



De la recherche à l'action sociale

● *Vous avez dit que la recherche-action ne débouche pas encore sur des actions : où en êtes vous par rapport à cela ?*

(question de **Natacha Carrion**, médecin généraliste au centre de santé Bautista van Schowen à Sophie Goldman).

○ **Sophie Goldman, licenciée en sciences politiques** : Il s'agissait pour nous d'évaluer nos pratiques après dix ans de travail sur le terrain, de prendre de la hauteur pour interroger le sens de ce travail. La recherche a eu une influence directe sur la pratique des personnes qui l'ont menée, mais cet apport ne s'est pas aisément partagé dans la mesure où il bousculait certaines habitudes de faire : les uns se sont appropriés nos conclusions, d'autres beaucoup moins. Un élément essentiel, c'est que nous sommes fortement dans le « faire » et vient un moment où on s'épuise, où revient la question du sens. A ce moment, il est fondamental de se réinterroger, de se demander : que fait-on ? C'était fondamentalement une recherche de sens et à ce niveau, nous avons atteint nos objectifs.

○ **Jacques Morel, médecin généraliste, secrétaire général à la Fédération des maisons médicales** : Il faut préciser le panorama général de l'activité de la mission locale. L'insertion professionnelle n'y est qu'un axe de travail parmi d'autres, un peu comme le curatif est un axe de travail parmi d'autres dans les maisons médicales. D'autre part, la recherche de sens dont il est question conduit rapidement à une barrière qui borne le domaine de la recherche : le dispositif d'insertion sociale mis en place a ses limites, il ne permet pas de ré-interroger les fondements de la société ou certains fonctionnements sociaux. Là, la boucle est bouclée : cette limite interroge aussi le sens du travail de chacun des travailleurs qui eux-mêmes se trouvent confrontés à une impuissance qui n'est plus personnelle mais collective.

○ **Sophie Goldman** : La mission locale de Forest est une des missions locales actives sur Bruxelles. Jusqu'il y a peu, son activité comportait deux volets : d'une part l'insertion socio-

professionnelle, qui consiste à mener des actions d'aide à la recherche d'emploi, des formations de remise à niveau, de mise à l'emploi sur des projets de développement local, et d'autre part, un travail de développement communautaire visant à conférer à la population de Forest un rôle citoyen, à l'aider à mener une série de projets et à interpeller le politique.

Depuis peu, ce second aspect n'existe plus en tant que tel à la mission locale, cela fait partie d'une certaine évolution où l'insertion socio-professionnelle et le développement communautaire tendent à se scinder.

Nous travaillons donc dans un cadre où notre capacité d'action est relativement limitée et dépend de l'environnement socio-économique. Nous n'avons aucun impact sur la conjoncture globale, hormis quelques emplois de proximité que nous pouvons installer dans le cadre du développement local ; cela interpelle régulièrement le sens de notre action. On a parfois l'impression - on l'entend souvent - que nous ne servons pas à grand chose si ce n'est à entretenir des illusions ou à occuper les personnes sans emploi. Face à cela, il était impératif de se dire : qu'est ce qu'on fait, quelle action avons-nous vis-à-vis du public ? Pour répondre à cette question, nous avons besoin d'entendre ce qu'en dit le public.

○ **Frédérique Mawet, licenciée en psychologie, directrice de la Coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers** : J'ai cheminé avec la maison médicale de Forest depuis vingt ans et créé à partir de leur préoccupation communautaire toute une série de dispositifs sociaux, de développements communautaires, de formations qui ont pris leur indépendance. J'ai notamment dirigé pendant dix ans la mission locale de Forest. Par rapport à la question sur les objectifs et les effets de la recherche, je voulais ajouter que, outre la réponse au besoin de sens pour les travailleurs, la recherche a servi à étayer nos revendications et recommandations aux politiques, à démontrer tous les effets de la validation symbolique et sociale pour les gens par rapport à ce qu'ils vivent, minimex, chômage, etc. Ce n'est pas parce que les gens sont « invalidés au départ » qu'ils se retrouvent sur la touche mais c'est bien la situation sociale qui les invalide. C'est avec cette certitude de départ que la maison médicale à Forest et nous avons mis en place les actions.

Synthèse des interventions :
Axel Hoffman,
médecin
généraliste,
coordinateur de
rédaction.
Retranscription :
Corinne Nicaise,
secrétaire de
rédaction.

