

Comité de lecture

Nicolas BARDOS-FELTORONYI

Damien BOUCHAT

Michel CAPRON

Michel DEVROEY

Olivier HOFF

Catherine LAVIOLETTE

Hervé POURTOIS

Danielle RUQUOY

Publié avec le soutien financier
de la Commission communautaire française
de la Région de Bruxelles-Capitale

Par la présente collection, " CAHIERS de la FOPES - Questions de politique économique et sociale ", la FOPES (Faculté Ouverte de Politique Économique et Sociale) tient à mettre à la disposition des publics intéressés, des synthèses de mémoires de licence, récemment défendus à la FOPES. Cette collection comprend d'une part des mémoires liés aux problématiques plus spécifiques à la société belge et d'autre part des mémoires liés à des thèmes concernant les sociétés africaines. Dans la perspective de la FOPES, ces mémoires visent à élaborer des outils pour l'action - en mettant en lumière aussi bien les contraintes limitant l'action que les ressources mises à la disposition des acteurs - ou à servir d'instrument de formation pour les acteurs de changement social dans le domaine analysé. C'est ce type d'approche du mémoire qui constitue une des spécificités de la formation d'adultes à la FOPES

Les études retenues concernent des thèmes relevant aussi bien des domaines de la politique économique et sociale proprement dite que, par exemple, de la sociologie politique, de l'enseignement ou de l'économie de l'entreprise.

Un Comité de Lecture sélectionne parmi les mémoires retenus ceux qui lui paraissent susceptibles d'être publiés sous forme d'une synthèse d'une vingtaine de pages. Via ce processus, nous estimons pouvoir publier quelques trois à six synthèses chaque année, qui pourront intéresser des publics spécifiques, qu'il s'agisse de professionnels du secteur, d'étudiants ou de chercheurs universitaires. Quant aux opinions et analyses exprimées dans ces synthèses, elles n'engagent que leurs auteurs.

Pour toute information relative à ces synthèses de mémoires, veuillez vous adresser au Service Matériau Pédagogique (SMP) de la FOPES, Rue de la Lanterne Magique 32, 1348 LOUVAIN-LA-NEUVE – Tél.: 010/47.39.10. – Fax : 010/47.81.59. – e-mail : capron@opes.ucl.ac.be.

Michel CAPRON
SMP-FOPES

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : PRESENTATION HISTORIQUE ET ESSAI DE DEFINITION.....	3
CHAPITRE 2 : UNE PREMIERE ENQUETE EXPLORATOIRE SUR LES MAISONS MEDICALES	9
CHAPITRE 3 : METHODE DE RECHERCHE ET CANEVAS D'ANALYSE.....	13
METHODE DE LA RECHERCHE	13
ANALYSE.....	14
MAISON MEDICALE A	16
<i>Carte d'identité</i>	<i>16</i>
<i>Synthèse approuvée par les acteurs sur la procédure d'engagement.....</i>	<i>16</i>
<i>Synthèse approuvée par les acteurs sur la fixation des salaires.</i>	<i>17</i>
MAISON MEDICALE B.....	20
<i>Carte d'identité</i>	<i>20</i>
<i>Synthèse approuvée par les acteurs sur la procédure d'engagement.....</i>	<i>21</i>
<i>Synthèse approuvée par les acteurs sur la fixation des salaires.</i>	<i>22</i>
MAISON MEDICALE C.....	25
<i>Carte d'identité</i>	<i>25</i>
<i>Synthèse approuvée par les acteurs sur la procédure d'engagement.....</i>	<i>26</i>
<i>Synthèse approuvée par les acteurs sur la fixation des salaires</i>	<i>26</i>
MAISON MEDICALE D	29
<i>Carte d'identité</i>	<i>29</i>
<i>Synthèse approuvée par les acteurs sur la procédure d'engagement.....</i>	<i>29</i>
<i>Synthèse approuvée par les acteurs sur la fixation des salaires</i>	<i>30</i>
CHAPITRE 4 : ANALYSE COMPARATIVE DES ENTRETIENS	35
ANALYSE COMPARATIVE DES ENTRETIENS EN TERMES DE RELATIONS DE POUVOIR EXISTANTES AU SEIN DES MAISONS MEDICALES.....	35
<i>L'engagement des travailleurs</i>	<i>35</i>
<i>La fixation des salaires et le taux de contribution financière des indépendants.....</i>	<i>37</i>
ANALYSE COMPARATIVE EXPLORATOIRE : LA RELATION ENTRE LE MODE D'ORGANISATION ET DIVERSES VARIABLES	39
<i>Critères de ressemblance et de comparaison entre le système idéal d'autogestion et les quatre Maisons Médicales interrogées</i>	<i>39</i>
<i>Analyse comparative exploratoire.....</i>	<i>41</i>
SYNTHESE DE L'ANALYSE COMPARATIVE ET DES ELEMENTS DISCRIMINANTS DANS LE FONCTIONNEMENT DES MAISONS MEDICALES	46
CONCLUSIONS GENERALES ET MISES EN PERSPECTIVE.....	49
BIBLIOGRAPHIE	53

Le système « autogestionnaire » en Maisons Médicales : analyse de cas

Coralie LADAVID

Mémoire défendu en septembre 2002

Sous la direction du Professeur G. LIENARD.

INTRODUCTION

Depuis 6 ans, je travaille au sein d'une Maison Médicale en tant qu'assistante sociale. Quotidiennement, je suis confrontée à la mise en pratique d'un système autogestionnaire qui me procure beaucoup de satisfactions. En effet, la participation à la gestion de l'A.S.B.L. et le partage des responsabilités entre les travailleurs m'incitent à prendre des responsabilités et à m'investir davantage dans mon travail. Je ne suis pas un travailleur répondant aux exigences d'une direction mais plutôt un acteur pouvant initier des projets, et réfléchir au fonctionnement global de l'organisation en collaboration avec les autres membres de l'équipe. Le principe d'égalité est très présent dans mon travail social avec les patients et dans mon investissement militant. Il est donc important pour moi qu'il soit présent dans ma relation quotidienne avec l'ensemble de mes collègues.

A côté de ces aspects positifs du système autogestionnaire, celui-ci m'interpelle sur plusieurs points : d'une part, quand je constate la grande diversité de fonctionnement des Maisons Médicales dites autogestionnaires et d'autre part quand j'observe certains dysfonctionnements en termes d'efficacité et de prise de décision.

En effet, lorsque je rencontre d'autres travailleurs de Maisons Médicales, il est étonnant de constater que les fonctionnements sont très divers et que la position de chaque travailleur n'est pas la même. Le système autogestionnaire peut donc se traduire en pratique d'une multitude de façons différentes. Quel fonctionnement est le plus efficace et lequel correspond au mieux à l'idéologie des Maisons Médicales ?

Dans mon activité quotidienne, je me rends compte que certains travailleurs sont plus reconnus que d'autres, argumentent mieux et font davantage passer leurs idées. Dans quelle mesure les minorités sont-elles protégées alors qu'il n'y a pas de structure proprement dite pour les défendre et que l'affectif entre très fort en ligne de compte ? Certaines décisions importantes peuvent parfois faire l'objet de très peu de négociations alors que d'autres, de moins grande importance, peuvent prendre beaucoup de temps et d'énergie.

Ce questionnement m'a amené à choisir le thème de ce mémoire, à savoir « une analyse du système autogestionnaire en Maisons Médicales ». Pour aborder ce travail, je l'ai divisé en quatre parties.

La première partie concerne l'historique et propose un essai de définitions. En effet, il semblait important de situer le contexte historique dans lequel les Maisons Médicales se sont créées, puisque c'est dans ce contexte que la pratique du système autogestionnaire a été envisagée. Il était également important de définir le concept de Maison Médicale et ses objectifs, ainsi que les systèmes de financement pratiqués au sein de celles-ci (à l'acte ou au forfait), car ils peuvent avoir une grande influence sur les relations de pouvoir entre les acteurs et sur les objectifs poursuivis. Quant à l'autogestion, étant donné qu'il n'existe pas de définition opérationnelle ou de « modèle autogestionnaire », je suis partie d'extraits de textes connus et reconnus au sein des Maisons Médicales et des statuts fondateurs pour dégager des critères et une définition du système autogestionnaire en Maison Médicale. J'ai également repris une typologie hypothétique d'organisation autogestionnaire (c'est-à-dire la classification des différents types d'organisations autogestionnaires connues) en Maisons Médicales énoncée par la Fédération des Maisons Médicales.

La deuxième partie de ce travail est consacrée à une première enquête effectuée auprès de toutes les Maisons Médicales francophones de Belgique. Elle a pour but de proposer une première image du système autogestionnaire pratiqué dans chaque structure et une carte d'identité détaillant, pour chaque Maison Médicale, la date de création, le type de financement, le nombre de travailleurs, la composition du Conseil d'Administration (C.A.) et de l'Assemblée Générale (A.G.), la fréquence des réunions... Cette première approche m'a permis de classer les Maisons Médicales suivant la typologie hypothétique décrite au premier chapitre. Elle a également permis de dégager des observations et de répondre à certaines hypothèses émises préalablement comme par exemple : une maison médicale sera d'autant plus structurée qu'elle est composée d'un nombre important de travailleurs.

