

**CAHIER**

**JE T'AIME, MOI NON PLUS**



**Malaise en maisons médicales ?**

Le nombre de maisons médicales croît régulièrement, leurs lieux d'implantation se diversifient, elles emploient toujours plus de professionnels, et la population couverte s'étend sans discontinuer. Les deux premières maisons médicales ont été créées en 1972 à Tournai puis à Bruxelles. En 1980, veille de la fondation de leur Fédération, elles étaient vingt-quatre et aujourd'hui, elles sont soixante-neuf, disséminées sur la Wallonie (37) et Bruxelles (29). Parti d'une poignée de rêveurs à l'origine, le mouvement employait 451 travailleurs en 1997 et près du double (852) en 2004. En six ans, le nombre de généralistes exerçant en maison médicale a quasi doublé, passant de 157 en 1997 à 281 en 2004. Sur cette même période, le nombre de kinésithérapeutes est passé de 56 à 97, celui des infirmier(e)s de 38 à 85 et celui des accueillants de 63 à 147. La progression relativement régulière des vingt-cinq premières années a connu une accélération remarquable au cours de la dernière décennie et montre combien le projet des maisons médicales correspond aux attentes de la population et offre aux professionnels un cadre de travail en adéquation avec leurs conceptions de la pratique.

Mais aucune croissance n'est sans histoire, et l'histoire est faite de petits et grands soubresauts. Le mouvement des maisons médicales n'échappe pas à cette règle. Si de plus en plus de professionnels y entrent, d'autres moins nombreux en sortent, et parmi eux des jeunes médecins fraîchement arrivés. Sans doute les raisons de leur départ sont-elles pour une part d'ordre privé, mais ce serait naïveté de se contenter de cette explication. N'y a-t-il pas dans ces défections une interpellation adressée aux maisons médicales ? Devons-nous y lire une remise en question de notre identité ? N'y aurait-il aucun enseignement à en tirer ? Un tiers de siècle après la naissance des premières maisons médicales, marqué de plus de victoires que de défaites, il est juste et bon de ne pas s'endormir sur ses lauriers et de sans cesse repenser le sens de notre engagement et nos convictions.

C'est pourquoi nous avons choisi de regarder en face la réalité des départs de jeunes médecins en maisons médicales et de sonder motivations et motifs de satisfaction (ou d'insatisfaction) de ceux qui restent. Trois études vont nous y aider.





## **Le malaise des jeunes médecins en maisons médicales**

### **Analyse qualitative et perspectives de solutions**

page 40

*Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de santé publique, mention « Promotion de la santé » par Miguelle Benrubi, année universitaire 2003-2004, université Henri Poincaré, Nancy 1, faculté de médecine, école de santé publique*  
Le D<sup>r</sup> Miguelle Benrubi a interrogé ceux qui restent : qu'est-ce qui les a motivés à pratiquer la médecine générale en maison médicale, qu'y trouvent-ils d'appréciable et de moins appréciable, quelles raisons auraient-ils de vouloir en partir ?

### **Je suis venu te dire que je m'en vais**

page 54

*Gaël Buggenhout, Perrine Eeckhout, étudiants en deuxième licence en travail social, travaux pratiques de sciences sociales appliquées, rapport de stage avec le professeur Guy Lebeer et Jacques Moriau, assistant, université libre de Bruxelles, année académique 2003-2004*

Deuxième approche, Gaël Buggenhout et Perrine Eeckhout ont questionné ceux qui sont partis afin de préciser quelle était leur critique des maisons médicales.

### **Enquête sur la satisfaction à travailler en maison médicale**

page 60

*Janine Adelaire, coordinatrice à l'intergroupe liégeois, Virginie Jurdan, kinésithérapeute, Françoise Goffin, médecin, Maryline Guillaume, assistante sociale, Edwinne Deprez, médecin en maisons médicales*

Troisième angle d'attaque du « malaise » au sein des maisons médicales, une enquête « interne » réalisée en région liégeoise par les maisons médicales elles-mêmes.

### **Quels enseignements pour la Fédération et ses maisons médicales ?**

page 66

*Patrick Jadouille, médecin généraliste à la maison médicale la Glaise, président du conseil d'administration de la Fédération des maisons médicales*

Sans remettre en cause les principes fondamentaux qui fondent la dynamique des maisons médicales, les jeunes médecins vivent mal certains de leurs modes de fonctionnement. Quelle analyse la Fédération des maisons médicales fait-elle de ce malaise et quelles réponses propose-t-elle d'y apporter ?

### **Encore vive est la souris**

page 70

*Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune*

Le malaise en maison médicale diffère grandement de ce que l'on nomme « la crise de la médecine générale » et les enseignements que nous tirons de son étude nous donneront un nouvel élan.

### **La nuit est sans étoiles...**

page 73

*Jacques Morel et Thierry Wathelet, médecins généralistes et secrétaires généraux de la Fédération des maisons médicales*

Le « malaise » en maisons médicales n'est pas une maladie qui ronge le modèle mais une invitation à se reposer les questions du sens, de la militance, des modalités de gestion de ces centres. Des questions qui nous amènent à ré-affirmer la pertinence des idées fondatrices du mouvement mais aussi à mesurer le chemin qui reste à parcourir.

# Le malaise des jeunes médecins en maisons médicales

## Analyse qualitative et perspectives de solutions

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de santé publique, mention « Promotion de la santé » par **Miguelle Benrubi**, année universitaire 2003-2004, université Henri Poincaré, Nancy 1, faculté de médecine, école de santé publique.

.....

*En Belgique francophone, les maisons médicales constituent une alternative à l'organisation libérale des soins de santé primaires. Depuis quelques années, le mouvement des maisons médicales connaît de nombreux départs, en particulier chez les jeunes médecins. L'étude du Dr Benrubi tente de mettre en évidence les motivations et les difficultés des jeunes médecins à pratiquer dans une maison médicale et de trouver des solutions à certaines difficultés prioritaires.*

.....

constituées en une fédération, la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, qui se donne comme vocation la promotion des soins primaires. En 1982, elles ont négocié avec l'Institut d'assurance maladie invalidité un règlement pour la mise en application du paiement forfaitaire des soins<sup>2</sup>. Les travailleurs des maisons médicales se réunissent en cinq intergroupes régionaux pour échanger sur leur pratique et élaborer en commun des projets de santé. La Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones compte 66 maisons médicales (dont 40 travaillent dans le système de financement forfaitaire). Environ 5 % des médecins généralistes belges en activité travaillent en maison médicale (60 % de ceux-là travaillent au forfait). Environ 2 % de la population de la Belgique francophone est inscrite dans une maison médicale. La population soignée en maison médicale est une population en majorité défavorisée, alliant de nombreuses difficultés psychologiques et socioéconomiques, et attirée par l'accessibilité financière et géographique<sup>3-5</sup>.

La pratique de la médecine générale en groupe, dont les maisons médicales sont une des formes, fait l'objet de plus en plus d'intérêt. Elle satisfait aux définitions de la médecine de famille établies au niveau européen<sup>6</sup>. Elle est valorisée et soutenue à un niveau politique<sup>7-8</sup>. Elle favorise le développement continu de la qualité<sup>9</sup>. En outre, elle pallie à certaines difficultés liées au malaise général de la profession. Ainsi, les médecins généralistes belges y voient plusieurs attraits : pour le patient, une organisation optimale de la continuité des soins ; pour eux-mêmes, outre la fécondité des échanges d'expériences entre pairs, une meilleure qualité de vie<sup>10</sup>.

On trouve dans les maisons médicales un grand nombre de médecins maîtres de stages attachés aux départements de médecine générale des universités. De ce fait, les maisons médicales

En Belgique francophone, les maisons médicales constituent depuis le début des années '70 une alternative à l'organisation libérale des soins de santé primaires. Ce sont des associations de santé intégrée autogérées qui se veulent proches de la population. Elles dispensent des soins primaires continus, globaux, accessibles, en équipe pluridisciplinaire : médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, travailleurs sociaux, accueillants, professionnels de la santé mentale<sup>1</sup>. Au départ structures très engagées politiquement et à ce titre marginalisées, les maisons médicales ont acquis une certaine reconnaissance institutionnelle. En 1981, elles se sont

**Mots clefs** : médecine générale, pratique de groupe, recherche, maison médicale.

accueillent régulièrement des assistants, jeunes médecins candidats spécialistes en médecine générale, pendant les deux années de pratique accompagnée obligatoire.

Depuis quelques années, malgré ces divers incitants à la pratique de la médecine générale en groupe, les maisons médicales traversent une crise manifeste. C'est chez les jeunes médecins que le malaise est le plus présent. S'il n'est pas possible d'obtenir des données précises concernant les décennies précédentes, la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones s'est penchée sur le problème ces dernières années et a réalisé un rapide recensement : depuis 2000, 15 % des médecins ont quitté leur maison médicale, soit pour en rejoindre une autre, soit pour quitter définitivement le système. Quant aux assistants, ils hésitent à s'engager pour le long terme, ce qui pose un problème concret de recrutement.

Quelles difficultés rencontrent les jeunes médecins qui entament leur carrière de médecin généraliste au sein d'une maison médicale ? Certaines hypothèses méritent d'être confirmées ou infirmées : qu'en est-il du poids du malaise général lié à la profession<sup>11</sup>, de l'idéologie fondatrice des maisons médicales<sup>12-13</sup>, du mode de fonctionnement en autogestion, du mode de financement, du type de population soignée, du travail en équipe pluridisciplinaire et des confrontations qui en découlent<sup>14</sup> ?.

La présente recherche est la première à s'intéresser aux perceptions qu'ont les jeunes médecins de leur travail en maison médicale. Elle s'attache à deux objectifs :

- mettre en évidence chez les jeunes médecins qui pratiquent dans les maisons médicales les motivations et les difficultés à travailler en maison médicale ;
- recueillir certaines pistes de solutions pour améliorer les conditions de pratique en maison médicale pour ces jeunes médecins.

---

## Méthodes

*Les lecteurs moins intéressés par l'aspect méthodologique de la recherche pourront se reporter directement au chapitre suivant : « résultats ».*

L'étude, de nature qualitative, a comporté un temps exploratoire et un temps consacré à la recherche de solutions.

### ● phase exploratoire

1. La population concernée était celle des jeunes médecins travaillant en maison médicale, répartie en quatre échantillons selon plusieurs critères :

- concernant les médecins : d'une part les assistants, jeunes médecins en formation auprès d'un maître de stage travaillant en maison médicale, d'autre part les jeunes médecins engagés dans une maison médicale depuis moins de trois ans. Les motivations à travailler en maison médicale sont différentes : les assistants trouvent d'abord une occasion de compléter leur formation obligatoire en médecine générale, les jeunes médecins qui ont fait le choix d'entamer une carrière professionnelle en maison médicale adhèrent *a priori* au modèle des maisons médicales. Ils ont été interrogés séparément.
- concernant la localisation géographique des maisons médicales : ont été retenues les maisons médicales membres effectifs de la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones dans les deux régions qui comptent le plus grand nombre de maisons médicales en Belgique francophone : Liège et Bruxelles. Pour des raisons de facilité, d'homogénéité dans le mode de fonctionnement des maisons médicales au sein des deux intergroupes concernés (intergroupe liégeois et intergroupe bruxellois), les médecins de Liège et de Bruxelles ont été interrogés séparément.

## Le malaise des jeunes médecins en maisons médicales

### Analyse qualitative et perspectives de solutions

2. La technique des groupes focalisés était bien adaptée pour cette phase de mise à plat. La dynamique du groupe a fait émerger les problèmes tout en respectant la libre expression de chaque participant<sup>15-16</sup>.

Tous les médecins concernés ont été répertoriés puis conviés à participer à l'un des groupes par l'envoi d'une lettre à l'adresse électronique personnelle ou générale de la maison médicale, un mois avant la date prévue. Ma démarche leur était brièvement exposée : présentation personnelle, du contexte de l'étude, des modalités de réalisation : forme, durée, lieu, en ma présence et celle d'un animateur extérieur, enregistrement, garanties de confidentialité. Tous ont reçu deux rappels (mail, message ou contact direct sur le téléphone portable) quelques jours auparavant.

Une grille d'entretien, testée avec trois médecins volontaires extérieurs, a été utilisée pour la conduite des consultations. Elle se composait de questions très ouvertes :

- Selon vous, qu'est-ce que la médecine générale ?
- Qu'est-ce qui vous a motivé à pratiquer la médecine générale en maison médicale ?
- Maintenant que vous travaillez en maison médicale, qu'appréciez-vous ?
- Et que n'appréciez-vous pas ?
- Que trouvez-vous difficile au point que vous pourriez quitter la maison médicale ?

Cette grille a servi de canevas général. Elle commençait par une question très générale qui laissait à chaque participant une grande liberté d'expression dans sa présentation. Les questions suivantes étaient sous-tendues par les hypothèses recueillies au préalable<sup>11-12-13-14</sup>.

Quatre groupes focalisés ont été réalisés selon un protocole identique, en présence des médecins ayant répondu positivement à l'appel, de l'animatrice extérieure chercheuse à la Fédération des maisons médicales et de moi-même. Ils ont eu lieu dans des locaux conviviaux, dans une ambiance détendue (apéritif et collation), entre 20h et 23h. Après une présentation générale, l'assurance de la confidentialité et du respect de l'anonymat dans l'analyse des résultats, l'animatrice extérieure modérait seule les discussions. L'animatrice laissait le groupe s'exprimer le plus librement possible, tout en donnant la parole à chacun et en recadrant la

discussion le cas échéant. En fin de séance, les participants étaient invités à retenir parmi les difficultés évoquées, celles qui leur paraissaient prioritaires.

Les quatre groupes focalisés ont été enregistrés, retranscrits intégralement et analysés. Après plusieurs lectures de chaque retranscription, l'analyse des groupes focalisés a consisté à identifier chaque verbatim, à les classer en quelques idées forces, à collecter des citations, à identifier les particularités des différents groupes et enfin à choisir un problème prioritaire.

J'ai confronté mon analyse des résultats à celle de l'animatrice extérieure. Trois médecins ayant participé aux discussions ont validé les résultats et ont donné leur accord sur le choix du problème prioritaire.

#### ● Recherche de solutions

Une cinquième consultation collective en vue de la recherche de solutions a été réalisée quelques mois plus tard. Les résultats obtenus dans les groupes focalisés ont déterminé le choix des participants et le choix de la méthode.

1. Les participants étaient quelques jeunes médecins volontaires ayant participé aux groupes focalisés, et quelques médecins plus âgés, membres fondateurs de leur maison médicale ou ayant au moins 25 ans de pratique dans une maison médicale, volontaires eux aussi.

2. Il s'agissait de mettre en présence de manière constructive deux populations d'experts impliqués différemment dans l'étude. Un temps de mise à niveau de tous les participants autour de la problématique centrale était nécessaire en grand groupe. La recherche de solutions pouvait ensuite avoir lieu en laissant à chacun une place pour la confrontation.

Tous les médecins ont été contactés et informés par téléphone des modalités de la rencontre. Ils ont ensuite reçu par mail un texte préparatoire synthétisant les résultats de l'analyse des quatre groupes focalisés. Le groupe s'est réuni dans les locaux de la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones pendant trois heures, en présence d'un animateur extérieur et de moi-même.