C'est là que la boucle se boucle, c'est l'héritage de vingt ans de travail avec des milliers de jeunes, l'héritage de ce qu'ils ont pu nous confier : non ce n'est pas parce qu'ils sont handicapés, pas formés, assistés qu'ils ne trouvent pas de travail, c'est bien la situation sociale, politique, économique qui les met dans cette situation d'invalidation.

● **Michel Roland, médecin généraliste à la maison médicale Santé plurielle :** Une réflexion. Dans les exposés de Sophie Goldmann et de Jean-Paul Parent, et de façon très complémentaire, on voit bien que le problème dans la recherche-action, c'est toujours l'action. L'évaluation aussi peut être quelque chose de terriblement statique.

Prenons l'exemple de l'enseignement, où l'évaluation traditionnelle est statique : on fait un examen à la fin de l'année, le premier a 95 % et le dernier 40 %. Le dernier rate et recommence son année. C'est quelque chose d'infiniment statique, et pourtant l'évaluation peut vraiment être dynamique si on se rend compte que l'examen n'évalue pas que l'élève mais évalue aussi l'enseignant et permet de voir que, si la connaissance n'augmente pas en fonction des objectifs pédagogiques, ce sont peut-être les méthodes pédagogiques qu'il faut remettre en question. C'est ce qui est tellement difficile dans nos pratiques. On se fixe des indicateurs, des critères, des objectifs. Si cela y répond, il faut continuer à agir et si cela n'y répond pas, il faut trouver d'autres moyens pour essayer d'y répondre mieux. Constaté quelque chose de façon statique, à court terme cela n'apporte rien du tout, il faut se rendre compte qu'on est dans une série de processus cycliques, des petites étapes d'évaluations statiques qui donnent une grande évaluation dynamique : la recherche-action, les programmes de santé communautaire, ou d'autres dynamiques en boucle (programme éducation santé, promotion santé).

Vos exposés montraient très bien cette difficulté de ne pas rester statiques devant des résultats, des constats. J'avais envie de dire à la mission locale de Forest de continuer vu que le constat semble vrai, mais il faut probablement refixer des objectifs car occuper des jeunes ça pourrait être en soi en objectif. Ce genre de recherche débouche vraiment sur une action, c'est vraiment une recherche-action.

○ **Frédérique Mawet :** En réponse à Michel Roland, nous n'avons pas dit que notre activité était occupationnelle et devait le rester. Indépendamment de la pertinence de la formation donnée ou du type d'éducation permanente, ou de la conclusion en terme d'emploi, on a pris le temps pour bâtir la relation et pour positionner les personnes comme sujets dans les contenus du processus pédagogique, des sujets pleinement pris en compte et redevenus sujets de leur histoire. On peut vraiment parler de requalification identitaire, ce qui nous paraît le plus important et le plus précieux, même si cela ne s'est pas passé pour tout le monde. Ceci pour le niveau personnel, individuel.

Autre élément, toute une série de formations ont pu être développées dans le secteur hospitalier, nous avons analysé des niches d'emploi de type assistant logistique, accueillant en milieu hospitalier, etc. où des promotions entières de jeunes initialement non qualifiés sont entrés à majorité écrasante (95 %). Ils reentraient dans le circuit, trouvaient de l'emploi et s'y tenaient. Ce qui démontre que quand il y a de l'emploi, quand il y a un besoin au niveau du marché de l'emploi, les gens sont tout à fait capables d'acquérir les éléments de qualification requis et de s'y positionner. Ce message est important. Et en conclusion pour les pouvoirs politiques, nous faisons des propositions sur l'usage de l'argent public : au lieu de renforcer le contrôle des chômeurs, d'entretenir chômeurs et minimexés dans des processus végétatifs, créez des emplois d'utilité collective comme on a pu en créer (Gammas : quarante emplois de garde malade, Proxi où on a créé un nombre d'emplois significatif, etc.), cela aura un effet social positif pour les gens et pour la société. Je ne pense pas que ces conclusions soient légères ou négatives, elles sont fortes mais il faut arriver à les imposer.