En fonction de cette enquête, j'ai choisi un sous-échantillon plus restreint pour effectuer une seconde enquête plus approfondie auprès de quatre Maisons Médicales. Celles-ci ont été choisies en fonction de différents critères : la date de création, le type de fonctionnement autogestionnaire et le système de financement pratiqué. Cette enquête qualitative avait pour objectif d'analyser les enjeux du fonctionnement autogestionnaire en termes de relations de pouvoir. J'ai donc procédé à des entretiens pour mettre en avant les relations telles que les acteurs estiment qu'elles se sont déroulées et sentir au mieux les subtilités du fonctionnement. Je suis partie de situations concrètes et vécues pour éviter de me cantonner à l'idéologie très présente au sein des Maisons Médicales. Une première analyse en termes de relations de pouvoir entre les travailleurs a pu être effectuée à partir d'une grille d'analyse de la sociologie du pouvoir. **Ceci constitue la troisième partie du travail.**

En dernière partie, j'ai effectué une analyse comparative des entretiens en termes de relations de pouvoir entre les travailleurs et par rapport aux objectifs de départ des Maisons Médicales.

En conclusion, j'ai mis en perspective les observations et l'analyse que j'ai effectuée tout au long de ce travail pour que celui-ci puisse servir d'outil de réflexions et de propositions concrètes aux "pratiquants" de l'autogestion.

Chapitre 1

PRESENTATION HISTORIQUE ET ESSAI DE DEFINITION

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

En effet, c'est sur un modèle de contestation et d'autogestion et dans la mouvance de l'après mai 68 que sont apparues les Maisons Médicales. C'est également une période où les hôpitaux et la technologie chirurgicale se sont fortement sophistiqués et où on a vu apparaître le développement de l'hospitalocentrisme (organisation des soins de santé tournée vers l'hôpital) .

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

Dès le départ, les équipes des Maisons Médicales ont choisi l'autogestion comme mode de fonctionnement. POURQUOI?

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

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

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

Que recouvrent les termes de maison médicale et d'autogestion ? Afin de comprendre au mieux l'objet de ce travail, il est important de définir et de clarifier d'emblée ces deux premiers concepts.

Précisons d'emblée trois termes qui se recoupent sur certains points mais qui comportent aussi des différences et des nuances importantes : les Maisons Médicales sont des expérimentations concrètes d'une nouvelle pratique des services de soins de santé, les Centres de Santé Intégrée sont un modèle théorique émis par le Germ (Groupe d'étude pour une réforme de la médecine) servant d'outil pour ébaucher « une médecine générale revalorisée » et les Associations de Santé Intégrée est la dénomination utilisée dans le décret de 1993 de la Communauté française relatif à l'agrément et au subventionnement des Associations de Santé Intégrée.

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

"Ce sont des associations autogérées proches de la population, dans lesquelles travaillent en équipe, des kinésithérapeutes, des infirmiers, des paramédicaux, des travailleurs sociaux, des accueillants, des professionnels de la santé mentale. Dans la représentation classique de l'organisation des soins de santé, les Maisons Médicales se situent en première ligne, celle des soins de santé primaire.

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

Non moins primordial est le souci de la santé communautaire : c'est dans et avec la collectivité que les usagers et les professionnels travaillent au développement de la santé. »¹

Les Maisons Médicales ne fonctionnent pas toutes avec le même type de financement. Ainsi, certaines fonctionnent à l'acte (il s'agit du système traditionnel existant en Belgique : chaque fois qu'un patient voit un soignant, ce dernier facture un acte) et d'autres ont choisi le paiement forfaitaire. Le forfait conclu avec l'INAMI est un forfait à la capitation, c'est-à-dire que pour chaque personne qui signe un contrat d'abonnement auprès d'une Maison Médicale, la mutuelle paie à celle-ci le montant correspondant au coût moyen mensuel d'un assuré, que celui-ci ait consulté ou non. La Maison Médicale s'engage à fournir à la personne inscrite toutes les prestations de médecine générale, infirmières et kinésistes, au centre ou à domicile, dans la zone d'activité fixée. Si la personne consulte un autre prestataire dans la zone elle ne sera plus remboursée par sa mutuelle, le montant de "son coût potentiel" ayant déjà été affecté à la Maison Médicale.

¹ La Charte des Maisons Médicales, Fédération des Maisons Médicales et Collectif de Santé francophones, Bruxelles, novembre 1996.

Etant donné qu'il est très difficile de rendre opérationnelle la définition de l'autogestion et qu'il n'existe pas de "modèle autogestionnaire" qui soit parfaitement mis en œuvre dans la réalité et totalement systématisé, je suis partie d'extraits de textes connus et reconnus au sein des Maisons Médicales, membres de la Fédération des Maisons Médicales (textes du Germ, décret relatif à l'agrément et au subventionnement des associations de santé intégrée, « Maisons Médicales un outil pour l'avenir », la Charte des Maisons Médicales) , et des statuts fondateurs (de la 1^{ère} Maison Médicale et de la Fédération). De ces textes, j'ai tenté de dégager des critères et une définition du système autogestionnaire en Maison Médicale.

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

Le modèle autogestionnaire en Maisons Médicales présente idéalement les caractéristiques suivantes :

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

D'après les critères que j'ai pu relever, je définirai l'autogestion en Maisons Médicales comme :

Le mode d'organisation d'une équipe pluridisciplinaire en soins de santé primaire dont les travailleurs se trouvent majoritairement dans les organes de gestion et de décision de l'institution. Les travailleurs sont membres de droit à l'A.G.

Les usagers et les représentants du champ social et politique étant au centre de la vie sociale et des réalités, leur présence est vivement souhaitée au sein des organes de gestion et de décisions de l'institution. Ceux-ci peuvent apporter un regard extérieur.

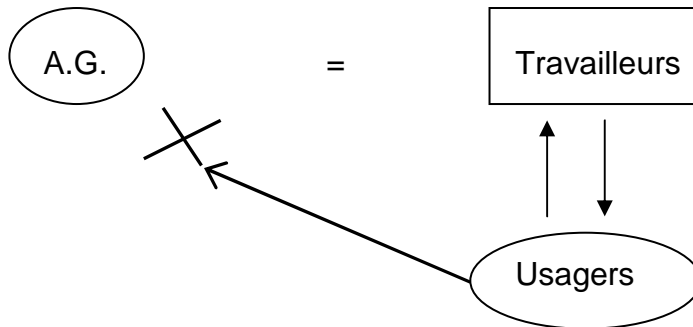
Ce type d'organisation est davantage égalitaire grâce à un plus grand partage des responsabilités, un droit de parole et de décision égal au sein de l'institution (un homme, une voix), une répartition plus égalitaire des revenus et une absence de hiérarchie.

Au sein de la Fédération, une typologie d'organisation autogestionnaire a été élaborée à titre d'hypothèse, sur base de l'expérience en Maisons Médicales. On repère dès lors différents types d'organisations. Cette typologie a été faite à partir du degré de pouvoir exercé par les travailleurs. L'autogestion est donc définie par la position du travailleur. Voici les schémas dégagés : ²

² News, Périodique FMM csf, n°8, septembre 1997.

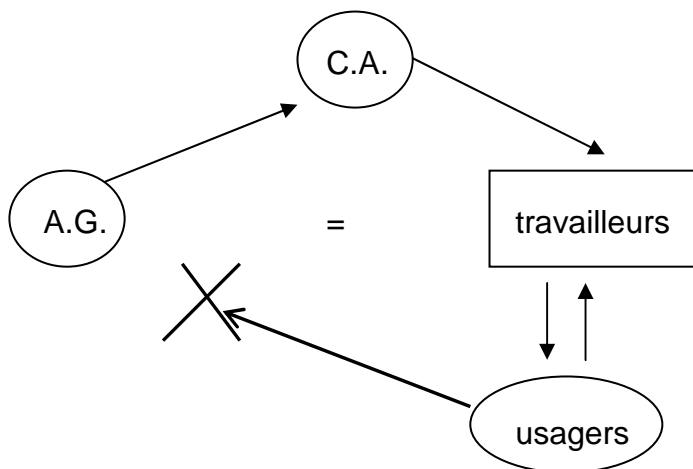
AUTOGESTION DIRECTE :

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



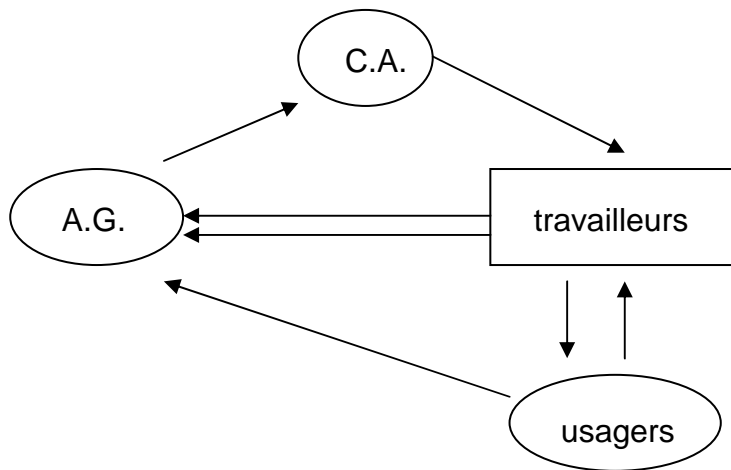
AUTOGESTION INDIRECTE :

a) Auto-gestion indirecte avec délégation (CA). Les conflits entre CA et travailleurs sont possibles. L'analyse du CA peut être en contradiction avec les intérêts ou l'éthique des travailleurs. En cas de conflit, l'assemblée générale décide.



