

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

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



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



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

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

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

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

---

## Un questionnaire et des rencontres

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

---

## Les enseignements de notre questionnaire

### ● Qui sont nos répondants ?

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Evaluation du travail en équipe

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Oui :** 4/18

**Non :** 3/18

**A certains moments :** 11/18

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

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

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

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

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

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

● **Les causes de départs proprement dites**

Les causes de départs peuvent se regrouper en trois catégories.

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il faut attirer l'attention sur le fait que l'absence de hiérarchie n'a jamais été citée au titre de motivation et que l'égalité salariale n'a été citée qu'une seule fois. Ils ont été par contre tous deux pointés du doigt pour être sources de difficultés, de conflits, voire de départs. Le travail pluridisciplinaire est la motivation initiale la plus citée. Cela signifie qu'il constitue l'attrait essentiel à travailler en maison médicale. Et il apparaît que ce qui attire le plus est aussi une des principales sources des difficultés et des départs.

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



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

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

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

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

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

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

*Il y a trop de patients ;*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Un besoin de créativité**

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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