

# 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 D<sup>r</sup> 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>3-4-5</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

**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

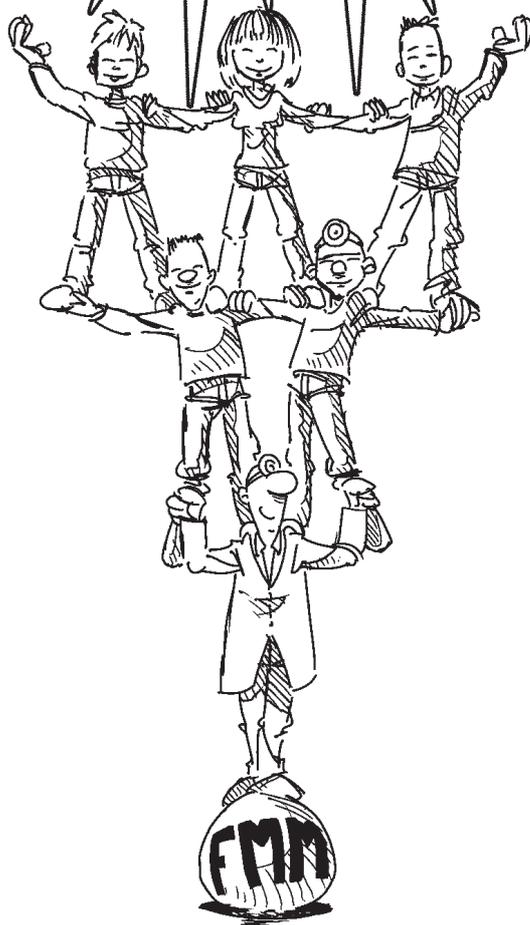
Les difficultés ont été évoquées en des termes parfois rudes. Dans certains groupes, l'émotion a parfois débordé la discussion.

« 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 ».

L'équilibre n'est pas facile à trouver...  
..mais on y arrive!





- 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 du repreciser 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 requestionner 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.

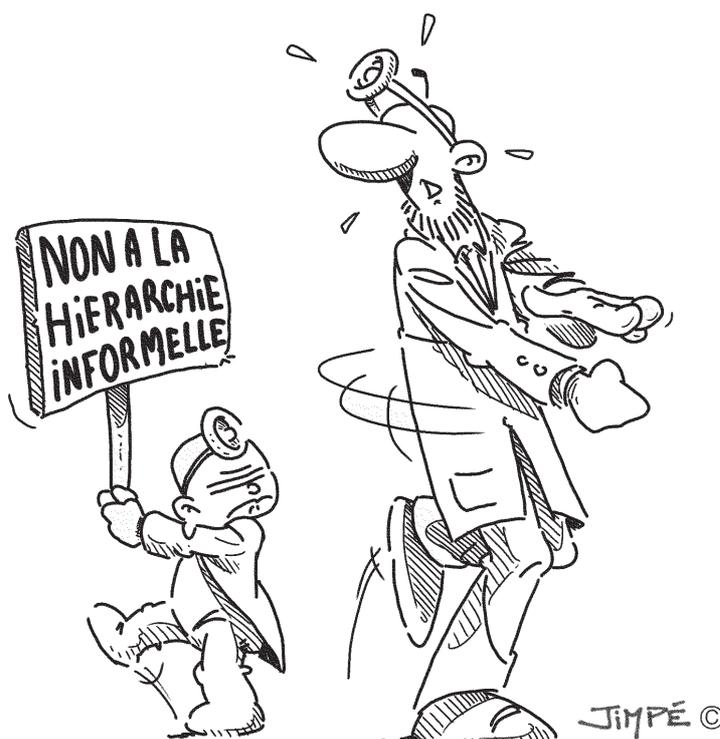
## Discussion - perspectives

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> 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...)

JE T' AIME,



MOI NON PLUS

### **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