

Quels enseignements pour la Fédération et ses maisons médicales ?

Patrick Jadouille, médecin généraliste à la maison médicale la Glaise, président du conseil d'administration de la Fédération des maisons médicales.



Les trois travaux qui viennent d'être évoqués étaient attendus avec une certaine impatience par la Fédération des maisons médicales et ses équipes, où l'on se rend bien évidemment compte depuis quelques années d'une difficulté à stabiliser une partie des nouveaux travailleurs, et en particulier les médecins généralistes, au sein des maisons médicales.

La question cruciale pour nous était de savoir si au-delà du malaise propre que semble subir actuellement la profession (le fameux « burn out »), les médecins généralistes intégrés dans nos équipes éprouvent des difficultés spécifiques qui peuvent expliquer une certaine désaffection pour ce type de pratique.



Mots clefs : maison médicale, pratiques de groupe.

Après avoir pris connaissance des résultats de ces trois travaux, et après en avoir discuté en différents lieux au sein de la Fédération (assemblée générale, conseil d'administration, cellule politique), il nous semble que les enseignements généraux suivants peuvent être retenus.

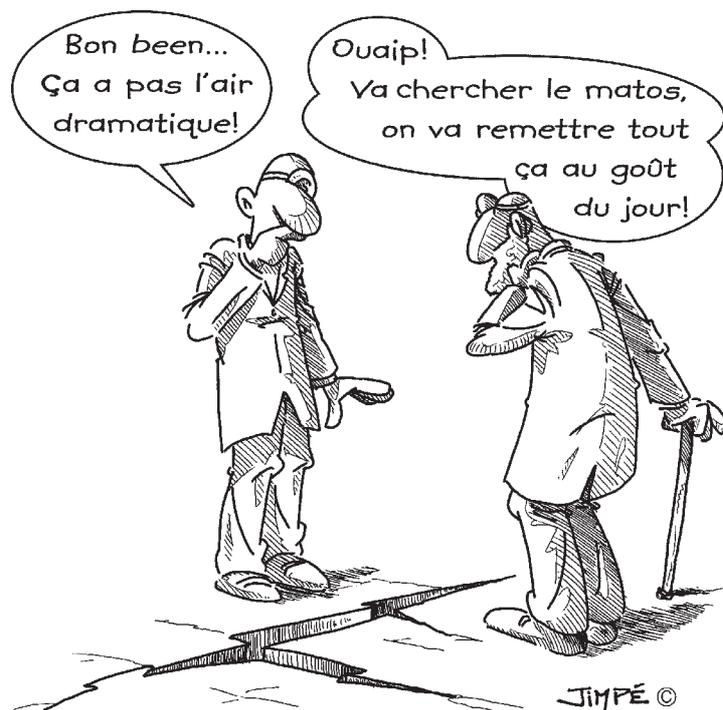
Des points forts

Si des jeunes généralistes continuent à vouloir travailler dans nos maisons médicales, c'est d'abord parce qu'ils sont attirés par une pratique de groupe, en l'occurrence pluridisciplinaire. Ce type de pratique est en effet perçu comme plus valorisant et intéressant sur le plan professionnel par rapport à la pratique solo classique, mais aussi comme plus compatible avec le respect d'une vie privée et familiale épanouissante. Il est difficile d'apprécier laquelle de ces deux raisons est la plus déterminante dans le choix de ce type de pratique, et ce sera d'ailleurs sans doute variable d'une personne à l'autre, mais il est important de prendre en compte cette seconde attente forte en terme d'équilibre entre sphères professionnelle et privée, car cet élément n'était guère, voire pas du tout, mis en avant jusqu'il y a une dizaine d'années environ au sein de nos équipes.

La pluridisciplinarité et le travail en équipe sont clairement des facteurs attractifs pour les jeunes médecins, qui semblent par ailleurs adhérer assez largement à la philosophie de travail véhiculée par le mouvement des maisons médicales : approche globale et intégrée des problématiques de santé, souci de justice sociale envers les franges les plus précarisées de nos populations ...

Des points d'interrogation

Comme le remarquent les étudiants dans leurs travaux, ni l'autogestion ni l'aspect non-hiérarchique du fonctionnement de nos équipes ne sont cités comme des éléments ayant orienté le choix de pratique des généralistes vers la formule maison médicale. Mais par contre la manière parfois trop informelle dont ces moyens sont mis en œuvre au sein des équipes a clairement un effet insécurisant : les plus jeunes générations sont demandeuses d'un cadre décisionnel clair, efficace, transparent. Cette aspiration légitime n'est certes pas



contradictoire avec le principe de l'autogestion (maîtrise par les travailleurs de leur outil de travail), mais souligne la nécessité de repenser sa mise en œuvre, et de tenir compte des risques inhérents à la joyeuse et idéaliste nébuleuse du « tout le monde est responsable de tout et personne n'est le chef de quoi que ce soit » : risques de hiérarchie informelle, de leadership non déclaré, de prises de pouvoir insidieuses et de lenteurs dans les prises de décisions, ... qui peuvent être sources de tensions et de conflits.

