en partenariat avec

Facteurs favorables à la pérennité des centres de santé dans les Zones urbaines fragiles

L'exemple du quartier de la Villeneuve de Grenoble

Isabelle Parizot, François-Xavier Schweyer et Serge Paugam

Rapport pour l'AGECSA

Mai 2013

Sommaire

Introduction 3

1. Les motivations des personnels 6

L'engagement intéressé 8

L'engagement éthique 11

Un consensus autour de la notion d'efficacité collective 16

2. Une ambition de coopération démocratique 18

Une organisation pluri professionnelle décentralisée 18
Des environnements de travail spécifiques – Une approche pluri professionnelle – Réalité et limites d'une activité pluri professionnelle

Des incertitudes qui lient les professionnels entre eux 30
L'incertitude financière – La qualité des relations aux patients comme incertitude – L'incertitude sanitaire et politique

Des formes de régulation travaillées 44
Régulations institutionnelles – Régulations professionnelles – Des règles à bâtir avec la population

Un acteur collectif 55
Un modèle culturel menacé

3. La fréquentation du centre par les patients : au-delà du recours à un médecin 60

La diversité des relations aux professionnels 60

Le rapport au centre de santé 63
Un lieu repère en matière de santé – Un espace de santé pour tous – La qualité des relations avec des personnels jugés dévoués – La perception des motivations à mettre en œuvre une « autres médecine »

76

L'insertion des centres de santé dans la Villeneuve
Un lieu de sociabilité – L'entrecroisement des liens sociaux – Le reflet d'une ambition sociale et sanitaire

Conclusion 87

Introduction

L'actualité nous rappelle de façon récurrente les difficultés rencontrées par les professionnels de santé implantés dans les quartiers populaires, et les raisons qui président au désengagement d'une partie de ceux qui y travaillent, ainsi qu'à la fermeture de certaines structures. Ces mécanismes concernent en particulier les acteurs de la santé qui ont une activité libérale.

Les inégalités de santé sont aujourd'hui amplifiées par les inégalités d'accès aux soins. Habiter dans un quartier populaire renforce la probabilité de ne pas trouver près de chez soi les médecins, spécialistes et structures de soins adaptés aux besoins. Le climat d'insécurité, les agressions physiques et verbales répétées, et même, dans certains cas, le vandalisme sont évoqués comme explications de ce malaise social.

Les structures de santé, privées ou publiques, sont parfois à la limite de la rupture. Les professionnels ne veulent plus y travailler. Et face à l'ampleur des difficultés, certains responsables et gestionnaires finissent par abdiquer et choisir de s'installer dans des endroits plus calmes.

Les cinq centres de santé associatifs de Grenoble qui relèvent de l'A.GE.C.SA semblent épargnés par ce processus. Ils sont pourtant installés, depuis les années 1970, dans des quartiers qui ont, depuis cette époque, subi de profondes évolutions. Ces quartiers sont aujourd'hui disqualifiés, touchés comme les autres par la crise, la pauvreté et le chômage de masse et sont, pour la plupart, classés en « zones urbaines sensibles » (ZUS). L'actualité a d'ailleurs récemment révélé l'ampleur de la violence dans les ZUS de la région grenobloise. Dans un tel contexte, les rapports d'activité des centres de santé indiquent une croissance de l'activité. Ils témoignent en outre d'une volonté des professionnels en poste de continuer à s'y investir, et évoquent des candidats en nombre croissant pour venir y travailler.

Comment se fait-il que les centres de santé de Grenoble résistent à la tendance au désengagement professionnel et au retrait institutionnel observés ailleurs ? Ce qui fait figure d'exception constitue une énigme au sens sociologique du terme. La résoudre aurait pour intérêt de dégager ce que l'on pourrait appeler les facteurs du succès et de justifier par la suite une extension de ces expériences réussies dans d'autres sites.

Le travail d'enquête

L'objectif de cette étude n'est pas de réaliser un diagnostic exhaustif sur le fonctionnement institutionnel de l'ensemble des centres de santé de Grenoble et de décrire à nouveaux frais ce que l'on sait déjà par ailleurs, ou que l'on trouve bien renseigné dans les rapports d'activité. Nous avons pensé, au contraire, qu'il est préférable de partir de certaines hypothèses et de tenter de les vérifier par un travail d'immersion sur le terrain dans des sites sélectionnés. Nous avons ainsi réalisé une enquête de terrain fondée sur des entretiens approfondis auprès de professionnels et de patients ainsi que des observations, dans deux des cinq centres de santé : Arlequin et Les Géants qui appartiennent au quartier de la Villeneuve. Le choix de ces deux centres a été fait de façon concertée entre l'équipe de recherche et le commanditaire.

Le quartier de la Villeneuve, dans lequel sont installés les deux centres enquêtés, est un quartier défavorisé (il est notamment classé en Zone Urbaine Sensible) mais présente toutefois certaines particularités qui constituent des atouts comparativement à de nombreux autres quartiers dits « sensibles ». Historiquement en effet, sa création a conduit à une relative mixité sociale qui perdure encore en partie aujourd'hui. Ainsi, notamment, si 58% des habitants de la ZUS « Villeneuve – Village Olympique » ont une PCS ouvrière, 34% sont cadres ou de professions intermédiaires[1]. Le taux de chômage y est élevé, et le revenu par unité de consommation médian des habitants y est certes deux fois moindre que celui des habitants de l'Unité urbaine de Grenoble (respectivement 11 528€ et 19 996€), mais il est plus élevé que dans les autres ZUS de Grenoble (7 685€ par exemple pour la ZUS Teisseire Abbaye Jouhaux). La relative mixité sociale de la Villeneuve se repère aussi quant au statut

[1] D'après le Contrat Urbain de Cohésion Sociale, Politique de la ville 2007-2008

du logement puisque plus de la moitié des habitants sont propriétaires ou locataires dans le parc privé.

En termes de services également, le quartier se trouve relativement bien doté en équipements sociaux, éducatifs, de même qu'en services commerciaux, comparativement à d'autres quartiers défavorisés – même si certaines structures ont dû fermer ces dernières années. Il est aussi bien desservi par les infrastructures routières et les transports en commun (à 14 minutes du centre-ville par le tramway en moyenne pour l'ensemble de la ZUS).

Du point de vue de la santé par ailleurs, les deux centres de l'AGECSA ne sont pas installés dans un total désert médical. Ne serait-ce que dans les IRIS des centres et ceux adjacents (soit 6 IRIS), on compte ainsi deux pharmacies, dix omnipraticiens, neuf kinésithérapeutes, quatre infirmières libérales, trois dentistes, deux ophtalmologues, etc. Les centres de santé de l'Agecsa apparaissent donc centraux mais ne sont pas l'unique offre de soins dans le quartier de la Villeneuve et ses alentours proches.

Nous avons réalisé 12 entretiens approfondis auprès de professionnels[2] et 12 autres auprès de patients et usagers du quartier dans lesquels sont implantés les centres. En complément, les centres Vieux Temple et Mistral ont été visités, ce qui a permis de rencontrer les secrétaires et un médecin dans le premier, une secrétaire dans le second.

L'enquête a permis d'aborder plusieurs questions, renvoyant à différents processus sociologiques. Nous nous sommes interrogés sur les motivations des professionnels à exercer dans les centres de l'AGECSA, en lien avec leur socialisation professionnelle et citoyenne, et sur les avantages qu'ils peuvent trouver à la médecine salariée. Mais au-delà, nous nous sommes demandés en quoi ce qu'ils vivent dans les centres peut aussi, éventuellement, jouer un rôle mobilisateur ou encore protecteur face aux difficultés de l'exercice. Nous avons également pris en compte leurs expériences vécues avec les patients mais aussi avec leurs collègues (style relationnel au sein des équipes et modalités de collaborations notamment). De même, les liens avec l'environnement institutionnel et de santé publique, tout comme l'implantation des centres dans les quartiers, ont été étudiés dans l'enquête.

[2] Trois médecins généralistes, un pédiatre, un interne en stage en autonomie supervisée, une orthophoniste, deux infirmières, deux secrétaires, deux coordinatrices.

Parallèlement, la réflexion a porté sur les représentations que les usagers ont des centres et de leurs employés. Si la prise en charge pluridisciplinaire proposée peut répondre à certains de leurs besoins, la manière dont ils vivent leur fréquentation des centres de santé influence leurs propres comportements de recours aux soins ainsi que les relations qu'ils établissent avec les différents salariés.

L'enquête a porté également sur l'adéquation entre d'une part, les attentes des patients et habitants des quartiers et, d'autre part, l'offre de services proposée par les centres de santé. Nous avons fait l'hypothèse qu'une relative adéquation est de nature non seulement à contenter les personnes accueillies mais aussi à conforter les professionnels dans leur démarche hétérodoxe par rapport au milieu professionnel. Nous avons accordé par exemple une attention particulière aux modalités d'accueil et d'organisation des flux de la « patientèle », et à leurs effets sur les expériences vécues des patients comme sur la perception de la « charge mentale » des salariés.

1. Les motivations des professionnels

Le succès d'un centre de santé résulte-t-il des motivations des professionnels qui s'y engagent ? Telle est la question que nous avons essayé d'analyser dans les entretiens approfondis.

Quelles sont les motivations des professionnels à exercer dans les centres de l'AGECSA ? Peut-on y voir la traduction d'une socialisation professionnelle spécifique ou d'un engagement citoyen fondé sur des valeurs héritées depuis l'enfance ? Peut-on y voir aussi l'effet d'un calcul personnel conduisant à opter pour la médecine salariée en raison des avantages qu'elle peut procurer, notamment en termes d'équilibre de vie et de maîtrise du temps de travail ? Autrement dit, qu'est-ce qui a conduit les professionnels de santé à choisir de travailler dans un centre de santé situé dans un quartier populaire alors qu'ils auraient pu choisir, au contraire, de s'installer de façon indépendante dans un quartier de classes moyennes et supérieures et, en toute logique, de dégager ainsi de leur activité un revenu plus élevé.

Pour analyser les différents types d'activité sociale, Max Weber distinguait deux types de comportement : le *comportement rationnel en finalité* et le *comportement rationnel en valeur* qu'il définissait de la façon suivante : 1) « Agis de façon rationnelle en finalité, celui qui oriente son activité d'après les fins, moyens et conséquences subsidiaires et qui confronte en même temps rationnellement les moyens et la fin et les conséquences subsidiaires et enfin les différentes fins entre elles » et 2) « Agis de manière purement rationnelle en valeur celui qui agit sans tenir compte des conséquences prévisibles de ses actes, au service qu'il est de sa conviction portant sur ce qui lui apparaît commandé par le devoir, la dignité, la beauté, les directives religieuses, la piété ou la grandeur d'une « cause », quelle qu'en soit la nature ». On peut qualifier le premier d'engagement intéressé et le second d'engagement éthique.

Ces deux définitions correspondent-elles aux motivations des professionnels de l'AGECSA ? Les entretiens que nous avons réalisés permettent d'y répondre. Il faut toutefois distinguer les

secrétaires médicales et les médecins, sachant que la décision de travailler dans un centre de l'AGECSA pour les premières se pose davantage en termes d'opportunité d'emploi que de choix de carrière proprement dit. Néanmoins, on peut tout de même adopter ce cadre analytique pour l'ensemble du personnel sachant que l'intégration dans un centre de santé situé dans un quartier populaire engage tout un chacun de façon spécifique dans un rapport à la pauvreté qui le conduit, de façon presque incontournable, à des rationalisations de ses propres pratiques.

L'engagement intéressé

Soulignons que les motivations peuvent être d'ordre professionnel comme d'ordre familial ou conjugal. Tout professionnel n'est pas uniquement professionnel. Il n'a pas que le lien de participation organique pour le rattacher à la société. Il doit composer avec les spécificités de sa vie familiale (lien de filiation) et de sa vie affective (lien de participation élective). Autrement dit, le professionnel qui intervient dans un centre de santé n'est pas forcément guidé uniquement par des objectifs strictement professionnels. Il peut très bien avoir pris cette décision pour mieux concilier par exemple sa vie professionnelle et sa vie familiale et d'être plus présent auprès de ses enfants. Il peut aussi avoir choisi de travailler dans un centre de santé parce que cette solution présentait des avantages pour mener une vie conjugale plus équilibrée en se rapprochant par exemple du lieu de travail de son conjoint. Il est frappant de constater que certaines personnes interviewées ont d'emblée expliqué leur décision de travailler dans un centre de santé par ce type d'intérêt, notamment des femmes qui soulignent plus spontanément que les hommes que leur engagement relève de motivations familiales. Elles entendent mener une vie professionnelle sans que celle-ci empiète sur d'autres engagements extérieurs à la vie professionnelle qui s'avèrent au moins aussi importants pour leur équilibre personnel. Elles avouent que travailler dans un centre de santé permet d'avoir des horaires fixes et aménagés et de pouvoir ainsi articuler de façon harmonieuse leur vie professionnelle et leur vie familiale. Aller chercher les enfants à l'école deux fois dans la semaine, avoir une journée de libre pour les conduire à des activités, etc. telles sont les avantages d'un travail dans un centre de santé.

Une femme médecin par exemple disait qu'une fois sortie du centre de santé, elle n'avait plus à se soucier de son activité médicale et que cela présentait un luxe non négligeable dans cette profession où il est fréquent que la présence auprès des patients soit considérée comme naturellement indéfinie. *« Et puis, j'avais déjà trois enfants, maintenant j'en ai quatre, donc j'avais envie d'un travail avec des horaires extrêmement fixes, avec la possibilité de m'adapter. Alors là, je ne travaille plus comme je travaillais auparavant, j'ai baissé mon temps de travail. Et ne travaille pas le mercredi, et puis il y a deux jours dans la semaine où je finis une fois à 16h, une fois à 15h20, ce qui permet d'aller chercher les enfants à l'école, gérer les activités, etc. Et puis quand je pars d'ici, je suis partie, mes collègues sont là, s'il y a des résultats d'examen à gérer, en vacances, on s'est arrangés entre nous, je n'ai pas de remplaçant à chercher, je n'ai pas de comptabilité à tenir, voilà… »*

Mais cet avantage en termes d'organisation personnelle qui permet de concilier plus facilement engagement familial et engagement professionnel n'est pas le seul. Cette femme médecin indiquait également dans le même entretien la sécurité que procure le travail en collectif. *« L'idée de travailler toute seule dans un cabinet, cela ne me paraissait pas ça très sécurisant, non pas sur le plan des agressions, mais sur le plan médical, le seul fait de me retrouver toute seule, si j'ai un souci et si je ne sais pas quoi faire, je ne sais pas à qui demander et puis quand on fait des remplacements, on a une expérience des suivis ponctuels, on va soigner tout ce qui est aigüe mais tout ce qui est chronique, on ne le voit pas vraiment., on n'a pas cette expérience-là. »*

Elle soulignait également que son rôle de médecin n'impliquait pas une prise en charge de tous les problèmes sociaux des patients et que ces derniers devaient de son point de vue savoir être autonomes. En s'efforçant de délimiter de façon assez précise le champ de son intervention et en privilégiant la sphère médicale de ses compétences, elle entendait ainsi éviter d'être prise dans un engrenage d'engagements qu'elle ne se sentait pas capable de tenir. *« Je n'aime pas le mot social, parce que j'essaie de me comporter avec mes patients comme je le ferais si j'étais installé dans un cabinet libéral installé dans un coin où les gens ont fortement les moyens, c'est-à-dire que j'estime que je ne peux pas tout faire, que les patients sont aussi acteurs de leur santé et que je ne suis pas Dieu le père. Et donc quand je prends une décision, je leur explique, je leur explique toujours ce que je pense qu'ils ont, que là ils sont peut-être venus un peu tôt, que ça peut encore changer, que si ça ne va pas, qu'ils n'hésitent à reprendre un rendez-vous (…). Les patients sont aussi moteurs que moi, c'est-à-dire que pour se soigner, il n'y a pas que le médecin et c'est aussi vrai pour le reste, quand on discute quelquefois de leurs problèmes financiers, de leurs problèmes dans la famille, quelquefois ça*

arrive sur le tapis, donc moi je leur donne des conseils pratiques, mais ce n'est pas moi qui vais prendre le téléphone pour appeler l'assistante sociale. J'ai certains de mes collègues qui le font, alors ils le font pour des personnes âgées, incapables de le faire ou ce genre de choses, moi, pour l'instant je n'ai pas de patients pour qui ça s'est vraiment posé. Quand c'est l'assistante sociale du quartier qui fait la demande, alors là il n'y a pas de problème, mais ce n'est pas moi qui fais la démarche (…). D'ailleurs, ils ne me le demandent pas parce qu'ils le savent… Moi j'estime que ce n'est pas dans mon rôle à moi… C'est pour cela que je n'aime pas le mot social (…) J'adapte ma pratique quand il s'agit de populations maghrébines dont les pratiques culturelles sont différentes… Mais ce n'est pas « ah les pauvres chéris »… »

C'est ainsi que l'on peut parler d'un engagement intéressé. Pour les professionnels dont les motivations s'en rapprochent, il s'agit avant tout de trouver un équilibre entre différentes fonctions qui apparaissent au moins aussi importantes les unes que les autres. Cette recherche de l'équilibre de vie constitue le principal moteur de leur engagement. Dans leur esprit, pour être un bon professionnel, il ne faut pas être perturbé par une vie familiale et conjugale tendue et pour mener une vie familiale et familiale épanouie, il ne faut pas non plus être envahi par une vie professionnelle trépidante. Nous pouvons penser que si les femmes sont plus nombreuses que les hommes dans les centres de santé[3], c'est en grande partie parce qu'elles sont plus nombreuses que les hommes à chercher un équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie familiale et qu'elles entendent souvent se valoriser socialement par leur réussite éducative auprès de leurs enfants.

Mais pour que cet équilibre recherché ne soit pas menacé, il est nécessaire, en particulier dans un centre de santé qui accueille des publics défavorisés, de savoir se tenir à distance de possibles sollicitations d'intervenir au-delà de la définition stricte de la sphère médicale. C'est ainsi que l'engagement intéressé se caractérise par un souci de protection personnelle qui prend la forme d'une anticipation de tous les éventuels débordements : dans cet esprit, pour les personnes qui sont proches de ce type d'engagement, être un bon professionnel de santé passe par la capacité à délimiter scrupuleusement ce qui appartient au cœur de cible du métier et à rejeter tout ce qui s'en écarte. Le discours sur la nécessaire autonomie et responsabilisation des patients a alors pour fonction de rationaliser cette conception limitative de l'intervention médicale.

[3] Les femmes représentent environ 80 % du personnel des centres de l'AGECSA.

Il est clair que le salariat peut constituer aussi en lui-même un attrait pour certains professionnels motivés par l'absence de contraintes administratives en termes de trésorerie, de comptabilité. Devenir salarié dans un centre de santé, c'est en réalité être déchargé de ce qui apparaître contraignant dans un cabinet libéral et pouvoir se consacrer pleinement à la médecine, dans des plages horaires stabilisées. Ces « avantages » nourrissent au moins partiellement l'engagement intéressé.

L'engagement éthique

Si cet engagement intéressé est relativement courant, il ne saurait toutefois à lui seul exprimer l'ensemble des motivations des professionnels. L'engagement éthique existe aussi.

Les plus anciens de ces centres de santé aiment à rappeler l'esprit militant qui y régnait à l'origine. Beaucoup de médecins croyaient fermement au projet de créer une nouvelle façon de vivre dans le quartier, en symbiose avec les habitants – plusieurs d'entre eux habitaient dans le quartier – avec de nombreuses innovations dans l'animation associative et culturelle, le tout associé à un urbanisme pensé comme moyen d'échange et de mixité sociale. Une orthophoniste qui a connu cette ambiance explique avec une certaine nostalgie la passion militante de l'équipe : *« J'arrive dans ce projet, j'étais très jeune, j'avais dix ans de moins que la moyenne des gens, j'étais très intimidée et subjuguée par tous ces gens très intelligents, très brillants, c'était très dynamique… Alors, on avait une réunion hebdomadaire tous les jeudis après-midi, alors on brassait, on brassait… Il y avait dès le départ le principe que les mêmes personnes étaient impliquées et dans le soin et dans la prévention… ».* Elle explique qu'au départ, les médecins étaient même impliqués dans la santé scolaire… Cet engagement éthique ne relève pas que du passé. Il apparaît en effet nettement dans certains entretiens. Pour certains professionnels, il est important de mettre leurs actes en conformité avec leurs croyances. Ils se définissent spontanément en évoquant des valeurs auxquelles ils tiennent fortement et qui, de leur point de vue, expliquent avant tout leur présence dans un centre de santé.

Un médecin souligne par exemple qu'il est issu d'une famille modeste et qu'il a grandi dans un milieu attaché aux luttes syndicales. *« Vu que je suis issu d'un milieu très simple et syndicaliste de Grenoble,*

j'ai toujours voulu venir à la Villeneuve. J'ai eu la chance de faire des études parce que l'ascenseur social marchait encore. Mon père était cheminot et ma mère secrétaire, ils m'ont toujours porté. J'ai toujours voulu m'occuper d'enfants. J'étais dyslexique, mais j'ai réussi à passer les concours de la fac de médecine et j'ai eu de la chance. Mais, vu le milieu d'où je venais, il était évident que je ne pouvais venir que dans un centre de santé. La Villeneuve existait depuis 1973 et j'ai fini mes études en 1978 et c'était le modèle de santé que mes parents idéalisaient et que j'ai pratiqué avec ma femme d'ailleurs, parce qu'on était patients ici. Donc, en pratique, il ne pouvait pas se passer autre chose… »

De fait, selon lui sa vocation de médecin ne peut se comprendre indépendamment du besoin qu'il ressent d'être utile aux plus pauvres. Exercer dans un centre de santé situé dans un quartier populaire répond parfaitement à ce souci de définir son métier en adéquation avec la cause qu'il entend défendre. Il va jusqu'à souligner que cet engagement est source de fierté non seulement pour lui-même, mais aussi pour ses parents qui ont lui transmis les valeurs qui sont les siennes aujourd'hui. Cet engagement que l'on peut qualifier de militant est défini par lui-même comme une évidence, un peu comme si ce choix n'en n'était pas vraiment un tant il ne pouvait envisager une alternative. Ce médecin justifie d'ailleurs sa pratique en l'opposant de façon radicale à celle de certains médecins libéraux qui pratiquent selon lui sans scrupule des dépassements d'honoraires et recherchent délibérément une clientèle aisée. « *Je ne voulais pas une médecine à l'acte, je voulais une médecine globale, je voulais un travail d'équipe, c'était ce qui me motivait le plus, je n'avais pas envie de rentrer dans le système de soins inégaux, j'avais envie de donner ce que j'avais appris pour lutter contre les inégalités sociales, à la fac le milieu des enfants de médecin me révoltait déjà, ces spécialistes qui dépassaient les honoraires, je voulais faire une médecine qui était abordable pour les gens… »*

Ce médecin a toujours travaillé en réseaux. Il définit donc son travail de médecin comme une fonction nécessairement complémentaire avec d'autres fonctions exercées par des institutions extérieures au champ strictement médical, notamment dans le quartier : *« Parfois, la porte d'entrée médicale n'est pas suffisante, sur l'éducation et sur les problèmes de violence, c'est là-dessus qu'on est forcément (mobilisé…). On a eu des soucis plus tard… »* Il est sensible à l'origine sociale des patients, à leurs conditions de vie, au fait qu'ils ont un emploi ou non et consigne tous ces renseignements dans les dossiers médicaux de façon à mieux interpréter les problèmes de santé et mieux y répondre. En tant que pédiatre, il est très investi dans le travail de prévention qu'il effectue dans les crèches collectives du quartier en travaillant en étroite collaboration avec les assistantes

maternelles qu'il rencontre chaque semaine. Il conçoit cette activité comme partie intégrante de son métier au sens où elle lui permet comme il le dit « *d'aider les parents à mieux construire leur parentalité ». « Je pense que ça, dans la prévention de la violence, c'est primordial, parce que plus on laisse monter le déficit de parentalité, pire c'est hein, c'est surtout une grande discussion sur le sommeil, c'est les parents qui n'arrivent pas à coucher leurs enfants, qui n'arrivent à se faire obéir, à les faire manger, c'est des enfants qui tapent les parents devant nous… Ce qui intéressant, c'est que les assistantes maternelles tiennent la route, elles montrent un modèle parental aux parents, et moi, je peux reprendre ensuite avec les parents… ».*

Alors que les professionnels proches de l'engagement intéressé insistent sur la distinction entre le médial et le social pour se prémunir à l'avance d'un possible débordement de l'activité préjudiciable à l'équilibre personnel, nous voyons ici que les professionnels proches de l'engagement éthique soulignent, au contraire, l'entrecroisement inévitable des deux sphères et la nécessité de les conjuguer dans la prévention, mais aussi dans le traitement. Que de telles divergences dans la définition du métier apparaissent dans le même centre de santé peut surprendre. On aurait pu s'attendre en effet à une plus grande homogénéité sur ce point. Mais nous verrons un peu plus avant que ces divergences ne sont pas préjudiciables au fonctionnement du centre lui-même tant que des mécanismes de régulation fondés sur la recherche de l'efficacité collective ont été mis en place.

Arrêtons-nous pour le moment sur d'autres exemples de professionnels pour qui l'engagement est de nature éthique. Ce type d'engagement se retrouve chez un autre médecin qui avoue être particulièrement sensible à ce qu'il appelle une médecine de la précarité. Après un parcours professionnel marqué par des expériences d'intervention auprès de publics marginalisés (sans papiers, toxicomanes, détenus…), il lui semblait naturel de poursuivre sa carrière dans un centre ouvert à tous, sans discrimination, et attentif aux personnes les plus défavorisées. Pour justifier la cohérence de son parcours, il insiste sur les mots qui permettent de définir se pratique et son engagement *« Moi, je n'appelle pas ça de la santé publique, j'appelle cela de la médecine de la précarité. J'ai fait ma thèse dans ce créneau-là, c'était ce qui m'intéressait le plus. La question de la précarité m'intéresse en tant que telle pour des raisons personnelles, enfin voilà c'est une question qui me rejoint personnellement dans mes interrogations existentielles, dans mon histoire, la question de l'exclusion, de la mise à l'écart, de la marginalisation, la question du plus petit, du plus pauvre (…). Et puis du côté médical, il y a la recherche d'une médecine un peu globale, dans médecine globale, j'entends une prise en charge pas comme prestataire, mais un regard global sur le patient et puis j'y*

inclus un côté curatif, un côté préventif, donc un regard plus social, plus sociopolitique (…). Mais c'est sûr que moi j'aime ce côté-là, un peu dans le soin, un peu dans le contact avec les patients, un peu du côté des décideurs, une prise de recul pas seulement psychologique, mais aussi politique sociale, sur ce qui se passe, sur ce qu'on fait, sur ce qu'il vaut le coup de faire. C'est vrai pour le coup que le milieu de la précarité offre cette diversité d'approche, en général, de manière diverse, mais en tout cas se pose cette question pas seulement médicale, pas seulement technique, on peut le dire, un peu sociale sur les choses… »

Mais cette exigence élevée en matière d'intervention globale peut rencontrer quelquefois des résistances dans le centre de santé et nourrir certaines désillusions. Ce médecin engagé avoue qu'il attendait encore davantage de la dynamique collective : « *C'est sûr, par rapport à l'hôpital, il n'y a pas cette hiérarchie hospitalière, il n'y a pas cette langueur que l'on pourrait trouver chez des fonctionnaires municipaux, finalement, ils sont installés dans leur truc, c'est précaire, mais c'est posé et on en oublie presque qu'il y a des patients… Effectivement, mais, moi, j'attendais plus, d'abord une réflexion collective, c'est difficile à se mettre en place (…). Théoriquement, je suis prêt à ce qu'on se voit même bénévolement entre midi et deux, à manger ensemble une fois par mois pour se connaître, pour réfléchir ensemble… Pour moi, ce n'est pas une dynamique collective, une dynamique associative… Je trouve que c'est un peu dommage. Il y a des contraintes financières, il y a des collègues qui n'arrivent pas à décoller du terrain, ce n'est pas de leur faute, mais c'est un fait, mais pour le coup, je me sens un peu différent. En ayant un pied à l'hôpital, j'ai une vue plus globale. Je voudrais un projet qui s'insère dans une vue plus globale, mais ça ne passe pas du tout…»*

Si l'engagement éthique peut se comprendre par la socialisation militante et professionnelle spécifique des intervenants des centres de santé, il se traduit par des attentes élevées à l'égard du mode de fonctionnement des équipes. Puisque l'engagement se nourrit d'une exigence morale à l'égard des plus pauvres, il implique en effet des relations authentiquement riches entre les professionnels eux-mêmes. L'essentiel est de faire réellement un travail différent avec des retombées positives pour les patients. Dès lors la recherche de reconnaissance par le collectif est particulièrement vive. Mais, en réalité, l'engagement éthique, parce qu'il est fondé sur des valeurs et des convictions, risque toujours d'être douloureusement confronté à la réalité de l'action sur le terrain, au sens où cette dernière comporte inévitablement des déviations par rapport au modèle quelque peu idéalisé de l'action collective auxquels se réfère ces professionnels militants qui en font la source de leur identité.

