

Se regrouper ? Et plus si affinité...

Gaëlle Chapiroix,
chargée de mission
au service Éducation
permanente de la
Fédération des
maisons médicales.

.....

Parmi les formes d'émergence de maisons médicales : le regroupement de médecins généralistes. Quelles sont les motivations d'un tel regroupement ? Qu'est-ce qui conduit à dépasser la simple association pour construire un projet de maison médicale ? Qu'est-ce qui aide à avancer dans cette voie ? Quels obstacles peuvent être rencontrés ? Dans cet article, Gaëlle Chapiroix propose un éclairage à partir de trois expériences concrètes.

.....

Mots clés : développement, histoire, maison médicale, médecin généraliste, pratique de groupe.

Il y a autant de types de regroupements de médecins généralistes que de projets. Chacun a son histoire, comme l'illustrent les trois récits qui suivent. Chacun diffère des autres en bien des aspects : point de départ, cheminement, temporalité (3 à 30 ans), localisation géographique (rural, semi-rural, urbain), d'un contexte de concurrence à une perspective de pénurie de médecins... Et pourtant ils ont en commun certaines balises ou pierres d'achoppement.

Libin : Prévenir la pénurie

Ouverte en 2011, la maison médicale de Libin est de loin la plus jeune du trio. C'est aussi celle qui a le temps de gestation le plus court : moins de trois ans entre les premières démarches et l'ouverture. Pourtant l'idée d'une maison médicale avait déjà été évoquée vingt ans auparavant, mais était restée sans suites. C'était un peu avant l'arrivée de Geneviève Baufays, médecin généraliste. De son côté, elle avait failli travailler en maison médicale à Bruxelles. Elle raconte Libin.

Il y a vingt ans, il y avait six médecins généralistes sur le territoire. Il y a quelques années, l'un d'eux annonce son intention d'arrêter les gardes pour se consacrer à une spécialité. Une pénurie en perspective ? Pour Geneviève Baufays, il y avait alors deux options : partir ou trouver un nouveau souffle.

Elle a été à deux doigts de rejoindre le service gynécologie de la clinique de Namur. Mais l'envie de poursuivre la pratique généraliste l'a emporté... « Si tu veux des médecins, fais-toi maître de stage » lui avait-on dit. Dans les réunions de maîtres de stage comme dans l'étude d'un sociologue de l'Université Catholique de Louvain, apparaissait le désir des jeunes médecins de ne pas travailler seuls (voir l'article d'Ingrid Muller dans ce cahier en page 120).

Sur les gradins d'un match de tennis, elle glisse à l'oreille de la bourgmestre la piste de la création d'une maison médicale pour



le terreau des maisons médicales

dynamiser la médecine générale à Libin. L'idée trouve écho auprès des pouvoirs communaux qui reviennent rapidement avec la proposition d'achat et de rénovation d'un immeuble. Geneviève Baufays rassemble les autres généralistes, qui embraient.

Si elle était la seule jusque-là à avoir fait l'expérience du partage d'un cabinet avec ses assistantes, ses collègues et elle avaient déjà développé une certaine culture du travail en commun par l'organisation d'une garde de semaine et de réunions avec les infirmières du territoire. Alors que les maîtres de stage n'ont que peu ou pas de demandes, deux assistantes s'associent d'emblée au projet ; l'une d'elles se charge de la finalisation des statuts et du règlement d'ordre intérieur en s'inspirant d'autres maisons médicales et avec le soutien du service d'Aide au développement de la Fédération des maisons médicales.

Une fois les médecins dans le navire, deux équipes d'infirmières, indépendantes et de la Croix jaune et blanche, avec lesquelles une collaboration existait déjà, sont conviées à les rejoindre. Puis c'est le tour des kinésithérapeutes, étape logique et incontournable dans la constitution du dossier de reconnaissance en tant qu'association de santé intégrée (ASI). Les demandes de collaboration arrivent ensuite d'elles-mêmes : des psychologues, une logopède, une ergothérapeute agrandissent l'équipe. Trois accueillantes puis une diététicienne sont engagées.

Le projet suscite déjà la curiosité et l'intérêt de la part des médecins généralistes des alentours... En ce qui concerne le rôle de la Fédération des maisons médicales et plus particulièrement celui de la cellule d'Aide au développement et d'Appui à la gestion, le soutien offert a procuré plus d'une fois un nouvel élan pour franchir les obstacles rencontrés en cours de route. L'esprit d'ouverture des travailleurs de la fédération a été vécu comme un facteur positif.