La séance commençait par une présentation des



objectifs de la réunion, du contexte, des animateurs et des participants, avec la garantie de confidentialité et d'anonymat. Une présentation des conclusions des quatre groupes focalisés et du problème retenu comme prioritaire, sans discussion à ce stade, permettait à tous les participants un accord de principe sur la réalité du problème. Les participants, répartis en sous-groupes hétérogènes « anciens/jeunes », étaient ensuite invités à chercher des solutions au problème retenu en vue d'améliorer la situation existante. Grâce à un outil efficace, rapide et ludique<sup>17</sup>, ils devaient appliquer à chacun des verbes « *Permettre/Ajouter/Modifier/Eliminer/ Renverser* » trois ou quatre idées en réponse à une question générale au cœur du problème : « **Que mettre en place pour que la rencontre entre les générations permette à la fois la transmission et l'adaptation du modèle en fonction du contexte social et politique ?** ».

De retour en grand groupe, l'animateur récoltait et affichait les différentes idées. Une discussion a permis de clarifier et de débattre chaque solution proposée, d'amener d'autres idées et de regrouper les idées communes. La séance s'est terminée par un vote individuel pour les trois meilleures idées.

L'analyse de cette consultation a consisté à récolter les idées proposées, les classer en grands thèmes, leur donner un ordre de priorité. Les notes prises en parallèle au déroulement de la séance ont apporté un matériel intéressant pour la compréhension de l'importance accordée à chaque idée, de leur catégorisation, du poids du discours de chaque groupe d'experts. L'animateur de la séance et deux médecins ayant participé au groupe ont marqué leur accord sur les conclusions de l'analyse.

## Résultats

### ● Les participants

➤ Aux groupes focalisés : 28 médecins (sur 62 concernés) travaillant dans 18 maisons médicales (sur 46 concernées) qui fonctionnent toutes dans le système de financement forfaitaire des soins. Les participants ont tous effectué au moins un an d'assistantat dans une maison médicale.

	assistants	jeunes médecins
<b>Liège</b> (11 maisons médicales)	12	7
<b>Bruxelles</b> (7 maisons médicale)	5	4

➤ A la cinquième consultation : 13 participants. 4 des 5 médecins plus âgés sont médecins fondateurs de leur maison médicale. Les 11 maisons médicales représentées fonctionnent dans le système forfaitaire de financement des soins.

	assistants	jeunes médecins	médecins en MM depuis au moins 25 ans
<b>Liège</b> (6 maisons méd.)	2	2	3
<b>Bruxelles</b> (5 maisons méd.)	1	3	2

### ● Motivations

➤ Les raisons de pratiquer la médecine générale pour les jeunes médecins de maisons médicales sont :

- Individuelles : s'épanouir, être utile, apprendre, chercher, être créatif, être autonome, donner le meilleur de soi, être son propre chef ;
- Relationnelles : être proche des patients et des familles, par amour des gens, avoir un rôle de référent. « *En médecine générale, on grandit avec le patient* » ;
- Politiques : être observateur de la société, témoigner.

➤ Certains participants, actuellement assistants, ont commencé à pratiquer dans une maison médicale par hasard ou par opportunité. La plupart des autres, assistants et médecins confirmés, ont délibérément choisi de travailler dans une maison médicale.

Motivations et satisfactions à travailler en maison médicale se recouvrent totalement :

- Le travail en équipe pluridisciplinaire est la motivation essentielle. Comparé à la pratique en « solo », il permet une meilleure qualité de travail grâce à la possibilité d'échanges

## Le malaise des jeunes médecins en maisons médicales Analyse qualitative et perspectives de solutions

permanents entres pairs, mais aussi avec les autres travailleurs de la santé, infirmières, kinésithérapeutes, travailleurs sociaux. Le travail à plusieurs est gratifiant, stimulant, rassurant. Il permet des remises en questions, il favorise la démarche de recherche. Le curatif n'est pas la seule préoccupation. Les projets de prévention et d'éducation à la santé paraissent être des atouts majeurs pour une vision globale de la santé. « On découvre que la santé n'est pas toujours centrée sur les maladies, comme on l'a toujours appris.

*C'est un bien-être qui inclut beaucoup d'autres facteurs* ». L'organisation du travail et du temps dans une équipe pluridisciplinaire améliore le confort et la qualité de vie. La fonction d'accueillante en particulier est valorisée : elle supporte et elle soulage les médecins. Le plaisir du travail en équipe, le côté humain, chaleureux, joyeux sont autant de facteurs favorisant la qualité du travail. « A plusieurs, on construit une qualité globale supérieure ».

- Les participants insistent sur l'importance du projet politique des maisons médicales. Ils aiment se sentir dans un mouvement d'idées, interpeller la société, travailler en prenant en considération les déterminants socio-économiques de la santé. « La santé devrait être gratuite ».
- La population des usagers des maisons médicales motive aussi les participants. Ils sont attirés par la diversité culturelle et sociale : « on transmet à certains ce qu'on a appris chez d'autres ». Ils trouvent important de « s'implanter dans les quartiers pour mieux soigner les défavorisés ». « On voit des gens qu'on ne côtoierait pas ailleurs ». « Nous sommes là pour dire : « Ils existent » ».

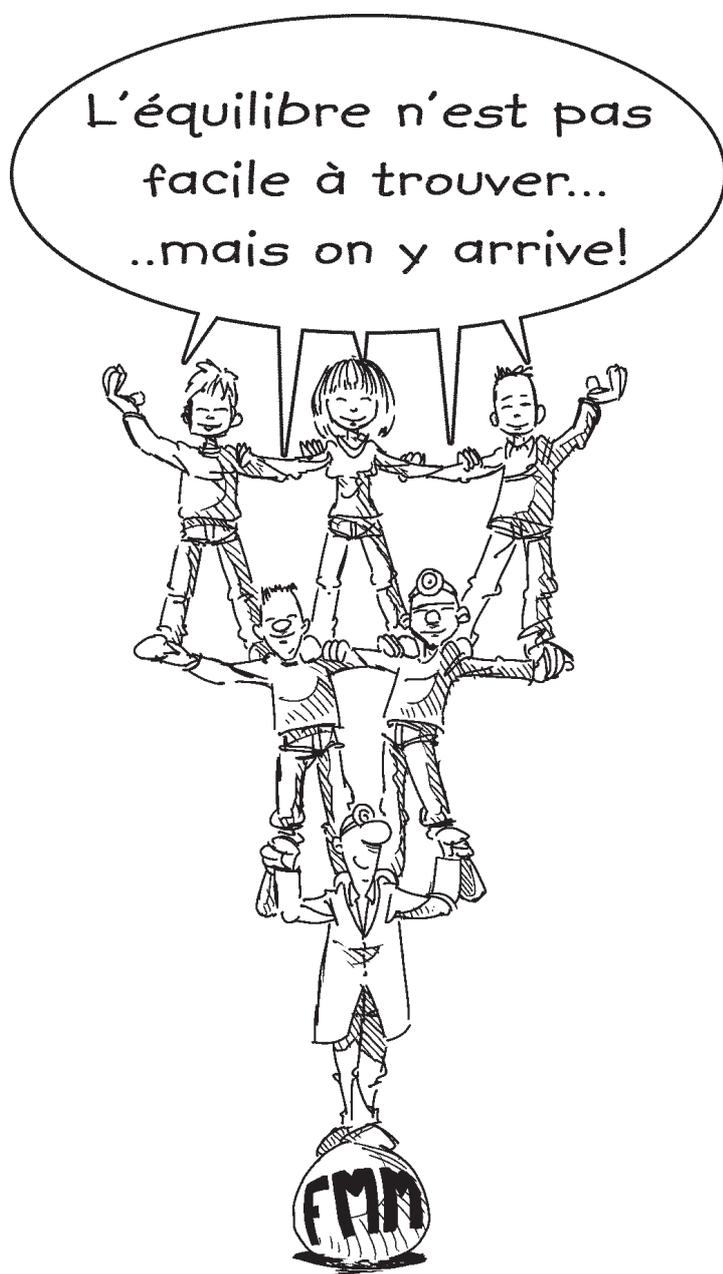
### ● Difficultés

Les difficultés ont été évoquées en des termes parfois rudes. Dans certains groupes, l'émotion a parfois débordé la discussion.

« Assez vite on exprime ses problèmes. Ça c'est dur, c'est significatif..., même si je re-signerais à deux mains ». Cette phrase exprime à elle seule l'ambivalence entre l'adhésion rationnelle au projet dans son ensemble et les difficultés rencontrées dans la pratique quotidienne. Voici les difficultés les plus souvent évoquées, dans l'ordre croissant de priorités. Les dernières pourraient faire quitter la maison médicale aux participants :

#### ➤ La lourdeur du travail

- La profession de médecin généraliste est vécue comme extrêmement exigeante. Elle impose des compétences dans des domaines variés, elle implique une gestion constante du doute et une disponibilité maximale. « On doit avoir réponse à tout », « on est le premier et le dernier recours ».





- Le travail en équipe pluridisciplinaire est vécu comme une exigence supplémentaire et parfois une contrainte : « *On doit être tellement pluridisciplinaire à l'intérieur de soi qu'on ne sait plus très bien qui on est* ». D'une part, le médecin « *est tributaire des autres* », il doit rendre des comptes, il est confronté à « *la différence des conceptions dans le travail* ». D'autre part, dans les équipes où les fonctions et les compétences de chacun ne sont pas claires, le médecin a l'impression de devoir tout gérer. « *La prise en charge globale, c'est bien mais c'est trop lourd* ». Certains participants expriment leur malaise face à une « *fonctionnarisation* » des travailleurs, ce qui ne correspond pas à leur idéal professionnel.
- Dans certaines équipes, la non-reconnaissance du travail spécifique du médecin est une difficulté supplémentaire : « *Le malade est illogique. On veut le nier. On [les autres travailleurs de l'équipe] nous dit : « organisez-vous », mais ce n'est pas faisable* ».

➤ La population des usagers

Les participants supportent mal la dérive que connaissent certaines maisons médicales, liégeoises en particulier, quant au type de population inscrite ces dernières années : « *La richesse en maison médicale, c'est l'ouverture : si on ne soigne plus que les défavorisés et les psychotiques, le projet perd de sa force* ». La population est mouvante : « *C'est difficile, dans ma conception de médecin de famille, de ne pas suivre des patients chroniques* ». Les patients sont vécus comme des utilisateurs exigeants qui ne se préoccupent pas du sens du projet : « *Le patient est roi, on doit le servir* ». Ces difficultés sont mises en relation par certains avec le mode de fonctionnement, comme le financement des soins au forfait. Les participants ne se sentent pas reconnus à l'extérieur de la maison médicale dans le travail qu'ils font pour une population marginalisée : « *C'est très embêtant d'être les bouche-trous du système : ils sont soignés et ça ne dérange plus personne* ».

➤ Les conflits relationnels préoccupent beaucoup les participants, en particulier ceux qui en ont vécu dans leur équipe. Ces conflits ne sont pas réductibles à des dynamiques personnelles, mais relèvent de difficultés plus

profondes, liées à des divergences d'opinions, d'investissement, des défaillances professionnelles. « *L'équipe, si ça se passe mal, c'est l'enfer* », « *C'est le projet d'une vie qui foire* ».

➤ Les difficultés liées à la transmission du projet des maisons médicales sont discutées par tous les participants. Elles sont de plusieurs ordres, mais inextricablement liées.

- L'adhésion au mode de fonctionnement des maisons médicales pose beaucoup de questions aux jeunes médecins : « *L'autogestion, l'égalité salariale, les grandes idées institutionnelles, ça ne touche plus* ». Et puis, « *C'est beau en théorie, mais c'est très lourd au quotidien* ». Ils se plaignent d'un manque de définitions des compétences, qu'ils mettent en relation avec le travail en autogestion. Ils vivent les « *pressions, sans pouvoir formel* » et expriment que « *c'est difficile de comprendre les coalitions, les personnes qui ont le pouvoir* ». Pour eux, « *il manque l'autorité du père, le grand manitou qui dit : « C'est comme ça et c'est pas autrement »* ». De plus, le modèle n'est plus porteur d'une réflexion générale « *pour un monde plus juste* ». « *Il faudrait* », disent-ils, « *être moins exigeant envers nous, mais plus promouvoir à l'extérieur, afficher son mode de fonctionnement quelque part* ».
- Les relations avec les aînés sont source d'incompréhensions et de souffrances. Les références à un passé lointain ne parlent plus. La société a changé, les valeurs aussi : « *Mai 68, désolé, mais moi je l'attends, c'est bien beau de voir ce qui a été, mais il faut réactualiser, il faut redire tout ça avec mes mots* », « *La liberté individuelle de penser, c'est important* ». Les jeunes médecins expriment des sentiments ambivalents entre reconnaissance pour tout ce que les anciens ont mis en place et animosité face à leur emprise : « *Les anciens, la maison médicale c'est leur bébé, ils ont peur de lâcher* », « *Remettre en question ce qui est là encroûté depuis des années, c'est difficile* ». Ils se sentent incompris et jugés par les anciens : « *Ce qu'on apporte leur paraît moins fort* », ou abandonnés : « *Les vieux décrochent avant de transmettre le projet* ». Ils voient des avantages à « *être un dinosaure dans sa propre maison médicale* ». Ils ont des inquiétudes pour l'avenir

## Le malaise des jeunes médecins en maisons médicales

### Analyse qualitative et perspectives de solutions

du projet : « *La Fédé* [Fédération des maisons médicales] arrive à un stade où la transition est difficile », « Il risque d'y avoir les maisons médicales de '68 à 2004, et puis quelque chose de tout à fait différent ». Pourtant, ils ne manquent pas de dynamisme : « *C'est important de défendre la médecine qu'on pratique, mais ce n'est pas facile de prendre sa place* ». « *Avant de monter une maison médicale, il faut d'abord monter son projet, réfléchir à ses propres valeurs* ».

#### ● Particularités dans les différents groupes

➤ **Les assistants** éprouvent des difficultés liées à leur statut. Ils revendiquent la même place que les autres pour les prises de décisions par exemple. Ils estiment pouvoir donner des avis pertinents et constructifs sur le fonctionnement de la structure, mais se sentent peu écoutés. Ils critiquent particulièrement le fonctionnement des grosses maisons médicales, dans lesquelles les aînés prennent toute la place. Dans leur travail, ils se sentent parfois utilisés, pour ménager les autres médecins, surtout les plus âgés. « *On est médecin comme les autres, mais on nous demande plus. On est là pour faire tout ce qui reste à faire. Derrière, y'a plus personne* ».

➤ **Les jeunes médecins liégeois** éprouvent des difficultés liées au mode de rétribution en égalité salariale, qui a disparu ailleurs. Ils font clairement le lien avec une non-reconnaissance de leur travail au sein de l'équipe : « *C'est quoi l'égalité salariale ? C'est pas possible d'être égaux* », et des sources de tension au sein de l'équipe : « *On est toujours minorisés par rapport à cela* ». Ils se sentent en porte-à-faux dans une société qui a évolué : « *Personne ne sait qu'on travaille en égalité salariale...* », « *...et ceux qui le savent, ils nous prennent pour des dingues* ».

