé par leur(s) maître(s) de stage, d'une initiation à l'interdisciplinarité en participant à la vie de la Maison de Santé et de l'Institut Hygie.

Constituer un **pôle de convergence et de coopération externe** :

Au-delà du regroupement des praticiens de différents horizons, l'une des ambitions du projet de santé est de constituer un pôle maillant l'institutionnel et l'ambulatoire, permettant que se retrouvent et échangent les professionnels de différents horizons, optimisant ainsi l'existant en matière d'aide et de soin. L'Institution a ainsi déjà développé de très nombreux partenariats avec de nombreux professionnels libéraux ou institutions du territoire Nord Essonne, que le tableau ci-dessous reprend en synthèse

PARTENARIATS DE L'INSTITUTION HYGIE (en avril 2018, menés avec la Maison de Santé ou l'Institut de formation)		
Champ concerné	Partenaire	Type de partenariat
ORGANIQUE	Groupe Hospitalier Nord Essonne, site Juvisy-sur-Orge	Convention signée Hospitalisations directes en service de médecine interne
	Médecins spécialistes libéraux du territoire : Dr Depret (cardiologue), Dr Souidi (pneumologue)	Signataires du projet de santé Protocoles pluriprofessionnels de soins de 1 ^{er} recours communs
	Cabinets de radiologie, laboratoires d'analyse médicale, hôpitaux de secteur, médecins spécialistes libéraux	Fonctionnement en réseau avec la MSP au travers de messageries sécurisées et parcours de soins accélérés
	Réseaux de santé Népaie et Repop	Protocoles pluriprofessionnels de soins de 1 ^{er} recours
	AP-HP	Projet médecins partenaires Lignes téléphoniques dédiées 7jrs/7 aux avis séniorsés intra-hospitaliers
	CHU Henri Mondor, Créteil	Expérimentation pilote de la télé-expertise en dermatologie
	Faculté de médecine de l'université Paris XI, Kremlin-Bicêtre	Convention signée de maîtrise de stage Accueils d'étudiants
	Institut de formation en Soins Infirmiers de Longjumeau-Orsay	Convention signée de maîtrise de stage Accueils d'étudiants
PSYCHIQUE	Institution Espace Analytique	Convention signée de maîtrise de stage Accueils d'élèves psychanalystes
	Université Paris Diderot-Paris 7	Convention signée de maîtrise de stage Accueils de stagiaires psychologues
SOCIAL	Mission Locale Nord Essonne	Convention signée Participation 1 fois/mois aux Réunions de concertation pluridisciplinaires de la MSP. Participation à plusieurs groupes de travail de l'institut
	CCAS de Paray-Vieille-Poste	Convention signée Participation 1 fois/mois aux Réunions de concertation pluridisciplinaires de la MSP. Participation à plusieurs groupes de travail de l'institut
	Foyer d'hébergement social ARAPEJ Athis-Mons	Convention en cours Participation à plusieurs groupes de travail de l'institut Prise en charge soignante des résidents en situation de précarité à la Maison de Santé
Autre	Mairie de Paray-Vieille-Poste + pôle petite enfance de la commune	Subvention de fonctionnement à l'Institut de formation Hygie pour soutient à la démarche de développement professionnel continu

		Participation à plusieurs groupes de travail de l'institut Coordination médicale des 2 crèches communales Protocoles pluriprofessionnels de soins de 1 ^{er} recours communs
	EHPAD de Morangis	Partenariat de prise en charge de 17% des résidents + protocoles pluriprofessionnels de soins de 1 ^{er} recours communs

A moyen terme

Créer une Plateforme d'accueil, d'évaluation et d'orientation des usagers sur le plan social au sein de la Maison de Santé

Dès l'ouverture de la Maison de Santé, et compte-tenu l'absence de travailleur social au sein de l'équipe de professionnels exerçant au sein de la Maison de Santé, l'Institution a développé les partenariats cités ci-dessus pour que l'équipe de la Maison de Santé puisse bénéficier de leur expertise. Compte-tenu l'importante montée en charge des situations complexes à gérer il est apparu nécessaire de compléter les compétences disponibles au sein de la Maison de Santé de l'expertise d'un travailleur social. L'Institution a donc le projet pour 2018-2019 de créer une plateforme d'accueil sur le plan social au sein de la MSP, dans le but de favoriser un accès aux droits et une orientation vers les structures médico-sociales existantes du territoire.

Il s'agira de proposer un accompagnement social des patients dont les besoins ont été identifiés par les professionnels, d'effectuer une évaluation personnalisée de chaque situation et d'orienter de la manière la plus adaptée la personne en fonction du diagnostic posé, en s'appuyant sur le réseau institutionnel social et médico-social du territoire et des partenariats qui sont ou seront formalisés.

Constituer une CPTS

Forte de son expérience en montage de projet d'équipe de soins primaire et de ses premiers constats d'efficacité opérationnelle sur le terrain (en 2 ans : +20% d'adhérents à l'institution, +100% de professionnels de l'équipe MSP, +45% de nombre de consultations de soins non programmés assurées, cohésion d'équipe vérifiée après audit externe, nombre de groupe de travail pluridisciplinaires multiplié par 3) l'Institution Hygie a le projet de développer, en lien avec les autres acteurs du territoire, une CPTS afin de construire un projet territorial de santé pour être en mesure de poursuivre son travail de réponse aux besoins identifiés et de structuration de l'offre ambulatoire, en passant de l'échelle communale à l'échelle territoriale. Dans les faits le territoire d'activité de l'Institution a déjà dépassé l'échelle

de la commune de Paray-Vieille-Poste, et un fonctionnement en réseau sur le Nord-Essonne est déjà à l'œuvre et opérationnel sur le terrain. Il s'agit en fait de le formaliser et le déployer plus avant, toujours selon les mêmes présupposés et fondamentaux qui ont fait le succès, récent mais certain, de l'équipe de soins primaires de Paray-Vieille-Poste.

Trois thématiques ont été pour le moment ciblées comme support au développement de ce projet :

- renforcement de l'accès aux soins de premier recours non programmés
- prise en charge des pathologies chroniques à risque de désinsertion socio-professionnelle
- accompagnement de la fin de vie au domicile.

Le territoire visé par la CPTS serait, dans un premier temps, celui de l'ancienne communauté d'agglomération des Portes de l'Essonne qui regroupe cinq communes : Athis-Mons, Juvisy-sur-Orge, Paray-Vieille-Poste, Morangis, Savigny-sur-Orge (soit une population d'environ 100 000 personnes).

Ce projet est actuellement à l'étude et l'équipe de l'Institution Hygie, qui est en lien avec la Délégation départementale de l'Essonne de l'Agence Régionale de Santé, a engagé les démarches auprès de ses partenaires sur le territoire pour évoquer le projet et faire en sorte que ce réseau puisse se constituer en CPTS.

A long terme

In fine et dans le cadre de ses aspirations à la fois d'innovation et de démarche entrepreneuriale, l'Institution Hygie ambitionne de parvenir à dégager un modèle d'organisation des soins primaires qui viendrait répondre aux enjeux de la mutation du système de santé en cours : un modèle qui serait à la fois transmissible, exportable et reproductible ailleurs, selon les besoins de chaque territoire.

Pour ce faire, l'Institut Hygie travaille actuellement à la reconnaissance de ses groupes de travail en tant que programmes de développement professionnel continu, et la Maison de Santé met en place des actions d'évaluation qualitative et quantitative de ses activités (projet démarche qualité en partenariat avec l'ARS-IDF et la FEMASIF ; travaux de thèse en médecine générale ; travaux de recherche universitaires ; création en cours d'un outil de suivi multidimensionnel type rapport d'activité global). Si les évaluations confirment les premiers constats de terrain alors il se pourrait que l'Institution se positionne comme une sorte de « pépinière » à même de véhiculer l'Esprit d'Hygie auprès d'autres professionnels de santé, motivés et en quête de méthodologie.

2. MAISON DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE DE PARAY-VIEILLE-POSTE

2.1 Fiche d'identité de la structure

Nom du site : MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE DE PARAY-VIEILLE-POSTE

Statut juridique : SISA DE PARAY-VIEILLE-POSTE

FINESS : 910021724

N° d'immatriculation R.C.S. EVRY : 814 541 553

Date d'immatriculation de la SISA : 05/11/2015

Association porteuse du projet : INSTITUTION HYGIE

N° SIRET : 789 145 166 00011

Code APE : 9499z

Numéro RNA (Répertoire National des Institutions) : W913004485

Date de prise d'activité : 20/09/2012

Adresse du siège social : 91 Avenue d'Alsace Lorraine, 91550 PARAY-VIEILLE-POSTE

Interlocuteurs référents :

Dr Marie-Laure SALVIATO, psychanalyste et médecin généraliste : dr.salviato@gmail.com - 06.61.67.32.78

Dr Céline GONCALVES, médecin généraliste : docteurgoncalves@yahoo.fr - 06.24.75.02.16

Mail : msp.paray@yahoo.fr - hygie.asso@gmail.com - dr.salviato@gmail.com

2.2 Définition du territoire d'implantation

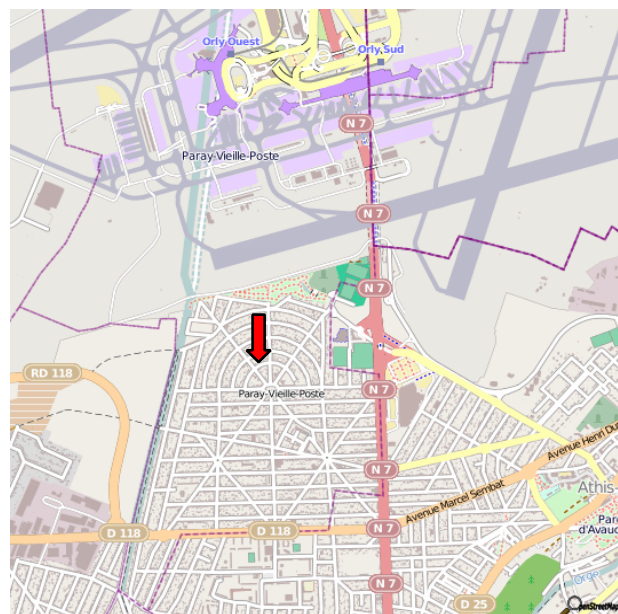
La commune de Paray-Vieille-Poste est située à l'extrême nord du département de l'Essonne, intégrée à l'agglomération parisienne, dans la partie sud de la région Île-de-France, à la frontière entre l'Essonne et le Val-de-Marne. Partagée entre secteur pavillonnaire et zone aéroportuaire, Paray-Vieille-Poste s'intègre au sein d'un territoire très dynamique, aussi bien en matière d'économie et d'emploi que d'urbanisation et d'équipements.



Les communes voisines sont Athis-Mons, Juvisy-sur-Orge, Savigny-sur-Orge, Morangis, Chilly-Mazarin, Viry-Châtillon, Wissous, Draveil, Epinay-sur-Orge, Longjumeau, Vigneux-sur-Seine et Grigny.

La Maison de Santé Pluri-Professionnelle est située au centre-ville de la commune de Paray-Vieille-Poste. Ce qui la rend facilement accessible aux usagers et permet une coordination efficace avec tous les acteurs d'aide et de soins de la cité :

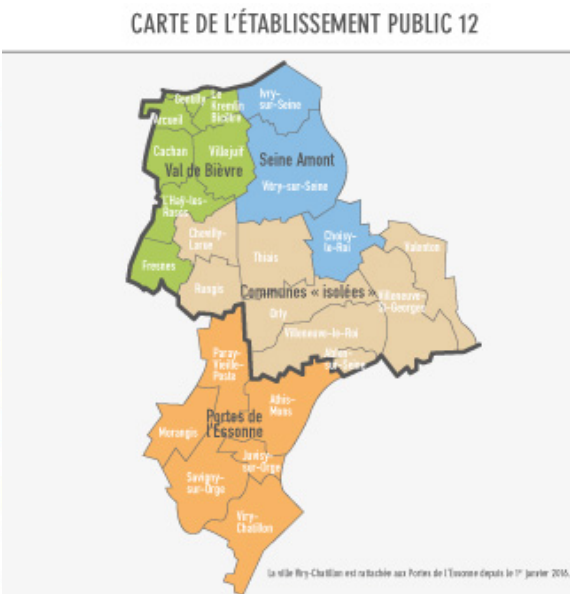
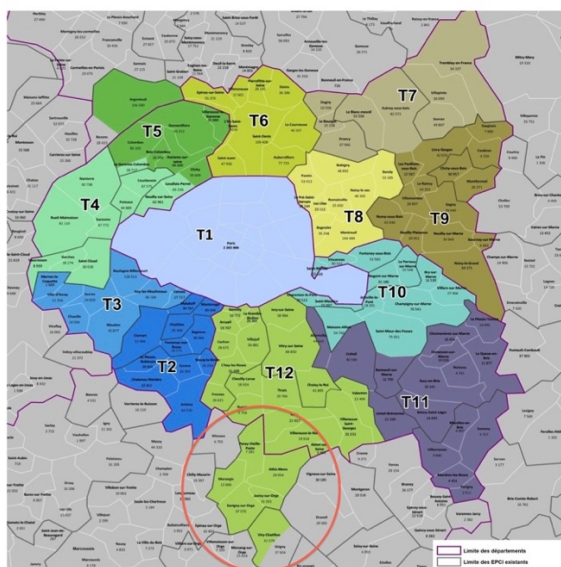
- à 50 mètres de la pharmacie partenaire
- à 1 km du laboratoire de biologie partenaire
- à 100 mètres de la mairie et de son Centre Communal d'Action Sociale
- à 50 mètres du foyer de résidence pour personnes âgées de la commune (Foyer Poizeaux)
- à 3.4 kms de la Mission Locale et du Pôle Écoute Rencontres Essonne Nord.
- à 2.5 kms de la Maison des Solidarités (MDS)
- à 2.5 kms de la clinique Jules Vallès
- à 3.1 kms de l'hôpital de Juvisy sur Orge
- à 7.1 kms de l'hôpital de Longjumeau



2.2.1 Établissement Public Territorial du Grand Orly-Seine-Bièvre

Dans le cadre de la mise en place de la métropole du Grand Paris, la loi portant la nouvelle organisation territoriale de la République du 7 août 2015 (Loi NOTRe) prévoit la création d'établissements publics territoriaux (EPT), qui regroupent l'ensemble des communes de la métropole à l'exception de Paris, et assurent des fonctions de proximité en matière de politique de la ville, d'équipements culturels, socioculturels, socio-éducatifs et sportifs, d'eau et

assainissement, de gestion des déchets ménagers et d'action sociale. Les EPT exercent également les compétences que les communes avaient transférées aux intercommunalités supprimées.



L'EPT, provisoirement dénommé « T12 » puis nommé « Grand-Orly Seine Bièvre », a été créé par un décret du 11 décembre 2015 et succède à plusieurs intercommunalités :

- Communauté d'agglomération Seine Amont, avec les 3 communes d'Ivry-sur-Seine, Choisy-le-Roi et Vitry-sur-Seine,
- Communauté d'agglomération Les Portes de l'Essonne, avec les 5 communes d'Athis-Mons, Juvisy-sur-Orge, Morangis, Paray-Vieille-Poste et Savigny-sur-Orge,
- Communauté d'agglomération Les Lacs de l'Essonne, avec 2 communes (Grigny et Viry-Châtillon); seule Viry-Châtillon intègre l'ETP 12, Grigny rejoignant la communauté d'agglomération Grand Paris Sud Seine Essonne Sénart (GPS),
- Communauté d'agglomération de Val de Bièvre, avec les 7 communes d'Arcueil, Cachan, Fresnes, Gentilly, L'Haÿ-les-Roses, Le Kremlin-Bicêtre et Villejuif.

Ainsi, depuis janvier 2016, la commune de Paray-Vieille-Poste est intégrée au territoire de l'établissement public territorial Grand-Orly Seine Bièvre. Et si son rayonnement, en termes de patientèle et de travail partenarial, reste essentiellement circonscrit à l'ancienne communauté d'agglomération des Portes de l'Essonne, il s'inscrit forcément et est impacté par les politiques, en matière de santé publique, appliquées à l'échelle de l'EPT 12.

2.3 Projet professionnel

2.3.1 Management de la structure

Direction de la Maison de Santé

La directrice (médecin généraliste) supervise les actions de coordination assurées par la secrétaire-coordinatrice et la cellule de coordination qui ont la charge d'organiser, animer et superviser les actions nécessaires au bon fonctionnement de la Maison de Santé. A savoir, sur les plans logistique, économique, financier, administratif et juridique mais également sur les plans des relations humaines, de la communication et en lien avec les prestataires de services.

Secrétaire-coordinatrice de la Maison de Santé

Durant les horaires d'ouverture, la secrétaire-coordinatrice assure les missions suivantes :

- accueil des patients et orientation au sein de la Maison de Santé
- régulation et traitement des demandes émises directement à la Maison de Santé (sans appel au télé-secretariat préalable)
- supervision des agendas et plannings des professionnels exerçant à la Maison de Santé
- co-animation de la coordination pluriprofessionnelle en lien avec la coordinatrice de l'Institution Hygie
- suivi de la gestion administrative, de la comptabilité et du personnel en lien avec le cabinet comptable et le prestataire en charge des budgets
- suivi logistique : gestion des locaux, des stocks et des commandes
- gestion des courriers et des dossiers médicaux (archivages)
- gestion des contrats de fonctionnement de la Maison de Santé et de l'ensemble des prestataires.

Composition de l'équipe

Conformément à l'esprit de l'Institution, la Maison de Santé est constituée d'une équipe pluridisciplinaire regroupant des professionnels libéraux issus des trois champs (organique, psychique, le social) qui constituent l'humain. Elle offre ainsi une réelle possibilité de prise en charge globale. Elle permet aussi que s'appliquent des concepts transversaux interdisciplinaires donnant lieu à une véritable coordination des professionnels et une continuité des parcours de santé. Ainsi exercent au sein de la Maison de Santé :

- trois médecins généralistes titulaires, deux médecins généralistes remplaçants, six infirmier(e)s, et un ostéopathe pour le champ organique,
- deux psychanalystes et une psychologue pour le champ psychique,
- la coordinatrice de l'Institut Hygie, ancienne travailleuse sociale, est référente du champ social au sein de la Maison de Santé, en partenariat avec les assistantes sociales du CCAS et les conseillères en insertion de la Mission Locale.

2.3.2 Organisation de la pluriprofessionnalité

La pratique collaborative au sein de la Maison de Santé, en lien avec les groupes de travail de l'institut, se décline selon différentes modalités :

Réunions de concertation et de coordination pluriprofessionnelles (RCCP)

La vocation de la Maison de Santé est de proposer à l'ensemble des usagers une prise en charge globale et un parcours d'aide ou de soin individualisé.

Ces réunions sont hebdomadaires et réunissent les compétences de l'ensemble de l'équipe de la Maison de Santé, complétée par l'expertise sociale d'une conseillère en insertion de la Mission Locale Nord Essonne et, une fois par mois, de celle d'une assistante sociale du CCAS de Paray-Vieille-Poste. Ainsi, le cadre pluri disciplinaire de ces réunions permet que soient traitées de nombreuses situations qui s'avèrent complexes et qui nécessitent l'expertise de l'équipe dans son ensemble. D'autres professionnels extérieurs à la Maison de Santé peuvent néanmoins être invités à participer à ces réunions pour traiter des situations de patients suivis en commun.

Chaque réunion fait l'objet d'une liste d'émargement et d'un compte-rendu anonymisé archivé, par la coordinatrice, au sein du système d'information partagé, dans le dossier du patient dont la situation a été abordée.

Les situations abordées pendant ces réunions concernent en particulier les thématiques prioritaires visées par l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI⁶) à savoir :

- affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable, troubles psychiques graves...,

⁶ L'ACI (remplace le règlement arbitral depuis le 20 avril 2017) est l'accord qui définit les relations entre les Maison de Santé et l'assurance maladie. Il a été signé par la majorité des syndicats pluriprofessionnels.

- pathologies chroniques nécessitant des soins itératifs et une intervention pluri-professionnelle permettant notamment de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle : lombalgies chroniques invalidantes, syndrome anxio-dépressif...,
- patients pour lesquels le risque iatrogénique ou l'équilibre thérapeutique nécessitent l'intervention concertée récurrente de plusieurs acteurs (pharmacien, biologiste, infirmier, médecin généraliste ou autre spécialiste...) : AVK, insulinothérapie...,
- patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés fragilisés (isolement, dénutrition...), plaies chroniques (escarres, ulcères veineux ou mixtes, plaies du diabétique), patients poly-pathologiques, soins palliatifs, suivi post-AVC...,
- patients obèses,
- grossesses à risque (pathologie sous-jacente, antécédents, grossesses multiples...) et grossesses évoluant dans un environnement psychosocial difficile (isolement, précarité, addictions...),
- pathologies dont la prise en charge est rendue complexe par l'association à des troubles psychiques, de troubles du comportement ou des difficultés sociales, maltraitance intra familiale.

Mise en place de consultations conjointes

Au sein de la Maison de Santé, des consultations conjointes sont organisées lorsque la prise en charge de patients le nécessite. Il peut s'agir de consultations médecin généraliste-infirmier, médecin généraliste-ostéopathe, médecin généraliste-psychologue, médecin généraliste psychanalyste... etc. Ce travail conjoint permet une réponse précise à un besoin de soins spécifique chez un patient et la mise en œuvre d'une prise en charge coordonnée.

Mise en œuvre de protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours

La démarche d'élaboration de chaque protocole s'appuie sur un groupe de travail pluriprofessionnel, constitué de praticiens de la Maison de Santé, mais également d'invités extérieurs. L'évaluation de chaque protocole est réalisée au travers de questionnaires et lors d'une réunion annuelle. Elle se base sur les indicateurs définis par chaque protocole.

Mise en œuvre de missions de santé publique

Les missions de santé publique sont des actions de prévention, d'éducation et de promotion de la santé ainsi que des actions d'éducation thérapeutique. Elles sont définies par les Agences régionales de Santé.

Deux missions de santé publique sont actuellement déployées au sein de la Maison de Santé :

- dépistage et prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent,
- amélioration de la couverture vaccinale.

D'autres projets à visée de santé publique sont en cours de développement (voire 4.5.3 Projets de développement).

2.3.3 Système d'information

Mise en œuvre d'un système d'information partagé

Le système d'information utilisé est le logiciel WEDA, logiciel labellisé par l'ASIP. Il a vocation à être utilisé par l'ensemble des professionnels de la Maison de Santé impliqués dans la prise en charge des patients autour d'un dossier patient partagé respectant les règles d'identification et de confidentialité prévues par la réglementation en cours.

Il est accessible sur place au sein de la Maison de Santé et à distance lors des visites à domicile. Le système permet un codage des données médico-sociales et une extraction de celles-ci pour constituer une base de données en vue de la recherche dans les domaines de la santé, donc de l'aide et du soin, de l'évaluation des pratiques individuelles et collectives (et ainsi de la prise en charge elle-même) et de la réalisation d'études sur la patientèle.

Les patients sont informés du partage des données les concernant (communication faite par voie d'affichage et oralement par le praticien).

Un des médecins est plus particulièrement investi dans la gestion du système d'information. Il est le référent pour les codages utilisables en fonction de l'objectif recherché et pour l'extraction de données en fonction des axes du projet de santé (pathologies, missions de santé publique, actes, données sociales...).

