Document généré le 15 juil. 2025 20:36

International Review of Community Development
Revue internationale d'action communautaire

Quelques questions sur l'orientation des Centres locaux de santé
Questions on the orientation of Local Health Centers
Algunos aspectos sobre la orientación de los centros locales de salud

Robert Franck

Numéro 1 (41), printemps 1979

La prise en charge communautaire de la santé

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1034832ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1034832ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (imprimé)
2369-6400 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Franck, R. (1979). Quelques questions sur l'orientation des Centres locaux de santé. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (1), 109–114. https://doi.org/10.7202/1034832ar

Résumé de l'article

Il y a en Belgique environ une trentaine de projets de pratiques alternatives sur le terrain de la santé. Ceux-ci présentent un large éventail d'orientations différentes, mais la grande majorité sont le fait d'équipes de travailleurs de la santé. Ces projets ont toujours un caractère privé.

Sans procéder à une quelconque évaluation de ces projets, l'auteur se pose un certain nombre de questions : n'est-on pas en présence de tentatives de modernisation du pouvoir médical ? Parvient-on, comme on l'espère, à redonner vraiment du pouvoir aux patients ? N'y a-t-il pas une tendance secrète à la médicalisation en véhiculant une définition extensive du concept de santé jusqu'à lui inclure le bien-être social ? Quelles sont les conditions d'une véritable participation ?

Sur ce dernier point, ne conviendrait-il pas d'inverser la tendance des centres à rechercher une participation de la population en faisant en sorte que ce soit plutôt le centre qui offre sa participation à d'autres initiatives de la population, de groupements, d'organisations et d'institutions ? Une telle orientation permettrait de rendre à la santé ses limites et sa place dans la vie sociale, au lieu d'englober la vie sociale dans la santé. Des exemples illustrent cette hypothèse de travail.

L'auteur s'interroge enfin sur les rapports qu'entretiennent la santé et la politique, le travail médical et le militantisme. Les équipes de santé doivent sortir de leur isolement tant au niveau de la pratique — par une collaboration avec d'autres groupes et organisations — qu'au niveau idéologique.

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 1979

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Quelques questions sur l'orientation des centres locaux de santé

par Robert Franck

Les tentatives pour développer des pratiques alternatives sur le terrain de la santé, en Belgique, ne sont pas nombreuses, moins de trente sans doute. Mais elles présentent un large éventail d'orientations différentes. La majorité d'entre elles – mais non toutes – sont le fait d'équipes de travailleurs de la santé ; ces équipes sont de taille réduite, elles comptent moins de dix personnes en général ; et dans ces équipes ce sont souvent de jeunes médecins, nouvellement diplômés, qui ont eu l'initiative de la démarche. Cette initiative est toujours privée.

Donner aux travailleurs et aux milieux populaires la maîtrise de leur santé – thème de ce numéro de la revue – ne fut pas toujours, loin de là, une préoccupation déterminante au départ de ces expériences ; il existait d'autres objectifs importants : permettre l'accès aux soins de santé à des couches de la population qui en sont privées ; améliorer la qualité des soins par un travail d'équipe, etc. Si la plupart de ceux qui sont engagés dans des pratiques alternatives, sont aujourd'hui sensibles au souci de rendre aux gens la maîtrise de leur santé, les succès qu'ils ont pu obtenir jusqu'à présent dans ce domaine sont généralement modestes. La tâche parait fort difficile, et les moyens dont on dispose trop réduits. Certains résultats me paraissent tout de même remarquables. Mais il est difficile de les évaluer.

Je me bornerai, pour ma part, en comparant à gros traits les initiatives et orientations qui ont été prises, d'en tirer certaines leçons ; ou plus modestement, de poser quelques questions.

