

International Review of Community Development Revue internationale d'action communautaire



Les Centres de santé de quartier et les pratiques d'appropriation de la santé : enjeux, obstacles et jalons pour une évaluation Community Health Centers and the Social Appropriation of Health Care Los centros de salud de barrios y las prácticas de apropiación de la salud

Monique Van Dormael

Number 1 (41), Spring 1979

La prise en charge communautaire de la santé

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1034825ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1034825ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (print)

2369-6400 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Van Dormael, M. (1979). Les Centres de santé de quartier et les pratiques d'appropriation de la santé : enjeux, obstacles et jalons pour une évaluation. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (1), 83–88. <https://doi.org/10.7202/1034825ar>

Article abstract

The Community Health Centers constitute a fundamental questioning of the social relationships that underlie traditional medical practices. More specifically, it is the legitimacy of the doctor-patient relationship which is contested in which the latter's difficulties in daily life are interpreted as medical problems. The hierarchical relationships which control patient behaviour and which obscure the social character of medical problems are also called into question.

The author describes the operation and financing of the Community Health Clinics and suggests a framework for evaluating these experiences.

Les Centres de santé de quartier et les pratiques d'appropriation de la santé: Enjeux, obstacles et jalons pour une évaluation

par Monique Van Dormael

Depuis un peu plus de 5 ans se développe en Belgique un nouveau type de structure de soins de santé, innovateur à bien des égards. On l'appelle "Maison Médicale", "Centre de santé intégré", "Collectif Santé"... Il est difficile de définir avec précision ces Centres de santé de quartier : issus pour la plupart de l'initiative privée des membres de l'équipe qui y travaillent et ne répondant à aucune structure institutionnelle officiellement reconnue, ils ont chacun des caractéristiques propres qui les différencient.

L'analyse qui suit sera donc une analyse de tendances, présentes à des degrés très divers d'un centre à l'autre, et ne s'appliquant sans doute que partiellement à chacun des centres existants.

Trois préoccupations semblent être à l'origine des Centres de santé de quartier : assurer de bonnes conditions de travail et un mode de vie équilibré aux membres de l'équipe eux-mêmes, améliorer la qualité des soins et le niveau de santé global de la population desservie, et promouvoir dans la population des attitudes responsables face à la santé.

Je m'attacherai essentiellement à l'analyse des objectifs de type autogestionnaire, de "participation" et de "démédicalisation".

L'amélioration du niveau de santé ne sera pas prise en considération en soi ; on l'abordera toutefois dans la mesure où la mise en place de structures de participation vise en dernière analyse à mieux répondre aux besoins de santé prioritaires tels qu'ils sont définis par les usagers eux-mêmes.

Le support : les services offerts par les Centres de santé de quartier

Les Centres de santé de quartier sont généralement implantés en milieu urbain ou semi-rural, à proximité des lieux de vie de la population desservie. Ils proposent à leurs usagers des services de médecine générale, de soins infirmiers, de kinésithérapie, éventuellement d'aide sociale ou psychologique, bref des services polyvalents destinés à répondre aux besoins en soins de santé les plus fréquents dans la population. En cela ils se distinguent des services de santé spécialisés.

La structure d'équipe permet en outre le développement de services non-traditionnels qu'un généraliste isolé pourrait plus difficilement assurer. La coordination étroite entre les membres de l'équipe permet en effet d'offrir tantôt des services de garde médicale où la continuité est assurée par la concer-

tation entre médecin traitant et médecin remplaçant, tantôt des soins de homecare où interviennent une partie ou tous les membres de l'équipe, tantôt des programmes de prévention et d'éducation sanitaire collectives.

Les équipes sont généralement de petite taille — entre 4 et 10 personnes — en vue de favoriser tant la communication interne dans l'équipe que l'accessibilité géographique et psychologique des services à la population.

On pourrait considérer les Centres de santé de quartier comme une forme particulière de "médecine de groupe", à la précision près que les équipes de Centres de santé de quartier ne sont pas composées uniquement de médecins et que les médecins sont généralement tous omnipraticiens. Contrairement à la "médecine de groupe" libérale, les Centres de santé de quartier véhiculent toutefois un "message" nouveau s'opposant à l'idéologie et aux pratiques qui régissent traditionnellement les relations sociales dans le domaine de la santé¹.