De plus, ils sont confrontés de manière accrue au problème de la paupérisation de la population inscrite en maison médicale, et expriment plus que leurs confrères bruxellois, des signes de lassitude face à cette situation : « *Les patients, ils sont envoyés par les services sociaux qui leur disent : « Allez là-bas, c'est gratuit »* ».

➤ **Les jeunes médecins qui ont créé leur propre maison médicale** ne se sentent pas

suffisamment soutenus au démarrage : « *C'est de la tradition orale... on copie les anciennes maisons médicales* ». Ils sont confrontés à des tâches qui les dépassent. Le temps consacré à la gestion de la maison médicale leur paraît démesuré. « *C'est pas normal de s'improviser capable de faire fonctionner une ASBL* ».

#### ● Solutions proposées

Il est intéressant de noter que quelques anciens médecins participant à la cinquième consultation ont vivement réagi - étonnements, remises en questions - lors de la présentation des résultats recueillis dans les groupes focalisés. Les animateurs ont dû repréciser l'objectif de la réunion, centré sur les perceptions liées au malaise de leurs jeunes confrères dans les maisons médicales. Dans un des sous-groupes constitués ensuite pour la recherche de solutions, les jeunes médecins ont eu beaucoup de mal à se faire entendre.

Les solutions étaient des réponses à une question centrée sur les difficultés liées à la transmission du modèle des maisons médicales. Elles sont énumérées en annexes (tableaux 1 et 2).

Les idées appliquées au verbe « éliminer » témoignaient de la force de conviction des participants pour un changement. Certains participants ont suggéré « *oser questionner le modèle... même dans ses bases* », pour « *éliminer le mythe de la structure idéale* ». Un groupe a proposé d'« *éliminer l'emprise de la Fédé sur le modèle* ». Les idées appliquées à « renverser » avaient trait au désir de changer les discours idéologiques. Les participants ont proposé d'« ajouter » des structures ou de les « modifier », et cela autour de plusieurs thèmes :

- autogestion, pouvoir : professionnaliser le travail de gestion, répartir les responsabilités, avec délégation claire et transparente du pouvoir, sans pour cela abandonner le modèle autogestionnaire ;
- relations entre jeunes et anciens : le parainage d'un plus jeune par un plus ancien a retenu l'attention de beaucoup de participants ;
- temps, histoire : « *une lecture commune de la réalité* » a semblé essentielle, grâce à la



mise en place de moments et de lieux de rencontres propices aux échanges.

Et surtout, une majorité des participants a insisté sur l'importance de « *permettre la différence* », qu'elle soit en relation avec le choix des activités dans lesquelles chacun désire investir au sein de la maison médicale ou avec la reconnaissance de différentes formes d'engagement. « *Investir du temps à la maison médicale, c'est être militant* » ont ajouté les jeunes lors de la discussion.

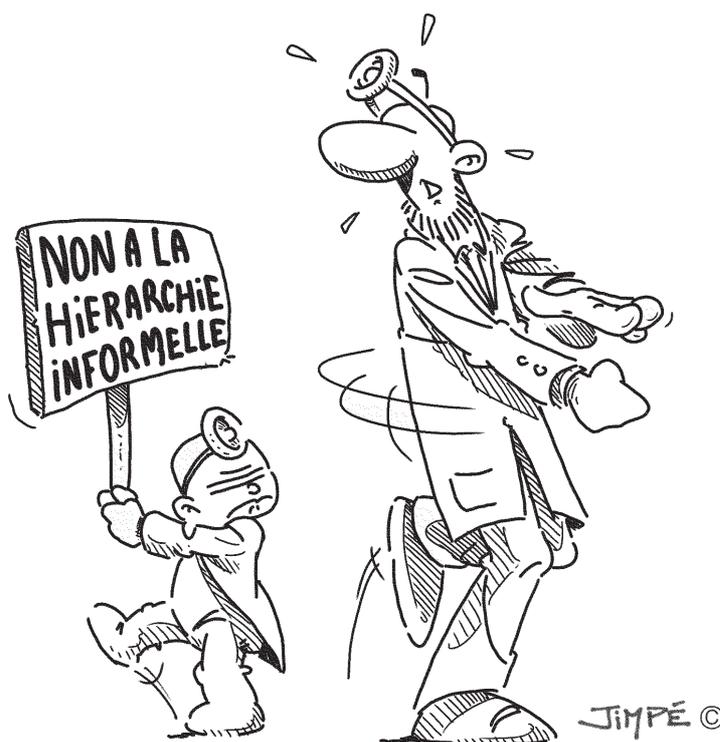
## Discussion - perspectives

D'une manière générale, les jeunes médecins adhèrent aux idéaux qui ont présidé au mouvement des maisons médicales : justice sociale, respect et autonomie du patient, approche globale. Ils ne remettent pas fondamentalement en cause les choix qui ont motivé leur engagement dans une maison médicale. Ils apprécient leur travail en équipe pluridisciplinaire pour la qualité de la médecine, la qualité de vie et la qualité des relations professionnelles. Elles correspondent aux avantages que les médecins belges « solo » entrevoient à la pratique en groupe : qualité de vie, continuité des soins, échanges d'expériences<sup>10</sup>.

Certaines difficultés sont liées à la pratique au quotidien qui ne répond pas à leurs espoirs. Leurs discours expriment des divergences entre la quête d'une pratique idéale et la réalité quotidienne : l'exigence et la lourdeur du travail de médecin généraliste, l'impuissance et la désillusion face à une population mouvante et défavorisée, le poids du travail en équipe pluridisciplinaire avec ses contraintes, ses conflits et ses inévitables conciliations. La crainte des conflits, des contraintes, la perte d'indépendance sont aussi les difficultés que les médecins belges « solo » entrevoient à la pratique de groupe<sup>10</sup>.

Les difficultés retenues comme prioritaires par les participants sont celles qui concernent les principes de fonctionnement des maisons médicales et les relations avec leurs confrères plus âgés. Elles ont été regroupées en un thème commun : le défaut de transmission du modèle. C'est dans cette perspective qu'il faut comprendre le discours des jeunes médecins, oscil-

lation permanente entre la recherche d'un idéal et l'impuissance face à une réalité insatisfaisante. Cette oscillation n'est pas exprimée comme telle, elle est implicite mais se manifeste sans cesse au fil des discussions :



- Les jeunes ont des idées mais ils ne trouvent pas d'ouverture dans le discours des aînés, en particulier des fondateurs. C'est d'autant plus difficile à vivre quand certains anciens se reposent sur eux dans leur pratique quotidienne ;
- Les jeunes veulent être autonomes, ils aspirent à plus de liberté individuelle. Pourtant ils font le choix de travailler en équipe et d'en accepter les exigences ;
- Quand ils décident de créer une maison médicale, ils ont du mal à changer le modèle, à trouver adéquation entre leurs valeurs et une pratique qui leur corresponde ;
- Les jeunes supportent mal l'autorité de leurs aînés, mais ils sont demandeurs de plus de hiérarchie ;
- Ils ont un réel souci de démocratie qui s'oppose à leur perception de la lourdeur des processus démocratiques mis en place et de l'investissement que cela suppose ;

## Le malaise des jeunes médecins en maisons médicales Analyse qualitative et perspectives de solutions

- Ils veulent travailler en faveur d'une société plus juste, mais ne reconnaissent plus les structures non hiérarchiques des maisons médicales comme une traduction institutionnelle de cette aspiration ;
- De la même manière, ils expriment leur intérêt pour le travail de la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, mais déplorent son emprise sur le modèle ;
- Ils aspirent à une meilleure qualité de vie que leurs aînés, mais craignent la fonctionnarisation du système ;
- Ils sont favorables au principe d'accessibilité et à la pratique du forfait, mais supportent mal le succès de ce mode de financement et l'image de « médecine au rabais » qui y est associée.

Toutes ces ambivalences sont le témoin d'une recherche de sens. Le défaut de transmission du modèle par les aînés le laisse comme figé dans le temps et l'histoire, et ce de manière imperceptible au quotidien.

Le projet n'appartient pas aux jeunes qui « *sentent bien qu'en s'y conformant, ils obéissent à un modèle dépassé, qui ne leur permettra pas de se réaliser pleinement comme individu* ». « *Ils s'efforcent d'y croire, tout en conservant une certaine distance critique, parfois même cynique* »<sup>18</sup>. Et sans doute le projet échappe-t-il aux anciens : la réaction de quelques anciens médecins face aux perceptions des jeunes sur leur malaise en maison médicale lors du démarrage de la cinquième consultation collective est un témoin de leur propre malaise par rapport à une remise en cause du modèle.

La Fédération des maisons médicales constituée en très grande part de travailleurs des maisons médicales, est elle aussi mise en cause. Pourtant, depuis quelques années, elle réfléchit sur la cohérence du projet : elle exhorte toutes les équipes à une lecture critique de la « charte des maisons médicales », elle sollicite l'avis de sociologues et philosophes<sup>12-13</sup>. Une étude sur le système autogestionnaire en maison médicale a révélé la grande disparité dans la mise en pratique du concept au sein des différentes maisons médicales<sup>19</sup>. Une enquête par questionnaires, actuellement en cours, s'intéresse aux causes de départ des médecins de leur maison médicale. La Fédération des maisons médicales et

des collectifs de santé francophones se soucie des résistances et des mécanismes de transition. Il n'empêche qu'elle mesure sans doute mal l'importance de son emprise symbolique : les travailleurs des maisons médicales - en particulier ici les jeunes médecins - ne trouvent pas dans ses analyses de réponses à leurs malaises et à leurs questionnements implicites.

Les solutions apportées par les participants de la cinquième consultation collective témoignent des difficultés liées à la transmission et de la nécessité d'adapter le modèle au contexte actuel : parrainage d'un jeune par un aîné, lecture commune de l'histoire de la maison médicale, critique du modèle jusque dans ses fondements, octroi d'un temps d'adaptation. Et cela en prenant en considération les différences individuelles.

Les consultations collectives ont été très appréciées par les jeunes médecins, mais aussi par leurs aînés, ce qui rencontre la nécessité — retenue dans les solutions — de la mise en place de lieux de dialogues. Les groupes étaient constitués d'une population homogène, indispensable à la qualité des discussions. Un échantillonnage par sexe n'a pas semblé nécessaire : une réelle mixité dans le travail existe dans les maisons médicales depuis leur création.

Cette étude admet certaines limites. Le recrutement des jeunes participants à Bruxelles a été plus laborieux qu'à Liège. On peut y voir deux explications : le projet a, d'une part, d'emblée convaincu les participants liégeois qui connaissaient mon existence, et, d'autre part, il a sans doute interpellé les participants les plus en difficultés. La cinquième consultation s'est constituée de manière plus aléatoire, avec des participants volontaires, disponibles et ayant montré de l'intérêt pour l'étude. Il aurait été intéressant d'avoir des participants travaillant dans des maisons médicales ayant conservé un mode de financement à l'acte : aucun n'a répondu à l'appel ; leur non-participation est en soi une question. Les chercheurs étaient les animateurs, avec comme avantage une bonne connaissance du terrain pour l'animation et l'approfondissement des thèmes à discuter, et comme limites certaines difficultés à s'extraire du contexte lors de l'analyse du contenu.

Il serait intéressant, pour une étude ultérieure,



de mettre en présence des médecins - qui ont toujours bénéficié d'une place particulière liée à leur présence indispensable au sein des maisons médicales - avec les autres travailleurs des maisons médicales.

On peut envisager l'intérêt de cette étude pour d'autres structures de soins qui, comme les maisons médicales, se sont construites à contre-courant de la société, pour ensuite s'institutionnaliser et dans lesquelles les jeunes sont pris en tension entre « *besoin de reconnaissance sociale et accomplissement personnel* »<sup>18</sup>.

Ce travail est d'un grand intérêt pour les médecins des maisons médicales, les équipes et aussi la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones. Il a permis d'objectiver chez les jeunes médecins des réticences implicites et par ailleurs inexprimables au quotidien. Les solutions seront présentées lors d'une prochaine assemblée générale de la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones. Elles pourront aider à repenser le modèle et lui impulser un souffle nouveau. ●

## Bibliographie

- (1) « Les maisons médicales : un outil de santé pour l'avenir », *Santé conjugulée*, Bruxelles, Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, 1997 ; n°1 : 13-63.
- (2) « Le financement des soins de santé primaires au forfait », *Santé conjugulée*, Bruxelles, Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, 1998 ; n°3 : 27-87.
- (3) Kesteloot K, Gillet P, *Le financement des centres de santé. Description des activités et analyse financière et économique*, Etude commandée par l'INAMI, 3 novembre 2003, 53p.
- (4) Burdet D, Denis B, Drielsma P, *Quelle population suivons-nous dans les maisons médicales au forfait ?*, Bruxelles, Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, juin 2002, 26 p, Document interne.
- (5) Wathélet T, « Les maisons médicales : une alternative pour une meilleure accessibilité », *Santé conjugulée*, Bruxelles, Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, 2004 ; n°27 : 4-7.
- (6) *La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille*, WONCA EUROPE 2002, 36 pages ; version en ligne : <<http://www.ssmg.ch>>.
- (7) *Décret relatif à l'agrément et au subventionnement des associations de santé intégrée*, 29 mars 1993, N 93-1266 [SC-29215], Moniteur Belge - 27-05-1993, n° 12801.
- (8) *Maisons médicales. 60 000 wallons ont accès à des soins gratuits*, conférence de presse du Ministre Thierry Detienne, Lundi 2 février 2004, dossiers de presse, Cabinet du ministre des Affaires sociales et de la Santé de la Région wallonne.
- (9) Campbell Sm, Hann M, Hacker J and all., « Identifying predictors of high quality care in English general practice : observational study », *BrMedJ* 2001 ; 323: 1-6.
- (10) Feron Jm, Cerexhe F, Pestiaux D and all., « GPs working in solo practice : obstacles and motivations for working in a group ? A qualitative study », *Family Practice*, 2003 ; 20: 167-172.
- (11) Delbrouck M, *Le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel*, Bruxelles, De Boeck, 2003. 280p.
- (12) Carton L, « Les maisons médicales dans leur cadre sociopolitique d'hier à aujourd'hui », *Santé conjugulée*, Bruxelles, Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, 2001 ; n°15 : 3-11.
- (13) Lebeer G, « Les maisons médicales : un mouvement en crise ? », *Santé conjugulée*, Bruxelles, Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, 2003 ; n°23 : 18-25.
- (14) *Enquête interne sur la satisfaction à travailler en maison médicale*, Travail inédit de l'intergroupe liégeois. 2002.
- (15) C. Davister et all., *Les groupes focalisés. Fiches méthodologiques*, Liège, Apes-ULG, février 2004, 4p. (Stop j'agis ; F.1).
- (16) Barbour R.S, « Using focus groups in general practice research », *Family Practice*, 1995 ; 12 : 328-334.
- (17) L'outil « P.A.M.E.R. » a été mis au point par des chercheurs de <[www.dimension.consultance.be](http://www.dimension.consultance.be)> qui ont aimablement accepté son utilisation pour la présente étude.
- (18) Bajoit G, *Le changement social. Approche sociologique des sociétés occidentales contemporaines*, Paris, Armand Colin, 2003 : 128-132.
- (19) Ladavid C, *Le système autogestionnaire en maisons médicales : analyse de cas*. Louvain-la-Neuve, Cahiers de la FOPES, décembre 2003 ; n°24. 54 p.