Tout essai de changement, tout effort de réforme dans l'exercice des soins de santé, peut s'interpréter de deux manières différentes. La première est d'y reconnaître une tentative pour réagir aux carences et à la dégradation de la médecine générale, pour améliorer la qualité des soins et leur accès, pour permettre aux gens d'avoir le contrôle de leur santé et de leur corps, pour lutter contre les facteurs économiques et sociaux qui altèrent la santé. Mais les mêmes pratiques alternatives peuvent s'interpréter aussi, sans doute, comme une manière de conserver aux médecins un pouvoir qui parait menacé, et même de l'accroître ; comme une manière de créer, dans une conjoncture d'accroissement rapide du nombre de médecins, de nouveaux débouchés ; et aussi comme une manière de pallier aux carences les plus criantes sans modifier le fonctionnement général du service de santé.

En disant cela, ce n'est pas un obscur procès d'intention que je fais aux médecins qui, tournant le dos aux privilèges de leur profession, s'engagent dans des formes de travail différentes. S'il faut – à mon avis – conserver à l'esprit, à la fois, ces deux interprétations c'est parce que ces pratiques alternatives sont traversées simultanément de tendances diverses et parfois contradictoires, et qu'il n'est pas facile de discerner ces contradictions, et encore moins de les surmonter ; c'est aussi parce que les

conditions objectives dans lesquelles se développent ces pratiques, échappent à la volonté de ceux qui les mènent.

C'est volontairement, et à contre-courant de l'exercice habituel de la médecine, que des médecins belges s'engagent dans un travail alternatif. Dans le cadre de la médecine libérale, c'est de cette volonté et de cet engagement que dépend l'existence même de pratiques médicales alternatives. Aucune contrainte institutionnelle ne pèse sur le médecin, à part celles qu'il veut bien accepter. Ce qui veut dire que l'orientation et la continuité de ces pratiques sont suspendues à la clairvoyance, à la générosité, et au bon vouloir du médecin.

Toute convention, explicite ou implicite, entre les médecins, les autres membres de l'équipe de soins, et la population concernée, s'établit au sein d'un rapport de forces très inégales. Les patients ne disposent normalement d'aucun moyen de pression. Quant aux paramédicaux, il faudrait faire une analyse cas par cas ; au sein d'une équipe, il leur est possible d'atténuer à des degrés divers la distance sociale qui les sépare des médecins ; néanmoins, et malgré la meilleure bonne volonté de chacun, les forces restent inégales. Pourquoi ? Parce qu'à l'indispensable division technique du travail se surajoutent d'autres divisions : c'est le travail du médecin qui rapporte le plus d'argent à l'équipe ; l'image sociale du médecin est supérieure à celle des autres travailleurs de la santé, sans doute et malgré tout aux yeux mêmes de l'équipe, et en tout cas aux yeux de la population ; le médecin, dans nombre de cas, pourrait quitter l'équipe sans subir de dommages professionnels, contrairement aux autres partenaires ; sauf lorsqu'il y a redistribution égalitaire des revenus le médecin gagne plus d'argent, sans compter qu'il a parfois un travail partiel avec des revenus supplémentaires, extérieur à l'équipe. Tout cela, et d'autres facteurs comme la scolarisation plus longue du médecin, éventuellement son origine sociale supérieure, etc., tout cela confère au médecin, dans les décisions qui sont à prendre au sein de l'équipe, une plus grande autonomie et un pouvoir très grand, fut-ce à son corps défendant.

Cela dit, l'existence de l'équipe permet tout de même de repartager dans une certaine mesure, et selon des équilibres variables, le pouvoir médical qui sinon reste concentré entre les mains d'un seul individu médecin. C'est important. Les formes de concertation, dans la plupart des équipes en Belgique, sinon dans toutes, sont bien meilleures que celles que l'on peut espérer trouver normalement entre médecins et paramédicaux.