La structure et les fonctions des rapports sociaux dans le champ des soins de santé

L'ensemble des rapports sociaux entre dispensateurs de soins et consommateurs de soins, entre dispensateurs entre eux et consommateurs entre eux a été analysé comme s'intégrant dans un même système ; par sa contribution à l'occultation des dimensions collectives des problèmes de santé, ce système fonctionne dans le sens du maintien d'une structure sociale globale hiérarchisée dans laquelle prédominent les intérêts des classes dominantes². Au risque de simplifier, je me contenterai de synthétiser brièvement ces analyses en y renvoyant le lecteur. Je me limiterai en outre à articuler ces rapports autour de la notion de "médicalisation".

La caractéristique principale des rapports sociaux entre consommateurs de soins de santé est l'absence d'interactions spécifiques : dans l'idéologie dominante, la santé relève du privé, la maladie n'est susceptible que de traitements individualisés pour lesquels des professionnels de santé sont spécifiquement mandatés.

Historiquement, le corps médical s'est en effet vu déléguer par les classes dominantes une zone de pouvoir propre : le traitement de la maladie et plus récemment la prévention de la maladie. A travers l'exercice de leur fonction, ils exercent toutefois par délégation, des fonctions de contrôle social d'autant plus efficaces qu'elles ne sont pas perçues comme telles, ni par les consommateurs, ni par les médecins eux-mêmes.

Le corps médical est ainsi doté d'une autonomie relative dans l'exercice de sa fonction propre ; autonomie parce qu'il prétend au droit de déterminer lui-même les critères de régulation de son action et que ce droit lui est encore largement accordé ; mais autonomie relative dans la mesure où la contrepartie en est d'assurer des fonctions de contrôle social diffus.

Il faut d'ailleurs noter que l'autonomisation progressive du corps médical dans l'exercice de sa fonction propre est corrélative de l'exigence sociale de réduire les formes coercitives de contrôle social au profit de formes plus douces et diffuses, telles que la scolarisation ou la diffusion de l'idéologie dominante par les mass-média.

Le corps médical participe à ce "maintien de l'ordre social" par la maîtrise qu'il peut avoir sur les sphères les plus intimes de la vie quotidienne. La "médicalisation" consiste précisément à *substituer aux grilles de lecture sociales ou politiques du vécu quotidien une grille de lecture médicale*. Des déviations par rapport aux normes sociales, des déséquilibres et affections provoqués par les contraintes de la vie sociale sont alors traités comme des phénomènes morbides individuels et susceptibles d'un traitement, reléguant dans l'illégitimité toute autre interprétation et endiguant les potentialités de révolte collective.

Dans cette problématique, la *hiérarchisation interne* des professionnels de la santé remplit une fonction spécifique : celle d'assurer plus aisément un contrôle interne du plus haut vers le plus bas sur le bon fonctionnement des différentes catégories de soignants.

Cette analyse sommaire et partielle apparaîtra sans doute quelque peu manichéenne. Je ne prétends d'ailleurs nullement rendre compte par là de la totalité et de la complexité du champ des rapports sociaux dans le secteur des soins de santé.

Mais il semble que, vus sous cet angle, l'ensemble de ces rapports sociaux s'articule en structure cohérente autour de la notion de "médicalisation" : pouvoir légitime des soignants de proposer aux soignés des grilles de lecture médicales des difficultés de leur vie quotidienne, contrôle interne des soignants par le biais des rapports hiérarchiques, absence de solidarisation entre soignés.

Le "message" des Centres de santé de quartier

C'est précisément cette structure cohérente de rapports sociaux multiples que les Centres de santé de quartier contestent — consciemment ou non — à travers leur "message"³.

Il s'agit d'une part de "déhiérarchiser" les rapports entre professionnels de santé, tant entre médecins et paramédicaux qu'entre spécialistes et omnipraticiens.

