

QU'AVONS-NOUS FAIT ?

André Crismer, médecin généraliste à la maison médicale Bautista Von Showen

Le groupe RE-GERM rassemble des travailleurs des maisons médicales liégeoises, à titre personnel, avec l'objectif général de réfléchir et d'agir, en tant que travailleurs de la santé, sur les facteurs sociaux et environnementaux de la santé dans notre région.

L'année dernière, le groupe a organisé l'enquête 9/9/9. La matinée du 9 septembre 2009, les travailleurs des maisons médicales ont interrogé leurs patients en consultation sur leurs priorités en matière de santé vue de manière globale. Les objectifs de cette enquête étaient d'encourager les patients et les soignants à porter ensemble un regard sur la santé globale, de recueillir et de diffuser la voix d'un certain nombre de patients sur les problèmes qu'ils rencontrent et les pistes qu'ils envisagent et d'alimenter la réflexion du groupe.

Dans les suites de cette enquête, le groupe a décidé d'organiser des rencontres avec une série de militants d'autres associations sur le thème des inégalités sociales en santé. C'est la dynamique « vers le 10/10/10 ». Une enquête-sondage préalable dans les équipes nous semblait utile. Celle-ci avait 3 objectifs :

- Encourager les membres des équipes à un regard auto-critique sur leurs actions en matière d'inégalités sociales de santé.
- Encourager les échanges d'expériences entre équipe sur ce thème.
- Faire un état des lieux avant nos rencontres avec des militants d'autres associations

MÉTHODE

Les membres du groupe ont contacté les équipes pour leur poser deux questions :

« Qu'avons-nous déjà fait dans l'histoire de notre équipe pour diminuer les inégalités en santé ? »

« Qu'est-ce qui dans notre fonctionnement et nos activités, aggrave les inégalités en santé ? »

Ces questions ont été abordées en réunion d'équipe, avec ou sans la présence d'une personne du groupe Regerm.

RÉSULTATS

10 équipes ont participé à l'enquête : Aquarelle, Bautista Van Schowen, Oxygène, Solidarités, Tilleur, Mosaïque, MPLP Herstal, Le Cadran, Cap santé, l'Herma.

Nous avons décidé de conserver l'énonciation « brute » des réponses. Seules celles qui se répétaient textuellement ont été rassemblées et certaines regroupées par champs sémantiques proches. Le caractère non suffisamment explicite voir controversé de certaines réponses devrait alimenter les discussions.

DISCUSSION

Les résultats ont été présentés à une rencontre de l'Intergroupe Liégeois des Maisons Médicales le 21 octobre. Plusieurs questions étaient proposées à l'assemblée comme point de départ : Les deux premiers objectifs de l'enquête ont-ils été approchés ? Qu'est-ce qui étonne dans les résultats de l'enquête ? Que suscite la lecture de ces résultats ? Quelles réflexions éthiques cela suggère ? Quelles hypothèses ou enseignements émergent ? Quelles pistes pour l'avenir ?

C'est à partir des réactions recueillies à cette occasion qu'a été rédigé ce texte.

Alors que le thème des inégalités est très présent dans le monde des maisons médicales, c'était la première fois, pour de nombreuses équipes, qu'elles tentaient collectivement de répondre aux deux questions de l'enquête, particulièrement à la deuxième. Même si elles ont été nombreuses, les réponses à ces questions, paradoxalement, ne semblaient pas évidentes d'emblée. S'il apparaît important d'agir, il est pourtant essentiel aussi de prendre du recul, pour garder à l'esprit le sens de l'action.

Toutes les équipes contactées ont accepté de participer à l'enquête. Certaines personnes ont regretté que leur équipe n'ait pas été interrogée. Il était prévu d'interroger toutes les équipes : cela n'a pu se faire par manque de temps de certains membres de Re-Germ. Ce genre de démarche permet donc de développer une cohésion, une identité commune aux maisons médicales.

L'ensemble des réponses est un inventaire à la Prévert. On peut se demander si les interventions citées avaient toujours été mises en place avec l'objectif a priori de diminuer les inégalités ou si cet effet avait été considéré après-coup. Par exemple les campagnes d'éducation à la santé, pourraient être vues a posteriori comme diminuant les inégalités car le public des maisons médicales est plus défavorisé. On pourrait aussi considérer qu'elles les augmentent car elles ne sont pas toujours organisées pour toucher en priorité leur public le plus vulnérable.

Il ne s'agissait pas du tout par cette enquête de vérifier l'efficacité des actions citées pour agir sur la réduction des inégalités. On devrait néanmoins aller plus systématiquement jusqu'à la discussion sur les impacts réels. Dans certains cas, l'estimation de cet impact n'apparaissait pas clairement. On a posé aussi la question du sens de certaines actions. La façon dont la méthodologie est mise en place sera parfois plus déterminante en termes de réduction des inégalités que le thème de l'action lui-même.