Mais qu'en est-il des patients ? Sont-ils moins désarmés devant l'équipe que devant le médecin traditionnel ? Une équipe bien organisée, avec une infrastructure (locaux, appareillage, administration) plus imposante, et qui élargit parfois son champ d'intervention au delà de l'action médicale (aide psychologique, aide sociale, éducation...) n'est-elle pas bien plus puissante encore que le médecin-traitant isolé ? Il existe des centres à l'étranger qui ressemblent à de petites polycliniques... Une plus complète "prise en charge" des patients peut signifier, on l'a souvent répété, une réduction plus grande encore de leur autonomie.

Ce n'est certainement pas la volonté des équipes belges, qui sont animées de préoccupations "humanistes", ou "progressistes", ou "révolutionnaires". Elles souhaitent réduire l'écart qui les sépare des patients, et nombre d'entre elles cherchent activement à développer avec eux des formes de concertation. Mais quelles formes d'échanges faut-il souhaiter entre l'équipe et les patients ? Il existe en Belgique, par exemple, des "conseils de patients" créés à l'initiative de l'équipe ou avec son appui. Ces "conseils" peuvent constituer une sorte d'organe plus ou moins représentatif des patients auprès de l'équipe, et fournir à celle-ci une collaboration bénévole, par exemple sur le terrain de l'information et de l'éducation sanitaire. Le "conseil" peut remplir cette double tâche de manière relativement autonome, parallèlement à l'équipe et simplement en concertation avec elle ; mais il peut aussi fonctionner comme un organe auxiliaire et complémentaire, relativement intégré à l'équipe et agissant sous sa direction. Ce sont là deux formes *opposées* de "participation", si l'on a en vue l'accroissement ou la

réduction du pouvoir médical de l'équipe ; ce sont deux formes opposées, mais il est souvent très difficile de tracer une frontière entre elles, dans la pratique !

Cependant, à côté de la participation, les regroupements de patients ne doivent-ils pas exercer un autre rôle, peut-être plus important, celui du *contrôle* sur les travailleurs de la santé ?

C'est sur la nécessité de ce contrôle qu'insiste tellement le Antwerps Gezondheidskomitee. (Cf. leur analyse dans ce numéro). C'est à l'égard des cabinets privés, des cliniques et des hôpitaux, et à l'égard des Mutuelles, que ce Comité développe depuis plusieurs années une action de contrôle ; et non d'abord à l'égard des équipes de santé qui nous occupent ici. Ce travail de contrôle n'a pas la prétention de supprimer les causes des abus qui sont dénoncés ; mais il constitue, selon le Komitee, le premier pas concret, et indispensable, à une prise de conscience politique des problèmes de santé. Peut-être l'exercice d'un contrôle est-il également indispensable lorsqu'il s'agit des équipes de santé, quelle que soit d'ailleurs l'idéologie qui les anime. Parce que le pouvoir médical du médecin dans l'équipe, et le pouvoir médical de l'équipe dans son ensemble, ne diminue pas par la simple bonne volonté de ses membres. Ce pouvoir est objectif, et il ne peut que s'étendre s'il ne rencontre sur son chemin que sympathie et collaborations, s'il ne rencontre pas un contre-pouvoir. D'ailleurs les intérêts de l'équipe et de ses membres ne coïncident pas avec les intérêts des patients ; de meilleurs soins, moins de consultations, de plus fréquents déplacements à domicile, plus d'information et d'éducation sanitaire pour le patient, requièrent plus de travail et de fatigue, et plus de patience, et rapportent moins d'argent. D'un autre côté les besoins, les conditions de vie, et les préoccupations des patients ne sont pas non plus celles des travailleurs de la santé, et moins encore si la distance sociale entre eux est grande. S'abandonner à l'inépuisable générosité, à la quotidienne et perpétuelle vigilance, à l'intelligence et au bon sens des travailleurs de la santé, ce n'est certes pas modifier les rapports de force que l'on s'accorde à dénoncer ; et c'est entretenir une relation à sens unique, de ceux qui "offrent" des services de soins à ceux qui les "reçoivent", relation qui n'est peut-être pas étrangère aux difficultés que rencontrent les équipes à obtenir la "participation" de la population à leur travail. Ces équipes sont parfois en butte à des tracasseries et à des contrôles qui leur viennent "d'en haut", mais ce qui leur manque peut-être le plus souvent, c'est d'être soumises à un contrôle démocratique véritable, venant "d'en bas", et qui les aiderait à découvrir qui ils sont, et ce qu'ils font.