Il s'agit d'autre part de modifier les relations entre professionnels de santé et usagers dans le sens d'une responsabilisation réciproque de l'équipe et des usagers ; les professionnels de santé fournissent les informations dont ils disposent permettant d'éclaircir les enjeux des décisions à prendre sans pour autant affirmer la supériorité d'une problématique sur une autre ; les usagers prennent, individuellement et collectivement, la responsabilité des décisions qui les concernent.

Il s'agit enfin de collectiviser les problèmes de santé au niveau des usagers ; collectivisation de l'information — information réciproque des usagers et de l'équipe — et des décisions en matière de santé publique locale, collectivisation de certains traitements par la création de groupes (d'hyper-tendus, de fumeurs, de préparation à l'accouchement...), collectivisation enfin de la gestion du Centre de santé de quartier lui-même financé en dernière instance par les cotisations de la population à la sécurité sociale.

Les obstacles

Ce "message" de bouleversement des rapports sociaux se heurte fondamentalement aux intérêts multiples et complexes auxquels la structure en place répond ; intérêts globaux des classes dominantes, intérêts des industries (pharmaceutiques et d'équipements) auxquelles profitent les solutions individualisées, intérêts de la majorité du corps médical qui jouit de privilèges importants en contrepartie de l'exercice de ses fonctions sociales.

Concrètement, les obstacles se matérialisent à plusieurs niveaux.

a) Le financement des soins de santé

Le système de financement en vigueur est le système à l'acte. Or ce système ne favorise pas une responsabilisation réciproque et durable entre les usagers et l'équipe, qui donnerait aux usagers un droit de regard sur l'ensemble des activités de l'équipe. L'utilisateur ne paie en effet jamais qu'un service rendu ponctuel et limité dans le temps. A cela s'ajoute qu'il est en grande partie remboursé par l'assurance-maladie. Or le système d'assurance-maladie belge entretient l'illusion de la gratuité — même partielle — des soins de santé : les cotisations sont prélevées sur les salaires des travailleurs (directement et indirectement par cotisations patronales) sans que ceux-ci aient conscience qu'ils sont bien les bailleurs de fonds et donc ont un droit de contrôle sur l'usage qui est fait de leurs cotisations.

En outre la rémunération ne couvre jamais que des services individuels, essentiellement de type curatif, et renforce la représentation sociale du travail sanitaire comme étant limité au “colloque singulier”, représentation partagée par les prestataires de soins et les usagers. Puisque l'équilibre financier du Centre de santé de quartier en dépend, les services curatifs et individuels restent nécessairement à l'avant-plan des activités aux dépens du développement d'activités moins traditionnelles mais non rémunérées telles que l'éducation sanitaire collective ou la constitution de groupes de patients.

Enfin, la forte hiérarchie des taux de rémunération entre médecins spécialistes, omnipraticiens et paramédicaux est difficilement compatible avec la notion de déhiérarchisation sociale des prestataires de soins.

b) *La formation*

La formation des professionnels de santé en Belgique reste actuellement largement étrangère, voire opposée aux pratiques proposées par les Centres de santé de quartier en des points multiples. Dispensée presque exclusivement en milieu hospitalier, elle ne permet pas aux futurs professionnels d'appréhender les problèmes de santé plus “banals” mais combien plus fréquents dans la population. L'apprentissage du curatif prime largement sur des problématiques de prévention et de santé publique.

La formation au travail en équipe fait totalement défaut, et les seules relations interprofessionnelles vécues au cours de la formation sont de type hiérarchique.

c) *Les contraintes “déontologiques”*

Le corps médical contrôle les pratiques de ses membres en le soumettant au respect de principes “déontologiques”.

Or certains de ces principes sont contraires à l'éthique de santé proposée par le Centre de santé de quartier.

D'une part ils réaffirment en effet la coupure hiérarchique entre médecins et paramédicaux.

D'autre part, en vue d'éviter des procédures de “concurrence déloyale” entre médecins et au nom du principe du “libre choix”, ils font obstacle à des engagements de responsabilité de longue durée entre prestataires de soins et usagers.

d) *Les obstacles socio-culturels*

Enfin il est un autre ordre d'obstacles, sans doute le plus tenace : il s'agit des modèles d'attitudes traditionnellement reproduits dans la population face au savoir médical, attitudes de soumission et d'abdication. Les structures nouvelles de “participation” n'émanent en effet pas au point de départ des usagers mais de l'équipe elle-même.