○ **Sophie Goldmann :** J'aime l'idée que l'évaluation peut devenir dynamique à condition que les acteurs se remettent en question. Cette recherche a été réalisée il y a plus ou moins un an et on souhaiterait que l'ensemble des acteurs s'en saisissent. Maintenant, il se fait que l'environnement sur lequel nous avons travaillé a évolué, il y a eu des départs (dont le mien) et une certaine inertie des acteurs. On peut évaluer, mettre certaines choses sur papier, mais on sait aussi qu'il est très difficile que les



acteurs remettent leur pratique en question. Il faut être modeste, les recherches-actions ont une portée mais parfois cette portée n'est pas aussi large qu'on le voudrait.

Le professionnalisme, au risque de se perdre ?

● **Michel Lejeune, médecin généraliste au centre de santé de Berleur** : Les membres de l'Institut Renaudot sont tous des bénévoles ?

○ **Jean-Paul Parent, médecin, membre du conseil d'administration à l'Institut Théophraste Renaudot** : Oui, sauf quelques professionnels, car l'Institut se professionnalise suite aux demandes extérieures. Mais au départ la plupart des membres du conseil d'administration sont issus de la médecine sociale et de l'approche communautaire et étaient bénévoles pendant de nombreuses années. L'accroissement des demandes sur la notion de confrontation des pratiques nous a fait entrer dans une importante démarche de développement.

● **Michel Lejeune, médecin généraliste au centre de santé de Berleur** : Il y a un jeu pervers autour de la compétence et du professionnalisme. Dans la recherche-action, on parle de gens pas très compétents qui vont chercher les compétences ailleurs, mais avec la professionnalisation, certaines structures deviennent « auto-justifiantes » et on assiste à une dérive où des gens n'ont plus comme travail à temps plein que de rechercher les subsides, par exemple pour les gros projets de santé communautaire où ces subsides sont importants. J'ai assisté à une journée du centre local de promotion de la santé qui ressemblait à une grand messe, on y parlait des besoins des usagers pour arriver aux besoins de la structure et auto-justifier des organisations de plus en plus lourdes.

Il y a aussi une question de choix de politique : les gens dans la recherche-action ont « un pied dedans et un pied dehors » et le risque est de les avoir d'un seul côté...

○ **Jean-Paul Parent** : L'Institut agit dans une démarche de valorisation de la promotion de la santé, il réalise un travail d'accompagnement,

de mise en place avec les habitants de telle ou telle collectivité territoriale ou locale en restant attentif à demeurer dans une approche communautaire de la santé.

Notre intervention prend en compte les demandes mais aussi les besoins de terrain et veille à ne pas tomber dans le travers que vous évoquez. Tout en sachant aussi que lorsqu'on met en place des actions de santé communautaire, il s'agit effectivement d'une interaction entre acteurs de compétences différentes, avec des valeurs différentes. Le travail de santé communautaire est donc bien un croisement des différentes pratiques et valeurs. On va se mettre d'accord sur ces notions et travailler par convention, c'est une co-construction, un échange, une confrontation de points de vue mais aussi de valeurs.

○ **Dorothee Martin, membre du conseil d'administration à l'Institut Théophraste Renaudot** : Je voulais préciser un élément par rapport à la spécificité ou au complément que peut apporter la démarche communautaire dans les recherches-actions. Dans les pratiques que l'on peut mener sur le terrain en France, on se pose la question : à qui et à quoi va servir cette recherche-action ? A partir du moment où on s'interroge sur le « à qui », on travaille pour les citoyens, pour les habitants, pour le public, on est des services publics, services avec et pour le public. C'est un peu ce que l'on cherche en santé communautaire, remettre l'acteur au coeur du système et pas en tant que cible, au coeur de l'interrogation et de la recherche-action, dans l'objectif d'améliorer la pratique pour l'habitant. Le « à quoi ça sert » est dans la même logique : il faut se rappeler qu'on travaille avec les citoyens, les habitants, que c'est pour eux que nos services ont été développés. D'où la nécessité dans les recherches-action à l'échelle de villes ou de structures comme les centres de santé de toujours impliquer au maximum ou de créer les conditions d'implication. Dans les recherches-action, nos démarches se ciblent sur deux choses : soit les conditions d'implication sont là et notre objectif est d'impliquer les habitants sur la réflexion et l'objectif de la recherche-action, soit les conditions d'implication ne sont pas là car le contexte fait que c'est prématuré, et la démarche est de faire en sorte que les professionnels ou les élus puissent peu à peu créer ces conditions pour que l'habitant

devienne impliqué, pour qu'on puisse s'interroger avec l'habitant sur ce qui le préoccupe au maximum.

