

**Interrogations sur un modèle médical « délibéralisé » : La
Maison médicale de Seraing (Liège)**
**Reflections on a "non-liberal" medical model: La maison
médicale de Seraing (Liège)**
**El cuestionamiento de un modelo médico "desliberalizado": La
Casa Médica de Seraing (Lieja)**

C. Macquet

Numéro 7 (47), printemps 1982

Travailler le social

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1035005ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1035005ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (imprimé)

2369-6400 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Macquet, C. (1982). Interrogations sur un modèle médical « délibéralisé » : La Maison médicale de Seraing (Liège). *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (7), 30–39.
<https://doi.org/10.7202/1035005ar>

Résumé de l'article

S'interroger sur une pratique médicale qui se veut alternative à l'exercice classique de la médecine... Il est en effet légitime de savoir si les alternatives souhaitées et pratiquées indiquent des ruptures ou des améliorations, à travers une approche centrée sur les rapports sociaux.

En passant en revue trois types d'activités propres à une maison médicale située dans une commune ouvrière de la banlieue liégeoise, se dégage une interrogation sur la nature des rapports entre soignant et soigné, technicien de la santé et citoyen, courants minoritaire et majoritaire au niveau de la pratique médicale.

Dépasant une approche limitée à l'acte médical, l'article resitue la production d'un nouveau mode de gestion de la santé par rapport à l'aide sociale et à la crise financière qui affecte les services publics. C'est sous le signe d'une économie — financière, du système d'assurance, de la confrontation — que le projet, son enjeu peuvent être resitués.

Interrogations sur un modèle médical « délibéralisé » : La Maison médicale de Seraing (Liège)

C. Macquet

Il est peut-être paradoxal dans cette revue de tenir un discours analytique *sur* une pratique médicale qui se veut alternative, différente, meilleure somme toute que celle de l'exercice classique de la médecine dans nos sociétés libérales, de profit, où la médecine institutionnalisée plonge ses racines organisationnelles dans l'Ancien Régime. C'est vrai.

Pourtant tout bouleversement — et Dieu sait si passer d'une pratique médicale à une pratique « autre » constitue potentiellement un bouleversement — procède d'une alternance, d'un double mouvement ; un axe réformiste, où les pratiques novatrices adaptent les pratiques classiques aux exigences contemporaines (au marché, aux impératifs techniques...), où les expériences tentées dans « l'alternatif » permettent au modèle institutionnalisé de dépasser certaines de ses contradictions et un axe authentiquement *de changement* où la fonction sociale des pratiques — ici les pratiques médicales — sont redéfinies au sein de *nouveaux rapports sociaux* indépendamment des acteurs et surtout de leurs discours.

Autrement dit, il est légitime de se poser la question — grossière — de savoir si les alternatives souhaitées et pratiquées indiquent *des ruptures ou plutôt des améliorations*, de savoir si ces pratiques, étant minoritaires et dominées sont dans le giron des pratiques médicales sanctionnées par les actuels rapports sociaux ou non. La perspective de cette question est essentielle ; elle se pose dans toute formule qui se veut alternative et de changement quel que soit le champ dans lequel elle se déroule. Quoi qu'en pensent les « pragmatiques

de l'action sociale », il n'est pas possible de ne prendre en compte que les discours émis à son sujet par les acteurs en présence. Seule l'approche des *rapports sociaux* peut y parvenir¹. Malheureusement — ou heureusement, c'est selon — cette procédure demande du recul, l'intervention d'une personne quelque peu extérieure. La littérature sociologique abonde de cas où, à défaut de cette distanciation, l'on constate les effets « pervers » du changement pratiqué : sorte d'effet Mühlmann où — paradoxalement aux yeux des promoteurs — les deux extrémités du fer à cheval, voués à ne jamais se rencontrer, sont aimantés. Affres de la récupération.

Le souhait que je formulerai cependant est d'être utile à l'équipe de la Maison médicale, e.a. Cela pourrait permettre une réflexion, un temps de discussion qui par ailleurs semble ne pas avoir été décidé jusqu'à présent. Dans le même temps, je voudrais les remercier pour leur accueil, leur patience aussi face au caractère parfois inquisiteur de notre questionnement, face à l'anxiété que nous avons peut-être induite et relative à la « justesse » de leurs pratiques. Il faut également savoir que le choix de la Maison médicale de Seraing, pour expliciter cette problématique du changement social, procède de l'écho que l'équipe veut bien donner du projet ; le n° 150 des *Cahiers du Groupe d'étude et de réforme de la médecine* de septembre 1981 lui est consacré, par exemple.

Les matériaux de base à cette approche sont puisés dans deux interviews (l'une réalisée avec une déléguée de l'équipe médicale et para-médicale et l'autre avec

des représentants de la Coopérative des patients), le n° 150 des *Cahiers du GERM*², les documents préparatoires au 3^e congrès européen de médecine de groupe³. Les interviews ont été réalisées conjointement par M. Bernard Francq, Ludovic Wirix, Viateur Dupont et moi-même. (L'absence d'indication des sources renvoie aux deux interviews.)

Enfin, je voudrais aborder ici trois points propres aux activités de la Maison médicale :

- 1) le « *dossier médical* » (ou carnet médical) qui sera considéré ici comme l'*outil* privilégié de l'équipe ;
- 2) l'existence d'une *Coopérative de patients* comme l'instrument d'une redéfinition du concept de santé ; la question se posera de savoir quel rapport social se dégage de la confrontation entre cette coopérative et l'équipe médicale.
- 3) la *coordination* entre les activités de la Maison médicale et les autres pourvoyeurs de services socio-sanitaires envisagée dans le contexte général d'une « crise » financière des institutions de l'État providence (il y aurait à ce sujet à prendre en compte un autre élément : le redéploiement des « activistes » communautaires mais je renvoie en cela le lecteur vers d'autres articles de ce numéro).