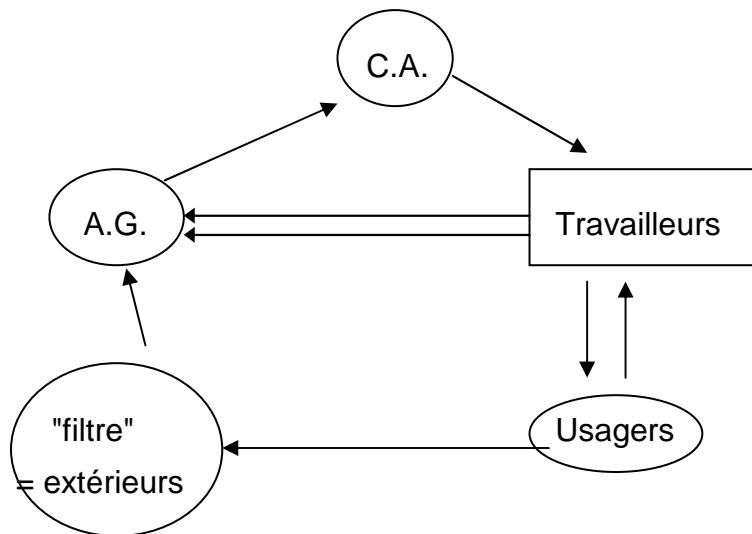
b) auto-gestion avec usagers dans A.G.

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



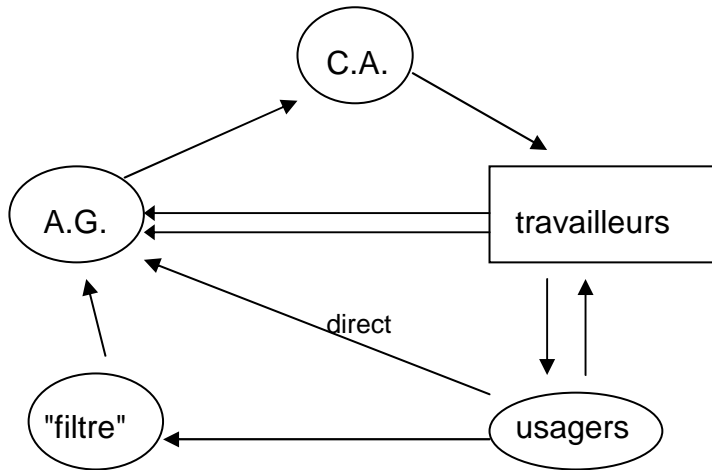
c) autogestion avec extérieurs non usagers à A.G.

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



d) autogestion avec usagers et extérieurs.

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



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

Chapitre 2

UNE PREMIERE ENQUETE EXPLORATOIRE SUR LES MAISONS MEDICALES

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

- le type d'organisation utilisé par les Maisons Médicales dépend de leur date de création, du nombre de travailleurs et du nombre de patients (plus le nombre de travailleurs est élevé, plus le type d'organisation sera structuré), ainsi que du type de financement utilisé (acte/forfait).
- Le type de schéma aura une incidence sur le partage des responsabilités, la répartition des revenus, le droit de parole et de décision, la non hiérarchie.

Le questionnaire aborde différentes variables comme le travail à l'acte ou au forfait, la date de création, le nombre de travailleurs et de patients, la répartition des revenus entre les travailleurs... Ces différentes variables vont pouvoir être croisées afin de mettre en évidence les facteurs influençant le recours à l'un des schémas et l'incidence de celui-ci sur la répartition des revenus, le droit de décision, le partage des responsabilités. Ces questions seront approfondies lors d'entretiens avec un échantillon plus restreint choisi en fonction de l'analyse de la première enquête. En outre, l'analyse de la première enquête permettra de mieux définir les enjeux du fonctionnement en termes de relations de pouvoir qui seront abordés dans les entretiens.

47 formulaires d'enquêtes sur 58 ont été reçus et ont pu être dépouillés. Une première analyse générale de l'enquête permet de dégager plusieurs observations.

- ⇒ On constate une répartition inégale du nombre de nouvelles M.M. suivant les années.
- ⇒ Les types d'organisation des M.M. sont très hétérogènes et on constate d'emblée un certain flou dans la désignation des lieux de décisions.
- ⇒ La question concernant les critères de répartition des revenus des travailleurs semble parfois un peu taboue et dans de nombreux questionnaires on a omis de me transmettre l'information ou bien on se retranche derrière les commissions paritaires pour les salariés. Il semble y avoir un malaise, puisque la charte promet une plus grande égalité salariale et que dans la pratique c'est parfois loin d'être le cas.
- ⇒ La présidence de l'association revient dans 61% des cas à un Médecin Généraliste alors que cette fonction est présente dans les Maisons

Médicales à 32% de l'ensemble des travailleurs. A plusieurs reprises une note était ajoutée pour signifier que ce serait bientôt un autre travailleur. Cela reflète la connaissance de l'idéologie, mais aussi la difficulté de la mettre en pratique.

- ⇒ A plusieurs reprises, on remarque une distinction existant dans certaines M.M. entre les travailleurs salariés et les indépendants d'autant plus quand l'ensemble du personnel soignant est indépendant. En effet, dans certaines Maisons Médicales, les statuts sont bien différenciés, à savoir que les indépendants sont les soignants INAMI et les salariés ne sont pas soignants INAMI (secrétaires, assistants sociaux...). Ainsi une des conditions d'accès au C.A. peut être d'avoir le statut d'indépendant. Quelle en est la raison ? Est-ce parce que la position d'un salarié est plus délicate dans un système autogestionnaire que celle d'un indépendant (employeur et employé) ou est-ce pour laisser la place aux soignants dans les lieux de décision et de gestion ?
- ⇒ Toutes les procédures pour devenir membre des organes et lieux de gestion et de décision sont utilisées. Il n'y a pas de grandes tendances qui ressortent. De plus, un certain nombre de Maisons Médicales n'ont pas répondu à cette question. Est-ce par incompréhension ou délibérément ?
- ⇒ La fréquence des réunions est proportionnelle au pouvoir qu'aura chaque lieu de gestion et de décision.
- ⇒ Dans chaque type d'autogestion, on remarque que les structures et les fonctions existantes qui ont un rôle de gestion et de décision sont principalement l'A.G. (90%) , le C.A. (80%) et l'équipe de travailleurs (62%). Cependant, suivant le type d'autogestion, le pouvoir de ces structures aura un poids différent.
- ⇒ Une seule Maison Médicale a mentionné la présence d'un directeur. Par contre, 21% des Maisons Médicales ont un coordinateur. On pourrait penser que cette fonction est nécessaire essentiellement dans les structures plus importantes au niveau du personnel, mais ce n'est pas le cas. Il s'agit essentiellement de Maisons Médicales comportant 10 à 14 travailleurs. Le rôle de ceux-ci est essentiellement la gestion quotidienne.

Lorsqu'on classe les Maisons Médicales interrogées suivant la typologie proposée, on constate que presque les $\frac{3}{4}$ des Maisons Médicales fonctionnent en autogestion directe ou indirecte avec délégation au C.A. La présence d'extérieurs (qu'ils soient usagers ou non) reste marginale. Dans des textes officiels et publiés de la Fédération, il est pourtant stipulé que les personnes extérieures (représentants du monde politique, social ou culturel) et les usagers étaient fortement souhaités au sein de l'A.G.

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

- ⇒ **La date de création :** On repère d'emblée que 80% des Maisons Médicales ont été créées dans les années 70 et 90. On peut relier ce phénomène à plusieurs facteurs. En effet, le début des années 70 est marqué par l'influence de l'après 68, la présence d'un militantisme important et la prospérité au niveau économique. Durant les années 80, le mouvement Maison Médicale se définit, se théorise ; c'est l'époque de la recherche de reconnaissance du modèle et de la recherche de nouveaux outils pour atteindre au mieux les objectifs de départ. C'est aussi la crise

au niveau économique. Dans les années 90, le forfait (créé depuis 85) commence à faire ses preuves et de nombreuses nouvelles M.M. apparaissent (surtout en région wallonne) et utilisent ce système de financement qui leur semble plus adapté. En effet, celui-ci répond à une demande de plus en plus grande, puisque les soins prodigués sont non payants pour les patients et que s'accroît le phénomène d'exclusion sociale. Le forfait permet aux équipes de bénéficier d'une rémunération stable, liée au nombre de personnes inscrites et non au volume de prestations effectuées. De plus, le décret de la Communauté française est voté en 93. Ces perspectives financières pour les Maisons Médicales semblent donc plus rassurantes.