L'engagement éthique ne résulte pas uniquement d'une socialisation particulière dont on peut trouver l'origine dans l'enfance et les relations familiales, il peut correspondre à une découverte plus tardive. Des infirmières nous ont indiqué que c'est avant tout dans la rencontre avec des patients du quartier qu'elles ont trouvé leur vocation. L'une d'entre elles nous a confié qu'elle est issue d'un milieu favorisé et que sa sensibilité actuelle pour l'action médicosociale et l'empathie qu'elle ressent au contact de la population précaire du quartier sont relativement récentes, en tout cas postérieures à son recrutement dans le centre. *« Au départ, je ne connaissais absolument pas ces quartiers-là, je connaissais le travail en libéral, je ne connaissais absolument pas le travail en centre de santé, (j'ai vu une annonce), je suis venu me renseigner, au cours de mon premier entretien, j'étais emballé parce qu'on me proposait. Ce qui m'emballait, c'était de travailler en équipe, on n'était pas les infirmières toutes seules dans notre coin comme en libéral… Il y avait un gros travail social en extérieur, et moi le social ça m'intéressait beaucoup, moi j'étais très versée dans le social, je trouvais ça très intéressant (…). Et vraiment, je suis tombée sur une équipe super-sympa au niveau médecins, infirmières, tous les gens avec qui j'ai pu travailler. J'ai appris à travailler avec le secteur social, avec tout se qui gravite autour, au niveau aussi de la pédiatrie, tous les réseaux en fait. »*

Mais c'est surtout dans la relation avec les patients que cette infirmière s'est le plus épanouie et affirmée professionnellement « *Et puis les patients. C'est sûr, au début, j'ai eu quelques déboires, quelques petits incidents, on a eu des problèmes, on a été reçu chez les gens avec des pistolets, des choses comme ça. Mon mari m'a dit : « non, non, tu ne travailles plus là-bas ». Moi je lui ai dit : « Si, si c'est une population qui m'intéresse beaucoup, il y avait un contact avec les gens parce qu'en fait, quand on va à domicile, on entre chez les gens et on les connait de façon différente que lorsqu'ils viennent juste au cabinet. Entrer dans leur intimité et voir ce qu'ils nous confient… Et puis c'est surtout la détresse des gens. Finalement, je me disais, je vais comme infirmière, en fait c'est le prétexte, je prends un soin, mais finalement je fais beaucoup de social à côté. Je suis leur confidente. Certains en détresse ne parlaient qu'aux infirmières, moi cette relation-là m'a beaucoup intéressée, l'écoute, l'échange. Moi j'ai grandi dans un milieu relativement privilégié, je ne connaissais pas ce genre de population et je me suis aperçue que franchement… rendu compte qu'ils étaient vachement attachants ces gens-là. »*

Une autre infirmière explique, elle aussi, avoir découvert ce milieu sans y être vraiment préparée. *« Je découvrais, j'étais un peu naïve à l'époque, et là je me suis rendue compte qu'il y avait un autre monde qui existait et qu'il y avait des gens motivés qui se posaient des questions, je découvrais tout cela et j'étais très intéressée. Et je prenais tous les remplacements qu'on me proposait et quand on m'a proposé le centre de santé Mistral, je me suis dit c'est là que je dépose ma valise. J'ai beaucoup apprécié le quartier alors qu'il était montré du doigt comme le quartier le plus précaire de Grenoble, avec de la violence. Mais même dans mes études d'infirmière, on parlait de ce quartier, on disait qu'il s'y passait des choses horribles, etc. Et j'ai fait le lien après, c'est après que je me suis aperçue, heureusement parce que j'y serais pas allée, c'est après que je me suis dit : « mais ça n'a rien à voir avec ce qu'on dit ». Et ce que j'ai beaucoup apprécié, c'est la solidarité qui existait dans ces quartiers, en fait c'était vraiment un petit village au milieu de la ville. Et ce que j'ai apprécié sur le plan professionnel, c'est que c'était une petite équipe avec des médecins, des secrétaires d'accueil qui avaient une autre fonction que le secrétariat médical. »*

L'engagement éthique peut correspondre, on le voit, à un apprentissage relativement tardif. Pour certains professionnels, les convictions militantes se sont constituées progressivement, après la découverte d'un autre milieu professionnel qui les a fascinés et pour lequel ils ont eu envie de donner le meilleur d'eux-mêmes. On peut donc penser que l'organisation elle-même façonne l'engagement. Ce dernier n'est pas toujours préalable à la décision de travailler dans un centre de santé.

Un consensus autour de la notion d'efficacité collective

Une interprétation sans doute un peu rapide pourrait laisser penser que l'engagement était de nature éthique pour tous les fondateurs des centres de santé et pour tous ceux qui ont accompagné ce mouvement dans les premières années et que, aujourd'hui, par l'effet de la routinisation presque inévitable de ce type de structures et la montée de l'individualisme, l'engagement de certains professionnels prendrait une forme plus intéressée, en tout cas nettement moins militante. Cette interprétation mériterait d'être quelque peu nuancée. Si l'engagement de la première génération était incontestablement porté par une utopie créatrice, en phase avec l'esprit de toute une époque,

celui de la nouvelle génération n'est pas, on l'a vu, complètement déconnecté de valeurs et de convictions fortes ainsi que d'un sens aigu du collectif.

Par ailleurs, l'engagement intéressé et l'engagement éthique doivent être compris comme deux pôles idéaux, définis uniquement pour les besoins de l'analyse et qu'il convient de ne pas confondre avec des catégories de personnes. On peut certes rapprocher les personnes interviewées de l'un ou de l'autre de ces deux pôles en prenant en compte les motivations premières exprimées lors de l'entretien, mais ces motivations peuvent dans certains cas davantage se compléter que s'opposer de façon radicale. S'il en est ainsi, c'est que les intervenants, qu'ils soient en priorité motivés par la recherche de leur intérêt ou par la recherche d'une mise en conformité de leurs pratiques avec les croyances, se retrouvent dans la conviction que le travail en collectif les enrichit. Même les professionnels qui avouent être sensibles aux avantages que procure le travail dans un centre de santé en termes de maîtrise des horaires en arrivent à valoriser leur activité en termes d'efficacité collective, ce qui revient à prendre en considération la finalité sociale et humaine de leur intervention. S'ils se maintiennent dans une telle structure, c'est aussi parce qu'ils partagent l'objectif de médecine pour tous que cherchent à atteindre les centres.

Tous savent très bien ce qu'ils doivent au collectif. Les médecins généralistes, les spécialistes, les infirmières ont parfaitement conscience du rôle irremplaçable des secrétaires qui accueillent et orientent les patients, qui jouent très souvent auprès d'eux un rôle qui s'apparente tout à la fois à celui de l'assistante sociale, celui de la conseillère ou de l'éducatrice. Tous savent aussi que la violence qui se manifeste régulièrement dans les centres est en grande partie canalisée par ces secrétaires qui sont en quelque sorte en première ligne. D'une façon plus générale, les personnes interrogées apprécient le travail en collectif, les échanges entre professionnels, les possibilités de compter sur l'appui des autres pour trouver une solution à un problème difficile. Certains ont des attentes plus fortes que d'autres dans ce domaine, mais personne ne remet en question l'efficacité qui se dégage de la structure qui les unit et de son mode de fonctionnement. Chacun accepte les règles du jeu à condition qu'elles soient négociées ensemble. On peut penser que cette interaction permanente dans le travail est ce qui façonne l'identité d'un centre de santé et permet à chacun de se penser comme un maillon de cette chaîne d'interdépendance. L'efficacité collective s'éprouve concrètement dans la régulation des normes qui fondent ce que Durkheim appelait la solidarité organique.

2. Une ambition de coopération démocratique

Les motivations des professionnels s'actualisent dans une action collective organisée au sein de l'AGECSA. Pour analyser cette dernière, on partira d'une hypothèse : les équipes fonctionnent avec un modèle organisationnel efficace et adapté qui articule des modes de régulation privilégiant la vie démocratique, un climat pacifié et une ouverture évitant l'isolement. Parmi les cinq centres de santé qui constituent l'AGECSA, deux ont été étudiés, deux autres visités. Ils ont leur propre organisation définie à la fois par des éléments structurels (locaux, effectifs, compétences et métiers présents) et des interactions au sein des équipes.

Une organisation pluri professionnelle décentralisée

Les professionnels interviewés travaillent en équipe dans deux centres de santé. Aux Géants, l'équipe et le centre se confondent ; à Arlequin, plusieurs équipes cohabitent. Deux entretiens complémentaires ont été conduits à Mistral et Vieux Temple. Chaque centre a sa spécificité, un interlocuteur évoque même la « personnalité » du centre. Les espaces de travail diffèrent.

Des environnements de travail spécifiques

Le centre des Géants occupe le premier étage d'un bâtiment situé sur une place piétonne rassemblant quelques commerces dont une pharmacie et un local de l'association de quartier. Le centre paraît particulièrement « ancré » et servir une population avant tout locale. L'accès (ascenseur et escalier) conduit à un petit hall avec une porte d'entrée fermée en dehors des heures

d'ouverture publique. Les membres de l'équipe restent sur place pour déjeuner pendant le temps de midi qui devient un « temps à soi » propice aux échanges. La salle d'attente est en fait un espace ouvert donnant sur le point d'accueil des secrétaires médicales (qui travaillent en binôme le plus souvent). Une ligne de discrétion est marquée au sol, mais il est aisé de suivre les échanges téléphoniques. Le stockage des dossiers des patients se fait à l'arrière du point d'accueil. Plusieurs cabinets de consultation donnent sur cet espace, d'autres sont situés dans un couloir en U qui dessert le reste du bâtiment. Chaque médecin a son cabinet, l'orthophoniste aussi, les infirmières ont le leur. Une salle de sport est réservée à l'activité physique adaptée (APA). L'équipe dispose d'une cuisine équipée et d'un petit bureau avec un poste informatique, un stérilisateur et un réfrigérateur pour les vaccins (fournis par le Conseil Général de l'Isère). Les secrétaires travaillent donc en permanence en contact avec la population (les patients présents mais aussi ceux qui appellent au téléphone) tandis que les autres professionnels disposent d'un espace professionnel à eux.

Le centre Arlequin est le plus gros des centres de l'AGECSA (en surface et en effectifs), le premier créé sur le quartier et celui où « *l'administration* » travaille. L'accès au centre se fait sur une place avec un grand parking. Le centre paraît plus « ouvert » au sens où il accueille une population plus variée et pas nécessairement locale. Un hall d'accueil où travaillent deux secrétaires médicales est complété par deux salles d'attentes semi-fermées, chacune étant affectée à une équipe de généralistes. Chaque équipe occupe un couloir et porte le nom du massif montagneux le plus proche (Vercors, Belledonne). Une troisième équipe de pédiatres (Chartreuse) a son propre accueil dans le prolongement du hall, avec une salle d'attente dédiée. Les paramédicaux (équipe infirmière, psychologue, diététicienne, orthophoniste, kinésithérapeute) ont leur propre accueil, au fond du bâtiment (activité de consultation, prélèvements, pansements). La direction, la cellule administrative et les coordinatrices travaillent en rez-de-jardin, à l'étage inférieur. Les bureaux sont complétés par une salle à manger, une grande salle de réunion. Les locaux n'ont volontairement pas de protection extérieure (barreaux, grillage), une vigilance à ne pas laisser de matériel trop visible est la règle. Les professionnels ne restent pas systématiquement dans le temps de midi pendant lequel les locaux sont nettoyés.

Deux autres centres ont été visités. **Vieux Temple** est situé au premier étage d'un immeuble ancien du centre-ville, non accessible aux personnes handicapées. L'entrée se confond avec la salle d'attente qui est séparée du secrétariat par une cloison vitrée. Les cabinets des médecins se trouvent dans un couloir accessible par le secrétariat. Une petite pièce d'archivage sert d'office pour l'équipe

composée de médecins et de secrétaires. **Mistral** est un centre plus important, ancré dans un quartier qualifié de difficile (historiquement, il a fait l'objet de nombreux financements publics), mais dont le recrutement s'est ouvert à de nouveaux quartiers. L'équipe pluri professionnelle (médecin, secrétaire, infirmière, secrétaire, psychologue) travaille sur deux niveaux. L'accès se fait par le premier étage. Une psychologue payée par la ville travaille dans les locaux du centre.

Chaque centre est présenté comme spécifique : « *La base est la même pour tous, mais ça dépend des centres selon le quartier, les populations qui ne sont pas les mêmes malgré tout* -Qu'est-ce qui change ? *La population et la personnalité des équipes, avec des particularités, la pratique n'est pas la même* » (Coordinatrice).

Il existe une autonomie relative de fonctionnement de chaque lieu. Les liens avec les assistantes sociales de quartier sont par exemple plus ou moins institutionnalisés. L'organisation des consultations en médecine générale, à partir de la règle de 3 actes par heure, n'est pas identique d'un centre à l'autre. Certains aspects bureaucratiques de gestion (fournitures, GRH) sont communs, mais pour autant le fonctionnement de chaque centre laisse percevoir un « *esprit du lieu* ». A telle enseigne qu'à une question sur le sentiment d'appartenance, une coordinatrice répond : « *je le verrais plutôt par centre, avec au-dessus l'AGECSA, mais l'appartenance au centre elle est assez forte, elle serait identitaire, chaque centre est spécifique, a sa particularité, ça se reconnaît très bien. Il y a une certaine stabilité des équipes même si ça bouge un peu et qu'il y a eu des recrutements* ». La notion d'équipe s'inscrit dans la durée, mais au quotidien les membres qui la composent varient selon les jours et les temps de présence. Parmi les personnels, beaucoup travaillent dans le centre à temps partiel, et les lieux d'activité peuvent être divers (dans le centre, à domicile pour les infirmières, en crèche pour certains médecins, etc).

Une approche pluri professionnelle

Les centres rassemblent plusieurs professions[4] ce qui permet d'être éligible aux nouveaux modes de rémunération mais surtout de mettre en œuvre une approche pluri professionnelle où différents

[4] Des médecins généralistes (dont des internes en stage ou SASPAS), des pédiatres, un psychiatre ; une équipe infirmière avec une coordinatrice (et l'accueil de stagiaires) ; des orthophonistes, une diététicienne, des psychologues, des kinésithérapeutes, un professeur d'activité physique adaptée ; des secrétaires médicales (dont une coordinatrice) ; une équipe administrative (directeur, comptable, secrétaires) ; une coordinatrice des

métiers coopèrent. Au plan organisationnel, la principale spécificité des centres est la présence de secrétaires médicales d'accueil qui travaillent étroitement avec les médecins et les patients.

Les secrétaires

Les secrétaires d'accueil travaillent par binômes la plupart du temps. Leur journée commence par l'accueil téléphonique, les demandes « urgentes » étant concentrées sur le début de matinée. Les secrétaires ont à « *écouter les gens, leur demande. La stabilité des secrétaires fait qu'elles connaissent les patients, et les patients les connaissent donc il y a une relation de confiance et les patients disent facilement ce pour quoi ils veulent voir le médecin ça permet une meilleure gestion des rendez-vous* » (Coordinatrice). Il s'agit alors d'assurer un tri des demandes selon différents critères : - l'urgence estimée de l'état pathologique déclaré par le patient, - l'évaluation du demandeur plus ou moins fragile ou en capacité de rester mobilisé sur son état de santé, - la disponibilité des professionnels, du médecin traitant ou d'un confrère présent. Elles ont aussi un rôle de conseil, particulièrement en pédiatrie où les parents sont facilement angoissés. Cette évaluation du degré d'urgence est reconnue comme un travail difficile : « *Les secrétaires font la régulation téléphonique, c'est très dur de le faire. On les a formé un peu, mais c'est difficile, on a beau éduquer les parents, l'angoisse est telle que c'est un poste difficile pour elles. La précarité, on donne des rendez-vous le matin pour la journée, sinon le jour pour le lendemain, on a beaucoup de non venue malheureusement. Les populations précaires oublient souvent et ne s'excusent pas pour autant. On a beau discipliner les gens, les secrétaires ont le mauvais rôle* » (Médecin).

Le reste de la journée se partage entre l'accueil physique des patients, les appels téléphoniques, la sortie des dossiers médicaux pour les rendez-vous et leur gestion (compléments, rangement). Les secrétaires ne font pas de frappe, comme en secrétariat médical classique mais elles assurent une fonction de régulation de la charge de travail des médecins. D'une part, en assurant la répartition de l'activité. Il faut composer avec les habitudes, les compétences, les attentes des médecins. Un médecin à qui on demande comment il gère l'équilibre avec sa vie privée répond : « *Avec ma vie privée ? Je le gère en enquiquinant les secrétaires. [Tel jour], 16h elles savent que je dois partir donc elles ne mettent que deux rendez-vous de 15 à 16h. Et si je ne pars pas à l'heure, elles savent que ça va râler car ça me stresse énormément* ». D'autre part, les secrétaires assurent l'activité non

actions de santé publique (et volontaires du service civique et stagiaires) ; un factotum (temps partiel), une équipe de ménage (y compris dans le temps de midi).

médicale. Elles s'occupent en effet du paiement des consultations, avec la gestion des tiers payant, la demande de la carte vitale et la vérification des droits. Les secrétaires font donc une partie du travail qu'effectuent les médecins libéraux en cabinet, et qui représente pour ces derniers les aspects les moins valorisés (le sale boulot).

En médecine générale libérale, le paiement direct expose le médecin à une forme de « client control », en tout cas à la possibilité de sollicitations de la part de patients qui s'inscrivent dans un modèle de « réparation immédiate »[5]. Il n'est pas impossible que l'externalisation du paiement sur les secrétaires puisse avoir un effet sur la nature de la consultation en protégeant les médecins de cette sorte de « pression ». Un médecin déclare : « *La partie administrative du dossier, je ne le regarde pas, ce sont les secrétaires. Et on n'a pas le paiement. C'est confortable de ne pas avoir le paiement à faire… On n'a pas un rapport d'argent avec les gens et puis c'est du temps…* ». Cette division du travail est appréciée par les médecins. « *Je ne fais pas d'administratif et de gestion comme on ferait dans un cabinet médical : je n'ai pas à enregistrer les patients, ils ne paient pas à moi, je ne vérifie pas leurs droits, ce n'est pas moi qui récupère les papiers à la Sécu, tout ce qui est imprimés* » (Médecin).

Les secrétaires sont en première ligne dans une fonction exposée qui n'apparaît jamais aussi bien que dans les situations fortement investies soit négativement quand il s'agit de tensions ou d'incivilités (cette question sera traitée après), soit de manière positive quand elles reçoivent des remerciements ou des dons. Le travail d'accueil demande un réel engagement personnel et n'est pas dénué de charge émotionnelle. « *Ce sont des postes assez usants, avoir du contact, de l'accueil sans arrêt, on a besoin de souffler très sérieusement. Par exemple, quand elles sont deux, c'est d'aller ranger les dossiers ou ranger les analyses, c'est un moment où elles peuvent… Sinon il n'y a pas tant de moments que ça où elles peuvent se mettre en retrait. A midi, normalement les centres sont fermés, elles peuvent se reposer. Mais c'est plus sur la durée que c'est usant, et c'est qu'à un moment, il y ait des poses comme ça.* » (Coordinatrice). A la charge mentale s'ajoute pour certaines la perception diffuse d'un risque de contamination symbolique. Par exemple, les secrétaires n'admettent pas toutes le qualificatif « d'accueil », car elles sont secrétaires médicales avant tout. Elles n'entendent pas se substituer aux patients ni aux assistantes sociales et insistent sur ce point.

[5] Sophia Rosman (2010), « Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas », in Bloy G. et Schweyer F-X. (dir), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP, 2010, p. 117-131.

Dans leur discours, les secrétaires insistent sur les services qu'elles peuvent rendre de leur propre initiative. Mais il ne s'agit en aucune façon d'un dû : « *Les gens se débrouillent pour contacter la pharmacie ou les labos. On nous dit les gens ne savent pas leurs droits, mais en fait ils savent très bien leurs droits, plus que nous des fois, des gens qui viennent d'arriver en France, ils savent. C'est sur d'autres choses, qu'ils ne savent pas bien, par exemple que la CMU n'est pas éternelle, qu'il faut refaire au bout d'un an. Ils croient que c'est à vie. Nous on a une vigilance là-dessus, sur le site de la Sécurité sociale. C'est à eux de faire les démarches.* » (Secrétaire).

Le travail relationnel des secrétaires se fonde sur des compétences diverses. D'abord l'écoute, l'attention à l'autre voire l'empathie face à des situations complexes ou difficiles. Cette compétence qui se fonde sur une bonne connaissance de la population, au moins des habitués, est collective. Elle est partagée et entretenue par la valorisation des « retours » positifs. Le travail d'explication demande des capacités pédagogiques et de persévérance quand les patients ne répondent pas aux critères implicitement attendus d'autonomie et de « responsabilité ». La conscience de la situation de vulnérabilité de certains patients, ou des effets de la précarité, permet une certaine distanciation sans jugement. De ce point de vue, les secrétaires peuvent assurer un travail d'articulation pour la gestion des parcours de certains patients en difficulté (renouvellement des droits, contacts de partenaires extérieurs). « *Pour les personnes qui ne savent pas écrire, les secrétaires vont le faire, mais j'estime que ce n'est pas mon rôle à moi* » (Médecin). Elles manifestent encore un souci d'entretien du lien social qui se traduit par une forme de disponibilité, par des conseils (concernant les soins et souvent les enfants, mais parfois également concernant d'autres soucis ponctuels), par la demande de nouvelles. Cette sociabilité se fonde sur le don de temps, rendu possible par un modèle économique original mais aussi par le sens donné à la relation. Le travail relationnel ne se limite pas à des contacts ponctuels, il permet de tisser des relations d'interconnaissance dans la durée (et en dehors du centre lors de contacts dans la rue ou les commerces) et ainsi de recueillir des informations utiles pour une approche « globale » du soin. Il s'agit d'un vrai travail, explicité dans les fiches de poste et qui fait l'objet d'un financement spécifique de la mairie de Grenoble. Les secrétaires disent former une équipe solidaire, elles se soutiennent et trouvent des arrangements en matière d'emploi du temps par exemple : « *elles me laissent mon mercredi, je leur laisse les week-ends* ». L'investissement est essentiellement local, mais il existe des contacts entre centres favorisés par une coordinatrice investie dans une fonction de soutien.

Les médecins

Les centres de santé offrent les avantages de l'exercice de groupe et de l'hôpital : « *Quand je pars d'ici, je suis parti. Je sais que les collègues sont là s'il a des résultats d'examen à gérer. Si je dois partir en vacances, on s'arrange entre nous, il n'y a pas de remplaçants à chercher, je n'ai pas de comptabilité à tenir…* » (Médecin). L'AGECSA permet d'avoir un exercice varié comprenant des consultations, de la santé publique voire des tâches de pilotage ou de management. «*Je suis aussi médecin de crèche, dans notre zone, il existe une convention avec le CCAS et les médecins de l'AGECSA vont dans les crèches. Pour moi, 4h par mois* […] [Je participe au] *programme nutrition, un programme de prévention mis en place avec un financement spécifique. Ce qui est administratif, on ne gère pas mais on a la possibilité de faire autre chose que de la consultation.* » (Médecin)

Les médecins pratiquent une médecine globale, soucieuse des conditions de vie des patients, de l'écoute de leurs problèmes et d'une responsabilité sociale de suivi, d'information et d'éducation rendue possible par l'organisation du travail des centres[6]. Non seulement par la norme de 3 actes à l'heure, mais aussi par les temps de réunion qui appartiennent au temps de travail. Les médecins ont donc les moyens de mettre en œuvre une approche ouverte sur les conditions de vie et l'environnement relationnel des patients. « *Dans mes consultations, je ne dis pas que je ne parle pas de médecine, mais c'est la médecine dans ce que vit la personne, on parle du logement, de la famille, des moyens ou plutôt du manque de moyens* » (Médecin). Cette conception du soin est partagée sur le principe mais sa traduction dans la pratique est variable d'un médecin à l'autre et nécessite des ajustements normatifs continus. D'une part, les points de vue peuvent varier. Certains affichent une conception individuelle des soins (la similarité avec la pratique libérale est soulignée). « *Je n'aime pas le mot social parce que j'essaie de me comporter avec les patients comme je le ferais dans un cabinet libéral dans un coin où les gens auraient fortement les moyens. C'est-à-dire que j'estime que je ne peux pas tout faire, que les patients sont aussi acteurs de leur santé, et que je ne suis pas Dieu le père. Donc quand je prends une décision, je leur explique… Ils sont aussi moteurs que moi, pour les problèmes de santé et pour le reste. Pour les problèmes financiers, si je leur demande comment ça va, s'ils ont des problèmes, je leur donne des conseils pratiques mais ce n'est pas moi qui vais prendre le téléphone pour appeler l'assistante sociale. Certains de mes collègues le font, par exemple pour des*

[6] L'approche globale se situe entre deux types proposés par I. Baszanger, celui du « médecin total de l'homme total » (qui intègre les conditions de vie dans la durée) et celui des « médecins de la cité » qui donne aux généralistes à l'écoute des problèmes des gens une responsabilité d'intermédiaire avec d'autres acteurs pour un suivi global. Voir G. Bloy, F-X Schweyer (dir) (2010) *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 71.

personnes âgées incapables de le faire, mais je n'ai pas de patient pour qui la question s'est posée. Ceci dit si l'assistante sociale du quartier me contacte, il n'y a pas de problème, mais ce n'est pas moi qui ferai la démarche. » D'autres revendiquent une conception plus populationnelle ou sociale (la spécificité de la médecine de la précarité et les liens entre les institutions du quartier sont mis en avant). « *Ce côté médical, médecine globale, pas prestataire mais regard global, socio-politique, curatif et préventif. J'aime ce contact un peu dans le soin, un peu dans le contact avec les patients, un peu en contact avec les décideurs. Cette prise de recul, les milieux de la précarité offrent cette diversité* » (Médecins). Le modèle partagé d'une « autre » médecine est donc souple et permet à des médecins qui se sentent proches d'une pratique libérale de travailler avec des confrères mobilisés par le soin aux précaires. Les ajustements nécessaires ne sont pas que normatifs, ils concernent aussi l'organisation. En effet, les temps de présence des médecins diffèrent et ne permettent pas toujours la continuité souhaitée des prises en charge. Certains médecins travaillent à plein temps (35 heures), d'autres à temps partiel (mais pas moins de 20 heures). Les volumes d'activité et d'actes varient donc. Les plages d'activité des médecins sont organisées de façon stable sur la semaine.

La maîtrise du temps de travail est particulièrement appréciée des médecins femmes en charge d'enfants. Dans certains cas les contraintes externes sont des impératifs et l'organisation du travail en tient compte. Dans d'autres, l'articulation entre la charge de travail du centre et de la vie personnelle peut donner lieu ponctuellement à quelques arrangements (une absence possible pour un enfant malade). Le temps de travail des médecins est décompté à l'heure. La traçabilité de leur travail en est facilitée mais au prix d'une disponibilité contingentée. L'activité doit s'inscrire dans des temps très comptés, ce qui briderait l'engagement et son corollaire, une forme de bénévolat. Certains médecins « *comptent leurs heures* » tandis que d'autres estiment que des formes de bénévolat sont indispensables. Le temps de travail se répartit entre des activités de soin (en cabinet ou à l'extérieur) et la participation aux groupes de travail, réunions ou instances. Pour les médecins (et plus généralement les autres professionnels) à temps partiel, les temps de réunion ne coïncident pas toujours avec leur temps de présence. Certains y viennent donc de manière « *bénévole* » en arrivant avant l'horaire de travail par exemple. L'activité à temps partiel renvoie à deux cas de figure : soit il s'agit d'un partage entre activité professionnelle et vie privée, soit il y a une combinaison de plusieurs activités rémunérées. Le souci d'équilibre entre les deux ne se réfère pas aux mêmes exigences ni aux mêmes priorités (et en termes de justification, pas nécessairement au même régime d'engagement). La poly-activité est aussi le fait de médecins à plein temps qui complètent leur (faible) rémunération par une activité à temps partiel ailleurs.

