

Bonjour

De quoi demain sera-t-il fait ? Pour le savoir, Pierre Drielsma, Thierry Wathelet et Coralie Ladavid ont dressé un petit tableau comparatif des programmes des grands partis en matière de soins de santé. Mais nos deux étourdis ont oublié le Vlaams Blok ! Croisons les doigts pour qu'on ne leur fasse pas un procès (page 2) ! En contradiction avec les modèles dominants, les maisons médicales fonctionnent sur un mode non hiérarchisé. Cet anachronisme apparent trouve son fondement dans la nécessité de concertation entre travailleurs de la santé à propos de patients communs. Quelles difficultés et quels avantages ce mode de fonctionnement rencontre-t-il ? Favorise-t-il le partage des responsabilités, la reconnaissance de chacun, la prise d'initiative, le droit à la parole et aux décisions, la répartition des revenus ? Comment interfère la présence d'extérieurs, usagers ou non ? Sur base de modèles théoriques d'autogestion, Coralie Ladavid a enquêté dans les maisons médicales et apporte des éléments de réponses à ces questions, ce qui l'amène à formuler des propositions concrètes, susceptibles d'améliorer le système autogestionnaire (page 5).

La sécurité sociale de moins en moins sécurisante ! Malgré des réformes successives telles que l'extension du statut VIPO ou le Maximum à facturer, le nombre de personnes que les mailles du filet de sécurité sociale laissent tomber est loin de se réduire, que du contraire. Failles du système de solidarité et perversions du système socio-économique conjuguent leurs effets pour rejeter un nombre croissant de personnes vers l'insécurité et la pauvreté. L'équipe du professeur Fred Louckx a exploré les mécanismes de

cette déréliction et produit un remarquable travail (page 15) qui devrait nourrir l'action politique afin d'enrayer cette véritable régression. En réaction à l'article « La maison de la santé Saint-Paul à Yaoundé » (*Santé Conjuguée* 26 : 81-84), des soignants de l'Institut de médecine tropicale témoignent du développement de soins de qualité dans les pays d'Afrique (page 22).



Depuis leur fondation, les maisons médicales placent les usagers au centre de leurs pratiques et en appellent à leur participation. Cette volonté d'égalité, de démocratisation et de changement s'est frottée aux écueils de la réalité et de l'évolution de la société. Qu'en reste-t-il aujourd'hui ? L'ancien pouvoir médical, symbolisé par l'hygiéniste ou le mandarin, a changé de forme et se cache aujourd'hui sous le masque de la scientificité, porté par l'expert : la voix de l'utilisateur en est-elle mieux entendue ? L'amélioration du niveau de vie d'une majorité de la population, l'accès à la consommation et à la connaissance et les standards de vie dictés par le primat de l'économie ont érodé les revendications collectives et isolé les gens dans l'individualisme : dans ce contexte, à quelle mobilisation l'appel

à participer peut-il s'attendre ? Mais dans le même temps, la conscience des enjeux de la santé et des politiques qui les orientent s'est accrue dans la population. Peu à peu, les usagers s'impliquent dans des projets à l'échelle locale. Du côté des soignants et des responsables, les concepts de promotion de la santé, de place de l'utilisateur et de santé communautaire s'imposent dans les pratiques. C'est donc à une refondation de l'idée de participation que nous assistons et que nous vous invitons à explorer dans notre cahier *Participe : présent - La participation des usagers à la santé*. Bonne lecture.



Programmes électoraux comparés en matière de santé

Pierre Drielsma, médecin généraliste au centre de santé Bautista Van Schauwen, Thierry Wathelet, médecin généraliste à la maison médicale Espace Santé et Coralie Ladavid, assistante sociale à la maison médicale le Gué, membres de la cellule politique de la Fédération des maisons médicales

Le document qui suit apporte une information comparative des propositions des différents partis démocratiques en matière de santé. Il s'appuie sur les programmes que nous avons demandés auprès des partis francophones majoritaires dans le pays. Il est à noter d'emblée que nous avons reçu des programmes plus complets pour certains partis que pour d'autres. Nous sommes donc conscients que certains éléments pourraient ne pas être repris dans ce texte ; il ne s'agirait en aucune façon d'une volonté délibérée mais d'un déficit d'information reçue, notre souci étant de rester le plus objectif possible.

La Belgique est un pays très compliqué au plan institutionnel et est composé de différents niveaux de pouvoirs avec des compétences différentes : l'état Fédéral, les communautés (trois communautés : flamande, francophone et germanophone), les régions (trois régions : la Wallonie, Bruxelles et la Flandre), les provinces (dix provinces) et les Communes. De plus, la Belgique fait partie de l'Union européenne.

Nous devons donc voter pour ces différents niveaux de pouvoir. L'année dernière, nous avons voté pour le fédéral et cette année pour les régions, les communautés et l'Europe. Rien que pour le secteur de la santé, cela signifie que nous avons sept ministres compétents en la matière. Les compétences des différents niveaux en matière de santé sont les suivantes :

- Fédéral : financement des soins de santé et la santé publique ;
- Communautaire : promotion de la santé et prévention ;
- Régional : organisation des soins de santé et financement des infrastructures.

Nous avons parcouru les programmes des différents partis. Voici ce que nous avons pu mettre en évidence concernant la santé et suivant les différents niveaux de pouvoir concernés par les élections du 13 juin. Une présentation des valeurs qui animent les différents partis introduit la comparaison.

Parti socialiste (PS)

Mouvement réformateur (MR)

Centre démocrate humaniste (CDH)

Écolo

Valeurs

L'égalité est au cœur de son combat : le PS va au-delà du principe de l'égalité des chances en insistant sur la « sécurité d'existence » c'est-à-dire qu'à chaque moment de la vie, toute personne doit pouvoir s'appuyer sur des structures mise en place par la société (ex : refaire une formation, être accueilli dans une maison d'accueil, etc.).

Le libéralisme, la libre concurrence, le profit sont les bases de la société pour pouvoir garantir une égalité des chances, à la naissance, pour toute personne. Il se base essentiellement sur la volonté et les capacités individuelles de chacun pour pouvoir s'en sortir.

Le CDH insiste sur la participation du citoyen en tant qu'acteur responsable et sur les conditions générales de vie de la population. Il vise l'impact négatif de la dé-cohésion sociale.

Écolo insiste sur l'aspect global de la qualité de vie. Il pense que la solidarité sociale doit garantir à tous des droits égaux et inconditionnels en matière de prévention, de protection par rapport aux risques et de soins curatifs.

Pour les Régions

Revaloriser la médecine de proximité en encourageant la médecine de groupe et le travail en équipe pluridisciplinaire. Il marque une volonté d'aide à l'installation des maisons médicales forfaitaires. Il est partisan du principe de subsidiarité et de l'échelonnement. Il souhaite maintenir les coordinations de soins à domicile (comme par exemple les coordinations des mutuelles) à côté des services intégrés des soins à domicile (SISD). Il veut intensifier les services d'aides à domicile et revaloriser le dossier médical global.

Le MR souhaite revaloriser la médecine de proximité, non pas par un soutien aux pratiques de groupes mais plutôt par une valorisation des honoraires. Il ne souhaite pas de coordinations diverses à côté des services intégrés des soins à domicile mais plutôt un guichet unique. Il est partisan de rentrer les soins à domicile sous la responsabilité des médecins généralistes. Volonté d'améliorer le statut social du médecin généraliste. Il donne priorité à la santé mentale à Bruxelles. Il désire élargir la liste des pathologies fonctionnelles des kinésithérapeutes et refuse la forfaitarisation en hôpitaux (maisons de repos pour personnes âgées, MRPA). Il insiste sur le libre choix des patients.

Le CDH souhaite intensifier la médecine de proximité. Il met en évidence l'importance de la participation et de la responsabilisation des personnes. Il pointe le problème des conditions sociales pour pouvoir se prendre en charge. Il souhaite garder les différents centres de coordination existants à côté des services intégrés des soins à domicile et veut renforcer le maintien à domicile. Il met en avant l'importance des soins palliatifs et des centres de la douleur.

Écolo veut intensifier l'accessibilité aux soins et pointe l'importance des soins de proximité. Cette accessibilité peut être étendue par l'aide à l'installation des maisons médicales et en favorisant le forfait. Les maisons médicales et les services intégrés des soins à domicile doivent être des interlocuteurs incontournables pour les soins à domicile. Écolo souhaite revaloriser le dossier médical global et est partisan de l'échelonnement. Il veut reconnaître et financer la médecine complémentaire et la psychothérapie par l'INAMI. Il veut intensifier les soins palliatifs.

• Programmes électoraux comparés en matière de santé • (suite)

Pour les Communautés

Le PS demande de réintégrer au niveau fédéral la Promotion de la santé et à défaut de créer un organe de concertation permanente avec les autres ministères. Il évoque également l'importance des déterminants de la santé. Il veut développer la recherche épidémiologique, le dépistage du cancer et créer un plan global de vaccination. Il souhaite renforcer le rôle central de l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) et responsabiliser les parents et futurs parents. Concernant l'usage de drogue, il est partisan d'aller dans une démarche d'amélioration globale du bien-être des jeunes. Il veut renforcer la lutte contre le tabac.

Le MR veut renforcer la prévention du cancer par un plan d'action global et grâce à la distribution de chèques dépistage. Il souhaite augmenter la couverture vaccinale. La prévention préconisée s'appuie sur la responsabilisation des personnes face à la drogue, le tabac, l'alcool. Il souhaite organiser des consultations prénatales gratuites et de qualité (ONE).

Une synergie plus grande entre la Promotion de la santé et les autres ministères ayant la santé dans leurs attributions est indispensable. Le CDH est partisan de réaliser une enquête prospective sur la santé des belges pour développer une politique de santé cohérente. Le dépistage du cancer et la prévention cardio-vasculaire doivent être intensifiés. Il veut créer une véritable politique vaccinale obligatoire en Belgique. Pour le CDH, il est important de responsabiliser les personnes et de les amener à être acteurs de leur santé. Il insiste sur la lutte contre le tabac en poursuivant une démarche ambitieuse vers une société sans tabac et avec un remboursement des traitements prouvés. Il pense que le médecin généraliste doit être au cœur de la prévention.

Il faut décloisonner les ministères, non seulement les différents niveaux de pouvoir mais aussi tous les ministères (logement, emploi, social, etc.). Pour Écolo, il faut s'attaquer aux maladies générées par notre société et aux inégalités sociales de santé. Il est favorable au dépistage précoce et souhaite renforcer le rôle du généraliste dans les actions de prévention. Ces actions doivent être refinancées. Il est partisan de garantir le libre choix quant à la vaccination et désire évaluer l'efficacité et les dangers de celle-ci. Il préconise la lutte contre le tabac.