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

- ⇒ **Le type de financement (acte – forfait) :** Les Maisons Médicales à l'acte pratiquent davantage l'autogestion directe (50%) que les Maisons Médicales au forfait (20.5%). Seuls 11% des Maisons Médicales à l'acte ont la présence d'extérieurs (usagers ou non) dans leur A.G., contre 38% dans celles au forfait. Une forte proportion de Maisons Médicales au forfait fonctionne en autogestion indirecte. On peut supposer, à première vue, que les Maisons Médicales au forfait correspondent davantage à la charte de la fédération des Maisons Médicales puisqu'elles intègrent plus facilement des extérieurs (usagers ou non) dans leurs A.G.
- ⇒ **Le nombre de travailleurs :** Les Maisons Médicales avec usagers dans leur A.G. comprennent un plus grand nombre de travailleurs ; ceci peut-être une question de proportionnelle : une personne extérieure face à 6 travailleurs dans l'A.G. aura plus de poids que face à 20 travailleurs. Les M.M. avec extérieurs non usagers ont une taille moyenne au niveau du nombre de travailleurs. On retrouve le moins grand nombre de travailleurs dans les autogestions directes et indirectes. Ce sont pour l'essentiel des Maisons Médicales débutantes. Le nombre moyen de travailleurs dans les Maisons Médicales est de 13,4. On constate en effet, que plus de la moitié des Maisons Médicales occupent entre 10 et 14 travailleurs. A ce nombre, toutes les formules d'organisation sont possibles. Ce qui n'est pas le cas des M.M. avec plus ou moins de travailleurs. Contrairement à l'hypothèse émise au début de ce travail, à savoir que le nombre croissant de travailleurs nécessitait une plus grande structuration de l'autogestion, on constate que 33.3% des M.M. de plus de 20 travailleurs fonctionnent en autogestion directe contre 32 en moyenne.
- ⇒ **L'égalité salariale :** On constate que le principe d'égalité salariale se rencontre davantage dans les Maisons Médicales fonctionnant au forfait et dans celles ayant des personnes extérieures dans leur AG, à fortiori s'il s'agit d'usagers. Par contre dans l'autogestion directe, l'égalité salariale n'est pas présente et cela semble même tabou, puisque 40% des M.M. n'ont pas répondu à cette question.

Cette enquête a permis de poser plusieurs questions et de faire des constats qui seront approfondis dans les entretiens avec un échantillon plus restreint. Certaines hypothèses émises avant de réaliser cette enquête ont dès lors déjà été infirmées ou confirmées. On constate en effet, que la date de création et le mode de financement de la Maison Médicale ont une incidence sur le type d'autogestion pratiqué. Par contre, il n'est pas repéré que le nombre de travailleurs a une incidence sur celui-ci, contrairement à l'hypothèse émise, à savoir que plus le nombre de travailleurs est élevé, plus l'organisation aura besoin d'être structurée avec différents niveaux de décisions.

Au niveau de l'incidence du type d'autogestion sur le partage des responsabilités, la répartition des revenus, le droit à la parole et de décision et la non hiérarchie, plusieurs observations ont pu se dégager mais il faudra un entretien plus qualitatif pour approfondir les questions. Il semble apparaître que la présence d'usagers dans l'A.G. est concomitante avec davantage d'égalité salariale, mais en même temps ces M.M. sont également plus anciennes et fonctionnent souvent au forfait. Quel est donc le facteur influençant ? Il semble que plusieurs facteurs entrent en ligne de compte. Lors de l'entretien, il sera donc important de préciser comment se prennent les décisions. Est-ce que chacun peut dans les faits exercer son pouvoir de décision d'une manière optimale ?

Ce premier questionnaire a permis de faire un état des lieux du fonctionnement autogestionnaire en Maisons Médicales et de déterminer les facteurs influençant le recours à un type d'autogestion plutôt qu'à un autre. Il permet également de définir un échantillon plus restreint et représentatif afin de réaliser la seconde partie de ce travail, l'entretien qualitatif.

Dans le chapitre suivant, je définirai l'échantillon de la population, la méthodologie et le contenu du guide pour les entretiens. Une analyse des résultats sera également proposée.

Chapitre 3

METHODE DE RECHERCHE ET CANEVAS D'ANALYSE

MÉTHODE DE LA RECHERCHE

Grâce à la première enquête, un échantillon "raisonné" plus restreint a pu être défini. Ainsi, il ressort que **le type de financement** influence le recours à un type d'autogestion. Je prendrai la même proportion de Maisons Médicales fonctionnant à l'acte et au forfait. L'échantillon reprendra **l'ensemble des types d'autogestion**, puisque je pars de l'hypothèse que ceux-ci ont une incidence sur les jeux de pouvoir et que l'objet de mon travail est de déterminer le type d'autogestion qui correspond le mieux aux objectifs de départ des Maisons Médicales et à l'idéologie de l'autogestion. De plus, on a pu repérer dans la première enquête que cette typologie hypothétique correspondait bien aux réalités des M.M. Seul le schéma 5 (autogestion avec présence d'usagers et d'extérieurs non usagers) ne sera pas repris, puisqu'il est la combinaison des schémas 3 et 4.

La date de création semble également avoir une incidence sur le type d'autogestion mis en œuvre. Je prendrai donc une maison médicale créée dans les années 70, une dans les années 80 et deux dans les années 90 puisqu'elles sont les plus nombreuses.

L'échantillon qualitatif raisonné comprendra quatre Maisons Médicales afin d'effectuer un entretien plus approfondi.

Pour obtenir des résultats les plus complets et les plus nuancés possibles, je vais interroger trois travailleurs de professions différentes (un médecin généraliste, un paramédical, une personne du secteur administratif) de chaque Maison Médicale sélectionnée. En effet, on peut imaginer que, suivant la profession, chaque personne n'aura pas la même vision ni le même pouvoir dans l'association. Je verrai ces travailleurs ensemble afin de pouvoir me rendre compte déjà d'une certaine dynamique entre les personnes. Dans les semaines qui suivent, j'enverrai un compte-rendu de l'entretien pour vérifier s'il correspond bien à ce qui a été dit.

Le guide d'entretien a pu être élaboré grâce aux questions qui ont été dégagées à la suite de la première enquête. Ces questions se situent à différents niveaux : **l'organisation, la répartition des revenus, la place des usagers**. En effet, pour les Maisons Médicales, la répartition des revenus plus égalitaire, le principe d'égalité entre les travailleurs d'une équipe pluridisciplinaire, le partage des responsabilités sont des facteurs favorisant la dispensation des soins de base globaux, continus, intégrés et la participation de la population.

⇒ Au niveau organisationnel :

- Quel est le pouvoir réel de chaque lieu de décision et qui en fait partie ? Est-il bien défini qu'une décision revient à tel lieu de décision plutôt qu'à un autre ? Est-ce défini par écrit (règlement d'ordre intérieur, statuts...) ou de fait ?
- Comment se prennent (selon leur type) les décisions (par vote secret ou non, par consensus...) ?
- Comment est ressentie cette organisation par les travailleurs ? Vivent-ils l'organisation comme plus égalitaire, efficiente,...
- Quelle incidence a-t-elle sur le travail ? (motivation, autonomie dans le travail...).

⇒ Au niveau de la répartition des salaires :

- Comment sont répartis les revenus dans leur Maison Médicale ? Estiment-ils cette répartition équitable ? Comment se situent-ils par rapport à la répartition des revenus qui se pratique majoritairement dans notre société (ex : les hôpitaux) ?
- Est-ce que le choix de répartition des revenus peut avoir des conséquences sur l'implication de chacun, la reconnaissance, l'égalité dans le pouvoir... ?
- Qu'est-ce qui influence ce choix ?

⇒ Au niveau de la participation des patients et d'extérieurs non usagers :

- Un des objectifs prioritaires des Maisons Médicales est que la place centrale revienne à l'utilisateur. Pourquoi cet objectif n'est-il pas rencontré (quelles sont les réticences à l'intégration d'utilisateurs et d'extérieurs) dans une majorité de Maisons Médicales ? Lorsqu'il y a présence d'utilisateurs, dans quelle mesure cela entraîne-t-il davantage d'égalité de pouvoir entre les travailleurs, d'implication, de responsabilité et de reconnaissance de chacun ?

Pour éviter de ne capter que de l'idéologie et des bonnes intentions lors des entretiens, le guide d'entretien a été construit à partir de situations concrètes qui sont susceptibles d'avoir nécessité des prises de décisions difficiles. Ces situations sont : **L'engagement d'un travailleur** (qui peut être un moment révélateur de l'efficacité et de la pertinence du système), **la fixation des salaires** (qui est un sujet en débat permanent au sein des Maisons Médicales dans la mesure où elle est considérée comme un des outils pour atteindre leurs objectifs).

ANALYSE

Afin de pouvoir réaliser une analyse comparative des différentes Maisons Médicales rencontrées en termes de rapport de pouvoir et d'atteinte des objectifs de départ, il est nécessaire de réaliser un descriptif des organisations rencontrées. Ci-dessous vous trouverez donc :

- **Une carte d'identité des Maisons Médicales** rencontrées lors de la 2^{ème} enquête pour se faire une idée globale de la maison médicale analysée et mettre en évidence les différents facteurs qui peuvent avoir

une influence sur les relations de pouvoir et la réalisation des objectifs de départ.