Pour ce qui est des soins, la part de santé mentale est importante. On sait que c'est le cas général pour les soins de premiers recours, et cette dimension semble pleinement intégrée dans les centres où une approche globale est pratiquée. La réflexion d'une interne en médecine générale illustre la norme d'exercice locale : « *Ici du coup, on fait plus de psychologie que de médecine, j'ai l'impression. Du coup, c'est ça qui me mettait en difficulté parce que quand on est interne on n'a pas l'habitude, quand on est hospitalier. Des fois, les gens ils viennent juste pour parler et j'arrivais pas à savoir comment les aider juste en parlant, et je commence à être plus à l'aise. Ici une consultation sur deux, c'est du psychologique, de l'écoute, conseiller… C'est le stress au travail par exemple, discuter de ça, des gens qui sont à bout qui ont besoin d'une pause… et beaucoup de problème de poids, pareil, écouter, conseiller. Et on prend un autre rendez-vous* ». L'importance de la santé mentale dans l'activité de soin tient aussi au fait qu'« *ici, il se dit beaucoup de choses parce que les gens ne vont pas voir le psy* ». Plusieurs médecins ont évoqué la réticence de leurs patients par rapport au secteur psychiatrique, et le rôle de suivi qui leur incombait. En interne, ils peuvent orienter vers le psychiatre ou la psychologue ; en externe, un lien existe avec le CMP adulte et le CMP enfants qui a d'ailleurs sollicité l'AGECSA pour discuter d'un mode de travail collaboratif. L'attention portée à la vaccination et à l'éducation pour la santé traduisent encore l'intégration d'une approche de santé publique dans l'activité.

Les infirmières

Les infirmières travaillent, sauf exception, en horaires coupés (8-12h, 17-20h) et partagent leur temps entre les soins à domicile et les activités au sein des centres (prélèvements, pansements, semainiers, dossiers de soins, coordination téléphonique avec les partenaires – assistante sociale, hôpital -, facturation, dossiers administratifs, transmissions, etc.) Dans le cadre d'un modèle économique contraignant, les équipes infirmières sont assez autonomes pour l'organisation du travail (permanence au centre, domicile, transmission) et les remplacements se font souvent au sein même de l'équipe. Les infirmières sont sectorisées et travaillent sur prescriptions de différents médecins qu'ils soient libéraux ou appartenant au centre. La démarche de diagnostic infirmier qui donne une certaine initiative par la définition d'un plan de soin, par des plages horaires permettant l'accompagnement des familles, la surveillance, etc., s'élabore en équipe. La mise en œuvre de cette démarche permet aux infirmières plus expérimentées de transmettre un savoir aux plus jeunes. La coordination de l'activité est particulièrement complexe. Les temps partiels sont imposés par le modèle économique (l'activité infirmière est déficitaire) et ne sont pas tous harmonisés. Construire

un planning sur 35h n'est pas chose aisée, même avec un personnel assez stable. Les infirmières s'organisent en équipe, elles n'ont pas de secrétariat en propre. Toutefois, deux secrétaires s'occupent des tiers-payant au sein de la cellule administrative (et rencontrent les infirmières mensuellement) et les paramédicaux du centre Arlequin bénéficient d'un temps de secrétariat. Les secrétaires d'accueil prennent les rendez-vous pour les prises de sang et les pansements. Mais l'essentiel du travail « administratif » est assuré directement par les infirmières.

La variété des tâches n'est pas toujours enrichissante au plan personnel, elle peut être la source d'une charge mentale accrue par la dispersion de l'attention, le chevauchement d'activités, la conduite simultanée de plusieurs activités, les interruptions, etc. La diversité du répertoire se double du nécessaire partage de l'activité. Le même patient est suivi par plusieurs infirmières, ce qui nécessite un travail de transmission considérable. De ce point de vue, les temps partiels pèsent sur le fonctionnement. On peut parler d'un travail sous tension, avec un sentiment largement partagé d'un accroissement de la charge de travail (population vieillissante, montée de la précarité, remplacements internes). Toutefois, les conditions de travail sont appréciées. Les infirmières du centre n'ont pas les mêmes contraintes que les libérales qui enchaînent seules les actes dans les journées qui peuvent durer 10 heures, ou que les infirmières hospitalières de nuit ou de garde. Leur plan de charge prévoit un week-end de garde par mois. Ce qui est surtout apprécié, c'est le contact avec les médecins, le travail en équipe et le sentiment d'appartenir à un centre ayant une philosophie de soin humaniste. « *On est intégrées dans des équipes de professionnels qui nous amènent un tout autre éclairage et qui même nous tirent pas le haut. C'est hyper intéressant, on apprend beaucoup grâce aux médecins. On peut trouver une place promotionnelle, on peut s'intéresser à la santé publique, prendre sa place, se former même. Mais surtout l'intérêt d'un travail en équipe, ça, elles le voient tout de suite, elles le disent […] et aux embauches, quand je dis qu'il y a un jour de libre par semaine, qu'il existe des réunions de concertation, elles en voient l'intérêt ! Elles disent y a du sens, ça donne du sens au métier* » (Coordinatrice).

Autres personnels

Parmi les autres paramédicaux, nous avons rencontré une orthophoniste. Elle a fait le choix du salariat mais elle juge son activité identique à celle pratiquée en libéral. L'autonomie professionnelle dans le choix des activités est appréciée, comme la diversité de la pratique. Elle exerce une poly activité répartie entre plusieurs structures. Son temps partiel au centre est annualisé pour permettre

de faire face à la saisonnalité de l'activité, pour les deux-tiers consacrée aux enfants et donc assez liée au temps scolaire. Les conditions de travail sont jugées bonnes, c'est-à-dire meilleure qu'en libéral ou à l'hôpital et avec une concertation qui appartient au temps de travail. Pour la pratique quotidienne, le cadre d'action est celui de l'équipe du centre de santé, et pour des questions plus spécialisées relevant de l'orthophonie, l'équipe des orthophonistes constitue la référence professionnelle qui apporte appui et soutien face aux difficultés.

Réalité et limites d'une activité pluri-professionnelle

Le fait que plusieurs professionnels exercent dans un même lieu permet d'établir des relations souvent directes. L'organisation du travail favorise les interactions et donne les conditions de possibilité (y compris économique) d'échanges réguliers. Soit entre professions quand elles sont interdépendantes dans leur pratique, comme l'illustre le cas quotidien des secrétaires médicales d'accueil et des médecins ou, mensuellement, s'agissant par exemple des supervisions animées par la psychologue. Soit au sein d'équipes professionnelles (infirmières, secrétaires et plus ponctuellement médecins, orthophonistes). Le souci de situer la démarche de soin par rapport aux conditions de vie et à la trajectoire de chaque patient est comme un ciment symbolique qui incite les membres des équipes à échanger les informations, les ressentis, les observations ponctuelles. Autrement dit, une approche de soin globale et une attention aux besoins de la population du quartier constituent une forme de référentiel d'action partagé. Pour le mettre en œuvre, les professionnels sont en situation d'interdépendance. Leurs activités sont à la fois spécifiques et complémentaires au regard du service apporté à la population.

Les conditions de possibilité d'une activité pluri-professionnelle ont une part de contingence qui tient aux personnalités des professionnels. Certaines équipes ont pu connaître des moments difficiles qui ont été surmontés grâce à des départs, des recrutements ou des recompositions partielles. Par ailleurs, les fonctions sont plus ou moins exposées, et certains peuvent momentanément se mettre en retrait, grâce à une compensation solidaire de l'équipe. Toutefois, ces échanges nécessitent pour s'inscrire dans la durée de conserver un certain équilibre dans l'endettement mutuel, ce qui n'est pas sans créer d'éventuelles tensions ponctuelles.

Même si une culture égalitaire est partagée, les échanges ne sont pas toujours aisés. Une coordinatrice rappelle que les relations « *ça se travaille, ça se travaille aussi bien dans la tête des infirmières. Il y en a qui n'osent pas, pensant que le médecin ne va pas leur causer. Alors je dis : - essaie, et après on verra. Lui as-tu demandé ? – Ah non, je n'ose pas, je ne vais pas le déranger ! - Mais essaye, et après les a priori tombent. Oui, cela se travaille […] Cela dépend des personnalités et aussi des centres, certaines infirmières sont beaucoup trop passives. Elles ne disent rien en réunion alors qu'elles sont d'une pertinence ! Par contre individuellement, les médecins le savent bien, les médecins respectent cette peur et vont les voir pour recueillir leur point de vue. Elles pensent que ce qu'elles vont rapporter sur le patient n'a pas d'importance alors que si* ». Cet extrait montre que même dans le cadre d'un projet partagé comme celui de l'AGECSA, des effets d'imposition symbolique sont repérables.

Par ailleurs, des cloisonnements existent. Toutes les professions paramédicales ne sont pas également impliquées dans le projet collectif. D'une part, les équipes au sein des centres sont plus ou moins autonomes. Cette autonomie relative peut être bénéfique en termes d'ajustements et d'identité. Mais elle peut aussi freiner l'harmonisation des pratiques dans une perspective d'optimisation et de qualité pour l'ensemble de la prise en charge. La hiérarchie symbolique entre professions, même mise en sourdine, existe toujours. D'autre part, et non sans lien, la répartition des ressources paraît parfois inéquitable. En formation continue par exemple, il existe une attente d'un plan de formation plus équitable : « *les médecins ont 8 jours, plus 3 jours s'ils participent à des groupes de travail. Et il y a peu de budget pour le reste. Or si on ne pousse pas les gens à se former, ils ne demandent pas et ils n'en voient pas l'intérêt. Donc les infirmières ne râlent pas. La commission de formation arrive à faire deux ou trois infirmières par an en formation, qui se base sur les préconisations de la CME, en rapport à la prévention, aux patients que l'on soigne, aux urgences à domicile car il peut arriver de gros pépins. Le droit individuel à la formation, ça existe, mais question budget, on peut pas !* ». Quant au partage des informations, il semble aisé sur certains aspects (situation des patients, vie du centre) mais sur d'autres, il reste un but à atteindre comme en atteste la difficulté à instaurer un dossier médical informatique partagé (les problèmes techniques ou éthiques n'épuisent pas le sujet). L'informatisation du dossier médical peut être perçue comme un révélateur de la difficulté des médecins à « *travailler avec les autres. Même de la part de médecins que l'on n'aurait pas cru. Cela vient peut-être de leur formation, ils en bavent pendant dix ans, on leur répète qu'ils sont bons, qu'ils sont tout puissants. Ils ont du mal à partager avec les autres, et même dans leur façon de parler, avec des lapsus, c'est leur propriété. Et ce qui est très différent des infirmières, c'est qu'elles acceptent d'être sous un regard, elles travaillent sur prescription, elles sont*

habituées. Les médecins pas, c'est même la peur du regard de l'autre. Mais d'un autre côté dans des réticences comme celles-là, il ne faut pas s'arrêter. Plus on les écoutera, plus ils vont s'entendre parler. Ils seront bien obligés d'argumenter. Rien que de les faire parler, ça les fait avancer. Et ils soulèvent des vraies questions, auxquelles on aurait pas pensé.» Se mêlent ici une revendication démocratique d'égalité, qui se traduit par une remise en question des juridictions professionnelles et, d'autre part, une attente de débat, de discussion.

Certains professionnels ont une activité peu coordonnée. « *On est encore un peu trop cloisonnés. Le paramédical n'a jamais bien fonctionné. On prend quand même en charge des patients communs, mais... C'est là qu'il faut qu'on s'améliore* ». Par exemple les liens souhaitables entre diététicienne et infirmières sont cités à propos des patients diabétiques, mais ils n'aboutissent pas par manque de temps, ou par la complexité d'une coordination (parmi les paramédicaux, seules les infirmières ont une coordinatrice). De même les kinésithérapeutes semblent très indépendants. Il en résulte une forme d'autonomie de fait. Dans d'autres cas, il peut s'agir de désaccord sur une philosophie d'intervention. Ces situations n'engendrent pas de blocage dans la mesure où la coopération ne relève pas de protocoles, où la demande est forte et où le recours à des partenaires extérieurs permet de mener l'activité de façon autonome.

Des incertitudes qui lient les professionnels entre eux

L'interdépendance observée entre les membres du centre ne concerne pas seulement la production de service. Elle tient aussi à la participation commune à un projet qui est perçu comme fragile et parfois menacé. En effet, le fonctionnement de l'organisation AGECSA se structure autour de plusieurs incertitudes : on peut citer l'équilibre financier de l'association, la qualité des relations entretenues avec les patients, la capacité de répondre aux besoins de la population, la pérennité des centres.

La maîtrise de ces incertitudes représente des enjeux forts. Aucun groupe professionnel n'est en mesure de maîtriser à lui seul ces différentes incertitudes. Les capacités d'influence et d'action ne sont pas également réparties, mais la situation donne à chacun la possibilité d'entrer dans le jeu

collectif. Une lecture classique en termes de partage du pouvoir permet d'expliquer en partie l'originalité du fonctionnement des centres comme une « solidarité sous tension ». Une lecture en termes de coopération montre aussi que la maîtrise des incertitudes lie les acteurs car elle les conduit à coopérer. Il se crée un espace d'échanges à la fois cognitifs, affectifs voire émotionnels. L'analyse des régimes d'engagement a montré qu'on ne peut s'en tenir à la seule logique de l'intérêt, aux rationalités limitées des acteurs de nature instrumentales. Les professionnels rencontrés sont engagés dans un projet commun original qui veut se démarquer de l'offre de soins libérale et qui veut être prioritairement au service de la population du quartier. Cette « mission » suppose et justifie une démarche collective, elle constitue un cadre symbolique pour les échanges sociaux bien au-delà de l'organisation formelle du travail. Mais voyons d'abord les liens d'interdépendance qui se tissent autour de la maîtrise des incertitudes.

L'incertitude financière

La première incertitude est de nature financière, elle concerne la viabilité économique de la structure. Presque toutes les personnes rencontrées ont évoqué une période passée mais proche où l'avenir des centres de santé a été menacé et a suscité une forme de mobilisation de la population. « *C'est qu'avant quand il y avait des problèmes, des menaces de fermeture, il y avait une mobilisation des usagers qui était assez forte, qui défendaient les centres de santé. C'est vrai que ça devient compliqué parce que la physionomie du quartier, notamment à Arlequin a beaucoup changée.* » (Coordinatrice) Aujourd'hui, le « *stress financier* » se serait « *un peu calmé* ». Cette mémoire partagée a deux effets. Tout d'abord, elle entretient une certaine sensibilité aux aspects économiques. Ils sont spontanément considérés comme importants, même si certains éprouvent un manque de visibilité sur le modèle économique. « *C'est très agréable de ne faire que de la médecine, mais j'aimerais avoir un peu plus de visibilité sur la part des salaires par exemple. Savoir, mais pas la pression insupportable qu'on a connue il y a dix ans ! Savoir en plein de choses, c'est-à-dire qu'on n'est tellement pas libéraux qu'on n'a même pas la lucidité de notre pratique. Un exemple, les libéraux reçoivent de la sécurité sociale un…On n'est même pas individualisé, on est par centre. Je ne sais pas combien je prescris d'actes de Kiné, je ne sais pas. […] Je trouve qu'il nous manque un peu de matière pratico-pratique*» (Médecin). Ensuite, et plus subjectivement, la mémoire génère un sentiment de fragilité qui unit les membres des centres et les rapproche de la population environnante. A propos de l'avenir du centre, un médecin constate : « *On est là, après quarante ans.*

On a tout eu. Ce sont des stratégies politiques, car le modèle n'est pas rentable : les actes paient 60 % des salaires, le mode de rémunération à l'acte est inadéquat. » Jusqu'à un certain point, il existe une « condition commune » qui lie les centres de santé à la population du quartier. La précarité ressentie des centres rendrait adaptatif à la précarité de l'environnement.

Les trois formes de financements (assurance maladie, collectivités territoriales, santé publique) esquissent chacune une configuration relationnelle spécifique. Les actes remboursés par la sécurité sociale donnent aux médecins une position de pourvoyeurs principaux de ressources. Leur activité fait vivre les centres. Les infirmières sont conscientes de l'apport des médecins, elles savent que dans le cadre des centres leur exercice ne s'équilibre pas financièrement : auprès d'une population aisée une infirmière peut réaliser jusqu'à 8 actes à l'heure alors que dans le quartier la moyenne avoisine 3 à 4. La coordinatrice estime le coût annuel de l'exercice infirmier à 25 K€ et la réduction de ce « *déficit* » est une de ses préoccupations. Comme en libéral, les infirmières sont dépendantes des prescriptions médicales[7], et il leur importe de sensibiliser les médecins à mentionner sur leurs ordonnances des séances de soins infirmiers, le suivi de patients insulino-dépendants, etc. afin que le travail qu'elles réalisent puisse être coté comme acte infirmier. Cette réalité professionnelle et économique donne aux médecins des avantages comme la répartition des moyens en formation continue, qui leur est favorable (8 jours payés par an + 3j dans le cadre de commission). Mais en même temps, les médecins vivent une forme de solidarité en acceptant la modération de leur revenu et la nécessité d'une approche pluri professionnelle, sur le modèle des travailleurs associatifs. Un médecin déclare : « *On fait un gros sacrifice sur nos salaires et sur nos retraites parce qu'ils ne cotisent pas sur les parties complémentaires. On avait fait le deuil sur nos salaires de médecins, et la retraite, on fait un deuxième sacrifice, c'est un sacerdoce. Très clairement, les jeunes ne viendront pas chez nous.* »[8].

On note aussi que les médecins ne reçoivent pas de relevé individuel d'activité (RIAC) et que le centre de santé n'en n'est pas non plus destinataire, même après demande à la CPAM. Ce qui fait que les médecins n'ont qu'une connaissance approximative de leur activité et que la ressource financière est appréhendée collectivement. Les nouveaux modes de rémunération (NMR) ont été peu évoqués, si ce n'est dans le cas de l'accroissement (par une mobilité interne) de la diversité professionnelle d'une équipe, pour rendre cette dernière éligible aux NMR. Il a été également fait

[7] La cotation des actes, au quotidien, leur demande du temps mais elle constitue un enjeu, au même titre que le diagnostic infirmier à domicile.

[8] Cette dernière opinion concerne la pédiatrie et n'est pas partagée par tous. Le président de la CME indique que l'AGECSA ne rencontre pas de difficulté de recrutement pour les généralistes et les infirmières notamment, mais le directeur des centres confirme cette difficulté en pédiatrie.

mention de la crainte de mise en concurrence des centres par un paiement à la performance. Dans ce cas, c'est la CME qui est le lieu de régulation.

Le financement de l'accueil est la deuxième source de financement. Elle permet non seulement une activité de secrétariat médical classique pour la gestion des dossiers, mais aussi l'orientation des demandes et leur répartition parmi les médecins disponibles et surtout une activité d'écoute et d'entretien du lien social avec les patients. Les secrétaires sont donc au centre du dispositif. Leurs relations avec les médecins ne sont pas déterminées par la seule division du travail selon un schéma hiérarchique classique. On peut faire l'hypothèse que ce financement spécifique favorise des relations plus égalitaires dans la mesure où les secrétaires ne limitent pas leur activité au travail prescrit. Elles assurent même une partie du travail qui, dans d'autres structures de premier recours, est assumé par les médecins (paiement, dossiers, tri, démarches). Elles permettent en outre l'exercice d'une médecine lente. Le financement par les collectivités locales obligerait l'administration et les médecins à assumer une dimension politique de l'activité des centres. C'est ce qu'évoque explicitement une secrétaire à propos du financement de la mairie de Grenoble : « *Ce n'est pas une épée de Damoclès mais on se sent redevable de quelque chose. On a à faire… à mettre en œuvre le plus possible des actions auprès des patients. On a des comptes à rendre mais sans pression … On ne se sent pas… on se sent responsable voilà, une forme d'engagement. Répondre au mieux aux attentes des patients. La meilleure façon de rendre compte de ce qu'on fait, c'est que les patients des centres de santé se sentent bien accueillis, aidés, accompagnés, voilà*. » Le rôle des instances de l'association en est conforté, de même que la participation des différents professionnels à un projet commun. D'une certaine façon, les médecins perdent le monopole de la légitimité professionnelle et doivent composer avec la légitimité politique de l'activité dont le financement couvre les soins et l'entretien du lien social. Le cadre conventionnel qui lie l'AGECSA et la mairie de Grenoble semble pérenne mais il n'est pas définitivement acquis. Des périodes de tension ont marqué les mémoires, comme cette « restructuration » qui a consisté à muter un certain nombre de secrétaires pour ajuster les temps de travail aux besoins des centres. Pour autant, la stabilité de l'emploi est appréciée.

La troisième source de financement est celle des projets de santé publique. Elle semble contingente et, bien que stimulée par l'activité d'une coordinatrice spécifique, n'est pas en développement. La perspective de projets financés permet d'envisager une diversification de l'activité mais suppose aussi l'engagement des professionnels dans des démarches interdisciplinaires et collectives. Les

périmètres d'activité pourraient évoluer. Il existe par exemple chez les infirmières une aspiration à développer l'éducation thérapeutique, mais cette perspective suppose des financements qui n'existent pas aujourd'hui. L'enjeu est de ne pas « *rester dans l'acte* » mais de chercher à diversifier l'activité pour stabiliser les équipes, permettre des journées continues, optimiser les plannings. L'éducation thérapeutique pourrait être cette activité complémentaire, sous réserve d'en trouver le financement. « *Pour l'instant on fait plutôt de l'éducation à la santé, mais on n'est pas formé à ça* ». Des médecins ont dit tout l'intérêt qu'ils trouvaient dans le projet nutrition, ou le projet langage qui relève d'actions de santé publique. Ce type de financement oblige à fonctionner en mode projet, c'est-à-dire de façon collective, interdisciplinaire et cadrée par un cahier des charges. Dans ce domaine, qui dit financement dit évaluation et donc production d'indicateurs. Là encore, l'autonomie professionnelle doit composer avec les objectifs contractualisés et la nécessité de rendre compte de l'activité.

Ainsi, sous ses différentes modalités, la nécessité de maîtriser de l'incertitude financière renforce les liens entre les membres des centres de santé parce qu'il s'agit d'assurer collectivement la pérennité d'un projet commun. Si pour le financement de l'activité (volume d'actes et niveau de cotation surtout) les médecins tiennent le premier rôle, « l'administration » assume un rôle central en matière de subventions et de conventions avec la mairie et le Conseil général. L'acceptation par les professionnels d'un fonctionnement parfois bureaucratique de la structure montre que le pouvoir administratif n'est pas illusoire. Pour ce qui est du financement d'actions de santé publique (ou leur réalisation contractuelle en partenariat avec des acteurs extérieurs), la coordinatrice et les porteurs de projet sont en première ligne. La coordinatrice des projets de santé publique semble appelée à jouer un rôle moteur pour la diversification de l'activité. Les relations avec les financeurs sont sans cesse légitimées par la CME et le CE.

La qualité des relations aux patients comme incertitude

La deuxième incertitude repérée est la qualité des relations aux patients. L'enjeu est double. Il s'agit d'une part, d'entretenir des relations pacifiées au quotidien et d'éviter les situations de violence et, d'autre part, d'intégrer les signes de reconnaissance des patients pour créer un espace d'échange qui dépasse les seuls aspects professionnels.

Entretenir des relations pacifiées

Au quotidien, les secrétaires doivent trouver un équilibre entre écoute et distance. « *Quand on reçoit les gens, on fait la feuille de soins, et puis on leur dit d'aller en salle d'attente. Mais certains restent, on papote, ils ont envie de parler. Et des fois, ils nous diront à nous secrétaires des choses qu'ils ne diront pas aux médecins, alors on fait relais. En réunion d'équipe ou entre deux, vite fait : « fais attention, cette personne n'est pas bien* » (Secrétaire). Ou encore « *Certains nous appellent par nos prénoms, c'est pas dérangeant. Mais parfois si. Parce que dans certains cas si on nous appelle par notre prénom, je sais qu'il va y avoir des débordements. Même s'ils me tutoient, qu'ils m'appellent par mon prénom, je dis toujours vous parce que je préfère qu'il y ait cette distance* » (Secrétaire). La position d'interface est illustrée par une secrétaire : « *La secrétaire c'est le jambon dans le sandwich. Il y a les deux tranches, et au milieu le jambon. On ramasse les humeurs de chacun* ». Aussi bien la richesse du contact avec des « *gens qui sont très différents* » que « *la tension, se faire engueuler, la violence* ». Le rôle d'interface entre les médecins et les patients n'est pas toujours facile : «*le médecin qui dit stop ! Et que faire ? Et la personne qui absorbe tout, c'est vous* » (Secrétaire).

Ce qui revient souvent, ce sont les incivilités, pas toujours accompagnées d'excuses spontanées ou non. Les secrétaires sont en première ligne. « *Mais parfois des débordements, on reçoit de l'agressivité, souvent quand les gens ne parlent pas bien français, ils ne comprennent pas ce que l'on veut dire et ça se transforme en agressivité. Mais c'est des cas rares. On en discute, tout le temps, et c'est ce qui fait…on en parle tout le temps. J'ai horreur que l'on me manque de respect. Et si la personne me manque de respect, je ne vais pas me gêner de le lui dire. Si je vous parle poliment, vous n'allez pas me parler autrement. On nous a proposé une formation « comment gérer l'agressivité » mais les grands discours ! Quand on est sur le moment on gère comme on peut, ça dépend comment on est émotionnellement. Des jours, on peut presque en rigoler, mais d'autre fois, on est plus émotif. C'est les nerfs, je suis émotive. Mais avec le temps, on prend les choses différemment, on prend les choses moins à cœur. Et quand les gens nous connaissent, ils réagissent moins. Quand ils ne nous connaissent pas, ils demandent pourquoi la petite jeune elle demande ça, avec le temps ils me connaissent, ils comprennent. Ce qui énerve, c'est la demande de papiers, c'est devoir payer. Ça c'est un contact… C'est un dur labeur parce que des fois ils n'ont pas de mutuelle, ou une mutuelle que l'on ne prend pas, ils ne comprennent pas pourquoi il faut payer 6, 90. C'est dur à leur faire comprendre qu'ils vont se faire rembourser de toute façon et que s'ils allaient chez un libéral, ils devraient payer de toute façon. Ils ne se rendent pas compte que le tiers payant c'est une chance pour eux parce que*

pas partout ils le font. Des fois ils demandent des ordonnances de Doliprane©, je leur explique que c'est 1,72 la boîte. Mais ils sont à la CMU et ils estiment qu'ils n'ont pas à payer. Ça dépend des gens, faut pas mettre tout le monde au même niveau » (Secrétaire). Cet extrait illustre le rôle d'interface des secrétaires entre le « système » de prises en charge et les attentes des patients. Et quand les gens ne comprennent pas, ils peuvent remettre en cause les secrétaires dont la légitimité n'est pas reconnue. La confiance qui se construit dans la durée d'une relation d'interconnaissance permet d'atténuer la suspicion et de pacifier les relations. Un médecin note que « *c'est une difficulté pour les secrétaires, les gens ne payant pas auraient peut-être tendance à abuser de la demande.* »

Les relations avec la population du quartier sont par certains côtés spécifiques : « *On sait que les gens ici sont dans un certain degré d'urgence. Ils ont du mal à différer la demande, et pour certains c'est un peu désagréable car on a l'impression que tout leur est dû. Ils se pointent là… Ce serait un peu, n'importe qui me prend de suite* » (Médecin). La coordinatrice des secrétaires précise : « *Le plus difficile, c'est la pression que peuvent mettre les patients sur le besoin de rendez-vous tout de suite. Après, cela peut déraper sur de l'agressivité, voilà. C'est aussi l'incivilité qui, sur certaines périodes, peut être quotidienne.* -Quelles incivilités ? - *Des gens qui ne disent pas bonjour, qui ne tiennent pas compte du fait que vous êtes en train de parler avec quelqu'un quand ils vous interrompent, ce manque de considération pour les personnes qui sont là et qui font leur travail. Mais souvent, les secrétaires reconnaissent que quand ça se passe, il s'agit d'une minorité de personnes.* » On remarque que quand une difficulté relationnelle est exprimée, elle est aussitôt relativisée : elle concerne peu de personnes, elle est rare, elle doit être minimisée. Tout se passe comme s'il ne s'agissait pas d'une dimension ordinaire des situations locales de travail mais plutôt d'exceptions qui relèvent de certaines personnes en difficulté.