« *La motivation initiale n'était pas sociale* », partage Geneviève Baufays. Mais dans la pratique, travailler en équipe a permis de

développer d'autres actions. Le décret wallon a également constitué un incitant à ce niveau. Une convention a été conclue avec le CPAS, un médecin participe à la coordination sociale, des réunions d'information sur les services sociaux ont été organisées avec le CPAS, des dépistages de glycémie et des opérations « je cours/je marche pour ma forme » ont été mis en place, un sondage a été réalisé par les accueillantes auprès des patients...

Du point de vue humain, le projet se vit sans tensions. Une exception toutefois : l'équipe d'accueil qui a travaillé à sa structuration avec un coach suite à un conflit. Geneviève Baufays joue le rôle de locomotive, tempérée par une de ses collègues, qui fait contrepoids en anticipant les problèmes potentiels. Parmi les freins : les contraintes administratives du dossier de reconnaissance en tant qu'association de santé intégrée. « *Mais la volonté est là ; ça facilite la tâche !* ».

Aywaille : « On a fait une maison médicale sans le savoir »

A Aywaille, la maison médicale porte en son nom ses origines : MGA pour Médecins généralistes associés. « *Il serait peut-être temps de changer de nom* » dit Christian Barnabé. Il nous raconte la naissance « *très très progressive* » de ce projet. 1980, il s'installe comme médecin généraliste à Aywaille, région semi-rurale. A son arrivée, chacun travaille de son côté, à l'exception d'une réunion annuelle pour organiser la garde des week-ends. Le climat est à la concurrence. Pas question de parler des difficultés que l'on peut rencontrer dans sa pratique. « *Ce qui tue, tuait, le médecin généraliste, c'était l'isolement* ». Dès le début de sa carrière, Christian Barnabé a envie d'autre chose, pour lui-même comme pour ses patients.

1985, il invite tous les médecins d'Aywaille à se réunir. La moitié d'entre eux accroche. Un groupe de six médecins s'organise petit à petit : gardes de soirée, remplacements, voiture partagée pour les urgences, dossiers communs sous forme d'un carnet de santé qui sera plus

tard informatisé, cours de recyclage... La première réaction des patients se veut frileuse. Mais ils réalisent rapidement ce qu'ils ont à gagner.

1989, l'asbl MGA est créée. Christian Barnabé rencontre successivement kinésithérapeutes, infirmiers, pharmaciens pour structurer les collaborations. Rapidement apparaît l'intérêt d'avoir un local commun. Ce qui se réalise dans les années 90 : une permanence pour les urgences y est tenue, généralement par un assistant. Le goût pour le travail en commun se développe et l'idée d'un secrétariat se concrétise. Celle de maison médicale en découle doucement et naturellement. C'est ainsi qu'à partir de 1995, les paramédicaux sont invités aux réunions hebdomadaires en vue de remplir le critère des associations de santé intégrée. De fil en aiguille, des locaux supplémentaires sont loués autour du local commun.

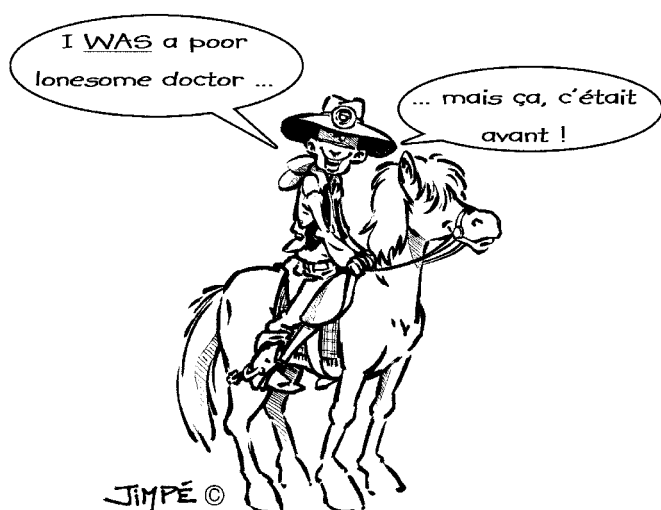
2009, un autre pas important est franchi : le passage au forfait. Des infirmières sont engagées. Cela provoque quelques réactions des patients comme des infirmières indépendantes de la région. Pour les kinésithérapeutes, c'est la collaboration avec quatre indépendants de