Au travers de ces trois points, j'aimerais tenter de dégager quelle est la nature du rapport entre :

- 1) le *soignant et le soigné* (« qui » sont-ils ?)
- 2) le *technicien de la santé et le citoyen* (quel mandat ?)
- 3) le courant « *minoritaire* » et le courant « *majoritaire* » de la médecine (quel conflit ?)

La Maison médicale : présentation

« La Maison médicale, de petite taille mais pluridisciplinaire, est principalement dirigée vers les soins de base, [...], l'équipe réalise des soins intégrés (préventifs, curatifs, éducation sanitaire individuelle et collective, activités de promotion de la santé) intégrant le psychologique et le somatique. [...] L'équipe assure la dispensation des soins de base à l'intérieur des limites géographiques de Seraing et Ougrée (n.b. deux « unités de vie » essentiellement ouvrières de l'agglomération liégeoise) [...] Elle veille à ce que les usagers aient la possibilité de participer, individuellement ou collec-

tivement, aux décisions concernant leur santé. Elle vise également à optimiser ses rapports de collaboration et de coordination avec les services de santé (en particulier les services spécialisés curatifs et préventifs) et les services sociaux locaux [...] ; elle veille à informer l'usager et à discuter les décisions avec lui (et éventuellement avec sa famille) afin de les adapter aux circonstances particulières. [...] Nous avons choisi de développer les soins à domicile pour étendre nos activités aux hospitalisations à domicile, travail logiquement complémentaire des soins de base habituels en équipe. ⁴. »

En ce qui concerne l'équipe, elle se compose actuellement de trois médecins, trois infirmières, deux kinésistes, une aide familiale. Quant aux actes prestés, « la limite des capacités d'un membre de l'équipe n'est pas décidée par son diplôme ni par les actes qu'il est autorisé à facturer à l'INAMI⁵. Nous avons choisi de fixer les limites de l'intervention d'un des membres de l'équipe à ses capacités réelles admises par l'équipe. Il peut arriver dans notre équipe qu'un problème psychosomatique soit pris en charge par la kinésiste ou que l'adaptation du traitement d'une plaie atone soit décidée par l'infirmière ⁶. »

Du côté des consultants, « la Maison médicale a environ 1800 familles [...] » ; le système de médecine de groupe a drainé vers l'équipe de nombreux cas « lourds » : patient atteint de maladie chronique grave, problème psychiatrique important... ». En ce qui concerne les H.D., les cas sociaux sont pris en charge comme les autres ⁷. »

À côté de cette équipe, à proprement parler médicale, prestant des actes médicaux auprès de personnes malades, il faut compter l'emploi de chômeurs remis au travail par les Pouvoirs publics dans le cadre d'une législation anti-chômage intitulée « cadres spéciaux temporaires ». Plusieurs personnes s'occupent ainsi des opérations de secrétariat : permanences téléphoniques... D'autres part, les usagers de la Maison sont organisés au sein d'une « Coopérative des patients ». La forme juridique de cette coopérative n'est pas celle des coopératives mais celle d'une association sans but lucratif. À ce titre la « Coopérative » bénéficie également de l'engagement d'un Cadre spécial temporaire ; les activités de celui-ci sont centrées sur la prévention des conduites toxicomaniques (alcool, médicaments et drogues illégales). Un projet de Cadre spécial temporaire a de plus été déposé auprès du Bureau de l'emploi régional

portant sur le projet d'atteindre une meilleure coordination entre les divers services socio-sanitaires de la région.

De cette présentation on pourra retenir pour l'instant : l'existence d'une *équipe* à caractère *essentiellement médical* (cette équipe médicale prenant en charge des problèmes à caractère psychologique ou social prégnant) ; un *dépassement*, un refus, *de la déontologie médicale classique* e.a. en ce qui concerne la division des tâches ; la présence d'une *clientèle lourde et chronique* ; l'adjonction d'une *fonction administrative* par le biais de la législation anti-chômage ; l'existence d'une *structure propre aux usagers* (la « coopérative ») mais non organiquement intégrée aux pratiques de l'équipe médicale ; une *assise territoriale* ; une *volonté d'intégration dans les services communautaires*.

Enfin il est utile de relever la *volonté idéologique de l'équipe* ou si l'on préfère son orientation politique ; médecine de qualité et financièrement accessible, tout spécialement pour les milieux populaires ; décroisement des diverses orientations thérapeutiques (le somatique et le psychologique voir le psychiatrique) ; médecine moins coûteuse socialement et s'en prenant à ce qui pour l'équipe fait problème : les prestations à l'acte de la médecine libérale, etc. On retiendra également le nom de la Maison médicale assez significatif sur le plan symbolique de cette volonté générale : Baustista Van Schouwen⁸.

Au chapitre financier, il faut savoir que sur la place de Liège, trois Maisons médicales sont regroupées au sein du « Front d'action santé ». Cet organisme après avoir obtenu des subsides de la part des pouvoirs publics en a restitué une partie à la Maison de Seraing (1 million de francs) ; d'autre part 500 000 francs ont été « décrochés » auprès du département des Affaires sociales wallonnes⁹. L'affectation de ces sommes nous est partiellement inconnue.