Il apparaît à travers cette enquête, une certaine capacité d'autocritique des travailleurs des maisons médicales, avec un relevé significatif d'actions ou de fonctionnements qui peuvent contribuer à l'aggravation des inégalités.

Bien sûr, les termes inégalités, inégalités en santé, inégalités sociales en santé gagneraient à être définis.

Lors des rencontres en équipe, il a été observé que les travailleurs les plus âgés avaient plus de choses, et surtout beaucoup plus vite des choses à dire que les plus jeunes. Sans doute est-ce dû au fait qu'ils ont été témoins de plus d'expériences. Mais peut-être aussi

parce qu'ils ont entamé leur carrière, et donc la construction de leur analyse de la réalité, à une époque et dans un contexte où la réflexion sur le sens était centrale. On peut faire l'hypothèse que ça leur a apporté une plus grande capacité de conceptualisation, ou en tout cas, une habitude, une attitude qui amène la conceptualisation. Peut-être aussi que les motivations à travailler en maison médicale ont évolué avec le temps. Si le militantisme engagé était fréquent aux origines, peut-être d'autres motivations poussent maintenant des jeunes qui intègrent le mouvement des maisons médicales et flottent sur la vague sans nécessairement toujours s'approprier le projet, plus « par méconnaissance que par opposition ». Toute réflexion renforce une fois de plus la nécessité de formations politiques orientées vers le développement des compétences.

Il faut peut-être reconnaître une ambivalence sur la relation entre maisons médicales et inégalités : si beaucoup n'aiment pas être considérés comme des soignants « pour les pauvres », les centres essaient cependant d'avoir des actions destinées aux plus défavorisés.

Le débat entre l'engagement pour la mise en place de stratégies de lutte contre les inégalités et le soulagement des victimes d'une société injuste est posé par cette enquête. C'est la question du bras droit et du bras gauche de l'Etat de Bourdieu. Si la première stratégie, politique, a ses limites et la deuxième ses effets pervers (rendre tolérable une politique injuste), entre ces deux pôles d'actions, n'y a-t-il pas une troisième voie, qui nous donne une place spécifique dans le monde des soignants ? Celle où les travailleurs des maisons médicales contribuent à redonner aux défavorisés une meilleure image d'eux-mêmes, à augmenter leur autonomie, leur capacité d'agir... ce dépassement de la contradiction suppose un équilibre, pas évident, entre le travail curatif individuel et l'action collective. Tout cela justifie et impose en tout cas le travail en groupe.

Au niveau éthique, il faut prendre garde aussi à ne pas imposer notre vision médicale du monde et de la société idéale à notre public. Plutôt que de leur imposer notre grille de lecture du monde et de l'inégalité, que met-on en place pour réellement l'écouter et recueillir sa parole ? Des actions réservées au public défavorisé (qui reste aussi à définir par ailleurs) ont sans doute leurs limites. Comment réellement aller à la rencontre de notre population et aborder ces questions avec nos patients - citoyens ? On imagine qu'un thème qu'ils exprimeraient de façon prioritaire pourrait être la question de l'accessibilité.

Il est en tout cas salutaire de se poser la question de ce qu'on fait, d'analyser en terme de projets mais aussi en termes de processus et de résultats, avant de choisir de nouvelles actions.

Ces questions sont à articuler avec d'autres niveaux d'action, à l'IGL (groupe promotion de la santé et commission politique) et ailleurs.

Cet inventaire pourrait donner des idées d'actions à certaines équipes, mais en tant que tel, il ne sera sans doute pas un moteur majeur d'échanges entre équipes. Une idée est lancée, que les équipes approfondissent l'évaluation de leurs actions au niveau des inégalités de santé et échangent entre elles les succès et les échecs de leurs expériences.

On sait cependant la difficulté de l'évaluation. Même le KCE, avec des moyens très importants, a éprouvé des difficultés à évaluer la pratique au forfait, mais il faut reconnaître qu'il ne s'est pas centré sur cette dimension essentielle de notre projet qui était le thème de cette enquête.

RENCONTRES

A un autre niveau, cette enquête constitue l'occasion de rencontrer des acteurs sociaux avec lesquels le réseau des maisons médicales pourrait ou devrait s'articuler pour construire des alternatives aux réalités sociales actuelles.

Sur cette base, le groupe a déjà pu organiser deux rencontres très fructueuses.

L'une avec un responsable syndical liégeois. Elle a eu lieu en tout petit comité, mais a été extrêmement éclairante. Nous avons échangé autour d'une analyse très lucide et radicale des enjeux des mouvements sociaux aujourd'hui. Nous avons pu mesurer aussi la méconnaissance de notre mouvement dans le monde syndical, malgré la riche histoire commune des institutions.

L'autre avec un des membres fondateur de la plateforme d'action santé et solidarité. Cette soirée extrêmement enthousiasmante a fait émerger des perspectives d'action dans nos maisons médicales, en résonance avec les préoccupations d'acteurs majeurs de la transformation sociale.

D'autres rencontres sont prévues, pour poursuivre le travail d'ouverture de notre mouvement à ces acteurs.