---

**Annexes**

Solutions suggérées en réponse à la question :  
« Que mettre en place pour que la rencontre entre les générations permette à la fois la transmission et l'adaptation du modèle des maisons médicales en fonction du contexte politique et social ? ».

**Tableau 1**  
**Classement des 49 solutions proposées par verbe d'entrée – 39 priorités**

**Permettre... :**

1. de professionnaliser certaines tâches spécifiques, telles la gestion, tout en conservant un système de décision collectif
2. de reconnaître l'éventail des activités possibles au sein des maisons médicales
3. l'interpellation des anciens par les jeunes
4. aux jeunes d'être dans les lieux de décisions : AG, CA, projets...
5. de raconter l'histoire de la maison médicale, du projet, sans omettre de raconter ses problèmes
6. la négociation entre l'individuel et l'intérêt de l'équipe
7. la différence
8. une hiérarchie clarifiée et fonctionnelle
9. des lieux et des moments d'échanges
10. une délégation des pouvoirs et des compétences avec persistance du contrôle démocratique
11. l'évaluation
12. l'investissement dans les domaines dont on a envie
13. du temps de rencontre et de partage pour évoluer, donner de la place et prendre une place

**Ajouter... :**

14. du temps formalisé pour le travail autour du paradigme
15. de la solidarité dans l'équipe (comme on le fait à l'extérieur)
16. du temps pour s'adapter
17. un référent formel et expérimenté pour les jeunes médecins
18. un système de parrainage 1/1 d'un jeune médecin par un plus ancien (2X)
19. du pouvoir aux médecins
20. du pouvoir décisionnel, et le nommer
21. l'expression et la transparence du pouvoir
22. une lecture ensemble de la réalité actuelle pour renverser l'ordre établi
23. un système d'information qui assure la pérennité de l'histoire et qui contextualise les situations actuelles
24. de la reconnaissance de l'extérieur
25. une réelle fonction de gestion
26. des moments de réflexion en dehors du quotidien
27. la tolérance, la modestie
28. un salaire qui corresponde aux tâches et au contexte social



### Modifier... :

29. construire l'organigramme avec les jeunes
30. la reconnaissance, la valorisation de toutes les activités
31. redéfinir les fonctions, les mandats et les responsabilités de chacun
32. redéfinir la place de chacun
33. le « référentiel » travail pour respecter les besoins, les désirs des jeunes médecins (ex : horaire, temps plein, gardes...)
34. les outils de gestion
35. l'expression des valeurs
36. la circulation de la parole
37. la répartition des responsabilités

### Eliminer... :

38. les « *de mon temps...* »
39. le mythe de la structure idéale
40. l'illusion et l'utopie que les maisons médicales sont des îles de paix. Elles obéissent aux mêmes lois que les autres groupes humains
41. l'emprise de la Fédération sur le modèle
42. l'égalité salariale

### Renverser... :

43. oser requestionner et modifier le modèle, même dans ses bases
44. reconnaître l'idée qu'il y a beaucoup de moyens différents d'être militant (exemple : investissement en temps...)
45. l'idée qui porte les valeurs. Au contraire, l'idéologie émergente est à adapter au contexte local de la maison médicale
46. les habitudes, les ronronnements
47. l'ordre établi
48. les discours purs et durs
49. les illusions de l'exception



**Tableau 2**  
**Classement des 49 solutions proposées en 7 thèmes – 39 priorités**

**A. Temps - Histoire**

1. raconter l'histoire de la maison médicale, du projet, sans omettre les problèmes
2. permettre des lieux et des moments d'échange
3. permettre du temps de rencontre et de partage pour évoluer, donner de la place et prendre une place
4. ajouter du temps formalisé pour le travail autour du paradigme
5. ajouter du temps pour s'adapter
6. ajouter une lecture ensemble de la réalité actuelle pour renverser l'ordre établi
7. ajouter un système d'information qui assure la pérennité de l'histoire et qui contextualise les situations actuelles
8. ajouter des moments de réflexion en dehors du quotidien
9. éliminer les « *de mon temps...* »

**B. Autogestion – Pouvoir**

10. professionnaliser la gestion
11. ajouter une réelle fonction de gestion
12. modifier les outils de gestion
13. permettre une hiérarchie clarifiée et fonctionnelle
14. permettre une délégation des pouvoirs et des compétences avec persistance du contrôle démocratique
15. permettre l'évaluation
16. ajouter du pouvoir décisionnel et le nommer
17. ajouter l'expression et la transparence du pouvoir
18. modifier la circulation de la parole
19. modifier la répartition des responsabilités
20. ajouter du pouvoir aux médecins

**C. Tous différents**

21. reconnaître l'éventail des activités possibles au sein de la maison médicale
22. permettre la différence
23. permettre la négociation entre l'individuel et l'intérêt de l'équipe
24. permettre l'investissement dans les domaines dont on a envie
25. modifier la reconnaissance, la valorisation de toutes les activités
26. redéfinir les fonctions, les mandats et les responsabilités de chacun
27. redéfinir la place de chacun
28. modifier l'expression des valeurs
29. reconnaître l'idée qu'il y a beaucoup de moyens différents d'être militant (exemple investir du temps...)

**D. Entre les anciens et les jeunes**

30. permettre l'interpellation des anciens par les jeunes
31. permettre aux jeunes d'être dans les lieux de décisions : AG, CA, projets...
32. construire l'organigramme avec les jeunes
33. ajouter un système de parrainage 1/1 d'un médecin plus jeune par un plus ancien (2X)
34. ajouter un référent formel et expérimenté pour les jeunes
35. modifier le « référentiel » travail pour respecter les besoins, les désirs des jeunes médecins (horaire temps plein, gardes...)



### **E. Statut du médecin**

36. ajouter un salaire qui corresponde aux tâches et au contexte social
37. éliminer l'égalité salariale
38. ajouter de la reconnaissance de l'extérieur

### **F. Relations dans l'équipe**

39. ajouter la tolérance, la modestie
40. ajouter de la solidarité dans l'équipe (comme on le fait à l'extérieur)
41. renverser les habitudes, les ronronnements

### **G. Le modèle**

42. éliminer le mythe de la structure idéale
43. éliminer l'illusion et l'utopie que les maisons médicales sont des îles de paix. Elles obéissent aux mêmes lois que les autres groupes humains
44. renverser les illusions de l'exception
45. oser questionner et modifier le modèle, même dans ses bases
46. renverser l'idée qui porte les valeurs. Au contraire, l'idéologie émergente est à adapter au contexte local de la maison médicale
47. renverser l'ordre établi
48. renverser les discours purs et durs
49. éliminer l'emprise de la Fédération des maisons médicales sur le modèle

# Je suis venu te dire que je m'en vais

Gaël  
Bugenhout,  
Perrine  
Eeckhout,  
étudiants en  
deuxième licence  
en travail social,  
travaux pratiques  
de sciences  
sociales  
appliquées,  
rapport de stage  
avec le professeur  
Guy Lebeer et  
Jacques Moriau,  
assistant,  
université libre de  
Bruxelles, année  
académique  
2003-2004.

.....

*L'enquête du Dr Benrubi que vous venez de lire explorait les motivations et les difficultés des médecins travaillant en maison médicale. Le travail dont nous présentons maintenant de larges extraits aborde le malaise en maison médicale sous l'angle inverse : quelles sont les raisons qui ont poussé certains médecins à quitter la maison médicale où ils travaillaient.*

.....

La Fédération des maisons médicales s'interrogeait sur la cause des nombreux départs des médecins des maisons médicales, et principalement en région liégeoise. S'agissait-il d'un phénomène intrinsèque aux maisons médicales et à leur développement ? Ou ne s'inscrivait-il pas plutôt dans une évolution plus globale de l'engagement médical caractérisée par une plus grande mobilité ? Les deux questions pouvant être liées par quelque aspect.

C'est à cette double question que nous avons tenté d'apporter des réponses dans le cadre de notre rapport de stage. Notre méthode a consisté, d'une part, à envoyer des questionnaires à des médecins ayant quitté les maisons médicales et, d'autre part, à mener des entretiens avec des praticiens de deux maisons médicales, pour avoir une vision éventuellement « en contrepoint », « de l'intérieur » de leur travail.

Les résultats obtenus montrent que c'est au sein même des maisons médicales et en regard de leur histoire et de leur développement que les causes des départs des médecins sont à chercher. Certains principes de fonctionnement des maisons médicales posent aujourd'hui problème, comme par exemple l'égalité salariale et l'absence de hiérarchie. Il semble que ces principes mis en place il y a une trentaine d'années sont en perte de sens.

Les maisons médicales reposeraient-elles donc sur des principes dépassés ? Le rôle de transmission des médecins plus anciens aux plus jeunes est-il négligé ? Voilà autant de questions qui résultent de notre recherche et qui méritent réflexion.

---

## Un questionnaire et des rencontres

La demande de la Fédération des maisons médicales étant de connaître les causes des nombreux départs de médecins de maisons médicales, il nous semblait indispensable d'aller chercher des informations chez les principaux intéressés, à savoir les médecins qui ont quitté une maison médicale depuis 2000.

Nous avons opté pour l'envoi de questionnaires pour des raisons pratiques. L'objectif fut de vérifier notre hypothèse de départ qui peut se formuler dans les termes d'un décalage entre deux logiques.

Le médecin qui arrive dans une maison médicale en a une certaine image, une certaine représentation. Il a une vision de l'engagement médical et de sa mise en pratique dans les maisons médicales.

De son côté, la maison médicale fonctionne d'une certaine manière, en sachant que chaque maison médicale a son histoire, se caractérise par une forme d'engagement spécifique. Elle a sa logique propre.

Nous faisons l'hypothèse qu'il peut exister un décalage entre ces deux logiques d'engagement qui peut amener une rupture si celui-ci n'est pas entendu, reconnu, discuté.

Nous avons donc construit notre questionnaire sur la base de cette hypothèse en nous focalisant

Mots clefs : maison médicale, recherche, pratique de groupe.



sur le vécu quotidien des médecins (part d'engagement, investissement personnel, idéaux). Ce questionnaire a été soumis à un pré-test à la Fédération des maisons médicales qui a suggéré le rajout d'une question et la reformulation de certains termes. Nous avons reçu de la Fédération des maisons médicales la liste des médecins qui ont quitté une maison médicale entre 2000 et 2003. Nous avons effectué 46 envois et avons reçu 18 réponses. Dans l'idée de contextualiser la recherche et afin d'éviter les erreurs d'interprétations, nous avons joint deux lettres d'accompagnement au questionnaire. La première, écrite par la Fédération des maisons médicales, nous présente et nous situe. La seconde a été écrite par nous-mêmes sur du papier à entête de l'ULB afin de nous différencier de la Fédération des maisons médicales. Elle explique l'objet de la recherche et garantit l'anonymat.

Pour compléter les informations contenues dans les questionnaires nous avons visité deux maisons médicales : une à Bruxelles et une à Liège.

Le but de ces visites était de confronter les éléments de réponses des praticiens qui sont partis d'une maison médicale aux discours de ceux qui y sont toujours. Nous avons élaboré un petit guide d'entretien qui reprenait les principaux thèmes abordés dans le questionnaire.

## Les enseignements de notre questionnaire

### ● Qui sont nos répondants ?

Dix-huit personnes ayant quitté une maison médicale entre 2000 et 2003 ont répondu à notre questionnaire. La faiblesse de cet effectif n'autorise bien évidemment aucune conclusion significative. Les quelques données qui suivent ne sont donc mentionnées qu'à titre purement informatif.

L'effectif est composé de 13 femmes et de 5 hommes. La moyenne d'âge des hommes (41 ans) est supérieure à celle des femmes (31 ans). Pour ce qui est de la durée moyenne d'engagement en maison médicale, nous remarquons qu'elle est assez courte : 2,5 ans pour les fem-

mes. Un homme ayant travaillé 26 ans en maison médicale « faussait » les chiffres, aussi l'avons-nous retiré de la moyenne masculine : il apparaît alors que la moyenne est assez semblable chez les hommes et les femmes.

Pour 10 des 18 personnes de notre effectif, les maisons médicales représentent le premier emploi ou le choix d'un stage de médecine générale.

A propos des fonctions occupées après le départ d'une maison médicale, on remarque que sur les 18 personnes, 7 travaillent encore en maisons médicales, ce qui montre que celles-ci restent leur premier choix.

La moitié des autres (+/- 5) se retrouvent dans des structures similaires telles que des centres de planning familial, où les médecins « sortants » retrouvent les mêmes motivations que dans les maisons médicales (travail en équipe, pluridisciplinaire).

Le reste de l'effectif (6) change complètement de contexte : cabinet individuel, médecine du travail, hôpitaux, ...

### ● L'évaluation par rapport au travail en équipe, à l'égalité salariale, à la non-hiérarchie

#### Evaluation du travail en équipe

Excellent :	0
Bon :	6
Satisfaisant :	5
Mauvais :	7

L'évaluation du travail en équipe varie d'une équipe à l'autre. Cela dit, si l'on suit les chiffres, l'item « mauvais » est très présent.

#### Désaccord avec la politique d'égalité salariale

Oui :	10/14
Non :	4/14
Pas en vigueur :	4/18

Il apparaît clairement que la majorité de l'effectif marque son désaccord quant à la politique salariale en vigueur dans certaines maisons médicales. Ce positionnement se retrouve dans les questions qui suivent, confirmant ainsi cette tendance.

Si on analyse le discours sur l'égalité salariale, on remarque que celle-ci peut provoquer de vives réactions. Plus elle semble non-négociable dans l'équipe, plus elle pose problème et devient une cause de départ.

On peut ici faire un lien entre l'égalité salariale et l'absence de hiérarchie. En effet, c'est sans doute plus le caractère immuable du principe et/ou le tabou dont il fait l'objet qui provoquent le départ que le principe lui-même.

Par rapport à cela, nous nous sommes demandé si, dans certaines maisons médicales, l'égalité salariale ne serait pas « garante » en quelque sorte de l'égalité de parole et de pouvoir. On pourrait dire « à salaire égal, parole égale ». Remettre en question l'égalité salariale reviendrait à remettre en question l'égalité de pouvoir de chacun. La question de l'égalité salariale devient alors le sujet de débat à exclure car il renferme d'autres enjeux.

**Inconfort par rapport à la non-hiérarchie**

**Oui :** 4/18

**Non :** 3/18

**A certains moments :** 11/18

- Lors de décisions à prendre
- Au niveau des tâches, missions et rôle de chacun dans l'équipe
- Au niveau des orientations et des priorités de la maison médicale
- Lors de conflits car absence de responsabilités
- Pressions dues aux différences d'âges et d'expérience qui installent un pouvoir implicite, informel
- Veto de certains par rapport à certaines demandes (horaires, salaires,...)
- Au niveau de la clarté de la gestion financière
- Prise de décisions en dehors de lieux prévus à cet effet
- Remise en questions de décisions prises

L'absence de hiérarchie suscite aussi un inconfort, permanent ou ponctuel. Cet inconfort apparaît principalement lors de décisions à prendre, il peut se rapporter aux lieux dans lesquels elles sont censées être prises et se manifester lors de conflits de tous genres. L'inconfort provient aussi d'une absence de clarté au niveau des rôles et des tâches de chacun au sein de l'équipe.