Quoique opposées aux *pratiques « à l'acte »*, les prestations « libérales » demeurent volens nolens la *source principale de revenu pour l'équipe*. Il nous faut préciser la structure du prix de l'acte médical pour un médecin généraliste mais aussi pour les soins infirmiers ou kinésithérapiques : le coût économique de la prestation se scinde en un coût social (cette somme est remboursée par les mutuelles auprès desquelles cotisent les personnes au prorata de leur salaire ; les divers employeurs cotisent également sur base du salaire attribué aux membres du personnel) et une participation per-

sonnelle du malade (non remboursable). Ce système est dans sa logique identique pour les autres professionnels de la santé avec cette remarque : les médecins peuvent, de leur propre chef, exiger plus que le prix économique « normal ». Ainsi, dans l'hypothèse où les accords « planchers » conclus entre les Pouvoirs publics, les Organismes assureurs et l'Ordre des médecins amènent le prix d'une consultation à 500 francs dont 50 francs non-remboursés, il est tout à fait possible pour tout médecin qui le désire de demander plus de 500 francs au patient dont seulement 450 francs seront remboursés. Dans le cas de personnes reprises sous l'étiquette de VIPO (veuves, invalides, pensionnés et orphelin) la part des participations financières personnelles est réduite, parfois nulle. La même structure de prix se retrouve lors des hospitalisations.

Sauf dans le cas d'une situation salariale, les actes médicaux apportent d'autant plus de revenu à ceux qui les prestent qu'ils sont nombreux et/ou que la part de la participation personnelle (ticket modérateur) est importante. C'est cette *structure financière*, ce prix de la médecine, que *l'équipe voudrait voir supprimée* et remplacée par un système « forfaitaire » ou encore la juxtaposition d'un système « d'abonnement » et pour le reste des prestations à l'acte. Il faut signaler cependant que dans la formule à l'oeuvre actuellement, le prix social de la médecine est rendu possible par le système de la cotisation des partenaires sociaux (employeurs, salariés) ; la formule de la forfaitarisation ou de l'abonnement semblent demander un financement par l'impôt (avec ou sans cotisations personnelles). *Cette remarque pour indiquer que le passage d'un système à « l'acte » à un système de type « forfaitaire », n'est pas absolument un problème de type technique mais un problème budgétaire pour l'État, donc un problème éminemment politique.*

Il est donc actuellement impossible pour l'équipe, compte tenu également des outils organisationnels qu'elle s'est donnés, de pratiquer une médecine différente de celle qui se fait classiquement, c'est-à-dire à l'acte. Cette contradiction fait-elle comprendre la formule arrêtée au sein de l'équipe ? Le « salaire » des membres de l'équipe se constitue selon : 70 % des revenus sont établis sur base des actes prestés et remboursés par les organismes assureurs, 15 % sont attribués, au maximum, au vu de la « peineabilité » du travail et 15 % sont attribués en fonction des enfants à charge. Nous retiendrons deux choses sur ce point : le plus sou-

vent, l'équipe refuse de percevoir la cotisation personnelle du patient (sorte de plus-value sociale de la médecine libérale) et, globalement, la rétribution proportionnalisee selon les actes et les besoins de chacun des membres de l'équipe, amène un *revenu réel inférieur à celui que pourrait percevoir la personne en travaillant dans le système classique même sous le régime du salariat.*

L'outil de l'équipe médicale : le dossier médical

Lorsqu'on se réfère à des exemples de médecins généralistes, travaillant seuls, il est relativement rare d'observer l'utilisation de dossiers médicaux, de compilation de données, de stockages d'informations sur les patients. Le plus souvent, le médecin se concentre sur l'observation des symptômes, l'écoute des plaintes formulées dans le présent. Dans la mesure où il a besoin de données complémentaires, elles restent également au présent : il questionne l'entourage et la famille, adresse des épreuves aux laboratoires, etc.

L'utilisation d'un dossier, de façon systématique, renverse les priorités temporelles : ce qui devient significatif de la maladie ne peut plus se résumer aux symptômes présents mais est englobé dans toute l'histoire du patient. On pratique un système de causalité multiple *qui sort du champ de la médecine* ; sont pris en considération des éléments propres au logement, à la texture familiale, etc. L'objet du dossier n'est pas seulement la maladie mais aussi le travail, le conjoint, l'histoire sociale du patient... tous ces éléments envisagés comme risques pathogènes.

La médecine générale classique gère essentiellement l'état de la maladie ; l'outil que constitue le dossier laisse penser que la médecine alternative gère les facteurs de risque, la santé. Ce glissement va dans le sens d'une démultiplication fonctionnelle de la médecine, de ses schèmes de pensées : faire de chaque composante de la personne un maillon de contrôle de la santé. En filigrane de cette nouvelle perspective médicale se dessine l'idée que la cause d'une affection ne réside pas dans un principe d'extériorité (un virus, un « accident ») mais bien dans l'histoire de la personne, en fait dans sa responsabilité plus ou moins partielle. L'hypothèse qui pourrait être faite ici se formulerait ainsi : l'usage du dossier médical et la prise en compte de données extra-médicales pour déterminer la nature des presta-

tions à mener est congruent avec une redéfinition fonctionnelle de la médecine classique. Fonctionnel signifiant ici *l'absence de rupture entre médecine classique et nouvelle médecine mais plutôt modernisme.*

Comment tester cette hypothèse si ce n'est en s'intéressant à l'usage du dossier ?

Le dossier est-il un outil de démocratisation des pratiques médicales ?

Ce serait en quelque sorte la justification « idéologique » du travail fait par l'équipe, la preuve que le patient participe aux divers soins, à l'acte médical devenu ainsi moins technocratique. « Le dossier est la propriété du patient » et de ce fait « le malade est tout à fait au courant de son état de santé ¹⁰ ».

Cependant « si ce qui y est noté peut provoquer l'anxiété du malade, nous le gardons chez nous ». Autrement dit, le dossier n'est de fait la propriété du consultant que dans la mesure où le consultant est relativement bien-portant. Il exprime au consultant en quoi il est non-malade. À le considérer comme un relais de communication entre soignant et soigné, il redéfinit un rapport ou plutôt *il instaure un rapport jusqu'alors inexistant* entre l'équipe et le consultant, rapport dans lequel *la maladie y est absente*, seul le risque de maladie est retenu. On ne peut qu'y voir pour l'instant une démultiplication du concept de santé qui passe par des acteurs spécifiques : l'équipe médicale. C'est là indéniablement une entrée en force de la logique médicale dans tous les interstices de la vie privée. Il est utile de noter que cette « médicalisation-responsabilisation » de l'état de santé ne semble possible que dans la mesure où la pratique médicale se délibéralise, dans la mesure où la médecine n'est plus quelque chose que l'on achète mais bien quelque chose qui s'impose.