2.4 Développement professionnel continu et démarche qualité

Développement professionnel continu (DPC)

Le développement professionnel continu constitue pour les professionnels de la maison de santé un des aspects de la démarche qualité. Au sein de la Maison de santé, il est mis en œuvre à plusieurs niveaux :

- Parce que nombre de professionnels de la MSP sont Maîtres de stages, notamment universitaires, et bénéficient à ce titre de formations dédiées
- Par la présence d'étudiants, en médecine, en psychologie, infirmiers et psychanalystes, au sein même de l'équipe de la Maison de Santé. Ce qui oblige les professionnels à tenir à jour leurs connaissances dans leurs domaines d'intervention
- Par la participation des professionnels de la MSP et des étudiants aux groupes de travail de l'Institut lieu de formation et d'élaboration de nouveaux protocoles et de nouvelles procédures à partir d'une actualisation des connaissances validées par l'HAS et l'université. Par ailleurs, nous verrons plus loin que la volonté de l'Institut est de se constituer en centre de formation DPC.

Démarche qualité

La démarche qualité est un projet mené par la Fédération des Maisons et Pôles de Santé d'Ile-de-France, ainsi que l'Agence Régionale de Santé. L'idée de ce projet pilote de démarche qualité est de pouvoir produire de l'auto-évaluation dans les Maisons de Santé et les Centres de santé.

En participant à cette démarche, la Maison de Santé souhaite également être en capacité de montrer la qualité de l'offre de soins délivrée et donc d'évaluer les bénéficiaires à travailler de manière coordonnée par rapport aux anciens modes d'exercice, soit l'augmentation de l'efficacité pour les patients, professionnels et partenaires.

Deux axes d'évaluation ont été plus particulièrement envisagés par les professionnels de la Maison de Santé de Paray en lien avec l'Institut :

- évaluation de l'efficacité opérationnelle (fonctionnement, organisation, activités de la Maison de Santé) : composition de l'équipe, vie de l'équipe, activités de soins, groupes de travail, missions de santé publique, protocoles pluriprofessionnels, rencontres partenariales, RCCP, stratégie de développement, ambitions, projets à venir,

- évaluation de la cohésion sociale : adhésion et partage d'une culture, de valeurs fondamentales, échelle de perception du soutien social pour les professionnels de la Maison de Santé, les partenaires et les patients.

La Maison de Santé envisage ainsi d'élaborer un rapport d'activité annuel qui reflète son organisation, ses évolutions, l'analyse de la perception du soutien social afin d'accroître sa vision globale et de pouvoir envisager les actions à mettre en œuvre.

2.5 Accueil des étudiants et recherche

Grâce aux partenariats mis en place par l'Institution Hygie et aux groupes de travail de l'Institut, la Maison de Santé accueille et forme :

- des **étudiants en médecine générale**

Trois des médecins généralistes sont maîtres de stages universitaires attachés à l'Université Paris Sud-Kremlin Bicêtre et accueillent neuf internes de 3ème cycle en médecine générale par an. En 2019 un quatrième médecin généraliste deviendra maître de stage et accueillera quatre externes de 2nd cycle en médecine générale par an.

- des **stagiaires infirmiers**

Entre 10 et 21 étudiants à l'IFSI de Longjumeau sont accueillis tout au long de l'année par les infirmiers libéraux

- des **élèves psychanalystes**

En partenariat avec l'association Espace analytique, des élèves psychanalystes assistent à des consultations de médecine générale et participent aux groupes de travail de l'Institut. Quand son cursus le permet le stagiaire peut, dans le cadre de son stage et sous la supervision d'un psychanalyste exerçant au sein de la Maison de Santé, conduire gracieusement auprès des patients qui en émettent le besoin, des entretiens préliminaires permettant de poser un diagnostic sur le plan psychique et d'orienter ensuite vers les professionnels ressources.

- des **stagiaires en psychologie**

En partenariat avec l'UFR des Sciences humaines cliniques de l'université Paris Diderot-Paris7 des étudiants en psychologie, au niveau master de leur cursus, peuvent également, lorsque l'évolution du stage le permet et sous la supervision d'un psychanalyste de la Maison de Santé

et du psychologue maître de stage, mener gratuitement des entretiens psychothérapeutiques avec des patients qui en font la demande mais qui n'ont pas les moyens financiers pour consulter un psychologue libéral.

2.6 Organisation de la prise en charge

2.6.1 Accès aux soins

L'accès aux soins est garanti par la mise en œuvre de différents moyens et procédures.

Accessibilité financière

Professionnels de secteur 1

Tous les professionnels de santé conventionnés exerçant au sein de la Maison de Santé s'engagent à ne pas pratiquer de dépassements d'honoraires.

Pratique du tiers-payant

Tous les professionnels conventionnés de la Maison de Santé pratiquent le tiers-payant.

Offre de prises en charge psychologique gratuites

Il est mis à disposition des patients/usagers de la MSP des prises en charges psychologiques gratuites, assurées par les étudiants en master de psychologie et par les élèves psychanalystes, dans le cadre de leur stage sous la supervision de leur maître de stage et d'un psychanalyste de la Maison de Santé

Diversité des professionnels et des soins

Actes de gynécologie et de pédiatrie

Les médecins généralistes de la Maison de Santé assurent de nombreux actes de gynécologie et de pédiatrie courants (consultations de contraception, de suivi de grossesse, divers actes techniques, suivi des nouveau-nés, nourrissons et enfants) assurant ainsi un accès de proximité sans dépassement d'honoraires à ces spécialités qui manquent sur le territoire.

Prise en charge des souffrances psychiques

Grâce à la présence de deux psychanalystes, d'une psychologue et de leurs stagiaires, les patients qui en ont besoin peuvent bénéficier d'un soutien et/ou d'un suivi psychothérapeutique au sein de la Maison de Santé et à domicile.

Soins infirmiers

L'équipe d'infirmiers de la Maison de Santé assure des permanences dans les locaux ainsi que des visites à domiciles pour les soins courants et l'application des prescriptions médicales.

Soins d'ostéopathie

Un ostéopathe assure, dans les locaux et à domicile, une prise en charge sur le plan organique des patients dont la situation le nécessite.

Accompagnement social

Lorsque la situation de certains patients de la Maison de Santé le nécessite, un accompagnement sur le plan social peut être assuré en partenariat avec le Centre Communal d'Action Sociale de Paray-Vieille-Poste et la Mission Locale Nord-Essonne. La continuité de la prise en charge peut ainsi être assurée par des assistantes sociales et/ou des conseillères en insertion sociale et professionnelle.

Accessibilité des locaux

Accessibilité aux personnes à mobilité réduite

La construction de la maison de santé pluridisciplinaire intègre les exigences de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 relatif à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap.

Implantation géographique centrale et pertinente

L'implantation de la Maison de Santé au cœur du centre-ville assure son accessibilité géographique avec notamment :

- un réseau de transports en commun dense à proximité,
- l'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite via l'aide au transport mise en place par la commune,
- le développement des voies d'accès cyclistes et des places de stationnement par la commune dans le cadre de son nouveau Plan Local d'Urbanisme, avec la volonté de créer un hyper-centre-ville dont fait partie la Maison de Santé.

2.6.2 Modalités d'accueil et de prise de rendez-vous

Les patients qui souhaitent prendre un rendez-vous avec un ou plusieurs praticiens de la Maison de Santé peuvent le faire :

- via la secrétaire-coordinatrice sur place,
- via une plateforme téléphonique de télé-secretariat accessible de 8 heures à 20 heures en semaine et de 8 heures à 13 heures le samedi,
- via un agenda en ligne (Doctolib) accessible sur internet, gratuitement pour les usagers, 7j/7 et 24h/24 permettant aux patients de programmer leurs rendez-vous eux-mêmes.

2.6.3 Continuité des soins

Amplitude horaire élargie

La Maison de Santé accueille les patients de 8 heures à 20 heures en semaine et le samedi matin de 8 heures à 12 heures minimum.

De plus, tout au long de l'année, les professionnels s'organisent pour assurer les consultations même en période de congés scolaires (fermeture uniquement les dimanches et les jours fériés). L'équipe infirmière assure les soins à domicile de manière continue (horaires élargis, dimanche et jours fériés).

Les médecins généralistes articulent leurs horaires avec ceux du système de permanence des soins ambulatoires existant pour assurer une pleine continuité.

Visites à domicile

Des visites à domicile sont organisées dès que l'état de santé d'un patient le nécessite : consultations de médecine générale, soins infirmiers, soins d'ostéopathie, entretiens psychothérapeutiques... Mais aussi des consultations conjointes médecins-assistantes sociales, médecins-infirmiers, médecin-SSIAD, médecins-réseau de soins palliatifs-SSIAD, Médecin-aide-ménagère, médecin-assistante sociale-infirmier... Bien sûr, les aidants et/ou la famille peuvent aussi participer à ces consultations permettant ainsi que se constitue une véritable coordination des aides et des soins autour du patients/usager en situation souvent extrêmement vulnérable.

Accès quotidien aux soins non programmés

Consultations de médecine générale

Les médecins généralistes s'organisent pour proposer chaque jour des consultations non programmées aux patients et ce, depuis l'ouverture de la Maison de Santé en septembre 2015. D'ailleurs, un agenda spécifique est dédié aux consultations non programmées.

Depuis octobre 2017, une cellule renforcée de gestion des soins non programmés a été mise en place avec l'accord et la validation de l'Ordre des médecins aux demandes de dérogations exceptionnelles suivantes concernant les remplacements en médecine générale :

- autorisation pour chaque médecin à être remplacé chacun quatre demi-journées au lieu de trois,
- autorisation à continuer à exercer (en visites à domicile) tout en étant remplacé.

Ainsi la cellule de gestion des soins non programmés est composée de trois médecins séniors (pour la supervision des internes), deux médecins remplaçants et trois internes en médecine générale, assurant la gestion de 25 à 35 situations de soins non programmés par jour. Cette cellule sera encore renforcée à partir de septembre 2018 grâce à la création de deux bureaux supplémentaires et à l'accueil d'internes supplémentaires. Cela permettra, chaque jour, qu'un médecin sénior et un à deux internes dédient leur activité à la gestion des soins non programmés (soit 25 à 50 situations gérables/jour)

Permanence infirmière

L'équipe d'infirmiers met en place, depuis fin 2017, une permanence au sein de la Maison de Santé pour la prise en charge des soins infirmiers non-programmés, la réalisation des prélèvements sanguins et urgents nécessaires et la vaccination de toute personne se présentant avec une prescription.

Une montée en charge progressive est prévue pour parvenir, fin 2018, à l'instauration d'une permanence infirmière quotidienne.

2.7 Qualité de la prise en charge

La qualité de la prise en charge est assurée notamment par l'originalité du projet de santé qui repose sur une prise en charge globale des patients et un parcours d'aide et de soins individualisé tenant compte des dimensions organique, psychique et sociale. En effet, le fait de se sentir en bonne santé ne se résume pas à être exempt de maladie. C'est tout l'esprit et l'ambition de l'Institution Hygie qui sont mis en pratique quotidiennement au sein de l'Institut Hygie (lieu de formation, recherche et transmission) et de la Maison de Santé (lieu de soins).

En accord avec le présent projet, de nombreuses démarches sont mises en œuvre pour garantir et améliorer continuellement la qualité de la prise en charge des patients.

2.7.1 Coordination et coopération externes

Les professionnels de la Maison de Santé, compte tenu de leur implication sur le territoire et grâce à l'Institution Hygie, entretiennent des rapports et partenariats avec de nombreux acteurs institutionnels, de santé et services sociaux du territoire :

- Mairie de Paray-Vieille-Poste
 - CCAS de Paray-Vieille-Poste : prise en charge sociale des patients âgés en difficulté
 - EHPAD de Morangis : vaccination, AVK, soins palliatifs, soins non-programmés
 - pôle Petite enfance Paray-Vieille-Poste : visite d'admission des nourrissons de moins de trois mois, vaccination, validation des PAI (Plan d'Accueil Individualisé), analyse des situations complexes en coordination avec les équipes des crèches
 - partenariat avec un pneumologue (Savigny-sur-Orge) et un cardiologue (Athis-Mons) qui dédient une 1/2 journée par semaine à l'accueil des patients de la Maison de Santé. Ils mettent également à disposition des professionnels de santé leur numéro de portable pour les situations urgentes ou pour des avis en temps réel concernant certaines prises en charge qui le nécessite.
 - autres professionnels libéraux du territoire (notamment dans le cadre du projet de CPTS)
 - laboratoires d'analyse médicale, cabinets de radiologie, hôpitaux, cabinets libéraux de spécialistes : utilisation de messageries sécurisées pour la transmission des données médicales des patients de la Maison de Santé (MS Santé, Apicrypt, WEDA exchange)
 - Hôpital de Juvisy : coordination ville-hôpital pour organiser les hospitalisations directes sans passage par les urgences
 - Réseau pluri-thématique NEPALE : notamment pour les soins palliatifs
 - Réseau REPOP : pour les enfants en situation d'obésité
 - Université Paris Sud-Kremlin Bicêtre : pour l'accueil d'internes en médecine générale
 - IFSI de Longjumeau
 - AP-HP Projet médecins partenaires : lignes téléphoniques dédiées pour avis spécialisés séniorisés
 - Association Espace analytique : accueil de stagiaires psychanalystes et lieu de tenue des séminaires
 - Université Paris Diderot-Paris 7 : accueil de stagiaires psychologues.
- D'autres partenariats seront développés dans le cadre des différents projets à venir.

2.8 Nouveaux services innovants

2.8.1 [Télé-expertise en dermatologie](#)

Les professionnels de la Maison de Santé participent depuis octobre 2017 à une expérimentation de télé-expertise en dermatologie avec l'Hôpital Henri Mondor grâce à l'utilisation du logiciel Tel'derm dans le cadre du projet « Médecins partenaires » mené par l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris.

Ce projet fait suite à un besoin d'avis dermatologiques en premier recours sous-tendu par une augmentation perpétuelle du nombre de passages en consultation de dermatologie « urgence » (plus de 20 000 consultants en 2016) dans le service de l'hôpital Henri Mondor.

Le programme Tel'derm a permis une structuration des adressages de certains services d'urgences ou ne disposant pas de dermatologues pour mettre en place des filières. Le volet s'ouvrant à la médecine ambulatoire propose d'ouvrir un périmètre aux médecins de ville tout en permettant de structurer une filière autour du praticien.

La démarche proposée est une démarche « bottom top » et centrée sur les usages qui permettra parallèlement de prendre en compte dans la filière les dermatologues libéraux avec lesquels la Maison de Santé déclare travailler afin de leur proposer une interaction directe avec Tel'derm, à savoir le partage des comptes-rendus et données sur les patients nécessitant une consultation présenteielle en ville.

2.8.2 [Projet « médecins partenaires »](#)

La Maison de Santé participe au projet APHP "médecins partenaires". L'assistance publique des hôpitaux de Paris met à disposition des médecins de la Maison de Santé un annuaire de lignes dédiées aux médecins de ville pour joindre directement au sein des hôpitaux des médecins séniors spécialistes pour avis directs sur des situations complexes. Cet annuaire est à la disposition de tous les médecins de la Maison de Santé sur un dossier en ligne partagé.

3. INSTITUT DE FORMATION PLURIDISCIPLINAIRE

3.1 Fiche d'identité de la structure

Nom du site : Institut de formation pluridisciplinaire

Statut juridique : Association Loi 1901

Association porteuse du projet : INSTITUTION HYGIE

N° SIRET : 789 145 166 00011

Code APE : 9499z

Numéro RNA (Répertoire National des Institutions) : W913004485

Date de prise d'activité : 20/09/2012

Adresse du siège social : 91 Avenue d'Alsace Lorraine, 91550 PARAY-VIEILLE-POSTE

Interlocuteurs référents :

Dr Marie-Laure SALVIATO, psychanalyste et médecin généraliste : dr.salviato@gmail.com - 06.61.67.32.78

Dr Céline GONCALVES, médecin généraliste : docteurgoncalves@yahoo.fr - 06.24.75.02.16

Mail : msp.paray@yahoo.fr - hygie.asso@gmail.com - dr.salviato@gmail.com

3.2 Territoire d'implantation

Les groupes de travail organisés au sein de l'Institut concernent le tissu social du territoire bien au-delà des murs de la seule Maison de Santé. En effet, participent à ces groupes de travail de nombreux acteurs, partenaires extérieurs, institutionnels ou libéraux. Ils sont actuellement de Paris et de la région parisienne dont notamment l'EPT12. Néanmoins les concepts véhiculés par l'Institution via sa Maison de Santé et son Institut n'ont pas vocation à se cantonner à une région mais plutôt à s'étendre à tous ceux qui en partagent l'Esprit.

3.3 Projet professionnel

3.3.1 Direction de l'Institut

La directrice (médecin généraliste et psychanalyste) supervise les actions de coordination assurée par la coordinatrice de l'Institut et la cellule de coordination ainsi que le maintien de leur inscription dans l'Esprit de l'Institution.

Elle développe les partenariats extérieurs en lien avec le comité stratégique et scientifique.

3.3.2 Coordinatrice de l'Institution Hygie

Elle assure la mise en œuvre du projet de santé à travers l'organisation des groupes de travail et le développement des partenariats extérieurs. Elle participe activement à la démarche qualité.

3.3.3 L'équipe des participants

Ce sont tous des professionnels de l'aide et du soin, ils exercent en libéral ou sont membres d'institution partenaires de l'Institution Hygie. Ils occupent les fonctions de :

- enseignants, éducateurs spécialisés, assistantes sociales, conseillers en insertion professionnelle, directrice de crèche...
- psychologues libéraux, psychologues institutionnels, psychanalystes, élèves psychanalystes et étudiants en psychanalyse ...
- médecins généralistes, médecins spécialistes libéraux et hospitaliers, infirmiers, ostéopathes, orthophonistes, pharmaciens, diététiciennes...

3.4 Programme

Pour que la vocation de l'Institution Hygie et son Projet de Santé se constituent légitimement et authentiquement, il est nécessaire qu'une réflexion collective soit menée par ceux qui en prennent la responsabilité. C'est à ce prix que les professionnels de l'aide et du soin ne seront pas réduits à de simples techniciens aux interventions successives, séquentielles et morcelantes.

C'est dans cet Esprit que cet Institut a été créé. C'est un lieu où l'on pense sa pratique en permanence de telle sorte de ne pouvoir en perdre le sens. C'est une exigence liminaire pour garantir la fidélité à l'esprit hippocratique de notre Institution. L'Institut a donc pour vocation de permettre de penser les pratiques qui participeraient au projet de santé de l'Institution Hygie et de sa Maison de Santé. Il s'agit donc, non seulement de coordonner les différentes disciplines mises en œuvre dans la Maison de Santé, mais surtout de les inscrire dans un cadre « anthropologique » commun.

Cet Institut qui a pour projet la recherche, la transmission, et la formation est constitué de trois pôles dont chacun représente un constituant de la nature humaine :

Le pôle Organique

Son domaine d'intervention est donc bien sûr l'organisme et tous les appareils qui le composent mais aussi le corps à travers lequel toutes sortes de souffrances s'expriment, aussi bien psychiques que sociales.

Le pôle Psychique

L'appareil psychique est une fonction neuro cérébrale adaptative spécifiquement humaine qui se met en place en même temps que l'appareil à langage et dont les ratés de la structuration donnent lieu à des maladies psychiques. La clinique psychanalytique structurale nous permet d'identifier et de poser des diagnostics de maladies psychiques qui nous sont données à voir dans les trois champs.

Le pôle Social

Tout collectif est structuré par une culture constituée de structures symboliques inconscientes.

Bien sûr dans la réalité humaine ces trois dimensions interfèrent et interagissent en permanence comme tout système biologique. Cette organisation en trois pôles procède d'une nécessité d'approcher chaque phénomène étudié dans son champ spécifique de manière la plus objective (rationnelle, si ce n'est scientifique) qui soit. C'est à cette condition que l'on évite les dérives syncrétiques si courantes dès lors que l'on s'inscrit dans une démarche réputée holistique.

Ainsi au travers de ses activités, l'Institut

- réunit les conditions d'élaboration d'une culture commune au sein de la Maison de Santé de Paray,
- réunit également les conditions d'élaboration d'une culture commune entre la Maison de Santé et ses partenaires extérieurs,
- participe à la constitution d'une culture commune sur le territoire et produit de la coordination entre les différents partenaires qui habituellement ne se rencontrent jamais, condition indispensable pour que puisse s'inscrire une véritable continuité dans les parcours de santé,
- constitue un maillage entre l'institutionnel et l'ambulatoire gage ultérieur d'efficacité et de qualité du travail des uns et du parcours de santé des autres.

3.4.1 Groupes de travail 2018

	Pôle organique	Pôle psychique	Pôle social
Recherche	- Groupe <i>Prescription de psychotropes et maladies psychiques</i>	- Séminaire de Marc Lebailly : « <i>L'Acte psychanalytique</i> »	- Groupe <i>Equipe d'intervention à domicile</i>
Transmission	- Groupe de <i>pairs médecins</i> - Groupe de <i>pairs infirmiers</i>	- Groupe <i>pluridisciplinaire d'échange et d'analyse des pratiques</i> d'inspiration Balint - Groupe de <i>pairs psychistes</i>	- Réunion de <i>Concertation et de Coordination Pluriprofessionnelle = RCCP</i> - Réunion de <i>Concertation Professionnelle Médecins-infirmiers = RCP</i> - Réunion d' <i>équipe MSP</i>
Formation	- Groupe <i>Elaboration de protocoles pluri-professionnels de soins de premiers recours</i>	- Groupe <i>Clinique sur le diagnostic de dysfonctionnements psychiques</i>	- Groupe <i>Différencier souffrance psychique / souffrance sociale</i> - Groupe <i>Petite enfance</i>

cf. annexe n° 3 : programme complet et fiches de l'Institut

3.4.2 Trois fonctions distinctes de responsabilité au sein d'un groupe

Chaque groupe de travail repose sur l'investissement des membres de l'Institution Hygie dont certains, outre leur participation active aux groupes de travail, ont pris des responsabilités spécifiques au sein d'un groupe :

- **référent/animateur** : chargé de véhiculer l'« esprit » du groupe, de choisir les thématiques, de désigner les partenaires à mobiliser, de communiquer les informations nécessaires à la coordination et, si nécessaire (si pas d'intervenant spécifique chargé d'établir le compte-rendu) d'établir les comptes-rendus de chaque séance. Chargé de mener le déroulement de la réunion en elle-même et de gérer la dynamique du groupe, les temps de parole, etc. Il a également un rôle de modérateur, c'est-à-dire de permettre que se constituent des procédures collectives propres à dépasser les procès repérés comme des dysfonctionnements singuliers.

- **rédacteur des comptes-rendus** : selon ce qui est défini par le référent, il peut s'agir du professionnel qui présente une situation ou d'un secrétaire désigné pour un groupe de travail en particulier.

- **coordinateur** : rôle de diffusion de toutes les informations liées à la tenue, à la préparation et aux suites des réunions de groupe (mailing, tenue de l'agenda, gestion des feuilles d'émargement, recueil des comptes-rendus, archivage, mobilisation des invités extérieurs...). Assuré par la coordinatrice de l'Institut.

4. CONCLUSION

Née seulement de la volonté de professionnels de terrain, l'Institution Hygie est devenue progressivement, dans un contexte de basculement de la politique de la Santé de l'hôpital vers l'ambulatoire, un nouveau modèle social. Son esprit est partagé par tous les professionnels de l'aide et du soin et ses nouveaux outils transversaux lui permettent non seulement de renouer avec la tradition hippocratique et d'améliorer la qualité des aides et des soins mais aussi de produire de la coordination et ce faisant de redonner sens tant aux pratiques professionnelles qu'au parcours de santé des patients/usagers. Cela accroît l'accès égalitaire aux aides et aux soins, notamment pour les plus démunis et permet à ce lieu de recherche et de formation d'être attractif pour les jeunes générations de professionnels.