○ **Jean-Paul Parent** : Il est important de prendre les gens là où ils sont, de bien observer la situation sur laquelle on intervient car des systèmes sont mis en place par les populations. Il faut reconnaître l'existence des différents acteurs avec leurs zones de compétences, d'incertitude, avec le respect de leur place. Parfois on est en présence de situations de survie avec des stratégies de contournement, il faut les prendre en compte et voir comment introduire des éléments méthodologiques et d'accompagnement pour permettre aux populations de prendre leur santé en main de manière plus forte. La notion de rythme est importante car une structure a son rythme de fonctionnement, une ville ou un territoire en ont un autre, des populations différentes ont leurs rythmes propres.

Par rapport à la notion d'évaluation dynamique, une évaluation est déjà dynamique si elle est réfléchie à priori, si un certain nombre d'étapes sont déjà posées dans la conduite et la mise en place d'un projet. A un autre niveau, si, sur des petites actions, l'outil d'évaluation fait participer les personnes, c'est déjà un élément de prise en charge. Il y a des évaluations sur le suivi, sur le déroulement, sur les processus, sur les résultats...

● **Natacha Carrion** : Y a-t-il des recherches sur la participation effective des citoyens, quelle qu'elle soit ? J'ai l'impression qu'aujourd'hui il y a un manque de participation. Il y a longtemps, dans un autre pays, j'ai participé à un projet « développement et organisation de la communauté », on ne parlait pas de recherche-action à l'époque mais des évaluations étaient réalisées tout le temps et un des facteurs importants de l'évaluation était « combien de gens de la communauté participent effectivement et activement au projet mis en place ». Cela me manque un peu ici.

○ **Jean-Paul Parent** : Il y a en France des études réalisées par rapport à la participation (certains résultats de recherche sont sur le site* « la politique de la ville »). Il existe une littérature très abondante sur la participation. On sait que la participation ne se décrète pas,

elle ne se construit qu'à partir de la situation locale avec les différents acteurs, c'est relié à l'ingéniosité des uns et des autres avec l'idée centrale de privilégier la participation des personnes, les atouts des personnes, leur implication et surtout de prendre en compte le lieu où ils parlent.

Recherche-action, santé communautaire, éducation permanente et politique de santé : même combat !

● **Frédérique Mawet** : En toute amitié, je suis frappée par l'absence de projet politique des maisons médicales. La recherche-action est un moyen et pas une fin. Ne doit-on pas redire ici quel est le projet politique ? Il ne faut pas le perdre à côté de la notion de qualité de soins. Vous concevez la participation du public en termes de « qu'est-ce que le public pense de notre pratique et comment l'améliorer pour le servir mieux » mais pas en termes de « est-ce qu'ensemble, on est un mouvement qui prône un projet politique en matière de soins et en matières socio-économique et politique », seule question qui fait que les gens en face de nous ne sont pas des usagers mais font mouvement avec nous.

○ **Jacques Morel** : Il y a un lien entre les apports théoriques des exposés de ce matin et les valeurs et la pratique des maisons médicales. En premier lieu, au niveau de la Fédération des maisons médicales, la recherche-action est un principe de fonctionnement depuis la fondation en 1981.

Dès 1980, avec le Groupe d'étude pour une réforme de la médecine (GERM), nous avons développé un processus de recherche-action sur les différentes fonctions et tâches à réaliser dans un centre de santé intégré, ensuite sur la logique du dossier médical, puis sur la logique de l'éducation à la santé. Depuis le début, nous avons travaillé un certain nombre de concepts et de dossiers avec les équipes en partant de leurs problématiques pour en faire des acteurs de cette recherche.