Ces réponses nous montrent que l'absence de hiérarchie est source de tensions qui, pour

certaines d'entre elles, dévoilent un pouvoir implicite, un pouvoir informel organisé sur un axe : « âge/ compétence/expérience ».

On remarque aussi que la plupart des médecins qui ressentent un inconfort vis-à-vis de la non-hiérarchie (à certains moments ou en permanence) sont en désaccord avec l'égalité salariale.

Malgré cela, un certain nombre de médecins choisissent de rester dans ce type de structure, mais nous y reviendrons.

● **Les causes de départs proprement dites**

Les causes de départs peuvent se regrouper en trois catégories.

La première catégorie comprend des causes imputées à la gestion, au fonctionnement de la maison médicale (absence de hiérarchie, enjeux de pouvoir). On y trouve aussi des causes relatives aux relations interpersonnelles. Celles-ci peuvent toucher au mode de fonctionnement de l'équipe et aux enjeux de pouvoir. Parmi elles, on retrouve par exemple, la gestion de l'équipe, le projet commun mal défini, l'absence de hiérarchie, les réunions décrites comme inefficaces.

La deuxième catégorie comprend des causes imputées à des questions d'ordre matériel et pragmatique (salaires, argent, horaires). On retrouve parmi cette catégorie l'égalité salariale et son caractère non-négociable, les gardes ... En effet, nous sommes ici dans une forme d'organisation qui fonctionne autrement que la plupart des logiques organisationnelles où le salaire est fonction du niveau de responsabilité, du diplôme, de l'ancienneté.

La troisième catégorie comprend des causes personnelles et familiales que l'on peut retrouver dans tous les milieux professionnels et dont nous ne tiendrons pas compte. Il s'agit par exemple d'incompatibilité d'humeur, de la conciliation entre vie privée et professionnelle, de la difficulté d'intégration ...

● **Les difficultés rencontrées lors du travail en maison médicale**

En ce qui concerne les difficultés rencontrées lors du travail en maison médicale, nous



retrouvons les trois catégories précitées. Nous avons en outre distingué trois façons de les gérer.

La première façon de gérer les difficultés est de ne rien faire. Il n'y a aucune gestion ou bien elle constitue une cause de départ des médecins (ce qui serait donc admis comme une forme de résolution du conflit).

Une autre façon est d'en parler, on cherche à se mettre d'accord par le biais de supervisions, et de réunions.

Une troisième réponse consiste en la recherche de nouvelles pistes. L'équipe cherche à mettre en place une solution originale à caractère « durable ». Cet ajustement est rare alors que, d'après nos entretiens en maisons médicales, il permet d'éviter bien des tensions en leur donnant une issue.

A la question « étiez-vous satisfait de la manière dont ces situations ont été gérées ? », nous retiendrons que la majorité de l'effectif n'en a pas été satisfaite.

Tout cela nous montre une correspondance évidente entre les causes de départ citées et les difficultés rencontrées durant le travail en maison médicale. Nous pouvons en effet dégager dans les deux cas les mêmes catégories et remarquer que ce qui a pu faire l'objet d'une difficulté est une cause de départ (par exemple, l'égalité salariale, une décision à prendre). La gestion de ces difficultés, la satisfaction à l'égard de cette gestion et le lien difficultés gestion/départ confirment cette correspondance.

### ● Les attentes et la correspondance entre ces attentes et le travail en maison médicale

Les motivations qui ont poussé les médecins à travailler en maison médicale sont assez différentes d'une personne à l'autre.

Cependant, il apparaît que les principales motivations sont d'ordre « idéologique », elles tiennent au travail proprement dit et au projet particulier des maisons médicales : travail en équipe et pluridisciplinaire, accès gratuit aux soins, travail social, projet politique, ...

Ensuite, on trouve des motivations qu'on pourrait qualifier de « matérielles », qui tiennent davantage à la conciliation de la vie privée et de la vie professionnelle, aux horaires, aux

charges administratives moins importantes, à la formation, au salaire.

Il est important de remarquer que pour deux tiers de l'effectif (12 sur 18), le projet des maisons médicales correspond aux attentes des médecins. Sont souvent cités, le travail en équipe pluridisciplinaire ainsi qu'un certain idéal. Ces attentes ont été rencontrées durant leur temps de travail.

Il faut attirer l'attention sur le fait que l'absence de hiérarchie n'a jamais été citée au titre de motivation et que l'égalité salariale n'a été citée qu'une seule fois. Ils ont été par contre tous deux pointés du doigt pour être sources de difficultés, de conflits, voire de départs

Le travail pluridisciplinaire est la motivation initiale la plus citée. Cela signifie qu'il constitue l'attrait essentiel à travailler en maison médicale. Et il apparaît que ce qui attire le plus est aussi une des principales sources des difficultés et des départs.

Lorsque les 18 personnes s'expriment au sujet des manques qu'ils ont rencontrés au sein de leur maison médicale, un lien peut se faire avec



**Quelques réflexions personnelles de ceux qui sont partis**

*Il faudrait mettre en place une structure de décision qui garantisse la démocratie ;*

*L'autogestion et l'égalité salariale, sont des moyens pour viser une utopie mais ne doivent pas devenir des buts en soi, contrairement à l'impression que donne la Fédération des maisons médicales à ce sujet ;*

*Le travail en équipe ne s'improvise pas mais se cultive ;*

*Le système de paiement à l'acte est plus serein et plus stimulant car il permet une certaine liberté du médecin qui reste indépendant tout en étant dans le projet, les conflits diminuent et le regard des non-soignants est différent ;*

*Il faudrait une coexistence des deux systèmes de paiement : la solution idéale serait un forfait de base combiné avec un système à l'acte ;*

*Il y a trop de patients ;*

*Il est fait maintes fois état d'une admiration pour les médecins pionniers, considérés dans ces cas comme plus militants et prêts à faire des sacrifices que les jeunes ne sont plus prêts à faire ;*

*Les maisons médicales est un système qui s'essouffle et qui devient excessif pour exister ;*

*On s'occupe plus d'objectifs structurels car la confrontation d'idées et des générations fait peur et doit être occultée ;*

*Les maisons médicales devraient être un lieu où les médecins sont recherchés pour leur apport non curatif et on les maintient dans un rôle curatif ;*

*Il est difficile de soutenir la créativité et la mobilisation sur le long terme quand on n'a pas de recul...*

Une convergence apparaît entre les manques et les remarques ou réflexions formulées dans le questionnaire. Celles-ci peuvent être lues comme des propositions pour pallier les manques déclarés. Elles nous renvoient aussi aux difficultés et aux causes de départ. Les remarques et les réflexions sont autant positives que négatives.

Elles témoignent d'une certaine ambivalence car une fascination du système continue d'opérer malgré la critique. Les systèmes de paiement (à l'acte ou au forfait) sont évoqués et critiqués et de nouvelles solutions sont proposées.

**Un besoin de créativité**

Notre analyse porte sur un effectif réduit (18 personnes, un tiers des questionnaires envoyés), ce qui ne permet pas une réflexion pointue et certainement pas fondée quantitativement. Nous n'avons donc pu qu'au mieux dégager des tendances, en mettant en relation différentes variables entre elles. Cette analyse n'est donc pas exhaustive et contient des résultats partiels et non définitifs.

De plus, même s'il existe une charte, une base commune à toutes les maisons médicales, chacune a sa personnalité, son fonctionnement singuliers. Il est dès lors difficile de faire la part du particulier et du général, de ce qui est propre à un fonctionnement spécifique et de ce que l'on peut généraliser.

La tendance la plus remarquable que nous avons pu dégager est le fait que ce qui est attirant ou séduisant dans le projet des maisons médicales est aussi la cause des départs.

ce qu'elles disent sur les difficultés rencontrées et les causes de départ. Les principaux manques cités peuvent se regrouper sur le premier axe, à savoir le fonctionnel. Il s'agit essentiellement, d'une part, du manque de communication et de reconnaissance et, d'autre part, du manque de compétence en gestion de conflits.

Ainsi le caractère non-négociable des rémunérations constitue aux yeux de certains médecins un obstacle à une reconnaissance symbolique.

Nous avons aussi constaté que l'absence de hiérarchie et l'égalité salariale (quand elles sont en vigueur) sont largement remises en cause. En effet, elles sont sources de conflits, de tensions, d'autant plus lorsque les rôles de chacun sont mal définis.

Cependant, cela ne veut pas dire que la volonté des médecins interrogés est de voir les maisons médicales s'organiser selon un modèle hiérarchique classique. Ils suggèrent un système intermédiaire qui consiste en la mise en place d'un organe décisionnel élu démocratiquement.



C'est d'ailleurs comme cela que la maison médicale de Liège a pu éviter certains conflits et en désamorcer d'autres.

D'après les résultats de l'enquête, la plupart des médecins sont motivés par le travail en maison médicale et défendent le projet de médecine sociale. Les médecins entrent donc dans ce système par conviction et y trouvent de l'intérêt. Ils y décèlent des failles mais, malgré cela, pour près de la moitié, y travaillent toujours ou dans des structures similaires.

De plus, il existe de jeunes maisons médicales et des projets en cours qui témoignent de l'ambition de certains médecins de se lancer dans un projet de médecine sociale et communautaire malgré le contexte néo-libéral d'aujourd'hui.

Cela ne signifie pas que les jeunes médecins qui quittent les maisons médicales manquent d'idéalisme ou sont attirés par la médecine libérale. En témoignent leurs fonctions actuelles. La petite taille de l'effectif ne nous permet pas de nous avancer davantage dans ce genre de considération. Ce qui est observé ici est simplement que la tendance des médecins interrogés à pratiquer une médecine libérale est minoritaire.

Ceci nous amène à conclure que la cause des départs des médecins des maisons médicales n'est sans doute pas due à l'hypothèse que nous avons formulée. Il n'existe pas de décalage à proprement parler entre la logique des maisons médicales et celle des jeunes médecins.

S'il existe un décalage, il n'est sans doute pas « idéologique » ou dû à un manque « d'idéalisme » mais plutôt dû à un idéal d'organisation qui, tel quel, rencontre un déficit de sens aujourd'hui. C'est donc à chaque maison médicale à trouver et à mettre en place son mode de gestion en fonction de ses difficultés propres. Place à la créativité !

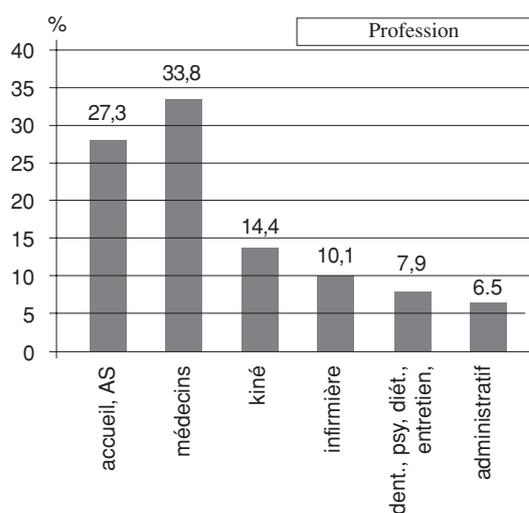
Il serait en outre intéressant de s'interroger sur l'impact de l'institutionnalisation d'un projet qui est au départ idéaliste, un projet politique alternatif. Le décalage évoqué se situe peut-être dans l'institutionnalisation d'un projet qui, par définition, ne s'y prête pas aisément. Les idéaux, les valeurs qui ont toujours animé le mouvement continuent peut-être de s'exprimer

selon des modes, et notamment organisationnels, qui sont de plus en plus difficilement compatibles avec le processus et le fait même de l'institutionnalisation des maisons médicales. Celles-ci sont aujourd'hui partie intégrante de l'ensemble des institutions qui composent le système de santé. Elles ne sont plus (tout à fait) des projets marginaux, nés de sympathies croisées, de sensibilités partagées, d'affinités électives, autorisant des innovations sociales comme l'absence de hiérarchie et l'égalité salariale... ●



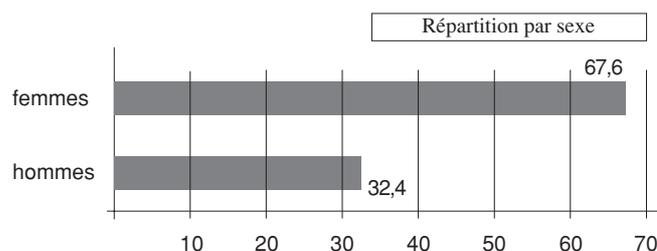
## Résultats

### ● Profession exercée à la maison médicale

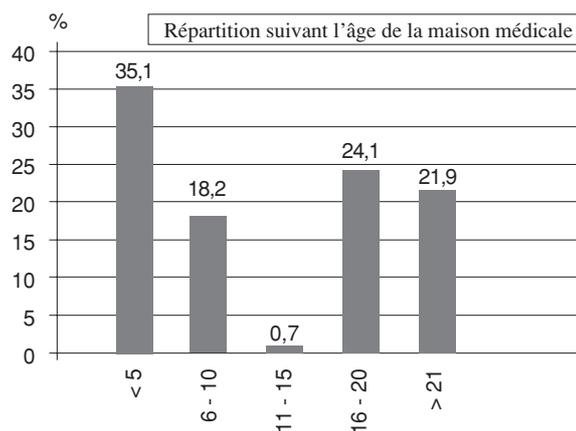


Nous avons regroupé les professions en six catégories : accueillants et assistants sociaux, médecins, kinésithérapeutes, infirmières, administratifs et, dans un dernier groupe, dentistes, diététiciens, psychologues et personnel d'entretien.