Incontestablement l'Institution Hygie, en remplissant ces missions de service public, est devenue un des éléments structurant du territoire sur lequel elle est implantée. C'est donc, tout naturellement à elle que revient le rôle d'initier la constitution d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) laquelle continuera de contribuer à la réduction des inégalités territoriales en matière d'accès aux aides et aux soins et participera à la cohésion sociale sur le territoire.

ANNEXES

5.1 Annexe 1 : « Pour un esprit de l'Institution Hygie »

POUR UN ESPRIT DE L'INSTITUTION HYGIE

Marc Lebailly

Février 2017

INSTITUTION HYGIE, MAISON DE SANTÉ ET INSTITUT

- **"La Santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité"**. Ainsi défini par l'OMS, le concept même de santé est bien global et sa prise en charge concerne aussi bien le champ organique que les champs psychique et social. Cet état de santé résultant de la dynamique de ces trois registres est la condition nécessaire et suffisante pour permettre l'adaptation permanente d'une personne à son environnement. C'est dire que cette adaptation n'est jamais définitivement acquise et qu'elle résulte d'une transformation continue de la personne tout au long de sa vie. Dès avant sa naissance et jusqu'à sa mort. Il faut donc faire prendre conscience de cette réalité pour que chacun puisse être attentif aux différentes perturbations qui pourraient nuire à cet état de Santé. Dans cette perspective, la pratique de la Médecine Générale du XXIème siècle renoue avec la médecine hippocratique de l'antiquité gréco-romaine dont l'origine remonte au Vème siècle avant J.C. En effet, le médecin généraliste, en tant que médecin traitant, a la charge non seulement de prévenir et de traiter les maladies organiques mais de veiller autant que faire se peut à permettre à ses patients de conserver ou de recouvrir un état global de Santé (prise en charge globale de la complexité) tel que défini par l'OMS. Dans cette perspective il doit être en mesure de percevoir et de diagnostiquer des dysfonctionnements, tant sociaux que psychiques, qui affectent les personnes qui le consultent de telle sorte de les orienter vers les praticiens qui peuvent les prendre en charge dans des domaines pour lesquels il n'a, malheureusement, pas été formé.
- On pourrait dire que ces nouvelles orientations sont en fait une « révolution » c'est-à-dire un retour à la vocation hippocratique de la médecine générale. Car il est toujours bon de rappeler que les principes, à la fois éthiques et techniques de l'acte médical, remontent, quoiqu'on le veuille, à cette époque. Il faut se souvenir qu'Hippocrate avait déjà une attitude scientifique. C'est lui qui décrète que les maladies ne sont pas causées par les Dieux et que la médecine se distingue de la philosophie. De plus, au-delà du champ matérialiste qu'il dédie à la médecine, il situe le déploiement de son acte dans le contexte de l'existence globale du patient. En effet, il estime, qu'au-delà du *primum non nocere*, encore présent dans l'engagement des médecins actuels, le respect dû au patient est essentiel et, qu'à ce titre, il faut que le praticien ait une écoute globale (psychique, organique et sociale). Il centre donc son action autour de la difficulté du "vivre" existentielle de ses patients et non pas seulement

sur la guérison symptomatique des maladies dont ils souffrent. C'est pourquoi sa pratique est à la fois holistique et préventive. Prévention fondée sur l'hygiène et la diététique. En effet, il considère que l'organisme humain a des capacités d'auto-guérison et que la nature a un pouvoir d'auto-régénération pourvu qu'on l'y aide éventuellement par le recours à des médicaments. Car Hippocrate avait une certaine méfiance vis-à-vis des médicaments de son époque. Position qui ne l'a pas empêché de poser les trois temps de l'acte médical : diagnostic, prescription, pronostic. On voit bien que la révolution de la Médecine Générale consiste tout uniment à un retour aux principes et aux intentions établies par Hippocrate cinq siècles avant notre ère.

- Il n'est pas sûr que les pouvoirs publics aient pris la véritable dimension de cette révolution hippocratique. Ainsi aujourd'hui voulant mettre le Médecin Généraliste au centre de cette problématique, ils édictent un Référentiel Métier qui se réduit à « six compétences » principales censées lui permettre de remplir les tâches que la société exige de lui. Qu'on en juge :
 - Relation communication dans une perspective **d'approche centrée patient**
 - Prise en charge globale de la complexité
 - Education, prévention, dépistage, Santé au niveau individuel et communautaire
 - Soins de premiers recours, gestion de l'incertitude et organisation pour faire face à des urgences
 - Continuité des soins, suivi et coordination des soins autour du patient
 - Professionnalisme

Ces exigences s'avèrent hétérogènes et si elles dénotent la volonté d'étendre la pratique du médecin généraliste à des responsabilités autres que celles qui ont trait à l'approche des maladies, elles sont passablement indigentes en regard des enjeux que la problématique de la Santé soulève. Il est donc nécessaire, si on veut donner un « sens » autre qu'impératif, de proposer des présupposés « anthropologiques » qui pourraient apporter une consistance à cette nouvelle orientation et ces nouvelles responsabilités données à la Médecine Générale. Car à s'en tenir à ces injonctions on ne peut que constater que l'on demande aux praticiens de transformer leur pratique, de l'étendre à d'autres domaines que la maladie, tout en restant dans le cadre d'un idéal technique pseudo scientifique. Or cette révolution hippocratique va à l'inverse de l'Esprit dans lequel les médecins généralistes sont formés. Il est clair que la médecine scientifique a réellement contribué à accroître la durée de la vie et à réduire la morbidité donc indirectement à améliorer la qualité de vie des patients. Mais le risque de cette formation est de vider la pratique de son humanisme et de faire perdurer une position hégémonique du médecin vis-à-vis des pratiques de soins et d'aides connexes, seul habilité et légitime à traiter des maladies (donc de la santé) à l'exclusion de tout autre.

- Cette approche holistique n'est plus le fait comme du temps d'Hippocrate, et jusqu'à la première moitié du vingtième siècle, du seul médecin généraliste. De fait elle mobilise à présent un réseau de praticiens qui sont généralement considérés comme des auxiliaires du médecin généraliste. Car la Santé réelle est globale et mobilise aussi bien les professionnels de l'Aide (éducateurs, enseignants, psychologues, conseillers d'orientation, assistantes sociales, psychanalystes...) que ceux du Soin (infirmières, orthophonistes, médecins, kinésithérapeutes, ostéopathes, pharmaciens, aides-soignantes sages-femmes...). Dans cette approche actuelle de la Santé, certains professionnels dont les disciplines sont complémentaires, se regroupent, soit au sein de cabinets de groupe soit, parce que n'exerçant pas dans le même lieu, en réseau. Ces initiatives pourraient apparaître, dans leur configuration pluridisciplinaire, comme un moyen liminaire d'assurer cette prise en charge globale. La complémentarité des spécialités semble en être garante. Mais ce n'est qu'une

apparence car cette motivation liminaire n'est pas toujours inscrite au fronton des réseaux et des cabinets de groupe. En fait il s'agit seulement, au mieux, d'assurer une continuité « factice » des soins. En réalité les motivations pour les deux types de fonctionnement sont les mêmes : affinités électives amicales, estime professionnelle réciproque, intérêt de captation et de fidélisation de patientèle, rationalisation des frais dans le cas d'un cabinet de groupe (dont le fonctionnement est la plupart du temps régi par une société professionnelle de moyens). Toutes choses parfaitement estimables, y compris l'aspect de gestion de patientèle et d'optimisation économique des lieux d'exploitation, puisque, tout aussi bien, ces professions s'inscrivent dans le cadre d'une pratique libérale. Il y aurait un début de pratique collective (et donc de continuité des soins) si les praticiens avaient la volonté d'échanger véritablement sur la problématique de Santé (et non pas sur le symptôme ou la maladie) de la personne dont ils ont la charge. Or, cette volonté d'échanger véritablement est rarement mise en œuvre. La plupart du temps, cela se borne à faire, pour le confrère, une présentation écrite restreinte que le patient donne au praticien vers lequel il a été orienté. C'est la tradition. En tout état de cause, même s'il y a un échange réel entre deux praticiens impliqués dans le traitement d'un même patient, cela ne constitue pas, à proprement parler, une pratique collective. Il s'agit d'une relation duelle. Il n'y a donc pas de véritable novation sur le plan de la collaboration professionnelle que ce soit en réseau ou en cabinet de groupe. Il faut prendre conscience que ces organisations fonctionnelles ne garantissent en aucun cas l'instauration d'une approche hippocratique de la Santé. C'est-à-dire que la prise en charge collective, quoiqu'apparente n'est pas effective. Loin s'en faut. Elle est, non seulement séquentielle, mais morcelée et morcelante rajoutant de la souffrance à la souffrance. Si on voulait être caricatural on pourrait dire que cette approche de la personne malade relève d'une démarche que l'on pourrait qualifier de néo-tayloriste où le patient parcourt la chaîne des praticiens. Ce néo-taylorisme médical est du à une approche toujours plus technique des modes d'intervention. D'ailleurs, les patients ressentent parfois cette pratique comme s'ils étaient considérés comme des objets de soins qui passent de mains en mains, même si on s'efforce de leur expliquer pourquoi ils sont orientés vers tel ou tel autre praticien. Tout se passe comme s'il y avait une contradiction entre le ressenti du patient et l'intervention qui se veut positive de la part du professionnel qui en prescrit un autre. Il y a la une méconnaissance fondée justement sur l'idéal de la science qui tend à réduire l'homme malade ou souffrant à un dysfonctionnement et opère ainsi un déni de ce qui se joue, tant d'un point de vue ethnologique que psychique, dans la relation médecin-malade.

Il faut reconnaître que ce dispositif de fonctionnement, s'il est largement déterminé par la formation des médecins, concerne aussi l'évolution vers une spécialisation toujours plus poussée des professions paramédicales libérales. Ces formations engendrent une posture qui oblige à la pratique individualiste solitaire et, pour finir, à l'isolement. **La posture du praticien que lui impose le statut libéral s'inscrit comme un empêchement majeur à une pratique collective hippocratique.** Ce praticien libéral, quelle que soit sa spécialité, une fois l'autorisation légale que lui confèrent les études et les diplômes qui la sanctionne, est dans la capacité d'exercer sa spécialité en toute autonomie, sans avoir à se référer à quiconque. Sa responsabilité (de moyens quand il s'agit de professions médicales ou paramédicales) est entière. Et cette spécificité est tout à fait perçue par les patients.

- Par ailleurs, on enjoint aux médecins d'avoir une pratique « centrée patient ». Cette injonction, se réduit à préconiser de se familiariser avec les techniques de communication. C'est la seule innovation que certaines facultés leur proposent et qui consiste à acquérir des techniques de communication mises au point par nos très pragmatiques cousins anglo-saxons, en particulier canadiens. Mais communiquer n'est pas une "panacée" qui pallierait l'ignorance des déterminants sociaux et psycho-sociaux propres à comprendre les difficultés d'intégration et la méconnaissance du fonctionnement et des dysfonctionnements psychiques. Bien évidemment, ce recours à ces techniques de communication s'avère être une tentative infructueuse de réintroduire une dimension holistique humaniste de la Santé. Pour le dire autrement, c'est un symptôme d'une carence de la position non seulement du médecin généraliste mais aussi des praticiens de l'aide et du soin qui leur sont affiliés.

Dysfonctionnement qui révèle que l'on place les médecins généralistes, dits référents, dans une position impossible où il doit être ce pivot hippocratique sans en avoir véritablement ni les compétences ni les moyens. C'est-à-dire qu'à la fin de ses études de spécialiste il est voué à ses seules intuitions s'il veut pratiquer cette approche humaniste de la Santé. Et s'il se fraie tant bien que mal une voie personnelle, il se trouve souvent en contradiction tant avec ses organismes tutelles que la plupart de ses pairs. Ces réalités sociales débouchent sur les effets de déstabilisation et de morcellement pour les patients ; surtout si la chaîne des intervenants s'avère en requérant de nombreux. Pour les praticiens cela détermine une solitude extrême qui n'est pas sans effet sur leur propre santé physique et morale. Pourtant chaque jour des milliers de professionnels de l'aide et du soin tentent de manière empirique de coopérer avec des disciplines affines pour prendre en charge les personnes qui s'adressent à eux. Mais leur approche, même si elle s'avère pertinente, parce qu'elle est empirique demeure non reproductible. Contre les effets délétères de cette solitude la plupart des praticiens mettent en place un mécanisme de défense qui leur permet de poursuivre. Il consiste à s'identifier à une sorte de supposé savoir démiurgique qui s'il les protège, n'est absolument pas efficace pour pallier à leur souffrance. Ni à celle des personnes qui les consultent. Incarner un supposé savoir est d'autant plus facile pour le médecin que cette position est une prérogative obligée et légitimée par les études médicales elles mêmes. Elle s'est maintenant étendue à d'autres disciplines au prétexte que posséder une compétence spécifique reconnue socialement l'autorise. Cela est d'autant plus facile que dans une relation d'aide et de soin, celui qui est en demande met naturellement la personne qu'il consulte dans position. Habituellement on pense que la légitimité est seulement affaire de compétence : plus on serait compétent, plus on serait légitime. On oublie alors que la légitimité commence quand le corps social le reconnaît et l'investit symboliquement de cette capacité. Il est Supposé Savoir par la vertu du collectif à le reconnaître comme tel. La compétence ne fait que confirmer le bien-fondé de cette supposition initiale. Partant on comprend mieux pourquoi ce qui noue le rapport entre le soignant et le patient est d'abord d'ordre symbolique. Le soignant ou l'aidant, supposé savoir, se présente comme l'interface entre la personne qui consulte et les forces déstabilisatrices (organique, sociale, psychique) dont le second ignore les modes d'action perturbatrice, voire destructrice qui le plonge dans un état de mal-être. Le Supposé Savoir a accès à des "mondes" dont le patient est exclu. Il a non seulement accès mais aussi le pouvoir d'agir sur leur nocivité. Ces déterminants mystérieux qui accablent le patient sont dans nos sociétés cartésiennes constitués en corpus de connaissances rationnelles et scientifiques. Mais pour l'appareil psychique de celui qui consulte que ce savoir soit mythologique, métaphysique ou scientifique est indifférent. Ce qui lui importe c'est qu'il y ait un intercesseur entre lui et l'incompréhension radicale des causes de son mal-être. Pour le dire autrement, ce qui noue ce rapport entre celui qui consulte et celui qui vient le consulter n'est pas de l'ordre d'un échange rationnel entre le patient et le praticien que la rémunération scelle. Ce qui détermine cette relation particulière ressort d'un autre type de pensée. Dans les années 1950, Levi Strauss l'avait qualifiée de "Pensée Sauvage". C'est-à-dire une pensée qui n'est pas centrée sur la production et l'échange (marchand/interpersonnel) mais qui concerne uniquement les conditions d'appartenance à un collectif. De fait, le mal-être (la maladie ou tous autres maux) exclut du collectif celui qui en est la victime. Ou tout au moins risque de l'exclure. Et d'une certaine manière être exclu du collectif équivaut à un arrêt de mort, symbolique dans nos sociétés, réel dans les sociétés traditionnelles. Le rôle du Supposé Savoir est d'empêcher cette exclusion en rétablissant l'ordre des choses qui est garant de la "Santé". Le bien-être consiste dans la possibilité d'une intégration harmonieuse d'une personne dans le collectif social dont il est membre.

Quand tel ou tel praticien endosse cette fonction de supposé savoir, il ignore quels déterminants il met en œuvre. Comme nous l'évoquions antérieurement, cette position lui sert narcissiquement pour tenter de pallier et de guérir les méfaits de la solitude délétère dont il est la proie. Dans le pire des cas, infatué, il y croit réellement à sa toute puissance. Quelle que soit son intention. Ce qui n'est pas opérant. Il suffit qu'une épreuve le destitue pour qu'il s'effondre. Reste que ce phénomène social, déterminé par la souffrance débouchant inéluctablement à positionner un praticien comme supposé savoir, est d'une

grande importance dans tout acte d'aide et de soin. Balint, phénoménologiquement, l'avait remarqué au siècle dernier lorsqu'il écrivait : « *la première prescription du médecin est le médecin lui-même* ». Et cette faculté neuropsychique est vérifiée scientifiquement quand on expérimente les effets placebo (nocebo). A l'aide de l'imagerie neuro cérébrale en particulier.

- Demeurent néanmoins des interrogations lancinantes : comment permettre à des professionnels exerçant en ambulatoire de sortir de leur isolement pour se coordonner entre eux d'abord, puis avec les professionnels institutionnels ? Comment des professionnels issus de milieux différents, de formation et de cultures différentes peuvent-ils coopérer ? D'aucuns parlent de communication, mais pour communiquer ne faut-il pas d'abord parler la même langue ? Comment dépasser les oppositions de disciplines ? Comment éviter le piège de "médicaliser" tous les champs au risque d'y perdre justement la vision globale de l'humain qui s'adresse ? Comment rester légitime et objectif tout en étant global ? Comment rendre reproductible ce qui jusque-là était aléatoire ?

Il est sûr que cet enjeu dépasse certainement le niveau de l'empirisme et de la bonne volonté individuelle. La Santé, la problématique de la Santé, devrait bénéficier d'une méthodologie de coopération entre les différentes disciplines impliquées, rationnelle et robuste. La conviction commune qui nous anime est que cette problématique de la Santé doit être sortie du contexte de la médecine où elle est de facto confinée pour s'inscrire dans une réflexion que l'on pourrait considérer comme anthropologique. Cela consiste tout simplement à resituer la Santé comme un problème existentiel global constitué de divers composants dont les dysfonctionnements peuvent nuire à la présence au monde de ceux qui en sont affectés. C'est dire que d'autres dysfonctionnements que les troubles de l'organisme constituent aussi des empêchements majeurs à l'intégration de la personne dans son environnement familial, social, professionnel. C'est dire aussi que ces autres dysfonctionnements aboutissent toujours, et au premier chef, dans le cabinet du médecin généraliste. Mais être en position de garant de la Santé d'autrui nécessite de mobiliser des connaissances issues des sciences humaines et sociales qui permettent d'identifier les dysfonctionnements qui l'affectent et d'y remédier. **Car agir pour le maintien de la Santé consiste à pouvoir intervenir pour maintenir l'homéostasie entre capacité organique, sociale et psychique.** Homéostasie qui permet à une personne une bonne intégration familiale, sociale et professionnelle. Cette approche de la Santé dévolue aux médecins généralistes modifie très sensiblement la vocation qui doit animer ce praticien. Il n'est plus centré seulement sur les maux de l'organisme et leur prévention, mais il a vocation à intervenir dans ces deux autres champs qui participent à l'équilibre de l'adaptation des patients, à l'environnement dans lequel ils évoluent. C'est dans cette acception extensive que nous entendons l'injonction centrale contenue dans le référentiel métier d'une "approche centrée patient" et plus seulement maladie ainsi que celle "d'assurer une prise en charge globale et de tenir compte de la complexité". Mais admettre que la Santé ne se circonscrit pas seulement aux seuls dysfonctionnements organiques mais à ceux aussi qui troublent le fonctionnement psychique et l'intégration sociale ne va pas sans quelques remaniements.

- Pour pouvoir redéfinir (ou définir) une approche de la Santé, il faut renoncer à ce qu'elle soit référée uniquement à la médecine organique. C'est-à-dire admettre véritablement que la clinique de la Médecine Générale doit être une approche de la Santé. Il faut donc affirmer que la Santé relève d'une approche anthropologique globale. Ce qui est déjà le cas dans les sociétés traditionnelles. En effet, les disciplines qui concourent à la question de la Santé sont des disciplines issues des sciences sociales et humaines. De fait, elles n'ont pas besoin d'être présentes par la volonté de la puissance publique. Elles ne font que répondre à des aspirations inscrites dans nos "us et coutumes". "Us et coutumes" contrariés par l'irruption de la science dans notre civilisation. Ce qui les rend nécessaires et détermine leur légitimité (au-delà de la légalité qui autorise la pratique) auprès des patients, et donc que l'on fasse appel à elles, c'est qu'elles donnent « sens » aux troubles et leur confèrent une dimension

« symbolique ». Toute chose qui fortifie une approche anthropologique. C'est dire que le colloque qui se noue entre un patient, en proie à un mal être qui s'inscrit (ou non) dans son corps ou son organisme sous forme de maladie, et le médecin généraliste (ou tout autre praticien qui aurait été sollicité) est déterminé à la fois par des dispositions légales - tel que l'état providence, issu du Conseil National de la Résistance (le droit aux soins et à l'aide) en 1945, les a instituées - et par des interactions symboliques régies par les déterminants culturels symboliques à l'œuvre dans notre société.

Il nous semble que c'est à partir de la connaissance de ces déterminants culturels que l'on peut assurer les fondements d'une pratique sociale vouée à prendre en charge les problématiques de Santé. De fait, ces déterminants culturels symboliques relèvent « d'universaux » qui règlent les conduites et les comportements d'assistance, d'aide et de soin, dans toutes les sociétés humaines depuis que sapiens est sapiens (ils existent depuis que l'humanité existe et s'avèrent semblables dans toutes les cultures). Ces déterminants sont prégnants et implicites. C'est dire que la Santé est un phénomène culturel qui ressort de l'exigence symbolique d'intégration qui garantit aux personnes d'appartenir au groupe dans lequel elles s'inscrivent. Appartenance active qui contribue, réciproquement, à la cohésion du collectif auquel il participe. Il faut donc prendre acte que la Médecine Générale et les disciplines affines de Santé, ressortissent plus dans leur acte des sciences humaines que des sciences de la nature. **Les dysfonctionnements organiques, psychiques, sociaux doivent donc être considérés au premier chef comme des souffrances qui empêchent et s'opposent à l'intégration sociale des personnes qui en sont affectées.** Au fond on pourrait considérer que la « bonne santé » consiste dans le fait qu'un Sujet puisse être au monde si ce n'est avec une certaine sécurité, en tout cas, sans empêchement majeur. C'est à ce prix que l'on peut passer de la problématique médicale de la lutte contre la morbidité et la mort à celle de l'intégration, de l'existence et de la vie. Toutes choses qui renouent avec la philosophie hippocratique. Et par la même renoncer à cette croyance en la toute puissance de l'intervention technique quelle qu'elle soit. Toute intervention technique a pour substratum la mobilisation d'une efficacité symbolique. Mais cette approche anthropologique de l'aide et du soin nécessite que soient définis et posés des « principes hétérologiques » qui permettent sa réalisation et vectorisent la coopération des différentes disciplines nécessaires à son exercice. Présupposés hétérologiques indispensables pour générer un collectif. Principes qui permettent de mettre chaque discipline à sa bonne place vis-à-vis de toutes les autres et d'assurer la continuité « existentielle » de la prise en charge des souffrances.