La deuxième constatation est d'ordre général. On parle de plus en plus de participation, de

* <<http://www.sfsp-publichealth.org/>>



travail communautaire et d'approches de ce type depuis les débuts de la crise économique. Ce n'est pas par hasard que la charte d'Ottawa est publiée en 1986, au moment où s'impose un consensus pour dire que « la santé à un prix », qu'il s'agit de rentrer dans une logique de maîtrise des coûts parce que le contexte économique s'est considérablement modifié et que la population « victime du système » va grandissante et ce de manière structurelle. Les problèmes d'exclusion, d'inégalités sociales, l'insertion professionnelle sont révélateurs de cette crise. Jusqu'à la fin des années 80, grâce au travail d'une série d'associations, il y a eu un effet-tampon, une « rustino-thérapie » face à l'émergence de ce type de public et de problèmes. Fin des années 80, les politiques publiques ont pris une série d'initiatives pour valoriser l'aspect de participation, on a assisté au développement social de quartier, au développement social global, au développement local intégré, à l'action communautaire, etc. Parallèlement, les maisons médicales, dans leur volonté de rencontrer les aspects de la santé d'une façon globale, se sont trouvées de plus en plus en difficulté, en porte à faux, avec un sentiment d'impuissance (un peu dans la logique présentée par Sophie Goldman), et en tous cas confrontées à des réalités sociales contraignantes sur la santé des gens. C'est à partir de là qu'elles ont essayé de développer aussi les aspects de santé communautaire. Nous ne sommes donc pas isolés dans ce processus.

Troisième constat : il faut garder comme référence une définition de l'action communautaire qui s'inscrit dans le document de la charte d'Ottawa. L'action communautaire dans le champ de la promotion de la santé n'est pas « la » stratégie performante pour améliorer la santé, c'est une stratégie parmi d'autres, multiples et diverses, à la fois dans le champ de l'intervention vis-à-vis des comportements des individus par rapport à la santé mais aussi dans celui des interventions sur l'environnement socio-politique.

On parle de développer des politiques publiques saines, idée qui rejoint une intersectorialité nécessaire des politiques publiques et surtout une évaluation de leurs impacts en terme de santé sur le champs local ou communautaire : on peut imaginer de mobiliser des politiques

de type promotion de l'emploi ou des politiques sociales ou culturelles en essayant de voir l'impact de ces politiques sur la santé. Dans le champs social et dans celui de l'emploi par exemple, cet impact est évident : on connaît l'importance du statut et de la condition sociale, dont l'emploi fait largement partie, sur l'état de santé des gens. Il y a aussi la stratégie de travailler sur le développement de milieux favorables à la santé : on parle du milieu scolaire, du travail, du quartier, de l'urbanisation. Ce sont des stratégies complémentaires par rapport à l'action communautaire.

Les maisons médicales sont des services de soins de santé, je n'oserais pas dire aujourd'hui qu'elles se sont déjà transformées en structures de promotion de la santé. Si on évalue les activités des maisons médicales sur base de l'algorithme proposé par Monique Vandormael

	Objectif	Subjectif
Individuel	somatique	psychologique
Collectif	santé publique/ social	culturel/anthropologique/ social

qui définit les activités en soins de santé primaires avec quatre polarités, deux dans le champ de l'approche individuelle, deux dans le champ de l'approche collective (médecine sociale, épidémiologie, approche culturelle, anthropologique ou politique), ce sont largement les polarités dans le champ de l'approche individuelle, curatif et « psy » relationnel qui sont valorisées. Nous n'avons donc pas terminé notre nécessaire transformation vers des activités orientées davantage vers la promotion de la santé.

Quatrième point : la recherche-action, l'évaluation, la participation, ne sont pas en soi des objectifs politiques et peuvent être utilisées à différentes finalités. On peut instrumentaliser la recherche-action pour faire un marketing plus agressif, l'évaluation pour faire du contrôle, la participation pour renforcer le contrôle social, on peut faire du travail communautaire à visée occupationnelle ou proposer à des collectivités de prendre des responsabilités qu'elles n'ont pas.

Le problème de la finalité de ces outils et de

ces méthodes est important en termes d'objectif par rapport à nos projets d'une part et par rapport à des objectifs plus politiques d'autre part. Un élément qui peut affermir notre projet organisationnel et notre dimension de travail communautaire, en particulier sur la participation, est le travail d'éducation permanente. Ce travail, qui d'une part recadre les individus en tant qu'acteurs et surtout citoyens et d'autre part recadre notre travail dans une dimension sociale et politique, est susceptible de donner sens et finalité à ces outils.