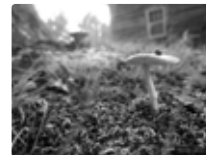
la région qui est choisie pour l'instant, « *peut-être parce que ça demande de l'énergie...* ». Puis l'équipe s'étoffe en fonction des besoins et demandes, avec une assistante sociale et une psychologue. Leur arrivée permet de développer des projets de santé communautaire en cohérence avec les critères des ASI. 2014, une « dernière étape » est prévue : l'achat d'une plate-forme où pourront enfin être regroupés tous les cabinets, car aujourd'hui, certains médecins consultent encore à 3km de la maison médicale.

« *On a fait une maison médicale sans le savoir ! La philosophie y était* ». C'est le hasard des rencontres au cours du cheminement de MGA qui a amené Christian Barnabé à découvrir le fonctionnement d'autres maisons médicales, le forfait, la Fédération. Si c'était à refaire, Christian Barnabé souhaiterait aller un peu plus vite... pour en profiter un peu plus...

La Plante : « Pas des penseurs. Plutôt des cowboys ! »

L'histoire de la maison médicale La Plante, située dans le quartier namurois du même nom, commence en 1995. Un médecin généraliste en quête d'un autre confort de vie et d'un partage de la pratique clinique envisage de découvrir le plaisir de travailler à plusieurs. Il invite son neveu qui termine ses études de médecine à venir faire son assistantat avec lui. Celui-ci a un cousin qui termine la psycho. Et ainsi commence l'expérience. Un kinésithérapeute rejoint le trio. Puis une infirmière. En 1999, une asbl est créée. Une secrétaire, puis une deuxième sont engagées dans le projet. La maison médicale devient plus accueillante, l'information circule. Puis c'est une femme de ménage qui rejoint l'équipe. La complexité des dossiers administratifs conduit à l'engagement d'une assistante sociale. Pour améliorer l'accessibilité des soins dans cette maison médicale à l'acte. « *Nous ne sommes pas des penseurs. Plutôt des cowboys* », explique Pierre Minette. La question de l'accessibilité, l'équipe en fait l'expérience concrète sans l'avoir cherché initialement. Elle trouve ainsi





le terreau des maisons médicales

son travail plus intéressant et valorisant. De même, les dimensions humaine et sociale de la maison médicale apparaissent spontanément : la recherche de meilleures conditions de travail se révèle conduire également à l'amélioration de l'accueil et des soins pour les patients.

En 2004, la demande d'agrégation comme association de santé intégrée est introduite. Jusque-là, l'équipe n'avait jamais entendu parler de santé communautaire ! Elle s'engage dans une réflexion qui conduit entre autres à l'intégration des soins dentaires à la maison médicale. L'investissement dans le cabinet dentaire est pris en charge par la maison médicale. Les dentistes conventionnés n'ont plus qu'à cotiser. Selon Pierre Minette, cette étape, par la création d'un outil commun, marque un tournant de l'association de professions libérales à un projet collectif. La santé communautaire, c'était aussi et surtout 100 heures annuelles à justifier à la Région wallonne. L'équipe lance donc en 2004 des séances d'information thématiques, avec la participation d'un membre de chaque discipline. En combinant informations par les soignants et partage d'expériences des patients, sont abordés la dépression, le mal de dos, la grossesse, le tabac, le dossier médical global... Apparaît alors un petit noyau de patients, présents quel que soit le thème abordé. L'équipe questionne leurs motivations : la rencontre, le plaisir de partager son avis... C'est ainsi que naît le comité de patients qui se réunit tous les quinze jours avec l'assistante sociale et d'autres travailleurs. Divers projets émergent. L'attention portée à ce qui se produit, aux *événements*¹, permet à de nouvelles portes de s'ouvrir.

En 2008, une crise institutionnelle éclate. Un des fondateurs quitte le navire. A posteriori, pour Pierre Minette, c'est le manque de structure qui en est à l'origine. Il devient alors administrateur délégué en charge de la gestion journalière de la maison médicale. Selon lui, c'est une force de ne pas être médecin car la médecine de groupe reste centrée sur la médecine et les paramédicaux s'y accrochent tant bien que mal. L'équipe était devenue très grande sans que ne soit travaillée la formulation

et l'organisation d'un projet commun. Un chantier encore en cours aujourd'hui. En ressort, entre autres, le projet d'engager un gestionnaire. Le souci que cette personne ne soit pas isolée dans cette fonction particulière amène l'équipe à rencontrer la Fédération des maisons médicales... et à y trouver des valeurs communes et un esprit d'ouverture, notamment vis-à-vis des maisons médicales à l'acte. L'équipe rejoindra donc peut-être le mouvement. Elle collabore en tout cas déjà avec les autres maisons médicales namuroises.