Mais où les patients trouveront-ils la force de s'opposer, quand il le faut, à l'équipe, et d'exercer sur elle un contrôle réel et efficace ? Une force qui permettrait aussi, le cas échéant, de transformer des "participations" éphémères, velléitères ou trompeuses, en une collaboration entre partenaires d'égale importance ? Les voeux pieux n'y suffiront pas. La seule façon d'y parvenir, c'est peut-être de sortir de la relation médicale entre "soignant" et "soigné". Comment en sortir ?

On ne mesure peut-être pas assez la tendance à la *médicalisation* qui est au coeur de la plupart des équipes de santé, en Belgique comme à l'étranger. En Belgique moins qu'ailleurs pour l'instant, parce que les équipes sont encore petites ; mais l'ambition est grande de développer des équipes pluridisciplinaires, capables de rencontrer la "globalité" des besoins de la population. Le paradoxe est que c'est pour démédicaliser, que l'on médicalise. On a pris conscience en effet des limites d'une médecine réparatrice des corps, on est devenu sensible aux facteurs psychologiques, mais aussi sociaux, et finalement économiques, qui déterminent notre santé. Mais à cela on peut répondre de deux manières différentes. La première est de *subordonner* la pratique médicale aux réalités sociales et économiques et d'adapter cette pratique en conséquence : développer l'éducation sanitaire et certaines formes de prévention, être attentif à la réadaptation, et adapter le traitement aux conditions dans lesquelles vit l'individu ; le cas échéant l'informer sur l'existence de services sociaux ; et aussi apporter une collaboration technique active à ceux qui luttent sur le terrain de la pollution, des conditions de travail et de sécurité, de l'alimentation, etc. Mais il existe une autre manière de répondre à la mise en lumière des limites de la médecine, qui est fort différente de la première, quoiqu'on ne s'en aperçoive pas

aisément : elle consiste à étendre ces limites et à *annexer* à la médecine la tâche d'affronter les obstacles sociaux et économiques à la santé. Cela se fait, sur le plan théorique, en élargissant démésurément le concept de *santé* jusqu'à lui inclure le bien-être social, comme le fait la définition tant vantée de l'O.M.S. (Organisation mondiale de la santé). Que l'on soit soucieux du bien-être social, c'est fort bien ; mais pourquoi l'inclure dans la "santé" ? Et cela se fait, sur la plan pratique, en créant des "centres" se donnant pour objectif une "médecine globale" ou des "soins globaux", dans lesquels psychologues, sociologues, assistants sociaux et aides-familiales graviteront autour des travailleurs de la santé. Pourquoi les services sociaux doivent-ils trouver place dans les centres de "soins" ? Cela ne peut qu'accentuer la tendance à individualiser et à médicaliser des problèmes sociaux et économiques qui sont en réalité des problèmes collectifs, et qui ne sont pas *d'abord* des problèmes de santé. On peut, bien sûr, dans tel ou tel centre, ou dans tous, réagir contre cette tendance ; mais il serait peut-être préférable, plus sage et plus simple de ne pas créer les conditions institutionnelles qui invitent le "social" à se faire chapauter par le "médical".