- Le terme hétérologie est délibérément un barbarisme. On peut le considérer comme une métonymie, ou plutôt comme une synecdoque, de ce qui est en jeu dans cette pratique. Nous avons vu précédemment qu'il est illusoire d'espérer la continuité des soins en se référant uniquement à la complémentarité des techniques et des pratiques. Cette complémentarité technique, même si elle est réelle et essentielle (et elle l'est dans la majorité des cas), ne peut se faire que dans la discontinuité. Le terme hétérologique est donc un néologisme formé du préfixe *hétéro* (autre, différent) et *logos* qui renvoie à la parole dans sa capacité à tenir un discours rationnel commun. Ce terme connote donc l'intention de faire coexister les discours de disciplines hétérogènes de manière rationnelle dans le but d'éliminer la discontinuité qu'ils génèrent de facto. Il faut donc cesser de croire que seule la pensée technique et organisationnelle pourra apporter une solution à cet état de fait, en apparence, insoluble. Bien sûr si on cesse de penser en terme techniques et qu'on s'interroge sur ce qui d'un point de vue ethno-anthropologique (c'est-à-dire structural) est commun à la majorité des disciplines, l'impasse s'avère imaginaire. De fait, on s'aperçoit alors que toutes ont pour vocation profonde de s'intéresser à la douleur, à la souffrance, à l'exclusion. Toutes choses qui rendent celui qui en est affecté incapable, partiellement ou totalement, d'une présence au monde satisfaisante. Elle concerne donc une aspiration humaniste à réduire l'exclusion et à faciliter l'intégration des personnes qui, pour des raisons multiples (maladies organiques, souffrance psychique, blessures, handicap, dénuement...etc.), sont en difficulté. Evidemment, on pourrait nous rétorquer qu'il ne s'agit pas pour ces disciplines d'une vocation

« Symbolique » sociale mais de sensibilité particulière de ceux qui les pratiquent à entrer en « sympathie », en « empathie » avec ceux qui souffrent au point de s'inscrire de manière altruiste dans des pratiques professionnelles qui leur permettent de les mettre en œuvre. Nous ne pensons pas qu'il s'agisse seulement de motivation individuelle. Ces disciplines ont d'abord une dimension Sociale, même si elles attirent une certaine typologie de personnes. Patrick Tort, spécialiste de Darwin, a soutenu la thèse que cet auteur considérait que notre espèce différait de toutes les autres espèces (y compris de nos proches cousins, les grands anthropoïdes en particulier les chimpanzés), parce qu'il y aurait chez l'homme une aptitude nouvelle à la sociabilité. Cette sociabilité particulière résulte pour Darwin d'une transformation majeure des lois de l'évolution. Alors que partout dans le monde vivant la sélection naturelle consiste à l'élimination des individus les plus faibles et à la préservation sélective des individus les plus forts et les plus aptes à s'adapter (et donc à faire perdurer l'espèce), cette loi a subi chez Homo sapiens une transformation qui consiste littéralement en son renversement : chez les humains la défense de l'espèce passerait **non plus par l'élimination des plus faibles mais par leur préservation et leur protection**. Et cette mutation, loin d'handicaper son développement, débouche, au contraire, sur une augmentation de sa capacité à s'adapter et à se développer. Darwin attribue ce renversement à une hypertrophie chez Homo sapiens des instincts sociaux. Et il explique que cette obligation de solidarité à l'égard de plus faibles, déterminée par l'hypertrophie des instincts sociaux, est justement une des causes du développement de nos capacités à nous adapter et à nous développer. En effet, pour protéger les plus faibles il faut développer des stratégies qui nécessitent une activation et une augmentation de nos capacités intellectuelles. Cette augmentation de nos capacités intellectuelles nous permet d'affronter avec succès tous les obstacles et difficultés environnementales et à nous adapter aux conditions externes les plus extrêmes. Indirectement cette dérogation aux lois immuables de l'évolution nous permet de nous développer de la manière la plus efficace...au détriment d'autres espèces. Cette aptitude qui consiste à venir en aide aux plus faibles ne répond pas à un seul mouvement compassionnel psychologique (dont certains d'entre nous auraient sélectivement la capacité) mais d'une aptitude sociale universelle à notre espèce. Preuve en est que quelles que soient les civilisations, passées ou présentes, quelles que soient les cultures, cette obligation de venir en aide aux plus faibles est universellement présente. C'est une obligation « symbolique » sociale à laquelle, eut égard à la division sociale des fonctions chère à Durkheim, certains souscrivent et l'assument. Ils y souscrivent dans telle ou telle discipline rationnellement constituée. Cette thèse, défendue par Patrick Tort, quoique partiellement fondée, (**Darwin ne dit pas que c'est l'émergence de la morale par hypertrophie des instincts sociaux qui fait la différence et déclenche la transformation des lois de l'évolution chez Homo sapiens mais l'apparition du langage qui détermine l'hypertrophie des instincts sociaux et l'apparition de la morale**), a pour intérêt, de trouver un lien transverse à toutes les disciplines d'aide et de soin. **Elles procèdent toutes de cette obligation symbolique qu'un collectif humain donné a vis-à-vis de ses membres démunis ou souffrants**. Cette fonction "aidante" ou "soignante" est donc marquée dans la structure symbolique de tout collectif humain organisé comme une "culture" (au sens anthropologique), quel que soit le nom qu'on donne à celui qui l'occupe : Homme médecin, shaman, sorcier, thaumaturge, médecin, psychologue, assistante sociale...Il ne peut exister une organisation sociale réelle sans que cette obligation « culturelle » qui traite de la souffrance, de la douleur et de la désocialisation (en un mot, du mal être) ne s'actualise. Et cela sans doute depuis au moins 40 000 ans, au moment où notre espèce a connu sa dernière mutation génétique après sa sortie du Rift africain quelques dizaines de décennies plus tôt. Cette fonction, et la position de celui qui l'assume, est donc universelle et se caractérise, comme nous l'avons vu, par le statut que lui dédit le collectif d'être **"Supposé Savoir"**. Dans les cultures africaines, les causes des maladies sont référées au courroux des génies de la terre ou de la forêt ou encore à celui des ancêtres et des époux ou épouses dans l'au-delà ou, enfin, aux sorcières. Dans la Grèce pré-hippocratique, aux facéties des dieux. Dans nos sociétés occidentales avancées les causes des maladies sont référées, aux agents infectieux, aux gènes, aux dysfonctionnements biophysiques mais aussi psychiques, psychosociaux ou sociaux. Mais quelle que soit la nature du système explicatif, la position du soignant est structurellement identique quelles que soient les cultures : il est

un supposé savoir. Seules les modalités d'exercice de ce statut symbolique varient. Levi Strauss a consacré une observation tout à fait intéressante où il s'agissait d'une consultation d'obstétrique pour une parturiente dont l'accouchement se passait mal. Levi Strauss concluait que le shaman aidait sa patiente à accoucher parce qu'il mobilisait une capacité psychique qu'il nommait "**Efficacité Symbolique**" qui se déclenche grâce à un lien social particulier entre celui qui souffre et celui qui officie.

- Tout cela pour faire apparaître que de ce point de vue anthropologique malgré l'apparence de leur hétérogénéité, toutes les disciplines qui œuvrent à soulager les troubles organiques, sociaux ou psychiques, ont fondamentalement (c'est à dire culturellement) une vocation commune : permettre à ceux qui consultent d'exister et d'appartenir, au mieux ou au moins mal possible dans leur collectif d'appartenance. Déjà, situer son acte dans un des champs qui définit la réalité humaine permet de se situer par rapport aux disciplines affines et ainsi d'évacuer les effets d'hégémonie des uns et des autres. Etre à sa bonne place dans le collectif de soin et d'aide. Mais être à sa bonne place et savoir se situer dans sa pratique dans son champ spécifique vis-à-vis des autres disciplines ne nous semble pas suffisant. Nous considérons que, pour qu'il y ait un véritable collectif de praticiens « hétérologiques » il est nécessaire de continuer, en permanence, de penser sa pratique collectivement. c'est pourquoi l'Institution Hygie est constituée de deux entités : la Maison de Santé proprement dite et l'Institut Hygie. Institut qui se donne pour objectif d'être le lieu où se pensent collectivement les pratiques issues des trois champs « organique, psychique et social ». Cet institut a l'ambition d'être par ailleurs un lieu de recherche, de transmission et de formation. Il s'agit d'**instaurer une dialectique entre « penser sa pratique » et « mettre en œuvre ce qui a été pensé »**

Par ailleurs se situer dans cette perspective anthropologique permet de déterminer une position commune vis-à-vis de ceux qui consultent. Au delà de la compétence, il s'agit d'assumer la position symbolique que l'on vient rapidement d'esquisser. Cela évite de sacrifier à ce qu'on préconise pour rentrer en « relation » avec ceux qui consultent. Artéfacts psychologiques ou communicationnels pour établir une « relation de confiance » (dit-on) qui permet de conduire au mieux (avec plus d'efficacité) la consultation et la suite du traitement (s'il y a lieu). Quand nous parlons d'artéfacts psychologiques, nous faisons allusion à ce courant de pensée qui préconise de s'exercer à l'empathie vis-à-vis du patient de telle sorte de mieux le comprendre, d'établir une relation « émotionnelle » plus forte, et de créer un « lien sentimental » qui favoriserait le colloque thérapeutique ou d'aide. On a même vu des professionnels s'enticher « d'amitié » pour certains de leurs patients...et créer un lien de dépendance indéfectible. Nous nous inscrivons radicalement en faux contre ce mouvement qui nous semble aux antipodes des enjeux qui se trament dans la relation soignant/soigné, aidant/aidé parce qu'elle disqualifie, la position symbolique nécessaire pour tisser un lien social.

En effet, on risque de dégrader le rapport soignant/soigné, aidant/aidé, en une relation ordinaire où les affects risquent (de part et d'autre) de brouiller la neutralité qui sied à l'acte de soin ou d'aide. Loin de nous de penser, comme on pourrait nous l'objecter, qu'il s'agit de préserver le prestige et le pouvoir du praticien vis-à-vis de son patient. Il n'en est rien. Il s'agit de mettre en place un véritable **lien social (débarassé de tout effet de relation)** qui, parce que justement il exclut les affects perturbants, s'avère nécessaire à l'acte dans sa dimension à la fois opératoire et symbolique. Exclure l'émotion due aux affects pour être au plus proche du tragique de la réalité humaine quand elle est en proie à la douleur ou à la souffrance et à la dérégulation. Dans une neutralité irrémédiable. Le lien social en tant qu'il est symbolique est antagoniste de tout effet de relation.

- C'est cette mise en place d'un lien social qui permet de situer les véritables motifs de celui qui consulte. Puisqu'il n'est plus en proie à l'**obnubilation du praticien** à utiliser son savoir

pour éradiquer à toute force les symptômes de celui venu le consulter. Se fixer sur le symptôme, le dysfonctionnement, la douleur ou la souffrance pour y apporter une solution immédiate ou technique n'est pas forcément conforme à l'Esprit Hippocratique tel que nous l'entendons. Se situer ainsi, en quelque sorte en « réparateur », la plupart du temps, fait manquer l'essentiel.

- Dans cette perspective, avant même que l'on s'occupe du symptôme, ce que le patient **attend**, c'est que le Supposé Savoir auquel il fait face prenne la peine de faire émerger la complexité de la problématique qui, au fond, l'a amené à consulter. Bien sûr quelle que soit la discipline, il est d'usage de pratiquer, de prime abord, ce qu'on appelle en médecine « l'anamnèse ». Celle-ci consiste à éclairer dans quel contexte historique et actuel, la difficulté, le dysfonctionnement, le symptôme, le syndrome, ou la maladie s'inscrivent et se développent. A la fois histoire et généalogie des signes apportés par celui qui consulte. Bien évidemment cette pratique est essentielle. Mais elle n'est pas suffisante. Ce que celui qui consulte **attend sans en avoir conscience** c'est qu'on lui permette d'explicitier cette complexité que le symptôme ainsi exhibé, à la fois fait pressentir et occulte.
- Fondamentalement, ce que tout patient, qui est dans cette confusion induite par l'ignorance de la complexité dont se trame sa souffrance, attend, c'est **une écoute**. Pas encore une solution sous forme de diagnostic ou de prescription ou même de savoir. Ecoute qui en retour lui fera prendre conscience de ce qui l'a amené véritablement à consulter. C'est à ce moment qu'il pourra (ou non) **formuler une véritable demande** de soin ou d'aide.
- Bien évidemment certains patients ne sont pas dans cette confusion et semblent savoir exactement ce qu'ils demandent à l'aidant ou au praticien qu'ils consultent. La mise en exergue du symptôme est alors véritable et ne cache aucune autre problématique. Les patients, dans cette catégorie, ont alors une véritable demande sur laquelle pourra s'établir le lien social nécessaire à l'établissement de l'acte d'aide (ou de soin). Mais il faut tout de même être attentif au fait que cette demande pour pallier les souffrances qu'un symptôme occasionne, aussi péremptoire qu'elle puisse apparaître, peut elle aussi constituer un **mécanisme de défense** contre une problématique confuse que ces personnes ne veulent pas, ou ne peuvent pas, prendre en compte. Dans cette occurrence, la demande, aussi assurée qu'elle soit, constitue une véritable dénégation de ce qui cause le mal-être de celui qui consulte.
- Dans le cas où la demande s'avère authentique, et que l'aide, le diagnostic et la prescription peuvent être posés et présentés au patient, il ne faut pas penser pour autant que ce qui va être proposé sera compris et accepté. Même en cas de demande assumée par celui qui consulte, il faut savoir que les dysfonctionnements qui provoquent le mal-être touchent au fond à l'existence du sujet. Existence qui ne ressortit pas du registre de la pensée rationnelle productive consciente. On pourrait en effet croire, qu'une fois élucidées les causes, la prescription qui en découle serait immédiatement comprise, admise et mise en œuvre. L'expérience montre qu'il n'en est rien. Inexplicablement on peut assister, dans certains cas, à une réticence voire un refus de ce qui est proposé. Pourtant la personne qui manifeste ces réticences ou ce refus de la prescription (quel que soit le domaine et la discipline) est véritablement dans une demande d'aide ou de soin. On pourrait penser que cette réaction a à voir avec le contenu de la prescription ou une certaine perte de confiance vis-à-vis du praticien. Si parfois cela peut être évoqué, dans la majorité des cas, quand le lien social a été noué entre le praticien et le sujet, il s'agit en fait d'un phénomène psychique que l'on pourrait qualifier de normal. Quand les conditions de l'existence sont en jeu, l'appareil psychique met en place un mécanisme que l'on pourrait qualifier de « précaution » avant d'entériner de nouvelles données susceptibles de modifier l'homéostasie des conditions existentielles de sa présence au monde. Même si cette présence au monde est douloureuse, inexplicablement on y tient. Il ne s'agit pas comme certains l'invoquent, d'une « résistance »

aux changements : l'humain est l'être vivant le plus adaptable qui soit ! Donc rompu à assimiler toutes transformations de ses conditions d'existence. Il s'agit d'un mode particulier d'intégration de ces nouvelles données quand les conditions d'existence sont en jeu qui passe par trois phases incontournables :

- Il y a d'abord **un instant de voir**. Ce premier temps d'assimilation se présente comme un "insight". La personne comprend en un éclair tout ce qui lui est proposé. A ce moment on pourrait croire que la cause est entendue et que la prescription est acceptée et va être mise en œuvre. Il n'en est rien. Ce serait vrai si cette donnée qu'est la prescription relevait de la pensée productive rationnelle. Mais tout ce qui touche à l'existence et au mal-être qui la perturbe relève de cette autre pensée que nous avons qualifiée antérieurement de « pensée sauvage » d'où procède la symbolisation (autre manière de parler de l'assimilation de données : une donnée qui touche au « métabolisme » de l'existence doit être « symbolisée »). Et dans le procès de « symbolisation », l'instant de voir n'est que la première étape.
- Cette première étape débouche sur ce que nous repérons comme « **temps pour comprendre** ». Empiriquement certains praticiens en tiennent compte quand, après avoir prescrit, ils disent aux patients : « vous y réfléchirez... » induisant par là un temps qu'ils laissent à leurs patients pour peser « le pour et le contre » dans une approche consciente de type avantages/ inconvénients. De fait le temps pour comprendre peut prendre l'apparence de ce débat pseudo intentionnel. En fait il mobilise d'autres mécanismes psychiques que ceux de l'appréhension intellectuelle dialectique. Ce sont des processus non pas de décision à proprement parler, (quoiqu'ils débouchent effectivement sur une décision) mais d'appropriation/assimilation. Processus, si ce n'est inconscients, du moins « involontaires ». Ils s'apparentent à ceux qui permettent la maturation d'un apprentissage durant le sommeil. Mais ils peuvent aussi s'activer durant la veille. Cette séquence « d'appropriation/assimilation » se déroule dans un temps indéterminé que le praticien doit accompagner.
- Si cet accompagnement porte ses fruits, il débouche sur un « **moment de conclure** » qui signe que les données de la prescription ont été symbolisées et assimilées. C'est à ce moment que peut se produire un effet « d'efficacité symbolique » qui déclenche au niveau neurocérébral « l'appétence » aux propositions d'aides qui ont été émises ou au traitement médical qui a été prescrit.

Ces trois temps qui permettent la « symbolisation » et l'assimilation des données des propositions d'aide ou du traitement ont été regroupés par Lacan sous le terme de « **Temps Logique** ».

Temps logique « suspendu » qui régit la « Pensée Sauvage » symbolique et entre en dialectique avec le temps chronologique (la flèche du temps comme disent les médecins) dont procède le temps réel décisionnel. Le « moment de conclure » renoue avec le temps chronologique et entraîne la décision et le choix.

CONCLUSION

Nous avons succinctement présenté les présupposés essentiels qui permettent à des praticiens de l'aide et du soin de coopérer au sein d'un collectif. Ces présupposés ont pour objectif de constituer les principes communs sur lesquels la relation usager/aidant ou patient/praticien doit s'édifier. Ces principes, vectorisés par une Vocation « anthropologique » commune, ont pour ambition de servir de base à une Institution soignante dans laquelle la continuité des soins s'avère réelle. Il nous semble en effet que sur cette base, les discours spécifiques de chaque discipline d'aide et de soin trouvent une légitimité à interagir dans un champ qui leur est commun : traiter des différents avatars du mal-être dont l'humain est la proie. Manière actuelle de réhabiliter l'Esprit Hippocratique fondateur.

Etant noté que ces présupposés anthropologiques, à partir desquels se constituent cette pratique collective, ne viennent pas en substitution des principes qui président à l'exercice de chaque discipline, mais permettent de subvertir et de dépasser l'individualisme de la pratique libérale et de faire apparaître la cohérence de la succession des interventions. Lui donner « sens ». Ces présupposés communs servent de « continuo ostinato » à l'hétérogénéité des discours techniques qui caractérisent chaque pratique. Ils fondent une possibilité d'« hétérologie » qui ne soit pas morcelante et dépasse l'approche séquentielle de la Santé.

Cette pratique de l'hétérologie, à entendre comme nécessité de coexistence « égalitaire » et complémentaire des discours, n'est possible que si elle est portée par une Institution d'un type nouveau que **la Maison de Santé de Paray** et **l'Institut de formation** peuvent matérialiser. Quand nous parlons « d'Institution d'un type nouveau », nous voulons dire qu'elle se constitue par le regroupement paradoxal de professionnels libéraux issus de disciplines différentes. Il s'agit donc d'une « Institution libérale » de praticiens, centrée à la fois dans une « Maison de Santé » et au sein d'un Institut. Dès lors la Maison de Santé est d'abord un lieu de soins où est mis en œuvre au cours de consultations pluridisciplinaires ce qui est pensé collectivement au sein de l'Institut. Ces deux instances sont également des lieux de recherche de transmission et de formation sur les pratiques sociales de Santé. Des lieux d'invention, d'élaboration des pratiques et de soins. Il nous semble que c'est à ce prix que l'on peut renouer avec l'Esprit de la médecine hippocratique. En tout cas, de surmonter les impasses dans lesquelles les réseaux et les cabinets de groupe se débattent.

Marc Lebailly

FONDEMENTS THEORIQUES DE L'HETEROLOGIE

Marc Lebailly

LA SANTÉ : UN PARADOXE

- La Santé est aujourd'hui un enjeu majeur de société ; elle est au cœur des préoccupations des citoyens et au centre des débats politiques. Il est même question depuis le 23 septembre 2013 d'une Stratégie Nationale de Santé.
- Selon l'OMS, "**la Santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité**". Ainsi définie, sa prise en charge concerne aussi bien le champ organique que le champ psychique et le champ social. Comment qualifier ce concept dynamique de Santé ? Nous pourrions dire que c'est un état qui résulte d'une adaptation permanente de la personne à son environnement. Cette adaptation permanente nécessite une évolution continue de la personne tout au long de sa vie depuis avant sa naissance jusqu'à sa mort. Elle requière la conscience de l'évolution négative ou positive de l'état de la Santé par la personne elle-même. Et dans le cas où il s'avère perturbé, de la volonté d'agir pour en rétablir l'équilibre.
- Aujourd'hui les pouvoirs publics ont mis le Médecin Généraliste au centre de cette problématique. Son rôle est inscrit depuis 2004 dans un **Référentiel Métier** inspiré de la définition de la médecine générale de la WONCA Europe (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), elle-même une émanation de la WONCA mondiale (= organisation mondiale des médecins généralistes). Il a pour mission explicite de développer **6 compétences principales** lui permettant de remplir les tâches que la société est en droit d'exiger de lui :
 - Relation communication dans une perspective **d'approche centrée patient**
 - Prise en charge globale de la complexité
 - Education, prévention, dépistage, Santé au niveau individuel et communautaire
 - Soins de premiers recours, gestion de l'incertitude et organisation pour faire face à des urgences
 - Continuité des soins, suivi et coordination des soins autour du patient

- Professionnalisme
- Il faut remarquer que cette liste de compétences est, d'une part, extrêmement ouverte et, d'autre part, assez hétérogène. On ne voit pas bien, si elle affirme l'intention d'ouvrir la pratique médicale du généraliste sur d'autres responsabilités que celles centrées sur la maladie, ni quelle logique la structure véritablement. Par exemple, on peut se demander pourquoi on y induit le professionnalisme alors que toutes les études médicales militent en ce sens depuis toujours. Quoique cela ressemble à un inventaire à la Prévert, on peut bien évidemment y trouver une ligne directrice **à défaut de l'affirmation d'une vocation nouvelle**.
- En effet, le médecin généraliste, en tant que médecin traitant, a la charge non seulement de prévenir et de traiter les maladies organiques mais de veiller autant que faire se peut à permettre à ses patients de conserver ou de recouvrir un état global de Santé (prise en charge globale de la complexité) tel que défini par l'OMS. Dans cette perspective il doit être en mesure de percevoir et de diagnostiquer les dysfonctionnements tant sociaux que psychiques qui affectent les personnes qui le consultent de telle sorte de les orienter vers des praticiens qui peuvent les prendre en charge dans des domaines qui ne sont pas les siens. Aujourd'hui la position médicale n'est plus exactement celle qu'elle a été par le passé où le médecin était formé comme le seul habilité à traiter des maladies. Cette exclusivité le mettait en position de toute puissance "légitime". Et quiconque empiétait sur cette exclusivité régaliennne pouvait être poursuivi pour exercice illégal de la médecine. A notre époque les mentalités ont évolué et le médecin généraliste apparaît pour les usagers comme la première personne à laquelle on adresse sa souffrance, ses douleurs et ses angoisses en premier recours, bref, son mal être. Aussi, il doit pouvoir tout entendre et tout comprendre de telle sorte d'apporter non seulement l'écoute mais aussi le soin ou l'aide attendue que ces plaintes révèlent. Au fond, la pratique de la Médecine Générale du XXIème siècle renoue avec la médecine Hippocratique de l'antiquité gréco-romaine dont l'origine remonte au Vème siècle avant J.C.
- Car il est toujours bon de rappeler que les principes, à la fois éthiques et techniques de l'acte médical, remontent, quoiqu'on le veuille, à cette époque. Il faut se souvenir qu'Hippocrate avait déjà une attitude scientifique. C'est lui qui décrète que les maladies ne sont pas causées par les Dieux et que la médecine se distingue de la philosophie. Mais, au-delà du champ matérialiste qu'il dédie à la médecine, il situe le déploiement de son acte dans le contexte de l'existence globale du patient. En effet, il estime, qu'au-delà du *primum non nocere*, encore présent dans l'engagement des médecins actuels, le respect dû au patient est essentiel et, qu'à ce titre, il faut que le praticien ait une écoute globale (psychique, organique et sociale). Il centre donc son action autour de la difficulté du "vivre" existentielle de ses patients et non pas seulement sur la guérison symptomatique des maladies dont ils souffrent. C'est pourquoi sa pratique est à la fois holistique et préventive. Prévention fondée sur l'hygiène et la diététique. En effet, il considère que l'organisme humain a des capacités d'auto-guérison et que la nature a un pouvoir d'auto-régénération pourvu qu'on l'y aide éventuellement par le recours à des médicaments. Car Hippocrate avait une certaine méfiance vis-à-vis des médicaments de son époque. On l'a même accusé d'attentisme parce qu'il préférait accompagner l'évolution naturelle de la maladie. Position qui ne l'a pas empêché de poser les trois temps de l'acte médical : diagnostic, prescription, pronostic. On voit bien que la révolution de la médecine générale consiste tout uniment à un retour aux principes et aux intentions établies par Hippocrate cinq siècles avant notre ère. Comme quoi la révolution consiste à revenir sur les fondamentaux inauguraux.