Pour l'Europe

Le PS est partisan d'une Europe sociale et refuse la privatisation des systèmes de protection sociale. Il rejette la directive européenne sur la privatisation des services (santé, enseignement, transport en commun, etc.).

Il demande une révision de l'Accord général sur le commerce des services au niveau mondial.

Le MR veut réorganiser les institutions européennes pour qu'elles soient plus efficaces (ex : un Président). Il veut une Europe qui assume ses responsabilités dans le monde, qui soit prospère. Pouvoir réconcilier les exigences d'une vraie politique sociale et les conditions d'une saine concurrence dans un contexte de libéralisation raisonnable des marchés. Il veut diminuer les taxes.

Le CDH croit en un modèle social fort. Il veut créer une troisième voie entre un état providence fort et l'ultra-libéralisme.

Écolo est fermement opposé à la directive européenne sur la privatisation des laboratoires. Il pense qu'il faut faire contrepoids à la toute puissance des États-Unis et des multinationales. Il y a une volonté que la santé publique et la lutte contre la pauvreté et l'exclusion se trouvent dans la constitution européenne.

Le système « autogestionnaire » en maisons médicales : analyse de cas

Coralie Ladavid, assistante sociale à la maison médicale le Gué

Travaillant depuis six ans au sein d'une maison médicale en tant qu'assistante sociale, je suis confrontée quotidiennement à la mise en pratique d'un système autogestionnaire qui me procure beaucoup de satisfactions et en même temps qui m'interpelle à plus d'un titre.

J'ai donc choisi de consacrer un travail de fin d'étude à ce thème. L'article qui vous est proposé permet de situer les motivations de départ des maisons médicales à choisir de fonctionner en autogestion. Il vous livre également quelques résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus suite à des enquêtes et des entretiens et à poser certaines conclusions en terme de réflexions et de perspectives.

apparaître le développement de l'hospitalocentrisme (organisation des soins de santé tournée vers l'hôpital). Des médecins généralistes, des infirmiers, des kinésithérapeutes insatisfaits des conditions de travail que leur offrait la pratique libérale isolée, soucieux de leur rôle social, animés de perspectives autogestionnaires incluant la population, et désireux d'investir une autre pratique basée sur de nouveaux rapports entre travailleurs de santé et patients se sont mis ensemble pour créer des maisons médicales. Celles-ci ont vécu, jusqu'au début des années 80 en marge de la société. En 1981, la Fédération des maisons médicales francophones voit le jour. A partir de cette époque, le mouvement des maisons médicales fut consolidé et la volonté d'améliorer la santé publique renforcée.

raison de compétences techniques spécifiques.

Cependant, le contexte global de la société et la culture dominante dans lesquels fonctionnent les maisons médicales entravent la réalisation de leurs objectifs et en particulier celui de la sauvegarde et du développement de l'autonomie des patients. Les obstacles sont de plusieurs ordres : une insuffisance de demande de participation de la part de la population dans des démarches collectives (ex : participer à la gestion de la maison médicale), un manque de souhait du personnel de santé pour une participation de la population, une absence totale de formation au travail en équipe pluridisciplinaire non-hiérarchisée, une notion d'équipe non-hiérarchisée en contradiction avec les modèles dominants, de fortes différences de revenus, le financement à l'acte...

Dès le départ, les équipes des maisons médicales ont choisi l'autogestion comme mode de fonctionnement. Pourquoi ?

La place centrale dans les maisons médicales revient à l'usager : **la sauvegarde et le développement de son autonomie** est également un objectif spécifique prioritaire. Dans le contexte de la médecine traditionnelle, la hiérarchie dans l'équipe des soignants lui est défavorable. En effet, dans le cadre du bon fonctionnement d'une maison médicale, la notion d'équipe non-hiérarchisée trouve son principal fondement dans la nécessité de concertation entre travailleurs de la santé à propos de patients communs. Chaque membre de l'équipe contribue à cette concertation selon la qualité de sa relation avec le patient et la compréhension qu'il a de lui en tant qu'être humain global, bien plus qu'en

Il faut noter qu'il n'existe pas de modèle de fonctionnement unique des maisons médicales, puisque celles-ci font preuve d'une souplesse d'adaptation aux besoins de la population locale et aux caractéristiques locales. Il en résulte d'importantes variations dans la composition des équipes, dans les activités prioritaires, ainsi que dans les modalités de fonctionnement. Si les maisons médicales se ressemblent, ce n'est donc pas tant dans leurs apparences extérieures mais bien dans leurs objectifs.

Étant donné qu'il est très difficile de rendre opérationnelle la définition de l'autogestion et qu'il n'existe pas de « modèle autogestionnaire » qui soit parfaitement mis en œuvre dans la réalité et totalement systématisé, je suis partie d'extraits de textes connus et reconnus au sein des maisons

Présentation historique et essai de définition

Le contexte historique dans lequel s'inscrit l'apparition des maisons médicales, à savoir le début des années 70, a évidemment une incidence sur leurs objectifs défendus et sur leurs modes d'organisation.

En effet, c'est sur un modèle de contestation et d'autogestion et dans la mouvance de l'après mai 68 que sont apparues les maisons médicales. C'est également une période où les hôpitaux et la technologie chirurgicale se sont fortement sophistiqués et où on a vu

Le système « autogestionnaire » en maisons médicales : analyse de cas (suite)

Que recouvrent les termes de maison médicale et d'auto-gestion ?

Si l'on se réfère à la Charte des maisons médicales, celles-ci sont définies comme suit :

« Ce sont des associations auto-gérées proches de la population, dans lesquelles travaillent en équipe, des médecins, des kinésithérapeutes, des infirmiers, des paramédicaux, des travailleurs sociaux, des accueillants, des professionnels de la santé mentale. Dans la représentation classique de l'organisation des soins de santé, les maisons médicales se situent en première ligne, celle des soins de santé primaire.

La place centrale dans la maison médicale revient à l'usager : la sauvegarde et le développement de son autonomie sont un des objectifs prioritaires.

Non moins primordial est le souci de la santé communautaire : c'est dans et avec la collectivité que les usagers et les professionnels travaillent au développement de la santé. »

La Charte des maisons médicales, Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, Bruxelles, novembre 1996.

médicales, membres de la Fédération des maisons médicales, textes du Groupe d'étude pour une réforme de la médecine (GERM), décret relatif à l'agrément et au subventionnement des associations de santé intégrée,

Maisons médicales un outil pour l'avenir, la *Charte des maisons médicales*, et des statuts fondateurs de la première maison médicale et de la Fédération. De ces textes, j'ai tenté de dégager des critères et une définition du système autogestionnaire en maison médicale.

Les critères repérés se retrouvent d'une manière explicite ou implicite tout au long des textes avec des nuances suivant qu'il s'agit de règlements légaux ou de textes d'intention.

Le modèle autogestionnaire en maisons médicales présente idéalement les caractéristiques suivantes :

- une équipe pluridisciplinaire,
- une organisation égalitaire : droit à la parole et droit de décision,
- un partage des responsabilités,
- une répartition plus égalitaire des revenus,
- la majorité des travailleurs présente au sein des organes de gestion et de décision de l'institution,
- la non-hiérarchie ;
- tout travailleur est membre de droit de l'assemblée générale.
- la présence de patients, de représentants du champ politique et social au sein des organes de gestion et de décision de l'institution.

D'après les critères que j'ai pu relever, je définirais l'autogestion en maisons médicales comme : *Le mode d'organisation d'une équipe pluridisciplinaire en soins de santé primaire dont les travailleurs se trouvent majoritairement dans les organes de gestion et de décision de l'institution. Les travailleurs sont membres de droit de l'assemblée générale.*

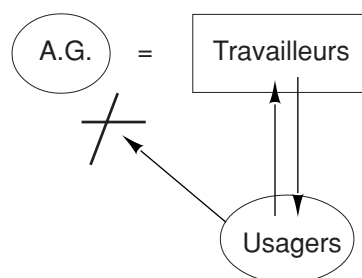
Les usagers et les représentants du champ social et politique étant au centre de la vie sociale et des réalités,

leur présence est vivement souhaitée au sein des organes de gestion et de décisions de l'institution. Ceux-ci peuvent apporter un regard extérieur. Ce type d'organisation est davantage égalitaire grâce à un plus grand partage des responsabilités, un droit de parole et de décision égal au sein de l'institution (un homme, une voix), une répartition plus égalitaire des revenus et une absence de hiérarchie.

Au sein de la Fédération, une typologie d'organisation autogestionnaire a été élaborée à titre d'hypothèse, sur base de l'expérience en maisons médicales. On repère dès lors différents types d'organisations. Cette typologie a été faite à partir du degré de pouvoir exercé par les travailleurs. L'autogestion est donc définie par la position du travailleur. Voici les schémas dégagés : **

Autogestion directe :

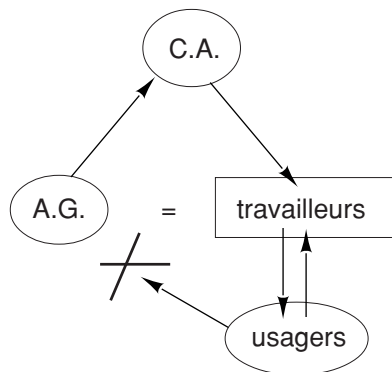
Le collectif des travailleurs détient l'ensemble du pouvoir. Des conflits sont possibles entre usagers et travailleurs. Les travailleurs minoritaires risquent gros, car il n'existe pas de structure tampon, ni procédure protectrice. Perdre le statut de membre, c'est perdre le statut de travailleur, et vice et versa.



Autogestion indirecte :

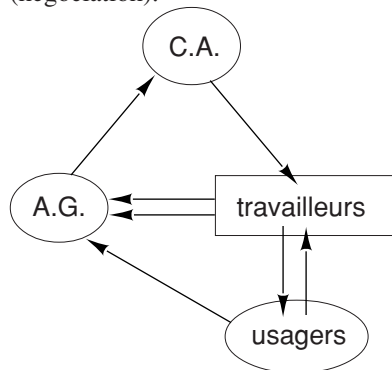
a) Autogestion indirecte avec délégation (CA)

Les conflits entre conseil d'administration et travailleurs sont possibles. L'analyse du conseil d'administration peut être en contradiction avec les intérêts ou l'éthique des travailleurs. En cas de conflit, l'assemblée générale décide.



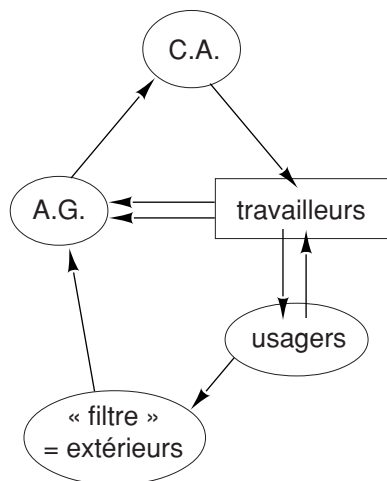
b) Autogestion avec usagers dans l'assemblée générale

Autogestion avec présence des usagers dans l'assemblée, voire dans le conseil d'administration... On peut théoriquement assister à la minorisation d'une majorité des travailleurs. L'expérience montre que les délégués des usagers sont en général très prudents. Les conflits entre travailleurs et usagers peuvent être minimisés (négociation).