Dernière chose, les remarques faites sur l'évaluation et la recherche-action positionnent notre activité en termes de lien et d'interface avec les politiques publiques. Née avec l'émergence des politiques publiques qui essaient de faire face aux dysfonctionnements de la société, producteurs de phénomènes comme l'exclusion et l'inégalité sociale, la Fédération des maisons médicales a une responsabilité à la fois vis-à-vis des gens que l'on rencontre professionnellement et en tant que collectif structuré, une responsabilité sociale qui est de faire remonter les résultats de notre travail vers les pouvoirs publics et de maintenir avec eux une interface qui permette d'agir sur ces politiques publiques. Nous n'avons pas à faire cela seuls parce qu'une réponse globale aux problématiques doit se construire de façon intégrée entre le secteur de la santé, du social, de l'éducation, et qu'il y a un terrain de fédérations représentatives du tissu associatif qui doit prendre et maintenir langue et pression vis-à-vis des pouvoirs publics pour influencer un certain nombre de politique dans des directions qui nous paraissent plus justes et correspondent aux besoins actuels de la population.

○ **Jean-Paul Parent** : A titre d'information, par rapport à la participation, nos troisièmes rencontres qui se dérouleront en juin à Mulhouse, porteront sur la place des acteurs en santé communautaire, sur la confrontation et la complémentarité des différentes logiques et comment partir de ces logiques différentes pour produire du changement.

● **Natacha Carrion** : Jacques Morel a parlé de lien entre ce que nous faisons sur le terrain et les politiques, mais les politiques ne sont pas bêtes, ils doivent se rendre compte de la situa-

tion. Est ce qu'il ne faut pas davantage pour que les choses changent ? Ne devons-nous pas être nous-mêmes plus actifs dans la vie politique : beaucoup de gens en maison médicale ne se voient que comme travailleurs en maison médicale et manquent d'intérêt pour l'activité politique. Or l'action au niveau du terrain est importante mais pas suffisante pour changer fondamentalement les choses.

Portrait de la Fédération en Dorian Gray (ou : appel aux jeunes)

● **Patrick Jadouille, médecin généraliste à la maison médicale La Glaise et président du conseil d'administration de la Fédération des maisons médicales** : On constate un effriement du projet politique depuis plusieurs années. Les jeunes entrent dans les équipes avec des motivations en partie différentes de celles des fondateurs, ce qui, au quotidien, génère des difficultés dans les équipes et à la Fédération. Nous avons donc mis en chantier la réécriture de la charte, écrite la dernière fois en 1996. La charte stipule les valeurs qui fondent notre action et doivent guider les projets des maisons médicales. En parallèle, il y a une réécriture partielle des statuts, l'objectif étant de rendre plus explicite et plus moderne dans son expression le projet de notre mouvement qui est bien un projet politique de transformation de la société. Au sein de la Fédération on s'interroge aussi beaucoup sur la manière dont on peut intéresser les jeunes générations à ces dimensions politiques du travail. Probablement sur deux axes : en développant un bagage théorique mais aussi en partant des expériences du terrain et en proposant des outils d'analyse.

○ **Marc Hombergen, kinésithérapeute, gestionnaire de la maison médicale d'Esseghem** : Le travail politique se fait aussi par la présence de beaucoup de personnes dans des endroits particuliers, dans les cabinets ministériels, mais également dans le travail syndical, à la Fédération des associations sociales et santé (FASS), dans les 10^e chambres et d'autres lieux encore où on est représentés. Ce sont des « vieux » qui y sont et il est temps qu'on nous



relève...

○ **Marianne Prévost, sociologue, chercheur à la Fédération des maisons médicales** : On parle des jeunes, des changements, de militantisme, et il n'y a que des vieux qui parlent de ça. Je me disais que si j'étais jeune, j'aurais été agacée d'entendre notre non-vaillance alors que vous avez gagné puisque le système a été reconnu. Pourquoi alors créer des lieux et des conditions pour que des personnes concernées parlent alors que le colloque se termine par des vieux qui mettent des jeunes en accusation dans des circonstances telles que les jeunes ne prennent pas la parole. On se demande si les jeunes ont la possibilité de prendre la parole. Les conditions de l'action politique aujourd'hui sont peut être beaucoup plus compliquées qu'avant : est-ce qu'on crée des espaces pour que les jeunes puissent dire quelque chose ?

○ **Patrick Jadouille** : C'est un constat et pas une accusation, c'est un appel !

Projet sharing

● **Eric Cazes, médecin généraliste à la maison médicale à Forest** : Pour nos projets en recherche-action ou en santé communautaire, le gros problème est le retour en équipe et l'appropriation du projet.