Dans le même ordre d'idées, les jeunes travailleurs médecins généralistes remettent clairement en question le principe de la réduction des tensions barémiques entre professions différentes, en particulier lorsqu'il est appliqué dans sa forme extrême, à savoir l'égalité salariale radicale. Ils estiment en effet que cela ne permet pas la reconnaissance de leur niveau de responsabilité et de la pénibilité inhérente à l'imprévisibilité de leur charge de travail et donc de leurs horaires professionnels avec les répercussions au niveau de leur vie privée.

Retenons enfin de ces travaux la difficulté pointée par les plus jeunes travailleurs en terme de manque de transmission du flambeau idéologique qui préside à la construction du modèle maison médicale.

sont le plus ré-interrogées sont l'égalité salariale et la non-hiérarchie.

L'égalité salariale, hier et aujourd'hui

Rappelons ici que le principe de l'égalité salariale a été mis en avant et souvent appliqué par les fondateurs de nos structures à la fois pour reconnaître l'égale importance de toutes les professions intégrées dans nos équipes et pour faciliter l'implication de tout un chacun dans la construction et le pilotage du projet. Il s'agissait aussi plus largement de préfigurer une société plus globalement égalitaire à l'avènement de laquelle on oeuvrait ardemment dans le cadre de luttes sociales plus larges. Force est de constater que ce type de rhétorique n'a plus guère d'échos auprès de nos jeunes collègues qui ne retrouvent évidemment là aucune référence propre à la société environnante, que du contraire.

On court alors le risque que ce principe de réduction des tensions barémiques, voire d'égalité salariale, au départ conçu comme un moyen, devienne un objectif en soi, une sorte de dogme, de plus en plus non signifiant, auquel on se

En pratique, pour la Fédération des maisons médicales, ces travaux confortent une série d'éléments que nous avons déjà plus ou moins bien identifiés depuis quelques années.

Il apparaît en tout cas que des principes qui fondèrent depuis le début de leur histoire le fonctionnement des maisons médicales doivent pour le moins être redéfinis, évalués, voire remis en question. Les deux notions qui

Quels enseignements pour la Fédération et ses maisons médicales ?



raccrocherait comme s'il était le garant d'un égal respect de chacune et chacun, d'une égale possibilité de participation, de prise de parole. Ce risque de rigidification est probablement d'autant plus important lorsque la structuration fonctionnelle de l'équipe n'est pas suffisamment transparente et ne garantit donc pas, précisément, la prise en compte de l'avis de chaque travailleur.

Il faut donc envisager une réévaluation de l'outil « diminution des tensions barémiques » (est-ce encore un moyen pertinent ? Pour quel objectif ?) puisqu'il ne semble pas rencontrer les attentes d'une catégorie professionnelle essentielle au développement de notre modèle, les médecins généralistes, ceux-ci trouvant par ailleurs « sur le marché » des possibilités de travail, notamment dans le monde hospitalier, très concurrentielles sur le plan financier.

Et comme de moins en moins de médecins sont prêts à accepter de travailler selon ce principe de diminution drastique des différences « salariales », les quelques-uns qui accepteraient de

telles conditions de travail dans des équipes qui souhaitent toujours les appliquer risqueraient bien d'acquiescer un important pouvoir puisqu'ils deviennent quasiment irremplaçables.

La conclusion est-elle qu'il faut définitivement abandonner l'objectif d'une diminution des différences de revenus entre les différents travailleurs d'une équipe, et s'aligner sans remise en question aux barèmes légaux en vigueur dans le secteur ? Si nous constatons que l'égalité salariale dans ses formes les plus « puristes » actuelles pose problème, nous ne pouvons apporter de réponse ferme à cette question. Des solutions intermédiaires peuvent exister, dont il serait bien utile de faire un inventaire au sein de nos structures...