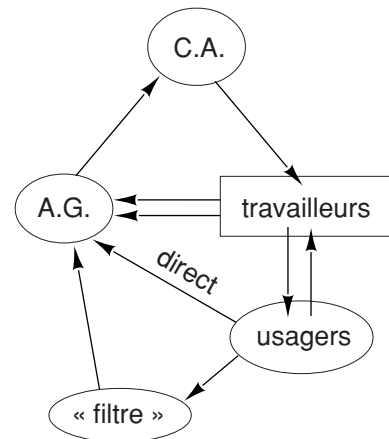
c) Autogestion avec extérieurs non-usagers à l'assemblée générale

La présence d'extérieurs non-usagers présente également des risques. Cependant la nature en est différente, les liens médecins/malades n'existent pas et ne risquent pas d'interférer. Cependant, des stratégies politiques ou syndicales contraires aux buts de l'équipe peuvent se rencontrer. En contrepartie, les moyens politiques et économiques de l'équipe s'en trouvent accrus. Les avis d'extérieurs sont aussi une oxygénation bien utile pour des structures autogérées.



d) Autogestion avec usagers et extérieurs

Il combine les variantes b) et c) et accroît la proportion totale d'extérieurs, ce qui augmente le risque de minorisation de la majorité des travailleurs. D'autre part, l'hétérogénéité des extérieurs joue en faveur d'un groupe de travailleurs cohérent.



Voilà donc brossé en quelques lignes un tableau qui replace historiquement la création des maisons médicales dans leur contexte social et politique. Les définitions apportées permettent également de situer la recherche qui va suivre dans un cadre bien délimité.

••••• Une première enquête exploratoire sur les maisons médicales

Une première enquête destinée à toutes les maisons médicales francophones a été élaborée, afin de dresser un tableau global du fonctionnement de celles-ci et de les classer au sein de la typologie (hypothétique) présentée ci-dessus. Grâce aux différentes questions, plusieurs hypothèses pourront être vérifiées :

- le type d'organisation utilisé par les maisons médicales dépend de leur date de création, du nombre de travailleurs et du nombre de patients (plus le nombre de travailleurs est élevé, plus le type d'organisation sera structuré),

• Le système « autogestionnaire » en maisons médicales : analyse de cas (suite)

ainsi que du type de financement utilisé (acte/forfait) ;

- le type de schéma aura une incidence sur le partage des responsabilités, la répartition des revenus, le droit de parole et de décision, la non-hiérarchie.

Le questionnaire aborde différentes variables comme le travail à l'acte ou au forfait, la date de création, le nombre de travailleurs et de patients, la répartition des revenus entre les travailleurs... Ces différentes variables vont pouvoir être croisées afin de mettre en évidence les facteurs influençant le recours à l'un des schémas et l'incidence de celui-ci sur la répartition des revenus, le droit de décision, le partage des responsabilités.

Quarante sept formulaires d'enquêtes sur cinquante huit ont été reçus et ont pu être dépouillés. Une première analyse générale de l'enquête permet de dégager plusieurs observations.

On constate une répartition inégale du nombre de nouvelles maisons médicales suivant les années.

- Les types d'organisation des maisons médicales sont très hétérogènes et on constate d'emblée un certain flou dans la désignation des lieux de décisions.

- La question concernant les critères de répartition des revenus des travailleurs semble parfois tabou et dans de nombreux questionnaires on a omis de me transmettre l'information ou bien on se retranche derrière les commissions paritaires pour les salariés. Il semble y avoir un malaise, puisque la charte promet une plus grande égalité salariale et que dans la pratique c'est parfois loin d'être le cas.

- La présidence de l'association revient dans 61 % des cas à un médecin généraliste. A plusieurs reprises une note était ajoutée pour signifier que ce serait bientôt un autre travailleur. Cela reflète la connaissance de l'idéologie, mais aussi la difficulté de la mettre en pratique.

- A plusieurs reprises, on remarque une distinction existant dans certaines maisons médicales entre les travailleurs salariés et les indépendants d'autant plus quand l'ensemble du personnel soignant est indépendant. En effet, dans certaines maisons médicales, les statuts sont bien différenciés, à savoir que les indépendants sont les soignants INAMI et les salariés ne sont pas soignants INAMI (secrétaires, assistants sociaux...). Ainsi une des conditions d'accès au conseil d'administration peut être d'avoir le statut d'indépendant. Quelle en est la raison ? Est-ce parce que la position d'un salarié est plus délicate dans un système autogestionnaire que celle d'un indépendant (employeur et employé) ou est-ce pour laisser la place aux soignants dans les lieux de décision et de gestion ?

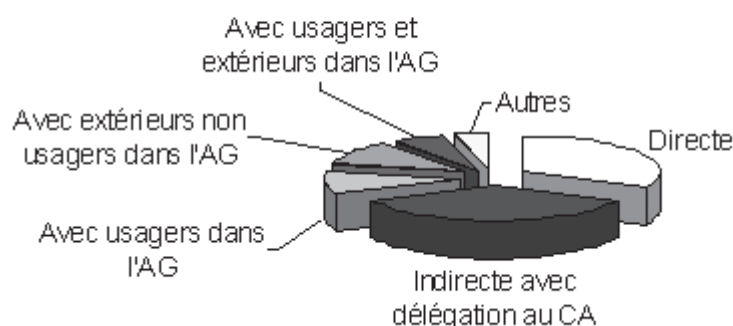
- Toutes les procédures pour devenir membre des organes et lieux de gestion et de décision sont utilisées. Il n'y a pas de grandes tendances qui ressortent. De plus, un certain nombre de maisons médicales n'ont pas répondu à cette question. Est-ce par incompréhension ou délibérément ?

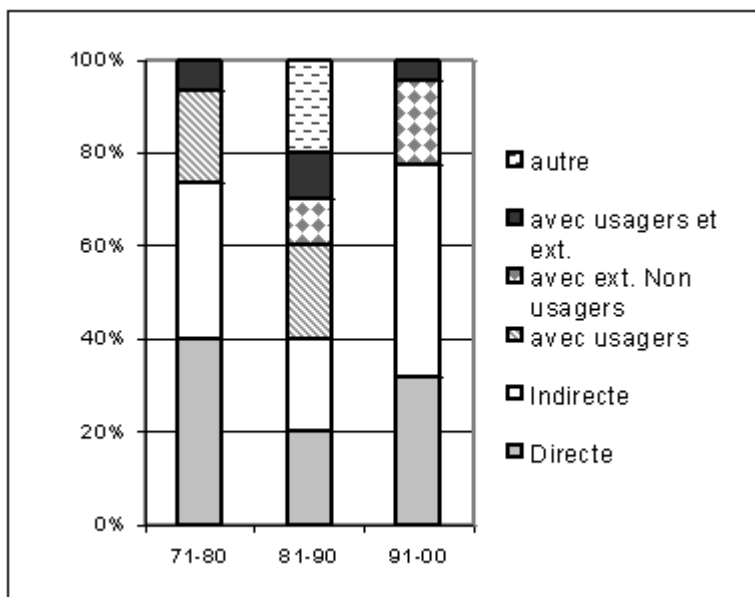
- La fréquence des réunions est proportionnelle au pouvoir qu'aura chaque lieu de gestion et de décision.

- Dans chaque type d'autogestion, on remarque que les structures et les fonctions existantes qui ont un rôle de gestion et de décision sont principalement l'assemblée générale (90 %), le conseil d'administration (80 %) et l'équipe de travailleurs (62 %). Cependant, suivant le type d'autogestion, le pouvoir de ces structures aura un poids différent.

- Une seule maison médicale a mentionné la présence d'un directeur. Par contre, 21 % des maisons médicales ont un coordinateur. On pourrait penser que cette fonction est nécessaire essentiellement dans les structures plus importantes au niveau du personnel, mais ce n'est pas le cas. Il s'agit

Répartition des maisons médicales selon le type d'autogestion





essentiellement de maisons médicales comportant dix à quatorze travailleurs. Le rôle de ceux-ci est essentiellement la gestion quotidienne.

Lorsqu'on classe les maisons médicales interrogées suivant la typologie proposée, on constate que presque les trois-quarts des maisons médicales fonctionnent en autogestion directe ou indirecte avec délégation au conseil d'administration. La présence d'extérieurs (qu'ils soient usagers ou non) reste marginale. Dans des textes officiels et publiés de la Fédération, il est pourtant stipulé que les personnes extérieures (représentants du monde politique, social ou culturel) et les usagers étaient fortement souhaités au sein de l'assemblée générale.

Suivant les différentes variables rencontrées dans le questionnaire et en les croisant, plusieurs observations et analyses peuvent être dégagées.

• **La date de création :**

On repère d'emblée que 80 % des maisons médicales ont été créées dans les années 70 et 90. On peut relier ce phénomène à plusieurs facteurs. En effet, le début des années 70 est marqué par l'influence de l'après 68, la présence d'un militantisme important et la prospérité au niveau économique. Durant les années 80, le mouvement maison médicale se définit, se théorise ; c'est l'époque de la recherche de

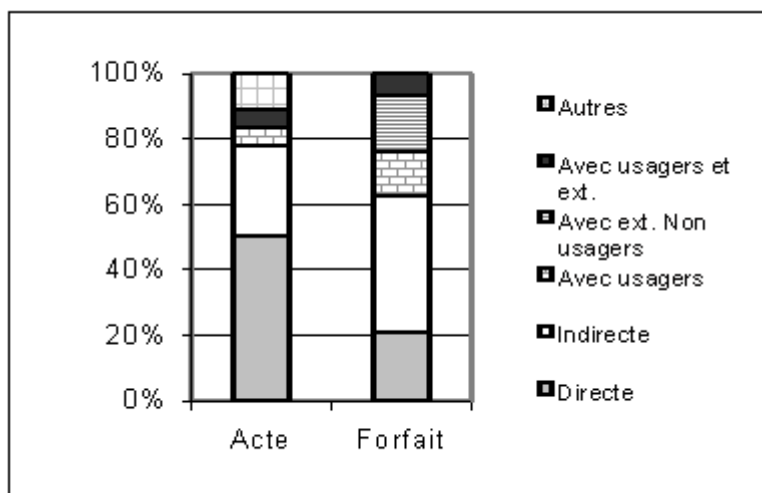
reconnaissance du modèle et de la recherche de nouveaux outils pour atteindre au mieux les objectifs de départ. C'est aussi la crise au niveau économique. Dans les années 90, le forfait (créé depuis 85) commence à faire ses preuves et de nombreuses nouvelles maisons médicales apparaissent (surtout en région wallonne) et utilisent ce système de financement qui leur semble plus adapté. En effet, celui-ci répond à une demande de plus en plus grande, puisque que les soins prodigués sont non payants pour les patients et que s'accroît le phénomène d'exclusion sociale. Le forfait permet aux équipes de bénéficier d'une rémunération stable, liée au nombre de personnes inscrites et non au volume de prestations effectuées. De plus, le décret de la Communauté française est

voté en 93. Ces perspectives financières pour les maisons médicales semblent donc plus rassurantes.