Ce constat est sans doute éclairant, à ceci près, que le Médecin Généraliste, et quoiqu'il s'agisse aujourd'hui d'une spécialité, est formé à l'encontre de ces principes. Il est formé à la médecine scientifique qui a pour passion la guérison des maladies et ne se focalise en aucun cas sur la Santé. Il est clair que la médecine scientifique a réellement contribué à accroître la durée de vie et à réduire la morbidité et a donc contribué, de manière non négligeable, à accroître indirectement la qualité de vie des patients. Mais, en voulant

s'extraire totalement de l'irrationalité et des croyances, elle s'est amputée d'une part non négligeable de cette approche de l'humaniste grec : **cet humanisme, le praticien doit, de son propre chef, l'inventer à nouveau.**

- Encore qu'aujourd'hui cette "nouvelle" approche holistique n'est plus le fait du médecin généraliste seul comme au temps d'Hippocrate. Maintenant, le praticien s'appuie, la plupart du temps, sur un réseau de "spécialistes". Car la Santé réelle intrinsèquement est globale et mobilise aussi bien les professionnels de l'Aide (éducateurs, enseignants, psychologues, conseillers d'orientation, assistantes sociales...) que ceux du Soin (infirmières, orthophonistes, médecins, kinésithérapeutes, ostéopathes, pharmaciens, aides-soignantes sages-femmes...). Ainsi, si la Santé concerne tous les professionnels de l'Aide et/ou du Soin, alors, toute personne qui souhaite conserver ou recouvrer une meilleure Santé aura affaire à l'un d'eux au moins une fois dans sa vie. Lesquels devront, avant tout, permettre à cette personne de prendre conscience de l'état de sa Santé. Prise de conscience nécessaire pour qu'elle puisse à nouveau se réapproprier, en tant que Sujet, à partir du symptôme apporté au professionnel comme signe de son mal être (et dont parfois il n'est qu'un élément émergé), les clés de son destin et de sa présence au monde. Dans cette approche actuelle de la Santé, certains professionnels dont les disciplines sont complémentaires, se regroupent, soit au sein de cabinets de groupe, soit, quoique n'exerçant pas dans le même lieu, en réseau. Ces initiatives pourraient apparaître, dans leur configuration pluridisciplinaire, comme un moyen liminaire d'assurer cette prise en charge globale. La complémentarité des spécialités semble en être garante. Mais ce n'est qu'une apparence. En fait il s'agit, au mieux, d'assurer une continuité "fonctionnelle" des soins. Motivation liminaire qui n'existe même pas toujours au fronton des réseaux et des cabinets de groupe. En réalité les motivations pour les deux types de fonctionnement sont les mêmes. On constitue un réseau ou un cabinet de groupe pour les mêmes raisons : affinités électives amicales, estime professionnelle réciproque, intérêt de captation et de fidélisation de patientèle, rationalisation des frais dans le cas d'un cabinet de groupe (dont le fonctionnement est la plupart du temps régi par une société professionnelle de moyens). Toutes choses parfaitement estimables, y compris l'aspect de gestion de patientèle et d'optimisation économique des lieux d'exploitation, puisque, tout aussi bien, ces professions s'inscrivent dans le cadre d'une pratique libérale (encore que !).

Il y aurait un début de pratique collective (et donc de continuité des soins) si les praticiens avaient la volonté d'échanger véritablement sur la problématique de Santé (et non pas sur le symptôme) de la personne dont ils ont la charge. Or, cette volonté d'échanger véritablement est rarement mise en œuvre. La plupart du temps, cela se borne à faire, pour le confrère, une présentation écrite restreinte que le patient donne au praticien vers lequel il a été orienté. C'est la tradition. En tout état de cause, même s'il y a un échange réel entre deux praticiens impliqués dans le traitement d'un même patient, cela ne constitue pas, à proprement parler, une pratique collective. Il s'agit d'une relation duelle. Il n'y a donc pas de véritable novation sur le plan de la collaboration professionnelle que ce soit en réseau ou en cabinet de groupe. Il faut prendre conscience que ces organisations fonctionnelles ne garantissent en aucun cas l'instauration d'une approche hippocratique de la Santé. C'est-à-dire que la prise en charge collective, quoiqu'apparente n'est pas effective. Loin s'en faut. Elle est, non seulement séquentielle, mais morcelée et morcelante. Si on voulait être caricatural on pourrait dire que cette approche de la personne malade relève d'une démarche que l'on pourrait qualifier de néo-tayloriste de la chaîne de praticiens que le patient parcourt. Ce néo-taylorisme médical, toujours plus poussé, est dû à l'hyperspécialisation des spécialistes. Cette dernière est la conséquence de la prise en compte de la complexité de chaque spécialisation. Spécialisation qui, qu'on le veuille ou non, est loin de l'idéal holistique de cette médecine hippocratique. D'ailleurs, les patients ressentent parfois cette pratique comme s'ils étaient considérés comme des objets de soins qui passent de mains en mains même si on s'efforce de leur expliquer pourquoi ils sont orientés vers tel ou tel autre praticien. Tout se passe comme s'il y avait une contradiction entre le ressenti du patient et l'intervention positive du professionnel qui en prescrit un autre. Il y a la une

méconnaissance fondée justement sur l'idéal de la science qui tend à réduire l'homme malade à son dysfonctionnement organique et un déni de ce qui se joue, tant d'un point de vue ethnologique que psychique, dans la relation médecin-malade.

- Il faut reconnaître que ce dispositif de fonctionnement, s'il est largement déterminé par la formation des médecins, concerne aussi l'évolution vers une spécialisation toujours plus poussée des professions paramédicales libérales. Ces formations engendrent une posture qui oblige à la pratique individualiste, solitaire et pour finir, à l'isolement. **La posture du praticien que lui impose le statut libéral s'inscrit comme un empêchement majeur à une pratique collective hippocratique.** Ce praticien libéral, quelle que soit sa spécialité, une fois la légitimité légale que lui confère les études et les diplômes qui les sanctionnent obtenue, est dans la capacité d'exercer sa spécialité en toute autonomie, sans avoir à se référer à quiconque. Sa responsabilité (de moyens quand il s'agit de professions médicales ou paramédicales) est entière. Et cette spécificité est tout à fait perçue par les patients. Ce superbe isolement et les conditions de légitimité des professions paramédicales (ou sociales) trouvent donc leur origine dans l'idéal de l'enseignement médical. Quoiqu'il s'y réfère explicitement, la conséquence est de déterminer des pratiques antagonistes à l'idéal hippocratique. En effet, l'enseignement de la médecine est focalisé essentiellement sur la morbidité, qu'elle soit lésionnelle, infectieuse ou fonctionnelle. Elle concerne l'organisme affecté par la maladie dont il faut connaître, de manière exhaustive, toutes les symptomatologies et les prescriptions qui les soignent ou les soulagent. Avec l'impératif d'une approche scientifique, si possible garantie par l'expérimentation. Bien évidemment, cet enseignement ne néglige en aucun cas la prévention. Mais il s'agit de la prévention de la maladie et non pas de celle de la Santé. Comme si la Santé se réduisait toujours à l'absence de maladie, ce qui est non seulement limité, mais de plus erroné.
- On aurait pu penser que cette politique médicale aurait pu s'infléchir pour la spécialité de Médecine Générale. Il n'en est rien. La doctrine scientifique reste la même, quoiqu'on attende des médecins généralistes de focaliser leur acte sur la Santé et plus seulement sur la maladie. **Seule l'injonction** d'avoir une approche **centrée sur le patient** est donnée, sans qu'aucun changement fondamental ne soit intervenu dans l'enseignement de cette Médecine Générale devenue spécialité. On met toujours au cœur de cet enseignement la mémorisation encyclopédique des tableaux cliniques (que l'on voudrait exhaustifs) permettant le diagnostic et la prescription de manière, si ce n'est automatique, tout au moins rapide. Il n'est pas question de remettre en cause ce fondement de l'enseignement médical ni le savoir accumulé qu'il permet, mais de remarquer que cet aspect est liminaire et ne permet pas aux futurs praticiens de répondre aux missions qui leur sont maintenant confiées : ils sont appelés à être des Agents de la Santé Publique. Et leur acte consiste alors à intervenir sur tous les aspects de la Santé : intégration sociale, troubles psychiques et bien évidemment, maladies et dysfonctionnements organiques. Or, dans ce cursus d'études, il n'y a guère de place pour l'ethnosociologie ou même pour la psychologie et pas seulement relationnelle (c'est-à-dire psychosociale et affective) mais aussi celle qui s'intéresse aux faits psychiques et à la structuration de l'appareil psychique. Ces savoirs, tout aussi objectifs que ceux qui structurent la médecine organique, ne sont, non seulement pas enseignés, même pas évoqués comme essentiels dans la pratique future de ces prétendus spécialistes de la Santé publique. La seule innovation que certaines facultés leur proposent consiste à se familiariser avec des techniques de communication mises au point par nos très pragmatiques cousins anglo-saxons, en particulier canadiens. Mais communiquer n'est pas une "panacée" qui pallierait l'ignorance des déterminants sociaux et psycho-sociaux propres à comprendre les difficultés d'intégration et la méconnaissance des déterminants des faits psychiques et de leurs dysfonctionnements. Bien évidemment, ce recours à ces techniques de communication s'avère être une tentative infructueuse de réintroduire une dimension holistique humaniste de la Santé. Pour le dire autrement, c'est un symptôme d'un dysfonctionnement dans la position non seulement du médecin généraliste mais aussi

des praticiens de l'Aide et du Soins qui leur sont affiliés. D'un dysfonctionnement ou bien peut-être d'un déni. Déni de l'humanité de celui qui consulte parce qu'il est objectivé et devient uniquement l'enjeu d'une approche techniciste de son cas. C'est dire, qu'à l'issue de ses études, le médecin généraliste, s'il veut vraiment assumer son rôle, à la fois de référent et d'orienteur vers des spécialités médicales, mais aussi comme principal agent de la Santé, est voué à lui-même, à ses intuitions... qui s'avèrent la plupart du temps être en opposition radicale avec la tradition et les pratiques réelles qui régissent toujours la médecine à la fois libérale et publique. En particulier, l'innovation se heurte à l'organisation hiérarchique, en tout cas au niveau de l'enseignement universitaire, où sévissent toujours les "mandarins". L'innovation n'est acceptable et avalisée que si elle émane des hiérarchies.

- C'est muni de ce seul viatique et du titre de spécialiste censé le mettre au même niveau que ses autres confrères spécialistes que le médecin généraliste se voit promu "médecin traitant". Dans l'esprit cela aurait dû lui donner le pouvoir d'être le seul à prescrire l'orientation vers un spécialiste si le cas du patient le nécessite. Mais dans les faits, outre les prérogatives dévolues à l'activité libérale, on constate que les patients consultent tel ou tel spécialiste sans avoir été auparavant orientés par leur médecin traitant. Les raisons de cet échec sont pour partie, imputables au fait que, ni les patients ni leurs confrères spécialistes ne reconnaissent ce nouveau statut du médecin généraliste.
- Pour les premiers, ils ne perçoivent pas l'intérêt de cette modalité et cela débouche parfois sur des situations assez stupéfiantes. Comme, par exemple, ce patient qui a consulté pendant des années pour des migraines insupportables tous les meilleurs spécialistes de la place jusqu'au jour où une de ces sommités a eu l'idée de lui prendre la tension artérielle pour s'apercevoir que la cause des migraines rétives à tout traitement spécifique était due à une très forte tension artérielle installée depuis longtemps et qui n'avait jamais été suspectée au prétexte que cette personne avait eu une tension très basse tout au long de sa vie. Avec l'âge cette hypotension s'était transformée en hypertension sévère. Depuis qu'elle est traitée les migraines ont disparu. Il y a toutes les chances que cette bévée ne se serait pas produite s'il avait commencé par consulter son médecin traitant...
- Pour les seconds, tout se passe comme s'ils ne reconnaissent pas encore comme des "pairs" les détenteurs de cette nouvelle spécialité...dont on croit qu'elle se recrute parmi les médecins qui ne peuvent accéder aux spécialités prétendues "nobles".
- Mais il faut aussi incriminer la sécurité sociale qui rembourse ces actes de spécialistes même si la consultation n'a pas été prescrite par le médecin traitant. Il suffit simplement de mentionner son nom et de l'inscrire sur la feuille de soins. Dans d'autres pays où la pratique libérale est tout à fait séparée de la pratique publique, cela serait impossible. Les actes libéraux ne sont pas remboursés et les actes de Santé publique le sont si on suit le processus de prescription du médecin généraliste référent. **Mais la France a un système de Santé particulier où le libéral est pris en charge et financé par la collectivité publique !**
- On imagine assez bien que si la mise en place du fonctionnement du médecin traitant dans le dispositif de Santé peut être considérée comme un semi-échec, il y a une probabilité très faible pour constituer dans une Maison de Santé un véritable collectif animé par l'Esprit Hippocratique. D'autant que les disciplines qui pourraient permettre d'aborder de manière holistique la problématique de la Santé sont considérées jusqu'à aujourd'hui, si ce n'est comme suspectes d'empiéter dans un champ dans lequel elles n'étaient pas légitimes, au mieux comme auxiliaires. C'est-à-dire en fait comme non nécessaires. Au cours du temps, certaines d'entre elles ont été cooptées par le pouvoir médical. Qu'on le veuille ou non, par formation, le médecin a une position hiérarchique vis-à-vis de ces professions accessoires. Il nous est arrivé d'assister au cours d'un

groupe Balint, à l'intervention péremptoire d'une jeune interne, qui avait été invitée à participer par son maître de stage, remettant littéralement à sa place le psychanalyste qui conduisait le débat, sur une question nosographique. Elle lui a servi sa question de cours avec une certitude intangible. Fraîchement émoulue de ses études, elle savait, et de manière indiscutable ! Elle était convaincue que le diagnostic et la prescription sont des seules compétences et prérogatives du médecin.

- Bien sûr cette position hégémonique médicale dans le domaine du soin a évolué ces dernières décennies. Mais il ne faut pas oublier qu'il n'y a pas si longtemps certains psychanalystes non médecins (ce que Freud lui-même avait préconisé) étaient attaqués pour exercice illégal de la médecine. Exercice illégal de la médecine puisque la Santé mentale devait être l'apanage de la psychiatrie. Les temps ont bien changé et les guerres microcholines entre médecins et psychanalystes ont disparu. Il faut dire aussi qu'au XXIème siècle la psychanalyse, qui avait été tentée, elle aussi, d'être la discipline hégémonique et seule légitime pour traiter les maladies psychiques, a perdu de sa superbe. Reste que ces anathèmes ne frappaient pas seulement les psychanalystes mais les homéopathes, les sophrologues, les acupuncteurs, les ostéopathes, les hypnothérapeutes et d'autres encore. Il faut d'ailleurs remarquer que ces disciplines, quand elles sont agréées par le corps médical, deviennent, si ce n'est des pratiques médicales, d'abord des auxiliaires tolérées puis reconnues. Elles sont en quelque sorte médicalisées, ce qui est assez incongru.
- Aujourd'hui si on considère que la Santé fait intervenir trois fonctions adaptatives humaines (organique, psychique et sociale), le discours médical devient complémentaire de deux autres discours ayant des fondamentaux autres que ceux qui prévalent et structurent l'approche médicale scientifique. Encore que l'on pourrait discuter le caractère scientifique de la médecine. Ce qui est véritablement scientifique dans cette pratique, essentiellement clinique, ce sont les disciplines sur lesquelles se fondent cette pratique. A savoir, la biologie, la physiologie, la génétique. Elle-même est une pratique empirique. A ce titre elle est logée à la même enseigne que bon nombre de disciplines réputées paramédicales y compris la psychanalyse. De fait les phénomènes qui ressortissent aux champs de la réalité sociale et de la réalité psychique sont appréhendables objectivement par des modèles que l'on qualifie habituellement de conjecturels. La grande différence avec le champ médical c'est que les déterminants de ces phénomènes psychiques ou sociaux ne relèvent pas de l'expérimentation. Ou pour le dire autrement, les traitements que l'on peut apporter aux troubles psychiques ou sociaux ne peuvent bénéficier d'un protocole expérimental de validation. Malgré ce handicap autrefois rédhibitoire pour les médecins, il faut admettre que ces approches ont un caractère d'objectivité scientifique avérée.
-
- **La question reste donc entière de savoir comment penser cette nouvelle approche de la Santé quand on a pris acte que les expédients du statut de spécialiste du médecin généraliste et de l'injonction d'avoir une pratique "centrée patient" grâce à la maîtrise de la communication, s'avèrent inefficaces.** Au fond, cette approche "centrée patient" se réduit à l'objectif de se faire comprendre par le patient pour qu'il adhère au diagnostic et à la prescription qui lui est faite. Et le statut de spécialiste a pour objectif de rendre la prescription plus convaincante. Si on voulait être caricatural on dirait qu'il s'agit tout uniment de s'assurer de sa coopération (au prétexte de le rendre "Sujet" de sa Santé) dans le respect du traitement qui lui est prescrit. Coopération gage, donc, d'efficacité.
- Pourtant chaque jour des milliers de professionnels de l'aide et du soin tentent de prendre en charge globalement des personnes qui s'adressent à elles. Toutefois, sans véritable coordination, ils agissent la plupart du temps de manière empirique et par voie

de conséquence de façon implicite et aléatoire, non reproductible. Ils le font parfois même au détriment de leur propre santé tant ils s'épuisent à tenter d'accomplir, sans outils et sans réels moyens les missions qui leurs sont aujourd'hui confiées. Car ces approches, restées intuitives, doivent leur pertinence, au premier chef, aux liens de confiance et d'estime qui se nouent entre les différents praticiens. Il faut dire que, dans le meilleur des cas, ce type de collaboration peut avoir des effets positifs et permet d'apporter des solutions efficaces aux troubles de Santé que les patients présentent.

- Demeurent néanmoins des interrogations lancinantes : comment permettre à des professionnels exerçant en ambulatoire de sortir de leur isolement pour se coordonner entre eux d'abord, puis avec les professionnels institutionnels ? Comment des professionnels issus de milieux différents, de formation et de cultures différentes vont bien pouvoir coopérer ? D'aucun parle de communication, mais pour communiquer ne faut-il pas d'abord parler la même langue ? Comment dépasser les oppositions de disciplines ? Comment éviter le piège de "médicaliser" tous les champs au risque d'y perdre justement la vision globale de l'humain qui s'adresse ? Comment rester légitime et objectif tout en étant global ? Comment rendre reproductible ce qui jusque-là était aléatoire ?
- Il est sûr que cet enjeu dépasse certainement le niveau de l'empirisme et de la bonne volonté et que la Santé, la problématique de la Santé, devrait bénéficier d'une méthodologie de coopération entre les différentes disciplines impliquées, rationnelle et robuste. La conviction commune qui nous anime est que cette problématique de la Santé doit être sortie du contexte de la médecine où elle est de facto confinée pour s'inscrire dans une réflexion que l'on pourrait considérer comme anthropologique. Cela consiste tout simplement à resituer la Santé comme un problème existentiel global constitué de divers composants dont les dysfonctionnements peuvent nuire à la présence au monde de ceux qui en sont affectés. C'est dire que d'autres dysfonctionnements que les troubles de l'organisme constituent aussi des empêchements majeurs à l'intégration de la personne dans son environnement familial, social, professionnel. C'est dire aussi que ces autres dysfonctionnements aboutissent toujours, et au premier chef, dans le cabinet du médecin généraliste. Etre en position de garant de la Santé d'autrui nécessite de mobiliser des connaissances issues des sciences humaines et sociales qui permettent d'identifier les dysfonctionnements qui l'affectent et d'y remédier. Agir pour le maintien de la Santé consiste à pouvoir intervenir pour maintenir l'homéostasie entre capacité organique, sociale et psychique. Homéostasie qui permet à un Sujet une bonne intégration familiale, sociale et professionnelle. Cette approche de la Santé dévolue aux médecins généralistes modifie très sensiblement la vocation qui devrait animer ce praticien. Il n'est plus centré seulement sur les maux de l'organisme et leur prévention, mais il a vocation à intervenir dans ces deux autres champs qui participent à l'équilibre de l'adaptation des patients, à l'environnement dans lequel ils évoluent. C'est dans cette acception extensive que nous entendons l'injonction centrale contenue dans le référentiel métier d'une "approche centrée patient" et plus seulement maladie ainsi que celle "d'assurer une prise en charge globale et de tenir compte de la complexité". Mais admettre que la Santé ne se circonscrit pas seulement aux seuls dysfonctionnements organiques mais à ceux aussi qui troublent le fonctionnement psychique et l'intégration sociale ne va pas sans quelques remaniements
- Donc, pour pouvoir redéfinir (ou définir) une approche de la Santé, il faut renoncer à ce qu'elle soit référée uniquement à la médecine organique. C'est-à-dire admettre véritablement que la clinique médicale est une approche de la Santé. Il faut donc affirmer que la Santé relève d'une approche sociale ou plus précisément, d'une approche anthropologique globale, ce qui est déjà le cas dans les sociétés traditionnelles. En effet, les disciplines qui concourent à la question de la Santé sont des disciplines issues des sciences sociales et humaines. De fait, elles n'ont pas besoin d'être présentes par la volonté de la puissance publique. Elles ne font que répondre à

des aspirations inscrites dans nos "us et coutumes". "Us et coutumes" contrariés par l'irruption de la science dans notre civilisation. Ce qui les rend nécessaires et détermine leur légitimité (au-delà de la légalité qui autorise la pratique) auprès des patients, et donc que l'on fasse appel à elles, c'est qu'elles donnent sens aux troubles et leur confèrent une dimension « symbolique ». Toute chose qui fortifie une approche anthropologique. C'est dire que le colloque qui se noue entre un patient, en proie à un mal être qui s'inscrit (ou non) dans son corps ou son organisme sous forme de maladie, et le médecin généraliste (ou tout autre praticien qui aurait été sollicité) est déterminé à la fois par des dispositions légales - tel que l'état providence, issu du Conseil National de la Résistance (le droit aux soins et à l'aide) en 1945, les a instituées - et par des interactions symboliques régies par les déterminants culturels symboliques à l'œuvre dans notre société.