La violence dont on parle peu

La question de la violence a été peu abordée dans les entretiens à Arlequin et aux Géants et quand elle l'a été ce fut, sauf exception, avec le souci d'en minimiser les effets. Les scènes de violence dure qui ont marqué le quartier sont pointées comme des situations exceptionnelles aux effets durables en termes de stigmatisation. Elles ne concerneraient pas les centres de santé qui sont dit protégés. A la question « *Les secrétaires n'ont pas d'inquiétude avec le quartier ?* », une coordinatrice répond : « *Ca peut être de l'appréhension des gens qui ne connaissent pas, je pense aux remplaçantes qui ne connaissent pas… Très vite, on est identifié comme professionnel des centres de santé. Je ne dis pas que ça protège complètement mais ça…Les jeunes savent où nous situer, je pense aux infirmières qui se déplacent le soir dans les allées. Ils savent qu'on est là pour eux, pour leurs familles. C'est vrai que*

quand ça se passe mal, entre jeunes, quand il y a des heurts, elles s'attendent entre collègues. Jusqu'à présent on n'a pas eu de difficultés là-dessus. Le fait de savoir pouvoir compter sur les collègues, ça aide un peu quand même. ». L'incendie d'un ascenseur ou d'une cage d'escalier peut être évoqué pour signifier que la menace est réelle, mais en même temps le discours conclut que les choses sont sous contrôle. Tout se passe comme si le niveau de violence était non seulement assumé mais qu'il y ait une volonté de ne pas stigmatiser (encore davantage) la population du quartier. Avec pour effet d'être assimilé au quotidien et cantonné dans le non-dit.

Le mot de violence a été très peu employé. Une infirmière dit ne pas la ressentir, peut-être de par « *l'immunité des professionnels de santé* », mais en même temps évoque une situation difficile, qui n'est pas le propre du quartier : « *Ceci dit, je ne sous-estime pas ça. Je demande de raccompagner les stagiaires le soir si elles ont un bus à prendre, ne pas les laisser au centre. C'est vrai qu'ils nous connaissent, il ne faut pas être naïf. C'est beaucoup comment on se positionne, il y eu des groupes Balint sur la violence et c'est dans les jeux de rôle que j'ai compris que tout est dans la tête. C'est vrai qu'il y a de la violence verbale mais on est face à un public qui est malade, qui est fragile. Oui, ils s'énervent ! Ils sont angoissés, on les recadre, ils arrêtent* ». La violence est requalifiée en termes médicaux, comme un symptôme et cette médicalisation a pour effet de la naturaliser comme un élément de l'exercice professionnel.

Dans les deux centres étudiés, un médecin fait exception, en ce sens où il parle de la violence comme d'un problème difficile. Il évoque la mobilisation consécutive aux événements d'Echirolles : « *Suite aux événements de Kevin, d'Echirolles, il se crée un réseau d'associations et des gens qui épaulent. Il y a par exemple une école de la paix. Ils font des interventions. Suite aux événements, ils ont fait des spectacles sur la violence pour les ados. Ils interviennent dans les écoles sur la citoyenneté. Ils font des débats, mais le problème, c'est que ces gens ne viennent pas. C'est toujours le problème dans la précarité, c'est de mobiliser.* » Pour ce qui est de son travail, il évoque les réunions d'équipe « *où on parle des cas difficiles, on a des cas tellement lourds que ça nous fait du bien* ». Et il ajoute : « *On en a besoin parce qu'on perd tous nos repères d'enfants normaux parce que la précarité est telle qu'on s'habitue, on aurait tendance si on n'en parlait pas de s'habituer aux retards de langage, aux défauts d'éducation, à la montée de la violence. Et on aurait tendance à banaliser des situations.* » Ce médecin évoque la violence comme un point important, nécessitant d'apporter une aide aux parents. En crèche, dit-il, « *on cherche les moyens pour aider les parents dans la construction de leur parentalité. Et ça dans la prévention de la violence, c'est primordial, avant 3 ans. Ce sont des parents qui n'arrivent pas à coucher leurs enfants, à se faire obéir, qui n'arrivent pas… des enfants qui tapent*

les parents devant nous. » La violence demande une approche intégrée au niveau du quartier, en lien avec les différents acteurs : crèches, clubs sportifs, écoles, associations, lieu de parentalité, etc. « *Des fois la porte d'entrée médicale ne suffit pas, sur l'éducation et la violence notamment.* » Le constat fait à Mistral est différent. La secrétaire rencontrée a spontanément évoqué la violence vécue au quotidien, surtout verbale. « *C'est tellement quotidien que l'on ne s'en rend plus compte* ». Et il faut revenir de vacances pour constater « *que ce n'est pas normal* ». Même avec un « *seuil de tolérance élevé* », l'agressivité manifestée au moindre retard, à la moindre contrariété ou par fatigue est éprouvante.

En cas d'incivilité voire de tension, la norme au sein des équipes est de « *se montrer* » pour manifester la solidarité de l'équipe et la force du collectif. A Mistral, une secrétaire insiste sur la présence des médecins : « *On est toujours tous face à la population. On est un bloc* ». A Arlequin, les médecins sortent tous de leur cabinet en cas de tensions à l'accueil. Au-delà de ces manifestations ponctuelles de solidarité, le collectif de travail s'est donné les moyens d'un soutien (groupe de soutien pour les cinq centres, psychologue, psychiatre et orthophoniste référents), d'une vigilance suivie (feuille de relevé d'incidents à visée évaluative) et d'un accompagnement administratif en cas de procédure. La gestion des émotions et des situations de crise est intégrée au modèle professionnel. Mais en même temps, on observe des réserves de parole concernant la violence. Sont-elles liées au fait que la violence touche les personnes dans leur intimité, en rendant la verbalisation et le travail émotionnel plus difficile ? Il est certain que les espaces de parole et de décharge aident à tenir, à préserver l'offre de soin dans la durée. Mais cette adaptation à court terme ne semble pas permettre l'expression d'une réflexion plus globale et inscrite dans le moyen ou long terme.

Les actes de violence sont rarement qualifiés. On peut distinguer le manque de respect (tutoiement, injure), l'agression verbale, les menaces, le sentiment d'insécurité (exprimé par certaines infirmières et secrétaires), les actes de vandalisme (incendie, vol, mobilier renversé), l'agression physique (un coup reçu à Mistral, un médecin retraité agressé dans le parc). Tout se passe comme si les manifestations de violence portaient atteinte au « contrat relationnel » qui fonde la mission des centres. Les professionnels minimisent les faits observés parce qu'ils arrivent à les surmonter. Le seuil de tolérance devient un seuil d'acceptation, qui est d'autant plus élevé que l'exposition à la violence semble être le prix à payer pour assurer la continuité de la prise en charge de la population du quartier. Pour prévenir les situations d'agressivité, l'ensemble des professionnels participe à des degrés divers au travail d'explication auprès des patients (situation financière, démarches à faire,

suivi de traitement, etc.) et d'écoute, qui est de nature à pacifier les échanges. Les secrétaires, mais aussi les autres professions de santé, grâce à une gestion originale du temps (et à un financement spécifique), se rendent disponibles par rapport aux demandes des patients. Or celles-là ne s'arrêtent pas aux soins curatifs, les centres de santé sont aussi des espaces de sociabilité où l'échange social fait partie de la prise en charge. L'interconnaissance serait protectrice, de même que le fait de travailler dans le centre de santé – le cas de jeunes infirmières ou des remplaçantes « protégées » de ce fait est cité. Certains professionnels expérimentés disent réprimander parfois tel ou tel jeune qu'il « *a connu tout petit* » et dont il connaît la famille.

Analyse des déclarations d'incident relevées en 2011 et 2012

L'AGECSA a mis en place une fiche de déclaration d'incident/agression à remplir par le professionnel ayant subi l'incident et à renvoyer à la direction et au CHSCT ou à la commission Santé mentale (selon les formulaires). Le classeur d'archivage contient 13 fiches d'incidents enregistrés en 2011 et 2012. 12 déclarations ont été enregistrées en 2011 (dont trois incidents de décembre 2010) et une seule en 2012.

Le centre Mistral est le plus concerné (5), puis Les Géants (3), Arlequin (2), Vieux Temple et Abbaye (1 chaque). Les incidents ont plutôt lieu le mercredi ou en début de semaine, et plutôt le soir (5 incidents vers 18h) ou en début d'après-midi (5 incidents).

Les événements mentionnés sont essentiellement des insultes (9), des menaces verbales (8), du petit vandalisme (chaise renversée, brochures jetées (3), une agression physique (coup de pied)). Ils se produisent surtout à l'accueil (7) ou au téléphone (3), sinon à l'extérieur (proximité du centre ou domicile (3), en salle d'attente ou dans un bureau (1 chaque). Les secrétaires sont les plus exposées, puis les infirmières et les médecins. Les auteurs des incidents sont surtout des hommes (10 hommes, 4 femmes). Il s'agit de patients, ou de leur proche (fils, père, mari). A l'extérieur, il s'agit de « jeunes », d'un voisin d'un patient visité.

Le motif des incidents est précisé. Les situations sont variables : reproche relatif à un traitement (désaccord sur un arrêt maladie, traitement jugé inefficace (3), temps d'attente jugé trop long (2), refus de rendez-vous immédiat (1), carte vitale d'un enfant cassée au retour à domicile (1), sinon en extérieur insultes à une infirmière gênant un commerce non licite (2), bruit occasionné par une visite à domicile, refus de servir un café alors que ce don avait été fait auparavant.

L'effet principal de ces incidents est de générer un sentiment d'insécurité (9), plus rarement une baisse de motivation (2) ou une interruption momentanée du travail (2). Un médecin déplore qu'un incident ait suscité chez lui une méfiance par rapport à la patientèle jeune, une secrétaire évoque une appréhension de sortir seule le soir ou de travailler seule quand il n'y a plus qu'un ou deux médecins dans le centre.

A la suite des incidents, le signalement à l'équipe est le plus fréquent (6), ou à la direction (1) ou « l'AGECSA » (1). Dans deux cas, l'événement a été discuté en face à face avec un médecin qui est intervenu pour satisfaire le patient. L'intervention de la direction est souhaitée dans 6 cas, soit pour adresser un courrier, soit pour sécuriser l'accès au centre, soit pour une exclusion, soit pour saisir le CHSCT.

Les commentaires spontanés expriment l'émotion devant ce qui est perçu comme une transgression du contrat implicite liant les professionnels du centre aux patients. En dépit des efforts faits envers tel patient, des arrangements déjà consentis, des explications données, le personnel est victime d'insultes ou de menaces. Trois fiches expriment de façon explicite le rejet de cette violence : « *ras le bol, aucune sécurité au travail* », « *menaces insupportables et encore plus sur le lieu de travail* », « *exclusion du centre* » (effective dix jours après). Une secrétaire raconte qu'elle a été injuriée par un patient excédé par le temps d'attente qui l'a traitée de « *garce, saloperie, saleté* », que le patient menaçait de porter plainte et que « *le médecin essaie de l'en dissuader* ». Elle écrit : « *je me sens déstabilisée* » sans que l'on sache si c'est par la seule violence subie ou également par l'attitude conciliante du médecin. Mais les autres fiches mentionnent une recherche de solution : « *que ce ne soit plus le père qui demande des rendez-vous et amène l'enfant mais uniquement la mère* », « *problème soulevé déjà plusieurs fois en réunion d'équipe pour que tout le monde ait le même discours vis-à-vis de cette personne* », « *discussion prévue en équipe quant à la conduite à tenir face à cette famille. A titre personnel, je n'effectuerai plus de visite dans cette famille et souhaite ne plus y aller* », « *le patient était dans un état tel qu'il était impossible de communiquer avec lui, il n'entendait pas ce qu'on lui disait. Ecarts de langage, insultes. Pour cette fois, on ne lui envoie pas de courrier car ce serait mettre de l'huile sur le feu. Mais nous restons vigilants…* »

Donner et recevoir, la circulation des dons

La maîtrise de la qualité des relations avec les patients passe aussi par la capacité à intégrer les signes de reconnaissance et à permettre la circulation des dons et des signes entre professionnels et patients. A un premier niveau, c'est l'interconnaissance qui est appréciée : « *J'aime bien discuter avec*

les gens. Je connais bien les patients, je ne discute pas forcément de leur santé, c'est plaisant » (Médecin). Le contact avec les patients est souvent cité comme le meilleur du travail : « *J'aime beaucoup mon travail, le côté administratif, on reçoit plein de signes de reconnaissance des personnes, ah vous êtes gentille avec moi. Pendant le Ramadan, ils vont apporter des gâteaux, un couscous. Dans n'importe quel travail, on ne reçoit pas cette chaleur humaine.*» (Secrétaire). Les dessins d'enfants dans les cabinets médicaux, l'acceptation d'un don, la valorisation des expressions de reconnaissance de la part des patients manifestent concrètement que les centres de santé forment un « tout » incluant patients et professionnels. « *On a des retours fantastiques du service rendu. On est gâté ! On est remercié, on a des petits mots, des souvenirs… Les gens sont généreux en émotion, ils sont généreux !* » (Médecin). L'incertitude que représente la qualité des relations aux patients est donc pertinente pour le fonctionnement des centres. Elle affecte tous les membres de l'association qui la maîtrise collectivement en entretenant un espace d'échanges ouvert qui ne se limite pas aux aspects professionnels.

L'incertitude sanitaire et politique

La réponse aux besoins de la population constitue la troisième incertitude. Les centres de santé sont nés d'un projet politique de mixité sociale et de promotion d'une autre médecine. Les motivations des professionnels ont évolué et se sont diversifiées au sein d'un modèle associatif qui, lui, a été maintenu. La population du quartier a également changé, avec un essor des situations de précarité et un vieillissement de la population. La réponse aux besoins de la population est un projet et en même temps un répertoire d'activité. Le périmètre de cette activité est source d'incertitude au niveau individuel comme au plan collectif.

Auprès de certains patients, les prises en charge ne sont pas aisées. Le problème de la langue est cité. Une interne dit par exemple : « *Ici il y a la barrière de langue donc quand il y a un traducteur, c'est plus pratique.* […] *Le traducteur, c'est plutôt quelqu'un de la famille. Les gens qui ne parlent pas français, c'est plutôt des personnes âgées et des femmes, des femmes de trente ans, j'en ai vues. Elles sont accompagnées par une sœur, une cousine, une belle-sœur qui vient avec elle. Des fois ce n'est pas évident, on n'a pas la vraie réponse, on ne sait pas si la question traduite est la question qu'on a posée, ça fait une perte d'info* » [Médecin]. C'est parfois également une secrétaire qui parle Arabe

qui permet de rendre service à un patient ne parlant pas ou mal le Français. Une autre difficulté mentionnée est le rapport au corps et à la santé. Une interne dit par exemple : « *ce qui m'a frappée ici c'est que beaucoup de gens ne prennent pas soin d'eux en fait. J'aurais envie de leur faire faire dix milliards de trucs, mais j'en ai beaucoup parlé avec mes maîtres de stage, en fait il faut beaucoup hiérarchiser ce qu'on veut leur faire faire, on peut pas tout faire. C'est par exemple un diabétique qui n'a pas fait de glycémie, qui n'a pas fait de fond d'œil depuis longtemps, qui n'a pas vu le cardio…On peut pas faire une prise en charge correcte, et en plus si c'est une femme il faut lui parler de la mammographie, il y a plein de trucs… Du coup, ça dépend des gens selon à quoi ils accrochent quand je leur parle, s'ils réagissent sur les yeux par exemple.* » Un autre médecin constate la difficile mobilisation de certains parents : « *les situations de précarité sont telles que les gens ont d'autres soucis dans la tête, chercher du travail, chercher à manger, la place de l'enfant…ce n'est pas le souci principal* ».

La question qui peut se poser aux infirmières est par exemple celle de la division du travail avec les autres intervenants à domicile, avec les autres prestataires de service et cette question n'est pas qu'organisationnelle, elle est aussi morale. Jusqu'où aller dans le service ? Peut-on s'en tenir à une prise en charge que l'on estime incomplète ? A ces questions s'ajoutent les effets de la complexité des soins aux personnes âgées qui place les infirmières « *dans le médical plus que dans la qualité de vie. Quand une personne a 90 ans et un cancer, pourquoi l'envoyer faire un scanner, une IRM, des chimios ? On ne se pose plus cette question. Elle a un cancer ! La question se pose aussi pour l'hypertension, avec le risque d'un AVC et de ses conséquences. Du coup, on n'accepte plus l'hypertension. Donc on met des traitements, qui demandent des bilans, un suivi, des réadaptations dès qu'il y a un écart. Ce qui complexifie énormément le travail des infirmières. Sans compter la peur quand les gens ont des démences, ou des effets secondaires… Et à côté de ça, on en oublie la qualité de vie. Les infirmières sont dans ces questions-là. On ne va pas arrêter le traitement de nous-mêmes mais on cherche un peu le sens* » (Coordinatrice). La réponse ne peut être que collective, en termes d'explicitation de la mission, d'harmonisation des pratiques voire de protocoles. La qualité des soins est aussi fonction de la qualité des conditions de travail des infirmières. Sur un plan plus général, la politique de retour plus précoce d'hospitalisation qui se généralise dans les établissements de santé environnants, ou la difficulté à répondre à de nouvelles demandes provenant du quartier oblige les équipes à s'interroger sur leur activité et leur capacité de développement (embauche et renouvellement).

Au niveau de l'association, les commissions thématiques définissent des projets et des perspectives en termes de réponse aux besoins de la population. Les financements et les compétences disponibles (ou la nécessité de formation) sont des incertitudes cruciales en termes de choix de priorités. La réponse aux besoins de la population demande aussi d'entretenir des coopérations diverses. Avec la PASS de l'hôpital par exemple pour les situations de grande précarité soit pour des soins (sans papiers ayant besoin d'examens biologiques) soit pour un conseil de bonne orientation, ou avec les CMP, la détresse psycho-sociale étant citée comme une difficulté majeure. Car les médecins se sentent démunis face à ces patients.

Le statut des centres de santé peut être aussi source d'incertitude. Les pédiatres par exemple s'interrogent quant à la capacité de l'association à recruter des successeurs : « *Le salaire est tel que les jeunes ne veulent pas rester. J'essaye de leur donner envie. […] Très clairement, les jeunes ne viendront pas chez nous. Sauf notre collègue qui est arrivée il y a 3 ans, mais moi, je ne serai pas remplacé. Les généralistes ont l'air d'avoir plus le moral, ils arrivent à coopter, quelques-uns ont la foi, ils veulent rester. Mais en spécialité…* Des aspects financiers, vous en discutez ? - *Non, ça n'avancera jamais, il n'y a pas les moyens, inutile de revendiquer. C'est un modèle qu'on a accepté et qu'on a intégré. Ça rend vraiment service aux gens, ils ne pourraient pas venir s'il n'y avait pas cet accès aux soins. Les gens en ont besoin, s'il n'y avait pas les centres*. »

Sur un autre plan la méconnaissance des centres de santé de la part des financeurs peut poser problème. L'exemple est donné des accords signés entre les centres de santé et la CNAM et qui prévoient deux jours de formation continue obligatoire par an pour les infirmières. Mais les thèmes choisis sont en nombre réduit, sur des durées courtes et le nombre minimal d'infirmières requis ne correspond pas à la réalité des effectifs travaillant en centre de santé. En sorte que les annulations de formation ne sont pas rares. Ce dysfonctionnement est expliqué par la méconnaissance des centres et de la diversité des pratiques professionnelles qui s'y déploient par la CNAM. Il est jugé scandaleux.

Les prises en charge peuvent être entravées par l'effet de réputation du quartier. Les secrétaires évoquent par exemple la difficulté à obtenir un VSL ou une ambulance : « *Dès que vous dites l'adresse, on a un refus derrière… Je prends le numéro suivant et je le raye de ma liste. On a eu une enquête,* [la coordinatrice] *nous a fait faire une enquête, en notant les motifs des refus. Mais c'est jamais donné clairement, il n'y a pas de refus mais, c'est bon sur l'horaire et quand il faut donner l'adresse, alors là c'est : ah ben non, l'horaire correspondra pas ! Alors qu'on était d'accord avant. La*

relation est vite faite… ». L'effet d'étiquetage du quartier est repérable lors d'incidents, par exemple quand une personne en fauteuil est bloquée au centre à la suite d'une panne d'ascenseur. « *J'ai appelé Otis. Non, Otis ne vient pas après 17h 30 dans les quartiers difficiles. Et bien j'ai appelé les pompiers [rires] qui sont venus chercher notre patient ! L'effet Villeneuve. Même les pompiers n'ont pas réussi à faire venir Otis. C'était horrible ce jour-là. On se rend conpte que Villeneuve a une étiquette. Alors que c'est pas plus dangereux que le maçon sur son chantier !* ».

Des formes de régulation travaillées

La coexistence de ces trois types d'incertitudes explique non seulement des sources de pouvoir multiples mais aussi des formes de coopérations négociées très riches. L'AGECSA et en son sein les équipes sont des lieux d'acculturation à des normes d'action qui fondent une culture partagée. La vie de travail conjugue l'application plus ou moins complète de règles instituées, officielles et de règles plus informelles de nature différente, professionnelle ou d'usage, construites au quotidien. Dans le cas de l'AGECSA, des règles de participation ont été élaborées pour servir un projet. Elles ont un caractère moralement obligatoire. L'action collective, dans les centres de santé, est avant tout une mobilisation pour un projet (faire une autre médecine) autour d'un problème (permettre l'accès à des soins de qualité à tous). On observe un lien étroit entre l'action (délivrer des soins) et une sorte de travail normatif direct (réunions, instances, commissions). L'AGECSA comme organisation est fondée sur un travail de régulation, d'invention de règles par les acteurs pour travailler ensemble. On parle de formes de régulation travaillées pour signifier que l'entretien et la transformation des règles et des normes fait partie du fonctionnement de l'association et lui donne son originalité.

Plusieurs niveaux de régulation sont observables. Un niveau institutionnel qui est celui de la direction de l'AGECSA, de ses instances et des commissions (l'organisation est indissociable des projets) ; un niveau professionnel qui est à la fois celui des équipes dans les centres et des logiques de métier (secrétaires, infirmières, médecins, orthophonistes) ; un niveau plus informel et ouvert qui intègre la population.

Régulations institutionnelles

Au plan de sa direction, l'AGECSA semble vivre une période de transition. Les personnes rencontrées ont vécu une période de tension qui explique que le nouveau directeur suscite un espoir de dialogue et d'écoute dont auraient été privés les personnels parmi lesquels certains se sont sentis mis à l'écart, ignorés, non écoutés. Certains ont évoqué une absence jusqu'ici de Gestion des Ressources Humaines explicite, l'association serait un employeur « *pas toujours bienveillant* ». Le climat de tension voire de crise qui a été vécu est évoqué au passé. La présence sur le terrain, l'écoute du nouveau directeur sont vécus très positivement. La régulation de contrôle a été peu évoquée, du moins dans son expression explicite (nombres d'heures, formations, embauches), mais plutôt dans son aspect implicite (crainte des déficits). Le fonctionnement bureaucratique (par exemple pour l'acquisition de fournitures) est légitimé par le contrôle des dépenses, qui semble accepté par tous même si la contrainte financière peut être ressentie comme un frein par rapport aux initiatives. Selon la dualité bien connue dans les établissements de santé, l'autorité administrative (rationnelle-légale) doit composer avec l'autorité médicale (charismatique)[9]. Le duo stratégique directeur / président de la CME semble fonctionner. La notion de hiérarchie est peu présente (si ce n'est pour dire qu'il n'y a qu'un niveau contrairement à l'hôpital). En revanche, la proximité est valorisée et les récents déplacements du nouveau directeur ont été appréciés, ils confortent son autorité. La nature de sa légitimité est à la fois rationnelle-légale (fondée sur les règles) et pragmatique (au sens de Suchman[10] c'est-à-dire construite dans les interactions concrètes et fondée sur l'efficacité, sur la capacité à se faire accepter comme partenaire compétent). La notion d'équipe de direction n'a pas été mentionnée mais le bureau de la CME est dit influent. Le pilotage stratégique semble se faire, en lien avec les instances, par le trio : président de l'association, directeur, président de la CME.

Les instances (CME, CE) ont un rôle important dans la régulation interne. Le Conseil d'administration n'a été mentionné qu'au sujet des représentants des usagers (ce pluriel désignant le président du comité des usagers). La notion de CME est ici très différente de ce qui existe dans les établissements de santé. Le modèle libéral qui confère à la profession médicale un rôle explicite de « profession

[9] Harvey Smith, « Two lines of authority: the hospital dilemma » (traduction française dans) C. Herzlich, *Médecine, maladie et société*, Paris La Haye, Mouton, 1970 : 259-262.

[10] M. C. Suchman, « Managing Legitimacy: Strategic and institutional Approaches », *Academy of Management Review*, 20(3), 1995, p 571-610.

dominante » au sens de Freidson[11], c'est-à-dire de profession en capacité de contrôler le travail des autres professions « paramédicales », est à la fois atténué par la référence explicite à une « autre médecine » et contrebalancé par une participation élargie des employés et membres de l'association. Le fonctionnement de l'AGECSA se réfère en effet à un modèle alternatif plus démocratique et participatif. Les équipes sont intégrées dans le pilotage de l'association par le biais de délégués qui participent aux travaux de la CME et du CE. Cela ne semble pas avoir toujours été le cas, mais aujourd'hui, la volonté des équipes d'être représentées au sein de la CME est clairement exprimée. De même, chaque groupe professionnel veille à être représenté mais ce n'est pas toujours le cas (une infirmière est présente à la CME mais pas au CE).

L'information mais aussi la discussion sont perçus par tous comme essentiels. Les temps d'échange sont d'ailleurs institutionnalisés (un crédit d'heures est donné selon les instances). Les échanges au sein des instances sont relayés dans les équipes lors des réunions hebdomadaires, ce qui favorise l'intégration des personnes et des équipes à l'acteur collectif que représente l'association. Cette intégration est travaillée en tant que telle, les relais au sein des instances étant les représentants des équipes et pas seulement ceux d'une profession. Le président de la CME semble faire autorité, même s'il existe beaucoup de discussions et parfois même des tensions. Il est très engagé dans le projet politique de l'établissement. Au moment de l'enquête, l'informatisation du dossier médical suscite un débat. L'AGECSA est co-developpeur, ce qui explique un processus concerté par nature assez lent. Les conséquences médicales de ce projet nécessitent l'élaboration d'une charte d'utilisation, la mise en place d'un consentement éclairé des patients, la définition d'un accord entre médecins. Un comité éthique a été créé pour traiter la question au fond. La participation de représentants des usagers à ce comité a été saluée comme un aspect très positif, une première même en termes de réflexion au niveau institutionnel. Les échanges autour du dossier médical partagé offrent un exemple intéressant de régulation normative en cours. Les centres de santé ont des modes de fonctionnement et de pratique différents, et la perspective d'un partage d'information est loin de faire l'unanimité, on parle de « *remous* ».

