

Madeleine Capiou, Jean Macq, Sophie Thunus

Institut de Recherche Santé et Société (IRSS), Université Catholique de Louvain, Belgique.

Introduction

Le renforcement des soins primaires engendre un besoin accru d'évaluation de leur qualité (1). Celui-ci est relayé tant par les professionnels de la santé que par les autorités publiques. Mais il pose la question du *comment l'évaluer* ? En effet, l'idée même d'évaluation peut susciter des résistances de la part des professionnels, en particulier quand l'évaluation est associée à une forme de contrôle de leur travail (2). Plus précisément, les professionnels déplorent souvent le caractère désincarné des approches évaluatives dominantes, telle que nous les définiront dans le chapitre, par rapport aux situations auxquelles ils sont confrontés (3).

A partir de ce constat et en nous inspirant de l'éthique du *care* telle que définie par Tronto (4), nous proposons dans ce chapitre de réfléchir à la manière d'évaluer les pratiques en soins primaires, et plus particulièrement les aspects de ces pratiques qui relèvent d'une éthique relationnelle. En relevant l'écart entre ces aspects de la pratique et les approches évaluatives dominantes, nous visons à renforcer la réflexion relative au contenu et à la forme des évaluations de la qualité en soins primaires, afin qu'elle porte (pas seulement) mais également sur les aspects relationnels de la pratique. Ce faisant, l'évaluation contribuerait à les améliorer mais aussi à les valoriser, ainsi qu'à la reconnaissance des professionnels en soins primaires. Nous proposons quelques pistes de réflexions pour le développement d'évaluation susceptibles de contribuer à cette amélioration.

Sur base d'entretiens qualitatifs menés dans le cadre de la recherche *Melting Point* – qui porte sur l'accès et le recours aux soins de première ligne par les publics vulnérables en Région de Bruxelles-Capitale (5) – ainsi que dans le cadre d'une recherche doctorale sur les pratiques évaluatives des maisons médicales en Belgique francophone, nous commencerons par circonscrire les aspects des pratiques professionnelles en soins primaires qui semblent s'inscrire dans une éthique relationnelle. L'éthique du soin (*care*) est ici décrite comme relationnelle pour souligner

la distinction, et non l'opposition, par rapport à une morale rationnelle à portée universelle (4). De plus, tout au long de ce chapitre, nous utiliserons l'expression « éthique relationnelle », pour éviter que le terme de soin, comme attention et souci de soi, de l'autre et de l'environnement, ne soit pas assimilé à l'acte de soin en tant que tel. Nous montrerons ensuite comment les aspects relationnels de la pratique risquent d'être invisibilisés par la logique rationnelle et techniciste dominant actuellement certaines approches évaluatives. Enfin, nous esquisserons les contours d'une démarche d'évaluation relationnelle et réflexive menée par les professionnels de la santé qui pourrait compléter, sans s'y substituer, un modèle d'évaluation qui privilégie l'objectivisation, la quantification et la mesure des résultats par un œil extérieur.

Des situations de soins complexes qui appellent à une éthique relationnelle

Les professionnels exerçant en soins primaires sont confrontés à des situations dans lesquelles s'imbriquent des facteurs physiques, psychiques et sociaux, et ce, dans un contexte de précarité économique et sociale croissante. Dans ces situations, la relation de soin y est en grande partie imprévisible et des désaccords peuvent exister quant au résultat attendu de cette relation. En effet, en l'absence de cadre symbolique, normatif et technique comme celui que fournit davantage l'hôpital, la relation est soumise aux aléas du contexte et des trajectoires de soin et de vie des personnes.

Dans la littérature, ces situations de soins sont décrites comme *complexes* (6). Ce terme souligne non seulement l'imbrication de facteurs physiques, psychiques et sociaux, mais également l'absence de services, d'outils thérapeutiques et de réponse « toute prête » pour ces besoins multiples, sur l'étagère des connaissances scientifiques (7, 8). En effet, les professionnels estiment parfois qu'ils ne sont pas préparés à répondre à de tels problèmes au cours de leur formation, parfois décrite comme « *un bourrage de crâne scientifique dépourvu d'approches humaines, relationnelles, psychosociales* » ((5). Par ailleurs, la connaissance de l'offre de soins et de services constitue souvent une difficulté pour les professionnels eux-mêmes. Dans certains endroits, l'offre est dense, très spécialisée, peu transparente et les soins de santé sont saturés et difficilement accessibles. Dans d'autres, au contraire, l'offre de soins est insuffisante.