- Il nous semble que c'est à partir de la connaissance de ces déterminants culturels que l'on peut assurer les fondements d'une pratique sociale vouée à prendre en charge les problématiques de Santé. De fait, ces déterminants culturels symboliques relèvent "d'universaux" qui règlent les conduites et les comportements d'assistance, d'aide et de soin, dans toutes les sociétés humaines depuis que sapiens est sapiens (ils existent depuis que l'humanité existe et s'avèrent semblables dans toutes les cultures). Ces déterminants sont prégnants et implicites. C'est dire que la Santé est un phénomène culturel qui ressort de l'exigence symbolique d'intégration qui garantit au Sujet d'être appartenant au groupe dans lequel il s'inscrit. Appartenance active qui contribue, réciproquement, à la cohésion du collectif auquel il participe. Il faut donc prendre acte que le médecin généraliste et les disciplines affines de Santé, ressortissent plus dans leur acte des sciences humaines que des sciences de la nature. Les dysfonctionnements organiques, psychiques, sociaux doivent donc être considérés au premier chef comme des souffrances qui empêchent et s'opposent à l'intégration sociale des Sujets qui en sont affectés. Au fond on pourrait considérer que la "bonne santé" consiste dans le fait qu'un Sujet puisse être au monde si ce n'est avec une certaine sécurité, en tout cas, sans empêchement majeur. C'est à ce prix que l'on peut passer de la problématique médicale de la lutte contre la morbidité et la mort à celle de l'intégration, de l'existence et de la vie... toutes choses qui renouent avec la philosophie hippocratique. Aussi, au-delà des attitudes qui consistent à considérer que la Santé est un droit concédé par l'état - attitudes assez superstructurelles et peu déterminantes - le médecin, mais aussi toutes les disciplines auxquelles on s'adresse dès lors que l'on est mal et quel que soit le mal, a une position symbolique de "supposé savoir". Ce statut de supposé savoir tient son efficacité du fait qu'il est confirmé par le consensus social, c'est pourquoi explicitement ou implicitement, on met littéralement son destin entre ses mains. Prendre en compte et mettre au centre de sa pratique cette dimension "anthropologique" est sans doute une voie pour rétablir la médecine, devenue trop technicienne, dans l'Esprit médical hippocratique. D'autant que cette fonction symbolique est dévolue aussi à toute discipline d'aide et de soin qui, par ailleurs, ne bénéficie pas de la même accréditation que celle octroyée par la puissance publique au médecin. Ce qui permet d'envisager une pratique hippocratique non plus exercée par un seul, le médecin, mais par un collectif. C'est à partir de ce statut commun de supposé savoir que peut être abordée la question de la coopération réelle (et non plus séquentielle) entre les disciplines qui œuvrent dans le champ de la Santé. Car cette position de supposé savoir déclenche des conséquences relationnelles entre le patient et le praticien, identiques, quelle que soit sa discipline. D'autant que ce phénomène psychique, reconnu comme efficient dans toutes les cultures, est une des conditions de l'efficacité de l'acte qu'on adresse au patient. Le docteur Balint, en son temps, avait remarqué que "*la première prescription du médecin était le médecin lui-même*". Ce qui n'est pas seulement une métaphore mais indique que l'appareil neuro-cérébral humain (mais pas seulement celui de notre espèce) possède des mécanismes d'auto-guérison que la position de supposé savoir active. Hypothèse déjà envisagée par Hippocrate. Cette réalité est confirmée scientifiquement indirectement à partir de plusieurs études concernant l'efficacité des placebos. Efficacité dont on a essayé de découvrir et de théoriser les mécanismes neuro-cérébraux qui procèdent à sa mise en œuvre. Cette

position de supposé savoir, partagée par les praticiens dès lors qu'ils actent dans le champ de l'aide ou du soin, peut servir d'origine pour penser une pratique collective qui ne serait plus fondée uniquement sur une hypothétique complémentarité des soins. En clair, sur une croyance en la toute-puissance de l'intervention technique. En effet, cette position de supposé savoir détermine des modalités particulières d'interaction et d'intervention entre le praticien et son patient. Ces modalités de relation, que l'on pourrait qualifier de symboliques, sont identiques quelle que soit la spécialité du praticien. C'est donc à partir des similitudes des phénomènes qui régissent la relation de celui qui vient adresser son mal-être et celui qui en est le destinataire que peut se penser et se constituer une pratique collective. Etant noté que ces présupposés anthropologiques, à partir desquels se constituent cette pratique collective, ne viennent pas en substitution des principes qui président à l'exercice de chaque discipline, mais permettent de subvertir et de dépasser l'individualisme de la pratique libérale et de faire apparaître la cohérence de la succession des interventions. Lui donner "sens". Ces présupposés communs servent de "continuo ostinato" à l'hétérogénéité des discours techniques qui caractérisent chaque pratique. Ils fondent une possibilité d'"hétérologie" qui ne soit pas morcelante et dépasse l'approche séquentielle de la Santé.

■

Cette pratique de l'hétérologie, à entendre comme nécessité de coexistence "égalitaire" et complémentaire des discours (techniques), n'est possible que si elle est portée par une Institution d'un type nouveau que la "Maison de Santé" peut matérialiser. Quand nous parlons « d'Institution d'un type nouveau », nous voulons dire qu'elle se constitue par le regroupement paradoxal de professionnels libéraux. Il s'agit donc d'une "Institution libérale" de praticiens, centrée dans une "Maison de Santé". Dès lors la Maison de Santé est d'abord un lieu de consultations pluridisciplinaires mais aussi un lieu de formation et de recherche sur les pratiques sociales de Santé. Un lieu de soin, de recherche, de transmission. Il nous semble que c'est à ce prix que l'on peut renouer avec l'Esprit de la médecine hippocratique. En tout cas, de surmonter les impasses dans lesquelles les réseaux et les cabinets de groupe se débattent.

- Pour autant, on ne peut faire l'économie de la présentation de ces phénomènes culturels (symboliques), communs à tout acte thérapeutique ou d'aide, qui structurent la relation du patient à celui qu'il consulte...

UNE PRAXIS COLLECTIVE HIPPOCRATIQUE : L'HÉTÉROLOGIE

- Quand nous parlons d'Hétérologie, nous faisons référence à la mise en place d'une praxis commune qui permette aux praticiens issus de différents champs de l'aide et du soin de constituer un collectif, au-delà de l'attention bienveillante vis-à-vis des pratiques d'autrui. Attention bienveillante qui fonctionne le plus souvent comme une dénégation qui pourrait s'énoncer comme suit: "Je te fais confiance humainement, mais au nom de cette confiance je ne veux rien savoir de tes présupposés scientifiques, techniques, doctrinaux".
- Dénégation qui entraîne pour le patient, qui passe de l'un à l'autre, le sentiment de discontinuité et de segmentation cause de déstabilisation. Au point que dans certains cas extrêmes, quand le nombre d'intervenants est conséquent, il y ait une impression d'étrangeté et de morcellement du corps. Cela se traduit chez ceux qui les éprouvent par des réactions à la fois interrogatives et scandalisées. Réactions qui expriment le doute sur le bien-fondé du recours à toutes ces interventions.

■

DONNER DU SENS

- L'ambition hétérologique est donc de dépasser ce risque de discontinuïté inquiétante et de permettre une réelle approche holistique nécessaire pour aborder la problématique de la santé. Unifier la discontinuïté mécanique des interventions successives des différentes spécialités. Dépasser le stade de la cohabitation hétérogène et vectoriser les interventions de telle sorte qu'elles prennent sens aussi bien pour les praticiens que pour les "usagers", puisqu'aussi bien aujourd'hui c'est "l'élément" de langage qui s'est substitué au terme de clients ou de patients pour les professionnels travaillant au sein d'une Institution. Nous sommes frappés de constater que chaque fois qu'un nouvel élément de langage est proposé, c'est que l'on a détecté un problème souvent crucial. On croit y apporter une solution par la simple "invention" d'un mot nouveau. Il en est de même pour "patientèle". Dans ces occurrences, il s'agit au fond d'effacer la notion de "clientèle" propres aux professions libérales. Car le statut libéral des professions d'aide et de soins s'inscrit dans le cadre d'une économie marchande. Il y a une contradiction où, pour la surmonter il s'agit de concilier l'idéal du "bienfaiteur de l'humanité" (souvent la racine des Vocations des métiers d'aide ou de soin) et la nécessité très terre à terre de gagner sa vie (et parfois même de s'enrichir) sur la misère humaine, en vendant un service comme un vulgaire commerçant. Principe de Réalité que la puissance publique rappelle et souligne brutalement quand elle considère la santé d'un point de vue économique comme un marché à part entière. Par ailleurs, le terme "d'usager", outre qu'il s'inscrit dans le projet d'effacer la notion de clientélisme, a pour volonté de faire savoir qu'aujourd'hui la nouvelle politique de la Santé a pour principe de "mettre le patient au centre de sa pratique" et surtout de faire en sorte que ce dernier se responsabilise, se mobilise, pour sa santé. En d'autres termes qu'il soit "actif".
- Mais ces acrobaties sémantiques restent des vœux pieux quand la culture dans laquelle s'inscrivent ces professions persiste et ne se transforme pas. Sans cette transformation, la personne qui consulte reste toujours en position de subordination devant la puissance médicale. Les jeux sémantiques sont impuissants à transformer les attitudes apprises et les pratiques qu'elles induisent. Les vœux pieux, on le sait, sont voués à ne jamais être réalisés.
- Pour couper court à cette esquisse d'analyse sémantique (qui pourtant apporte un éclairage tout à fait intéressant sur le malaise de la position de ces professions dans la société actuelle) on peut dire que l'hétérologie tente d'apporter une réponse à cette contradiction de fond. Elle propose de définir une "vocation" Hippocratique moderne commune aux professions amenées à coopérer. Vocation qui subvertit l'orientation économique de leur inscription dans la réalité sociale.
- Quand nous parlons de Vocation commune à l'ensemble de ces professions, nous ne voulons pas dire pour autant qu'elles s'équivalent, au sens où on pourrait indifféremment substituer telle pratique à telle autre et que chacune pourrait traiter de tout. C'est une tentative qu'on a vu se profiler dans les années 1970, (au sortir du grand carnaval de mai 1968), surtout du côté de la psychiatrie avec le courant de l'antipsychiatrie (principalement en Angleterre avec Lang et en Italie avec Basaglia) et la dérive de la psychothérapie institutionnelle dévoyée principalement par l'utopie maoïste (criminelle ?) issue de la prétendue révolution culturelle chinoise. Il y avait dans ces mouvements pernicioeux la négation à la fois de la compétence acquise du spécialiste et de la maladie mentale. Cette destruction des "élites" et la négation de la maladie servait une idéologie confusionnelle où le peuple, sa sagesse et son savoir-faire inné, était le ferment d'une société sans classe et des lendemains qui chantent. Il ne faut pas croire qu'il ne reste rien aujourd'hui de cette idéologie folle. L'un d'entre nous, qui est administrateur dans le conseil d'administration d'une grande association gérant un grand nombre d'établissements médico-sociaux et de santé, a eu la surprise de voir siéger non seulement les membres du comité d'établissement, mais aussi un homme d'entretien qui avait été coopté au nom de la "sagesse" et du "rôle symbolique auprès des usagers" ! On le voit dans cette assemblée, tel un oracle, intervenir sur des

sujets, dont à l'évidence il ne comprend rien, dans un silence religieux (ou gêné ?) qui se conclut toujours par une remarque du Président sur " le grand intérêt de ce qui est dit" ! Quarante ans après ces mouvements obsolètes, c'est proprement hallucinant ! Pourtant, ce conseil d'administration n'est absolument pas gauchiste. Mais il semble que l'on doive dans ces établissements toujours sacrifier à ces ersatz d'idéologie pernicieuse !

- Si nous mentionnons ce courant, c'est, par opposition, pour faire entendre que l'hétérologie est en totale opposition avec ces dérives politico-sociales. A contrario, nous affirmons le bien fondé et la spécificité légitime des différentes spécialités qui œuvrent dans les champs de l'aide et du soin. En quelque sorte de leur nécessité, pour autant qu'elles soient fondées sur une approche scientifique au double sens du terme :
- Expérimentales pour les sciences de la nature
- Conjecturelles pour les sciences humaines ou sociales
- Ne peuvent prétendre à intégrer un collectif hétérologique que les disciplines dont le corpus est constitué rationnellement. C'est-à-dire que nous nous inscrivons dans un courant que l'on pourrait qualifier de "positiviste". Il n'y a donc nulle utopie ni idéologie spiritualiste dans cette orientation. Et l'hétérologie se veut, elle aussi, aussi rationnelle que les disciplines qu'elle fédère. Cette fédération des différentes disciplines s'organise à partir de deux principes. Il faut d'une part que la discipline soit jugée pertinente par rapport au projet d'aide et de soin du collectif dans laquelle elle souhaite s'insérer. La cooptation ne peut se faire au prétexte de sympathie ou d'afférente "affective". Cela implique que la discipline soit reconnue par les membres du collectif comme nécessaire pour assurer la continuité de l'aide ou du soin. Cela suppose de plus que la personne qui représente cette discipline soit en mesure de penser son acte dans le cadre d'un projet collectif et d'en témoigner. Par ailleurs et conséquemment, cette personne doit être en mesure de circonscrire les limites de son acte. Savoir et faire savoir quel est son champ de compétence, où celle-ci s'arrête par rapport aux autres disciplines affines ou pas. Ces deux exigences déterminent la **bonne place** de chacun dans le collectif d'aide ou de soin. **Bonne** place essentiellement "**symbolique**" bien plus que fonctionnelle.
- Le terme hétérologie est en quelque sorte un barbarisme. On peut le considérer comme une métonymie, ou plutôt comme une synecdoque, de ce qui est en jeu dans cette pratique. Nous avons vu précédemment qu'il est illusoire d'espérer la présence dans la continuité des soins en se référant uniquement à la complémentarité des disciplines et des pratiques. Cette complémentarité technique, même si elle est réelle et essentielle (et elle l'est dans la majorité des cas), ne peut se faire que dans la discontinuité. Le terme hétérologique est donc un néologisme formé du préfixe hétéro (autre, différent) et logos qui renvoie à la parole dans sa capacité à tenir un discours rationnel. Ce terme connote donc l'intention de faire coexister les discours de disciplines hétérogènes de manière rationnelle dans le but d'éliminer la discontinuité qu'ils génèrent de facto. Il faut donc cesser de croire que seule la pensée technique et organisationnelle pourra apporter une solution à cet état de fait, en apparence, insoluble. Bien sûr si on cesse de penser en termes techniques et qu'on s'interroge sur ce qui est d'un point de vue ethno-anthropologique (c'est-à-dire structurel et de sens social) commun à la majorité des disciplines, l'impasse s'avère imaginaire. De fait, on s'aperçoit alors que toutes ont pour vocation profonde de s'intéresser à la douleur, à la souffrance, à l'exclusion. Toutes choses qui rendent celui qui en est affecté incapable, partiellement ou totalement, d'une présence au monde satisfaisante. Elle concerne donc une aspiration humaniste à réduire l'exclusion et à faciliter l'intégration des personnes qui pour des raisons multiples (maladies, blessures, handicap, dénuement...etc.) sont en difficulté. Evidemment, on pourrait nous rétorquer qu'il ne s'agit pas pour ces disciplines d'une vocation "Symbolique" sociale mais de sensibilité particulière de ceux qui les pratiquent à entrer en "sympathie", en "empathie" avec ceux qui souffrent au point de s'inscrire de

manière altruiste dans des pratiques professionnelles qui leur permettent de les mettre en œuvre. Nous ne pensons pas qu'il s'agisse seulement de motivation individuelle. Ces disciplines ont d'abord une dimension Sociale, même si elles attirent une certaine typologie de personnes. Patrick Thor, spécialiste de Darwin, a soutenu la thèse que cet auteur considérait que notre espèce différait de toutes les autres espèces (y compris de nos proches cousins, les grands anthropoïdes en particulier les chimpanzés), parce qu'il y aurait chez l'homme une aptitude nouvelle à la sociabilité. Cette sociabilité particulière résulte pour Darwin d'une transformation majeure des lois de l'évolution. Alors que partout dans le monde vivant la sélection naturelle consiste à l'élimination des individus les plus faibles et à la préservation sélective des individus les plus forts et les plus aptes à s'adapter (et donc à faire perdurer l'espèce), cette loi a subi chez Sapiens sapiens une transformation qui consiste littéralement en son renversement : chez les humains la défense de l'espèce passerait **non plus par l'élimination des plus faibles mais par leur préservation**. Et cette mutation, loin d'handicaper son développement, débouche, au contraire, sur une augmentation de sa capacité à s'adapter et à se développer. Darwin attribue ce renversement à une hypertrophie chez Sapiens sapiens des instincts sociaux. Et il explique que cette obligation de solidarité à l'égard de plus faibles, déterminée par l'hypertrophie des instincts sociaux, est justement une des causes du développement de nos capacités à nous adapter et à nous développer. En effet, pour protéger les plus faibles il faut développer des stratégies qui nécessitent une activation et une augmentation de nos capacités intellectuelles. Cette augmentation de nos capacités intellectuelles nous permet d'affronter avec succès tous les obstacles et difficultés environnementales et à nous adapter aux conditions externes les plus extrêmes. Indirectement cette dérogation aux lois immuables de l'évolution nous permet de nous développer de la manière la plus efficace...au détriment d'autres espèces. Cette vocation qui consiste à venir en aide aux plus faibles ne répond pas à un seul mouvement compassionnel psychologique (dont certains d'entre nous auraient sélectivement la capacité) mais d'une aptitude sociale universelle à notre espèce. Preuve en est que quelles que soient les civilisations, passées ou présentes, quelles que soient les cultures, cette obligation de venir en aide aux plus faibles est universellement présente. C'est une obligation "symbolique" sociale à laquelle, eut égard à la division sociale des fonctions chère à Durkheim, certains souscrivent et l'assument. Ils y souscrivent dans telle ou telle discipline rationnellement constituée. Cette thèse, défendue par Patrick Thor, quoique partiellement fondée, (Darwin ne dit pas que c'est l'émergence de la morale par hypertrophie des instincts sociaux qui fait la différence et déclenche la transformation des lois de l'évolution chez Sapiens sapiens mais l'apparition du langage qui détermine l'hypertrophie des instincts sociaux et l'apparition de la morale), a pour intérêt, de trouver un lien transverse à toutes les disciplines d'aide et de soin. **Elles procèdent toutes de cette obligation symbolique qu'un collectif humain donné a vis-à-vis de ses membres démunis ou souffrants**. Cette fonction "aidante" ou "soignante" est donc marquée dans la structure symbolique de tout collectif humain organisé comme une "culture" (au sens anthropologique), quel que soit le nom qu'on donne à celui qui l'occupe : Homme médecin, shaman, sorcier, thaumaturge, médecin, psychologue, assistante sociale...Il ne peut exister une organisation sociale réelle sans que cette obligation "culturelle" qui traite de la souffrance, de la douleur et de la désocialisation (en un mot, du mal être) ne s'actualise. Et cela sans doute depuis au moins 40 000 ans, au moment où notre espèce a connu sa dernière mutation génétique qui coïncide avec sa sortie du Rift Africain. Cette fonction, et la position de celui qui l'assume, est donc universelle et se caractérise par le statut que lui dédit le collectif d'être "**Supposé Savoir**". Supposé Savoir ce qu'il en est des causes du mal être et des actes à mettre en œuvre pour y remédier. Dans les cultures africaines, les causes des maladies sont référées au courroux des génies de la terre ou de la forêt ou encore à celui des ancêtres et des époux ou épouses dans l'au-delà ou, enfin, aux sorcières. Dans la Grèce pré-hippocratique, aux facéties des dieux. Dans nos sociétés occidentales avancées, aux agents infectieux, aux gènes, aux dysfonctionnements biophysiques mais aussi psychiques, psychosociaux ou sociaux. Mais quelle que soit la nature du système explicatif, la position du soignant est

structurellement identique quelles que soient les cultures : il est un supposé savoir. Seules les modalités d'exercice de ce statut symbolique varient.

- Nous avons évoqué antérieurement que le personnage qui incarne cette fonction est investi de la capacité à "savoir" ce qu'il en est des affections qui entraînent le mal-être de celui qui consulte. Cette position de "Supposé Savoir" est conférée au praticien, non pas seulement par la reconnaissance de son savoir technique. Habituellement on pense que la légitimité est seulement affaire de compétence : plus on serait compétent, plus on serait légitime. On oublie alors que la légitimité commence quand le corps social le reconnaît et l'investit symboliquement de cette capacité. Il est Supposé Savoir par la vertu du collectif à le reconnaître comme tel. La compétence ne fera que confirmer le bien-fondé de cette supposition initiale. Si la compétence est avérée, on devient alors un Supposé Savoir de grand pouvoir !
- Partant on comprend mieux pourquoi ce qui noue le rapport entre le soignant et le patient est d'abord d'ordre symbolique. Le soignant ou l'aidant, supposé savoir, se présente comme l'interface entre le sujet qui consulte et les forces déstabilisatrices (organique, sociale, psychique) dont le second ignore les modes d'action perturbatrice, voire destructrice qui le plonge dans un état de mal-être. Le Supposé Savoir a accès à des "mondes" dont le patient est exclu. Il y a non seulement accès mais aussi il a le pouvoir d'agir sur leur nocivité. Ces déterminants mystérieux qui accablent le patient sont dans nos sociétés cartésiennes constitués en corpus de connaissances rationnelles et scientifiques. Mais pour l'appareil psychique de celui qui consulte que ce savoir soit mythologique, métaphysique ou scientifique est indifférent. Ce qui lui importe c'est qu'il y ait un intercesseur entre lui et l'incompréhension radicale des causes de son mal-être. Pour le dire autrement, ce qui noue ce rapport entre celui qui consulte et celui qui vient le consulter n'est pas de l'ordre d'une relation "rationnellement" pensée où l'usager attend un service contre rémunération. Ce qui détermine cette relation particulière ressort d'un autre type de pensée. Dans les années 1950, Levi Strauss l'avait qualifiée de "Pensée Sauvage". C'est-à-dire une pensée qui n'est pas centrée sur la production et l'échange (marchand, interpersonnel) mais qui concerne uniquement les conditions d'appartenance à un collectif. De fait, le mal-être (la maladie ou tous autres maux) exclut du collectif celui qui en est la victime. Ou tout au moins risque de l'exclure. Et d'une certaine manière être exclu du collectif équivaut à un arrêt de mort, symbolique dans nos sociétés, réel dans les sociétés traditionnelles. Le rôle du Supposé Savoir est d'empêcher cette exclusion en rétablissant l'ordre des choses qui est garant de la "Santé". Le bien-être consiste dans la possibilité d'une intégration harmonieuse d'un sujet dans le collectif social dont il est membre. Freud, au fond, assez vainement, ne disait pas autre chose quand il proposait une définition de la guérison (quand il s'agit d'une maladie psychique). Il considérait comme guéri celui ou celle qui est en capacité *"d'aimer et d'être aimée, n'a plus peur de la mort pour elle et pour ses proches, a une bonne intégration sociale et professionnelle"*. Le bien-être d'un sujet consiste donc à participer à l'ordre symbolique des choses qui garantit la cohésion sociale de son collectif d'appartenance. A contrario on peut penser que si une personne est en déséquilibre par rapport à son groupe d'appartenance, elle est en danger mortel.
- Cette position n'est pas nouvelle, le Docteur Balint disait au siècle dernier que la première prescription du médecin était le médecin lui-même. Cette intuition se vérifie expérimentalement dans ce qu'il est convenu d'appeler l'effet "Placebo" (ou a contrario Nocebo). Vérification expérimentale qui constate la réalité de cet effet positif de la présence du médecin qui rend des substances chimiquement "inactives" actives dans la mesure où elles relancent la capacité d'auto-guérison inscrite dans le patrimoine génétique de notre espèce. L'hypothèse est qu'il existerait dans l'appareil neurocérébral une fonction de "médecine interne" que les actes du médecin et les substances chimiquement inertes mobilisent et activent. Car on peut en effet constater, à l'aide de l'imagerie de l'appareil neurocérébral, dans certaines expériences sur le traitement des

psychoses, que les substances placebo activent les mêmes aires neurocérébrales que celles que les psychotropes ad hoc visent et animent. Plus encore, cet effet objectivement constaté se déclenche même si l'expérimentateur a prévenu le patient que la substance qu'on lui propose ne contient aucun principe actif ! Levi Strauss à peu près à la même époque où il écrivait son ouvrage sur la "Pensée sauvage", étudiait comment, dans les sociétés amérindiennes du Brésil, les shamans opéraient pour soulager leur patient. Il a consacré une observation tout à fait intéressante publiée dans " Anthropologie Structurale I ". Il s'agissait d'une consultation d'obstétrique pour une parturiente dont l'accouchement se passait mal. Levi Strauss concluait que le shaman aidait sa patiente à accoucher parce qu'il mobilisait une capacité psychique qu'il nommait "**Efficacité Symbolique**" qui se déclenche grâce à un lien social particulier entre celui qui souffre et celui

« Supposé Savoir » de quoi il souffre et comment le soulager. Il met en scène les conditions du déclenchement de cette Efficacité Symbolique (neurocérébrale) qui enclenche des mécanismes d'auto-guérison. Quoique notre arsenal thérapeutique moderne dépasse largement celui des médecines traditionnelles, cette aptitude à réagir à la sollicitation de cette Efficacité Symbolique demeure toujours essentielle et mérite d'être prise en compte. Sachant qu'elle opère non seulement avec les médecins, mais aussi avec tout praticien qui a à traiter d'une douleur ou d'une souffrance, dès lors qu'il est en position de **Supposé Savoir**. Tout praticien de l'aide ou du soin est un "sujet supposé savoir" en personne. Pas seulement les médecins qui jusqu'à présent en revendiquent l'exclusivité.