Les groupes de travail thématiques (ou commissions), bien que centrés sur la discussion des projets, conduisent aussi un travail de régulation. « *Il y a des activités partagées au-delà du quotidien. Dans le projet langage une secrétaire en pédiatrie y participe ; un psychiatre fait des études de cas avec les médecins, des secrétaires peuvent y assister.* » (Coordinatrice) L'exemple des troubles du langage montre qu'un projet de santé publique (promu par la pédiatrie sociale concernant les troubles du

[11] Eliot Freidson (1984), *La profession médicale*, Paris, Payot, p 59.

langage à l'école) peut être l'occasion de discuter des règles professionnelles mais aussi de la mission du centre. Les uns justifient la recherche de financement pour la promotion volontariste d'un projet visant la réduction des inégalités sociales par l'accès au langage dès le début de la socialisation de l'enfant, l'usage appauvri de la langue aggravant les inégalités sociales. Les autres discuteront l'articulation prévention/dépistage en soulevant des questions éthiques qui ne se posent pas de la même manière en santé publique ou dans une démarche soignante. Sont particulièrement pointés le ciblage précoce, l'existence d'exigences scolaires pour tous qui génèrent des difficultés. Des professionnels peuvent avoir des options différentes et en conséquence ne pas collaborer directement. Ils mobiliseront alors leur réseau extérieur pour mener leur activité. Mais ces différences de point de vue ne conduisent ni au retrait du projet collectif ni à l'isolement au sein du centre. Le travail de régulation conjure l'anomie grâce à une production collective partagée. Pour revenir à l'exemple cité, deux interlocuteurs ayant des points de vue différents évoquent comme une réussite l'édition d'une plaquette à destination des parents. La participation aux commissions n'est toutefois pas toujours possible. Les infirmières notamment sont parfois dans l'incapacité de s'investir sur un nouveau chantier. A leur retour des soins à domicile, elles sont assaillies par une multitude d'activités et cette dispersion représente une charge mentale qui freine tout engagement supplémentaire.

Il existe d'autres formes de régulation institutionnelle. Une journée rassemble chaque année les membres de l'AGECSA. « *On a un séminaire de fin d'année partagé par tous les professionnels de l'AGECSA. Une forme de bilan. L'an dernier, il y a eu une présentation par équipe, c'est un moment convivial qui permet à tout le monde de se rencontrer en dehors du travail. Ce sont des moments, comme les réunions d'équipe, qui sont importants et qui nous permettent de nous retrouver un petit peu* » (Secrétaire). On peut citer encore le groupe de soutien créé pour aider les victimes d'incivilités et de violences verbales voire physiques. Plusieurs professionnels (dont le psychiatre et la psychologue) sont mandatés pour répondre à des demandes d'accompagnement. A titre exceptionnel, une supervision d'une équipe entière peut être demandée. La direction peut être sollicitée en cas de plainte. Ce dispositif est présenté aux nouveaux arrivants. Des fiches de signalement permettent d'avoir une traçabilité des événements pour lesquels les professionnels veillent à donner suite. Le cas d'un patient ayant été violent par deux fois est cité : le médecin et l'équipe lui ont fait signer un contrat qui a fait effet. La solution de l'exclusion existe. C'est l'équipe qui en décide collectivement et si elle en réfère à l'administration, il semble que la décision lui appartienne en dernier ressort. Il s'agit d'une responsabilité de soignants.

Régulations professionnelles

Les équipes sont le lieu essentiel de la régulation entre professionnels. On y parle du travail, de la vie de l'association, des patients. « *On parle des patients, ça nous soude* » dit un médecin. La discussion porte moins sur des « cas cliniques » que sur des « situations personnelles » et des prises en charge, ce qui donne une forte légitimité à ces échanges sur les questions professionnelles. « *Il se passe des enjeux de vie d'équipe, porter ensemble le centre quand il y a des difficultés, des événements. C'est bien qu'on réfléchisse ensemble. C'est souvent un creuset, quand on parle des patients entre nous il y a quelque chose qui s'ordonne, qui est fédérateur, qui nous recentre à la fois dans du soin, une prise en charge collective, l'attention les uns aux autres, nos difficultés, notre caractère… C'est très structurant, c'est aussi très désordonné …c'est la vie d'équipe…* » (Médecin).

Le projet collectif est ainsi régulièrement actualisé et les règles de sa mise en œuvre discutées. La présence des secrétaires permet d'articuler constamment la question du soin à celle de la charge de travail. Il ne s'agit pas seulement de la gestion des flux, mais du maintien du style de pratique, des conditions de possibilité d'une médecine lente. La régulation de la division du travail entre médecins est effectuée par les secrétaires qui adressent les patients en fonction de la « patientèle » de chacun, et donc de leur ancienneté dans la structure. Ainsi, les médecins « historiques » auraient une mixité de patients plus élevée que les derniers arrivés qui sont sollicités pour prendre en charge les patients non encore référencés et souvent plus précaires. L'appréciation du degré d'urgence évalué par les secrétaires se fonde sur des critères d'état de santé mais aussi de capacité des personnes à rester mobilisées dans leur démarche, l'enjeu étant de ne pas perdre le contact. L'arrangement semble la règle. Le genre du médecin est pris en compte pour les questions gynécologiques ; un médecin homme dit bénéficier d'une « *sélection positive pour les hommes, pas si facile, et des hommes qui n'auraient pas forcément consulté avec une femme, mais qui ne restent pas nécessairement…* ». On lui adressera aussi un homme agité qui se présente. L'adressage à tel ou tel médecin peut se faire aussi selon des affinités et pas seulement selon la charge de travail objective. Il est probable que les échanges en réunion sur le suivi des patients permettent d'actualiser plus ou moins explicitement les règles d'adressage en vigueur. Les règles qui président à la division du travail se jouent aussi entre pédiatres et orthophonistes, entre pédiatres et médecins généralistes. Ces règles ne sont pas celles

de la concurrence, mais plutôt celles de la complémentarité, en fonction des investissements et de la « philosophie de soin » personnels.

La mise en place d'un dossier partagé entre médecins (pour la partie médicale) et avec les secrétaires (pour la partie administrative) ne semble pas faire l'objet d'une régulation explicite à ce niveau. Le travail engagé autour du partage de dossiers informatisés fait émerger des remarques beaucoup plus générales sur la fiabilité du système (risque de pannes, bugs informatiques) et sur le partage d'information. Les nécessaires discussions en équipes quant au dossier informatisé ont été plusieurs fois évoquées comme des étapes à venir. Un certain scepticisme existe sur la faisabilité à court terme. Par ailleurs, la gestion des retards de paiement voire les exonérations pratiquées par les secrétaires peuvent se discuter en équipe. « *Il y a des situations de gens n'ayant pas encore leurs droits ouverts, en dialogue avec la secrétaire, il faut trouver l'attitude la plus juste, pour des demandeurs d'asile acte gratuit ? Ou considérer la démarche en cours et reporter le paiement ? Ou se dire qu'on ne le voit une fois et qu'on ne le verra plus… Il existe une marge de manœuvre, mais que ça ne se produise pas trop souvent*. […] *On est poussé par la médecine et la Sécurité sociale à faire un soin réglo, et en même temps il y a des situations où on est poussé à faire un pas de côté et il faut l'assumer. Personne n'a envie d'être laxiste, d'autant que n'étant pas payé à l'acte on est plus dans la qualité des soins. Mais voilà, parfois il y a des entorses, il faut accepter de louvoyer avec les patients parce que c'est comme ça qu'on peut avancer*» (Médecin).

A titre exceptionnel, l'exclusion d'un patient peut être envisagée. Elle est alors discutée au sein de l'équipe d'abord. Ces cas, bien qu'exceptionnels (3 à Mistral en un an) interrogent la direction. Les professionnels de santé ne sont pas nécessairement d'accord et tous ne disposent pas des mêmes éléments de jugement. Un médecin souligne l'importance d'une connaissance fine des conditions de vie des patients. Il parle d'une consœur expérimentée à propos d'« *une dame dans un comportement insupportable, suscitant du rejet. Elle a recadré, elle connaissait la famille. Elle nous dit qu'elle a droit à une certaine marge d'écart. L'enjeu est là, dans ces quartiers. Il y a des blessures qui peuvent venir de partout, qu'on n'est pas sensé savoir ... et en même temps, il faut les prendre en compte. Mais il faut le temps pour apprendre, des connaissances intuitives, avoir du recul dans la durée*» (Médecin). La régulation concerne ici directement la continuité du lien. Ce fait illustre la réalité du fonctionnement de l'AGECSA qui est un « tout » incluant la pratique professionnelle et le lien social de proximité.

La régulation de la charge de travail entre pairs est aussi une forme de régulation de l'engagement. Pour ce qui est des secrétaires, on peut citer l'exemple d'un centre de santé où les postes d'accueil sont occupés alternativement par des secrétaires qui font aussi un travail administratif. Une secrétaire peut s'occuper du tiers-payant certains jours et assurer une journée par semaine à l'accueil par exemple. Ce souci d'entretenir une communauté d'expérience se retrouve aussi dans les modalités de recrutements. En effet, le plus souvent, ce sont des remplaçantes expérimentées et donc connues des équipes qui sont comme cooptées avec l'assentiment de leurs pairs. L'attention portée aux qualités humaines et relationnelles est première. On observe en effet que les secrétaires n'ont pas nécessairement une formation initiale en secrétariat médical poussée mais qu'en revanche plusieurs qui étaient en cours d'études supérieures ont infléchi leur trajectoire pour choisir de rester dans les centres de santé. Il y a comme un choix mutuel. La régulation de la charge de travail se fait aussi en fonction de l'évolution de l'activité. Une secrétaire parle du temps où elle travaillait avec les assistantes sociales pour « monter » des dossiers de CMU, un temps où elle « *faisait beaucoup de social*. *Il y avait un patient illettré pour qui on faisait les papiers de chômage. On aurait pu le renvoyer au centre social, mais on le faisait*». Par manque de disponibilité et par l'accroissement de la charge de travail, les démarches se limitent aujourd'hui (dans la majorité des cas) aux contacts avec la Sécurité sociale. Si les médecins ont gardé ce contact avec les assistantes sociales, les secrétaires ne font plus ce travail. « *On est à flux tendu et on n'est plus disponible pour faire ça. On a plus de médecins et donc plus de demande. Est-ce un bien, est-ce un mal, en tout cas c'est différent* » (Secrétaire).

Pour les infirmières, la question de la régulation de l'activité est particulièrement aigue. Elles assurent un travail d'articulation important auprès des malades à domicile (lien avec les assistantes sociales, aide au remplissage des papiers, approvisionnement en médicaments) et ont à coordonner leurs interventions (transmissions, arrangements) et à assurer la plupart des remplacements, l'appel à du personnel extérieur étant coûteux pour la structure et compliqué à mettre en œuvre. Les infirmières partagent une impression de prises en charge de plus en plus lourdes à cause du vieillissement de la population et de la montée de la précarité qui engendrent des situations d'isolement, d'illettrisme, de mal-logement, de pauvreté. Particulièrement à domicile, il faut arbitrer entre un temps nécessairement compté, un répertoire d'activités financées précis et l'évaluation de besoins dont les limites sont d'autant plus incertaines qu'ils sont appréhendés avec une approche globale du soin. La coordinatrice est soucieuse d'uniformiser les façons de travailler mais le recours

systématique aux protocoles est difficile car les situations sont spécifiques et complexes. Il faut donc « *revenir au sens* » du travail. Concrètement, il s'agit de se poser des limites, en sachant prioriser, orienter et déléguer. La coordinatrice insiste sur la nécessité d'orienter vers d'autres, d'apprendre à déléguer à une assistante sociale ou à solliciter une secrétaire. Or de par leur formation, les infirmières sont dans une dynamique d'engagement, elles ont tendance à « *se charger des maux de la terre* », à vouloir tout résoudre. La question se pose de ne pas aller trop loin dans le service rendu ou de ne pas dépasser les limites de la fonction. D'autant plus qu'un sentiment d'usure est parfois exprimé. L'exemple d'une personne âgée dont l'état se dégrade est donné. L'infirmière du centre est de plus en plus sollicitée jusqu'à faire une partie du travail d'auxiliaire de vie. Or la personne âgée refuse toute aide autre que celle de l'infirmière. Ce qui est en question, ce sont non seulement les modes de financements et la complémentarité de services existant dans le quartier, mais aussi le lien entre engagement et travail. Les infirmières sont sensibles aux manifestations de reconnaissance et de confiance des personnes suivies. Plusieurs ont parlé – elles ne sont pas les seules - de l'attachement éprouvé pour tel ou tel malade, soulignant la dimension affective de la relation.

La régulation de l'engagement nécessite une prise de recul qui se fait en réunion d'équipe avec la coordinatrice ou parfois au domicile, avec les familles. La coordinatrice dira : « *En parlant, on avance. Finalement, on recadre* » tandis que les infirmières rappelleront « *qu'on n'est pas là pour se confronter avec les gens, si on se braquait ce ne serait pas positif* ». La rupture du lien est redoutée : « *on n'est pas là pour arriver à une rupture de soin* ». Les règles et leur application se discutent.

Au sein des équipes, la régulation nécessite la création d'un espace d'échanges et de confiance. Chez les médecins, le soutien entre confrères est apprécié. « *Parfois, de la médecine, j'en ai ras le bol. Ce côté pression constante, ce côté revendicatif. J'ai eu un début de souci avec une famille que j'ai très mal vécu. Toujours à se demander si on passe à côté. Pas droit à l'erreur, pour un non médecin, cela peut paraître choquant et pourtant, on peut passer à côté, ne pas se comprendre avec le patient. Exercer avec une épée de Damoclès, pas tout le temps, mais c'est pesant. Dès qu'il y a un truc, un doute, on se parle, on se demande un avis, un conseil. Je cherchais ce côté, j'ai trouvé ici une vraie réponse* » (Médecin). Le même écho a été entendu chez les secrétaires : « *On est vraiment une équipe. Je n'avais jamais vu ça dans mes études. C'est-à-dire qu'on est vraiment une équipe, la secrétaire est vraiment partie prenante. Et parfois, les patients disent des choses aux secrétaires qu'ils ne disent pas aux médecins*. » (Secrétaire) A propos des situations d'agressivité, une secrétaire déclare : « *On en discute, tout le temps, et c'est ce qui fait…on en parle tout le temps.* » Différents

types de « règles du jeu » se conjuguent : le soutien apporté par l'échange au sein des équipes permet la gestion des émotions et la construction d'une relation de confiance avec les collègues et la population. Dans certaines équipes, la pratique d'une convivialité autour du repas de midi, de la célébration de dons, de discussions à bâtons rompus entretient le lien social fort qui unit les membres. Certains viennent en dehors de leurs créneaux horaires (ou de leurs jours de travail) pour participer à ces moments conviviaux et fondateurs. La métaphore de la famille est employée pour dire la solidité des liens, une personne parle de l'équipe comme d'un « petit cocon ».

Les équipes ont aussi un rôle de relais institutionnel. Lors des réunions, les élus des instances (CME, Comité d'entreprise) « *rendent des comptes* » sur les dossiers discutés. Ils viennent restituer, ce qui permet un échange, des questions. Il s'agit d'entretenir par un niveau d'information partagé un « référentiel d'action » commun et un sentiment d'appartenance à une même structure. Ces échanges actualisent le fonctionnement démocratique des centres de santé : d'une part au plan de la représentation, une secrétaire peut représenter l'équipe dans une instance, un médecin dans une autre et, d'autre part, la prise de parole est partagée, les plus titrés n'ont pas le monopole de la légitimité.

Les échanges professionnels incluent aussi l'environnement. Les équipes peuvent inviter des professionnels de santé extérieurs. Par exemple, l'équipe des Géants invite une fois par mois soit une puéricultrice du quartier, soit des sages-femmes, soit des kinésithérapeutes. L'échange porte sur tels ou tels patients, sur les pratiques professionnelles, éventuellement sur la recomposition des équipes dont les membres peuvent changer. Le but est de « *refaire connaissance et de savoir qui fait quoi* ». Aux Géants, les contacts avec la pharmacie sont réguliers, une secrétaire parle même d'entraide pour les papiers. Sur un plan plus institutionnel, des échanges sont organisés avec les partenaires du quartier concernant la gérontologie, la santé scolaire (crèches) ; une perspective de collaboration est ouverte avec le CMP enfants. En revanche, certains regrettent le manque de relations avec le monde libéral environnant dont l'activité est jugée pas si éloignée. L'absence de « passerelle » semble dommageable au vu de ce qu'apportent les échanges lors de formations communes jugées particulièrement riches.

Les régulations professionnelles ne doivent pas être idéalisées pour autant, des limites existent. L'implication des paramédicaux est variable, la prise de parole des infirmières n'est pas toujours

aisée, certaines tensions sont perceptibles, etc. C'est pourquoi nous parlons d'une ambition de coopération démocratique.

Des règles à bâtir avec la population

Les mécanismes de régulation intègrent aussi la population. La régulation ne se limite pas à l'articulation entre une régulation plus ou moins autonome des professionnels et une régulation de contrôle de l'institution, elle intègre les relations avec les patients. Au niveau institutionnel, et de façon explicite, l'existence d'un comité des usagers en atteste. Ce dernier est politiquement essentiel, il opère plutôt au niveau de l'AGECSA. Une question semble ouverte quant au renouvellement de ses membres c'est-à-dire plus clairement quant à son avenir. Le modèle fondateur militant et explicitement politique n'a pas disparu. Une secrétaire dit : « *Ce sont des soixante huitarts à l'AGECSA, ils ont des convictions et cet état d'esprit donne envie de rester* ». Ce modèle a évolué vers un modèle « solidaire intégré », au sens où le projet collectif se définit par la pratique d'une médecine lente ancrée dans le quartier. « *Etre au service de l'autre. Mais vraiment !* ». Toutefois la population change et la « dominance maghrébine » qui a succédé à la mixité originelle semble laisser place à une nouvelle hybridation due à l'arrivée de nouveaux habitants originaires de l'Est. La paupérisation perçue est nette. Et certains médecins disent perdre la connaissance approfondie qu'ils avaient de leurs patients : « *ça change nos critères. On a moins de matière… on se sent plus démunis et moins apte à prendre en charge. Avec une barrière de la langue qu'on n'a plus avec les Maghrébins. Il y a toujours quelqu'un pour traduire, notamment dans le cas de femmes qui se marient et viennent du bled.* […] *Les nouveaux arrivants sont plus isolés, communautairement parlant* » (Médecin).

Les patients sont des acteurs à part entière des centres de santé. Leurs comportements influencent directement la nature et le volume de l'activité, par leurs demandes, l'urgence ressentie, leur capacité d'autonomie. Ce qui se joue dans la régulation, c'est la définition du rôle du patient. « *On dit toujours : on fait de l'accompagnement, pas de l'assistanat, c'est ça, important pour nous. On fait le tiers-payant, il faut que les gens aient leurs papiers. On a aussi des exigences. Il y a des personnes qui manquent de structure et de cadre et nous sommes là dans notre métier pour rappeler les limites et le cadre, les gens qui veulent être vu tout de suite, ou qui veulent le tiers payant sans avoir leur papier,*

alors on explique aux gens, on est obligé d'avoir des limites parce qu'on est très vite débordé. Si on accepte une fois que les gens n'aient pas leurs papiers, si on n'exige pas qu'elles les ramènent le lendemain, on peut très vite être débordé. On est obligé de mettre des limites. C'est pareil, c'est sur rendez-vous, on ne vient pas comme ça. Ce n'est pas sans difficultés ou sans heurts mais c'est en tenant bon sur ce genre de choses que l'on arrive à planifier un peu les choses. » (Secrétaire) Les règles du jeu sont ici clairement exposées et le travail des secrétaires est de les faire respecter, de les rappeler au besoin et de veiller à des conditions d'application à la fois souples et maîtrisées.

Les règles partagées sont aussi relationnelles. Le respect mutuel doit être préservé. Une secrétaire évoque un échange de propos un peu vif avec une patiente un jour où elle était un peu tendue, elle fit une réflexion sèche à une dame qui réagit. Quelques temps après, elle reçut un appel téléphonique « *Mais qu'est-ce qui se passe ? Vous n'êtes pas comme ça d'habitude ! On s'est excusé mutuellement et ça, je trouve ça bien…parce qu'on a une relation suffisamment proche des gens pour faire comme dans les couples [rires], on se dit quand ça va et aussi quand ça ne va pas ! C'est quand même une richesse d'arriver à s'excuser. C'est que j'étais de mauvais poil et elle aussi. Est-ce qu'on trouve ça quand on travaille dans un labo ?... On est tellement tous différents !* »

Il semble exister un accord pour adapter en permanence la norme commune du « patient autonome et responsable » à qui on demande de « se prendre en charge », quitte à s'en affranchir dans certains cas (personnes âgées isolées, grande précarité). Le soutien, l'accompagnement font partie du soin intégralement. Mais comment et jusqu'où ? Les points de vue des professionnels du centre divergent. Certains refusent de qualifier leur activité de « *sociale* » et mettent en avant l'attente d'une certaine autonomie de la part des patients, cette attente étant à leurs yeux une forme de respect (les gens doivent être traités de la même façon). De ce point de vue, l'écoute est légitime mais pas la réalisation de démarches pour les patients. D'autres estimeront que dans certains cas, les gens ne sont pas en mesure de s'occuper de leur santé et c'est la mission du centre de santé de les prendre en charge. On le voit, le « ciment symbolique » que constitue la mission de l'association est suffisamment consistant pour autoriser dans les faits l'expression de points de vue et de manières d'agir différents.

La population, à travers l'ensemble des patients qui fréquentent les centres, participe encore à la régulation de l'association par les signes de reconnaissance qu'elle donne. Ces signes sont très

valorisés par les professionnels et constituent même pour certains d'entre eux une forme de rétribution symbolique qui justifie les contraintes et les tensions vécues. La notion économique de *labor donation* proposée par Preston[12] est ici pertinente. Les rétributions sociales et symboliques du « travail engagé » se substituent en partie à la part de rémunération qui fait défaut. Autrement dit, les membres de l'AGECSA acceptent un salaire réduit afin de travailler pour une association qui est tout à la fois un projet et qui génère « des externalités sociales positives ». Legros et Narcy parlent « d'engagement salarié »[13].

Un acteur collectif

> « *La cohésion des équipes, le lien qu'on peut créer avec les patients, voilà ce qui fait tenir tout le monde* » (Secrétaire)

L'originalité des centres de santé de l'AGECSA n'est pas qu'organisationnelle, avec la présence de secrétaires d'accueil et des équipes permettant l'accès aux médecins à tous et l'élaboration d'une démarche partagée. L'originalité tient à l'engagement dans un projet commun défini par le projet d'établissement et vécu comme une « mission » au service de la population du quartier. Ce projet est mis en œuvre grâce à des formes de régulation travaillées qui rendent le système normatif adaptable à la situation des patients comme à celle des personnels et permettent l'entretien du lien social de proximité. Ce mode d'organisation favorise les échanges démocratiques par l'accès de tous aux réunions et à la parole, l'acceptation des tensions (ce qui est original par rapport au milieu médical qui pratique en la matière plutôt l'évitement), par un travail de retour d'expérience. Des sociologues ont montré que les organisations se démocratisent par la participation de leurs membres. Par ailleurs, la discussion des règles crée une dynamique d'action et, par une solidarité en actes, un acteur collectif au sens défini par J-D. Reynaud[14], c'est-à-dire qui a une identité, des frontières définies par les règles.

---

[12] Preston A. (1989), « The nonprofit worker in a for-profit world », *Journal of Labor Economics*, vol 7, n° 4 cité par Maud Simonet in N. Alter (ed) (2006), *Sociologie du monde du travail*, Paris, PUF, pp 202-203.

[13] D. Legros, M. Narcy, « Différentiel de salaire entre secteur sans but lucratif et secteur privé en France » in D. Girard (dir) (2004), *Solidarités collectives. Famille et solidarités,* Paris, L'Harmattan.

[14] Jean-Daniel Reynaud (1993), *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, A. Colin, pp 64 et ss.

La notion de « collective efficacy » de la sociologie urbaine[15] a ici tout son sens dans la mesure où l'acteur collectif ne se limite pas aux professionnels mais intègre les patients et la préservation du lien social. La mission en donnant sens et légitimité à une démarche collective. Elle définit le cadre symbolique des échanges qui dépassent la seule organisation du travail et crée une culture spécifique. Un modèle culturel spécifique le caractérise. Il se définit à la fois par des représentations partagées de l'environnement et du travail, par des normes et par des valeurs. En se référant à la sociologie du travail, nous avons d'abord caractérisé ce modèle culturel de « modèle communautaire ». Celui par lequel R. Sainsaulieu définit des organisations qui se caractérisent par la force des normes de relation entre collègues (plus déterminantes que les règles formelles) et par des modalités de fonctionnement délibérément souples et aménagées localement[16]. Le lien social est au fondement du fonctionnement de la structure. Mais le mot « communautaire » est ambivalent. Un médecin a parlé de la difficulté à parler de la notion de « santé communautaire » mobilisée en santé publique à propos de l'intérêt qu'il voyait à mobiliser la population. « *La démarche communautaire, c'est : on remarque qu'il y a une dynamique et on s'appuie dessus pour aller un peu plus loin au niveau de la santé. Dans les quartiers, c'est difficile car on va tout de suite penser au communautarisme et au risque du communautarisme. Donc effectivement, l'objection est forte* ». L'expression de « modèle communautaire » pour qualifier la culture de l'AGECSA (et non de la population) a suscité lors de la présentation des premiers résultats la même incompréhension née d'un rapprochement spontané avec la notion de communautarisme. Nous ne reprendrons donc pas ce terme pour éviter les confusions avec le communautarisme, mais nous reviendrons sur la crainte qui n'était pas apparue explicitement dans les entretiens.

Un modèle culturel est fait à la fois d'identités, de sentiments d'appartenance, de formes de coopération et d'engagement. Il dépasse toutefois les identités héritées car l'expérience partagée du travail permet la création d'une culture originale. On retrouve dans les entretiens à la fois des identités professionnelles et personnelles affirmées et une identité d'organisation partagée par tous. C. Dubar définit l'identité professionnelle comme un moyen d'arbitrer entre plusieurs possibilités, une capacité à faire des choix de carrière par exemple[17]. L'analyse des motivations a montré

[15] Voir, en particulier, Robert J. Sampson, *Great American City. The Enduring Neighborhood Effect*, Chicago, The Chicago Press Books, 2012.

[16] Renaud Sainsaulieu (1987), *Sociologie de l'organisation et de l'entreprise*, Paris, Presses de la FNSP et Dalloz. Voir aussi Isabelle Francfort, Florence Osty, Renaud Sainsaulieu et Marc Uhalde (1995), *Les mondes sociaux de l'entreprise*, Paris, Desclée de Brouwer.

[17] Claude Dubar (2000), *La crise des identités*, Paris, PUF, Le lien social.

l'importance de la dimension biographique des identités, le choix de travailler à l'AGECSA pouvant être lié à une trajectoire professionnelle, une position sociale ou un type d'engagement. L'identité a aussi une dimension relationnelle, il s'agit de l'identité « pour autrui » qui se définit par le souci d'être reconnu dans le regard de l'autre. L'étiquetage négatif des professionnels de santé travaillant en centre de santé a été plusieurs fois évoqué par des médecins. Mais il peut aussi être source de reconnaissance, comme dans le cas de cette secrétaire qualifiée « d'héroïne » par son entourage quand ce dernier a su qu'elle travaillait à la Villeneuve. Elle dénonce la stigmatisation du quartier mais en même temps n'est pas insensible à la reconnaissance de son engagement qui lui procure un peu de fierté. L'histoire commune reste une référence. Chacun évoque le militantisme des origines, l'attractivité du centre de santé, la mobilisation politique à une époque où tout était à faire. Les choses ont évolué, le militantisme s'est transformé, en lien avec la société. La dimension politique est moins présente mais les formes d'engagement demeurent et traduisent une pluralité d'approches : recherche de sens dans le métier, motivations religieuses, don de soi, motivations plus philosophiques, engagement politique. « *Mais au bout du compte, ce sont les mêmes valeurs que l'on défend. Les temps ont changé mais il n'y a pas de génération meilleure que d'autres* » (Infirmière).

Les infirmières, les orthophonistes, les secrétaires expriment fortement une identité de métier, qui est plus intériorisée chez les médecins. L'originalité des centres de santé ne tient pas tant à la coexistence d'identités de métier et d'identité d'organisation mais plutôt à la force des deux. L'identité d'organisation se traduit par un sentiment d'appartenance partagé, une forme de fierté et la conviction que l'équipe crée une communauté efficace, au niveau de l'équipe de proximité comme de l'association. « *La conscience d'équipe est très forte. Le fait de ne pas se sentir seul dans son travail aide beaucoup. Il y a cette notion, de groupe. Je pense que c'est ce qui nous aide à tenir et puis il y a l'ambiance, c'est plutôt convivial, on vient avec plaisir, c'est ce qui aide à tenir aussi. Ce qui n'empêche pas des difficultés au sein des équipes, ça arrive*. » (Secrétaire) Une autre dit avoir choisi le poste qui lui était proposé après un remplacement « *parce que l'équipe soignante était un petit cocon* ». Le sentiment d'appartenance à l'équipe prime : « *Les Géants, c'est mon équipe. L'AGECSA, c'est mon employeur. On a de très bons échanges inter centres, pas de soucis, il y a un lien, un tissu, mais c'est mon employeur* ». Mais la même secrétaire évoque l'attitude très humaine de sa coordinatrice et conclue : « *L'AGECSA, c'est une famille* ».