- **Une synthèse de l'entretien** effectué dans les Maisons Médicales concernant la procédure d'engagement et la fixation des salaires. Celle-ci a été approuvée par les acteurs.
- Une première **présentation, sous forme de tableaux, des données récoltées lors de l'entretien**, en fonction d'une grille d'analyse de la sociologie du pouvoir. Ces tableaux reprennent différents éléments : **les acteurs** présents dans l'étape du processus de décision, **leurs positions** en termes d'indicateur des positions occupées dans le processus de décision, **leurs ressources**³ **et les pratiques et stratégies**⁴ utilisées lors du processus. Je distinguerai les différentes ressources, pratiques et stratégies utilisées suivant les différents acteurs mis en évidence lors des entretiens.

En effet, les entretiens ne m'ont pas donné des éléments pour chaque acteur présent, mais certains groupes d'acteurs ont été mis en avant.

Pour l'engagement des travailleurs, je distinguerai trois étapes : **l'émergence du processus de décision, la décision et l'évaluation**. En effet, ces trois étapes se retrouvent dans le processus de décision. Les acteurs en présence et les ressources utilisées ne sont pas nécessairement les mêmes à chaque moment.

Concernant la fixation des salaires, ce sujet n'est pas abordé dans les Maisons Médicales fonctionnant à l'acte que j'ai rencontrées. Par contre, la contribution financière des indépendants est négociée. Voilà pourquoi, je vais regrouper cette problématique sous l'intitulé : taux de contribution financière des indépendants ou fixation des salaires. Pour ce thème je distinguerai deux étapes : **l'émergence et la décision**. En effet, à aucun moment l'évaluation de cette décision n'a été évoquée.

³ Les relations de pouvoir étudiées s'exercent essentiellement sur le mode de la légitimation avec des moyens d'action qui se concrétisent dans les ressources directes du pouvoir. Il s'agit de ressources directes puisqu'elles se situent au sein de l'équipe et non à l'extérieur. Ces différentes sources sont : **expertise** (en imaginant que A et B ont des intérêts opposés, obtenir le loyalisme de B en s'attribuant des savoirs ou savoir-faire qui légitiment le décideur et sa capacité), **ressources financières et matérielles** (obtenir le loyalisme de B en faisant valoir ses propres revenus ou biens matériels ou en lui octroyant des revenus ou des biens), **information** (comment utiliser l'information dans le processus de décision), **fabrication et type d'utilisation des règles** (obtenir le loyalisme en mettant en évidence ou en interprétant de manière sélective des règles relatives au contenu ou à la procédure), **langage, argumentation et symboles** (obtenir le loyalisme de B en nommant, justifiant soit le contenu, soit la procédure, soit le décideur par une idéologie, des arguments, des justifications, des symboles qui induisent le respect, la reconnaissance positive du contenu, du décideur ou de la procédure). LIENARD G., *Chap. III Approfondissement de l'analyse de la relation de "pouvoir-négociation dans les organisations*, **Notes de cours : éléments de sociologie des organisations dans la sociologie du pouvoir**, OPES 2139 Doc. 43, FOPES, UCL, Louvain-La Neuve, septembre 98, non publié.

⁴ Les différentes stratégies sont la légitimation et la pression. Dans ce travail, il s'agit essentiellement de stratégie de légitimation. Celle-ci peut se faire de trois façons différentes : légitimer les individus, légitimer la procédure ou le contenu. Les pratiques possibles lors d'une stratégie de légitimation sont : **loyalisme et implication plus demande de négociation** (attitude positive mais revendicatrice de B vers A), **loyalisme / voice négociation** (attitude revendicatrice de B qui demande à A d'investir, voire d'accepter des compromis, coût pour A). Il peut y avoir également de la non-implication (pas d'entrée active dans la relation de pouvoir). Les stratégies de pression peuvent être : **de pression légitimée** (attitude de B qui oblige que A utilise des ressources pour lui apporter réponse, cela devient coûteux à A), **de pression non légitimée avec menace de la force et de passage à l'acte**. LIENARD G., *Chap. III Approfondissement de l'analyse de la relation de "pouvoir-négociation dans les organisations*, **Notes de cours : éléments de sociologie des organisations dans la sociologie du pouvoir**, OPES 2139, Doc.43, septembre 98.

Ces tableaux permettront dans un second temps de faire l'analyse comparative entre les Maisons Médicales.

MAISON MÉDICALE A

CARTE D'IDENTITÉ

Mode de financement : Acte

Date de création : 08/1992

Type d'autogestion : autogestion directe (l'équipe = AG = CA)

C'est l'ensemble de l'équipe qui prend les décisions.

Fréquence des réunions :

AG : 1/an

CA : 1/an

Equipe : 1/semaine (toutes les décisions se prennent en équipe)

Nombre de travailleurs : 9 (6 indépendants, 2 salariés et 1 ALE)

Nombre de patients : 1200

Pas de pool financier commun

Répartition des salaires :

Les soignants INAMI (indépendants) sont payés par les patients pour les actes qu'ils effectuent et rétrocèdent un loyer à l'asbl. Le salarié non INAMI est payé en fonction du barème et subventionné par la Région.

SYNTHÈSE APPROUVÉE PAR LES ACTEURS SUR LA PROCÉDURE D'ENGAGEMENT.

"Les candidats sont recrutés par des annonces ou des candidatures spontanées. Ils sont reçus en interview par l'ensemble de l'équipe et c'est généralement un médecin généraliste qui pose les questions ou, suivant la profession à engager, ce peut être la profession concernée. Ces questions sont spontanées et il n'existe pas de questionnaire préétabli. Ensuite, l'équipe en débat à la réunion et les travailleurs essaient de prendre la décision à la majorité absolue avec un vote à main levée. Le critère de sélection est surtout le feeling.

Chacun des travailleurs trouve sa place dans les débats et la prise de décision. Personne n'est désigné pour animer les débats (répartition du temps de parole...) et il est dit que les médecins aiment bien parler. Chacun se sent concerné et l'avis de chacun est pris en compte.

Rien n'est stipulé dans les statuts ou le règlement d'ordre intérieur quant aux procédures d'engagement.

Le fait de prendre ce genre de décision fait que les travailleurs se sentent plus concernés par la gestion de l'a.s.b.l. et ils sentent que la voix de chacun est importante (répartition des responsabilités). Les travailleurs se sentent collectivement responsables de la décision. Ils sont encouragés à prendre plus d'initiatives et notamment dans la gestion de l'a.s.b.l. (ex : responsabilité de la caisse, l'encodage...).

Selon les personnes rencontrées la présence d'un tiers compliquerait les débats puisque les engagements se font au feeling. L'équipe attache beaucoup d'importance à la convivialité des travailleurs entre eux et à la bonne entente."

SYNTHÈSE APPROUVÉE PAR LES ACTEURS SUR LA FIXATION DES SALAIRES.

"Le salarié est subsidié par la Région et son salaire dépend des subsides octroyés et des changements de législation. Les indépendants contribuent aux frais de fonctionnement de la maison médicale en restituant une partie de leurs honoraires sous forme de loyer.

Lorsque ce sujet est mis à l'ordre du jour, c'est l'ensemble de l'équipe qui prend part aux débats et aux décisions.

La répartition des salaires influence les relations entre les travailleurs dans la mesure où le statut d'indépendant n'est pas « évident », « facile ». Cela crée des tensions. Certains indépendants veulent parfois contrôler le travail du salarié car ce sont eux qui ramènent l'argent pour que la maison médicale fonctionne. Pour le salarié, cette situation peut être très frustrante. Ce genre de problème se gère souvent de personne à personne sauf si ça implique l'ensemble de l'équipe.

Les critères de répartition des revenus actuels sont satisfaisants pour les indépendants puisque ceux-ci sont payés en fonction du travail fourni (travail à l'acte). De plus, les subsides pour le salarié vont être augmentés, ce qui permettra de le payer conformément au barème.

Le salarié quant à lui est actuellement frustré de la situation car il est sous payé.

L'utilité de la présence d'un tiers dans ces circonstances est mitigée. Certains trouvent (entre autres le salarié) que ça permettrait aux personnes qui ont du mal à s'exprimer de prendre plus facilement la parole. D'autres pensent que ça accentue la gravité des problèmes.

Il existe parfois au sein de l'équipe une différence entre le pouvoir des salariés et des indépendants mais globalement il n'existe pas de différence réelle dans le pouvoir, la possibilité de prise de parole...

Il est difficile pour le salarié de prendre ce genre de décision et de participer aux débats. Heureusement que certaines alliances se forment dans l'équipe pour le soutenir. Pour les indépendants cela ne pose pas de problème." Il est dit en fin d'entretien que "l'affectif rentre parfois trop en ligne de compte mais que par contre l'équipe est très soudée affectivement."

TABLEAU RÉCAPITULATIF EN TERMES DE RELATION DE POUVOIR ENTRE LES TRAVAILLEURS PAR RAPPORT AUX DEUX ENJEUX : ENGAGEMENT D'UN TRAVAILLEUR ET FIXATION DES SALAIRES.