Dans ce contexte, les professionnels évoquent la nécessité de se montrer pragmatique, de « bricoler » des réponses, c'est-à-dire de réfléchir à la manière d'adapter une pratique guidée par la rationalité technique en fonction de leur compréhension partagée de la situation. La présence de bricolage n'exclut pas la *rationalité technique* qui, comme le souligne Schön, reste l'épistémologie dominante de la pratique. Il s'agit donc de compléter cette rationalité technique par une *réflexion dans l'action* (8).

La *réflexion dans l'action* repose sur une pratique d'écoute attentive : « *la consultation chez moi, c'est surtout une écoute à différents niveaux ... j'écoute le patient au niveau de ses plaintes physiques, au niveau psychique et puis j'attache beaucoup d'importance au social, au contexte et aussi à l'existentiel* » (5). L'écoute attentive permet d'appréhender globalement la situation de la personne afin de proposer une réponse qui soit acceptable pour elle et qui préserve son équilibre général. La préservation de cet équilibre peut impliquer de jouer avec les normes et les principes professionnels : « *Il y a des femmes qui doivent assumer seules l'éducation de trois ou quatre enfants, parfois un enfant avec un retard mental ou des problèmes de comportement, et qui sont incapables d'aller travailler parce qu'elles doivent tout gérer ! Alors moi, en tant que médecin je suis "obligée" de dire qu'il y a une maladie ... !* » (5).

Ces situations de soins convoquent donc des pratiques qui mettent en discussion une *rationalité technique* et des normes professionnelles dites universelles - au sens où le professionnel les appliquerait partout et toujours – avec une éthique relationnelle telle que définie par Gilligan et Tronto (4). Celle-ci se caractérise par une attention portée à la personne et par un souci de la continuité de sa trajectoire biographique, en prenant en compte les relations ou inter dépendances qui supportent son équilibre. Une telle éthique implique un souci de soi, de l'autre, de l'environnement, et de la recevabilité, par les destinataires, des solutions qui leur sont proposées. Elle nous exhorte à substituer le postulat de la vulnérabilité de la personne humaine à celui de l'indépendance, de l'autonomie et de la liberté de choix.

L'éthique relationnelle à l'épreuve de l'évaluation lorsqu'elle suit un modèle rationnel et objectivant

Bien que constitutives du travail en soins primaires, les pratiques professionnelles qui s'inscrivent dans une éthique relationnelle sont souvent occultées par la logique qui domine actuellement l'évaluation de la qualité (3). Bien que les visions de l'évaluation tendent à se diversifier pour être davantage en adéquation avec les pratiques de soin (cf. section "Vers une démarche d'évaluation relationnelle et réflexive"), elles sont encore dominées par une logique qui ressort bien de la définition suivante, selon laquelle l'évaluation est un "*processus systématique permettant de juger du mérite, de la valeur, de la performance ou de l'importance d'une activité, d'une pratique professionnelle, d'un projet, d'un programme, d'une stratégie ou d'une institution. Ce processus se concentre sur les réalisations attendues et obtenues en examinant des données afin de comprendre les réalisations ou leur absence*" (9-11). A partir de cette définition, nous mettons en avant cinq caractéristiques plus précises et susceptibles de concourir à cette invisibilisation des aspects relationnels des pratiques de soins primaires.

Premièrement, quand l'objet de l'évaluation ne concerne que la dimension individuelle de la pratique et de ses résultats, sa dimension collective et le tissu relationnel sous-jacent lui échappent. Or, les liens qui se tissent dans une équipe pluridisciplinaire et ceux qui se nouent au sein d'un territoire déterminé sont indissociables à la fois des soins primaires et de l'éthique relationnelle qui s'y déploie.