De l'origine à la structuration

A Libin ou à Aywaille, communes (semi-) rurales, l'élément structurant est d'abord le territoire. A la maison médicale la Plante, c'est un germe familial qui s'implante dans ce quartier urbain. Dans l'émergence des trois projets, la recherche de la qualité de vie des professionnels est présente, tout comme le désir d'échanger autour de la pratique clinique. Il ressort que ces deux quêtes sont liées à la qualité et à l'accessibilité des soins et des services offerts à la population.

Cependant, assurer la qualité de l'organisation et de la gestion n'est pas une chose aisée. Cela implique un réel désir de travailler ensemble, une détermination pour déployer l'énergie nécessaire à l'élaboration d'un projet commun. D'après l'expérience de la Plante, il faut « *deux ou trois personnes 'moteurs' qui peinent pour le bien-être collectif* », en s'occupant des multiples dossiers - associations de santé intégrées, Impulseo, réorganisation de l'équipe, gestion du bâtiment... Un des objectifs de cette équipe aujourd'hui est de rendre le fonctionnement du conseil d'administration plus démocratique, entre autres par une rotation des membres.

Pour Christian Barnabé, le principal levier pour l'émergence de la maison médicale MGA a aussi été le dynamisme de deux ou trois médecins généralistes moteurs. Des personnalités qui cherchent le plaisir à travailler ensemble, qui partagent leur passion. « *Ça demande de l'énergie* ». Il a fallu créer des

1. *Référence à la micropolitique : Vercauteren D., Micropolitiques des groupes. Pour une écologie des pratiques collectives, éd. Les Prairies ordinaires, coll. Essais, 2011.*

rencontres, des moments partagés, des week-ends, de la convivialité. Ce qui n'a pas été simple, c'est l'apprentissage d'un nouveau métier, celui de gestionnaire, d'aspects humains comme administratifs. Il partage cette fonction avec un autre médecin fondateur, les autres ne souhaitant pas s'en charger. Cet apprentissage est passé par des formations, mais aussi par de l'intuitif : « *On fait des bêtises, on avance...* ». Aujourd'hui, ils sont aidés par l'équipe. Spontanément, il y a eu des prises de responsabilités en fonction des personnalités : le calcul du forfait est assuré par une accueillante, l'assistante sociale s'occupe des dossiers de subsides, d'autres organisent les réunions d'équipe... L'existence de statuts différents (salariés/indépendants) et l'histoire du projet induisent cependant certaines barrières qui doivent être travaillées. Actuellement, les médecins sont toujours majoritaires dans le conseil d'administration.

A Libin, les décisions de gestion administrative sont portées par le conseil d'administration, constitué des médecins, d'une infirmière et d'une kinésithérapeute, avec l'investissement important d'une assistante dans la rédaction des documents fondateurs.

L'investissement de quelques personnes très engagées et passionnées apparaît donc comme incontournable. Certains semblent d'ailleurs avoir repéré l'opportunité d'un marché à prendre (voir l'article "Les marchands du temple" dans ce cahier page 84). Dans la durée, se posent l'organisation de la gestion et sa dimension démocratique, voire politique, ainsi que leur impact sur le projet de santé. Il s'agit des deux dimensions du « chantier autogestion » de la Fédération des maisons médicales.

Des groupes sectoriels de gestionnaires se structurent et travaillent à la définition des tâches et compétences. Des formations à la décision collective se mettent en place.

L'échange de pratiques avec d'autres maisons médicales a également participé à l'élaboration de chacun des trois projets. L'organisation de tels échanges à travers la mise en place de groupes sectoriels, notamment de gestionnaires, et la

structuration de recommandations et d'outils à partir d'expériences multiples pourraient donc bien être de facteurs d'émergence également.

Collaborer : un état d'esprit ?