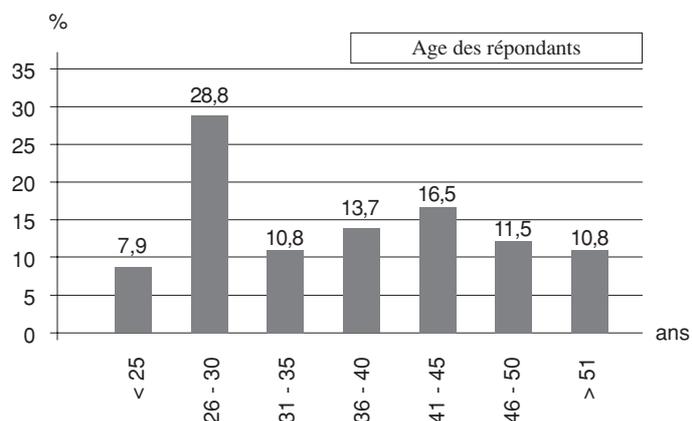
### ● Sexe



### ● Age de ma maison médicale



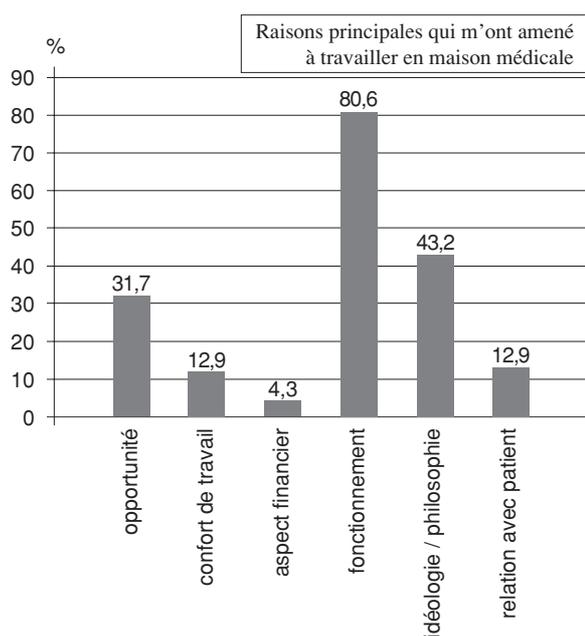
### ● Age



Concernant les questions suivantes, certaines catégories méritent un petit mot d'explication :

- sous l'aspect **financier**, on retrouve le salaire, mais également l'égalité salariale.
- sous la rubrique **fonctionnement**, concernant le côté positif du travail en maison médicale, on entend l'organisation du travail, à savoir le travail d'équipe, la pluri-trans-interdisciplinarité, la diversité des tâches, l'accessibilité aux soins et le forfait, la collaboration et le partage des compétences.  
Côté difficultés, le terme fonctionnement recouvre la gestion en général, avec une subdivision en gestion du relationnel, gestion du temps et l'autogestion dans tout ce qu'elle entend comme manque d'organisation, lenteur, lourdeur, manque de communication, de collaboration, de responsabilisation.
- la catégorie « **politique** » n'a été utilisée que lorsque le mot était clairement employé.
- sont reprises sous l'**idéologie** et la **philosophie**, toutes les réponses ayant trait à la charte des maisons médicales.

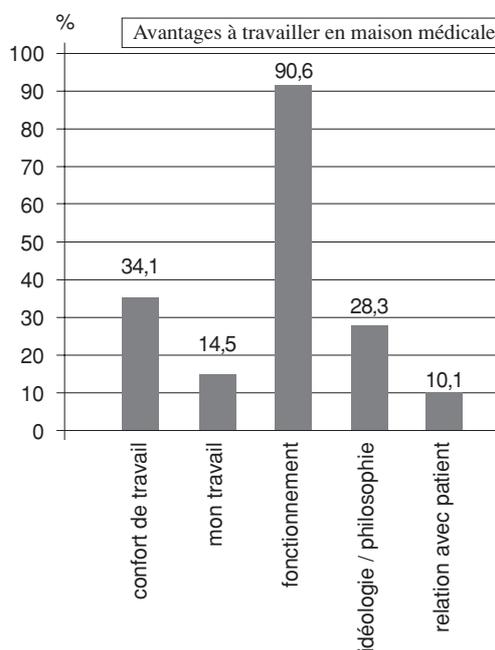
● **Quelles sont les principales raisons qui m'ont amené(e) à travailler en maison médicale ?**



Concernant « les raisons qui vous ont amenés à travailler en maison médicale », on peut remarquer qu'un médecin sur quatre choisit d'y travailler pour des raisons qu'on peut regrouper sous le terme de confort : logistique, arrangement des horaires, partage des gardes. Le fonctionnement est largement plébiscité, rappelons qu'il signifie dans cette question tout ce qui est organisation de travail au sein des maisons médicales.

Le patient n'est pas la première raison qui motive à travailler en maison médicale, mais nous faisons tous, du moins pour les prestataires de soins de santé et les assistants sociaux un métier centré par nature sur la personne humaine, ce qui explique peut-être que nous ne le citons pas en premier lieu.

● **Actuellement, quels avantages est-ce que je vois à exercer ma profession en maison médicale ?**



Au sujet des avantages à travailler en maison médicale, on peut constater que l'opportunité - mise au travail, proposition d'emploi -, si elle est une raison de travailler en maison médicale, n'est pas reprise comme un avantage. Un médecin sur deux considère le confort de travail comme un avantage à travailler en maison médicale. Les infirmières, quant à elles, appré-

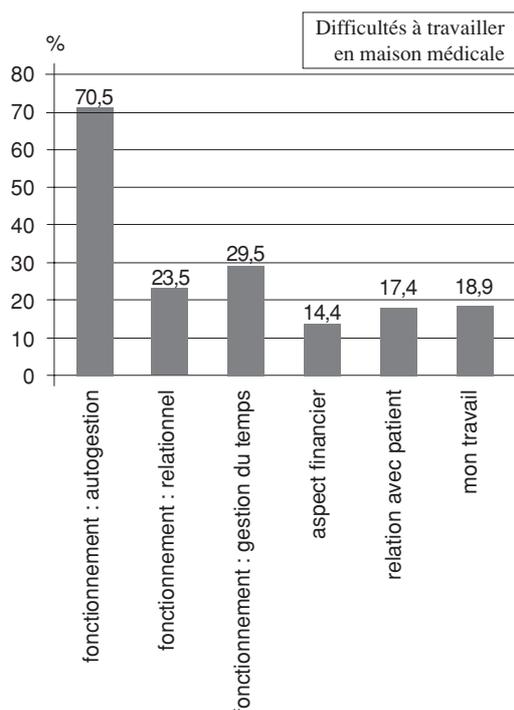
cient le type de travail qu'elles sont amenées à prêter, qu'il s'agisse de la diversité, de la responsabilisation, du travail de prévention et de la collaboration non hiérarchique.

● **Actuellement, quels avantages est-ce que je vois à exercer ma profession dans le contexte plus global contemporain ?**

Concernant le contexte global contemporain, le souhait était d'élargir le débat et de voir si la problématique rencontrée par les travailleurs en maison médicale était liée ou non à l'actualité des problèmes rencontrés plus globalement parmi les professionnels de soins de santé. Malheureusement, cette question a été moins bien comprise, et le nombre de réponses est d'ailleurs moindre.

A cette question, on retrouve un tiers de réponses non pertinentes par rapport au sens que nous voulions donner à cette question (mal répondu à la question).

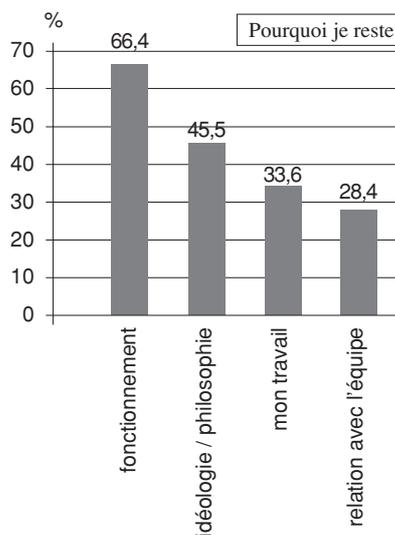
● **Quelles difficultés est-ce que je rencontre dans mon travail dans ma maison médicale ?**



● **Quelles difficultés est-ce que je rencontre dans mon travail dans le contexte plus global contemporain ?**

Une catégorie de cette question, appelée « mon travail », nous semblait intéressante pour deux raisons : d'une part, elle recueille 39% des réponses - sur 119 - et d'autre part, il s'agissait d'exprimer le malaise ressenti par la profession au sein de la société. Pour cette raison, nous avons effectué un croisement statistique avec la question relative avec la profession, afin de voir si l'une ou l'autre profession éprouvait plus de problèmes dans le contexte contemporain, comme le suggérait une hypothèse de départ relative au malaise ambiant en médecine générale. Ce croisement ne s'est pas révélé statistiquement significatif.

● **Qu'est-ce qui fait que je reste en maison médicale ?**



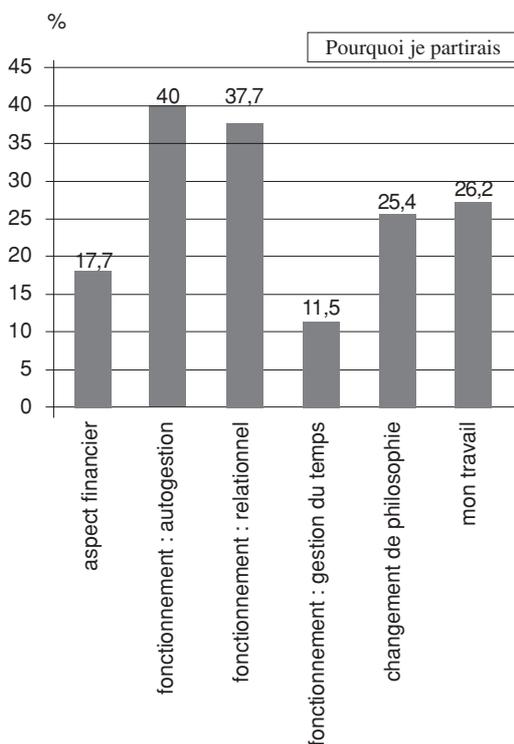
Trois quarts des médecins disent rester pour le fonctionnement, tel que décrit comme organisation globale de travail.

● **Quels sont le(s) motifs qui pourrai(en)t me faire quitter la maison médicale ?**

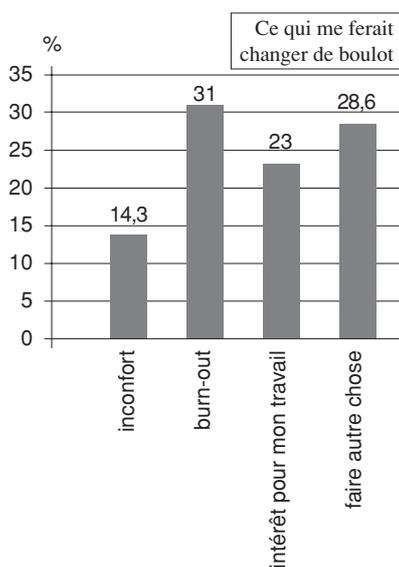
Qu'est-ce qui nous ferait quitter les maisons médicales ? Le fonctionnement aussi, mais en tant que gestion - des relations, du temps, et, *last but not least*, l'autogestion ! Un changement de philosophie, et des problèmes liés au

## Enquête sur la satisfaction à travailler en maison médicale

travail en particulier sont les autres raisons. Notons que le burn-out, dans cette question comme dans la suivante, ne paraît pas être une variable majeure (à noter qu'une des caractéristiques de ce syndrome est la non-reconnaissance de sa réalité par la personne qui en souffre).



### ● Quels sont le(s) motifs qui pourrai(en)t me faire changer de métier ?



Le burn-out, certes, mais surtout l'envie de faire autre chose, on reconnaît bien là l'esprit vagabond et inventif des travailleurs qui s'aventurent dans les maisons médicales !

## Commentaires

Quelques idées peuvent être retirées de cette analyse... Sans grande surprise, la gestion et en particulier l'autogestion, reste notre plus grosse difficulté dans le quotidien de nos maisons médicales.

Le principal avantage que nous voyons à travailler en maison médicale est le type de fonctionnement, en tant qu'organisation globale du travail, à savoir le travail en équipe, la pluri-trans-interdisciplinarité, l'accessibilité aux soins, la diversité des tâches.

Le problème financier — en ce qui concerne l'égalité salariale — ne prend pas tellement de place et n'est pas en particulier le fait des médecins.

Ces quelques réflexions pourront servir de base à une discussion au sein de chaque équipe sur les véritables enjeux des départs et de la satisfaction de ceux qui restent, ainsi qu'à un débat plus large au sein de l'intergroupe liégeois. Enfin, il serait intéressant de confronter ces résultats avec ceux obtenus auprès des gens ayant déjà quitté les maisons médicales (voir article précédent) et d'élargir le débat au sein de la Fédération des maisons médicales avec la réflexion déjà initiée là-bas au sujet de l'autogestion. ●

(1) Les maisons médicales se rassemblent en groupes locaux baptisés « Intergroupes ». L'intergroupe ne représente pas un niveau de pouvoir ou de hiérarchie : il s'agit de lieux d'échange, de discussions, de coordination et d'initiatives entre maisons médicales de la même région géographique (Liège, Bruxelles, Charleroi, Tournai, etc.). Chaque maison médicale est représentée au sein de son intergroupe par un ou plusieurs délégués, qui peuvent être médecins, infirmiers, assistants sociaux, kinésithérapeutes, psychologue ou de toute autre profession présente à la maison médicale.



## Les plus

### Avantages :

« La politique de santé des maisons médicales s'inscrit dans une logique de solidarité, de vision globale, d'efficacité. Les maisons médicales ont un rôle important à jouer dans le retissage du lien social, des dynamiques de quartier et d'accessibilité aux soins pour tous »

« Montrer aux regards extérieurs aux maisons médicales qu'on y fait des choses chouettes et qu'on peut très bien fonctionner parmi des systèmes beaucoup plus conventionnels »

### Difficultés :

« Le fait que la maison médicale s'autogère est un grand avantage mais il faut justement savoir gérer cet avantage en fonction de la responsabilité et des priorités de chacun... »

« Pas plus que dans un autre cadre de travail à mon avis... »

### Pourquoi je quitterais :

« J'ai envie de dire aucun, même dans les situations les plus difficiles il y a des solutions et je veux y croire »

### Pourquoi je reste :

« La volonté d'élaborer un projet ensemble, quelque chose qui nous ressemble, qui nous permet de nous épanouir »

« Je reste car je crois au projet, j'aime mon travail et l'interactivité entre les différents secteurs. J'aime à croire que certaines choses peuvent changer comme l'égalité salariale... »

## Les moins

### Mes difficultés :

« Sentiments de frustration si décision à la majorité et qu'on est pas d'accord personnellement avec la décision »

« La façon dont certains collègues portent des jugements limitant sur certains patients sans jamais se remettre eux-même en question »

« La politique salariale et l'autogestion amenant à mon sens un non-discernement des responsabilités, des différences. (Ici, je ne parle pas de salaire, même si c'est par ce biais qu'on arrive à en parler...) »

« Débats et réunions qui n'avancent pas, lourdeur et lenteur... évolution assez statique, chacun attend que l'autre fasse le premier pas : état d'esprit comme les fonctionnaires... »

« Les autres secteurs ont du mal à sortir de la dynamique de leur propre secteur quand il est question de comprendre les mécanismes d'un autre secteur »

« Egalité salariale pratiquée comme elle l'est dans beaucoup de maisons médicales c'est plutôt une inégalité franche pour certains secteurs, mais on ne peut pas en parler sinon on est libéral... »

### Ce qui pourrait me faire quitter la maison médicale :

« Une certaine volonté de ne pas faire évoluer la maison médicale en conservant de vieux principes peut-être obsolètes »

« En voilà une enquête intéressante, qui rejoint mes questionnements, et oui, je suis de la tranche jeune médecin, celle qui fout le camp... »

« Connaissant les raisons qui vous ont amenés à réaliser cette enquête, je pense qu'il n'est pas nécessaire de chercher bien loin les raisons qui poussent les jeunes médecins à quitter les maisons médicales. Les salaires totalement ridicules qui sont proposés ne contribuent en rien à souder les équipes et à faire en sorte que tout le monde s'y sente OK, bien au contraire. En tant que jeune médecin on n'est plus respecté ni par de nombreux patients ni par ses collaborateurs. On n'a qu'une envie c'est de leur dire : M..... ! »

# Quels enseignements pour la Fédération et ses maisons médicales ?

*Patrick Jadouille, médecin généraliste à la maison médicale la Glaise, président du conseil d'administration de la Fédération des maisons médicales.*



*Les trois travaux qui viennent d'être évoqués étaient attendus avec une certaine impatience par la Fédération des maisons médicales et ses équipes, où l'on se rend bien évidemment compte depuis quelques années d'une difficulté à stabiliser une partie des nouveaux travailleurs, et en particulier les médecins généralistes, au sein des maisons médicales.*

*La question cruciale pour nous était de savoir si au-delà du malaise propre que semble subir actuellement la profession (le fameux « burn out »), les médecins généralistes intégrés dans nos équipes éprouvent des difficultés spécifiques qui peuvent expliquer une certaine désaffection pour ce type de pratique.*



**Mots clefs :** maison médicale, pratiques de groupe.

Après avoir pris connaissance des résultats de ces trois travaux, et après en avoir discuté en différents lieux au sein de la Fédération (assemblée générale, conseil d'administration, cellule politique), il nous semble que les enseignements généraux suivants peuvent être retenus.