On constate que les maisons médicales avec usagers sont principalement nées dans les années 70. A partir des années 90, la participation des patients au sein des organes de gestion et de décision ne semble pas être une préoccupation prioritaire. Par contre, on voit apparaître des personnes extérieures non-usagers. Est-ce la difficulté de position entre les soignants et les soignés qui a amené ce changement, sont-ce les différences culturelles, intellectuelles ou est-ce un fait volontaire ? On constate également que les années 80 sont une période charnière où sont présents, d'une façon assez égale, tous les types d'organisation autogestionnaires.

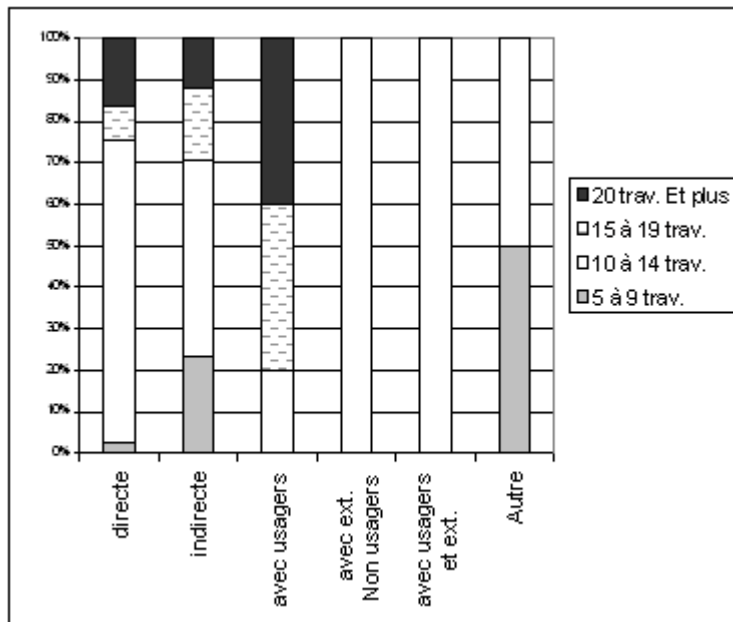
• **Le type de financement (acte – forfait)**

Les maisons médicales à l'acte pratiquent davantage l'autogestion directe (50 %) que les maisons médicales au forfait (20,5 %). Seuls 11 % des maisons médicales à l'acte ont la présence d'extérieurs (usagers ou non) dans leur



Le système « autogestionnaire » en maisons médicales : analyse de cas (suite)

assemblée générale, contre 38 % dans celles au forfait. Une forte proportion de maisons médicales au forfait fonctionne en autogestion indirecte. On peut supposer, à première vue, que les maisons médicales au forfait correspondent davantage à la charte de la Fédération des maisons médicales puisqu'elles intègrent plus facilement des extérieurs (usagers ou non) dans leurs assemblées générales.



Le nombre de travailleurs

Les maisons médicales avec usagers dans leur assemblée générale comprennent un plus grand nombre de travailleurs ; ceci peut être une question de proportionnelle : une personne extérieure face à six travailleurs dans l'assemblée générale aura plus de poids que face à vingt travailleurs. Les maisons médicales avec extérieurs non-usagers ont une taille moyenne au niveau du nombre de travailleurs. On retrouve le moins grand nombre de travailleurs dans les autogestions directes et indirectes. Ce sont pour l'essentiel des maisons médicales débutantes. Le

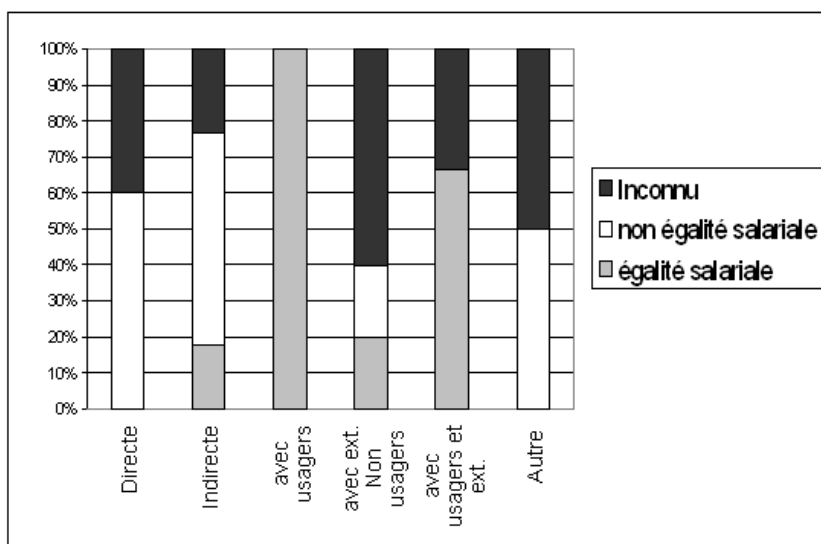
nombre moyen de travailleurs dans les maisons médicales est de 13,4. On constate en effet, que plus de la moitié des maisons médicales occupent entre dix et quatorze travailleurs. A ce nombre, toutes les formules d'organisation sont possibles. Ce qui n'est pas le cas des maisons médicales avec plus ou moins de travailleurs. Contrairement à l'hypothèse émise au début de ce travail, à savoir que le nombre croissant de travailleurs nécessitait une plus grande structuration de l'autogestion, on constate que 33,3 % des maisons médicales de plus de vingt travailleurs fonctionnent en autogestion directe.

L'égalité salariale

On constate que le principe d'égalité salariale se rencontre davantage dans les maisons médicales fonctionnant au forfait et dans celles ayant des personnes extérieures dans leur assemblée générale, a fortiori s'il s'agit d'usagers. Par contre dans l'autogestion directe, l'égalité salariale n'est pas présente et cela semble même tabou, puisque 40 % des maisons médicales n'ont pas répondu à cette question.

Cette enquête a permis de poser plusieurs questions et de faire des constats. On constate en effet, que la date de création et le mode de financement de la maison médicale ont une incidence sur le type d'autogestion pratiqué. Par contre, il n'est pas repéré que le nombre de travailleurs a une incidence sur celui-ci, contrairement à l'hypothèse émise, à savoir que plus le nombre de travailleurs est élevé, plus l'organisation aura besoin d'être structurée avec différents niveaux de décisions.

Au niveau de l'incidence du type d'autogestion sur le partage des responsabilités, la répartition des revenus, le droit à la parole et de décision et la non-hiérarchie, plusieurs



observations ont pu se dégager. Il semble apparaître que la présence d'usagers dans l'assemblée générale est concomitante avec davantage d'égalité salariale, mais en même temps ces maisons médicales sont également plus anciennes et fonctionnent souvent au forfait. Quel est donc le facteur influençant ? Il semble que plusieurs facteurs entrent en ligne de compte. Lors de l'entretien, il sera donc important de préciser comment se prennent les décisions. Est-ce que chacun peut dans les faits exercer son pouvoir de décision d'une manière optimale ?

Ce premier questionnaire a permis de faire un état des lieux du fonctionnement autogestionnaire en maisons médicales et de déterminer les facteurs influençant le recours à un type d'autogestion plutôt qu'à un autre. Il permet également de définir un échantillon plus restreint et représentatif afin de réaliser l'entretien qualitatif. Ce dernier a permis de faire un tableau synthétique pour mieux repérer les relations de pouvoir entre les acteurs de chaque maison médicale interrogée. Ensuite, une analyse comparative entre les différentes organisations a été réalisée pour mettre en avant ce qu'un type de fonctionnement induit en termes de relations de pouvoir par rapport à un autre. Les différentes variables présentes dans les maisons médicales (comme le système de financement, la date de création, le type d'autogestion mis en œuvre, ...) ont été mises en relation pour voir dans quelle mesure l'une ou l'autre permet d'atteindre plus facilement les objectifs fixés par les maisons médicales.

Les questions posées pour effectuer la comparaison ont été les suivantes :

1. Est-ce que le mode d'organisation influence le partage des responsabilités ?
2. Est-ce que le mode d'organisation influence la reconnaissance de chacun ?
3. Est-ce que le mode d'organisation influence la prise d'initiative, la motivation dans le travail ?
4. Est-ce que le mode d'organisation influence le droit à la parole et aux décisions ?
5. Est-ce que le mode d'organisation influence la répartition des revenus ?
6. Est-ce que la répartition de revenus influence les relations entre travailleurs et la reconnaissance de chacun ?
7. Est-ce que le mode d'organisation influence la garantie de la dispensation de soins globaux, intégrés et continus ?
8. Est-ce que la présence d'extérieurs (usagers ou non) entraîne plus d'égalité entre travailleurs ?

Ces questions reprennent les éléments qui ont poussé les maisons médicales à fonctionner en autogestion et permettent de répondre à la question de départ : est-ce qu'un type de fonctionnement autogestionnaire permet d'atteindre au mieux les objectifs des maisons médicales ?

Voici ce que nous pouvons en retirer.

Les ressources dont dispose chaque travailleur sont très différentes d'une profession à l'autre. En effet, certaines professions sont reconnues dans les négociations de par leur connaissance et leur argumentation. Elles ont acquis durant leurs études un savoir qui est légitimé. *L'idéologie* est également un facteur très important dans le poids des négociations. La personne incarnant

cette idéologie aura une place reconnue, peu importe sa profession.

La position de chacun semble plus « officielle » dans les maisons médicales fonctionnant avec *une forte délégation au conseil d'administration*. Cette désignation plus claire permet aux différents acteurs de pouvoir utiliser les ressources qu'ils possèdent en fonction de leurs positions. Cependant, pour éviter que les mêmes travailleurs se retrouvent dans les places de pouvoir, il est important de garantir une tournante dans les mandats octroyés.

On constate également que *la structuration de la distribution de la parole ainsi que la structuration des prises de décisions* sont importantes pour garantir la liberté de décision et la libre expression de chacun. Cette structuration peut se traduire par la désignation d'un animateur, la pratique régulière du vote secret (et pas uniquement lorsqu'un travailleur le demande), la pratique d'une évaluation...