Le sentiment d'appartenance est fort sans être exclusif. Le modèle culturel qui crée une communauté de travail lie sans étouffer. Dans le travail au contact de la population, tout se passe

comme si l'engagement ne pouvait durer que s'il n'était pas permanent ni exclusif. Une secrétaire déclare : « *J'ai habité le quartier pendant 8 ans. Mais c'était compliqué d'habiter là car les gens me voyaient, ils me sollicitaient, ils voulaient un rendez-vous… même si je ne travaillais pas. Je n'avais jamais l'impression de sortir du travail en fait. C'était un peu dur. Malgré que les gens je les connais, mais j'avais besoin d'autre chose.* » On peut faire l'hypothèse que l'engagement dans le projet au service de la population du quartier est rendu possible parce qu'il n'est ni total ni exclusif. Chaque groupe professionnel est différemment positionné par rapport à la question. Chez les secrétaires et les infirmières, le temps partiel n'est pas nécessairement choisi mais il est fonctionnel. Chez les médecins ou les orthophonistes se mêlent temps partiels et temps pleins, avec probablement un effet de genre. Dans le cas des coordinatrices, elles peuvent remplacer volontairement les membres absents au sein des équipes, ce qui leur permet de garder le contact et d'entretenir la proximité et ainsi de conforter l'efficacité de leurs interventions et leur légitimité pragmatique. La pérennité des engagements individuels serait donc permise par une sorte de poly-exercice et même de « multipositionnalité »[18] dans le champ professionnel des membres de l'association. Les temps partiels ne sont pas seulement l'expression de contraintes économiques pour les uns ou de choix personnels pour les autres, c'est aussi un moyen de conjurer l'usure et de pouvoir assumer la « mission ». Et l'observation vaut aussi pour les personnes travaillant à temps plein, car les 35 heures permettent de fait une activité annexe, fût-elle limitée. La participation à des activités externes (vacations, autre activité professionnelle à temps partiel, groupe de pairs, engagement associatif professionnel ou social) permet de tenir la distance, dans les deux sens du terme. C'est aussi un moyen d'entretenir les contacts avec les partenaires professionnels et associatifs de l'environnement. De ce point de vue, la politique de conventions de partenariat avec des structures externes a des effets internes bénéfiques. Les personnes rencontrées impliquées dans ces activités ont toutes souligné leur attachement et l'intérêt qu'elles trouvaient à ces engagements. Il est d'autant plus possible d'avoir une pratique de l'écoute, de l'attention, de la persévérance qu'elle ne constitue pas le tout de la vie et de l'identité personnelle. Il s'agit de gérer la bonne distance que ce soit par le temps partiel ou la poly activité.

Communauté de travail donc, mais communauté qui n'est pas strictement professionnelle car elle intègre la population dans son espace d'échange. La force des liens traduit une forme de coopération. La coopération au sein des équipes et plus largement dans l'association (groupes de

[18] La notion de multipositionnalité est utilisée par C. Herzlich pour caractériser certaines carrières de médecins qui conjuguent différentes activités (poly exercice) et engagements dans le champ médical. C. Herzlich *et al*, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France*. *Carrières et pratiques des médecins français 1930-1980*, Paris, Editions INSERM, Doin, 1993, p 117.

travail, instances) n'est pas que fonctionnelle, elle n'a pas qu'une finalité professionnelle. Elle ne se réduit ni à un dispositif de gestion, ni à des pratiques professionnelles mais se fonde aussi sur des sentiments : l'empathie, l'amitié, la sympathie, la fierté. Les entretiens sont riches en expressions affectives. La vie au travail s'organise en se rendant service, en donnant du temps au collectif, en acceptant une contrainte pour arranger les autres. Et l'espace de ces échanges est ouvert aux patients. Qu'il s'agisse des professionnels ou des patients, donner procure une certaine fierté. C'est le meilleur du travail. On a parlé de rétribution symbolique, mais c'est aussi le fondement même de la coopération. Le travail de régulation crée une dynamique d'action, les sentiments éprouvés entretiennent le lien social. Car le plaisir qu'il y a à se savoir utile, à rendre service, à être dans une équipe solidaire nourrit l'engagement. La coopération est possible grâce aux liens construits par l'endettement mutuel[19]. Le don n'est pas nécessairement altruiste, il peut être intéressé. Mais il existe une relation évidente entre échange social et manifestation de la gratitude, car cette dernière traduit l'existence d'une forme de pacte, de contrat qui engage les donataires. L'ancrage dans le quartier traduit ce « contrat » social. L'originalité de l'AGECSA ne tient pas tant au fait que les relations de travail reposent sur une hybridation de finalités professionnelles et de sentiments échangés (gratitude, sympathie, complicité) qu'au fait que l'organisation reconnaisse le temps nécessaire aux échanges. Temps pour partie « inutile » à la production des soins (discussions à bâtons rompus), mais temps « consumé » pour donner du prix au lien social.

Un modèle culturel menacé ?

Lors de la restitution des premiers résultats, le rejet du mot « communautaire » comme qualificatif proposé pour le modèle culturel de l'AGECSA a permis d'exprimer une crainte par rapport à une évolution perçue du quartier, dont certains habitants seraient les promoteurs. Il s'agirait d'une forme de fermeture de nature communautariste. L'agression d'un médecin retraité du centre, l'affirmation de signes extérieurs d'appartenance culturelle, l'appropriation des espaces où il faut être reconnu pour être toléré sont autant de signes qui poussent certains membres des centres de santé à s'interroger en ces termes : « combien de temps allons-nous tenir ? ». Les incidents violents ne constituent qu'une dimension du phénomène perçu. Car ce sont la nature du lien avec la population et le projet partagé depuis la création des centres de santé qui sont directement interrogés – et semble-t-il implicitement remis en cause pour certains – par les évolutions observées. Dans les

[19] Voir N. Alter (2009), *Donner et prendre. La coopération en entreprise*, Paris, La Découverte.

entretiens réalisés, ce point de vue n'a pas été explicitement abordé. Mais le fait qu'il ait été introduit au cours d'un débat par une secrétaire expérimentée mérite la plus grande attention. En effet, on a vu que le travail des secrétaires est particulièrement exposé et qu'elles assument un rôle de lien et de « fusible » entre la population et les équipes. Elles ont à réguler les incompréhensions, les exigences voire les incivilités. L'analyse a montré que ces aspects étaient délibérément et systématiquement relativisés ou minimisés, parce qu'ils remettent en cause le pacte fondateur qui lie les centres à la population. Mais aussi parce que les équipes « tiennent » et assument. Relativiser les événements peut être une façon d'affirmer la capacité collective à faire face, c'est-à-dire à la fois la légitimité du projet (et de ses financements) et la spécificité des centres, justifiant les formes d'engagement et une forme de fierté ressentie.

La fréquentation du centre par les patients : au-delà du recours à un médecin

Le mode de fonctionnement des centres, leur organisation matérielle et humaine, ainsi que les motivations des personnes qui y travaillent autorisent divers modes de fréquentation des centres, répondant à des attentes et besoin différenciés chez les patients. Nous avons distingué trois niveaux d'engagement, dans lesquels les patients sont plus ou moins impliqués : la relation avec un médecin ou soignant ; le rapport au centre ; le rapport au projet de centre inscrit dans un projet de quartier.[20]

La diversité des relations aux professionnels

Notre questionnement portant plus spécifiquement sur le rapport aux centres de santé, nous ne développerons pas ici la question de la nature du colloque singulier (qui n'a d'ailleurs été que très peu abordée dans les entretiens), mais aborderons plutôt les relations entre patients et personnels en tant que celles-ci prennent place dans le contexte particulier des centres. Comme dans tout lieu de soins, ces relations sont vécues de manière très différente selon les patients. Certains, globalement en bonne santé, ne fréquentent un médecin à l'AGECSA que de façon très *ponctuelle* –

[20] Notons que cette analyse repose sur des observations et entretiens réalisés aux Géants et à Arlequin et ne concerne donc pas les patients vus essentiellement à domicile.

« *une fois tous les deux ans* » dit une femme, en cas de grippe ou d'angine par exemple. Ils peuvent entretenir avec lui des relations de confiance, en particulier lorsqu'il s'agit de leur médecin référent, mais ne sont pas nécessairement investis dans la relation interpersonnelle. D'autres consultent les professionnels de façon plus *régulière*, pour un suivi plus ou moins spécifique ou pour leur rôle de « pivot » de différentes prises en charge. Dans ce cas, la relation peut être vécue sur un mode plutôt *pragmatique* ou plutôt *affectif*.

Nos premières analyses montrent que cette diversité des relations aux professionnels s'inscrit elle-même, et de façon non univoque, dans une pluralité des rapports au centre de santé. Parfois en effet, la fréquentation du centre renvoie essentiellement à la relation avec le professionnel consulté. Le contexte institutionnel et organisationnel importe peu, du moins passe-t-il très largement au second plan. Certains patients, faisant primer la qualité des liens tissés dans la durée avec leur médecin référent, regrettent ainsi de ne pas le consulter systématiquement lorsqu'ils s'adressent au centre. C'est le cas de Mme T[21] qui, bien qu'ayant confiance dans l'ensemble des médecins du centre et reconnaissant qu'ils peuvent sans difficultés prendre connaissance de « son dossier », ressent un certain manque de suivi. Une autre femme (Mme G) *« refuse systématiquement »* que ses enfants consultent un autre médecin du centre si leur pédiatre habituel n'est pas disponible, préférant les amener chez son propre généraliste (en cabinet libéral à côté de chez elle) – afin qu'ils voient un professionnel qui les connaît déjà.

Bien que l'enquête réalisée ne nous permette pas d'évaluer la fréquence des différents types de rapports aux professionnels, il semble que ce mode de fréquentation des centres soit assez minoritaire (parmi les personnes rencontrées comme probablement parmi l'ensemble de la patientèle). L'organisation des centres en effet, ne serait-ce que du fait de l'apport des secrétaires médicales, tend à teinter plus ou moins la nature des relations que les patients entretiennent avec les/leurs médecins.

On peut ainsi citer l'exemple d'un homme qui consulte depuis plus de 30 ans le centre de santé. Il a préféré suivre son rhumatologue lorsque celui-ci a quitté l'AGECSA pour s'installer en libéral, plutôt que de consulter son remplaçant dans le centre, du fait de la confiance qu'il accordait en ce médecin

[21] Pour des raisons d'anonymat, les initiales du nom des patients comme des professionnels ne correspondent aucunement à leur patronyme.

et en sa pratique médicale originale. Il reste néanmoins attaché aux valeurs et principes de fonctionnement du centre de santé :

> *« Quand il est parti de la maison, je suis allé le consulter là où il était. Parce que c'était vraiment très, très spécifique, très cadré : auriculothérapie… (…) Vu les résultats qu'il avait sur moi, ça valait la peine de faire le déplacement. Alors pour le généraliste, je sais pas ce qui se serait passé si j'avais habité beaucoup plus loin, hein, si j'avais été obligé de prendre une voiture pour, je sais pas hein. (…) Donc comme j'avais besoin de lui, je l'ai suivi ! Mais ça n'a pas empêché que, dans les autres domaines dont j'avais besoin, j'ai continué de venir ici. »* (Mr L)

La fréquentation du centre renvoie parfois à une démarche que l'on pourrait qualifier d'utilitariste. Le centre représente alors un simple lieu parmi d'autres auxquels elles s'adressent en matière de santé, de façon très pragmatique. Sachant bien se repérer dans le système de santé, elles orientent leurs différents recours en fonction des expériences vécues auprès de chaque professionnel. C'est le cas par exemple d'une femme qui porte un regard relativement distant sur le centre. Elle semble obtenir les soins qu'elle souhaite, auprès de différents médecins qui lui conviennent et dans des conditions financières satisfaisantes, au sein de l'ensemble de la gamme des services médicaux existante. Son propre médecin référent est un généraliste en cabinet libéral (à Constantine), elle consulte depuis 10 ans une gynécologue qu'elle a suivie dans ses différents lieux d'exercice (centre pour personnes défavorisées, cabinet libéral et aujourd'hui clinique privée). Ses enfants sont suivis au centre de santé de l'Arlequin pour la pédiatrie, dans un CMP pour l'orthophonie et en cabinet libéral pour l'ophtalmologie. Elle n'hésite pas à passer d'une structure à une autre, et d'un médecin à un autre au sein même du centre de l'AGECSA, selon ses attentes et expériences. Le fait de recourir au centre de santé ou ailleurs n'est pas pour elle décisif :

> *« Non non, ça change rien… (…) Comme les autres hein, c'est tous pareils… [Ici] moi c'est l'accueil quoi, ils sont souriants ils sont… moi je trouve qu'ils sont bien, ils sont gentils, agréables… [Et le plus gros inconvénient] c'est l'attente. Ah l'attente ! (…) Mais ils sont tous pareils, hein, que ce soit lui ou un autre… (…) C'est toujours pareil, hein ! Attente et… tout ça pour 5 minutes ! c'est ça qui… C'est tous pareils, tu attends beaucoup et c'est 5 minutes de consultation… On n'a pas le choix*. » (Mme Z)

Insatisfaite du premier pédiatre que ses enfants ont vu dans le centre, elle a demandé à en changer, sans que cela ne provoque de gêne pour elle – pas plus que de remarques particulières de la part des secrétaires médicales. Ce type de fréquentation utilitariste n'empêche pas la création de liens de sympathie avec les médecins et autres professionnels. Cette femme précise ainsi en souriant *« je suis populaire ! »*, évoquant le fait que les secrétaires médicales la connaissent bien car elle vient depuis plus de 10 ans et actuellement tous les mois pour les visites de contrôle pour son nouveau-né. Mais ces liens ne semblent pas primordiaux dans sa décision de consulter dans le centre.

D'autres patients semblent davantage attachés au centre de santé. Certains vivent leurs recours de façon personnalisée, voire affective vis-à-vis de tel ou tel professionnel. Même si le centre de santé n'est pas leur seul lieu de recours aux soins, les relations qu'ils y ont nouées ou l'accueil qui leur est réservé sont à leurs yeux essentiels. L'attachement au centre de santé peut également renvoyer à une adhésion vis-à-vis des principes qui sous-tendent l'existence des centres, comme nous le verrons par la suite. A propos d'un médecin qui habitait le quartier et qui la suivi durant de longues années, un homme explique : « *Au fil des années, mi-voisin mi-médecin-traitant, y a des liens d'amitié qui se sont développés* » (Mr L). Une femme, elle, vient régulièrement au centre pour son suivi ou celui de ses proches : *« Ils me connaissent tous ici. Ca fait 31 ans… De temps en temps je ramène un couscous ici, je ramène des gâteaux… »* (Mme M)

Comme dans toute relation de soins, la durée de prise en charge favorise les rapports personnalisés et affectifs. Mais c'est surtout parce que les patients sont rassurés quant à la qualité des prise en charge et des soins qu'ils peuvent ainsi s'adresser au centre *« en confiance »* (pour reprendre les termes de l'un d'eux), s'engager dans des relations médicales ou soignantes à plus ou moins long terme, et éventuellement apprécier d'y tisser des liens de sympathie avec les différents membres du personnel.

Le rapport au centre de santé

Si les patients consultent « leur » médecin, c'est donc souvent aussi et plus largement « au centre de santé » qu'ils s'adressent. Dans le temps court comme dans la durée, en effet, le centre constitue une référence (éventuellement parmi d'autres) en matière de santé. Sa proximité et la possibilité

d'accéder à plusieurs spécialités médicales et para-médicales y contribuent. De plus, nombre de patients perçoivent une cohésion dans ce regroupement de professionnels. Ces derniers partageraient, selon eux, non seulement des dossiers médicaux mais aussi un certain état d'esprit quant à la manière d'accueillir et d'écouter les patients, une pratique particulière de la médecine, ainsi que des motivations spécifiques à exercer dans les centres de la Villeneuve.

Un lieu repère en matière de santé

Au-delà des relations créées avec un médecin ou un soignant en particulier, les centres de santé constituent pour de nombreuses personnes un lieu repère et ressource en matière de santé. Dans le court terme, ceci renvoie notamment à la possibilité de voir un autre médecin lorsque son médecin référent n'est pas disponible. Pour beaucoup, cela présente un intérêt certain – permettant d'avoir toujours un contact médical en cas d'urgence ou d'inquiétude. Ils estiment alors que la passation des dossiers se fait de manière efficace et ne leur pose pas de problème. Bien que préférant voir le pédiatre qui suit habituellement ses enfants, une femme juge essentielle cette possibilité d'être reçue à tout moment, en particulier pour des problèmes de santé « banals ».

> *« Le fait d'avoir une équipe de médecin, donc du coup un autre médecin peut vous voir votre enfant, et ça c'est super pratique et rassurant ! » « C'est sympa de revoir son médecin, c'est aussi un lien, y a des petites choses qu'on peut demander d'une fois sur l'autre, etc. : bien sûr ! Mais c'est tellement… Oui voilà, y a des moments, moi c'est les otites que je crains, un gamin qui a mal aux oreilles un jour ou deux jours, bon n'importe quel médecin peut vous dire s'il a une otite ou pas.* (…) *En fait c'est pas simple parce qu'il faut appeler le matin très tôt, c'est quand même un peu… parfois ils ont trop d'appels donc il faut rappeler rappeler rappeler rappeler. Bon, pas énorme hein, faut rappeler deux-trois fois, je veux dire par rapport à plein d'administration, ça fonctionne très bien. Mais voilà, je sais qu'avoir un rendez-vous rapidement, c'est toujours possible parce que ils sont attentifs à l'état de l'enfant, (…) qu'ils le font parce qu'ils sont inquiets pour l'enfant. »* (Mme O)

La diversité de l'offre de soins proposés constitue de surcroît un atout potentiel, y compris pour des patients qui entretiennent un rapport pragmatique au centre. Nombreux sont ceux qui apprécient de trouver dans un même lieu plusieurs services médicaux et paramédicaux – et certains nous ont dit

regretter la disparition du service de radiologie au centre de l'Arlequin. La facilité de la transmission des résultats des examens au médecin est notamment soulignée. Ils ont en outre le sentiment que cette pluridisciplinarité n'est pas qu'une simple juxtaposition de spécialités. Une certaine unité règnerait ainsi entre les différents personnels des centres. Cette même femme a ainsi toute confiance dans le travail des secrétaires médicales qu'elle estime être en cohérence avec celui des médecins.

> *« Moi j'ai l'impression d'une cohérence, vue de loin. C'est-à-dire que, par exemple pour l'accueil, quand on demande pour un enfant "qu'est-ce qu'elle a votre enfant ? " et que j'explique, je sais qu'il y a une cohérence entre le seuil à partir duquel le médecin veut voir l'enfant et le seuil à partir duquel l'accueil recommande d'aller voir le médecin et vous trouve un rendez-vous. C'est-à-dire que là-dessus, on sent qu'ils sont cohérents. (…) Ca je pense que c'est assez précieux, et assez intéressant. »* (Mme O)

De même, un homme se dit rassuré par la possibilité qu'un autre généraliste *« prenne le relais »* lorsque son médecin référent est absent, mais également par la pluri activité du centre. La possibilité d'un travail en commun est selon lui bénéfique pour le patient, comme lorsque le généraliste et le kinésithérapeute qu'il voyait échangeaient à son propos, et ce de façon aisée et dès que nécessaire. A propos des intervenants, il parle ainsi de *« travail collectif, communautaire »* (Mr F).

L'activité pluri-professionnelle comporte toutefois des limites, déjà soulignées précédemment. Une patiente le ressent et regrette que les concertations entre personnels soient moins développées aujourd'hui que lorsqu'elle a commencé à fréquenter le centre. *« Je sais pas bien définir, ça… Je sais pas bien définir. Il me semble qu'il y a 20 ans – peut-être que je me trompe, je ne sais pas - mais il me semble qu'au début où je venais, il y avait une concertation entre médecins, quand il y avait un problème un peu ennuyeux pour un malade. Et après, ça s'était plus pratiqué ça…* » (Mme P)

Dans le long terme également, la fréquentation du centre peut se poursuivre au-delà des ruptures de relation entre médecin et patients. Différents patients s'adressent au centre depuis de longues années et poursuivent leur recours après que le médecin qui les suivait ait quitté le centre (que ce soit pour un départ à la retraite ou une autre raison). Même si des changements sont perçus, une certaine identité du centre perdure au fil du temps. Les propos de cet homme, qui fréquente le

centre depuis plus de 30 ans et y a été successivement suivi par 3 médecins généralistes, sont particulièrement éclairants. La transition entre ces prises en charge s'est faire *« naturellement »* selon lui, dans la mesure où les médecins ne travaillent pas de façon isolée ni indépendante de la structure.

> *« Oh elle s'est faite j'allais dire naturellement, puisque Christophe L. est parti à la retraite, et que c'est Olivier Q. qui est rentré sur son poste. Et ma foi, bon j'ai continué de… qu'est-ce qu'il faut dire, faire confiance à l'institution ! (rires)*
>
> Question : quand vous venez ici, vous venez plus voir une institution qu'un médecin ?
>
> *« Si, je viens voir, je viens voir un médecin… mais je sais, je sens qu'il est partie prenante d'un ensemble… avec lequel en gros, auquel j'adhère enfin, sur les principes de fonctionnement. » (*Mr L)

Par-delà les individualités des personnels, le centre serait ainsi perçu comme une entité, assurant un caractère particulier aux prises en charge, dont l'image subsisterait dans le temps. *« J'avais une bonne expérience dans les centres de santé »* dit une femme pour expliquer son choix d'y faire suivre ses enfants à leur retour sur Grenoble – expérience remontant à son enfance et son adolescence. Bien qu'ayant eu un rapport peu satisfaisant avec l'un des pédiatres, la proximité ainsi que la confiance dans la qualité générale des soins prodigués l'ont conduite à poursuivre sa fréquentation du centre.

> *« Donc le premier critère c'est la proximité, mais aussi parce que… j'avais une bonne expérience dans les centres de santé. Autant [pour moi] je suis allée voir un médecin qui était conseillé par ma belle-mère [au centre de santé], pour les enfants j'ai demandé n'importe quel médecin en pédiatrie. Et j'ai été pendant un moment avec un médecin qu'était quelqu'un de pas du tout sympathique dans le premier abord. Après je pense que c'est quelqu'un qui faisait bien son boulot dans le centre de santé ; mes copines disaient en rigolant, deux copines qui avaient le même médecin, qui disaient que certes elle était pas du tout agréable, mais en fait grâce à ça y avait personne dans ses consultations (sourire) donc on avait les rendez-vous rapidement. Voilà. Et puis en fait elle est partie cette dame, donc du coup j'ai été basculée sur une autre médecin que j'ai trouvée super ! Donc pour mes enfants, je suis allée vers le centre de santé parce que, je savais que y avait des bons médecins. »* (Mme O.)

La proximité géographique contribue largement au rôle central qu'occupe le centre, pour de nombreux patients, dans la gestion de leur santé. Elle n'est certes pas pour tous la motivation unique et décisive du recours aux centres de l'AGECSA puisque différentes personnes continuent à y être suivies après avoir déménagé en dehors du quartier (et ce parfois même relativement loin). Mais la présence dans le quartier de résidence ou de travail facilite grandement l'organisation des recours aux soins.

> *« Je m'étais inscrite ici. Parce que j'avais 3 enfants qui ensuite étaient ado, et c'était très commode d'avoir un dossier sur place pour toute la famille. Et comme c'était dans le quartier, ils pouvaient même venir tout seuls si je pouvais pas les accompagner, donc c'était commode quoi, c'était pratique. »* (…) *« Et puis aussi ce qui était pratique, c'est qu'on n'avançait pas l'argent, on était… oui bah c'est ça. Donc comme je vous disais les enfants, ils pouvaient venir, on n'avait pas de problèmes de paiement, on savait que les dossiers étaient faits… »* (Mme P)

La proximité est également précieuse pour des personnes dont l'état de santé ou la vulnérabilité sociale et financière sont tels qu'elles ressentent des difficultés à s'éloigner du quartier.

> *« Ca c'est génial, la proximité ! Le fait qu'ils soient dans la proximité comme ça, au niveau géographique c'est hyper important. » « C'est plus pratique. Moi je pense effectivement que quand t'as un médecin en bas de chez toi – si tu l'avais à des kilomètres, est-ce que tu irais ? Est-ce que tu aurais la force, est-ce que tu aurais l'énergie pour ? Parce que je vois des gens arriver ici qui sont dans des états… Après prendre un tram, prendre un ticket, y a des gens qui sont un peu largués hein ! Je pense que c'est vachement intéressant pour eux d'avoir un lieu à proximité. »* (Mr S)

Comme en écho aux propos de cet homme, une femme relate qu'elle a poursuivi ses recours alors même qu'elle était « *en colère* » contre certains salariés, à la suite d'une histoire personnelle. Cela semblait en quelque sorte s'imposer, du fait de la proximité, et probablement parce qu'elle connaissait bien et appréciait son médecin et les secrétaires. Elle explique également que son état de santé la fatiguait et qu'elle n'imaginait pas aller ailleurs : *« Je suis revenue ici parce que c'est plus près ! à côté, c'est pas loin. Et j'étais fatiguée. J'ai découvert le diabète et voilà, j'étais là. J'ai pas été ailleurs. (…) Fatiguée de prendre les transports, fatiguée, des fois j'ai peur de louper le rendez-vous… »* (Mme I)

La présence des centres au cœur de la Villeneuve semble par ailleurs rassurer plusieurs acteurs institutionnels, tels des professeurs des écoles ou des salariés de Maisons de quartier, qui disent pouvoir s'adresser de manière directe et aisée à ces centres en cas de problème rencontrés par leur public.

> *« La proximité c'est hyper important. C'est hyper important. Moi ça m'est déjà arrivé ici [dans la Maison des habitants] qu'on ait quelqu'un qui fasse un malaise, qu'on l'amène au centre de santé… Ma petite une fois elle s'était coupée la langue : la nounou l'a amenée direct ! Pour les habitants ça c'est quand même quelque chose de….(…) Et puis je sais un peu comment le centre de santé fonctionne : si quelqu'un arrive sur une urgence, ils vont jeter un coup d'œil et ils vont dire « on appelle les pompiers ou vous allez à l'hôpital, etc. » ; ils vont pas laisser la personne comme ça… C'est un lieu ressource, c'est clair. Oui, la proximité est supe importante. »* (responsable d'une maison de quartier)

Un espace de santé pour tous

Les centres de santé constituent ainsi un lieu de référence en matière de santé, et ce d'autant plus qu'ils apparaissent accessibles sur de nombreux plans. Cette accessibilité est liée à la proximité géographique, avec les avantages mentionnés précédemment. Elle renvoie également à la question financière, du fait du tiers-payant et de l'absence de dépassements d'honoraires. Il est intéressant de noter que très peu de patients interrogés ont mentionné cet aspect financier des prises en charge, comme s'ils l'avaient intériorisé et qu'il faisait partie des implicites du fonctionnement du centre. L'accessibilité doit également être considérée du point de vue organisationnel, étant donné les arrangements trouvés pour faciliter l'accès à un médecin ou un soignant en cas d'urgence – y compris le fait que les infirmières et des médecins puissent se déplacer à domicile si besoin. Les démarches administratives apparaissent simples et réduites – en particulier lorsque les personnes ont la Sécurité sociale et une mutuelle. Une femme résume ainsi : *« [Au niveau de la paperasse] bin moi je fais rien, je donne ma carte vitale et puis après je m'en vais ! C'est vrai que c'est pratique. »* (Mme T). Une autre femme, qui maîtrise mal le Français, apprécie que les secrétaires « s'occupent de tout » : *« Ah bin c'est eux oui, on donne juste le machin de la mutuelle une fois par an, qu'on reçoit, et c'est inscrit toute l'année. »* (Mme M). L'aide apportée par les secrétaires médicales, le cas

échéant, pour certaines formalités administratives, renforce chez elle le sentiment d'une structure bienveillante et accueillante, indépendamment de ses difficultés sociales.