Quelle est la réceptivité des usagers au “message” des Centres de santé de quartier ? Est-il actuellement acceptable pour les usagers de se réapproprier leur propre santé au lieu de s'en remettre à des professionnels ? Est-il acceptable de faire sortir les problèmes de santé de la sphère du privé et d'en envisager collectivement les causes ? Est-il acceptable de participer activement à la définition des priorités dans la gestion d'un Centre de santé de quartier, alors que dans la plupart des domaines de la vie quotidienne, les décisions se prennent hors des individus directement concernés ?

Peut-être faudrait-il d'ailleurs poser la question autrement : pour quelles couches de la population ce “message” est-il acceptable ? En effet, la “communauté” à laquelle s'adresse un Centre de santé de quartier n'est pas une entité homogène, sinon géographiquement mais un ensemble stratifié en couches sociales dont les intérêts ne se rejoignent pas nécessairement. Quels seront dès lors les usagers qui “participent” ?

Cet ensemble d'obstacles qui découlent de la résistance de la structure à se laisser modifier n'est pas un barrage absolu. Même si le champ des soins de santé est déterminé dans son fonctionnement par des facteurs politiques et économiques extérieurs, il existe néanmoins une marge de manoeuvre à

l'intérieur de laquelle les pratiques de santé peuvent être modifiées. Est-elle toutefois suffisante pour que les objectifs de réappropriation de la santé puissent aboutir sans être détournés en cours de réalisation ? Voilà une piste d'investigation peut-être prématurée, mais essentielle.

Jalons pour une évaluation

La "déhiérarchisation" entre professionnels de santé est une préoccupation présente à des degrés divers dans les différents Centres de santé de quartier et sa réalisation ne va pas sans peine. A l'intérieur de l'équipe les médecins conservent parfois la crainte de se voir déposséder du peu de champ d'action que les médecins spécialistes leur ont laissé et les paramédicaux ne se sentent pas toujours prêts à assumer des responsabilités auxquelles ils n'ont pas été préparés.

L'observation me permet toutefois d'affirmer que certaines équipes sont effectivement parvenues à rompre avec le processus habituel où le médecin prend des décisions et les paramédicaux les exécutent. Dans ces équipes, l'étalon de mesure qui fixe l'importance de l'intervention de chaque membre de l'équipe est devenu la situation concrète à laquelle il faut faire face.

Le médecin sera par exemple déterminant au moment d'établir un diagnostic. S'il s'agit d'un patient en phase de revalidation, le kinésithérapeute sera le plus apte à définir et réorienter les types de soins appropriés. Dans de nombreux cas de home-care pour des personnes âgées, ce seront les interventions de l'infirmier(e) qui seront prépondérantes pour la bonne évolution du problème. D'autres problèmes de santé pourront être abordés plus efficacement grâce à l'assistant(e) social(e). En d'autres termes, les compétences techniques des membres de l'équipe sont définies comme complémentaires et la subordination des unes aux autres varie selon les problèmes à traiter. Et pour ce qui concerne les compétences interactionnelles, elles tiennent essentiellement à la personnalité de chaque membre de l'équipe et ne justifient pas non plus une hiérarchie univoque.

L'évaluation des pratiques d'appropriation par les usagers pose un certain nombre de problèmes, dont le moindre n'est pas le caractère relativement flou des objectifs fixés par les différentes équipes. Comment savoir si l'on est arrivé à destination ou à quelle distance du but on se trouve si l'on ne savait pas très bien avant de partir où l'on voulait aller ? Il faudra donc se contenter de tendances.

On pourrait proposer la méthodologie suivante d'évaluation :

- 1^o quels efforts ont été déployés, quels moyens concrets ont été mis en place par les équipes pour favoriser des pratiques d'appropriation individuelles et collectives ? Et quel en a été le coût ?
- 2^o quels ont été les effets directs immédiatement perceptibles de ces efforts, ou encore quel accueil les usagers ont réservé aux moyens concrets proposés ?
- 3^o est-ce que le rapport efforts/effets directs est satisfaisant ?
- 4^o et enfin, les effets à long terme vont-ils bien dans le sens désiré ?