Que faire alors ? La concentration, l'unification, l'annexion, n'est pas le seul modèle d'organisation possible. La différenciation, la séparation, une collaboration à distance, et parfois discontinue, c'est peut-être mieux ? Et l'on trouverait peut-être là les conditions pour un contrôle réel sur les équipes de santé, et pour une véritable "participation". Au lieu de s'activer à susciter la participation d'une population peu motivée, aux initiatives du centre de santé, c'est le centre qui viendrait proposer sa participation à d'*autres* initiatives de la population, initiatives de groupements, d'organisations et d'institutions : services sociaux, foyers culturels, écoles, sections syndicales, parti ou mouvement politique, groupements de jeunesse, associations de consommateurs, boutiques de droit, comités de quartier, comités luttant contre les expropriations, pour les transports en commun, pour d'autres formes de tourismes et de loisirs, etc. Il existe en Belgique des exemples de telles collaborations, qui ont pris des formes diverses. Elles n'ont pas toutes conduit très loin ; mais elles tracent une voie qui est diamétralement opposée à la première, et qui permet de rendre à la santé ses limites et sa place dans la vie sociale, au lieu d'englober la vie sociale dans la santé.

Quant au contrôle, il sera bien mieux assuré s'il peut être exercé par des groupements, organisations ou institutions ayant leurs objectifs propres et collaborant avec le centre de santé sur pied d'égalité, et pas seulement par des patients bénévoles et courageux gravitant autour du centre. Ce n'est pas alors au titre de "patients" ou de "soignés" que la population exerce son contrôle ou apporte sa collaboration, mais elle le fait au titre de membres d'organisations, et avec la force que leur confère ces organisations.

Les organisations, groupements, institutions auxquelles le centre de santé peut proposer sa "participation", peuvent être de toutes sortes ; mais il en est parmi elles qui peuvent se donner pour objectif précis de lutter contre certaines causes de mauvaise santé. Les médecins et les autres travailleurs de la santé, même en équipe, n'ont ni les moyens, ni le temps de s'attaquer seuls à ces causes : l'aménagement du territoire, les formes d'urbanisation, l'immobilier, l'habitat, la circulation routière, les transports en commun, la pollution industrielle et domestique, le lieu et le milieu de travail, les conditions et les horaires de travail, la sécurité d'emploi, les crèches, les écoles, le sort des personnes âgées, sont autant de facteurs déterminants de la santé et de la maladie ; les travailleurs de la santé ne sont pas qualifiés pour s'y attaquer, et n'ont d'ailleurs pas de pouvoir pour le faire. S'ils prennent cette lutte à leur compte, et quelles que soient leurs intentions, ils ne peuvent que faire illusion, médicaliser ces problèmes et accroître le pouvoir médical sur la santé. Par contre leur appui et leur collaboration peuvent être précieux pour ceux qui, extérieurs au secteur médical, prennent l'initiative d'une telle lutte.

Celle-ci est inévitablement politique et ne peut se mener qu'avec des armes politiques ; pourquoi ? Parce que d'une part ces facteurs déterminants de la santé sont liés à des intérêts économiques puissants ; et parce que d'autre part ils n'atteignent pas uniformément la population, mais touchent sélectivement certaines couches sociales. La nature des problèmes, et la nature des réponses à y apporter, montre clairement que la santé dépasse les limites de la médecine ; et elle montre bien que la maîtrise de la santé n'appartient pas, en réalité, aux médecins et aux autres travailleurs de la santé. Mais elle invite dès lors aussi à un *partage* des tâches.

Au lieu de vouloir tout mettre à charge des professionnels de "soins", ou à l'inverse de vouloir "déprofessionaliser" la médecine, il s'agit de tracer une juste limite entre les rôles, de découvrir des modes de collaboration équilibrés entre professionnels et non-professionnels organisés, et de reconnaître alors toute leur importance aux tâches spécifiques des donneurs de soins, dans leurs limites propres.