Cette perspective resterait quelque peu « verbeuse » si l'on s'abstient de voir qui, quel acteur, utilise le dossier.

« À chaque consultation, quelqu'un le complète, pas nécessairement le médecin. » Ce qui se vérifie ainsi est, dans tous les cas, une multiplication des opérateurs de la santé : le médecin seul ne décide plus des diagnostics et des signes particuliers qui le fondent ; pour ces derniers surtout, quiconque appartient au champ médical, est déclaré apte à noter des faits pertinents. Avec l'utilisation des dossiers, c'est la pratique médicale qui se transforme.

D'autre part, il faut bien reconnaître que ce qui est présenté comme une propriété du consultant n'est en fait qu'une simple détention, faisant ainsi pour l'équipe l'économie d'une administration de ces dossiers. Qui plus est, détention n'est pas synonyme non plus d'utilisation propre : « les malades n'ont pas accès aux dossiers des autres malades. [...] Nous [l'équipe] voulons établir des statistiques sur ces dossiers ; mais il est exclu que les malades fassent ces statistiques. » De quelle réappropriation de la santé est-il ici question ? D'une santé « individuelle », qui ne peut déboucher sur des constats plus globaux de la part des patients. Ainsi, alors que des considérations de type professionnel par exemple sont reprises dans le dossier, celles-ci ne pourront pas déboucher sur une mise en évidence des conditions de travail, d'habitat morbides ou non. Or comment prétendre à une pratique non-libérale de la médecine en restant dans le *paradigme du besoin individuel* ? Comment concilier d'une part la démocratisation de la médecine avec le fait que pour les patients il faille « respecter la déontologie » (ne pas donner accès aux dossiers) ? À prendre l'équipe à la lettre de son discours et à la confronter avec les faits, il faut bien en arriver à dire que si les consultants sont propriétaires des dossiers, « on » leur en confisque l'usage.

Le dossier comme outil d'une nouvelle technique médicale

« Il [le dossier] sert à faire circuler l'information [...] ; les patients les reprennent (à domicile) et sont utiles pour d'autres médecins appelés par exemple en urgence. » Et par ailleurs « le problème avec les différents médecins, c'est qu'ils ne savent pas ce que les autres ont déjà fait ; c'est la même chose pour les infirmières ou les kiné ».

Le dossier permet la mise en route d'une nouvelle technique médicale : la gestion de l'information ; de plus la collaboration dans le temps entre divers médecins (classiques ou non) est ainsi permise. La bureaucratisation (relativement bon marché dans la mesure où ce sont les patients qui l'assurent en partie) fait accroître que les soins seront de meilleure qualité à mesure que l'information circule entre praticiens. Comment considérer cependant qu'au fur et à mesure que cette information s'accroît et circule, le patient la comprend ? D'une façon plus empirique, et en ne s'en tenant plus

aux discours des praticiens, il faut remarquer que la nouvelle division des tâches instaurée dans l'équipe — avec son côté collégial ou autogestionnaire — nécessite une dose de bureaucratisation : le « cas » de chacun est perpétuellement « ouvert », personne ne peut prétendre être au fait de tous les éléments entrant de près ou de loin dans l'établissement du diagnostic ¹¹.

On ne peut s'empêcher de voir dans l'usage du dossier la tentative de rendre techniquement possible *le décroisement des spécialités médicales* (e.a. la prise en égale considération du psychique et du somatique). Aussi de voir l'émergence d'une régularité sociologique : tout travail social (et socio-sanitaire) tend à s'adjoindre une fonction bureaucratique alors que les usagers du service ne contrôlent pas directement sa détermination.

Mais revenons quelques instants à l'équipe pour relever encore — décidément — un paradoxe : avec l'usage de l'équipe, où les tâches sont redéfinies différemment, la pratique du dossier, etc., « les gens personnalisent moins les soins demandés ». Par exemple « si une infirmière passe chez eux, ils ne demandent pas nécessairement à voir un médecin ». En un certain sens, ce constat pourrait révéler une baisse du statut social du médecin la preuve étant faite que les qualifications « subalternes » peuvent être tout aussi satisfaisantes tant du point de vue de l'acte presté que de la reconnaissance sociale de cet acte. Mais cela voudrait-il dire que *l'accessibilité accrue de la médecine pour les classes populaires passe par d'autres acteurs médicaux que les médecins* ? (À coup sûr la formule de la Maison médicale revient moins cher au patient : le prix de l'acte presté par l'infirmière est moins élevé que celui du médecin.) Ou encore cela signifie-t-il que les médecins étant quantitativement déchargés par le travail des infirmières et des kinés peuvent prester des actes de meilleure qualité ? e.a. parce qu'ils ont plus de temps à consacrer lors de chaque prestation ? Ce paradoxe pourrait quelque peu s'éclaircir si nous savions quels actes sont effectivement prestés par chacun ¹². Ainsi, il est notoire que quelque 80 % des plaintes adressées par les patients à leur médecin sont pour le tout ou partiellement de type « psychosomatique » ; lorsque les médecins demandent plus de temps à consacrer à leurs patients, l'idée est souvent de pouvoir répondre à de telles demandes. Dans le cas de la Maison médicale, il serait intéressant de savoir à quels aspects des plaintes répond le médecin, l'infirmière, le kiné... Autrement dit, la division des tâches

au sein de l'équipe provoque des disponibilités en temps pour certains et essentiellement les médecins ; *en quoi cette disponibilité redéfinit-elle la nature des tâches prestées ?* Et donc le statut social de la médecine générale ? Le rapport social entre soigné et médecin ? Quelle est la « position » de l'équipe face aux consultants ?