---

## Des points forts

Si des jeunes généralistes continuent à vouloir travailler dans nos maisons médicales, c'est d'abord parce qu'ils sont attirés par une pratique de groupe, en l'occurrence pluridisciplinaire. Ce type de pratique est en effet perçu comme plus valorisant et intéressant sur le plan professionnel par rapport à la pratique solo classique, mais aussi comme plus compatible avec le respect d'une vie privée et familiale épanouissante. Il est difficile d'apprécier laquelle de ces deux raisons est la plus déterminante dans le choix de ce type de pratique, et ce sera d'ailleurs sans doute variable d'une personne à l'autre, mais il est important de prendre en compte cette seconde attente forte en terme d'équilibre entre sphères professionnelle et privée, car cet élément n'était guère, voire pas du tout, mis en avant jusqu'il y a une dizaine d'années environ au sein de nos équipes.

La pluridisciplinarité et le travail en équipe sont clairement des facteurs attractifs pour les jeunes médecins, qui semblent par ailleurs adhérer assez largement à la philosophie de travail véhiculée par le mouvement des maisons médicales : approche globale et intégrée des problématiques de santé, souci de justice sociale envers les franges les plus précarisées de nos populations ...

---

## Des points d'interrogation

Comme le remarquent les étudiants dans leurs travaux, ni l'autogestion ni l'aspect non-hiérarchique du fonctionnement de nos équipes ne sont cités comme des éléments ayant orienté le choix de pratique des généralistes vers la formule maison médicale. Mais par contre la manière parfois trop informelle dont ces moyens sont mis en œuvre au sein des équipes a clairement un effet insécurisant : les plus jeunes générations sont demandeuses d'un cadre décisionnel clair, efficace, transparent. Cette aspiration légitime n'est certes pas



contradictoire avec le principe de l'autogestion (maîtrise par les travailleurs de leur outil de travail), mais souligne la nécessité de repenser sa mise en œuvre, et de tenir compte des risques inhérents à la joyeuse et idéaliste nébuleuse du « tout le monde est responsable de tout et personne n'est le chef de quoi que ce soit » : risques de hiérarchie informelle, de leadership non déclaré, de prises de pouvoir insidieuses et de lenteurs dans les prises de décisions, ... qui peuvent être sources de tensions et de conflits.

Dans le même ordre d'idées, les jeunes travailleurs médecins généralistes remettent clairement en question le principe de la réduction des tensions barémiques entre professions différentes, en particulier lorsqu'il est appliqué dans sa forme extrême, à savoir l'égalité salariale radicale. Ils estiment en effet que cela ne permet pas la reconnaissance de leur niveau de responsabilité et de la pénibilité inhérente à l'imprévisibilité de leur charge de travail et donc de leurs horaires professionnels avec les répercussions au niveau de leur vie privée.

Retenons enfin de ces travaux la difficulté pointée par les plus jeunes travailleurs en terme de manque de transmission du flambeau idéologique qui préside à la construction du modèle maison médicale.

sont le plus ré-interrogées sont l'égalité salariale et la non-hiérarchie.

## L'égalité salariale, hier et aujourd'hui

Rappelons ici que le principe de l'égalité salariale a été mis en avant et souvent appliqué par les fondateurs de nos structures à la fois pour reconnaître l'égale importance de toutes les professions intégrées dans nos équipes et pour faciliter l'implication de tout un chacun dans la construction et le pilotage du projet. Il s'agissait aussi plus largement de préfigurer une société plus globalement égalitaire à l'avènement de laquelle on oeuvrait ardemment dans le cadre de luttes sociales plus larges. Force est de constater que ce type de rhétorique n'a plus guère d'échos auprès de nos jeunes collègues qui ne retrouvent évidemment là aucune référence propre à la société environnante, que du contraire.

On court alors le risque que ce principe de réduction des tensions barémiques, voire d'égalité salariale, au départ conçu comme un moyen, devienne un objectif en soi, une sorte de dogme, de plus en plus non signifiant, auquel on se

En pratique, pour la Fédération des maisons médicales, ces travaux confortent une série d'éléments que nous avons déjà plus ou moins bien identifiés depuis quelques années.

Il apparaît en tout cas que des principes qui fondèrent depuis le début de leur histoire le fonctionnement des maisons médicales doivent pour le moins être redéfinis, évalués, voire remis en question. Les deux notions qui

Quels enseignements pour la Fédération et ses maisons médicales ?



raccrocherait comme s'il était le garant d'un égal respect de chacune et chacun, d'une égale possibilité de participation, de prise de parole. Ce risque de rigidification est probablement d'autant plus important lorsque la structuration fonctionnelle de l'équipe n'est pas suffisamment transparente et ne garantit donc pas, précisément, la prise en compte de l'avis de chaque travailleur.

Il faut donc envisager une réévaluation de l'outil « diminution des tensions barémiques » (est-ce encore un moyen pertinent ? Pour quel objectif ?) puisqu'il ne semble pas rencontrer les attentes d'une catégorie professionnelle essentielle au développement de notre modèle, les médecins généralistes, ceux-ci trouvant par ailleurs « sur le marché » des possibilités de travail, notamment dans le monde hospitalier, très concurrentielles sur le plan financier.

Et comme de moins en moins de médecins sont prêts à accepter de travailler selon ce principe de diminution drastique des différences « salariales », les quelques-uns qui accepteraient de

telles conditions de travail dans des équipes qui souhaitent toujours les appliquer risquent-ils bien d'acquiescer un important pouvoir puisqu'ils deviennent quasiment irremplaçables.

La conclusion est-elle qu'il faut définitivement abandonner l'objectif d'une diminution des différences de revenus entre les différents travailleurs d'une équipe, et s'aligner sans remise en question aux barèmes légaux en vigueur dans le secteur ? Si nous constatons que l'égalité salariale dans ses formes les plus « puristes » actuelles pose problème, nous ne pouvons apporter de réponse ferme à cette question. Des solutions intermédiaires peuvent exister, dont il serait bien utile de faire un inventaire au sein de nos structures...

**Structurer l'auto-gestion**

En ce qui concerne le mode de fonctionnement autogestionnaire et non-hiérarchique, nous pensons qu'il reste une condition nécessaire, quoique non suffisante, d'une vraie démocratie participative au sein des maisons médicales. Les médecins interrogés évoquaient d'ailleurs un souci de justice sociale. On peut espérer que cela s'applique d'abord à l'équipe de travail. Le contrôle de l'outil de travail par les travailleurs nous paraît favorable au développement d'un projet d'entreprise fondé sur la définition d'objectifs communs. Mais un effort de clarification est certainement à entreprendre dans nombre d'équipes pour établir des processus décisionnels qui respectent une certaine hiérarchie fonctionnelle sur base d'un organigramme défini en commun, clair, connu de tous, permettant à chaque travailleur d'assumer une part de la responsabilité globale du fonctionnement de l'équipe, en fonction de sa disponibilité et de ses compétences.

Avec l'extension de la structure de l'emploi dans les maisons médicales et l'accroissement de leur volume d'activité, des modalités plus rationnelles de pilotage et de fonctionnement doivent être mises en œuvre, sans quoi, et les études présentées le montrent, les conditions satisfaisantes d'exercice de la profession ne sont plus réunies et l'efficacité de l'outil risque d'y perdre, au détriment de sa finalité, l'amélioration de l'état de santé de la population.



## Des projets et un défi

Concrètement divers chantiers sont poursuivis et d'autres doivent être entamés.

Le premier, qui est déjà bien avancé et devrait se conclure dans les prochains mois par un vote d'assemblée générale, est la réécriture de notre charte reprenant les valeurs et les principes essentiels sur lesquels nous voulons construire notre modèle de dispensation de soins de santé de première ligne et défendre une certaine vision politique de la société.

Un autre projet qui devrait permettre de rencontrer en partie la nécessité d'une meilleure transmission du bagage idéologique entre générations est le congrès que nous préparons pour janvier 2006 à l'occasion du 25<sup>ème</sup> anniversaire de notre Fédération. A cette occasion nous souhaitons, en partenariat avec d'autres structures associatives du tissu médico-psycho-social, re-penser la question du sens de nos pratiques. Ce congrès devrait être l'aboutissement d'une démarche réflexive qui s'étalera tout au long de l'année 2005 et au cours de laquelle nous serons particulièrement soucieux d'intéresser les plus jeunes de nos travailleurs en partant notamment de leurs préoccupations concrètes, sans pour autant négliger la réflexion politique plus globale en vue de poursuivre l'analyse critique de notre société, fidèles en cela à notre mission d'éducation permanente. Le thème central visera à la refondation des pratiques sociales, c'est-à-dire à leur redonner du sens, à les réinscrire dans une stratégie politique et dans des perspectives de société.

Pour rencontrer la nécessité d'une gestion plus performante, plus efficace et dès lors sans doute plus sécurisante au sein de nos équipes, la Fédération a décidé de mettre en place d'ici un an un programme « à la carte » d'aide à la gestion en s'appuyant tant sur des ressources internes que sur des compétences externes. Nous comptons également proposer des références d'aide professionnelle en matière de dynamique et de supervision d'équipe, plusieurs expériences récentes démontrant que derrière des conflits paraissant de prime abord interpersonnels se cachent souvent des dysfonctionnements d'équipes plus complexes

renvoyant à un manque de clarté dans les processus de prise de décision.

Plus globalement enfin, ces travaux confirment que nombre de jeunes médecins généralistes souhaitent rencontrer un paradigme renouvelé de la médecine générale et de sa place dans l'espace social, et conviennent que cette mission implique de nouveaux modes de pratique, notamment en groupes pluridisciplinaires, pour des raisons qui tiennent à la qualité et à la satisfaction professionnelle et à l'équilibre avec la vie privée.

Ceci ne peut que confirmer notre Fédération dans sa volonté d'encourager les pouvoirs politiques à mettre en place des incitants au développement des pratiques novatrices, de groupe, pluridisciplinaires ou non, plus ou moins intégrées, d'inciter les groupements professionnels à se pencher davantage sur un aggiornamento des pratiques et la valorisation d'une spécificité généraliste, et d'encourager les milieux académiques à poursuivre la construction d'un modèle scientifique pour les soins de santé primaires.

Il en va en effet de l'avenir des soins de santé de première ligne dans notre pays, et donc de l'avenir de l'état de santé de notre population. A notre niveau, nous devons donc aussi sans contester réorienter notre politique d'aide au développement de nouvelles maisons médicales en décloisonnant beaucoup plus nos processus d'accompagnement des demandes qui nous sont adressées, pour oser des partenariats avec notamment des centres universitaires de médecine générale, des associations locales de soignants de première ligne, des structures publiques, ...

Les enjeux sont de taille, mais nous sommes prêts et enthousiastes pour relever le défi ! ●

# Encore vive est la souris

*Axel Hoffman,  
médecin  
généraliste à la  
maison médicale  
Norman Bethune.*

.....

*Le malaise en maisons médicales diffère grandement de ce que l'on nomme « la crise de la médecine générale » et les enseignements que nous tirons de son étude nous donneront un nouvel élan.*

.....

toxicomanie, généraliste d'hôpital ou de service d'urgence), la crainte de se laisser envahir par cette profession exigeante au détriment de l'épanouissement personnel, et d'autres encore<sup>3</sup>.

Ceux qui s'engagent aujourd'hui dans une pratique privée, hors maison médicale, ont de nouvelles attentes. Trois exemples : les pratiques de groupe se multiplient et si leur objectif principal déclaré est professionnel<sup>4</sup>, la possibilité de libérer du temps pour soi n'est pas étrangère à leur essor (explication souvent liée, sans argument probant, à la féminisation de la médecine) ; les services de garde éprouvent de plus en plus de difficultés à remplir leur grilles, le principe d'une garde publique lui-même est battu en brèche par les prestataires potentiels ; le burn out qui menacerait près d'un généraliste sur deux ne semble pas être à l'origine des départs en maisons médicales : il est vrai que l'isolement professionnel y est forcément moindre<sup>5</sup>.

On le voit, ces problématiques ne recouvrent pas exactement celles mises en lumière par les enquêtes en maisons médicales. Si des médecins nous quittent, leur nombre total s'accroît au rythme des créations de nouvelles maisons. Dès lors, cette situation méritait une analyse spécifique.

---

## Et ailleurs ?

Le « malaise en maisons médicales » s'inscrit dans un contexte de crise pour la médecine générale toute entière : crise d'identité certes<sup>1</sup> mais aussi éclaircissement des rangs et des investissements. Il n'existe pas à notre connaissance de statistique exhaustive, mais les données disponibles convergent. Si les nouvelles générations d'étudiants ont une idée positive de la médecine générale, leur désir de s'y engager est plus qu'incertain et parmi ceux qui tentent l'aventure, plus de 10 % quittent rapidement le terrain. Le nombre de généralistes ayant une pratique réelle de généraliste diminue lentement<sup>2</sup>.

Les causes de cette désaffection sont multiples et leur part dans le phénomène est variable. Citons dans le désordre la préséance accordée aux spécialistes aux yeux du public, la dévalorisation financière, la lourdeur de l'investissement en temps impliqué par la disponibilité et la continuité des soins, le désintérêt pour les aspects sociaux et psychologiques indissociables de la médecine générale, le développement de « mini-spécialités » (environnement,

---

## Danger ?

Il fallait un courage certain pour se remettre en question, pour continuer après tant d'années à nourrir la réflexion sur le sens de ce que l'on fait, de ce que l'on avance et de ce l'on défend. C'est dans cet esprit que ce cahier a été conçu, non sans se heurter à des réticences et à des craintes. Les freins ont été de deux ordres.

Serons-nous bien compris, n'allons-nous pas armer ceux qui, depuis la création des premières maisons médicales, tirent à boules rouges sur le modèle et la philosophie qu'elles incarnent ? Mais sous ce niveau « politique » rampait une angoisse plus primitive : en parlant de malaise, à souligner nos lignes de faiblesse, ne risquons-nous pas, en tant que maisons médicales, d'ébranler nos convictions, de provoquer des fractures et peut-être de mettre notre existence en péril ?