Le type de financement utilisé par les maisons médicales interfère dans les relations entre les travailleurs. Ainsi, on constate que le statut (indépendant ou salarié) peut amener des niveaux de pouvoir différents même s'ils ne sont pas toujours formels. La mutualisation des ressources permet d'atténuer cet aspect et de mettre davantage les travailleurs sur pied d'égalité (qu'ils soient indépendants INAMI ou salariés non-INAMI). Le forfait est également un outil très intéressant dans ce domaine, étant donné qu'il permet davantage la mutualisation des ressources de par une facturation commune mensuelle.

Il est en effet difficile de travailler en autogestion dans une organisation où existent de fait des différences importantes de pouvoir entre les travailleurs.

• Le système « autogestionnaire » en maisons médicales : analyse de cas • (suite) • • • • • • • • • •

Un des objectifs de l'autogestion est d'amener plus d'égalité entre les acteurs de par la possibilité de participer aux débats et au processus de décision. Si les acteurs ont de fait des pouvoirs très différents, le système autogestionnaire utilisé ne pourra pas répondre à ses objectifs. Il faut donc également mettre en œuvre les outils nécessaires pour que les travailleurs possèdent au maximum les mêmes ressources, tout en sachant qu'il est impossible de donner les mêmes connaissances et les mêmes capacités à chacun.

Il ne suffit pas que tous les membres de l'équipe soient présents lors du processus de décision pour garantir une égalité entre les travailleurs.

Tous ces facteurs : présence d'extérieurs, forfait, mutualisation des ressources, égalité salariale, semblent être intimement liés les uns aux autres et garantissent l'égalité entre les travailleurs. Il est difficile de prendre en compte l'un de ces facteurs sans que les autres n'interagissent.

Dans quelle mesure la typologie hypothétique d'organisation autogestionnaire en maisons médicales énoncée par la Fédération et décrite ci-dessus est-elle valide ? Nous avons déjà constaté à la suite du premier questionnaire qu'elle correspondait bien aux différents types de fonctionnement existant au sein des maisons médicales. En effet, quasiment toutes les maisons médicales interrogées correspondaient à l'un des schémas proposés dans la typologie hypothétique.

Cependant, est-ce que les hypothèses énoncées en termes de relations de pouvoir entre les acteurs correspondent aux observations du deuxième entretien ?

Pour l'**autogestion directe**, l'hypothèse émise correspond bien à l'observation. En effet, tous les travailleurs ont accès théoriquement au pouvoir mais la protection des minorités n'est pas assurée dans la mesure où il n'existe pas de structure tampon.

Pour l'**autogestion indirecte avec délégation au conseil d'administration**, il est un fait que les conflits entre conseil d'administration et travailleurs sont possibles mais l'assemblée générale (composée de tous les travailleurs) n'est pas nécessairement le lieu de recours de tous les travailleurs. Pour certaines maisons médicales, le pouvoir de décision appartient uniquement au conseil d'administration et l'assemblée générale a un pouvoir de consultation. Dans ce cas, la protection des minorités n'est pas assurée. Par contre, le schéma correspond bien en termes de relation de pouvoir entre les acteurs, si en cas de conflits la force reste à l'assemblée générale.

L'**autogestion indirecte avec usagers dans l'assemblée générale** ne garantit pas une plus grande négociation entre les travailleurs et les usagers. Tout dépend de la place qu'on laisse à ces derniers et de la façon dont ils sont élus à l'assemblée générale. Dans la maison médicale interrogée, ceux-ci ne semblent pas prendre une place importante si ce n'est qu'elle suscite une ouverture des membres de l'équipe vers l'extérieur.

La maison médicale fonctionnant en **autogestion indirecte avec présence d'extérieurs non-usagers dans l'assemblée générale** ne considère pas avoir la présence d'extérieurs puisqu'il s'agit d'anciens travailleurs pratiquant toujours dans une autre

maison médicale. Il n'existe donc pas de stratégies politiques ou syndicales contraires aux buts que l'équipe peut rencontrer. Je n'ai pas pu mesurer l'impact de la présence d'extérieurs dans les relations de pouvoir. Il semble cependant que les débats et les décisions aient lieu préalablement aux assemblées générales et que les extérieurs ne soient pas intégrés à cette étape.

•••• Conclusions générales et mises en perspective

L'autogestion est un type de fonctionnement qui peut paraître assez « désuet » aujourd'hui étant donné que de nombreuses organisations l'ont testée dans les années soixante et l'ont laissé tomber par la suite. Pourtant, dans les maisons médicales, ce concept est toujours bien présent et fonctionne. A quoi cela est-il dû ? Les maisons médicales correspondent à une idéologie très forte d'égalité et sont constituées de petites équipes dont les membres sont pour la plupart hautement qualifiés. Ceci peut être un des facteurs influençant la continuité de ce type de fonctionnement.

Dans quelle mesure l'autogestion permet-elle d'atteindre davantage les objectifs fixés par les maisons médicales et dans quelle mesure permet-elle de donner une place plus égalitaire à chaque acteur ? Quels facteurs extérieurs influencent les relations de pouvoir et permettent d'atteindre les objectifs fixés ?

L'autogestion peut être traduite dans la pratique de façons très différentes. En s'appuyant sur une typologie



hypothétique émise par la Fédération des maisons médicales et d'après les résultats de la première enquête, nous avons pu classer les maisons médicales en cinq types de fonctionnement autogestionnaire. Les critères portaient sur : une délégation au conseil d'administration ou pas, la participation d'extérieurs usagers ou non dans les lieux de décisions. Les résultats de cette première enquête semblent indiquer que la date de création et le système de financement pratiqué sont des facteurs influençants.

Le nombre de maisons médicales ayant intégré des extérieurs au sein de l'organisation est minime, alors qu'il s'agit d'un élément encouragé par la Fédération pour donner un regard extérieur et une insertion dans la vie sociale.

Il existe également une grande disparité quant au choix du système autogestionnaire en fonction de la date de création. Les jeunes maisons médicales qui intègrent des extérieurs choisiront davantage des représentants du monde politique, social ou culturel, tandis que les maisons médicales plus anciennes avaient choisi des représentants des patients. Ce changement peut

s'expliquer par le fait que la relation patients / soignants au sein de lieux de décision n'est pas toujours facile à gérer. Dans quelle mesure un patient osera-t-il contraindre son médecin ? C'est peut-être l'expérience des plus anciens qui a provoqué cette transformation.

Le système de financement mis en œuvre influence également le fait d'intégrer des extérieurs ou non dans l'assemblée générale. Ainsi, parmi les maisons médicales interrogées, une seule fonctionnant à l'acte intègre des extérieurs contre sept fonctionnant au forfait. Il semble d'ailleurs que la mutualisation des ressources, encouragée par le forfait, influence davantage cet aspect. La maison médicale à l'acte intégrant des usagers pratique la mutualisation des ressources. Elle est la seule.

La pratique de l'égalité salariale se vit davantage dans les maisons médicales intégrant des personnes extérieures dans leur assemblée générale et a fortiori s'il s'agit d'usagers.

A la suite de cette première enquête, qui a permis de faire un état des lieux du fonctionnement autogestionnaire en maisons médicales et de déterminer les facteurs influençant le recours à un

type d'autogestion plutôt qu'à un autre, j'ai pu dégager un sous-échantillon de quatre maisons médicales pour entreprendre, par guide d'entretien plus qualitatif, une étude exploratoire sur les modes de fonctionnement.

Il en ressort que les dynamiques de pouvoir entre les acteurs sont différentes suivant la problématique abordée, le système de financement pratiqué et l'organisation interne de la maison médicale. On constate que le **principe d'égalité entre les travailleurs, la motivation de ceux-ci et leur part d'initiative seront d'autant plus grands que la décision à prendre sera moins conflictuelle, que la maison médicale pratiquera le forfait avec la constitution d'un pool financier commun et que les lieux de pouvoir seront bien désignés avec une rotation dans la distribution des mandats.** Le vote secret garantit également une plus grande égalité entre les acteurs et évite les pressions exercées par certains.

Il semble globalement que l'autogestion apporte de grandes satisfactions aux travailleurs et dans un même temps des frustrations occasionnées par un manque d'efficacité, un manque de désignation claire des lieux de décision... Le système semble également correspondre aux objectifs de départ des maisons médicales à condition de mettre en place des « garde-fous » pour éviter de créer des organisations inefficaces en termes de fonctionnement et de gestion ou des organisations avec une hiérarchie « officieuse » sans protection des minorités.

L'idéologie des maisons médicales permet sans doute de rassembler les travailleurs autour d'un projet fort. Ce

• Le système « autogestionnaire » en maisons médicales : analyse de cas (suite)

rassemblement se faisait au départ à l'encontre des références dominantes, ce qui créait une appartenance très forte à l'organisation. Les travailleurs étaient souvent liés par des liens affectifs. Aujourd'hui, la contestation et la démarcation par rapport à l'extérieur sont moins présentes. Dans ce contexte, les travailleurs seront-ils toujours aussi motivés par le principe d'égalité, alors que la société dans laquelle ils vivent est de moins en moins égalitaire ? Voudront-ils toujours investir du temps dans une tâche pour laquelle ils ne sont pas nécessairement rémunérés ? Ceci n'est pas gagné et reste un combat à mener au sein des maisons médicales.

Pour terminer, je formulerai quelques propositions concrètes, sur base d'analyse, susceptibles d'améliorer le système autogestionnaire :

1. Ce qui garantit davantage le partage des responsabilités serait :

- le mode de financement au forfait avec pool commun,
- **l'accès pour tous les travailleurs aux lieux où il y a une prise de responsabilités et la rotation de ces personnes dans ces lieux,**
- une désignation claire des lieux de décision et des personnes mandatées.

2. Il est important que **les prises de décision soient structurées** et que chaque travailleur puisse donner son avis lors de celles-ci. **Le vote secret** me paraît davantage pouvoir répondre à cette exigence que le consensus.

3. Il semble que la prise d'initiative

ait un rapport direct avec la division verticale du travail. Les travailleurs prendront d'autant plus d'initiatives qu'ils seront **intégrés dans l'ensemble du processus de décision et qu'ils pourront accéder de façon temporaire ou à long terme aux différents lieux de décisions.**

4. Durant tout ce travail, je me suis posé la question de la pertinence de la présence des **syndicats au sein des lieux de pouvoir des maisons médicales**. Il semble, d'après les données que j'ai en ma possession, que la présence d'extérieurs amène plus d'égalité entre les travailleurs. Cependant, il existe une forte réticence dans les maisons médicales à intégrer des extérieurs. Cela peut être dû au fait que les maisons médicales appartiennent à un projet idéologique fort et qu'elles ont peur du regard extérieur sur leur fonctionnement. « On s'arrange » entre travailleurs et on ne suit pas toujours les réglementations à la lettre.