C'est aussi d'un point de vue symbolique que doit être pensée l'accessibilité des centres de santé. Il est probablement moins intimidant, pour certaines personnes, de s'adresser aux centres de l'AGECSA plutôt que de franchir le seuil d'un cabinet privé en centre-ville. Ce peut être du fait de la connaissance du milieu dans lequel sont installés les centres – la proximité géographique recouvrant en partie une proximité sociale, ou rassurant les personnes dont l'« espace d'activité » est restreint à leur environnement proche. La frontière symbolique serait alors moins forte entre les médecins et les habitants. Parallèlement, bien que situés dans un quartier défavorisé, les centres ne sont aucunement spécifiques aux personnes défavorisées – ce qui protège du sentiment de déclassement, voire de stigmatisation, que certains ressentent lorsqu'ils fréquentent des structures « pour pauvres ».

On constate en effet une certaine mixité sociale au sein de la patientèle – liée notamment à une relative mixité sociale au sein de la Villeneuve mais aussi à ce que des personnes vivant à présent dans des quartiers non défavorisés de la métropole continuent à fréquenter les centres après leur départ de la Villeneuve. Cette mixité sociale peut être vue comme la conséquence de la qualité des soins prodigués. Dans le même temps, elle renforce symboliquement cette image de centres de qualité, qu'il convient de faire perdurer. Une femme parle de *« lieu pour tous »*. Après avoir grandi à la Villeneuve puis avoir vécu quelques temps en dehors de Grenoble, elle travaille aujourd'hui dans l'action sociale et la politique de la ville pour le quartier et consulte, pour elle-même et ses enfants, aux Géants et à l'Arlequin.

> *« Je pense que les centres de santé ne sont pas perçus, en tout cas pas par moi et pas par plein de gens, comme étant un lieu pour les personnes défavorisées en priorité : c'est vraiment perçu comme un lieu pour tous. Ca je pense que c'est super important. Moi j'ai vraiment pas cette impression là en fait. Bon faut dire mon jugement est un peu altéré hein, je vous dis j'ai grandi ici donc je suis pas spécialement…, enfin quand même j'ai vu d'autres horizons. J'ai pas du tout ce sentiment là parce que de fait la clientèle est variée, et… et puis que le service est bon ! Et le même pour tous. Et les locaux sont très bien – enfin vous voyez, y a pas de quoi… Je pense que ça fait vraiment partie, y a pas forcément beaucoup de services ou de lieux comme ça peut-être dans la Villeneuve, qui sont pas perçus comme étant connotés par quoique ce soit. »*

(…) *« La Villeneuve c'est clairement un quartier défavorisé. (…) Y a encore des îlots un peu de richesse d'une certaine façon dans ce quartier aussi qui faussent parfois les stats… Ca n'empêche que y a une moitié de population qui est pauvre et qui se précarise, très clairement. (…) Mais du coup, l'intérêt c'est que cette mixité effectivement elle reste quand même présente – alors de moins en moins dans les écoles mais elle reste dans l'habitat et dans le vécu du quartier. Et elle doit rester aussi dans les centres de santé ; parce que les gens qui ont trouvé leur médecin, qui sont bien suivis, peut-être qu'ils abandonnent l'école parce qu'ils n'ont plus d'enfants d'âge d'aller à l'école ou etc., qu'ils abandonnent certaines autres choses, mais leur médecin ils l'abandonnent pas ! Donc la mixité, dans le centre de santé, elle est réelle. »* (responsable d'une maison de quartier)

Un homme rapproche ainsi les centres de santé d'un service public :

« Ca fonctionne comme un service public, hein ! En tout cas moi c'est l'impression que j'en ai, quand je vois les gens, les usagers… Ce matin j'ai eu un peu de temps pour regarder les gens arriver : c'est vraiment, oui, les gens viennent comme on vient dans un service public. (…) J'allais dire naturellement, spontanément : c'est là qu'on va quand on est malade, quand on a un souci de santé, quand on a besoin… Ca se fait… naturellement ! » (Mr L)

La qualité des relations avec des personnels jugés dévoués

L'accessibilité des centres doit également être mise en relation avec la qualité des relations qui s'y développent. L'ambiance générale diffère certes entre Arlequin et Géants, mais les patients semblent dans les deux cas s'y sentir à l'aise. Ils y apprécient la gentillesse et l'attention dont font preuve les différents professionnels – qu'il s'agisse des secrétaires médicales, des médecins ou des soignants. Les centres, qualifiés de lieu « *agréable* » ou « *sympathique* », sont souvent opposés à d'autres structures médicales décrites comme froides et « *anonymes* ». De fait, dans les salles d'attente, des patients discutent entre eux ou vont échanger quelques mots avec les secrétaires médicales ; d'autres sont salués, souvent par leur nom ou prénom, par les personnels qui passent dans les couloirs… Et même si des discussions ne sont pas réellement engagées, le seul fait de voir un visage familier créé un environnement plaisant, voire rassurant lorsque le recours aux soins est source d'inquiétude.

Une femme, qui travaillait auparavant dans le quartier et qui ne fréquente que très rarement le centre, a ainsi apprécié retrouver dans la salle d'attente une ancienne collègue, de même que reconnaître une secrétaire médicale qu'elle voyait lorsqu'elle consultait régulièrement pour ses enfants.

> *« Une fois qu'on a confiance dans le médecin, moi j'ai confiance avec Mme X…. je vais pas chercher ailleurs ! [Comparativement à un cabinet en ville], moi je trouve que l'ambiance est pas la même quand même… J' sais pas, moi je trouve, le quartier… je m'y suis toujours à peu près bien sentie, j'ai jamais eu de soucis en particulier, j'y ai jamais ni été agressée donc… Je vous dis, y avait pas de raison que je m'en aille quoi. Mais comment vous dire, j' sais pas, je trouve que l'ambiance, les secrétaires… Je suis rentrée, y en a encore une que je connais, elle est toujours là, enfin voilà…*
>
> Question : elle vous a reconnue ?
>
> *« Oui oui, je pense qu'elle m'a reconnue – à mon avis elle m'a reconnue, enfin il me semble qu'elle m'a reconnue, parce qu'au début c'était avec elle que – enfin faudrait lui poser la question mais je pense qu'elle m'a reconnue. On n'a pas discuté mais… c'est vrai que j'ai pas forcément… Au début on discutait un peu quand je bossais au collège, on discutait un peu… [Dans le cabinet de ma gynécologue, en ville] y a personne de toute façon, déjà y a pas de*

secrétaire, donc c'est réglé ! Vous arrivez… c'est complètement anonyme ! (…) Je préfère venir ici ! C'est clair. Même si on parle pas vraiment, je trouve ça plus agréable. » (Mme T.)

Les services rendus aux patients par les différents professionnels participent à leur expérience positive de leur prise en charge. Le rôle des secrétaires médicales apparaît en cela primordial dans les expériences vécues des patients. Ils sont sensibles en particulier à leur prévenance lors des prises de rendez-vous – lorsqu'elles leur permettent une consultation rapidement et à un horaire qui leur conviennent, ou par exemple lorsqu'elles leur téléphonent en cours de journée si un créneau horaire se libère. On a pu observer l'importance des conseils qu'elles prodiguent ponctuellement (concernant notamment la couverture maladie mais aussi d'autres domaines de la vie quotidienne), tout comme des arrangements trouvés au quotidien (par exemple lorsqu'une personne n'a pas amené les justificatifs de sa carte vitale mais qu'elles parviennent néanmoins à régler son dossier). Une femme constate elle-même leur rôle d'interface entre médecins et patients, et déplore le manque de moyens dont elles disposent.

« Moi je trouve qu'il y a pas assez de moyens mis à disposition et des médecins, et des secrétaires qui des fois les pauvres se font un peu crier dessus parce qu'elles sont un peu là pour, elles sont tampons quoi entre les médecins et… Et moi je trouve ça dommage parce que, parce qu'en général les gens ici ils sont bien, ils sont gentils, ils sont… enfin le personnel hein ils sont tous… humains, ils sont compréhensifs. » (Mme Q)

Le sentiment que les personnels s'efforcent de leur rendre service ou de leur simplifier les choses apporte à la relation un supplément, au-delà de la seule aide concrète apportée. D'une part en effet, il crée un climat sympathique, d'autant plus que les patients aidés tendent à vouloir rendre quelque chose en retour, ne serait-ce qu'à travers une attitude amène et quelques signes de gratitude. Et cette reconnaissance de la part des patients renforce, nous l'avons vu, la motivation des professionnels à poursuivre un travail parfois difficile. D'autre part, l'implication de ces derniers est valorisante pour les patients : symboliquement, si des professionnels font preuve de sollicitude voire s'impliquent au-delà de leurs strictes attributions statutaires, c'est d'une certaine manière parce que le patient est digne être soutenu. Cela permet par ailleurs de passer outre certains désagréments des prises en charge. Une femme, bien que dénonçant le retard des médecins en consultation, juge très satisfaisantes ses relations avec les différents membres de l'équipe. Elle se souvient notamment de l'attention que lui ont portée les infirmières lors du traitement de son cancer.

« Oh bah les relations sont meilleures ici qu'à l'hôpital quand même (sourire) ! A l'hôpital on est vraiment bousculé, on n'a pas le temps de parler, on n'est pas écouté…

(…) Maintenant ici, je trouve qu'il y a longtemps on attendait beaucoup moins et… oui, il me semble pas que les choses aient évolué dans le bon sens, ici. Enfin, peut-être aussi parce que j'ai vieilli, donc y a des choses qu'on supporte moins bien, mais j'étais davantage satisfaite auparavant, oui y a 20 ans ou 15 ans que maintenant. (…) On attend beaucoup. Mais les relations sont toujours très cordiales ! que ce soit avec le secrétariat ou avec le médecin, on est reçu avec le sourire, on est… J'ai fait une chimiothérapie par exemple, qui était un traitement lourd, j'avais très très souvent des prises de sang : vraiment les infirmières ont fait tout ce qu'elles ont pu pour, pour que je sois confortable ! Si je pouvais pas venir, je leur téléphonais elles venaient chez moi… enfin ça c'était très agréable, très sympathique… » (Mme P)

La perception des motivations à mettre en œuvre une « autre » médecine

L'attachement au centre de santé tient en partie à ce qui est perçu de la médecine qui y est pratiquée et des raisons qu'ont les professionnels à y travailler. Parmi les personnes interrogées, ce sont surtout celles ayant un niveau d'études supérieur et connaissant le quartier depuis longtemps qui ont spontanément évoqué les motivations des personnels des centres, notamment le projet de mettre en œuvre une médecine « autre » que ce qui se fait ailleurs. *« Il y avait une autre conception de la médecine et du rapport patient-médecin que le rapport traditionnel… »* (Mr L) Les centres de santé reflètent à leurs yeux une médecine qui n'est pas guidée par des intérêts financiers, qui développe la prévention au-delà du curatif, et qui est attentive à la situation sociale et personnelle. *« Idéologiquement, ils ont une politique de soins, respectueuse du patient et moins sensible aux lobbys pharmaceutiques et médicaux… »* (Mr F). Cette *« autre conception de la médecine »*, fondée sur l'écoute, renvoie pour les patients à une approche globale des personnes.

« Vous sortez de chez vous et vous allez dans un centre de santé qui est tout près, vous avez des gens qui vous accueillent très bien, c'était une médecine globale ! Donc y a pas du tout – d'abord y a pas le pressing du, du timing des médecins généralistes. Et puis y a une vision beaucoup plus holistique qui, comment dire, qui fait que vous parlez – d'abord ils sont très à l'écoute donc, notamment au niveau des enfants, mais ils sont très à l'écoute de vous-mêmes,

des problèmes que vous pouvez avoir, qu'on peut avoir à l'époque… … C'est ça, je pense que c'est ça qui change. Y a pas que l'aspect médical. Encore nous on n'était pas dans les plus, bon était sans argent sans rien mais je veux dire on n'était pas les plus malheureux. Et donc y a vraiment cette écoute… » (Mr R)

Comme cet homme, plusieurs personnes ont relaté que dans des moments difficiles de leur vie, le type de prise en charge dont ils ont bénéficié, privilégiant l'écoute à la prescription de médicaments, a été essentielle. Lui estime même que le médecin du centre lui a sauvé la vie, alors qu'il rencontrait d'importantes difficultés psychologiques.

« Ce médecin-là – ma femme m'a emmené quasiment de force voir ce médecin – et ce médecin-là en fait m'a sauvé la vie. Alors que j'aurais été voir un médecin dans la médecine traditionnelle, ordinaire, j'aurais eu peut-être des antidépresseurs ou un petit arrêt de travail d'une quinzaine de jours ou… et je pense que ça se serait mal terminé. Donc là y a eu une prise en charge, c'est vraiment là où je vous parle de prise en charge beaucoup plus globale. Y a vraiment une prise en charge qui m'a fait prendre conscience, plus fortement encore, que c'était une médecine différente. Une approche différente. » (Mr R)

Les médecins du centre auraient ainsi un certain *« profil »*, l'attention et l'écoute accordées au patient leur permettant une démarche qui ne soit pas cantonnée au curatif.

« C'est quand même des gens qui ont un profil assez social, assez attentifs à la prévention, etc. (…) Tous les médecins ont ce profil-là ? Non pas forcément. La preuve je suis tombée sur une qui était un peu spéciale ! Mais globalement c'est associé quand même. Enfin, c'est la réputation qu'ils ont quoi. Et c'est la qualité de l'accueil aussi, du secrétariat et tout ça. (…) Par exemple sur la question de l'obésité, moi j'ai été frappée – pour le coup c'était une médecin qui était un peu raide, un peu brute de décoffrage. J'ai une gamine qui était rondelette mais tout de suite [la pédiatre] était attentive à ça, ils font des courbes de poids à chaque fois… Et tout de suite la question des syndromes du biberon, des conseils de nutrition… Enfin on sent que face à ces questions-là ils sont super-vigilants. C'est pareil, les tests de langage qu'ils font passer à 4 ans, etc. : y a des pédiatres qui le font pas. Ils sont super... » (Mme O)

La pratique médicale traduirait en quelque sorte l'absence de motivations financières. Des patients eux-mêmes nourris par le militantisme interprètent parfois le choix d'exercer dans les centres de la Villeneuve comme le signe d'un engagement politique. *«C'est un choix d'engagement, de… un engagement professionnel, politique. (…) Et puis, j'aime cette idée aussi de… oui, cette médecine qui ne s'intéresse pas uniquement à l'argent. »* (Mr S)

> *« Il me semblait que ces médecins, les gens qui travaillaient ici, leur moteur premier n'était pas le gain… et faire de l'argent. Alors que c'est, c'est quand même un peu ce qu'on ressent pour les quelques expériences que j'ai eues de la médecine de ville.*
>
> Question : c'était quoi leur moteur ?
>
> *« Bah, d'abord exercer un, exercer un métier qui les concerne, qui les intéresse, dans des conditions… pas idéales, hein, mais assez satisfaisantes. Et ça, ça me paraissait déjà quelque chose de positif. Et puis y a l'aspect aussi de prévention : les actions de prévention qui étaient menées me paraissaient aller dans le bon sens. Dans le sens de la médecine… idéale je sais pas mais en tout cas mieux que ce qui se faisait par ailleurs. »* (Mr L)

Le souci de développer une médecine préventive et des projets de santé publique est considéré par plusieurs patients et professionnels comme un atout des centres. Il n'est cependant pas toujours sans poser problème, en particulier lorsqu'il conduit à des pratiques que certains jugent intrusives. On retrouve là la tension, déjà mentionnée dans la deuxième partie, entre logique du soin et logique de santé publique. L'exemple de Mme I, retraitée et traversant de grandes difficultés financières, illustre bien cette tension. Bien qu'attachée à son médecin généraliste et au centre de santé dans son ensemble, qu'elle fréquente depuis sa création, elle a décidé de ne plus s'adresser aux infirmières du centre pour le suivi de son diabète.

> *« [Maintenant je ne vois] que le généraliste. J'avais les infirmières pour le diabète après j'ai arrêté. (…)Parce qu'y avait des petites jeunes qui étaient là, ça m'a pas… Elles sont un petit peu compliquées : elles posent trop de question : "pourquoi ci ? pourquoi ça ? " Elles étaient un peu trop… à noyauter, moi j'aime pas. Tout le monde aime pas, je suis pas la seule hein ! N'importe lequel, tu cherches à comprendre tu cherches à comprendre… T'es obligé de toujours t'exposer. Parce qu'une fois, deux fois [ok], mais tous les jours la même chose c'est énervant. Déjà ma vie elle est compliquée, déjà. J'ai travaillé toute ma vie, j'ai pas une bonne retraite – parce que j'ai travaillé un peu sans déclarer, un peu déclaré. Depuis 69 je travaille ! (…) Et j'ai découvert mon diabète avant que je rentre à la retraite. Un an de Cotorep, parce qu'ils m'ont mis à la Cotorep.*

600 Euros de loyer, c'est trop cher. Et, faut que je rechange d'appartement, il faut… ca complique tout ; en même temps t'arrives pas à prendre soin de toi-même, du suivi de ta maladie. (…) Et quand tu viens, les petites jeunes elles cherchent toujours, elles cherchent toujours à voir… Bon ! "Injectez l'insuline et rentrez chez vous ! Pourquoi vous me posez des questions ?" (…) J'ai pas aimé alors j'ai arrêté. (…) A part les prises de sang c'est tout, mais le docteur, j'ai gardé toujours mon médecin ! (…) Ils sont sympas ceux-là. Vous savez quand t'es énervé, t'as envie de quelqu'un qui te sourit et pas quelqu'un qui te fait la gueule. »

Très lucide sur sa situation, elle exprime sincèrement certaines difficultés que rencontrent les professionnels quant au suivi des patients défavorisés socialement. Ses problèmes quotidiens l'ont en outre conduit à être hospitalisée une dizaine de jours afin de stabiliser son diabète.

« Je peux pas régler le diabète avec tous ces soucis. J'ai plein de trucs dans la tête… Le diabète si vous voulez, il faut être conscient : faut que tu te piques, faut que tu marques, faut que… Mais la tête elle est pas à ça. Ma tête elle est, elle est dans les factures ! (sourire), dans l'électricité, dans le machin, dans le loyer… dans la retraite qu'est pas beaucoup, faut que je paye le loyer, ça la tête elle est comme ça ! Elle est pas vide à suivre ma santé. Je suis pas vide, j'ai une charge… » (Mme I)

Tous les patients n'attribuent pas aux professionnels les mêmes motivations à exercer dans les centres de la Villeneuve. Un homme, engagé dans des actions pour le quartier, a repéré lui-même plusieurs logiques, distinguant ceux qui s'impliqueraient pour le bien des habitants et ceux qui seraient davantage dans un engagement intéressé. Ce dernier type de motivations lui semble davantage répandu aujourd'hui qu'au moment de la création des centres.

« Notre génération c'était plutôt Christophe U, Arnaud, Jean G. … Ils sont partis, ils sont à la retraite. Ils ont fait leur taf comme on dit ! (rires) Maintenant c'est une nouvelle génération qui est arrivée… On n'a pas les mêmes, on n'a pas le même état d'esprit on va dire, on est un peu plus réservé vis-à-vis d'eux. […Ceux qui travaillent maintenant dans le centre] ils sont pas je vais dire entreprenants vis-à-vis de la population du quartier… C'est vrai qu'on peut pas leur demander, c'est des salariés ici, ils sont pas à leur compte. On peut pas leur demander non plus de faire des heures incroyables et puis de faire du bénévolat derrière. Ca, nous on arrive à le

comprendre. Mais ils sont à l'écoute, peut-être un peu moins… Et quant aux actions, bin je pense qu'ils savent où ils ont mis les pieds ; ils sont dans un cadre social (sourire) enfin, ils sont pas là pour… Autrement ils auraient choisi d'être libéral. Je pense ! (…) Vous voyez, on a des relations avec le directeur du centre de santé et certaines personnes ici, très étroites parce qu'on travaille dans le sens d'actions humanitaires, etc. Mais y a des toubibs ils sont pas là pour, ils sont là pour faire leur journée, rentrer chez eux, ils ont une famille, ils ont un loyer à payer…(…) Dire que là y a du social en permanence c'est pas vrai ! [… Mais] on sait qu'il y a des gens formidables ici. » (Mr B).

L'insertion des centres de santé dans la Villeneuve.

Un lieu de sociabilité

Situés *« au cœur du quartier »*, les centres constituent pour différents patients l'un des lieux de sociabilité de la Villeneuve – tout du moins certains inscrivent-ils leurs contacts avec les centres et les professionnels dans leur vie quotidienne. C'est le cas d'une femme d'environ 70 ans qui, plutôt que de téléphoner, s'est déplacée au centre un matin afin de prendre rendez-vous pour son mari dans l'après-midi :

« Comme j'ai été acheté le pain, alors j'ai dit : je profite de passer par là, de discuter… »

Elle a tissé au fil du temps des liens avec des membres de l'équipe qui l'amènent à la considérer au-delà de la stricte relation de prise en charge médicale.

« Ils me connaissent tous ici. Ca fait 31 ans… De temps en temps je ramène un couscous ici, je ramène des gâteaux… Ca va, on est très très bien avec eux… Franchement c'est des médecins… c'est très bien. » « On discute, je rigole, et eux ils rigolent. Et je parle, et je les laisse, « Ah Mme M. », je dis et bin ! de temps en temps ça fait plaisir de venir discuter, et je repars. » (Mme M.)

Plusieurs personnes viennent ainsi au centre ou restent après leurs consultations pour partager quelques moments avec les secrétaires médicales, échanger deux-trois mots avec les médecins ou infirmières qui passent dans les salles d'attente, ou rencontrer éventuellement une connaissance

parmi la patientèle. Une femme par exemple, âgée de 62 ans et vivant seule, est restée une demi-heure dans la salle d'attente après avoir vu son médecin généraliste et une infirmière, ce qu'elle commente en ces termes : *« J'aime bien rester ici. Y a du monde qui passe, on discute… (…) Je vais rentrer chez moi, je vais parler aux murs ! »* (Mme T.). On peut citer également l'exemple d'un homme de 88 ans, qui vit chez son fils à 50 mètres du centre de santé et s'y rend tous les mois pour renouveler son ordonnance et éventuellement voir une infirmière *« pour la tension, ou les piqures »*. Il regrette le manque d'activités à faire dans le quartier. Un matin, après sa consultation avec le généraliste et en attendant son rendez-vous chez le kinésithérapeute à quelques pas du centre, il est resté 1 heure dans la salle d'attente ; il y échangea quelques propos avec un jeune homme qu'il croise de temps en temps dans le quartier et qui lui a demandé de ses nouvelles en l'appelant « *Papi* » ; plusieurs professionnels du centre sont également venus le saluer l'appelant par son nom. Il dit connaître un peu les autres patients : *« ce sont des gens du quartier »*. Et apprécie quoiqu'il en soit de passer quelques instants dans le centre : *« Y a du monde »* résume-t-il… (Mr P.).

On mentionnera par ailleurs le cas de personnes très isolées pour qui le service d'infirmerie à domicile, proposé par l'AGECSA, s'avère très important. Il permet en effet de maintenir un lien social lorsque la maladie et/ou la solitude les a peu à peu exclues des relations familiales ou amicales régulières.

Le centre de santé représente en réalité un lieu de sociabilité, y compris pour des personnes qui ne souffrent pas particulièrement d'isolement mais qui apprécient de venir parler ou plaisanter avec notamment les secrétaires médicales. Sa taille notamment (« *un centre à taille humaine* »), que plusieurs opposent à celle des hôpitaux *(« là-bas, c'est un peu l'usine »*), semble faciliter l'interconnaissance et le développement de relations personnalisées. La proximité de leur résidence et de leurs activités quotidiennes peut en ce sens favoriser la création ou le maintien de liens sociaux.

> *« C'est un lieu où les gens du quartier se – je dis pas que c'est un lieu de rencontre comme le café du coin, mais… comme ça, par hasard, les gens se retrouvent et, et ont des bouts de conversation. Ca fait, bon c'est des petits détails qui, qui donnent l'impression que le centre est toujours bien inséré dans la vie du quartier. »* (Mr L)

Tous les patients ne croisent certes pas des connaissances lors de leur venue. Il semble que les liens tissés dans le centre renvoient, au moins en partie, aux différentes formes de sociabilité que les personnes tissent dans le quartier. Celles dont les activités sont concentrées sur leur quartier semblent tout particulièrement sensibles aux relations nouées au sein des centres de santé – tandis que les autres seraient plus pragmatiques dans leur rapport au lieu de soins et aux éventuels échanges avec les autres patients. On peut évoquer un habitant de la Villeneuve suivi dans le centre depuis une trentaine d'années. Même s'il regrette que certains médecins soient moins impliqués dans le quartier qu'aux premiers temps du centre, l'interconnaissance entre patients et entre patients et professionnels fait à ses yeux partie intégrante de la mission du centre.

« Tout le monde se connait pratiquement. Le relationnel se fait, et c'est ça qui est enrichissant. Quand on arrive là, c'est pas, c'est pas l'hôpital hein ! Y a un gars qui est en train d'agoniser l'autre il est là, il arrive "Oh ça va, comment tu vas ? Aujourd'hui c'est pas la forme…" On se connait. Et c'est ça qui est enrichissant dans ce sens où y a un réconfort qui s'installe.

Question : Et vous pensez que c'est la même chose dans un cabinet privé du quartier ?

Pas du tout. Je pense pas. (…) Peut-être que dans un cabinet d'un médecin qui est installé dans le quartier les gens se connaissent, mais c'est pas le but. Là le but c'est le relationnel. Là-bas le but, dans un cabinet, c'est plutôt professionnel et, on passe, on passe au reste !

Question : Vous dites "le but c'est le relationnel"… Entre le médecin et le malade, ou entre les malades eux-mêmes ou… ?

Entre tout le monde ! Entre tout le monde. Moi je viendrais pas ici si c'est pour aller voir un médecin, m'asseoir 5 minutes, il me prend un quart d'heure vingt minutes "allez rentre chez toi, circulez y a rien à voir ! " : ça m'intéresse pas du tout. Là j'arrive : "bonjour Didier, comment tu vas ? Bonjour Patricia…" voilà ! On sent qu'on a une certaine amitié qui est présente. (…) Tout le monde connaît tout le monde ! C'est ça qui est formidable. De la secrétaire au toubib, tout le monde connaît tout le monde. De l'habitant à l'habitant, tout le monde se connaît ! Peut-être pas avec les mêmes relations… mais tout le monde se connaît. On sait que tel ou tel, il habite à tel endroit et… voilà. Et c'est un côté, je vais dire, un côté qu'est plus riche dans le sens que d'autres médecins n'ont pas. Pour moi, si c'est pour arriver dans un endroit glacial, ça m'intéresse pas ! » (Mr B)

On peut également citer les propos d'une femme pour qui cette interconnaissance fait écho aux liens de solidarité des habitants du quartier. Loin d'être un potentiel inconvénient pour elle, l'éventualité de rencontrer dans le centre des personnes qu'elle connait fait partie d'un mode de vie entre voisins fondé sur l'échange et l'entraide. Ainsi, lorsqu'on lui demande si cela peut être gênant de croiser des personnes du quartier dont on souhaiterait qu'elles ne sachent pas que l'on est malade, elle répond :

> « *Non, on n'a pas ça dans la tête, non non. Au contraire, on aide l'autre, non non on s'aide. On voit quelqu'un de malade ou quoi, y en a qui arrivent même pas à marcher, même les jeunes ils lui donnent un coup de main, ils le ramènent jusque-là, non, on n'a a pas de problèmes. Au contraire, on est avec les, les Français, avec n'importe qui, on est tous… on est ensemble » (…) « Non, non, on est très bien dans le quartier, la vérité… Ils sont gentils les médecins, nous aussi dans le quartier on s'entend bien, même les voisins… si y a quelqu'un qui meurt, si y a un malade, si, tu vois on s'occupe tous de se réunir… Y a une petite fille qui est morte avant-hier, elle est tombée, ils vont lui faire l'autopsie aujourd'hui. Alors demain on y va tous chez la grand-mère. »*

Sa famille est aussi suivie dans le centre et elle a tissé, au fil des années, des liens de sympathie voire de complicité avec les professionnels.