Engagement d'un travailleur

	Emergence	Décision	Evaluation
Acteurs	Tous les membres de l'équipe	Tous les membres de l'équipe	Néant
Positions	<ul style="list-style-type: none"> - un médecin pose les questions - les autres observent et peuvent intervenir - suivant les professions à engager, parfois la profession concernée pose des questions 	<ul style="list-style-type: none"> - les médecins prennent davantage la parole - l'avis de chacun est pris en compte 	Néant
Ressources	<p><i>Médecin :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Expertise - Langage, argumentation et symboliques <p><i>Profession concernée :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Expertise 	<p><i>Médecins :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Expertise - Langage, argumentation et symboles 	Néant
Pratiques et stratégies	Stratégie de légitimation : attitude de loyalisme et implication plus demande de négociation	Stratégie de légitimation : attitude de loyalisme et implication plus demande de négociation	Néant

Fixation des salaires ou taux de contribution financière des indépendants

	Émergence	Décision
Acteurs	L'ensemble de l'équipe	L'ensemble de l'équipe
Positions	<ul style="list-style-type: none"> - les indépendants contribuent financièrement au fonctionnement de la M.M. - les salariés sont subventionnés par la Région et soumis au barème légal 	<ul style="list-style-type: none"> - les indépendants contribuent financièrement au fonctionnement de la M.M. - les salariés sont subventionnés par la Région et soumis au barème légal
Ressources	<i>Indépendants :</i> <ul style="list-style-type: none"> - Expertise - Ressources financières et matérielles - Langage, argumentation et symboles 	<i>Indépendants :</i> <ul style="list-style-type: none"> - Expertise - Ressources financières et matérielles - Langage, argumentation et symboles
Pratiques et stratégies	Stratégie de légitimation : loyalisme/implication plus demande de négociation	<ul style="list-style-type: none"> - stratégie de pression légitimée par les indépendants - stratégie de légitimation : loyalisme/implication plus demande de négociation

Engagement d'un travailleur

Lors des deux étapes du processus (émergence et décision), tous les acteurs sont présents mais les positions de chacun sont différentes suivant la profession et le statut. Le médecin semble détenir un savoir qui légitime sa capacité à poser les questions, et d'obtenir une grande facilité au niveau du langage. Suivant la profession à engager (il n'a pas été stipulé de quelle profession il s'agissait), la personne concernée par le secteur aura également une légitimité au niveau du savoir. Les autres personnes seront davantage observatrices et émettront leurs opinions quant au feeling qu'elles ressentent par rapport aux candidats. Mais ce pouvoir ne représente pas le même poids dans la négociation.

De plus, cette maison médicale est peu structurée quant à la manière de prendre les décisions, de mener les débats, de répartir la prise de parole et de prendre en compte la parole de chacun. Rien n'est stipulé dans le règlement d'ordre intérieur ou les statuts.

Etant donné que l'engagement des travailleurs est ressenti comme une décision qui ne pose pas beaucoup de problèmes, les attitudes des minorités seront positives tout en pouvant être aussi négociatrices. Il s'agit de stratégie de négociation puisque aucune pression ne rentre en ligne de compte. De plus, pour prendre la décision, il faut obtenir la majorité absolue et le vote se fait à main levée. Cela signifie qu'il faut convaincre l'ensemble des travailleurs et que la

négociation sera sûrement nécessaire. Par contre, le vote à main levée peut être un moyen pour contrôler la décision de chacun et pointer la personne qui se mettra « en dehors du droit chemin ».

Grâce aux liens affectifs entre les travailleurs et à une identité forte autour du projet, chacun semble trouver sa place dans l'équipe et est satisfait du mode de fonctionnement. Chacun peut donner son avis, sa façon de voir les choses, mais cette parole ne sera pas prise en compte de la même façon si on se retrouve dans une minorité.

Lors de l'entretien, l'évaluation n'a été abordée à aucun moment.

Le taux de contribution financière des indépendants et fixation des salaires

Lors des deux étapes du processus de décision, l'ensemble des travailleurs sont présents mais à nouveau les positions de chacun sont différentes suivant le statut. En effet, les indépendants apportent une contribution financière à l'association que les salariés ne peuvent pas amener. Cette ressource donne la possibilité aux indépendants d'utiliser une stratégie de pression légitimée si le salarié montre son mécontentement. Dans la mesure du possible, il utilisera la stratégie de légitimation qui nécessite la négociation pour éviter que la "bonne entente" de l'équipe ne soit entravée. La seule ressource du salarié sera de faire alliance sur des critères affectifs avec des acteurs qui possèdent les ressources.

Lors de ce type de décision, la défense des minorités n'est pas assurée, ce qui peut amener des sentiments de frustration. Par exemple : le salarié semblait être le seul à trouver un intérêt à la présence d'un tiers dans les débats, mais cet intérêt n'a pas trouvé écho chez les travailleurs indépendants. S'il existe un conflit ouvert, il est demandé aux personnes concernées de trouver un accord entre elles. Cependant, dans cette confrontation entre deux personnes, chacune d'entre elles ne possède pas les mêmes ressources et le conflit ne peut être résolu d'une manière équitable.

MAISON MÉDICALE B

CARTE D'IDENTITÉ

Mode de financement : Acte

Date de création : 1976

Type d'autogestion : autogestion indirecte avec délégation au CA.

Conditions pour être membre du CA : avoir un statut d'indépendant.

Le CA : pouvoir de décision

L'AG : pouvoir de concertation

Une personne est désignée comme coordinatrice de la maison médicale.

Fréquence des réunions :

AG : 1/an

CA : 1/semaine

Equipe entière : 1/mois

Par secteur : 1/semaine

Nombre de travailleurs : 10 (5 indépendants et 5 salariés)

Nombre de patients : environ 1800

Pas de pool financier commun

Répartition des salaires :

Les soignants INAMI (indépendants) sont payés par les patients pour les actes qu'ils effectuent et rétrocèdent un pourcentage à l'asbl (30% pour le psychiatre, 20% pour les Médecins Généralistes, 15% pour les Kinés). Les salariés non INAMI sont payés en fonction du barème et subventionnés par la Région.

SYNTHÈSE APPROUVÉE PAR LES ACTEURS SUR LA PROCÉDURE D'ENGAGEMENT.

"Le recrutement des candidats est très variable. Il peut se faire par connaissance ou par annonces diverses. Un comité de sélection composé de volontaires, de travailleurs du secteur et d'un indépendant (membre du CA) est chargé de recevoir les candidats. Une première sélection est effectuée par ce comité et ensuite les derniers candidats sont vus par l'ensemble de l'équipe. Un questionnaire est préétabli lors de la réunion du secteur concerné et il y a également une part plus ou moins importante laissée à l'improvisation (tout en ayant un souci de suivre un questionnaire). Lors des premiers entretiens de sélection ce sera davantage une personne du CA qui posera les questions, mais les autres personnes présentes peuvent intervenir (elles le feront plutôt suivant leur personnalité). Au dernier entretien avec l'ensemble de l'équipe, tout le monde peut poser des questions.

Le retour du comité de sélection se fait par compte-rendu, d'une façon informelle (entre deux portes) ou en réunion d'équipe." Selon les travailleurs interrogés : "Celui-ci est très satisfaisant. Il peut y avoir, à ce moment-là, des "souteneurs" de candidats qui vont faire leur « campagne » pour l'un ou l'autre. Tout travailleur a un droit de veto lors de la décision s'il considère qu'il ne pourra absolument pas travailler avec une personne.

L'A.G. (= l'équipe) donne un avis au C.A. (après débat et vote). Le CA prend la décision finale tout en suivant quasi systématiquement l'avis de l'AG. Le CA peut trancher en cas de manque d'avis tranché de l'AG.

Les décisions en AG se prennent par des votes à main levée sauf si une personne demande le vote secret. Les décisions sont prises lors des réunions d'équipe mensuelles.

Un membre du CA anime les réunions et ce sont les salariés qui prennent note. Le temps de parole est réparti grâce au tour de table avec un temps de parole égal. Chacun peut prendre facilement la parole.

Rien n'est stipulé dans les statuts ou le règlement d'ordre intérieur concernant la procédure d'engagement. Il existe une période d'essai avec évaluation après 3 ou 6 mois. Cette évaluation est faite par l'ensemble de l'équipe et a lieu si un problème survient avec la personne engagée ou si un problème a eu lieu récemment avec un autre travailleur. Cette évaluation n'est pas systématique. Le fait de prendre part à ce genre de décision est très motivant. Le contraire pourrait être une frustration. C'est important pour la vie de l'équipe, l'idéologie du projet, et pour mener un projet en commun. L'organisation mise en place laisse un pouvoir à chacun. Ce qui est plus gênant, ce sont les « campagnes » faites dans les couloirs lors de la procédure d'engagement, mais c'est le jeu de la démocratie. Il peut y avoir un tiraillement dans l'équipe s'il existe déjà d'autres problèmes au même moment dans l'équipe. La parole de tous les

travailleurs est prise en compte de la même façon lors des débats et des prises de décisions en équipe. Et si des clivages peuvent exister, ils ne s'établissent pas nécessairement entre les indépendants et les salariés.