Structurer l'auto-gestion

En ce qui concerne le mode de fonctionnement autogestionnaire et non-hiérarchique, nous pensons qu'il reste une condition nécessaire, quoique non suffisante, d'une vraie démocratie participative au sein des maisons médicales. Les médecins interrogés évoquaient d'ailleurs un souci de justice sociale. On peut espérer que cela s'applique d'abord à l'équipe de travail. Le contrôle de l'outil de travail par les travailleurs nous paraît favorable au développement d'un projet d'entreprise fondé sur la définition d'objectifs communs. Mais un effort de clarification est certainement à entreprendre dans nombre d'équipes pour établir des processus décisionnels qui respectent une certaine hiérarchie fonctionnelle sur base d'un organigramme défini en commun, clair, connu de tous, permettant à chaque travailleur d'assumer une part de la responsabilité globale du fonctionnement de l'équipe, en fonction de sa disponibilité et de ses compétences.

Avec l'extension de la structure de l'emploi dans les maisons médicales et l'accroissement de leur volume d'activité, des modalités plus rationnelles de pilotage et de fonctionnement doivent être mises en œuvre, sans quoi, et les études présentées le montrent, les conditions satisfaisantes d'exercice de la profession ne sont plus réunies et l'efficacité de l'outil risque d'y perdre, au détriment de sa finalité, l'amélioration de l'état de santé de la population.



Des projets et un défi

Concrètement divers chantiers sont poursuivis et d'autres doivent être entamés.

Le premier, qui est déjà bien avancé et devrait se conclure dans les prochains mois par un vote d'assemblée générale, est la réécriture de notre charte reprenant les valeurs et les principes essentiels sur lesquels nous voulons construire notre modèle de dispensation de soins de santé de première ligne et défendre une certaine vision politique de la société.

Un autre projet qui devrait permettre de rencontrer en partie la nécessité d'une meilleure transmission du bagage idéologique entre générations est le congrès que nous préparons pour janvier 2006 à l'occasion du 25^{ème} anniversaire de notre Fédération. A cette occasion nous souhaitons, en partenariat avec d'autres structures associatives du tissu médico-psychosocial, re-penser la question du sens de nos pratiques. Ce congrès devrait être l'aboutissement d'une démarche réflexive qui s'étalera tout au long de l'année 2005 et au cours de laquelle nous serons particulièrement soucieux d'intéresser les plus jeunes de nos travailleurs en partant notamment de leurs préoccupations concrètes, sans pour autant négliger la réflexion politique plus globale en vue de poursuivre l'analyse critique de notre société, fidèles en cela à notre mission d'éducation permanente. Le thème central visera à la refondation des pratiques sociales, c'est-à-dire à leur redonner du sens, à les réinscrire dans une stratégie politique et dans des perspectives de société.

Pour rencontrer la nécessité d'une gestion plus performante, plus efficace et dès lors sans doute plus sécurisante au sein de nos équipes, la Fédération a décidé de mettre en place d'ici un an un programme « à la carte » d'aide à la gestion en s'appuyant tant sur des ressources internes que sur des compétences externes. Nous comptons également proposer des références d'aide professionnelle en matière de dynamique et de supervision d'équipe, plusieurs expériences récentes démontrant que derrière des conflits paraissant de prime abord interpersonnels se cachent souvent des dysfonctionnements d'équipes plus complexes

renvoyant à un manque de clarté dans les processus de prise de décision.

Plus globalement enfin, ces travaux confirment que nombre de jeunes médecins généralistes souhaitent rencontrer un paradigme renouvelé de la médecine générale et de sa place dans l'espace social, et conviennent que cette mission implique de nouveaux modes de pratique, notamment en groupes pluridisciplinaires, pour des raisons qui tiennent à la qualité et à la satisfaction professionnelle et à l'équilibre avec la vie privée.

Ceci ne peut que confirmer notre Fédération dans sa volonté d'encourager les pouvoirs politiques à mettre en place des incitants au développement des pratiques novatrices, de groupe, pluridisciplinaires ou non, plus ou moins intégrées, d'inciter les groupements professionnels à se pencher davantage sur un aggiornamento des pratiques et la valorisation d'une spécificité généraliste, et d'encourager les milieux académiques à poursuivre la construction d'un modèle scientifique pour les soins de santé primaires.

Il en va en effet de l'avenir des soins de santé de première ligne dans notre pays, et donc de l'avenir de l'état de santé de notre population. A notre niveau, nous devons donc aussi sans contester réorienter notre politique d'aide au développement de nouvelles maisons médicales en décloisonnant beaucoup plus nos processus d'accompagnement des demandes qui nous sont adressées, pour oser des partenariats avec notamment des centres universitaires de médecine générale, des associations locales de soignants de première ligne, des structures publiques, ...

Les enjeux sont de taille, mais nous sommes prêts et enthousiastes pour relever le défi ! ●