En voici une illustration.

Une équipe constate que ses usagers font une consommation importante de médicaments, en particulier de somnifères et d'antidouleurs ; elle considère qu'une information sur les effets de ces médicaments et une réflexion sur le pourquoi de leur consommation mènerait à une attitude plus responsable de la part des usagers.

Elle prépare donc une séance d'information et de réflexion et une diffusion d'information par voie de tract. L'objectif explicite en est de "réduire le mauvais usage de somnifères et d'antidouleurs parmi l'ensemble des usagers du Centre".

Lors de la séance, une cinquantaine de personnes participent activement aux discussions ; les tracts sont déposés dans la salle d'attente pendant plusieurs semaines. Et cependant, lors de son autoévaluation, l'équipe considère que la campagne a échoué. Pourquoi ?

Au niveau des efforts, l'équipe a activement préparé la séance d'information et mis au point un tract d'information sur les médicaments. Elle a toutefois négligé les aspects moins spectaculaires et également plus coûteux en investissement-temps de la campagne qui consistaient à diffuser et surtout discuter le tract lors des consultations et visites à domicile.

Au niveau des effets directs, l'ensemble de la population n'a donc pas été touché. En outre, il s'est avéré que les participants à l'assemblée de patients étaient déjà sensibilisés aux problèmes de l'abus des médicaments.

L'équipe a estimé que le faible impact qu'elle avait eu ne justifiait pas les dépenses d'énergie consacrées à la campagne.

Elle a enfin remis en cause la formulation de l'objectif de la campagne lui-même : en effet, si elle pouvait informer les usagers sur les somnifères et les antidouleurs, ni l'équipe ni les usagers eux-mêmes n'étaient en mesure d'y proposer des alternatives concrètes, ni donc d'en réduire le "mauvais usage" déterminé par des contraintes psycho-sociales sur lesquelles la maîtrise est limitée.

Une telle évaluation me paraît extrêmement importante : elle a mené l'équipe à revoir ses stratégies et à viser une réelle efficacité.

Sacrifier au spectaculaire est en effet un danger qui guette toutes les équipes qui innovent en matière de santé et le risque de confusion entre efficacité et originalité d'une initiative est grand, même si ces deux caractéristiques ne sont pas en soi contradictoires.

Or une telle confusion peut aboutir à ce que soient négligés les aspects plus routiniers de la pratique quotidienne, à savoir les rapports qui s'établissent lors de visites ou de consultations. Il n'est pas exclu d'imaginer qu'avec la meilleure volonté du monde certaines équipes proposent aux patients des structures nouvelles qui vont effectivement dans le sens d'une "démédicalisation" tout en oubliant de s'interroger sur leurs attitudes "médicalisantes" lors d'activités plus traditionnelles.

C'est pourquoi, si l'on veut éviter cet écueil, il ne suffit pas d'évaluer des actions et programmes spécifiques ; c'est l'ensemble des activités des Centres de santé de quartier, y compris celles qui paraissent les plus banales, qui doivent faire l'objet d'une évaluation. Et ceci suppose que l'on ait préalablement défini les objectifs poursuivis.

Monique Van Dormael

*Sociologue au Groupe d'étude pour
une réforme de la Médecine*

(Cet article n'engage que son auteur)

notes

¹ Notons que la médecine de groupe libérale, visant uniquement à regrouper les équipements des praticiens, est très peu développée en Belgique, contrairement à la France.

² cf. entre autres : V. NAVARRO — "The Crisis of the Western System of Medicine in Contemporary Capitalism", in *Intern. Journal of Health Sciences*. Vol. 8, no 2, 1978

J.M. CHAPOULIE, "Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels", in *Rev. Franç. de Sociologie*, XIV, 1973, pp. 86-114.

³ Notons bien que les Centres de santé de quartier ne sont pas les seuls à mettre en cause la structure existante des rapports décrits ci-dessus.