Les différences qui existent entre les expériences belges – différents modes d'organisation et de fonctionnement, publics différents, ordres de priorité différents, etc. – sont liées à des orientations idéologiques différentes (quoique toutes plus ou moins "progressistes") ; et elles traduisent des attitudes différentes à l'égard de la politique. Si les problèmes de santé sont "politiques", le travailleur de santé peut-il se soustraire à un engagement politique ? Mais d'autre part, convient-il de mêler médecine et politique, un tel mélange ne risque-t-il pas de porter préjudice à la qualité des soins et aux patients. On craint entre autres, non sans raison, de ne plus être "le médecin de tous". C'est sous cette forme que la question est souvent posée, en Belgique. Le partage des rôles dont on vient de parler permet peut-être d'y voir plus clair. Une chose est, pour un centre de santé, de s'instituer en organe politique, de subir ainsi toutes les fluctuations des luttes que l'on mène, et de lier son sort à des choix idéologiques qui presque certainement vont mûrir, évoluer, se transformer, et peut-être se répercuter en divisions au sein de l'équipe. On peut craindre, dans ce cas, et malgré la volonté de chacun, que les intérêts des patients ne s'y retrouvent guère, ... ou pas toujours. Mais autre chose est d'instituer des formes originales de collaboration entre le centre et l'un ou l'autre organe politique autonome : section syndicale, parti, comité de quartier, mouvement de masse... Une telle démarche évite la *confusion* entre le travail médical, qui doit conserver une autonomie relative, et le militantisme. Ceci ne signifie pas du tout que les uns doivent faire de la médecine, et les autres de la politique. Il ne s'agit pas d'un partage entre des personnes, mais entre des tâches ou des rôles ; et une même personne peut travailler à différentes tâches. Ce que je veux dire simplement, c'est que des formes de *collaboration* entre le centre de santé et un organe d'action politique qui lui est institutionnellement extérieur, permettent à la fois : a) de sauvegarder la spécificité du travail médical (y inclus la réadaptation, la prévention et l'éducation sanitaire), b) d'empêcher qu'on ne renforce le pouvoir médical par un biais politique, c) d'empêcher qu'on ne détourne le pouvoir médical à des fins politiques, d) et de soumettre le centre de santé à la critique et à un contrôle non coercitif d'un organe politique dont on approuve l'orientation, et dont on estime qu'il défend correctement les intérêts véritables de la population.

Les équipes de santé peuvent-elles faire plus que de pallier localement aux carences les plus criantes du système médical existant ? Faire cela, c'est déjà extrêmement important. Mais toute réforme ne se heurte-t-elle pas aux limites que lui impose le mode de production capitaliste, et n'est-elle pas tôt ou tard détournée de ses objectifs ? C'est fort probable ; à quelles conditions peut-on penser qu'il en serait autrement ?

Je voudrais attirer l'attention sur une seule de ces conditions, non suffisante mais nécessaire : elle consiste, pour l'équipe de santé, à sortir de son isolement. Et d'en sortir doublement : au niveau de la pratique, par une collaboration avec d'autres organisations ou groupements, pour pouvoir se partager le travail, pour être plus forts, et pour se soumettre au contrôle de ces organisations ; et au

niveau idéologique, pour confronter et ajuster ses choix et sa ligne de conduite, et ne pas risquer d'accrocher le sort et l'avenir de l'équipe à des aspirations incertaines, à des motivations individuelles passagères, au volontarisme de ses membres, ou à une sensibilité éphémère : celle, par exemple aujourd'hui, d'un "communautarisme" dont les résonnances sont profondes et parfois fécondes, mais dont les équivoques risquent de conduire à de dures déceptions.

En Belgique, un Front s'est constitué il y a trois ans, "Front pour une médecine au service du peuple". C'était faire un pas important pour sortir de l'isolement, et pour se donner une assise plus stable. Ce Front largement ouvert restait cependant, dans les faits comme dans sa "plate-forme", l'affaire des équipes de soins. Son élargissement à des organisations et groupements qui luttent clairement contre des facteurs sociaux et économiques de mauvaise santé, mais non sur le terrain de la médecine, apporterait peut-être à ce Front une dynamique meilleure ; et il favoriserait cette *collaboration* et ce *contrôle* dont on parlait plus haut. Un tel Front élargi contribuerait aussi à montrer de quelle manière et en quel sens la santé peut et doit devenir "l'affaire de tous".

Robert Franck

Université catholique de Louvain