À la question de savoir quel est le profil des consultants, la déléguée de l'équipe nous a répondu : « Nous n'en savons rien ». D'autre part, l'équipe annonce tout de même une population où la proportion des chroniques (diabétiques, bronchitiques...) est importante ; même constatation pour les personnes du troisième âge, les psychiatisés, etc. Ce qui serait à souligner ici, c'est que l'équipe semble travailler principalement avec les « non rentables » de la sécurité sociale. Ces populations consomment beaucoup de « produits médicaux », bien plus que les valides des classes moyennes par exemple. L'usage des dossiers pourrait être un outil de pression de premier ordre à l'égard des pouvoirs publics, de l'ordre des médecins par exemple afin de démontrer que les actes prestés auprès de cette clientèle sont mieux appropriés, meilleurs, plus efficaces... Il est regrettable que le dossier reste un outil technique permettant le fonctionnement de l'équipe et qu'il rate sa vocation « d'analyste social ». D'autre part, pour asseoir la crédibilité de leur réalisation, les membres de l'équipe mettent en avant le coût de la médecine ainsi produite. Il est effectivement vrai que les patients déboursent moins d'argent pour les actes prestés à la Maison médicale que pour ceux qu'ils pourraient recevoir ailleurs. Cependant, le débat sur le coût ne peut se limiter à la prise en considération du coût social (le fait que les malades paient les sommes qui leur seront remboursées par les mutuelles sans plus) : les infrastructures socio-sanitaires répondent aussi à une politique délibérée d'investissement, de création ou d'absence de ressources, etc. Ici également, le dossier serait utilement considéré comme moyen de *confronter les pathologies relevées avec les infrastructures locales*¹³.

Pour terminer cette partie il serait intéressant de montrer en quoi l'établissement de la Maison médicale gagnerait à se préoccuper de la nature sociologique de sa population de base au travers de cette citation reprise chez un malade : « Ce que les malades demandent, c'est plus de soins et moins cher ; les médecins prescrivent moins de médicaments, passent moins souvent à domicile et surtout prescrivent moins de jours de congé. » En milieu populaire, le prix de la médecine est souvent

celui qu'il faut payer pour ne pas devoir travailler. Si l'on retient que la fonction sociale de la médecine répond à la nécessité de reconstituer les forces de travail de chacun, serait-il illusoire de *penser les pratiques médicales en rupture avec cette fonction* ? Les dossiers encore une fois pourraient être de bons analyseurs des « problèmes-santé » des consultants et non seulement le reflet des « besoins » socialement sanctionnés en matière de santé.

La coopérative de patients : le mandant de l'équipe ?

La coopérative des patients — dont la forme juridique est une association sans but lucratif — s'est constituée en parallèle de l'équipe, d'une part pour permettre aux patients qui le désireraient de « cogérer » la Maison médicale et d'autre part pour offrir aux « coopérateurs » des services, parfois gratuits, pour lesquels ils devraient payer dans d'autres formules. Être coopérateur signifie par exemple recevoir deux fois par jour des soins de la kinésiste alors que les mutuelles ne remboursent qu'une prestation par jour ; en recevoir deux pour le prix d'un. Cela signifie participer à des campagnes d'éducation sanitaire (vaccination contre le tétanos, auto-examen des seins...). Cela veut également dire pouvoir questionner les médecins, l'équipe ; leur émettre des récriminations, des vœux, des souhaits... Cela ne veut pas dire : engager les médecins, payer les infirmières...

Sorte de « super-mutuelle » la coopérative est également un relais pour l'équipe : elle fait passer la bonne parole.

Il semble qu'à une seule occasion elle se soit située dans un rapport autre face à la médecine classique : la création d'une banque de médicaments. Les patients de la Maison furent invités à vider leur pharmacie et à en déposer les surplus dans les locaux de la Maison. Ce stock est réutilisé quand faire se peut par les médecins : plutôt que de devoir se rendre dans une officine privée, le malade peut recevoir gratuitement les doses nécessaires dans la mesure où elles sont disponibles. Tout ce qui ne pouvait être réutilisé après prise en considération des dates de péremption, fut brûlé sur la place publique¹⁴. Dans l'état de la législation actuelle, supposer que les médecins ne sont pas propriétaires du stock de la « banque » mettrait les coopérateurs dans une situation de parfaite illégalité. L'effet est double : écono-

mique — et non négligeable pour les malades chroniques bien qu'ici se pose la question de la réappropriation, du réapprovisionnement du stock — et symbolique : perte de crédibilité de l'outil principal de travail du médecin, les pilules.

Un des créneaux d'activités le plus usité reste cependant l'éducation socio-sanitaire. Cette préoccupation vers la prévention primaire (vaccination du tétanos) et secondaire (la diététique) participe selon eux de la volonté d'avoir une meilleure médecine, une meilleure pratique médicale. Le leurre est ici patent : de telles activités provoquent de bons patients, pas de bons soins. Dans l'ensemble, les activités de la coopérative démultiplient, légitiment à la fois, le projet de l'équipe. Cette tentative est d'ailleurs un échec : « les gens n'ont pas l'habitude de s'occuper de leur santé [...] il est difficile d'élargir le noyau de base des patients (qui anime la coopérative) ».