Deuxièmement, l'évaluation participe à l'invisibilisation de la relation quand elle est dominée par une volonté d'objectivation, qui implique de privilégier les aspects quantifiables et mesurables de la pratique et ses résultats tangibles : traitements prescrits, dossiers remplis. Or, l'éthique relationnelle se manifeste dans une posture attentive, d'écoute et de souci de l'autre qui résiste à la description formelle et à la connaissance explicite des soins (5). Ainsi, face à la seule mobilisation de critères de mesure standardisés, associés à une morale rationnelle et objectivante, la *réflexion dans l'action* peut généralement faire l'objet de suspicion. En outre, les nuances d'une pratique ancrée dans un territoire, à l'image de celle des soins primaires, n'est pas ou peu reflétée avec une approche évaluative rationnelle et objectivante (12). Pourtant, le souci de l'environnement naturel, matériel, culturel et social est au cœur de l'éthique relationnelle.

Troisièmement, quand l'évaluation est réalisée par une personne externe, lors d'une accréditation par exemple, elle limite l'ancrage et la durabilité du processus

d'apprentissage qu'elle peut amorcer en impliquant les personnes dont les pratiques sont évaluées (12). Or, l'inscription de l'action dans la réflexion et dans la durée est aussi un corollaire de l'éthique relationnelle.

Quatrièmement, quand l'évaluation favorise la voix des spécialistes, dont les professionnels, elle contribue à écarter les bénéficiaires, en particulier les plus vulnérables. Elle invisibilise par là même les inégalités de genre, de race et de classe qui peuvent s'immiscer dans la pratique. L'éthique de la relation implique, au contraire, de faire entendre les voix vulnérables (4).

Cinquièmement, quand l'évaluation ne prend pas en compte sa propre intervention, elle néglige l'influence qu'elle exerce sur son contexte d'implémentation – de même que l'influence qu'exerce ce contexte sur les résultats qu'elle produit (13). Or, la finalité de l'évaluation, les rapports de forces internes à une profession, ou les hiérarchies qui prévalent au sein d'une structure de soins, peuvent alimenter des stratégies de résistance consistant à manipuler l'évaluation, en y répondant de manière partielle ou partielle.

Différentes formes d'évaluation prennent des distances par rapport à l'une ou plusieurs de ces caractéristiques, par exemple le projet *DEQuaP* en Belgique francophone. Ce projet propose aux maisons médicales un parcours d'autoévaluation : les travailleurs sont invités à évaluer leurs pratiques et le fonctionnement de leur équipe, avec l'aide d'un accompagnateur extérieur sur base d'un questionnaire qui aborde toutes les facettes du secteur et à s'essayer à des améliorations (14). Cependant, de telles initiatives demeurent marginales et leur développement est ralenti par des obstacles organisationnels et culturels. Parmi les obstacles pratiques, « *le temps, c'est vraiment le gros problème parce que nos journées, elles sont quand même vachement chargées* ». Du côté culturel, la tendance générale à privilégier l'objectivation et la quantification s'accompagne d'une difficulté à privilégier la réflexivité ou la « prise de recul », parce qu'elles sont peu présentes dans la formation professionnelle, et souvent éclipsées par la force de l'habitude. Dès lors, les formes d'évaluation aujourd'hui dominantes, qui servent à alimenter des décisions stratégiques ou politiques, articulent la plupart du temps quelques-unes des cinq caractéristiques que nous avons associées à un modèle rationnel et objectivant de l'évaluation. Pourtant, comme nous l'avons souligné, ce modèle éclipse l'éthique relationnelle alors même que celle-ci constitue, suivant le postulat de la vulnérabilité, une source d'émancipation

et une ressource pour la santé. En effet, la relation qui « prend soin » favorise notamment l'expression de problèmes délicats ou stigmatisés, comme la santé mentale ou les violences intrafamiliales, et améliore, progressivement, le recours aux soins (5).

La nécessité d'une *réflexion sur l'action* complémentaire à la *réflexion dans l'action*

L'éthique relationnelle relève donc à la fois de la réflexion et de l'action. Toutefois, la nature pragmatique des pratiques professionnelles, caractérisées par le besoin d'agir, peut contenir le risque d'éclipser sa dimension éthique. Plus encore, chaque relation implique la construction d'un ordre de l'interaction : au gré d'ajustements mutuels et en s'appuyant sur leur perception de la situation, deux personnes régulent leur interaction afin qu'elle débouche sur une solution. Dès lors, la *réflexion dans l'action* ouvre la porte à la subjectivité et aux émotions. Au niveau de la relation de soin, cette subjectivité peut se confondre avec l'arbitraire et donner lieu, notamment, à des inégalités de traitement exacerbées par l'écart social, culturel et linguistique existant entre la personne et le professionnel. Ainsi, dans le cours de l'interaction, des préjugés sociaux et culturels peuvent biaiser à la fois la manière dont la personne communique et le jugement professionnel.