La responsabilité de cette décision est collective. Cette responsabilité amène l'ensemble des travailleurs à prendre plus d'initiatives dans leur travail (par exemple : se charger de la continuité d'un travail tant qu'on n'a pas engagé quelqu'un pour remplacer une personne manquante). Ce qui ne serait peut être pas vrai si l'ensemble des travailleurs n'était pas impliqué dans la prise de décision."

Pour les travailleurs, "la présence d'un tiers ne semble pas nécessaire ni souhaitée. En effet, il existe des méthodes techniques qui permettent de prendre des décisions et de laisser une place à chacun (ex : vote secret si nécessaire). Cette présence pourrait accélérer les prises de décisions en cas de crise mais l'équipe n'en a jamais senti l'utilité."

SYNTHÈSE APPROUVÉE PAR LES ACTEURS SUR LA FIXATION DES SALAIRES.

"Les changements de salaires sont mis à l'ordre du jour s'il y a une modification législative ou si des opportunités au niveau des subsides permettent d'avoir un meilleur barème pour les salariés. Les salariés sont subsidiés par la Région. Il existe une volonté positive de la part du CA pour obtenir un mieux pour les salariés. Pour les indépendants, chacun laisse un pourcentage de ses revenus pour les frais de fonctionnement de la maison médicale et les heures de travail hors curatif des indépendants. Ce pourcentage pourra être discuté lors de l'engagement ou s'il existe une crise financière.

C'est le CA qui propose de mettre le point à l'ordre du jour et qui prend les décisions. Ce point peut également être mis à l'ordre du jour par les membres de l'équipe. Il existe une grande transparence dans les prises de décision du CA (PV à disposition des membres de l'équipe, comptes-rendus oraux à l'équipe...). L'équipe a un pouvoir de consultation par le CA. Si les indépendants sont amenés à devoir faire un effort budgétaire, il sera également demandé aux salariés de faire des efforts, mais toujours dans le respect de certaines règles (ex : chercher de nouveaux subsides pour des projets qui restent dans l'idéologie de la maison médicale).

C'est le CA qui prend les décisions concernant les revenus. Lorsqu'il y a des crises financières, il existe un esprit de solidarité. Les indépendants peuvent apporter une contribution financière et les salariés une contribution au niveau de leur disponibilité. L'équipe peut aussi proposer des contres-propositions au CA qui seront analysées par celui-ci. Les salariés peuvent également avoir recours au syndicat."

Selon les travailleurs interrogés, "la répartition des salaires n'a pas d'incidence sur les relations entre travailleurs, même s'il y a une disparité entre les salariés et les indépendants. Les indépendants peuvent souffrir d'insécurité par rapport à une stabilité de revenus des salariés. La différence de salaire n'est pas connue par les salariés mais ils pourraient le savoir. Cela leur importe peu."

Pour les travailleurs rencontrés, "les critères de répartition de salaires actuels sont satisfaisants (les indépendants suivant le nombre d'actes qu'ils font et les salariés payés au barème légal). Il faudrait cependant que les indépendants puissent avoir la même sécurité de revenus que les salariés."

TABLEAU RÉCAPITULATIF EN TERMES DE RELATION DE POUVOIR ENTRE LES TRAVAILLEURS PAR RAPPORT AUX DEUX ENJEUX : ENGAGEMENT D'UN TRAVAILLEUR ET FIXATION DES SALAIRES.

Engagement d'un travailleur

	Emergence	Décision	Evaluation
Acteurs	<p><i>1^{er} temps :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Un membre du CA - Volontaires - Travailleurs du secteur <p><i>2^{ème} temps :</i></p> <p>L'ensemble des travailleurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le CA - L'ensemble des travailleurs 	<ul style="list-style-type: none"> - L'ensemble des travailleurs - CA
Positions	<p><i>1^{er} temps :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La personne du CA pose les questions - Les autres observent et peuvent poser des questions - Les travailleurs du secteur ont préétabli un questionnaire <p><i>2^{ème} temps :</i></p> <p>L'ensemble des travailleurs peut poser des questions</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le CA a le pouvoir de la décision finale - L'AG a un pouvoir de consultation et un droit de veto 	<ul style="list-style-type: none"> - L'ensemble des travailleurs peut donner son avis - Si une sanction doit être prise c'est le CA qui en a le pouvoir
Ressources	<p><i>CA :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Expertise - Langage, argumentation et symboliques - Information : contenu <p><i>Travailleurs du secteur :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Expertise - Information : contenu <p><i>Volontaire :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Information : contenu 	<p><i>CA :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Expertise - Langage, argumentation et symboliques - Fabrication et type d'utilisation des règles 	<p><i>CA :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Expertise - Langage, argumentation et symboliques - Fabrication et type d'utilisation des règles
Pratiques et stratégies	<p>Stratégie de légitimation : attitude de loyalisme et implication plus demande de négociation</p>	<p>Stratégie de légitimation : attitude de loyalisme et implication plus demande de négociation</p>	<p>Stratégie de légitimation : attitude de loyalisme et implication plus demande de négociation</p>

Fixation des salaires ou taux de contribution financière des indépendants

	Émergence	Décision
Acteurs	CA = indépendants	CA = indépendants
Positions	<ul style="list-style-type: none"> - Les indépendants contribuent financièrement au fonctionnement de la M.M. - Les salariés sont subventionnés par la Région et soumis au barème légal 	<ul style="list-style-type: none"> - Les indépendants contribuent financièrement au fonctionnement de la M.M. - Les salariés sont subventionnés par la Région et soumis au barème légal
Ressources	<i>Indépendants :</i> <ul style="list-style-type: none"> - Expertise - Ressources financières et matérielles - Langage, argumentation et symboles 	<i>Indépendants :</i> <ul style="list-style-type: none"> - Expertise - Ressources financières et matérielles - Langage, argumentation et symboles
Pratiques et stratégies	Non implication des personnes non membres du CA	Non implication des personnes non membres du CA

Engagement d'un travailleur

Lors de l'émergence du processus de décision, un comité de sélection est constitué. Celui-ci détiendra la ressource de l'information sur le contenu. Il pourra également faire pression sur les autres membres de l'équipe pour orienter leur choix. Les membres du CA semblent reconnus par le savoir qu'ils détiennent et par leur capacité de langage, et d'argumentation, puisque ce sont eux qui posent les questions aux candidats. Les travailleurs du secteur concerné sont quant à eux reconnus dans leurs savoirs puisque ce sont eux qui préétablissent le questionnaire.

Lors de la consultation avec l'ensemble des travailleurs, chacun aura le sentiment d'être entendu et de pouvoir donner son avis. La négociation pourra avoir lieu. Mais à nouveau, les membres du CA sont en possession de ressources que les autres n'ont pas. De plus, la décision finale étant prise par le CA, celui-ci pourra mettre en évidence ou interpréter de façon sélective la procédure. Cependant, les salariés ont un droit de veto et peuvent donc, s'ils le désirent, utiliser un moyen de pression pour empêcher le CA de prendre une décision qui ne leur conviendrait pas.

Lors de l'évaluation, le pouvoir est à nouveau inégal entre les acteurs de par les ressources qu'ils possèdent et du pouvoir de décision qu'ils ont.

On peut donc dire que cette maison médicale est fortement structurée au niveau des prises de décisions. Elle est également organisée d'une façon hiérarchique, puisque le pouvoir de décision revient au CA composé

exclusivement de travailleurs indépendants. Tous les travailleurs ont un pouvoir d'avis et un rôle consultatif qui semblent les satisfaire.

L'accès à l'information est structuré et est garanti par des retours en équipe et des compte-rendus. Les débats sont animés par une personne du CA qui répartit la parole entre les travailleurs. Cependant, la prise de notes par les salariés n'empêche-t-elle pas une certaine prise de parole ?

Tous les travailleurs se sentent écoutés et pris en compte.

Le taux de contribution financière des indépendants et fixation des salaires

Dans ce processus de décision, les acteurs ne rentrent pas dans l'exercice actif de la relation de pouvoir, puisque leurs objectifs ne sont pas vécus comme opposés et contraires. Chacun se sent uni dans un projet commun. Il semble tout à fait légitime que les personnes qui possèdent les ressources financières et matérielles décident pour les autres, dans la mesure où les salariés sont convaincus que les décisions prises à leur égard seront en leur faveur.

Il semble que l'affectif rentre fortement en ligne de compte par "l'esprit de solidarité" qui y règne. Les salariés, qui n'ont pas de pouvoir de décisions, ne revendiquent pas une autre place et sont loyaux envers les décideurs. Ces derniers se comportent en "bon père de famille". L'organisation de cette équipe repose sur une vie participative des travailleurs grâce au rôle de consultation, sur les notions de vie en équipe et de solidarité.

MAISON MÉDICALE C

CARTE D'IDENTITÉ

Mode de financement : Forfait

Date de création : 1986

Type d'autogestion : autogestion indirecte avec usagers dans l'AG.