- Comme nous l'avons vu, cette position de "Supposé Savoir" n'est pas acquise par apprentissage et accumulation encyclopédique de savoir. Car on peut imaginer (et cela deviendra sans doute une réalité dans un avenir proche) un ordinateur en qui on aurait placé l'ensemble des connaissances d'une discipline donnée (la médecine par exemple) et qui mettrait à jour en temps réel tous les progrès de cette discipline : il ne pourrait cependant pas assumer cette position de Supposé Savoir. Ce serait un système expert et une banque de données exhaustive. Un Sujet Supposé Savoir ne peut être qu'un humain qui a confronté le savoir qu'il a acquis et enregistré avec son désir de le mettre en œuvre dans son collectif d'appartenance. Le Sujet Supposé Savoir naît de la métabolisation des savoirs acquis par les effets du désir d'assumer cette aptitude particulière à la solidarité à l'égard des plus faibles. En d'autres termes, n'accède à cette position que le praticien qui a pour exigence de penser sa pratique, non seulement du côté de sa productivité et de son efficacité, mais aussi dans la dimension d'un acte qui engage sa responsabilité, non pas morale, mais sociale. Dans le jargon qui est le nôtre (ou notre langue vernaculaire) nous dirons "responsabilité culturelle". Vous nous direz qu'en principe cette épreuve de penser son acte intervient en fin d'études au moment où on demande à l'impétrant de rédiger un mémoire ou une thèse. Outre que cet exercice est prématuré (commente penser son acte quand on n'a pas encore exercé ?), Il est devenu un passage obligé qui tient du pensum et n'engage en rien la pensée (pensante) de celui qui y sacrifie. Il a perdu totalement le sens qu'il pouvait avoir au siècle dernier (encore qu'ayant été membre d'un jury de thèse à l'université à cette époque il était déjà patent que vu l'indigence des travaux rendus, cet exercice n'avait plus aucun sens). On pourrait dire même que cette mascarade était une négation de la nécessité de penser son savoir. Par ailleurs, il nous semble que cette nécessité de penser son savoir n'est pas le signe de la fin des études, mais devrait être permanente pour soutenir l'authenticité de son acte. **Penser son acte et en attester devant ses pairs, de sa discipline, mais aussi des disciplines affines, est une exigence inscrite au fronton de l'Hétérologie.** De fait, à la croisée de son désir et de ses connaissances, il s'agit d'établir une modélisation singulière de sa praxis, c'est-à-dire du sens qu'on donne à l'acte et qui vectorise sa pratique quotidienne. Cette modélisation se nourrit de l'expérience et doit être travaillée quasiment en permanence. C'est en tout cas ce qui légitime (et justifie) d'assumer la position de Supposé Savoir dans le collectif social. Pas seulement comme "technicien efficient" spécialiste dans son domaine.

- En tout cas cela détermine, justement, une position différente du praticien technicien qui utilise des artéfacts pour établir et entrer en "**relation**" avec ceux qui le consultent : artéfacts psychologiques ou communicationnels pour établir une "relation de confiance" (dit-on) qui permet de conduire au mieux (avec plus d'efficacité) la consultation et la suite du traitement (s'il y a lieu). Quand nous parlons d'artéfacts psychologiques, nous faisons allusion à ce courant de pensée qui préconise de s'exercer à l'empathie (qui peut conduire sans qu'on y prenne garde à la sympathie...) vis-à-vis du patient de telle sorte de mieux le comprendre, d'établir une relation "émotionnelle" plus forte, et de créer un "lien sentimental" qui favoriserait le colloque thérapeutique ou d'aide. On a même vu des professionnels s'enticher "d'amitié" pour certains de leurs patients...et créer un lien de dépendance indéfectible. Nous nous inscrivons radicalement en faux contre ce mouvement qui nous semble aux antipodes des enjeux qui se trament dans la relation soignant/soigné, aidant/aidé et disqualifie, en tout état de cause, la position de Supposé Savoir. En effet, on risque de dégrader le rapport soignant/soigné, aidant/aidé, en une relation ordinaire où les affects risquent (de part et d'autre) de brouiller la neutralité qui sied à l'acte de soin ou d'aide. Loin de nous de penser, comme on pourrait nous l'objecter, qu'il s'agit de préserver le prestige et le pouvoir du praticien vis-à-vis de son patient. Il n'en est rien. Il s'agit de mettre en place un véritable **lien social** qui, parce que justement il exclut les affects perturbants (transfert et contre transfert diraient les archéofreudiens), s'avère nécessaire à l'acte dans sa dimension à la fois opératoire (efficace) et symbolique. Exclure l'émotion due aux affects pour être au plus proche du tragique de la réalité humaine quand elle est en proie à la douleur ou à la souffrance et à la déréliction. Dans une neutralité irrémédiable. Le lien social en tant qu'il est symbolique est antagoniste de tout effet de relation.
- C'est cette mise en place d'un lien social (débarrassé de tout effet de relation) qui permet de situer les véritables motifs de celui qui consulte. Puisqu'il n'est plus en proie à **l'obnubilation du praticien** à utiliser son savoir pour éradiquer à toute force les souffrances de celui venu le consulter. Se fixer sur le symptôme, le dysfonctionnement, la douleur ou la souffrance pour y apporter une solution immédiate ou technique n'est pas forcément conforme à l'Esprit Hippocratique tel que nous l'entendons. Se situer ainsi, en quelque sorte en "réparateur", la plupart du temps, fait manquer l'essentiel. On peut dire, pour prendre une image éculée, que ce qui est exhibé par celui qui consulte est souvent la partie émergée de l'iceberg problématique. Si on s'essayait à une métaphore linguistique on pourrait dire que c'est une "synecdoche" (la partie pour le tout), ou en terme psychanalytique une "condensation". Dans cette perspective, avant même que l'on s'occupe du symptôme, ce que le patient **attend**, c'est que le Supposé Savoir auquel il fait face prenne la peine de faire émerger la complexité de la problématique qui, au fond, l'a amené à consulter. Vous me direz que quelle que soit la discipline, il est d'usage de pratiquer, de prime abord, ce qu'on appelle en médecine "l'anamnèse". Celle-ci consiste à éclairer dans quel contexte historique et actuel, la difficulté, le dysfonctionnement, le symptôme, le syndrome, ou la maladie s'inscrivent et se développent. A la fois histoire et généalogie des signes apportés par celui qui consulte. Bien évidemment cette pratique est essentielle. Mais elle n'est pas suffisante. Ce que le consultant **attend sans en avoir conscience** c'est qu'on lui permette d'explicitier cette complexité que le symptôme ainsi exhibé, à la fois fait pressentir et occulte. Seule la présence et l'écoute du Supposé Savoir le permet. Il faut d'ailleurs noter que dans cette occurrence, justement, le Supposé Savoir ne sait ce que la synecdoche ou la condensation symptomatique recèle ! Dans ce moment inaugural de la rencontre qui fera (ou non) Lien Social, le Supposé Savoir est plutôt dans la position de Tirésias que de celle d'Œdipe. Tirésias pressent mais ne sait pas ce qui fait le malheur de Thèbes ; Œdipe a réponse à tout, (même aux énigmes insolubles de la Sphinx) et se précipite dans le malheur, à l'aveugle. Reste que, fondamentalement, ce que tout patient, qui est dans cette confusion induite par l'ignorance de la complexité dont se trame sa souffrance, **attend**, c'est **une écoute**. Pas encore une solution sous forme d'aide, de diagnostic ou de prescription. Ecoute qui en retour lui fera prendre

conscience de ce qui l'a amené véritablement à consulter. C'est à ce moment qu'il pourra (ou non) formuler une véritable **demande** d'aide ou de soin.

- Bien évidemment certains patients ne sont pas dans cette confusion et semblent savoir exactement ce qu'ils demandent à l'aidant ou au praticien qu'ils consultent. La mise en exergue du symptôme est alors véritable et ne cache aucune autre problématique. Les patients, dans cette catégorie, ont alors une véritable demande sur laquelle pourra s'établir le lien social nécessaire à l'établissement de l'acte d'aide (ou de soin). Mais il faut tout de même être attentif au fait que cette demande pour pallier les souffrances qu'un symptôme occasionne, aussi péremptoire qu'elle puisse apparaître, peut elle aussi constituer un mécanisme de défense contre une problématique confuse que ces personnes ne veulent pas, ou ne peuvent pas, prendre en compte. Dans cette occurrence, la demande, aussi assurée qu'elle soit, constitue une véritable dénégation de ce qui cause le mal-être de celui qui consulte.
- Dans le cas où la demande s'avère authentique, et que l'aide, le diagnostic et la prescription peuvent être posés et présentés au patient, il ne faut pas penser pour autant que ce qui va être proposé sera compris et accepté. Même en cas de demande assumée par celui qui consulte, il faut savoir que les dysfonctionnements qui provoquent le mal-être touchent au fond à l'existence du sujet. Existence qui ne ressortit pas du registre de la pensée rationnelle productive consciente. Celle qu'on nomme cartésienne. On pourrait en effet croire, qu'une fois élucidées les causes, la prescription qui en découle serait immédiatement comprise, admise et mise en œuvre. L'expérience montre qu'il n'en est rien. Inexplicablement on peut assister, dans certains cas, à une réticence voire un refus de ce qui est proposé. Pourtant la personne qui manifeste ces réticences ou ce refus de la prescription (quel que soit le domaine et la discipline) est véritablement dans une demande d'aide ou de soin. On pourrait penser que cette réaction a à voir avec le contenu de la prescription ou une certaine perte de confiance vis-à-vis du praticien. Si parfois cela peut être évoqué, dans la majorité des cas, quand le lien social a été noué entre le praticien et le sujet, il s'agit en fait d'un phénomène psychique que l'on pourrait qualifier de normal. Quand les conditions de l'existence sont en jeu, l'appareil psychique met en place un mécanisme que l'on pourrait qualifier de "précaution" afin d'entériner de nouvelles données susceptibles de modifier l'homéostasie des conditions existentielles de sa présence au monde. Même si cette présence au monde est douloureuse, inexplicablement on y tient. Il ne s'agit pas comme certains l'invoquent, d'une "résistance" aux changements : "l'humain est l'être vivant le plus adaptable qui soit" ! Donc rompu à assimiler toutes transformations de ses conditions d'existence. Il s'agit d'un mode particulier d'intégration de ces nouvelles données quand les conditions d'existence sont en jeu qui passe par trois phases incontournables :
- Il y a d'abord **un instant de voir**. Ce premier temps d'assimilation se présente comme un "insight". La personne comprend en un éclair tout ce qui lui est proposé. A ce moment on pourrait croire que la cause est entendue et que la prescription est acceptée et va être mise en œuvre. Il n'en est rien. Ce serait vrai si cette donnée qu'est la prescription relevait de la pensée productive rationnelle. Mais tout ce qui touche à l'existence et au mal-être qui la perturbe relève de cette autre pensée que nous avons qualifiée antérieurement de "pensée sauvage" d'où procède la symbolisation (autre manière de parler de l'assimilation de données : une donnée qui touche au "métabolisme" de l'existence doit être "symbolisée"). Et dans le procès de "symbolisation", l'instant de voir n'est que la première étape.

Cette première étape débouche sur ce que nous repérons comme "**temps pour comprendre**". Empiriquement certains praticiens en tiennent compte quand, après avoir prescrit, ils disent aux patients : "vous y réfléchirez..." induisant par là un temps qu'ils laissent à leurs patients pour peser "le pour et le contre" dans une approche consciente de type avantages/ inconvénients. De fait le temps pour comprendre peut prendre

l'apparence de ce débat pseudo intentionnel. En fait il mobilise d'autres mécanismes psychiques que ceux de l'appréhension intellectuelle dialectique. Ce sont des processus non pas de décision à proprement parler, (quoiqu'ils débouchent effectivement sur une décision) mais d'appropriation/assimilation. Processus, si ce n'est inconscients, du moins " involontaires". Ils s'apparentent à ceux qui permettent la maturation d'un apprentissage durant le sommeil. Mais ils peuvent aussi s'activer durant la veille. Cette séquence "d'appropriation/assimilation" se déroule dans un temps indéterminé que le praticien doit accompagner.

- Si cet accompagnement porte ses fruits, il débouche sur un "**moment de conclure**" qui signe que les données de la prescription ont été symbolisées et assimilées. C'est à ce moment que peut se produire un effet "d'efficacité symbolique" qui déclenche au niveau neurocérébral "l'appétence" aux propositions d'aides qui ont été émises ou au traitement médical qui a été prescrit.
- Ces trois temps qui permettent la "symbolisation" et l'assimilation des données des propositions d'aide ou du traitement ont été regroupés par Lacan sous le terme de "**Temps Logique**".
- Temps logique "suspendu" qui régit la "Pensée Sauvage" symbolique et entre en dialectique avec le temps chronologique (la flèche du temps comme disent les physiciens) dont procède le temps réel décisionnel. Le "moment de conclure" renoue avec le temps chronologique et entraîne la décision et le choix.

CONCLUSION

Nous avons succinctement présenté les présupposés essentiels qui permettent à des praticiens de l'aide et du soin de coopérer au sein d'un collectif. Ces présupposés ont pour objectifs de constituer les principes communs sur lesquels la relation usager/aidant ou patient/praticien doit s'édifier. Ces principes, vectorisés par une Vocation "anthropologique" commune, ont pour ambition de servir de base à une Institution soignante dans laquelle la continuité des soins s'avère réelle. Il nous semble en effet que sur cette base, les discours spécifiques de chaque discipline d'aide et de soin trouvent une légitimité à interagir dans un champ qui leur est commun : traiter des différents avatars du mal-être dont l'humain est la proie. Manière actuelle de réhabiliter l'Esprit Hippocratique fondateur.

Marc Lebailly

PROGRAMME DE L'INSTITUT HYGIE : PENSER COLLECTIVEMENT SA PRATIQUE

GROUPES DE TRAVAIL DU PÔLE "ORGANIQUE"

PENSER SA PRATIQUE DANS LE CADRE DU CHAMP ORGANIQUE

- Penser sa pratique cela revient à dire qu'il faut lui donner (ou redonner) un sens. Ce sens qui vectorisera nos actes, est déjà inscrit au fronton de l'Institution Hygie et consiste à renouer avec la tradition hippocratique. Ainsi, si nous voulons rester hippocratiques et travailler humainement il nous faut tenir compte de la globalité de l'humain qui se décline en trois réalités : Organique Psychique et Sociale.
- En biologie, le terme « organisme » désigne l'ensemble des organes d'un être vivant. L'organisme humain est donc un ensemble d'appareils mus par **une intentionnalité biologique** qui lui permet de se maintenir en vie. Mais l'organisme humain n'est pas seulement une machine vivante, mangeant, respirant et éliminant ses déchets, c'est aussi, grâce à **une intentionnalité psychique**, qui se met en place dès l'âge de 2 mois, un corps qui va petit à petit, grâce à la fonction langagière, s'unifier, rentrer en relation avec ses congénères puis ensuite découvrir, comprendre et rejoindre son collectif d'appartenance pour enfin y inscrire sa place et devenir **une personne sociale**. Notre domaine d'intervention est donc, bien sûr, **l'organisme** et tous les appareils qui le composent mais aussi **le corps** à travers lequel toutes sortes de souffrances s'expriment, aussi bien psychiques que sociales. Ainsi il appartient à **tout praticien du champ organique d'avoir cette écoute globale** propre à appréhender ces trois dimensions humaines et à donner un sens hippocratique à son acte.
- Admettre cette dimension psychique c'est admettre l'existence de cette fonction neuro cérébrale qui se met en place en même temps que l'appareil à langage et qui sert d'interface entre l'organique et le social. C'est la définition même de **l'appareil psychique** dont la mise en place traverse des étapes de structuration qui nous sont données de voir et que nous pouvons appréhender au travers de la clinique psychanalytique structurale.
- Par ailleurs nous nous accordons à dire, au sein de cette institution, que notre conception de la santé n'est pas seulement médicale mais bien plutôt anthropologique globale et **qu'être en bonne santé c'est être en mesure de s'inscrire socialement dans son collectif d'appartenance**. Tenir compte de la réalité sociale revient donc à protocoliser

collectivement nos actes de manière à les inscrire dans une démarche d'intégration propre à faire rejoindre le collectif à ceux qui en sont exclus.

- Nous travaillerons bien sûr en lien avec **la Maison de Santé de Paray** qui au travers de son projet de santé, vise à coordonner les professionnels de l'aide et du soin de son territoire.

PROGRAMME ET ORGANISATION DU PÔLE ORGANIQUE

■ RECHERCHE : Prescription de psychotropes et maladies psychiques

- Hypothèse : L'effet escompté d'une molécule sur un symptôme ne dépend pas que du type de symptôme mais également de la structure psychique du patient qui en est porteur et au travers de laquelle le symptôme s'inscrit.
- Objectif : Elaborer une grille thérapeutique, à partir de la clinique psychanalytique structurale, qui viendrait éclairer la grille classique (symptomatique) du DSM V (prescrire selon la structure versus selon le symptôme).
- Méthode : En s'appuyant sur les données de la clinique psychanalytique structurale, de la pharmacologie, de la psychiatrie d'Henry Ey, du DSM V et des données récentes des recherches en neurosciences.
- Participants : les professionnels de l'aide et du soin qui sont impactés par les maladies psychiques. Un partenariat avec le Dr Sirigu (CNRS-Université-Lyon-I) est pressenti.
- Référent : Dr Marie-Laure Salviato ; dr.salviato@gmail.com ; 06.69.79.22.53 et Dr Céline Goncalves ; docteurgoncalves@yahoo.fr ; 06.24.75.02.16
Rédacteur : à définir
Coordinateur : Vanessa Genestier ; hygie.asso@gmail.com
- Modalités :
 - Lieu des réunions : MSP de Paray
 - Quand : jeudi soir début janvier 2018
 - Rythme : tous les 2 mois
 - Elaboration d'une grille thérapeutique structurale

■ TRANSMISSION : Groupes de pairs

Groupe de pairs médecins

- Hypothèse : L'exercice libéral individuel concurrentiel isole le praticien et segmente le patient en le morcelant. Il met en souffrance l'un et l'autre. A la Maison de Santé de Paray, pour sortir de ce mode d'exercice délétère, nous avons décidé de travailler en équipe. C'est-à-dire de partager les mêmes fondamentaux culturels et donc d'avoir des pratiques communes. Ainsi, c'est en pensant ensemble ces pratiques que nous leur donnerons du sens et que nous constituerons, au travers d'une véritable continuité des aides et des soins, un cadre sécurisant et contenant pour le patient en souffrance.
- Objectifs :
 - Se former aux dernières avancées de la science
 - Améliorer et harmoniser les pratiques au sein de la MSP
 - Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge des patients
 - Adapter le logiciel Weda au mode de fonctionnement de la Maison de Santé :
Introduire des paramètres visant à rendre compte de nos pratiques communes
Penser ces critères en termes de futur outil d'évaluation de nos pratiques

- Méthode : se réunir régulièrement entre médecins de la même spécialité, sans hiérarchie, dans un climat de confiance favorisant la liberté de parole.
Autour de thématiques qui posent problème à l'équipe et qui auront émergées des RCCP
Après avoir lu une recherche référencée concernant les thèmes abordés.
Références qui seront envoyées par le responsable du groupe en amont de la réunion et qui devront avoir été lues par l'ensemble des membres pour qu'un débat puisse avoir lieu durant la réunion et qu'à partir des dernières avancées de la science une pratique commune se dessine
Des protocoles et des procédures émergeront de ce groupe de travail et seront mise en place dans le logiciel Weda
- Participants : Tous les médecins généralistes de la MSP y compris les remplaçants
- Référent : Dr Anna Kandut ; aniakandut@gmail.com; 06.65.06.49.64
Rédacteur : Dr Anna Kandut ou Dr Céline Goncalves
Coordinateur : Vanessa Genestier ; hygie.asso@gmail.com
- Modalités :
 - Lieu : MSP de Paray
 - Quand : Jeudi de 14h30 à 15h30
 - Rythme : Tous les mois

Groupe de pairs infirmiers

- Hypothèse : Le fait de s'installer au sein de la Maison de santé de Paray conduit les infirmiers libéraux à repenser leurs pratiques. Il s'agit donc pour eux de s'ouvrir à d'autres modes d'exercice que le contexte actuel de transformation du champ ambulatoire suscite.
- Objectifs :
 - à définir
- Méthode :
- Participants : tous les infirmier(e)s de la MSP
- Référent : à définir
Rédacteur : à définir
Coordinateur : Vanessa Genestier ; hygie.asso@gmail.com
- Modalités :
 - Lieu : MSP de Paray
 - Quand : à définir
 - Rythme : à définir

■ FORMATION : Elaboration de Protocoles Pluri-professionnels de Soins de Premier Recours

- Hypothèse : Elaborer collectivement des procédures et les rendre partageables par les professionnels génère de la cohérence et améliore les prises en charge. Se fédérer ainsi sur un territoire c'est permettre une harmonisation des pratiques propre à augmenter leur reproductibilité, à faciliter la vie des professionnels, voire même à redonner aux patients et à leurs aidants une certaine autonomie.
- Objectif : Protocoliser collectivement comment l'équipe de la Maison de Santé de Paray, et les professionnels travaillant en lien avec elles, s'organisent pour rendre applicables et pertinentes, sur le terrain, les recommandations théoriques établies par la Haute Autorité de Santé.
- Méthode : Rédaction de protocoles de soins en partant des recommandations de la Haute Autorité de Santé
- Participants : médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers, laboratoires d'analyses médicales, tous partenaires ou correspondants de la MSP
- Référent : Dr Céline Goncalves ; docteurgoncalves@yahoo.fr ; 06.24.75.02.16
Rédacteur : Dr Céline Goncalves
Coordinateur : Vanessa Genestier ; hygie.asso@gmail.com
- Modalités :
 - 2 réunions par an pour un travail en 3 phases
 - ✓ Préparation : Lecture des recommandations de l'HAS avant la réunion
 - ✓ Débat et élaboration des protocoles lors d'une première réunion

- ✓ Finalisation et réévaluation : approuver la version finale des protocoles et réévaluer à distance les protocoles antérieurs
- Modalités :
 - Lieu : MSP Paray
 - Quand : jeudi soir
 - Rythme : 2 réunions par an (préparation à domicile, réunion 1, réunion 2)
 - Rédactions de protocoles communs

GROUPES DE TRAVAIL DU PÔLE "PSYCHIQUE"

PENSER SA PRATIQUE DANS LE CADRE DU CHAMP PSYCHIQUE

- Penser sa pratique c'est l'analyser et prendre toute la mesure de sa posture, c'est ainsi lui donner, ou lui redonner, du sens. Ce sens s'inscrit ici collectivement et consiste à considérer qu'être en bonne Santé c'est se maintenir ou être en capacité de rejoindre son groupe d'appartenance. Pour cela nous nous appuyerons sur une conception nouvelle de l'appareil psychique et de la réalité sociale ainsi que sur la position particulière de la psychanalyse. Il est d'usage dans la communauté psychanalytique, depuis Lacan, de considérer que l'impact de la théorie psychanalytique concerne deux champs. En effet, outre sa dimension, **son intention**, psychothérapeutique auprès des sujets en souffrance, elle impacte aussi le champ social. On dit alors qu'elle s'y positionne en « **extension** ». C'est dire qu'elle trouve sa place naturelle dans l'Institution Hygie dont l'Esprit est hippocratique. Ou autrement dit anthropologique puisqu'il s'agit de prendre en compte les problématiques psychiques, sociales et organiques.
- L'appareil psychique est une fonction neurocérébrale dont la structuration onto-phylogénétique se met en place grâce et concomitamment à l'appareil à langage. Ces deux fonctions, langagière et psychique, ont permis que l'espèce humaine constitue une multitude de cultures. Charge ensuite à chacun, grâce à sa fonction psychique singulière, de rejoindre celle qu'il considère comme sa propre culture d'appartenance. Chez certains, les ratés de la mise en place de cette fonctionnalité neurocérébrale qu'est l'appareil psychique peuvent empêcher toute adhésion à un collectif. Le sujet, alors en souffrance, est exclu.
- Selon qu'il s'agit d'une souffrance psychique aigue, (déstabilisation psychique due aux conditions existentielles de la personne qui consulte), ou d'une souffrance chronique, (défaut de structuration de la mise en place de l'appareil psychique, répétition de symptômes rendant toute adaptation à un nouveau contexte existentiel problématique), la personne s'orientera vers un psychothérapeute ou s'adressera à un psychanalyste.