Dès lors, nous suggérons que la *réflexion dans l'action* puisse se combiner à une réflexion *sur et en dehors de l'action*, afin de former une *réflexivité professionnelle* telle que définie par Schön (8). Celle-ci constitue une double opportunité : d'une part, celle d'accorder une reconnaissance à l'éthique relationnelle qui sous-tend des pratiques dont la dimension pragmatique est parfois épinglée, voire décriée, et d'autre part, celle d'incorporer cette éthique à un travail de réflexion dynamique, au niveau individuel et collectif.

Vers une démarche d'évaluation relationnelle et réflexive

En conclusion, nous proposons d'esquisser les contours d'une démarche d'évaluation inspirée de l'éthique relationnelle et de la notion de réflexivité, qui permettrait de compléter le modèle dominant, sans pour autant s'y substituer.

Le matériau de cette évaluation relationnelle et réflexive est l'expérience. L'action vécue et la relation de soin y occupent donc une place centrale. De plus, cette

évaluation est à la fois rétrospective et prospective : elle part de l'expérience et revient à l'action. Elle peut se décliner en trois temps-clés. Premièrement, le temps de la *description* au cours duquel le professionnel est amené à mettre en mot, et donc à rendre explicite, une situation vécue dont la connaissance est en grande partie tacite. La description est réalisée collectivement, en équipe. Elle comporte une partie objective, qui consiste à décrire ce qui s'est passé au cours d'une action, par exemple une consultation, et une partie subjective, qui permet d'évoquer les réactions émotionnelles et les pensées qui ont émergé dans l'action. Pour chaque partie, le défi est d'atteindre un rapport narratif à l'expérience, qui se focalise sur l'observation et le récit sans glisser dans l'interprétation. Ce rapport narratif implique donc un recul par rapport à l'idéal-type de la profession (qui favorise l'interprétation) mais aussi de mettre en mots des savoir-être et savoir-faire tacites (15). Leur description représente donc une épreuve - comme une élucidation - mais elle constitue aussi une source d'apprentissage, car les professionnels prennent davantage conscience de ce qu'ils font individuellement et collectivement. Deuxièmement, le temps de *l'analyse critique* permet de dépasser le stade de la description en se demandant pourquoi les choses sont faites de telle ou telle manière. Cette analyse des pratiques se déroule également de manière collective et mobilise des savoirs théoriques, qui constituent une grille d'interprétation. Troisièmement, le temps de la *régulation* consiste à structurer collectivement l'apprentissage des deux premières étapes avant de tenter de dégager de nouvelles pistes, pour de futures actions, qui constitueront le matériau de nouveaux cycles de pratique réflexive. Finalement, ces trois temps pourraient s'inscrire dans un processus qui relève de l'éthique relationnelle. Tel que décrit par Tronto (4), ce processus comporte quatre phases interreliées : premièrement, la reconnaissance d'un besoin ou d'une situation qui nécessite d'en prendre soin, deuxièmement, un engagement à comprendre le besoin et à identifier une manière adéquate d'y répondre, troisièmement, la réalisation du soin ou la mise en œuvre de la réponse, et quatrièmement, la responsabilité au sens d'une préoccupation relative à la possibilité, pour celui ou celle à qui elles est destinée, de recevoir cette réponse.

De plus en plus d'initiatives d'évaluation de la qualité qui valorisent les aspects relationnels ouvrent une fenêtre d'opportunité pour que les chercheurs, gestionnaires et politiques intègrent l'aspect relationnel dans l'évaluation en soins primaires. Citons, à titre d'illustration, deux initiatives de part et d'autre de l'Atlantique. D'une part, aux

Pays-Bas, un projet d'évaluation reposant sur la méthode des points de contact émotionnels – *Touchpoint method* - a démontré sa plus-value pour l'évaluation de la qualité des soins dans une perspective éthique (16). D'autre part, le projet *COMPAS*, développé au Québec pour améliorer les soins primaires pour les maladies chroniques, repose sur trois activités, à savoir le feedback, la réflexion critique et le plan d'action (17) . Cette combinaison d'activités a démontré ses effets puisque les équipes multidisciplinaires y ayant participé ont développé des projets d'amélioration continue de la qualité portant sur leurs pratiques (inter)professionnelles et organisationnelles (18).