Créer une maison médicale puis y travailler, c'est faire l'expérience de la collaboration, de la co-construction, de la conciliation de besoins et d'objectifs personnels ou professionnels parfois différents, voire divergents. Il s'agit d'apprendre à avancer avec la diversité du groupe, en s'appuyant sur les complémentarités. La diversité des personnalités et celle des fonctions. La question du pouvoir n'est pas moindre lorsqu'une structure émane de l'initiative de professionnels qui ont le double statut de fondateur et de médecin, alors que ce dernier résonne encore de manière si puissante dans notre société, même si la relation au patient n'est plus aussi patriarcale qu'auparavant. La capacité à s'ouvrir aux autres disciplines pourrait donc être aussi bien une pierre d'achoppement qu'un facteur d'émergence ou en tout cas de pérennité et de qualité.

Une question de prédisposition, d'état d'esprit, de rencontres ? Comme l'évoque Marc VanMeerbeek dans ce cahier (dans l'article : « Formation : il y a encore du chemin ! » page 113), ce n'est pas à l'université que les médecins sont outillés pour cela ou trop peu encore. Par contre, le cadre légal, tant en Région wallonne que bruxelloise, incite à cette ouverture rendue obligatoire pour obtenir une reconnaissance en tant qu'association de santé intégrée. Il en va de même pour le développement de la prévention et de la santé communautaire. Mais il s'agit bien d'un cadre. Un cadre, à remplir, ou plutôt à investir. Cela peut se faire de bien des manières... La place laissée à l'inattendu, l'attention portée à ce qui se produit pourra orienter le projet, comme cela a été le cas lors de la création du comité de patients de la Plante.

Les questions financières, en particulier celle des investissements de départ peuvent apparaître comme un obstacle. Selon Christian

le terreau des
maisons médicales

Barnabé, c'est d'autant plus délicat que les médecins sont plutôt individualistes. Mais ces investissements peuvent aussi renforcer les liens, cimenter le projet, comme en témoigne Pierre Minette. A Libin, c'est l'intervention de la commune qui a permis de lever cette barrière. L'existence de différents types de subsides apparaît comme un petit obstacle au départ pour la constitution des divers dossiers, mais surtout comme un levier vers une riche pratique que cette base financière "*permet de se concentrer sur l'essentiel*" confie Pierre Minette.

Relations avec les tiers : de la méfiance à la mobilisation

Les relations avec les « médecins solo » varient d'une situation à l'autre mais se révèlent constructives à terme. A Libin, tous ceux qui étaient directement concernés se sont impliqués dans le projet ; les autres s'y intéressent positivement. A Aywaille, si tous ne se sont pas associés, les relations avec les autres médecins sont positives. Dans le cas de la Plante, l'acquisition de la maison a provoqué quelques grincements de dents de la part des médecins solo : comme si, de rigolos, les promoteurs du projet devenaient des concurrents. Mais ce qui aurait pu devenir un obstacle s'est vite tassé devant une évidente complémentarité : si la patientèle de la maison médicale a augmenté, c'est essentiellement avec des patients dont les autres médecins n'auraient pas voulu. Aujourd'hui, les réunions de garde se déroulent à la maison médicale et les relations sont positives.

Les rapports avec les pouvoirs locaux peuvent être divers. A Libin, le soutien actif des élus locaux, également de droite a constitué un facteur d'émergence central sans lequel le projet n'aurait peut-être pas vu le jour, ou pas si vite. A Aywaille, le pouvoir communal de droite n'était par contre pas très favorable au concept de maison médicale. Mais d'excellentes collaborations se sont ensuite mises en place sur des projets de santé publique : la maison médicale est devenue un interlocuteur privilégié.

Le contexte change. Le modèle fait ses preuves au fil des années et les regards qu'il suscite semble donc évoluer.

Quant à la population, si l'attitude des patients face au changement peut constituer un obstacle, leur mobilisation peut ensuite devenir moteur, si l'équipe accepte une bonne dose de lâcher prise tout en restant garante d'un cadre.

Le sens d'un mouvement audacieux

L'émergence serait elle-même un facteur d'émergence ? Plus le modèle se développe, plus il est visible, plus il attire. Et un ambitieux projet politique et de santé ne doit pas forcément animer les groupes au départ pour qu'un nouveau projet naisse. L'émergence peut être progressive, à travers les échanges de pratiques ou les rencontres fortuites et informelles. Ces trois cheminements semblent confirmer par la pratique la pertinence du modèle défendu par le mouvement. Ils invitent à multiplier les expériences, dans la diversité. Avec un peu d'audace et un certain goût pour l'innovation. ●