Derrière ce constat émis par les coopérateurs émerge ce qu'il faut bien rappeler une vérité : *le concept de santé n'est pas mobilisateur*. En fait les coopérateurs se situent dans une logique du besoin : *ce paradigme du manque est typiquement manipulé par les organismes qui se veulent de services*. La stratégie voulue par tous les acteurs de la Maison médicale gagnerait à s'exprimer en termes de problèmes ; l'expression de problèmes suppose une reconnaissance collective face à des acteurs extérieurs avec lesquels on se trouve en situation de conflit. Concrètement, *c'est l'état de maladie qui dévoile les contradictions sociales* (accessibilité des services de soins, coût des soins, etc.) *non celui de santé*.

La coopérative est-elle « le contre-pouvoir » de l'équipe médicale ? En fait détient-elle le pouvoir, du pouvoir ? On retiendra d'abord que ce qui fait à nos yeux l'outil essentiel de travail de l'équipe, à savoir le dossier médical, n'est pas entre les mains des coopérateurs ; ce serait là une nécessité dans la mesure où l'usage collectif des dossiers pourrait ouvrir la porte à de véritables revendications en matière de santé indiquant des rapports sociaux de type inégalitaire face aux soins de santé.

« Quels sont les rapports entre le collectif des patients et l'équipe ? » « Parfois on leur demande conseil (pour mener à bien nos activités comme la campagne d'auto-détection du cancer du sein), parfois on rouspète auprès d'eux (lorsqu'un patient veut se plaindre). » On y verra une sorte d'ambivalence entre deux types de rapports :

d'usagers à conseillers et d'usagers à techniciens. Cette ambivalence ne paraît possible que dans la mesure où les patients reconnaissent « l'aura » des médecins et où le noyau de base des coopérateurs fonctionne à la coopération. Une telle structure (relation équipe-coopérateur) permet deux choses : une « couverture » des coopérateurs par l'équipe (comme dans le cas de la banque des médicaments) et une technicisation des activités des coopérateurs (au détriment de leur volonté revendicatrice). Mais il y a plus important : une telle structure, en cas de conflit global portant sur la nature des soins prestés dans la Maison en opposition avec ceux fournis par les praticiens « classiques », ne peut laisser transparaître qu'un projet technocratique (un meilleur service) véhiculé par les membres de l'équipe. Autre élément : toute négociation potentiellement conflictuelle amènerait celui-ci au sein même de la relation équipe-coopérateurs et non pas entre la Maison médicale et l'extérieur¹⁵.

La coordination entre divers services de soins

L'intention de l'équipe et la volonté des coopérateurs consistent à procurer « une continuité de soins, dans le temps, dans le traitement ». Une telle volonté marque les limites des actes prestés par l'équipe : certaines prestations ne peuvent être assumées entièrement par ses membres.

Ainsi les hospitalisations à domicile (H.D.) demandent un surcroît de personne, d'interventions extérieures : services de repas à domicile, aides familiales, etc. sans oublier un prêt, variable, en matériel médical. Où trouver cet apport de personnel étant entendu qu'il serait aberrant d'en faire payer le coût aux patients si ce n'est auprès des services e.a. le Centre public d'aide sociale ?

Assez paradoxalement, ce service public gère les cliniques publiques ; ainsi, s'adresser à lui signifie demander quelque chose à un concurrent direct : « les C.P.A.S. sont réticents ; ils disent avoir des problèmes d'argent. De plus, il est clair que notre médecine ne leur fera pas entrer de l'argent (dans les cliniques) ».

Ce qui, aux yeux des membres de l'équipe et de certains membres de la coopérative est une demande de collaboration afin d'offrir de meilleurs services est en réalité *un conflit d'importance dont l'enjeu majeur est la destination et le contrôle par les contribuables des services sociaux* dont ils sont par ailleurs propriétaires. Ce conflit, il semble bien que ni l'équipe ni les coopé-

rateurs ne désirent le mener : « nous avons déjà fait des actions communes avec le C.P.A.S. mais ils (infirmières, assistants sociaux) doivent toujours s'en référer aux autorités (le Conseil de l'aide sociale). Leur lenteur va de pair avec leur manque d'autonomie. » Mais en ce qui concerne l'application du droit de recours prévu par la loi, « nous n'avons pas tellement le temps de nous défendre ¹⁶ ». Bureaucratie ? Pourtant un atout pour la Maison médicale n'est-il pas sa situation géographique lui permettant une vue claire des acteurs en présence et potentiellement de mener un débat direct ?

À nouveau apparaît la pierre d'achoppement du projet : son *côté technocratique*, sa volonté d'être un meilleur service, tant sur le plan qualitatif que quantitatif. Une telle volonté *ne demande l'élaboration d'aucune stratégie*, aucune détermination des alliances à entreprendre et finalement aucun affrontement actif. Ainsi : « nous ne voulons pas des ennemis ; ce que nous voulons, c'est une meilleure médecine ». *Un projet technocratique veut également dire que l'on ne se préoccupe pas de sa base sociale, de savoir sur quelles forces l'on peut compter* : « nous sommes assez libres de ces organisations (syndicats et partis politiques) ; à la limite, on ne s'y intéresse pas ». D'autre part, « dans le monde ouvrier (majorité de Seraing) on ne nous connaît pas encore ».

La même ambiguïté entre logique technocratique et logique démocratique se repère dans les relations que la Maison entretient avec les autres praticiens de la commune, et est tout à fait flagrante dans le chef des coopérateurs : « nous [coopérateurs] ne pouvons aller trop loin dans les attaques contre les médecins, cela irait à l'encontre de la déontologie médicale et on ferait du tort à nos médecins ». Cependant, lorsque les médecins libéraux organisent leur propre service de garde de fin de semaine, lorsqu'il « font pression pour qu'une infirmière libre ne collabore plus avec nous sinon ils ne lui envoient plus de clients », tout cela ne semble pas atteindre la déontologie. Ambiguïté qui fait dire à un coopérateur que la Maison médicale « fait du bon patronage » : « notre action permet de régler l'installation de jeunes médecins » pour qui il est vrai, la perspective de travailler seul est encore plus sombre que celle de travailler en groupe.