Il me semble donc, d'après les fonctionnements actuels des syndicats et des maisons médicales, qu'ils auraient du mal à travailler ensemble. Il faudrait au préalable une ouverture réciproque et une meilleure connaissance l'un de l'autre. L'autogestion fonctionnant encore aujourd'hui dans d'autres institutions, il faudrait que celles-ci se rassemblent pour se faire connaître et être reconnues comme fonctionnement à part entière par les syndicats.

** *News*, périodique de la Fédération des maisons médicales, n°8, septembre 1997.

Nouveaux groupes vulnérables dans les soins de santé en Belgique

Christophe Vanroelen et Tom Smeets, auteurs, Fred Louckx, médecin, professeur, Vakgroep Medische Sociologie, Faculteit van de Geneeskunde en Farmacie, Vrije Universiteit Brussel

A la demande du Service public fédéral de programmation politique scientifique, le Service de sociologie médicale de la Vrije universiteit Brussel a mis sur pied une étude sur les nouveaux groupes vulnérables en matière de soins de santé en Belgique. La question centrale peut être ainsi posée : quels sont les facteurs qui déterminent l'apparition de problèmes financiers dans l'accessibilité aux soins de santé ? Plutôt que de dresser un simple inventaire des catégories vulnérables, le but était d'emblée de faire apparaître les dénominateurs communs à toutes les catégories défavorisées pour arriver à élucider les causes sous-jacentes aux problèmes financiers d'accessibilité. Le résultat est un aperçu exhaustif des points sensibles susceptibles d'apparaître lors des contacts avec la santé publique. Des propositions politiques concrètes et applicables dans l'immédiat ont été avancées, sur base des informations recueillies dans cette étude qui permet donc un ancrage direct dans la politique de santé publique.

structure de l'État providence et de la sécurité sociale (dont l'assurance maladie) imputables à ces évolutions ? Quelles sont les mesures politiques concrètes en matière de santé publique qui ont amélioré ou compliqué l'accessibilité financière des plus vulnérables ? La complexité du problème apparaît dans l'approche méthodologique de cette étude. C'est par le biais de différentes techniques de recherche que l'on obtient les résultats concernant les nouveaux groupes vulnérables.

Les conclusions finales sont basées sur les analyses de l'Enquête belge sur la santé de 1997, sur une étude approfondie de la littérature scientifique belge et étrangère et sur une analyse des mesures politiques concernant l'accessibilité aux soins de santé. Mais ces conclusions reposent surtout sur une étude empirique auprès de quarante-cinq experts du secteur de la santé publique (mutuelles, groupes d'intérêts, monde académique, mais également hommes et femmes de terrain) ainsi que cinq personnes « autorisées de par leur vécu ».

Microanalyse : un aperçu des points sensibles concrets

Il semblait approprié de structurer les points sensibles apparus lors de l'étude de la littérature scientifique et de la recherche empirique. Nous avons donc dégagé six grandes catégories « de points sensibles qui freinent l'accessibilité aux soins de santé pour les groupes socialement vulnérables ».

1. Des problèmes de statut liés à l'assurance maladie ;

2. Une situation matérielle précaire ;
3. Des problèmes liés au fonctionnement des institutions ;
4. Des besoins médicaux élevés ;
5. L'absence de soutien non-professionnel ;
6. Un niveau de connaissance et de résistance morale réduit.

La présence d'un seul de ces points sensibles suffit à créer des problèmes d'accessibilité, les besoins médicaux (élevés) en sont même une condition nécessaire. Les plus vulnérables combinent cependant différents points sensibles ce qui rend chaque situation unique. On voit néanmoins apparaître les mêmes points sensibles dans différents groupes à problèmes mais dans des combinaisons différentes. C'est ce qui freine la catégorisation de ces personnes. Un exemple à titre de précision : *On ne parlera pas automatiquement de difficulté financière d'accessibilité aux soins de santé en cas de maladie chronique. Il arrive que des malades chroniques traversent leur période de maladie sans trop de problèmes financiers (ils ont, par exemple, un avoir personnel, peuvent compter sur l'aide de la famille, disposent d'une assurance complémentaire). Le malade chronique ne deviendra vulnérable que quand il verra diminuer son revenu à cause de son inaptitude au travail ou encore quand son affection nécessitera un traitement non encore remboursable par l'assurance maladie.*

1. Problèmes de statut dans l'assurance maladie

Pour cette catégorie, il s'agit des problèmes liés au manque ou à la précarité de statut au sein de l'assu-

• Nouveaux groupes vulnérables dans les soins de santé en Belgique • (suite) • • • • • • • • • • •

rance maladie. Elle comprend les gens qui n'ont tout simplement pas d'assurance maladie ou ceux qui ne sont assurés que partiellement dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire.

Les « sans papiers » se trouvent, sans conteste, dans la plus grande précarité. Ce n'est que dans des situations exceptionnelles qu'ils peuvent faire appel au remboursement des frais médicaux dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Dans la plupart des cas, ils sont tributaires de la réglementation exceptionnelle à savoir le remboursement des frais médicaux tel que stipulé dans le cadre de l'arrêté royal « pour l'assistance médicale d'urgence aux personnes sans statut de séjour légal ». Le fonctionnement de cet arrêté royal laisse cependant fort à désirer. Il y a un manque total de sécurité juridique quant à la possibilité de remboursement de soins médicaux pour des personnes sans statut de séjour légal. Il en résulte que l'on assiste à un comportement dilatoire ou de renoncement et que les problèmes financiers causés par les frais médicaux sont élevés.

Hormis les personnes qui n'ont de toute façon aucun droit dans le cadre de la sécurité sociale obligatoire, il y a également celles qui, pour des raisons diverses, sont exclues de l'assurance maladie et ce, en dépit du fait qu'elles y aient droit, en principe. Il s'agit, en premier lieu, de personnes qui, par négligence ou par manque de moyens, n'ont pas payé leurs cotisations ou qui n'ont pas rempli leurs obligations administratives. Les sans abri, les toxicomanes et les forains en sont des exemples.

On peut, enfin, y ajouter ceux qui ne bénéficient pas de la couverture totale

dans le cadre de l'assurance maladie. L'indépendant qui n'a pas souscrit d'assurance facultative pour les risques mineurs en est l'exemple classique. Nombre d'observateurs préconisent, dès lors, l'intégration du régime d'assurance maladie des indépendants dans le régime général. L'absence d'assurance hospitalisation est de plus en plus souvent considérée comme un point sensible.

Compte tenu de l'augmentation croissante des frais non remboursables par l'assurance maladie obligatoire en cas d'hospitalisation, certaines personnes sans assurance hospitalisation se retrouvent parfois devoir s'acquitter de fortes sommes.

2. Une situation matérielle désavantagée

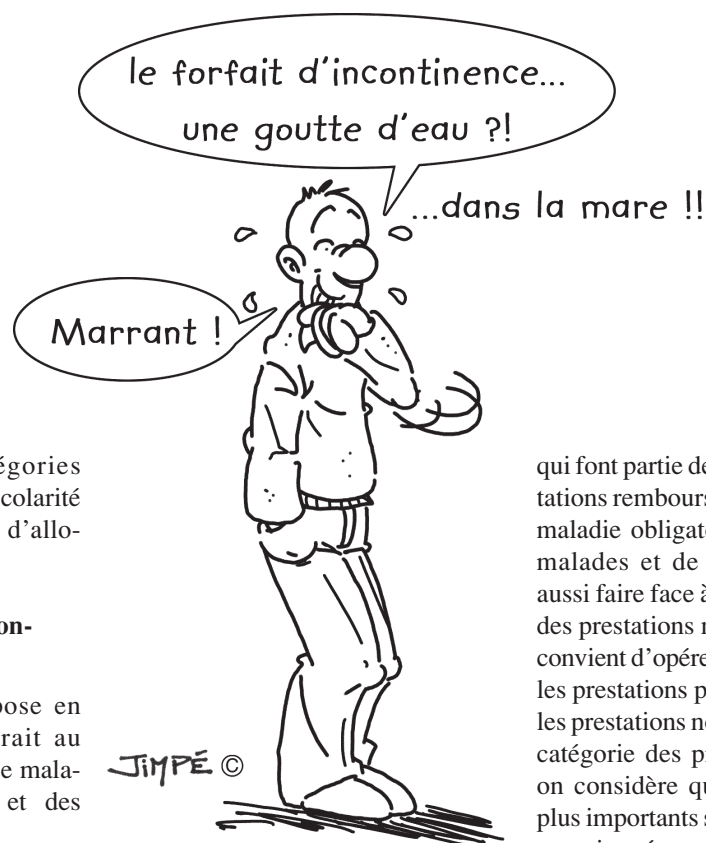
Cette catégorie traite des points sensibles qui sont la conséquence d'un manque de moyens financiers ou d'une situation matérielle précaire. Les personnes qui doivent vivre d'un revenu de remplacement sont particulièrement touchées. Bon nombre de personnes qui tombent (gravement) malades sont aussi confrontées à des frais médicaux accrus mais également à une perte de revenus qui découle d'une incapacité de travail. Diverses études font état du fait que les allocations pour incapacité et invalidité ne couvrent que les besoins essentiels. Ces allocations sont insuffisantes pour couvrir, en outre, des frais médicaux importants. Il en va de même pour les autres revenus de substitution tels les allocations de chômage, les pensions ou du revenu garanti minimum. On plaide non seulement pour des mesures de réévaluation des revenus de substitution par rapport aux salaires, mais également pour une

péréquation par rapport au niveau de vie. Afin de réduire les dépenses des personnes qui ont à porter de lourdes charges médicales, un nombre d'aides financières spécifiques ont été créées (le forfait pour l'aide d'une tierce personne, le forfait de soins, le forfait d'incontinence, et autres interventions dans le cadre de l'assurance maladie). Nos experts nous signalent que ces aides financières ne sont souvent qu'une goutte dans la mare. Ils indiquent aussi que, compte tenu des faibles revenus de substitution, ces aides financières sont souvent indûment utilisées comme complément au revenu de substitution afin de pourvoir aux besoins primaires.

Mais des personnes autres que celles qui vivent d'un revenu de remplacement sont susceptibles de se retrouver dans une position vulnérable dans le système des soins de santé.

Ainsi en est-il des personnes qui se retrouvent en position de vulnérabilité parce que, disposant d'un revenu tout juste suffisant pour couvrir les besoins journaliers, elles vivent dans une situation « budgétaire marginale » : elles n'ont pas de bas de laine, aucun avoir personnel, leur revenu leur permet à peine de joindre les deux bouts ou est grevé de nombreuses échéances à payer. Un tel contexte ne permet pas de faire face à des frais médicaux inattendus ou force ces personnes dans la précarité.

Il apparaît également que la précarité financière peut être la conséquence de l'inadéquation des possibilités d'embauche pour les catégories vulnérables. Il est urgent de penser à des initiatives complémentaires en la matière, non seulement pour les malades et les moins valides mais



aussi pour les autres catégories vulnérables (les personnes à scolarité réduite, certaines catégories d'allochtones, par exemple).