- Encore faut-il déterminer si ce sujet en souffrance est dans une demande de guérison de son défaut de structuration d'appareil psychique ou seulement dans une demande de soin. Dans le premier cas l'adresse en analyse se fera presque d'elle-même dans la seconde situation il s'agira d'accompagner, avec tout le respect qui lui est dû, cet humain en souffrance et de lui permettre de trouver, à son rythme, ses modes d'adaptation sans pour autant que ne se referme la porte vers une guérison potentielle.
- Nous travaillerons bien sûr en lien avec **la Maison de Santé de Paray**, en effet, son projet de santé, vise à constituer un pôle de Santé et à développer des partenariats avec des institutions ou des associations comme Espace Analytique.

PROGRAMME ET ORGANISATION DU PÔLE PSYCHIQUE

■ RECHERCHE : La psychanalyse en intention et en extension : Séminaires de Marc Lebailly sur la praxis analytique

- Hypothèse : Il s'agit de considérer l'Acte psychanalytique comme une méthode transmissible. Si, résolument, on s'autorise à considérer que les corpus psychanalytiques qu'on nous a légué se sont dévoyés et s'avèrent obsolètes et qu'il est possible de proposer un nouveau corpus qui à la fois s'inscrit dans la continuité de l'invention freudienne et s'en déprend, alors la praxis, c'est à dire la théorie de la cure, change et l'acte psychanalytique se transforme pour se mettre en cohérence avec cette nouvelle métapsychologie qu'est la clinique psychanalytique structurale.
- Objectif : Constituer l'armature conceptuelle à partir de laquelle l'acte psychanalytique se spécifie. Car, l'Acte, s'il doit être conduit à bonne fin, devrait pouvoir se structurer à partir d'un opérateur intrinsèquement transmissible et se vectoriser à partir d'une métapsychologie qui en permet la clinique. Non pas seulement d'un point de vue diagnostique, mais aussi dans son déroulement.
- Méthode : Séminaire de Marc Lebailly intitulé « *L'Esprit et l'Acte psychanalytique* ». Ce séminaire fait suite à l'ouvrage « *Et si la psychanalyse était à nouveau une mythologie* » et au séminaire « *Clinique psychanalytique structurale* » et finalisera la constitution d'une trilogie détaillant ses élaborations sur le sujet, sorte de corpus transmissible.
- Participants : Praticiens, impliqués dans ce projet, dont les disciplines et les pratiques sont impactées par les problématiques inhérentes aux effets de la "Réalité Psychique". Non seulement aux analystes mais à toutes personnes membre de ce collectif, dont l'intention est de mettre en œuvre dans leur pratique les conséquences d'une clinique psychanalytique structurale.
- Partenariat : Espace Analytique
- Référent : Marc Lebailly
Rédacteur : Dr Marie-Laure Salviato
Coordinateur : Vanessa Genestier ; hygie.asso@gmail.com
- Modalités :
 - Lieu des réunions : Espace Analytique
 - Quand : le samedi de 14h30 à 16h
 - Rythme : une fois par trimestre
 - Diffusion de l'enregistrement audio par mail aux participants puis ultérieurement d'une version écrite. Les deux versions étant mise ensuite à disposition sur le site de Marc Lebailly

■ TRANSMISSION :

- **Groupe de pairs psychistes**
 - Hypothèses : Le prise en charge des patients exprimant une souffrance d'ordre psychique nécessite, au sein d'une même organisation telle que celle, conjointe, de la Maison de Santé de Paray et de

l'Institut Hygie, un partage de fondamentaux théoriques entre les différents intervenants, mais également une concertation régulière des professionnels du champ psychique entre eux. En effet, l'orientation, l'adresse, le suivi et la coordination doivent être pensés conjointement afin de permettre un accompagnement le plus pertinent possible.

- **Objectifs** : - mettre en œuvre une pratique coordonnée à partir des fondamentaux partagés de l'hétérologie et de la psychanalyse structurale
 - aborder les problématiques d'ordre pratique et organisationnel rencontrées par les professionnels du champ psychique
 - traiter de thématiques spécifiques, émises par les membres du groupe et documentées avant la tenue du groupe
 - définir et décider des orientations à donner à l'accompagnement des stagiaires psychanalystes et psychologues en vue d'élaborer une véritable maîtrise des stages au sein du pôle psychique de la MSP et de l'Institut

Méthode : établissement d'un ordre du jour à l'avance, en fonction des objectifs définis ci-dessus et selon les thèmes que les membres du groupe auront communiqués à la coordinatrice pour être abordés ; réunion du groupe et déroulement selon l'ordre du jour ; fin du groupe avec, selon les cas : conclusion/prise de décisions/émission d'un protocole commun ; rédaction et diffusion du compte-rendu

- **Participants** : Marie-Laure Salviato et Marc Lebailly, psychanalystes ; Patricia Liuzzi et Martine Da Cruz, psychologues cliniciennes ; Vanessa Genestier, coordinatrice Hygie-étudiante en psychologie et psychanalyse.
- **Référent** : Dr Marie-Laure Salviato ; dr.salviato@gmail.com ; 06.61.67.32.78
- **Rédacteur** : Vanessa Genestier ; hygie.asso@gmail.com
- **Coordinateur** : Vanessa Genestier ; hygie.asso@gmail.com
- **Modalités** :
 - Lieu : MSP de Paray
 - Quand : le jeudi entre 11h et 12h30
 - Rythme : toutes les 6 semaines environ
 - Compte rendu anonymisé (si besoin) et diffusé au groupe

□ **La psychanalyse en intention : Groupe clinique sur la conduite de la cure (à venir)**

- **Hypothèse** : La Théorie structurale change la conduite de la cure et en modifie le modèle
- **Objectif** : Elaboration collective d'une clinique de la conduite de la cure du point de vue de la psychanalyse structurale
- **Méthode** : Lieu de confrontation de la pratique et de relances collectives ou lieu d'élaboration de la Praxis (cas clinique ou présentations)
- **Participants** : psychanalystes uniquement
- **Référent** : à définir
- **Rédacteur** : à définir
- **Coordinateur** : Vanessa Genestier ; hygie.asso@gmail.com
- **Modalités** : à définir

■ **FORMATION :**

□ **La psychanalyse en extension : Groupe clinique sur le diagnostic de dysfonctionnements psychiques**

- **Hypothèse de travail** : La clinique psychanalytique structurale permet l'élaboration collective et pluri professionnelle d'une grille diagnostic des dysfonctionnements psychiques qu'il nous est donné de rencontrer. A partir de cet éclairage nouveau tout professionnel qui s'y trouve confronté peut enrichir ses stratégies d'aide ou de soin et éviter ainsi de se fourvoyer dans des relations délétères ou épuisantes.
- **Objectif** : Permettre aux professionnels de l'aide et du soin de s'approprier cette grille diagnostique novatrice.
- **Méthode** : A partir de cas cliniques issus de nos pratiques professionnelles déterminer, grâce à la clinique psychanalytique structurale, quels types de dysfonctionnements psychiques il nous est donné

de rencontrer. En déduire, pour le praticien qui y est confronté, quelle posture adopter et faire émerger des propositions d'aide ou de soin que son champ autorise à mettre en place.

- **Participants** : tous les professionnels membres de l'Institution Hygie dont la pratique professionnelle est impactée par les dysfonctionnements psychiques
- **Référent** : Marie-Laure Salviato ; dr.salviato@gmail.com ; 06.69.79.22.53 et Martine Da Cruz
- **Rédacteur** : le professionnel qui présente un cas
- **Coordinateur** : Vanessa Genestier ; hygie.asso@gmail.com
- **Modalités** :
 - ✓ Lieu : MSP Paray
 - Quand : le mercredi ou jeudi soir, en groupe seul, puis le jeudi soir suivant, le groupe en supervision avec Marc Lebailly
 - ✓ Rythme : tous les 2 mois : début en octobre
 - ✓ Compte rendu anonymé rédigé par la personne qui a présenté le cas et diffusé au groupe

□ Groupe pluridisciplinaire d'échange et d'analyse des pratiques (à venir)

Hypothèse : - Les professionnels des secteurs sociaux, psychosociaux et sanitaires peuvent éprouver le besoin d'évoquer, dans un cadre extérieur à leur pratique quotidienne et avec des praticiens d'autres disciplines, des situations qui leur posent des difficultés. Ceci dans un souci de collaboration soulagée des contraintes propres aux institutions et/ou de l'isolement lié à leur pratique libérale, mais également dans le but d'enrichir leur pratique par des échanges avec des professionnels d'autres structures et/ou disciplines.

- L'éclairage de la psychanalyse structurale ainsi que les concepts transversaux issus de l'hétérologie peuvent soutenir les professionnels dans le dépassement des difficultés qu'ils rencontrent dans leur exercice intra-institutionnel ou libéral. Ainsi, ce moment où ils pensent collectivement leur pratique peut constituer un temps de transmission, de construction et/ou de consolidation de leur identité professionnelle.

- **Objectif** : - Renforcer l'approche globale de la personne et du professionnel qui l'accompagne
 - Développer un système d'échange entre personnes issus de différentes cultures professionnelles
 - Travailler sa posture professionnelle et mettre à jour les dynamiques et enjeux sous-jacents aux problématiques présentes dans la relation d'accompagnement
- **Méthode** : Groupe d'échange et d'analyse de pratiques pluriprofessionnelles et interdisciplinaires, supervisé par Mr Marc Lebailly, psychanalyste, permettant d'aborder des vécus professionnels qui posent problème, au travers du ressenti que le professionnel en a et lorsqu'il désire sortir d'impasses (personnelles, interpersonnelles, institutionnelles) dans lesquelles il se sentirait pris.
- **Participants** : professionnels des secteurs sociaux, psychosociaux et sanitaires qui désirent penser leur pratique
- **Référent** : à définir
- **Rédacteur** : à définir
- **Coordinateur** : Vanessa Genestier ; hygie.asso@gmail.com
- **Modalités** : à définir

GROUPES DE TRAVAIL DU PÔLE "SOCIAL"

PENSER SA PRATIQUE DANS LE CADRE DU CHAMP SOCIAL

- Penser sa pratique revient à dire qu'il faut lui donner ou lui redonner du sens. Ce sens est inscrit au fronton même de l'Institution Hygie et consiste à renouer avec la tradition

hippocratique. Ce qui revient ici à considérer qu'être en bonne santé c'est continuer à pouvoir s'inscrire socialement quelque part. Cependant la définition que nous donnons ici au champ social est une définition **anthropologique** : ce champ est défini par un *système symbolique inconscient* qui inclut ou exclu les individus selon leurs facultés adaptatives. Facultés d'adaptation qui consistent en une capacité d'intégration des mythes et des rites de la culture considérée. Cette capacité d'intégration est vitale car quelle que soit l'origine de ce qui l'empêche (que ce soit une souffrance psychique ou sociale ou une maladie organique) si un individu est exclu du collectif, il meurt.

- En partant de ce présupposé, que tout collectif est structuré par une culture constituée de structures symboliques inconscientes, il s'agit ici non seulement de penser la coordination des différentes disciplines au sein de l'Institution Hygie afin d'empêcher, quand c'est encore possible, d'éventuelles exclusions mais bien aussi d'inscrire ces disciplines dans un cadre anthropologique commun visant à permettre une réinclusion.
- Nous travaillerons donc en étroite collaboration avec **la Maison de Santé de Paray**. D'abord parce qu'elle se constitue elle-même comme un collectif pluridisciplinaire dont la culture permet l'intégration ou la réintégration sociale. Il nous appartient donc de protocoliser cette nouvelle approche culturelle afin d'en avoir conscience, de la reproduire et de la transmettre. Ensuite parce que son Projet de santé vise à organiser et coordonner les différentes disciplines d'aides et de soins sur un territoire. Et il nous appartient aussi de constituer le cadre anthropologique qui permettra non seulement la coordination et la fédération des disciplines sur ce territoire mais également d'identifier et de permettre la prise de conscience des structures symboliques, jusque là inconscientes, qui se mettront alors en place pour vectoriser ce sens qu'est le maintien dans le social ou la resocialisation. En avoir conscience pour les rendre reproductibles et transmissibles.

PROGRAMME ET ORGANISATION DU PÔLE SOCIAL

- **RECHERCHE : Protocoles d'intégration sociale (Protocoles de maintien ou recouvrement de la Santé selon la définition de l'OMS)**
 - **Prises en charge au domicile : Conceptualiser selon quel protocole culturel les soins et les aides à domicile permettent une resocialisation**
 - Hypothèse : La mise en place de soins et d'aides à domicile permet à des personnes en mauvaise Santé (c'est à dire exclus socialement) de se constituer une sorte de « prothèse sociale », un moyen pour elles de rejoindre un collectif et petit à petit de se resocialiser (autrement dit de recouvrir la santé).
 - Objectif : Il s'agit donc de déterminer selon quel protocole les aides et les soins au domicile peuvent-ils prendre une dimension resocialisante, ou encore de déterminer comment une équipe partageant une même culture peut-elle constituer un collectif d'appartenance de substitution.
 - Méthode : A partir de cas pris en charge réellement à domicile établir des protocoles d'intervention
 - Participants : les professionnels intervenants au domicile des patients : infirmiers aides soignantes, aides ménagères, kinés, assistantes sociales, médecins, pharmacien...
 - Partenariat : Fac de Créteil via le Dr Amandine Labarthe (travail de thèse)
 - Référent : Dr Marie-Laure Salviato ; dr.salviato@gmail.com ; 06.69.79.22.53
- Rédacteur : Dr Amandine Labarthe

Coordinateur : Vanessa Genestier ; hygie.asso@gmail.com

▫ Modalités :

- Lieu des réunions : MSP
- Quand : jeudi entre 14h et 15h30
- Rythme : une fois tous les deux mois à partir de janvier
- Donnera lieu à l'élaboration de protocoles d'intervention et à la constitution d'un outil commun sous une forme à définir (classeur, tablettes application i phone, inclusions dans le dossier patient...)

■ **TRANSMISSION : Réunion d'équipe de la MSP dans l'Esprit de Hygie**

□ **Situations complexes : Réunions de concertation et coordination pluri professionnelles (RCCP)**

- Hypothèse : Le professionnel seul dans son exercice est en difficultés pour avoir une approche globale et tridimensionnelle. Le collectif de la Maison de Santé et son éclairage tridimensionnel est à même de l'aider à dépasser ces difficultés et de lui permettre de rester ainsi dans une approche centrée sur le patient.
- Objectif : Organiser une véritable approche globale de la personne en développant une vraie coordination au sein de la MSP et de son territoire d'action. S'appuyer sur les concepts transversaux issus de l'hétérologie et de la clinique psychanalytique structurale. Proposer ainsi à l'ensemble des usagers une prise en charge globale et un parcours d'aide ou de soin individualisé.
- Méthode : présentation de situations complexes rencontrées par les professionnels. Un cas peut être jugé complexe par un professionnel :
 - soit parce qu'il identifie un blocage dans son parcours d'aide ou de soins, source de stagnation de son état, ou de mise en échec répétée des différentes interventions
 - soit parce qu'il identifie des besoins dans un champ de compétence pour lesquels une expertise complémentaire lui est nécessaire
- Participants : Participation systématique hebdomadaire et obligatoire : Pour l'ensemble des professionnels de l'aide et du soin qui exercent à la Maison de Santé
- Partenariats :
 - Participation régulière mensuelle : Avec certains professionnels de l'aide et du soin exerçant hors de la Maison de Santé, dans le cadre de partenariats spécifiques contractualisés au travers de conventions :
 - Assistantes sociales du CCAS
 - Conseillère en insertion sociale et professionnelle de la Mission Locale Nord Essonne
 - Invitations prévues et possibles : Pour les praticiens n'exerçant pas dans la maison de santé mais concernés par les patients traités lors des RCCP (infirmières référentes, médecin traitant, kiné, éducateurs etc....)
- Référent : Marie-Laure Salviato ; dr.salviato@gmail.com ; 06.69.79.22.53
Rédacteur : le professionnel qui présente un cas
Coordinateur : Vanessa Genestier ; hygie.asso@gmail.com
- Modalités :
 - le jeudi de 12h30 à 14h
 - chaque réunion donne lieu à un CR, rédigé par le professionnel qui a apporté la situation. Ce compte rendu est recueilli par Vanessa, chargée de le coder pour l'anonymiser et de le diffuser aux participants puis de le transmettre à la secrétaire coordinatrice Alexandra qui se chargera de l'archiver dans le dossier Weda du patient dont la situation a été présentée

■ **FORMATION :**

□ **Groupe Différencier souffrance psychique et souffrance sociale**

Hypothèse : Nombre de tentatives de resocialisation sont des échecs répétés et nombre de thérapies s'enlisent et ne conduisent pas à la guérison ou au soulagement escompté. Une partie de ces échecs s'explique par une absence de diagnostic avant la phase d'intervention et une inadéquation,

immanquablement, entre l'accompagnement proposé et la problématique (réponses sociales à des problématiques psychiques, thérapies adaptatives à des sujets dans l'incapacité structurale de s'adapter)
Objectifs : Etre en mesure de différencier une souffrance sociale d'une souffrance psychique et de poser un diagnostic sur une souffrance psychique. Sortir ainsi des échecs répétés de resocialisation pour enfin orienter vers une prise en charge dans le champ concerné.

Méthode : Etudes de cas en deux temps : une fois le groupe seul, une fois le groupe avec Marc Lebailly

Participants : travailleurs sociaux et thérapeutes

Partenariats :

- Association ARAPEJ : Foyer Belle étoile
- Micro lycée de Vitry
- CCAS de Paray-Vieille-Poste
- Mission Locale Nord Essonne

Référent : Martine Da Cruz et Sandrine Benasé

Rédacteur : le professionnel qui présente un cas

Coordinateur : Vanessa Genestier ; hygie.asso@gmail.com

Modalités :

- Lieu : MSP de Paray
- Quand : le vendredi de 12h30 à 14h00 et le jeudi suivant de 20h à 21h30
- Rythme : tous les 2 mois
- Compte rendu anonymisé rédigé par la personne qui a présenté le cas, transmis à Vanessa Genestier qui se charge de la diffusion et de l'archivage

□ **Groupe Petite enfance (à venir)**

Hypothèse : - Les professionnels des champs sanitaires, sociaux et psychiques sont amenés, soit de par leur formation initiale, soit de par les contingences de leur profession à prendre en charge et accompagner une population bien spécifique : les nourrissons, bébés et enfants en bas âge. Il s'agit, de fait, d'une prise en charge globale puisque l'enfant n'est pas accueilli de manière isolée mais avec son ou ses parent(s). Aussi, l'accompagnement est bien souvent familial et prend donc une dimension systémique.

- Les problématiques rencontrées chez les enfants en bas âge sont extrêmement diverses et concernent aussi bien les professionnels du champ organique (pédiatres, médecins généralistes...) que du champ social (éducatrice de jeunes enfants, puéricultrice...) que du champ psychique (pédopsychiatre, psychologue, psychanalyste...). Aussi, l'accompagnement est non seulement systémique, mais également forcément pluridimensionnel et interdisciplinaire.

Objectifs : - Aborder, par axes spécifiques, des thématiques/problématiques auxquelles sont confrontés les professionnels en contact avec des nourrissons et enfants en bas âge

- Améliorer la prise en charge de situations impliquant des enfants en bas âge ainsi que les modalités d'accompagnement des familles

- Développer un système d'échange entre des professionnels issus de champs différents mais qui se retrouvent autour de l'accompagnement spécifique aux enfants en bas âge et créer un réseau interdisciplinaire en vue d'assurer une continuité de la prise en charge

Méthode : Organiser des tenues de groupe par thématiques ciblées, en fonction des problématiques repérées par les professionnels et des propositions éventuelles de ces professionnels. Documentation préalable diffusée au groupe avant les réunions. Tenue de la réunion : présentation de la thématique par l'invité ou le participant chargé de la thématique - problématisation, présentation et éléments de réflexion - questions et débat des participants - conclusion.

Participants : professionnels de la petite enfance (EJE et puéricultrices de la crèche de Paray, de la PMI...) ; psychologues ; psychanalystes ; médecins généralistes de la MSP ; coordinatrice Hygie...

Référent : Vanessa Genestier

Rédacteur : le professionnel qui présente un cas

Coordinateur : Vanessa Genestier ; hygie.asso@gmail.com

Modalités :

- Lieu : MSP de Paray
- Quand : vendredi de 12h30 à 14h ou de 14h30 à 16h ?
- Rythme : toutes les 2 mois
- Compte rendu (anonymé si nécessaire) rédigé par le rédacteur du groupe et diffusé au groupe