Conclusions

À la longue et dans le contexte général d'une crise financière, d'une remise en cause des services publics

(sociaux, socio-sanitaires...) par le biais des argumentations économiques, l'expérience de la Maison médicale peut constituer une aubaine pour les gestionnaires publics de la santé, de l'aide sociale. Que cherche à prouver la Maison médicale ? Qu'il est possible d'offrir des services de « première ligne » (soins médicaux, à caractère psychologique, aides sociales) en faisant des économies. Mais quelles économies ? Et pour qui ?

Économie financière, budgétaire

La médecine pratiquée par la Maison médicale permet des économies, d'abord dans le montant des rémunérations des membres de l'équipe : à « investissement » d'énergie équivalent, les médecins et les para-médicaux gagnent moins que leurs homologues travaillant dans les structures libérales. Somme toute, la « plus-value » sociale de la médecine n'est pas perçue, soit que cela soit impossible (ex. la kiné ne peut facturer qu'une prestation par jour à un même patient) soit que cela procède d'une volonté délibérée (ne pas demander le paiement de la quote part personnelle du patient).

Économie budgétaire : les mutuelles sont amenées à rembourser moins de prestations (alors même que les cotisations personnelles alimentant le système à domicile sont certes un progrès psychologique pour les patients mais ce serait se leurrer que de ne pas y voir une façon — une possibilité — de réorienter l'argent dégagé vers d'autres activités, sophistiquées et coûteuses, activités sur lesquelles les cotisants n'auront — comme par le passé — guère de prise. Délibéraliser les soins primaires rend possible — à sa manière — la libéralisation des instruments médicaux de haut de gamme.

Économie de l'assureur

La sécurité sociale belge est encore un système d'assurance inscrit essentiellement dans le régime du salariat (et depuis quelques années ceux et celles qui ne sont pas dans un régime salarial — les « indépendants » — sont obligés par la loi de s'affilier à une mutuelle). Les salariés s'assurent, en cotisant, un salaire de remplacement dans les cas où l'assuré ne pourrait prester son travail. D'autre part le droit à la santé doit se comprendre comme la nécessité de reconstituer chez le salarié ses capacités de travail. Ces praticiens de la médecine tirent une plus-value au sein même du rapport inégalitaire qui instaure le salariat. Que signifie dès lors la

volonté de ne plus percevoir cette plus-value « sociale » de la part des praticiens ? Dans quelle redéfinition — structurelle ou contextuelle — du rapport salarial considéré au sens large s'inscrivent les volontés réformatrices de la médecine libérale ?

Éléments contextuels d'abord. De plus en plus de personnes bénéficient du régime de l'assurance sociale alors même qu'elles n'ont amené aucune plus-value, alors qu'elles ne sont plus — ou pas — productives : chômeurs au long cours, augmentation des retraités, des emplois publics... Cette baisse globale d'efforts financiers doit être compensée par les Pouvoirs publics.

Éléments de structure ensuite. La notion même de service social (en ce compris les soins de santé) connaît depuis quelque temps une redéfinition profonde : sans entrer dans le détail de ce mouvement il faut signaler le remodelage de la Commission d'assistance publique au Centre public d'aide sociale, l'instauration d'un montant financier minimum et garanti, etc. Le glissement général est double : ce qui à l'origine était une cotisation salariale d'assurance devient un impôt indirect ; ce qui était une aide sociale devient une gestion de la précarité.

La Maison médicale constitue à n'en pas douter un « laboratoire » d'essais de cette double articulation dans le champ de la santé qui tend à voir le jour :

- du côté de l'impôt indirect se substituant aux cotisations on voit apparaître l'idée d'un « abonnement » aux soins : chaque consultant bénéficierait d'un « crédit » santé, d'un plafonnement des prestations gratuites au-delà duquel il devrait payer le prix fort.
- d'autre part, les praticiens travailleraient au « forfait » ; du côté de la gestion de la précarité, on repenserait à l'usage du dossier médical et ce qu'il induit comme responsabilisation des consultants qui, d'une façon caricaturale, seront envisagés comme des malades en puissance dans le mesure où ils ne font pas la preuve de leur volonté à « payer le prix personnel » de la santé (cf. le volant préventif du Collectif des patients). (Ceci pourrait d'autre part permettre ce que Attali dans *L'Ordre cannibale* conçoit comme industrialisation des pratiques médicales : consommations d'appareils électroniques mesurant la tension artérielle, la présence anormale d'albumine... dont l'emploi fait l'économie des prestations médicales.)

Économie de la confrontation

Enfin il faut terminer en relevant ce qui est au centre d'une redéfinition — rupture ou modernisme ? — des rapports sociaux au sein desquels évoluent les acteurs de la Maison médicale pour souligner une double absence :

- absence de confrontation entre soignants et soignés, entre la Maison médicale et son environnement de clientèle ;
- absence de confrontation entre soignants et organisation de la médecine — avec l'ordre des médecins et les divers pouvoirs.

Or l'enjeu du projet — sans en définir le contenu — ne peut prendre son sens que dans cette double confrontation, assumée ou non.