3. Problèmes dus au fonctionnement des institutions

Cette catégorie se décompose en points sensibles qui ont trait au fonctionnement de l'assurance maladie, des prestataires de soins et des CPAS.

Au sein de l'assurance maladie, un des facteurs clé, semble bien être la complexité des procédures et de l'administration. Le dispositif mis en place pour les catégories vulnérables, pour être réel, n'est cependant accessible qu'à ceux qui ont le plus de résistance morale, à savoir ceux qui savent ce à quoi ils ont droit en matière d'allocations, d'aides financières et de statuts spéciaux. Une proposition empreinte de pragmatisme vise la création, au niveau communal, d'un guichet central de la santé. Ce guichet, d'accès convivial, devra regrouper tous les dispositifs quels que soient les niveaux de compétence et accompagner les personnes dans les contacts avec les prestataires de soins, avec l'assurance maladie.

Une accessibilité facile est également freinée par la coopération souvent fastidieuse entre les prestataires. Les diverses institutions, voire les services d'une seule et même institution ne se communiquent par exemple pas certaines informations. De plus, les personnes socialement vulnérables ne comprennent pas toujours la langue des prestataires de soins.

Le fonctionnement des CPAS dans l'octroi d'aide financière pour couvrir

des frais médicaux ou des cotisations est fort critiqué. La réglementation pour l'obtention d'aide financière pour frais médicaux semble trop complexe et manque d'uniformité. Il y a, en outre, des problèmes de coopération entre les différents CPAS. Nos informateurs soulignent, par ailleurs, que les soins sont de moins bonne qualité quand il s'agit de personnes tributaires d'aide financière émanant d'un CPAS. Il faut souligner également que, pour les CPAS, il y a incompatibilité entre un avoir personnel et l'octroi d'une aide financière. Certains (les personnes âgées qui possèdent une habitation, par exemple) craignent donc de demander de l'aide au CPAS. Il reste à mentionner la politique de répartition : les demandeurs d'asile, dont la procédure de reconnaissance est en cours, se voient ainsi affectés à un CPAS différent de celui de la commune où ils résident. Ils n'ont donc, de fait, pas accès aux soins de santé.

4. Des besoins médicaux élevés

Une première constatation importante réside dans le fait que les frais médicaux ne se limitent pas aux dépenses

qui font partie de l'ensemble des prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire. Bon nombre de malades et de handicapés doivent aussi faire face à des frais élevés pour des prestations non remboursables. Il convient d'opérer une distinction entre les prestations purement médicales et les prestations non médicales. Dans la catégorie des prestations médicales, on considère que les problèmes les plus importants sont liés aux dépenses occasionnées par les médicaments de la catégorie D, les frais supplémentaires d'hospitalisation et les frais de traitement pour les affections rares qui ne sont pas repris dans la nomenclature de l'assurance maladie. Dans la catégorie des frais non médicaux (non remboursables), on considère que les problèmes sont surtout liés aux frais occasionnés par un état de dépendance (par exemple les frais de transport approprié, d'aide ménagère, d'aide pour les soins corporels), par le matériel de soins (par exemple les pansements, le matériel d'incontinence, la nourriture sous perfusion) et par le matériel paramédical (les lunettes, les prothèses, les appareils orthopédiques, par exemple). L'aide financière - dont il a été question plus haut - est absolument insuffisante pour compenser le coût réel des dépenses occasionnées par ces frais.

Le calcul du remboursement des frais médicaux fait apparaître deux situations de vulnérabilité accrue qui peuvent conduire à des problèmes financiers d'accès. D'une part, l'apparition brusque de frais médicaux élevés - après un accident de la route ou le diagnostic d'un cancer, par exemple - et, d'autre part, l'accumulation prolongée de frais médicaux. Les familles où vivent plusieurs personnes

• Nouveaux groupes vulnérables dans les soins de santé en Belgique • (suite) • • • • • • • • • •

nécessitant des soins importants ou les personnes très âgées se trouvent être particulièrement vulnérables.

De nombreux observateurs considèrent l'introduction de la facture maximale pour les soins de santé comme un jalon positif susceptible de favoriser l'accessibilité financière. Il est toutefois difficile de parler d'un système qui garantirait l'accès universel aux soins de santé pour tous - et donc également pour les gens en situation de vulnérabilité. La facture maximale pour les soins de santé ne fonctionne que rétroactivement. Il faut donc souvent attendre un an, voire deux pour les personnes disposant d'un revenu plus élevé, pour obtenir l'intervention. Les participants sont nombreux à souligner que les mesures qui visent à améliorer l'accessibilité doivent intervenir au moment des frais et pas ultérieurement. Un système dans lequel le niveau du revenu serait pris en compte pour le calcul du prix des traitements médicaux semble offrir une meilleure garantie d'accessibilité aux soins de santé et permettrait d'intervenir au moment où les frais se présentent. Dans ce contexte, des propositions précieuses ont été formulées afin d'étendre le régime préférentiel et de parvenir ainsi à un système graduel dans lequel le prix des soins de santé serait calculé en fonction du revenu, assorti d'un nombre d'autres facteurs liés au statut social et à l'état de santé.

5. L'absence de soutien non-professionnel

La mesure de l'aide apportée par la famille, les amis, les voisins aux personnes vulnérables est très importante. Il peut s'agir d'une aide apportée aux

personnes qui ont des problèmes de dépendance (soins informels). L'aide de la famille et des connaissances permet d'éviter une aide professionnelle onéreuse. De l'avis des participants à cette étude, si cette aide vient à manquer, les personnes nécessitant des soins, les handicapés, les vieillards, se retrouvent dans une catégorie à risque quant à l'accessibilité financière aux soins de santé.

Il a été démontré, par ailleurs, que l'intervention financière pour une maladie ou un handicap, sous la forme d'un revenu de substitution et/ou d'une aide financière s'est avérée insuffisante pour couvrir les frais supplémentaires. Beaucoup de familles de malades ou de handicapés doivent puiser dans leurs réserves mais sont obligées également de faire appel à la « solidarité familiale ». Cette possibilité faisant défaut, le risque de se retrouver dans une situation d'accessibilité financière difficile s'accroît. A cet égard, il va de soi que la vulnérabilité des personnes seules ou de celles qui n'ont pas de famille sera plus élevée et particulièrement celle des femmes et des vieillards.

6. Niveau de connaissance et de résistance morale réduit

Ce point sensible est indirectement lié à la complexité des soins de santé et de l'assurance maladie, décrite ci-dessus. Plus la complexité augmente, plus les personnes disposant de connaissance ou de résistance morale restreintes auront des problèmes à obtenir ce à quoi elles ont droit ou à recevoir le traitement approprié au prix approprié. Il y a indéniablement un rapport entre les soins de santé et l'assurance maladie, d'une part, et le « niveau de connaissance » et de

« résistance morale » d'autre part.

Le facteur « connaissance » aura aussi une incidence sur les priorités d'un individu ou d'un ménage en matière de dépenses. Celui qui ne « connaît » pas n'aura pas le souci prioritaire de souscrire une assurance facultative, de se faire soigner préventivement ou encore d'intervenir rapidement quand les problèmes de santé surviennent. A plus long terme, ces « choix » pourront, à leur tour, mener à des seuils d'accessibilité financière plus élevés au moment où les soins de santé seront devenus inéluctables.

••••

Macroanalyse : le contexte social

Les développements concernant l'accessibilité aux soins de santé ne peuvent être considérés en dehors des grands changements structurels de la société occidentale. Ces grands changements socio-économiques ont influencé la politique sociale et celle des soins de santé en Belgique.

On peut dire, succinctement, que l'effort des autorités occidentales s'est surtout porté sur la maîtrise des budgets de l'État et sur la sauvegarde de la compétitivité internationale, avec pour conséquence des mesures d'austérité en matière de politique sociale. Dans l'assurance maladie, ces mesures (accroissement linéaire des tickets modérateurs en 1994, majoration des frais d'hospitalisation ou responsabilisation du patient, par exemple) ont indubitablement conduit à une accessibilité financière plus difficile aux soins de santé.

D'autre part, certaines mesures, spéci-

fiquement catégorielles, ont été prises afin de prémunir les moins favorisés des conséquences. Ces développements ont toutefois débouché sur un affaiblissement du caractère universel et complet de l'assurance maladie, en Belgique, avec des mesures de correction pour les catégories socialement vulnérables et disposant d'un revenu moindre. En d'autres termes, la partie remboursable du prix des frais médicaux est de moins en moins équitablement répartie et dépend, toujours davantage, de la catégorie à laquelle on appartient ou dont on est exclu, sur la base de critères très précis. On glisse donc vers un système plus catégoriel et, par définition, moins équitable.

Tous ceux qui ont besoin d'une plus grande protection n'appartiennent pas d'office aux catégories politiquement préétablies : un nombre de personnes vulnérables en sont exclues. Les participants expriment leur inquiétude face à cette évolution.

••••

La marchandisation des soins de santé

Les participants à l'étude sont également préoccupés par l'influence croissante du marché et de l'initiative privée dans le secteur des soins de santé et dans l'assurance maladie. Il serait cependant malhonnête de nier la permanence de l'initiative privée dans les soins de santé (les mutuelles, les professions libérales, les institutions de soins privées). Force est quand même de constater l'émergence de nouveaux développements. La marchandisation montante doit être considérée dans le cadre plus large des mutations socio-économiques décrites

plus haut. Il est donc à craindre que cette évolution ne favorise, à terme, le déclin des soins de santé, basés sur la solidarité.

On assiste, d'une part, à la marchandisation des soins de santé. En effet, sous l'influence de l'industrie, notamment, le secteur de la santé est caractérisé par une complexité technique croissante et une nouveauté irrésistible provoquant une importante hausse des prix. Ce sont surtout les industries pharmaceutiques et médico-technique qui activent la spirale de hausse des prix. L'influence de l'industrie médico-technique est la plus sensible dans le secteur hospitalier. De nombreuses nouveautés techniques y sont introduites, en chirurgie, notamment. L'assurance maladie obligatoire a du mal à les inclure rapidement dans la nomenclature. Il arrive donc que le coût de certaines de ces nouveautés techniques soit complètement à charge du patient. Le secteur des médicaments est un autre point sensible. Pour la période écoulée, on a assisté à une forte hausse du prix des médicaments. Le prix de vente d'un médicament est beaucoup plus élevé que son prix de revient.