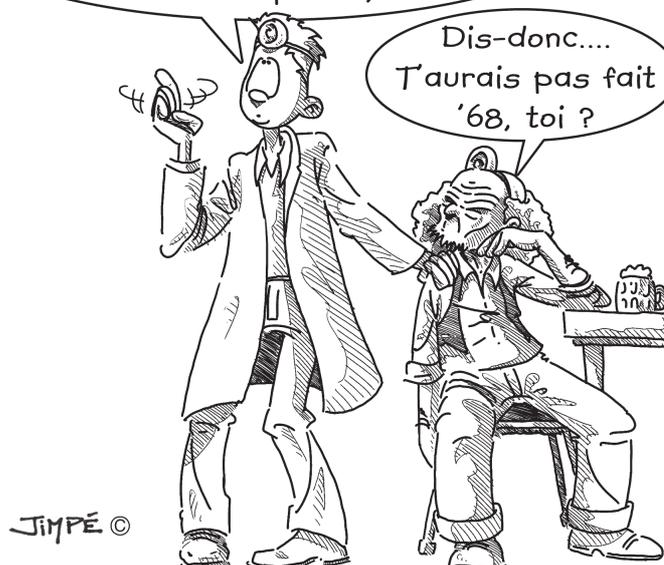
**Mots clefs** : maisons médicales, médecine générale.



Le danger était-il réel ? Nous n'oserions dire que l'histoire nous a donné raison, parce que cette affirmation nous enfermerait dans le passé, et pourtant ? Le projet d'une société plus juste et plus égalitaire qui sous-tend tout le mouvement des maisons médicales est plus que jamais d'actualité. La question est ailleurs, elle se pose dans les concepts, les moyens et les modèles mis au service de ce projet dans le domaine de la santé : l'autogestion, l'autonomie et la participation des usagers, l'égalité salariale et la non-hiérarchie, le projet de santé comme état de bien-être, dans une perspective globale et intégrée, le souci de la gestion efficace du bien public et de l'accessibilité des soins, la transdisciplinarité, liste non exhaustive<sup>6</sup>. Énumération indigeste qui rend compte d'une des difficultés mises en évidence par les études : l'impression d'un savoir « caché », d'une visée insaisissable, d'une impossible transmission de flambeau, et donc d'un pouvoir occulte des anciens. L'impression aussi d'un discours dépassé, trop vite catalogué de post-soixante-huitard, pas en prise sur l'aujourd'hui et il est vrai que la référence à '68 sert trop souvent à clore le débat tant de la part des anciens pour imposer une opinion que de celle des jeunes pour la rejeter. Et pourtant les idées nées du Groupe d'étude pour une réforme de la médecine, GERM, et du mouvement des maisons médicales, parmi lesquelles les nouvelles conceptions de la santé, l'essor des pratiques de groupe, la place du patient, l'attention à la santé publique, à l'époque parfois objet de dédain ou de raillerie, prennent pied dans la réalité ; d'autres constituent encore pleinement un défi de tous les jours que les maisons médicales ne sont pas seules à soutenir, comme, entre autres, l'accès aux soins. La problématique est alors de continuer un combat qui est loin d'être achevé alors que les lignes de front ont changé : institutionnalisation relative des maisons médicales, inscription du projet dans un monde qui ne se lit plus dans la bipolarisation droite-gauche (bye bye est-ouest, hello nord-sud et alter mondialisation) ni dans l'obédience à une idéologie (nous laisserons aux spécialistes le soin de déterminer si le discours des maisons médicales constitue une idéologie), ressourcement difficile de concepts trop souvent dévoyés par la société néo-capitaliste<sup>7</sup>, évolution sociologique qui donne la priorité à l'épanouissement personnel et dévalorise le « collectif », etc<sup>8</sup>.

Revenant à l'entame du paragraphe précédent, il devient clair que le danger n'était pas de se remettre en question, mais de ne pas le faire. L'angle d'attaque de notre cahier était aigu : pourquoi un certain nombre de médecins quittent les maisons médicales. Il s'est ouvert largement, repositionnant le débat à un niveau où c'est la conception des rapports sociaux qui se discute. Nous avons vu que si le phénomène est réel, il demeure marginal. L'intérêt des différentes études était donc bien de pointer du doigt les zones de décrochage, problématiques valables aussi pour ceux qui restent en maison médicale et pour ceux qui vont un jour nous rejoindre. Nous ne développerons pas ici ces problématiques : chaque numéro de *Santé conjuguee* en a résonné et leur champ est loin d'avoir vécu son dernier labourage. L'essentiel ici était de les identifier et d'en prendre acte (voir l'article précédent de Patrick Jadoulle). Prêts pour un nouveau départ ? ●

Non, ce qu'il nous faut, c'est encore plus de social dans la médecine et un contrôle efficace des outils de santé privés, et...



(1) Voir *Santé conjugquée* numéro 11 : « Etre, mais qui ? Redéfinir la première ligne de soins ».

(2) Voir notamment *Activités, fonctions non curatives et inactivité des médecins, Recherche sur les systèmes de santé*, Health Systems Research, P<sup>r</sup> Denise Deliège, faculté de médecine, Ecole de santé publique, Université catholique de Louvain.

(3) Extrait du document cité en note précédente : « L'importance du nombre de non agréés constitue un clignotant d'alarme ; indique-t-il un surcroît d'abandons/reconversions (peut être dus à la pléthore), ou une désaffection liée à des conditions de vie et de travail difficiles que les jeunes ne tolèrent plus (refus des gardes et astreintes du métier) ou tout simplement un retard dans l'obtention de l'agrément ? Selon la réponse à la question, les perspectives d'avenir de l'offre pourraient s'en trouver affectées : dans le premier cas, le numerus clausus permettra de régulariser graduellement la situation et les jeunes pourront s'orienter à nouveau vers leur premier choix (en général : les soins) ; dans la deuxième hypothèse, la raréfaction de l'offre ne fera qu'accentuer la pénibilité du métier, entraînant même un surcroît d'abandons parmi les aînés, spirale infernale qui détériore encore plus les conditions de travail ! ».

(4) Voir le *Rapport sur les pratiques de groupe* réalisé en 1999 par le Groupement belge des omnipraticiens.

(5) Selon V. Claes et P. Selleslagh, près d'un médecin belge sur deux se trouve dans une zone critique propice au burn out (in *Le burn out du soignant*, Michel Delbrouck, paru chez De Boeck et Larcier en 2004). Nous consacrerons notre prochain cahier de *Santé conjugquée* au burn out.

(6) *Santé conjugquée* a déployé une réflexion sur un certain nombre de ces sujets, notamment dans les cahiers : vous en trouverez la liste en troisième page de couverture. D'autres seront explorés dans nos prochains numéros (prochainement l'autonomie et la globalité).

(7) Songeons à l'autonomie sournoisement recyclée en flexibilité, à l'individualisme capturé par le mercantilisme, à la « créativité » canalisée dans les couloirs de la bourse... D'une manière générale, les élans de 68 ont été « récupérés » (pour utiliser un langage à la mode à l'époque, bien que ce terme semble désigner un prédateur extérieur, ce qui est loin d'être acquis, mais ceci est une autre histoire). Leur fécondité a donné naissance à des enfants bien différents les uns des autres. D'où la nécessité de maintenir vive la réflexion.

(8) Sur cette « ligne de front qui a changé », voir les articles de Luc Carton et Guy Lebeer :

- Guy Lebeer, « Les maisons médicales : un mouve-

ment critique en crise ? », *Santé conjugquée* n° 23, p. 18-25, 2003.

- Luc Carton, « Les maisons médicales dans leur cadre socio-politique d'hier à aujourd'hui », *Santé conjugquée* n°15 p. 3-11, 2001.

- Luc Carton, « Tables rondes : Des perspectives et des conflits... », *Santé conjugquée* n°17, p. 101-112, 2001. Notes : Débat animé par Luc Carton.

- Luc Carton, « L'adaptation et la résistance : Introduction à la table ronde du forum », *Santé conjugquée* n° 20, p. 53-54, 2002.

# La nuit est sans étoiles...

JE T' AIME,



MOI NON PLUS

.....

*Reflet des tensions qui traversent non seulement la médecine générale mais aussi l'ensemble du corps social, le « malaise » en maisons médicales n'est pas une maladie qui ronge le modèle mais au contraire une invitation à se reposer les questions du sens, de la militance, des modalités de gestion de ces centres. Des questions qui nous amènent à ré-affirmer la pertinence des idées fondatrices du mouvement mais aussi à mesurer le chemin qui reste à parcourir.*

.....

Malgré les modifications des curriculum de formations et la création des centres universitaires de médecine générale (CUMG) sur le plan scientifique, les élections médicales sur le plan politique et la revalorisation des prestations sur le plan financier, la médecine générale vit depuis plusieurs années une crise identitaire.

Les options politiques ont du mal à se concrétiser pour un échelonnement de l'offre de soins et une confirmation des soins de santé primaires comme base du système de santé.

Le nombre important de médecins quittant la médecine générale après quelques années montre bien, au-delà du burn out, le malaise structurel persistant.

La quête d'un renouvellement des ambitions de cette profession et les initiatives de réformes de la pratique restent au cœur des dynamiques de ce secteur « parent pauvre » des soins de santé.

## L'art périlleux de concilier les contraires

Les différentes études réalisées par et pour la Fédération des maisons médicales nous donnent

un éclairage nouveau sur la problématique de la médecine générale, voire même de notre société actuelle. Il est en effet assez intéressant de constater que les conclusions de ces travaux recourent largement celles d'une enquête récente (du bureau du conseil en marketing BBDO) sur les jeunes.

« Génération pragmatique à l'horizon » titrait à ce propos *La Libre Belgique* du 11 février 05, avec en sous titre : « les jeunes de 18-30 ans, experts dans l'art de concilier les contraires : ils sont en effet à la fois individualistes et solidaires, traditionnels et permissifs ».

Il n'y a aucune raison de penser que cette ambiguïté ne vienne pas questionner toute l'organisation du travail, et la médecine générale n'y échappe pas. C'est ainsi qu'elle questionne aussi nos structures de façon interpellante mais aussi de façon enthousiasmante.

En effet, depuis trente ans, les maisons médicales proposent une alternative et sont une des réponses à la nécessaire rénovation du secteur des soins de santé de première ligne. Leur nombre et celui des professionnels qui y travaillent croît régulièrement : les soixante-neuf maisons médicales en Communauté française occupent quelques deux cent quatre-vingt médecins et près de six cents autres personnes.

La finalité des moyens et outils mis en place est la qualité de service à la population en vue d'améliorer sa santé ; c'est bien cet objectif qui doit guider le renouvellement des pratiques, maisons médicales ou autres alternatives à la pratique solo actuelle.

Le souci de professionnaliser et de viabiliser ces projets, jusqu'ici initiatives privées associatives, l'évolution du statut des maisons médicales comme structures agréées par les pouvoirs publics et donc subventionnées, le renforcement du statut social des travailleurs notamment du fait de la barémisation du secteur non-marchand, mais aussi le développement d'un mode de financement alternatif (le forfait) pour les soins de santé impliquant une gestion plus collective permettant une prise en charge plus globale, questionnent le choix d'une structure salariale plus égalitaire et d'une structuration non-hiérarchique comme mode de fonctionnement. Les paradoxes et ambiguïtés relevés tant par les travaux concernant les jeunes généra-

**Jacques Morel et Thierry Wathelet,**  
médecins  
généralistes et  
secrétaires  
généralistes de la  
Fédération des  
maisons  
médicales.

Mots clefs : maison médicale, médecin généraliste, société, soins de santé primaires.

listes que l'enquête auprès des 18-30 évoquée ci-dessus sont parfaitement intériorisés par les maisons médicales. Quoi de plus normal dès lors que, dans le cadre d'une « non politique » des soins de santé de proximité, les maisons médicales, qui ne sont pas un objet ou une technologie mais une entreprise humaine, soient traversées de multiples paradoxes ; ceux-ci trouvent d'autant plus de force à s'exprimer que l'identité, voire l'existence même du secteur de la médecine générale, est menacée par la (non) structuration du système et la médiatisation du culte de la médecine spécialisée et ne bénéficie pas encore d'un paradigme renouvelé qui aurait force d'entraînement et de choix.

Les travaux présentés montrent bien ces paradoxes :

- des ambitions pour une médecine générale « revivifiée » mais en pratique un rétrécissement de son champ d'intervention ;
- des aspirations à l'autonomie et à l'indépendance mais des choix de travail en équipe ;
- le souhait d'une meilleure qualité de la vie mais la crainte de la fonctionnarisation ;
- des options favorables à l'accessibilité et à la justice sociale mais la gêne du succès du mode de financement forfaitaire et de l'image qu'il véhicule...

---

## Une recherche constante

Ces paradoxes ne doivent pas être perçus comme une impasse, mais au contraire comme une invitation à penser plus loin. L'outil ne doit pas être jeté mais davantage retravaillé, affiné. Un des auteurs les interprète comme la recherche de sens... Bien évidemment !!

*« Le partage d'un projet est nécessaire à la constitution d'un sens. Mais pour provoquer une représentation qui donnera un sentiment de bonheur, il faut que ce projet soit durable et diversifié. Quand une culture n'a pour projet que le bien-être immédiat, le sens n'a pas le temps de naître... à l'inverse, quand une culture ne propose pour avenir qu'une société parfaite qui existera dans un autre temps et dans un autre lieu, toujours ailleurs, elle sacrifie le*

*plaisir de vivre pour n'envisager que l'extase à venir. » (B.Cyrulnik, Parler d'amour au bord du gouffre, Odile Jacob, page 39).*

La pratique de la médecine générale confronte aux aspérités de la vie sociale et à l'impuissance d'y répondre dans bon nombre de situations ; de même, elle nous confronte à une identité à reconstruire depuis la déliquescence de la médecine de famille fin des années 50 et l'émergence du modèle biomédical hospitalier.

Ces confrontations conduisent à des aspirations de recherche d'un nouveau paradigme et de sa traduction dans la pratique ; une véritable quête, quasi militante.

Nombre de secteurs ambulatoires sont confrontés aux mêmes questions : en trente ans, la question de l'avortement ou de la planification familiale, l'approche de la santé mentale ou de la toxicomanie sont posées autrement. Les questions du sens, de la militance, des modalités de gestion de ces centres sont ré-interrogées.

La place des maisons médicales dans cet espace est particulière : leur approche globale éclaire crûment l'impact du socioculturel et de l'environnemental sur la santé des individus. Particulière aussi lorsqu'elle articule ouvertement les liens entre des options sociétales et les visées d'une politique de santé tout en voulant construire, en conséquence, un modèle de pratique. Le paradigme se complexifie ; la fonction se modifie...

L'objectif n'est pas autre que l'amélioration de la santé de la population et de permettre l'émancipation des travailleurs, les médecins et les autres, dans cette perspective. Il faut faire le constat que les maisons médicales ne répondent pas complètement à ce malaise ; elles n'ont, espérons-le, jamais entretenu cette illusion.

Mais ce défi nous paraît de nature à redynamiser l'enthousiasme fondateur.

... Très évidemment, une politique plus volontariste en faveur d'un projet renouvelé pour la médecine générale serait de nature à mettre les professionnels en perspective de participer à une mission ambitieuse et efficiente. Ça aiderait ! ●