C. Macquet
Sociologue

Notes :

- ¹ A. Touraine, *Production de la société*, Seuil, 1973, p. 397 ss.
- ² Groupe d'étude sur la réforme de la médecine, Cahier n° 150, septembre 1981, Bruxelles.
- ³ 3^e Congrès européen de médecine de groupe, Documents préparatoires, Fédération des Maisons médicales et des Collectifs de santé francophones, Bruxelles.
- ⁴ Les Cahiers du GERM, n° 150, p. 3.
- ⁵ *Ibidem*, p. 3 ; n° 3 : INAMI : Institut national d'assurance maladie-invalidité.
- ⁶ *Ibidem*, p. 3.
- ⁷ *Ibidem*, p. 4 ; n.b. : H.D. : Hospitalisation à domicile.
- ⁸ Bautista Van Schouwen, membre du comité central du MIR (Chili), arrêté par la junte en 1973.
- ⁹ Une première remarque en ce qui concerne le « Front d'action santé ». Cette institution a connu diverses appellations : « Comité d'action santé Seraing » puis « Comité d'action santé » puis « Front liégeois pour une médecine au service du peuple » et enfin « Front d'action santé ». À l'origine, le groupement s'était donné des objectifs tels la formation, la lutte sur le plan idéologique, etc. La constitution de la Maison médicale est postérieure à ce groupement « d'opinion ». D'autre part, la somme reçue du département des Affaires wallonnes (500 000 frs) devait être utilisée pour réaliser un film sur le cancer du sein. Dans le Cahier n° 150 du GERM, les responsables de la Maison médicale justifient l'emploi de cette somme (plus le million en provenance du F.A.S.) par l'expérimentation de la pratique des H.D. et la rédaction du Cahier du GERM... Peut-être y a-t-il eu plusieurs fois 500 000 frs obtenus des Affaires wallonnes ?

¹⁰ Il faut remarquer que les explications de la déléguée de l'équipe sont peu claires à ce propos. En réalité il existe deux « dossiers ». Un premier, systématique et fouillé, ressemble fort à un dossier de type clinique. Son caractère technique en fait un outil quasi exclusif des professionnels de la santé. Un second dossier est intitulé « Carnet santé » et fait songer à un amalgame, un dossier hybride à cheval entre un « dossier médical scolaire ou de nouveau-né » (vaccinations...) et un « Cahier intime » (sur 80 pages numérotées, 2 pages reprennent des rubriques de santé publique et 78 pages sont vierges). S'il apparaît évident que le carnet est la propriété du consultant (il est d'ailleurs composé par le Collectif des patients), l'incertitude plane quelque peu sur le dossier médical proprement dit.

¹¹ D'autre part, et en prolongement de ce constat, on ne peut s'empêcher d'observer un glissement : la collégialité de la décision à prendre (en opposition avec l'acte libéral classique) dépend de la bonne gestion administrative du dossier.

¹² La structure de la prestation des soins ne devrait pas nous faire oublier le côté dynamique du fonctionnement de l'équipe. Ainsi, si les infirmières prestent des actes long e.a. parce que les incidents de type psychologique sont à prendre en compte chez les patients, cela ne signifie pas qu'elles auront plus de prestations remboursées par les mutuelles. D'autre part, dire que les « médecins sont déchargés » ne doit pas faire oublier que certains sont relativement « rapides » dans la prestation de leurs actes (et rentrent de l'argent), alors que d'autres sont plus lents et donc moins « rentables » financièrement. Autrement dit, les infirmières déchargent les médecins les moins « productifs ». Ceci amène des récriminations des para-médicaux à l'égard des médecins les plus engagés, dans une autre logique médicale que celle des actes prestés. Il faut se rappeler ici le mode de rétributions des membres de l'équipe. Seuls les médecins amènent dans le « pot commun » autant d'argent qu'ils pres-

tent d'actes. Dans le cas des para-médicaux, les mutuelles ne remboursent qu'un nombre fixe de prestations par patient par jour. Autrement dit, alors que les para-médicaux prestent plus d'actes (surtout aux mêmes patients) leurs salaires dépendent de la rentabilité « élastique » des médecins... les plus « classiques ». Ceci signifie que, au sein de la division des tâches telle qu'elle est arrêtée, une alliance « objective » s'établit entre para-médicaux et les plus classiques des médecins progressistes ; les médecins les plus « réformateurs » ne pouvant assurer pleinement les salaires des aidants.

¹³ Ainsi par exemple, les institutions hospitalières de Seraing, gérées par une intercommunale, viennent de conclure un accord de traitement informatisé de l'information avec l'hôpital de la Citadelle de Liège, hôpital qui entrera en service fin 81. D'autre part, toujours à titre exemplatif la commune de Seraing bénéficie d'un Centre de santé mentale ; quelle place le Centre pourrait-il prendre face aux « psychosomatiques » qui consultent à la Maison médicale ? Toutes questions portant sur la coordination entre activités de la Maison médicale et les autres services sociaux et sanitaires.

¹⁴ La Banque des médicaments a été constituée par les médecins ; elle est gérée par le Collectif des patients. D'autre part, le « feu de joie » des médicaments fut une activité du F.A.S. antérieure à la constitution de la Maison médicale.

¹⁵ Sur le risque de conflit, cf. la note 12. Pour la région liégeoise, il existe deux types de fédérations : l'une pour les équipes des Maisons médicales, l'autre pour les usagers.

¹⁶ À la décharge de l'équipe, il faut bien dire qu'entamer un droit de recours contre le C.P.A.S. qui refuse l'aide sociale demandée constitue un véritable exploit non seulement juridique, mais aussi « physique ». Ainsi tout requérant devra s'adresser à un avocat privé pour mener à bien son discours.

COMMUNITY DEVELOPMENT JOURNAL

an International Forum

Invites articles of under 5000 words and letters and news items of under 500 words on any aspects of Community problems and Community work likely to be of interest to an international audience.

Manuscripts should be sent to :

*The Editor, Community Development Journal
Brookside, Seaton Burn,
Newcastle-upon-Tyne, England*

For subscriptions (£ 12.00 or US 30.00 for 3 issues annually) advertising (full page £ 90.00, half page £ 50.00, quarter page £ 25.00) back-numbers, etc. write to :

*Oxford Journals, Oxford University Press,
Walton Street, Oxford OX2 6DP, England.*