Cette hausse des prix exerce une forte pression sur le budget de l'assurance maladie obligatoire. L'ensemble des frais assurés est mité. Ces trous sont autant de niches intéressantes pour les sociétés d'assurance commerciales qui offrent des assurances complémentaires et facultatives. Mais le marché commercial de l'assurance est régi par des règles de fonctionnement fort différentes. Pour assurer la rentabilité, on y applique une sélection basée sur le risque. Les catégories à risque doivent s'acquitter d'une redevance plus élevée ou n'ont tout simplement

pas droit à une assurance, bien que, compte tenu de leur vulnérabilité, ce soient elles qui en aient le plus besoin. Le secteur hospitalier est, dans cette optique, un exemple édifiant : les frais personnels peuvent être très importants (certains frais additionnels ne sont pas à charge de l'assurance obligatoire). Pour ces frais justement, on propose des assurances complémentaires et facultatives. Néanmoins, le groupe à risque d'hospitalisation le plus important, à savoir celui des malades chroniques, est exclu car ces personnes ne peuvent souvent pas souscrire une assurance.

••••

Points sensibles dans le fonctionnement des soins de santé et de l'assurance maladie

Outre les conséquences liées aux développements importants dans les secteurs de la santé, il faut relever que d'autres points sensibles peuvent causer des problèmes d'accessibilité financière aux soins de santé. Certaines de ces causes sont liées aux tendances décrites plus haut.

En ce qui concerne le fonctionnement des soins de santé, de nombreux participants se plaignent de la complexité dans l'organisation des soins de santé. Les réformes de l'État et la pilierisation aidant, la politique de la santé est fragmentée sur différents niveaux de compétence. Autre problème : les patients qui n'ont pas voix au chapitre et qui, de ce fait, participent rarement à l'élaboration de la politique. Le peu de cas qui est fait des soins de première ligne et des soins préventifs ainsi que le rôle de la

• Nouveaux groupes vulnérables dans les soins de santé en Belgique (suite)

médecine prestataire sont considérés comme autant de menaces pour un système d'accessibilité universel à la santé. La politique en matière de médicaments est, elle aussi, visée. Il apparaît que dans les mesures récentes tendant à limiter l'intervention de l'assurance maladie pour le remboursement des médicaments, la responsabilisation du patient est trop importante. Il se pourrait bien qu'il ait à en payer le prix. De nombreux répondants affirment que l'assurance maladie ne dispose pas de moyens suffisants pour assurer une accessibilité à tous. Il faut ajouter que les options organisationnelles des soins et de l'assurance santé ne sont pas toujours judicieuses. Cette étude débouche justement sur des recommandations précieuses à cet égard. Nous y reviendrons. L'inégalité des sexes dans le secteur de la santé est également relevée par nos participants. Les prestataires de soins ne sont, en général, pas assez conscients des différences entre hommes et femmes. Ceci aura des conséquences pour le diagnostic, le traitement et le suivi des patientes. Les femmes allochtones sont particulièrement concernées. Par ailleurs, au sein même de la sécurité sociale, on assiste à des discriminations manifestes entre hommes et femmes, dues sans doute au manque de sensibilisation à ce problème.

•••• Quelques alternatives intéressantes

Il est difficile d'offrir un aperçu succinct des propositions formulées dans cette étude. Nous nous limiterons à quelques idées particulièrement intéressantes.

D'avantage de moyens financiers pour la santé, voilà le plaidoyer le plus répandu. De l'avis de la plupart des participants, imaginer une meilleure accessibilité financière à la santé, sans moyens financiers additionnels, relève de la fiction. La question qui s'impose, dès lors, est de savoir d'où proviendront ces moyens ? Un réaménagement des priorités dans le budget de l'État peut indéniablement déboucher sur des pistes intéressantes mais il faut raison garder en la matière.

Continuer sur la voie du financement réalisé essentiellement par les contributions provenant des revenus du travail n'offre pas de vraies solutions. Certains participants affirment néanmoins que la diminution des charges salariales limite intrinsèquement la marge de manœuvre financière de la sécurité sociale et trouvent qu'il faut donc agir avec doigté en la matière. D'autres plaident pour une solidarité accrue ; il faut, en d'autres termes, demander des efforts supplémentaires aux salaires les plus élevés. Du point de vue du financement, on s'exprime unanimement en faveur d'un financement issu de sources financières alternatives et, notamment, l'apport de moyens fiscaux généraux. On pense ici à une taxation plus importante des revenus autres que ceux du travail (capital, spéculation, bénéfiques, impôts « écologiques ») pour créer un espace d'investissement additionnel, notamment dans le secteur de la santé.

Il serait peu prévoyant, en matière de santé, de ne mettre l'accent que sur l'accroissement des moyens financiers. Étendre les moyens financiers doit être lié à un débat de fond. Quels soins de santé souhaiter à long terme ? Si l'on veut maintenir des soins de

santé universellement accessibles et basés sur la solidarité, il faudra des réformes fondamentales. Il conviendra, en premier lieu, de s'attaquer au niveau des prix et à une réorientation vers la prévention et la médecine de première ligne.

Pour ce qui est du niveau des prix, il faudra se pencher très sérieusement sur le système actuel de médecine prestataire. Beaucoup de participants pensent qu'elle est la cause du prix élevé des soins. De plus, il est clair que le remboursement « à la prestation » débouche sur une utilisation peu efficace des soins de santé. Cette médecine prestataire empêche des mesures de gestion nécessaires, telles que des campagnes de sensibilisation, des incitants au développement de services de première ligne, une médecine plus préventive, etc. On sait que de telles mesures auraient une influence directe sur le revenu des prestataires.

Une attention accrue pour et des réformes importantes dans les services de première ligne peuvent modifier intrinsèquement la donne en faisant d'une pierre deux coups : abaisser le seuil d'accessibilité financière pour les catégories les plus vulnérables et réduire les dépenses de l'assurance maladie. Mais il faudra quelques interventions pour y arriver. Les soins de santé devront être axés justement sur les services de premières ligne. Il faudra impérativement passer par cet axe pour accéder aux autres échelons, à savoir à l'échelon des spécialistes (niveau 2) et celui des soins intra muros (niveau 3). Une telle conception centralise la position du médecin généraliste. C'est lui qui connaît le mieux la situation du patient. Dans ce système intégré, le généraliste n'est

pas seul. Il travaillera dans le cadre élargi qui englobera le paramédical (diététiciens, kinésithérapeutes,...) ainsi que la médecine préventive. En outre, et cela vaut surtout pour les catégories vulnérables, il est important que les services de première ligne ne se limitent pas à la sphère médicale. Il faut qu'il y ait un accompagnement social actif pour les personnes présentant des problèmes de santé (importants). Pour que cela soit rendu possible, il faudra passer de l'idée du cabinet de solo praticien à celle de « centres de santé de première ligne » dans lesquels on offrirait l'aide décrite ci-dessus, de manière intégrée. Le système de médecine forfaitaire et les maisons médicales peuvent ici servir de modèle. Dans un tel système, cependant, la médecine prestataire ne trouvera plus sa place. Dans quelle mesure les prestataires y sont-ils disposés ? Toute la question est là. Il n'empêche que, tôt ou tard, il faudra en discuter.

<http://www.belspo.be/belspo/home/publ/pubelec.asp?l=fr>

Mots clés : accès aux soins, sécurité sociale, soins de santé primaires

Soins globaux : Au Sud, comme au Nord

Patricia Ghilbert, infirmière spécialisée en santé publique, assistante au département de Santé publique de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, Jean-Pierre Unger, médecin et enseignant en santé publique, Pierre de Paepe, médecin, assistant au département de Santé publique de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers

Nous voudrions réagir à un article¹ paru dans un des derniers numéros de Santé Conjuguée consacré aux relations Nord/Sud et à l'implication des maisons médicales. Le coordinateur d'une maison médicale bruxelloise se demande si le concept de soins globaux n'est pas une notion de pays riche tant « il est vrai que là-bas (au Cameroun) un des principes majeurs du travail médical est lié à la survie du patient qui arrive souvent dans un état de maladie grave. Si on ne soigne pas le symptôme ou l'organe, on peut très vite faire monter les statistiques de mortalité ». A cette problématique, nous voudrions apporter quelques éléments de réflexion.

En Afrique sub-saharienne, les services de consultations curatives censés répondre à la demande de soins sont très peu fréquentés, et le Cameroun n'échappe pas à cette règle. Ils ne le sont pas parce que les soins y sont souvent de mauvaise qualité². L'approche biomédicale et les programmes de lutte contre les maladies amènent à traduire chaque plainte en signes et symptômes conduisant le médecin à utiliser un algorithme. Cette pratique hautement standardisée ne laisse pas de place à la communication. Dans ce type de consultation, les éléments d'ordre psychologique, social, et familial influençant le problème de santé n'ont pas droit de cité.

Dans les maisons médicales, on insiste beaucoup sur la globalité des soins,

élément du trépied fondateur des soins de santé primaire³. Les habitants des pays du Sud n'auraient-ils pas droit, au même titre que nous, à une médecine de qualité ? Ne devraient-ils souffrir que de maladies prioritaires ou tropicales, et ne se voir traiter que leur organe ou leur symptôme ? Bien que la faisabilité de l'approche centrée sur le patient dans les services de santé du Sud puisse être difficile (manque de personnel, manque d'organisation des services,...), il serait erroné de penser qu'elle y est impossible à appliquer. Une formation en médecine de famille, enseignant l'approche clinique centrée sur le patient introduite dans le curriculum de certains pays d'Afrique l'a prouvé⁴.

L'amélioration de la communication entre soignant et soigné et la prise en compte du problème de santé dans la globalité du vécu du patient permettent aux patients de se sentir écoutés et respectés⁵. Le concept de globalité des soins n'a pas été inventé pour les pays riches. Le patient est un être humain, au Nord comme au Sud, et doit être considéré comme tel, où qu'il consulte, dans l'urgence ou pas. Les statistiques de mortalité dans les pays du Sud ne baisseront que si les services de santé offrent à leurs patients des soins de qualité, et certainement pas en continuant à appliquer une médecine biomédicale conçue comme de la médecine vétérinaire.



Mots clés : pays en développement

(1) Hombergen M, « La maison de la santé Saint Paul à Yaoundé : histoire d'une fin de projet », *Santé conjugulée* 26 : 81-84, 2004.

(2) Unger JP et al., « A plea for an initiative to strengthen family medicine in public health care services of developing countries », *International Journal of Health Services* 32 (4) : 799-815, 2002.

(3) Roland M, Prévost M and Jamouille M, « L'assurance de qualité : une méthode, des concepts, une pratique », *Santé conjugulée* 21 : 15-29, 2002.

(4) Stewart M, Brown J, Levenstein J, Mc Cracken E and Mc Whinney IR, « The patient-centred clinical method. 3. Changes in resident's performance over two months of training », *Family Practice* 3 : 164-167, 1986.

(5) Blaise P, « Remettre la relation au cœur de la méthode clinique, une priorité pour améliorer la qualité des soins », *Réseau anthropologique de la santé. Bulletin n°2 : les professionnels de santé* : pp 175-183, 2000. Diallo Y, Olivier de Sardan JP & Jaffré Y, éd. SHADYC (EHESS-CNRS), IRD, Marseille, 2001.