> *« Oui, les enfants ils sont tous là. C'est là. Même mes petits-enfants, ouais, même les petits-enfants ils sont là, toujours. On change pas d'ici. »* (Mme M.)

Comme pour cette femme, il n'est pas rare que plusieurs membres d'une même famille, parfois sur trois générations, soient suivis dans le même centre – que ce soit ou non par le même médecin. Certains enquêtés fréquentent ces centres depuis leur enfance et poursuivre leurs recours, pour eux-mêmes et pour leurs enfants, en appréciant la familiarité ainsi construite au fil du temps. La connaissance qu'ont les professionnels de différents membres de la famille renforce le sentiment de proximité des patients vis-à-vis du centre et de ses membres. Elle peut en outre donner lieu à des services rendus qui seraient plus difficiles dans un autre contexte. C'est ainsi par exemple qu'une secrétaire médicale a pu téléphoner à la fille d'une patiente âgée qui avait oublié le code PIN de son téléphone portable et ne pouvait donc plus l'utiliser. Après des échanges sympathiques, la fille lui a communiqué ce code afin qu'elle débloque le téléphone de la patiente, après sa consultation.

L'entrecroisement des liens sociaux

La place du centre dans la vie du quartier et de ses habitants renvoie en réalité à un certain entrecroisement des liens sociaux. Nombre d'habitants entretiennent des liens plus ou moins étroits avec leurs voisins, beaucoup ont de la famille dans le quartier, certains militent ou participent aux maisons ou associations de quartier dans lesquelles ils rencontrent d'autres résidants… Cette densité des liens favorise l'échange d'informations à propos des centres de santé – plusieurs disent s'y être adressés sur les conseils de proches – et conduit, comme nous l'avons vu, à rendre moins anonymes les salles d'attentes. D'aucuns estiment que la plupart des habitants du quartier ont leur généraliste aux centres de santé. Parallèlement, certains professionnels des centres de santé participent également à la vie institutionnelle ou privée du quartier, si bien que des patients les fréquentent dans d'autres cadres que celui du recours aux soins. Un homme par exemple dit apprécier de croiser les médecins du centre sur la place du marché. Lui-même comédien, il invite parfois quelques membres du personnel lorsqu'il monte un spectacle dans le quartier. Plusieurs patients, installés dans le quartier depuis longtemps et de catégorie socio-professionnelle moyenne ou supérieure, ont mentionné des liens amicaux avec des médecins du centre de santé – en l'occurrence des médecins qui y travaillaient dans les premiers temps de son existence. C'est le cas d'un homme qui consulte dans le centre depuis 35 ans environ :

> *« Je venais voir le docteur S. tant qu'elle a été là, et ensuite mon voisin qu'est devenu ami le docteur L., Christophe L… je l'ai eu comme médecin traitant pendant très longtemps. (…) Non, il était pas mon ami avant, il était mon voisin, on était voisins là-bas, à l'autre bout du parc. Donc on se voyait comme ça et puis… Ensuite au fil des années, mi-voisin mi-médecin-traitant, y a des liens d'amitié qui se sont développés. »*

A propos d'une secrétaire médicale à qui il dit bonjour en l'embrassant, il relate qu'ils se sont fréquentés dans différentes sphères : le centre de santé, mais aussi la sphère amicale et la sphère politique.

> *« On échange quelques mots à chaque fois que je viens ici, elle est dans la maison depuis 30 ans, ou 25 je sais plus et… Bon, on se connaît par ailleurs, enfin sur un plan amical et puis aussi un peu… enfin elle a été conseillère municipale pendant une mandature dans une tonalité politique proche de la mienne enfin bon… Et par exemple, les hasards du calendrier font qu'hier soir nous dinions chez des amis communs… »* (Mr L)

Un autre patient évoque des relations d'amitié qu'il a créées il y a 20 ans avec trois médecins du centre, du fait de leur capacité d'écoute, de leur implication, mais aussi du fait qu'ils se croisaient dans des cadres associatifs et qu'il le voyaient régulièrement en consultation pour lui-même et pour les membres de sa famille.

> *« Cette familiarité qu'on avait, par exemple avec Christophe U, c'était pratiquement des amis ! Voilà… Si, c'est de l'amitié, par exemple avec Christophe U, Arnaud, Yvan S, c'est de l'amitié ! Puisqu'on a continué à travailler ensemble dans des cadres associatifs. Les liens ils sont venus tout naturellement.(…) On le voit régulièrement… Après y a le suivi de notre famille, de nos enfants, etc. »* (Mr. B.)

On peut faire l'hypothèse que cet entrecroisement des liens sociaux autour des centres de santé favorise l'ancrage de ces derniers dans la vie de la Villeneuve et de ses habitants.

Le reflet d'une ambition sociale et sanitaire

L'attachement aux centres de santé et à leurs personnels renvoie par ailleurs à leur inscription dans le quartier et au projet qui a guidé leur implantation. Le rapport qu'entretiennent les patients vis-à-vis des centres s'inscrit en effet dans une histoire (*« une aventure »*) : celle de la Villeneuve et des centres de santé. Plusieurs d'entre eux, en particulier parmi les plus favorisés socialement et culturellement, font référence à l'ambition de mixité sociale et de qualité du vivre-ensemble ayant présidé à la création de ce quartier et des centres de santé. Ils évoquent également le militantisme des professionnels d'alors (ceux qu'un patient appelle *« les anciens »*) et la volonté de s'impliquer dans ce projet collectif.

La plupart admet certes ne pas connaître exactement les motivations des personnes qui y travaillent aujourd'hui, et n'être pas certains que leur engagement soit similaire : « *Est-ce qu'ils sont encore engagés, ça je ne sais pas* » (Mr S). Néanmoins, leur manière d'envisager les centres de santé est symboliquement attachée au souvenir des espoirs partagés lors des premiers temps. Cet homme, qui fréquente le centre depuis 25 ans, considère que le choix d'exercer dans le centre dénote des

aspirations fondées sur un engagement pour le quartier et pour les principes qui ont guidé sa construction – engagement qui, lui-même, permettrait le travail en commun évoqué précédemment :

> *« Souvent les médecins qui ont décidé de travailler ici, ce sont des médecins qui ont fait un choix de vie. Ils pourraient gagner mieux leur vie à l'extérieur, en tant qu'indépendant… (…) Je pense que le choix qu'ils ont fait ces gens-là de venir ici, c'est un choix important. Parce que ce n'est pas un choix d'argent. (…) C'est un choix d'engagement, de… un engagement professionnel, politique. C'est de mettre en commun, c'est une espèce de mise en commun, on dirait une espèce de truc comme un peu dans les années 68 je dirais, un peu soixante-huitard, je sais pas de quand date ce centre de santé. Mais en tous les cas y a quelque chose de l'ordre du communautaire presque, de, de mettre ensemble les moyens pour essayer de travailler plus. Communauté en groupe, quoi, de médecins. »*
>
> *(…) « Ce sont des gens qui j'ai croisés dans les asso… Ils se contentaient pas uniquement d'être médecins, ils – enfin peut-être que ça a changé maintenant, mais ils étaient aussi engagés dans la vie de la cité. »*

Il poursuit en évoquant une ouverture d'esprit motivant à exercer dans un milieu socialement et culturellement diversifié tel que la Villeneuve :

> *« [Les personnels du centre] ce sont des gens qui ont voyagé, ce sont des gens qui aiment bien le style de population qu'il y a ici, le mélange des populations – ici le monde entier est ici à la Villeneuve ! On le fréquente, ça va aller de l'Auvergnat en passant par le Camerounais en allant vers le gars qui vient de j'sais pas quel pays ! C'est extraordinaire, y a tous les continents du monde qui sont ici quoi. Donc les gens qui choisissent ça aussi c'est qu'il y a quelque chose qui les attire là-dedans… »*

Pour lui, le collectif est dans le travail des médecins mais renvoie aussi, et de façon très étroite, à la vie du quartier. L'inscription du centre et des personnels au *« cœur de la cité »* participerait à créer une « expérience » particulière dans les centres :

> *« Ce sont des médecins qu'on croise dans le village, qu'on croise ici dans le quartier… Y a quelque chose quoi. Y a quelque chose de différent ici, dans les centres de santé. (…) Le fait qu'il soit dans les murs mêmes, dans la cité même, inscrit dans le cœur même de la cité : est-ce que*

ça ça n'influence pas aussi le rapport aux gens, ou le rapport au médecin, les médecins aux gens… ? Au centre ville, le médecin il consulte et, pff, il croise plus ses patients hein ! Ils sont disséminés dans toute la ville, Grenoble est immense. (…) Moi je pense que, vu ce que m'ont dit certains médecins, c'est l'intérêt pour le quartier, qui avant tout a fait leur choix. Et puis de participer à cette aventure !" (Mr S)

Plusieurs personnes évoquent comme lui l'idée de participer à un projet et ambitieux, en tant que (ex)résidant de la Villeneuve et comme patients des centres de santé. « J*e me disais que s'il se lançait, dans mon quartier, un lieu où d'autres pratiques [médicales] se mettaient en place, bah c'était bien de participer ! »* (Mr L) Car si la fréquentation du centre renvoie certes à une relation médicale, elle peut également s'inscrire dans un projet de vie en commun dans la ville. Arrêtons-nous sur les propos d'une femme retraitée, ancienne professeur dans le quartier et y résidant toujours, qui sont à ce sujet tout à faits éclairants. Ils traduisent notamment son adhésion aux principes de solidarité et de partage autour des centres des centres de santé.

« Au début je suis venue pour mes enfants ; donc y avait des pédiatres avec qui ça se passait bien. Mr X, Mr Y, et… je trouvais que c'était un fonctionnement qui me paraissait… socialement intéressant on va dire ! Par rapport à La Villeneuve, au contexte de La Villeneuve tout ça, où y a une espèce de solidarité, c'est intéressant. Et puis voilà, et puis du coup moi je suis venue aussi et… depuis je suis restée. (…) Pour moi c'est un endroit où les gens, en particulier dans un milieu défavorisé, où les gens peuvent venir, ils ont pas, ils peuvent parler… Y a un contexte social qui me paraît intéressant pour les gens de La Villeneuve. Alors donc je me suis dit que c'était bien de soutenir un peu cette – parce qu'au départ c'était vraiment, moi j'ai commencé à bosser à La Villeneuve c'était en 78 et à l'époque c'était vraiment un projet de quartier ! Ca faisait partie du projet de quartier et… je trouve que les gens, les gens de milieu défavorisé, pouvaient venir là, ils payaient pas ils avançaient pas… Surtout qu'à l'époque je suis pas sûre qu'à l'époque y en ait beaucoup qui faisaient le tiers payant, donc ici on payait pas. Enfin je trouvais que, voilà, c'était un truc… sympathique sur le plan social. »

Résidant toujours dans le quartier, elle voit aussi comme une chose positive que la mixité sociale perdure dans les centres – y compris pour contribuer à leur pérennité.

« Au départ c'était le concept ; maintenant c'est plutôt le médecin, parce que, maintenant je viens pas trop souvent, je vous dis. Je viens que quand je suis malade, donc, maintenant je continue à cause du médecin, mais au départ c'était un peu le concept… (…) Je viens voir

Madame I. maintenant, mais c'est vrai que… bon, le fait que ce soit un centre, c'est plutôt un plus pour moi. Et puis je me dis que c'est bien qu'il y ait des gens comme moi qui continuent à venir ! Parce que si y a plus que des, que des gens avec des difficultés… (…) Il me semble que, des cas sociaux – enfin j'en sais rien, hein peut-être que c'est idiot ce que je dit, mais… ils auront peut-être des problèmes après pour, enfin je pense qu'ils sont remboursés après par la Sécu et tout ça mais bon… si n'y a plus que des cas sociaux ils vont avoir un souci parce que, financièrement peut-être que y a des gens qui… pour qui ils arrivent pas à obtenir le règlement etc. Mais bon, c'est peut-être complètement idiot hein, si ça se trouve ils sont toujours remboursés… Mais il doit y avoir des gens en CMU des gens… »

Question : Même si ce n'est pas la motivation principale, vous avez quand même aussi l'impression de continuer cette mission de… ?

« bah c'est un bien grand mot, mais c'est un endroit que j'ai toujours trouvé sympathique et tout ça, donc j'ai pas besoin d'aller ailleurs quoi ! En gros (sourire) ! Mais j'irai pas jusqu'à dire que j'ai une mission… » (Mme P)

Les menaces qui ont pesé sur l'existence des centres, durant une période, avaient donné lieu à une mobilisation des habitants dont des traces semblent subsister encore aujourd'hui. La conscience de leur fragilité renforce chez certains leur attachement à ces structures. Ils se réfèrent alors au type de médecine pratiquée et/ou à leur dans le quartier pour souligner l'intérêt et l'atout qu'ils constituent. Un homme, militant depuis de nombreuses années, estime néanmoins que l'approche développée au sein de l'AGECSA est aujourd'hui plus répandue qu'au moment de leur ouverture. Si bien que la mobilisation militante dans et autour des centres serait moins essentielle et, de fait selon lui, moins présente.

« Il me semble [que depuis quelques temps] la médecine ailleurs a pris, a subi l'influence du type de médecine qui se pratique ici. Sur Grenoble en tout cas. Pour ce qui est de la formation des médecins, pour ce qui est des actions de prévention qu'il y a 25 ans les médecins de ville étaient infichus de mener – et puis ça les intéressait pas, d'abord peut-être parce que ça leur rapportait pas assez ! Alors qu'il semble que les choses ont bougé maintenant. Donc les choses ont changé, et pas forcément dans le mauvais sens. Et y a peut-être moins de différences maintenant entre ce qui se passe ici et ce qui se passe à l'extérieur dans le domaine de la médecine, du rapport entre patient et médecin qu'à l'époque.

(…) Y avait une dimension militante. Dans toutes les premières années d'existence, y avait une association qui faisait le lien entre le centre et la population. C'était un intermédiaire, une interface. Et quand il le fallait, et ça revenait assez périodiquement, quand il fallait défendre pour une raison ou pour une autre – je me souviens de l'histoire du tiers payant – il fallait défendre le centre de santé dans son jugement ; parfois même, on avait l'impression : l'existence-même du centre de santé !... Je pense à quand la donne politique a changé sur Grenoble avec la municipalité Carignon : la 1ère municipalité Carignon, on a eu très peur qu'il fasse lui et son équipe la peau aux centres de santé ! Et bon, finalement… Alors, donc, y avait une dimension militante pour venir se manifester, faire un peu de bruit, pour que les élus entendent, et accessoirement le Conseil de l'Ordre ou la Sécurité sociale ou que sais-je, entendent aussi la voix des citoyens et usagers. Bon, cette dimension-là, cette dimension militante n'existe plus guère – enfin en tout cas moi je vois pas, je sens pas, ça fait plus partie des urgences en tout cas des domaines sociaux sur lesquels les gens ont à se mobiliser. Y en a d'autres, hein, mais celui-là non. (…) Puisque les différences se sont estompées entre l'extérieur et ici, bon bah du coup y a plus les mêmes raisons, les mêmes menaces potentielles sur l'existence du centre, sur son fonctionnement, etc. Et du coup, il me semble – c'est une interprétation – que les médecins, les professionnels de la santé qui travaillent ici sont, sont moins militants, oui moins militants que ceux d'il y a 20 ans. Mais, ils ont moins à l'être ! … C'est l'organe qui crée la fonction… » (Mr L.)

D'autres personnes mesurent l'importance des centres à l'aune des services qu'ils prodiguent mais la mettent également en relation avec la fragilité de l'implantation de différentes structures dans le quartier. Telle Mme I., qui se montre très attachée à l'existence du centre, qu'elle fréquente depuis sa création. Bien que préférant désormais voir à l'extérieur des infirmières pour son diabète – reprochant à celles du centre une attitude trop intrusive – elle continue (et n'envisage aucunement d'arrêter) d'y consulter en médecine générale. Ayant vu le quartier perdre des institutions importantes tel que le service social ou un centre d'activités pour enfants, elle revendique le maintien du centre de santé.

« Moi j'ai tous mes petits-enfants, les 9 ils sont suivis là ; mes 9 petits-enfants, mes belles-filles, mes enfants… Franchement, j'étais suivie à la grossesse, ils sont suivis avec leurs enfants ! Pour le centre, non, on n'a pas de problèmes vis-à-vis du centre. Il faut un centre. (…) Moi je reste là, moi et mes enfants et mes petits-enfants on est là hein ! Ils ont besoin de nous laisser notre centre, hein, ils vont pas nous l'enlever ! parce que franchement… » (Mme I)

Une autre femme souligne l'intérêt d'une médecine de proximité et fait part de son inquiétude quand à la disparition progressive de différents services au sein de la Villeneuve :

> *« Je suis là, c'est bien, le boucher à côté, la pharmacie, le bureau de tabac, y a tout ! Y a tout. Non on est bien, franchement on est bien. … Les infirmières elles sont sympas, les secrétaires elles sont gentilles, les docteurs ils sont – franchement ! » « Un certain temps ils voulaient enlever les assistantes sociales, et tout, bon… On a fait des pétitions, on a signé, j'ai dit quand même : ils vont enlever les assistantes sociales, ils enlèvent les médecins, et qu'est-ce qu'ils vont nous laisser ici dans le quartier ?! Y a des vieux qui arrivent pas à marcher, y a des gens qui sont malades, et, ils vont pas aller courir loin !! Tu vois, on veut bien que dans le quartier qu'il nous reste des médecins, des assistantes sociales… »* (Mme M)

Les centres des Géants et Arlequin semblent donc présenter des particularités liées notamment à l'histoire de la Villeneuve et à la relative mixité sociale de leurs patients. Au-delà de ces spécificités néanmoins, l'analyse des expériences vécues par les patients souligne l'importance d'envisager le recours aux soins non seulement comme un rapport interindividuel entre un patient et un professionnel mais aussi en ce que chacun d'eux s'inscrit dans une structure et un territoire, avec ses propres motivations, ses propres attentes et ses propres contraintes.

Conclusion

L'enquête a eu comme point de départ un constat souvent rappelé par l'actualité, celui des difficultés rencontrées par les professionnels de santé implantés dans les quartiers populaires, et qui expliquent en partie le désengagement d'une partie de ceux qui y travaillent, ainsi que la fermeture de certaines structures. Les inégalités de santé sont aujourd'hui amplifiées par les inégalités d'accès aux soins. Ce rapport d'étude part de la question suivante : comment se fait-il que les centres de santé de Grenoble résistent à la

tendance au désengagement professionnel et au retrait institutionnel observés ailleurs ? Ce qui fait figure d'exception constitue une énigme au sens sociologique du terme.

La démarche retenue a été de partir de certaines hypothèses et de tenter de les vérifier par un travail d'immersion sur le terrain dans des sites sélectionnés. Une enquête de terrain fondée sur 24 entretiens approfondis auprès de professionnels et de patients a été réalisée dans deux des cinq centres de santé : ceux qui appartiennent au quartier de la Villeneuve.
Pour expliquer les raisons du succès des centres de santé du quartier de la Villeneuve, nous avons testé tout d'abord l'hypothèse de la motivation des professionnels. La clé de la réussite se trouverait-elle dans les professionnels eux-mêmes ? Seraient-ils vraiment différents de ceux qui interviennent en libéral ? Les entretiens nous ont permis de distinguer deux types d'engagement : l'engagement intéressé et l'engagement éthique. Le premier correspond, en reprenant la typologie de Max Weber, à un comportement rationnel en finalité, le second à un comportement rationnel en valeur. L'engagement intéressé se traduit par un discours très directement ancré dans l'exposé des contraintes auxquelles peuvent être confrontés les professionnels non seulement dans leur travail, mais aussi et surtout en dehors. Certaines femmes soulignent spontanément avoir été séduites par la possibilité d'avoir des horaires fixes et facilement aménageables et d'être ainsi plus disponibles auprès de leurs enfants. Ces personnes manifestent aussi un intérêt pour une organisation qui leur permet d'être plus en sécurité d'un point de vue professionnel et évoquent l'avantage d'être en relation avec d'autres professionnels et de pouvoir échanger avec eux en cas de difficulté. Ce type d'engagement trouve sa logique dans les « avantages individuels » que procure le travail dans un centre de santé. Il n'est ni passionnel, ni purement instrumental, il est juste pragmatique et prédispose les professionnels à une certaine délimitation de la sphère d'intervention à ce qui leur apparaît comme le « cœur » du métier, à savoir le médical, et, parallèlement, à une méfiance à l'égard de possibles débordements liés à de fréquentes sollicitations à intervenir dans le domaine social.

A l'opposé, l'engagement éthique est fondé sur les convictions que l'on pourrait qualifier de « militantes » et que l'on peut très facilement discerner dans le discours que tiennent des professionnels qui ont été socialisés dans un univers d'action syndicale et politique et ancré dans la défense des pauvres et des exclus. Ces professionnels essayent de mettre leurs

pratiques en conformité avec leurs idées et tiennent généralement des propos critiques à l'égard de la médecine libérale et en particulier à l'égard de médecins qui font des dépassements d'honoraires. L'engagement éthique peut correspondre également à un apprentissage au sein du centre de santé pour des infirmières ou des secrétaires qui avouent avoir découvert leur vocation dans l'action. Certaines personnes ne connaissaient pas ce type de fonctionnement quand elles ont été recrutées, mais elles y ont trouvé la possibilité de s'épanouir professionnellement et humainement au contact des patients défavorisés du quartier et en donnant un sens social à leur intervention auprès d'eux, mais aussi en contact avec d'autres professionnels partageant les mêmes convictions.

Ces deux types d'engagement constituent deux pôles idéaux qu'il ne faut pas pour autant opposer radicalement. Il est possible de retrouver un mélange des deux formes chez certains professionnels qui tout en ayant des convictions fortes sont sensibles également aux avantages que procure le centre de santé. A vrai dire, ce qui frappe surtout c'est que l'ensemble des professionnels partagent une conviction commune : le travail pensé et organisé collectivement présente un plus en termes d'efficacité. Tous, qu'ils soient proches de l'engagement intéressé ou de l'engagement éthique, ont besoin du collectif et acceptent de ce fait de s'investir collectivement.

Au plan organisationnel, les facteurs de succès tiennent à ce que nous avons appelé une ambition de coopération démocratique. Différents groupes professionnels travaillent en étroite interdépendance, en particulier les secrétaires médicales et les médecins, mais aussi les paramédicaux. Les relations de travail s'affranchissent en partie de la hiérarchie symbolique qui existe parmi les professions de santé. Par ailleurs, les centres de santé ont un fonctionnement relativement autonome au sein de l'AGECSA.

La solidarité entre professionnels est alimentée par la défense d'une cause commune. Le devenir de l'association n'est pas exempt d'incertitudes, qu'elles soient financières et engagent le modèle économique et la pérennité des activités, qu'elles concernent la qualité des relations aux patients, notamment l'entretien de relations pacifiées avec les usagers et la gestion des situations de violences, qu'elles relèvent du politique et de la réponse à donner aux besoins de santé du quartier. La maîtrise de ces incertitudes est partagée parmi les

membres de l'AGECSA qui sont de fait liés entre eux par leur interdépendance. Aucun professionnel de santé ne peut travailler seul, en indépendant ; au contraire, les règles du jeu collectif sont sans cesse travaillées, ajustées au sein des instances où les différentes équipes et groupes professionnels sont représentés, des commissions thématiques conduisant des projets sur des questions de santé publique, des équipes pluri-professionnelles ou des groupes des infirmières ou des secrétaires animés par des coordinatrices ou encore avec la population par des échanges de signe de reconnaissance, de don, d'émotions.

La dynamique d'action créée par la discussion des règles et la solidarité en actes fait de l'AGECSA un acteur collectif ayant sa propre identité et dont l'originalité est d'intégrer les professionnels mais aussi les patients. Le sentiment d'appartenance est fort sans être exclusif, le modèle culturel lie sans étouffer. Un des facteurs de succès tient à ce que l'engagement est rendu possible dans la durée parce qu'il n'est ni exclusif ni permanent. Les temps partiels, les formes de poly-activité et de multi-exercice, le temps consacré aux échanges permettent d'entretenir un lien social qui ne dépend pas seulement des conceptions de l'engagement mais aussi de la satisfaction des intérêts individuels.

Du côté des patients, la diversité des personnes rencontrées est repérable à la fois par la mixité sociale de la patientèle qui existe en dépit de la montée de la précarité et par les attentes diverses qui s'expriment. En effet, la fréquentation des centres de santé ne se limite par au recours à un médecin mais se traduit par différents modes analysés selon trois niveaux d'engagement (relation à un professionnel de santé, relation au centre, relation à un projet inscrit dans un quartier). Au niveau interindividuel, les relations de soins sont vécues de manières très différentes selon les patients : lien ponctuel ou régulier, utilitariste ou affectif, pragmatique ou engagé, etc. Chacun trouve au moins en partie réponse à ses besoins. Comme dans toute relation de soins, la durée des prises en charge nourrit la confiance et a tendance à générer des rapports personnalisés et affectifs.

Mais les patients s'adressent aussi « au centre de santé » vu comme un lieu de référence, un lieu repère en matière de santé pour ce qui est de la continuité du service, de la diversité de l'offre, de la proximité géographique (et sociale pour les plus vulnérables), de la qualité

enfin, même si des critiques sont parfois formulées. L'accessibilité aussi bien symbolique que relationnelle des centres (la qualité de l'accueil souvent citée) en font un espace de santé pour tous, une forme de « service public » dit un patient. La perception des motivations des professionnels à mettre en œuvre une « autre » médecine participe aussi de l'attachement au centre de santé exprimé par les patients. Les propos des patients disent encore l'insertion des centres de santé dans le quartier de la Villeneuve. Les centres sont « au cœur du quartier » en ce qu'ils constituent un lieu de sociabilité, d'échanges, de rencontres, sans oublier les visites effectuées par les infirmières et les médecins au domicile des personnes isolées. Ces liens renvoient au moins en partie aux autres formes de sociabilité que les personnes tissent dans le quartier.

Le centre de santé constitue en ce sens un pôle d'animation de la vie sociale du quartier. Puisque les professionnels qui y travaillent sont en lien avec la population locale et se retrouvent parfois dans les mêmes associations, dans les mêmes espaces de sociabilité, des liens d'amitié se sont noués. On peut parler alors d'un entrecroisement des liens sociaux : les acteurs de la santé se mêlent aux patients et familles du quartier, lesquels sont aussi en relation avec leurs voisins et les autres acteurs de la vie associative. Un esprit de quartier s'en dégage et s'entretient dans la mémoire collective.

Si cette enquête apporte déjà des réponses aux questions que nous posions au démarrage de l'étude, il n'en reste pas moins qu'elle concerne son caractère exploratoire prévu initialement. Les résultats ne concernent que deux centres situés dans le même quartier et ne permettent pas d'être généralisés à l'ensemble des centres de santé de l'AGECSA. Le quartier de la Villeneuve se distingue à bien des égards des autres quartiers de Grenoble et il n'est pas impossible qu'il reflète un état des rapports sociaux particulier entre les habitants et les professionnels de santé des deux centres étudiés. D'après les informations collectées sur le terrain, les rapports sociaux semblent plus rudes dans le quartier Mistral et les formes de violence plus régulières. Par ailleurs, l'enquête que nous avons réalisée dans le quartier de la Villeneuve concerne un nombre très réduit de patients au regard de la population qui fréquente les deux centres de santé. Nos résultats doivent donc être interprétés avec prudence. Pour l'ensemble de ces raisons, un prolongement de ce travail exploratoire serait utile. Dans une phase ultérieure, nous pourrions envisager une comparaison systématique

entre les centres afin de déterminer d'éventuels effets de quartier. Il faudrait pour cela interroger un nombre plus important de patients, mais aussi envisager de prendre en compte dans chaque centre non seulement le travail des professionnels, mais aussi les formes de partenariat avec les autres acteurs qui interviennent dans le quartier. En définitive, un élargissement du dispositif d'enquête pourrait nourrir encore la réflexion et conduire ainsi à une meilleure évaluation de l'efficacité collective que représentent les centres de santé de Grenoble, laquelle serait susceptible de conduire à une possible extension de ce modèle au-delà des centres de santé existants actuellement.