C'est paradoxal et absurde de ne pas connaître parfois ce que nous avons nous-mêmes créé il y a x années. En politique c'est pareil : on a créé depuis quelques mois un groupe politique à la maison médicale et concrètement nous en avons très peu de retour.

○ **Patrick Jadouille** : A la Fédération, le débat politique pourrait avoir lieu dans les colloques, mais surtout lors des assemblées générales. Il a lieu parfois, pas toujours, pas assez, alors que c'est le lieu même où la confirmation ou la réorientation de projets politiques devrait avoir lieu.

○ **Jacques Morel** : A la Fédération des organisations d'insertion socioprofessionnelle (FEBIS) avez-vous mis des choses en place ? Le problème se pose dans toute une série de lieu : arriver à partager le projet dans l'analyse,

avec les tenants et aboutissants de sa construction, avoir des retours des délégations ou de l'histoire collective des projets, puis donner des outils suffisants aux travailleurs pour qu'ils aient une capacité d'analyse, de lecture critique suffisante pour eux même et aussi pour recadrer le travail qu'il font avec leur public et pour situer leur projet dans un panorama qui lui donne du sens. Là, on est dans des interrogations non sur le fait de le faire mais de comment le faire.

○ **Frédérique Mawet** : On sous-estime la nécessité de rencontre collective, de revenir à « où en est-on ? Qu'est ce qu'on porte ensemble ? C'est quoi le projet politique ? ». Le faire au début et à la fin du rassemblement d'un secteur n'est pas un luxe. Cela devient alors une évidence qui permet d'affirmer et de construire le nous.

○ **Sophie Goldmann** : En tant qu'extérieure à votre secteur, je suis étonnée et heureuse de voir cet essaimage des maisons médicales et j'aurais envie de proposer que le modèle puisse acquérir une certaine transférabilité dans d'autres secteurs d'activités sociales. J'ai été surprise dans ma fonction de formatrice d'assistants sociaux, votre projet assez conséquent en termes d'institution et de force de travail est méconnu en dehors du secteur de la santé. Les assistants sociaux connaissent très peu votre façon de fonctionner.

Les maisons médicales, une énorme recherche-action

○ **Michel Roland** : La recherche-action est un moyen pour réaliser des objectifs que l'on croit justes, et pas une fin en soi, mais là où la Fédération inscrit la recherche-action dans ses fondements, c'est qu'on pourrait considérer que les maisons médicales sont par elles-mêmes une énorme recherche-action.

Vue du dehors, elle aboutit à une remise en question du système de santé qu'on estime trop marchand, inéquitable, qui cautionne des inégalités socio-économiques. Ceci nous amène à proposer un autre modèle de fonctionnement au travers de centres de santé intégrés proches de la population (intégrant la promotion de la

santé et la prévention).

Un des critères est la reproductibilité : nous avons commencé en 1972 avec une maison médicale (en fait deux, ndlr) et on est à soixante-neuf aujourd'hui, le critère est donc validé et dans toutes les instances qui discutent du système de santé, du ministère aux universités, à la Société scientifique de médecine générale, au Forum des associations de généralistes (FAG), on se rend compte que la médecine « solo » est terminée. Au fond, le problème est qu'il faut en faire le deuil et que les médecins qui ont la parole dans les médias sont âgés, ils ne parviennent pas à faire le deuil de trente ans de pratique. Cette pratique n'est plus ce que veulent les jeunes et ne répond plus aux besoins de la population.

Vue de l'intérieur, c'est aussi la preuve que des équipes peuvent fonctionner de façon non hiérarchisée, en auto-gestion, avec d'autres moyens de communication et de gestion interne et cela peut être quelque chose d'exemplatif qui pourrait s'étendre à l'échelle de la société. Il n'est pas indispensable d'avoir une structuration profondément hiérarchique avec d'énormes tensions barémiques, une structuration inscrite dans des normes sociales traditionnelles, on peut fonctionner autrement. On teste des moyens de fonctionnement qui ont à voir avec le politique, qui sont ancrés dans un système de valeurs. En soi c'est une énorme recherche-action et autant celle concernant le système de soins a abouti, autant la contamination de notre modèle plus démocratique et auto-gestionnaire peut s'étendre et progresser. ●