Encourager cette démarche d'évaluation relationnelle et réflexive permettrait à la fois aux professionnels de réfléchir et de développer des pratiques qui prennent soin d'eux, des usagers de soins, et de leur environnement, dans « un monde vulnérable » (7). C'est dans ce contexte général que nous proposerons à l'issue de la recherche doctorale une démarche d'évaluation relationnelle et réflexive qui mobilise les quatre phases du *care*.

Bibliographie

1. Rezapour R, Letaief M, Khosravi A, Farahbakhsh M, Ahmadnezhad E, Azami-Aghdash S, et al. Primary Health Care Quality Assessment Frameworks: State of the Art Review. *Health Scope*. 2022;11(3):e126407.
2. Bloy G, Rigal L. With tact and measure? French doctors wrestling with the idea of assessing their medical practice. *Sociologie du Travail*. 2013;55(1):24-47.
3. Emmerich N, Swinglehurst D, Maybin J, Park S, Quilligan S. Caring for quality of care: symbolic violence and the bureaucracies of audit. *BMC Medical Ethics*. 2015;16(1):23.
4. Tronto J. Un monde vulnérable. Pour une politique du "care". Paris: La Découverte; 2009.
5. Thunus S, Creten A, Donnen A, Walker Carole. Melting Point : L'accès et le recours aux soins de première ligne par les publics vulnérables, en Région de Bruxelles-Capitale [in French]. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-capitale; 2023.

6. Chaire Interdisciplinaire de la Première Ligne. Un livre blanc de la première ligne en Belgique francophone. 2020.
7. Grembowski D, Schaefer J, Johnson KE, Fischer H, Moore SL, Tai-Seale M, et al. A conceptual model of the role of complexity in the care of patients with multiple chronic conditions. *Med Care*. 2014;52:7-14.
8. Schon D. *The reflective practitioner : How Professionals Think in Action*. London. 1983.
9. What is evaluation? : Better Evaluation; 2022 [Available from: <https://www.betterevaluation.org/>].
10. What is evaluation? : American Evaluation Association; 2006 [Available from: <https://www.eval.org/About/What-is-Evaluation>].
11. Evaluation: World Health Organization; 2014 [Available from: <https://www.who.int/about/what-we-do/evaluation>].
12. Jardon F, Glineur C, Sylin M, Vercruysse N, Fouchet P. L'évaluation standardisée à l'épreuve de la clinique. *Bulletin de psychologie*. 2009;501(3):271-8.
13. Hovlid E, Husabø G, Teig IL, Halvorsen K, Frich JC. Contextual factors of external inspections and mechanisms for improvement in healthcare organizations: A realist evaluation. *Social Science & Medicine*. 2022;298:114872.
14. Fédération des maisons médicales. DEQuaP, un outil au service du collectif dans et pour les maisons médicales. 2019 [Available from: <https://www.maisonmedicale.org/Vu-dans-la-presse-suisse-DEQuaP-un-outil-au-service-du-collectif-dans-et-pour.html>].
15. Jorro A. Réflexivité et auto-évaluation dans les pratiques enseignantes. *Mesure et évaluation en éducation*. 2004;27(2):33-47.
16. Kuis EE, Goossensen A. Evaluating care from a care ethical perspective:: A pilot study. *Nursing ethics*. 2017;24(5):569-82.
17. Vachon B, Désorcy B, Camirand M, Rodrigue J, Quesnel L, Guimond C, et al. Engaging primary care practitioners in quality improvement: making explicit the program theory of an interprofessional education intervention. *BMC Health Services Research*. 2013;13(1):106.
18. Vachon B, Désorcy B, Gaboury I, Camirand M, Rodrigue J, Quesnel L, et al. Combining administrative data feedback, reflection and action planning to engage primary care professionals in quality improvement: qualitative assessment of short term program outcomes. *BMC Health Services Research*. 2015;15(1):391.