Récemment, l'équipe a décidé de déléguer plus de pouvoir au CA (3 membres de l'équipe) pour avoir plus d'efficacité dans la gestion quotidienne et les prises de décisions. Le CA est élu tous les 2 ans et tout membre de l'équipe peut poser sa candidature pour devenir membre du CA. Cette équipe est dans une période de test et de transition.

Fréquence des réunions :

AG : 2/an

CA : 1/semaine

Condition pour être membre du C.A. : être membre de l'équipe

Equipe : 1/semaine

Nombre de travailleurs : 15 (7 indépendants, 8 salariés)

Nombre de patients : 2200

Présence d'un pool financier commun

Répartition des salaires :

Egalité salariale pour tous les travailleurs. Seul le temps de travail est pris en compte.

SYNTHÈSE APPROUVÉE PAR LES ACTEURS SUR LA PROCÉDURE D'ENGAGEMENT

"Les candidats sont surtout recrutés par bouche à oreille et par le biais d'une revue inter – Maisons Médicales. C'est le CA qui reçoit les candidats. Un questionnaire est préétabli par un membre du CA et les trois membres mènent l'interview. Le CA décide de l'engagement. Il donne l'information à l'équipe, parfois après l'engagement. Ce fonctionnement est nouveau. Avant, il y avait une présélection faite par un comité et l'équipe prenait la décision finale. Maintenant, les décisions se prennent jusqu'au bout par le CA puisque l'autre méthode n'était pas efficace et reposait trop sur des critères affectifs. Après trois mois d'engagement, il y a une évaluation effectuée par l'équipe. Un membre de l'équipe peut émettre le souhait de ne pas engager une personne et le soumettre au CA. Sa parole sera prise en compte. Les usagers membres de l'AG ne participent pas à ces décisions puisque l'AG ne s'occupe pas de la gestion du personnel. Elle a pour rôle d'approuver les budgets et les grandes orientations de la maison médicale.

Les décisions du CA sont prises par consensus. Avant, il y avait un vote à majorité simple par l'équipe (vote à main levée)."

Selon les travailleurs interrogés, "les membres de l'équipe sont satisfaits du fonctionnement actuel puisqu'au moment de l'évaluation du travailleur chacun peut prendre la parole facilement. Un animateur (volontaire avec un mandat d'un an) est chargé de répartir le temps de parole de chacun. Les personnes qui le désirent demandent la parole ou on effectue un tour de table.

Rien n'est stipulé dans le règlement d'ordre intérieur ou les statuts concernant la procédure d'engagement puisqu'il s'agit d'un fonctionnement qui est en test.

Les travailleurs sont motivés dans leur travail puisqu'ils ont chacun le pouvoir de s'exprimer et d'apporter quelque chose. Lors de l'engagement, l'avis du secteur est important mais pas uniquement.

L'ensemble de l'équipe se sent responsable de la décision (mais beaucoup de choses reposent sur les épaules du CA). Le fait d'avoir cette responsabilité entraîne une plus grande prise d'initiative, comme celle de s'intéresser aux autres secteurs, d'organiser certaines choses dans la maison médicale qui ne sont pas directement liées à la fonction pour laquelle le travailleur a été engagé.

Pour les acteurs rencontrés, "la présence d'un tiers lors de l'engagement d'un travailleur n'est pas utile. Par contre, la présence d'un extérieur "expert" a été pertinente pour le changement de l'architecture institutionnelle effectuée récemment. Mais l'avis reste partagé entre les travailleurs."

SYNTHÈSE APPROUVÉE PAR LES ACTEURS SUR LA FIXATION DES SALAIRES

"Ce thème est débattu en équipe et l'AG valide la décision prise en équipe. Il est à l'ordre du jour en fonction des disponibilités budgétaires. Le sujet est proposé par le CA et tout membre de l'équipe peut soumettre ce sujet au CA.

Les usagers ne prennent pas part aux débats mais il existe une certaine transparence. Ils participent à la décision finale.

Pour certains, l'inégalité salariale entraînerait un désinvestissement. Cependant, l'égalité salariale ne garantit pas le fait que chacun s'investisse de la

même façon. Tout le monde ne prend peut-être pas ses responsabilités comme il devrait les prendre. C'est davantage la non hiérarchie que l'égalité salariale qui a une influence sur les relations entre les travailleurs, le fait que chacun a quelque chose à dire.

Les critères d'une bonne répartition des salaires seraient de prendre en compte :

- l'ancienneté dans le secteur,
- l'âge,
- la responsabilité.

Ces critères ne sont pas partagés par l'ensemble des travailleurs.

Il n'y a pas de différence de pouvoir entre les indépendants et les salariés.

La présence d'un tiers pourrait aider puisqu'il s'agit d'un sujet sensible. L'équipe en a déjà eu l'idée."

TABLEAU RÉCAPITULATIF EN TERMES DE RELATION DE POUVOIR ENTRE LES TRAVAILLEURS PAR RAPPORT AUX DEUX ENJEUX : ENGAGEMENT D'UN TRAVAILLEUR ET FIXATION DES SALAIRES.

Engagement d'un travailleur

	Emergence	Décision	Evaluation
Acteurs	CA	CA	L'ensemble des travailleurs
Positions	Le CA reçoit les candidats	Le CA décide de la personne à engager	<ul style="list-style-type: none"> - L'ensemble des travailleurs évalue la personne - Le CA prend des dispositions nécessaires en fonction de l'évaluation
Ressources	CA : <ul style="list-style-type: none"> - Expertise - Langage, argumentation et symboliques - Contenu 	CA : <ul style="list-style-type: none"> - Expertise - Langage, argumentation et symboliques - Contenu 	<i>Tous les travailleurs :</i> <ul style="list-style-type: none"> - Expertise - Langage, argumentation et symboliques - Contenu CA : Fabrication et type d'utilisation des règles
Pratiques et stratégies	Stratégie de légitimation : attitude de loyalisme et implication plus demande de négociation	Stratégie de légitimation : attitude de loyalisme et implication plus demande de négociation	Stratégie de légitimation : attitude de loyalisme et implication plus demande de négociation

Fixation des salaires ou taux de contribution financière des indépendants

	Émergence	Décision
Acteurs	Toute l'équipe de travailleurs	AG (extérieurs, travailleurs)
Positions	- Le sujet est proposé par le CA mais tout membre peut mettre le sujet à l'ordre du jour	- les personnes extérieures prennent part à la décision finale ainsi que les travailleurs
Ressources	<i>Toute l'équipe :</i> - Expertise - Langage, argumentation et symboles	<i>Toute l'équipe :</i> - Expertise - Langage, argumentation et symboles
Pratiques et stratégies	Stratégie de légitimation : loyalisme et voice, négociation	Stratégie de légitimation : loyalisme et voice, négociation

Engagement d'un travailleur

Lors de l'étape d'émergence et de décision, seuls les membres du CA sont présents et prennent part au processus. Ils ont reçu une légitimité par le fait qu'ils ont été élus par l'AG et que leur mandat est limité dans le temps. La négociation se passera donc entre les membres du CA. Suivant les ressources que chaque membre possède, l'un aura plus de poids qu'un autre dans la négociation.

Par contre, lors de l'évaluation, chaque travailleur est présent et peut donner son avis. Cette évaluation est systématique et garantit davantage le fait que chaque travailleur puisse donner ses impressions. La décision finale revenant aux membres du CA, ceux-ci pourront mettre en évidence ou interpréter de façon sélective la procédure. Mais la tournante des membres du CA permet d'éviter ce dérapage dans le temps. De nouveau, suivant les ressources que chaque travailleur possède, certains auront plus d'influence que d'autres. Une répartition de la parole par un animateur (qui change régulièrement) permet de réguler certains déséquilibres (par exemple sur le temps de parole). De plus, les débats se font en équipe avant que la décision ne soit prise par le CA.

On remarque que les usagers n'ont pas une participation importante dans la gestion de l'a.s.b.l. Il s'agit davantage d'un droit de regard puisqu'ils ne prennent pas part aux débats. Les travailleurs semblent satisfaits de la nouvelle organisation et y trouvent un intérêt au niveau rentabilité et gain d'énergie. Ils ne se sentent pas pour autant moins responsables et désinvestis de la gestion de la maison médicale. Il ne semble pas y avoir de minorité qui se dégage, si ce n'est celle des membres qui ne s'investissent pas "comme il faudrait" dans le projet.

La présence d'un tiers a pu aider à la réorganisation institutionnelle. On y a d'ailleurs eu recours.

Fixation des salaires

Lorsque ce thème est à l'ordre du jour, tous les travailleurs participent aux débats et un consensus s'en dégage. Il ne semble pas se dégager de façon visible des acteurs forts et faibles. Chacun trouve sa place et ce sera suivant les ressources que l'on possède que l'on pourra légitimer sa position. Les personnes qui s'investissent davantage dans le projet auront sans doute une plus grande légitimité. C'est essentiellement l'expertise et le langage (par le fait notamment des responsabilités qui l'accompagnent), l'argumentation et les symboles qui seront utilisés comme ressources. La négociation est mise à l'œuvre pour ce type de décision.

De nouveau, la place des usagers est assez faible dans ce processus de décision.

MAISON MÉDICALE D

CARTE D'IDENTITÉ

Mode de financement : Forfait

Date de création : 1996 (elle est l'émanation d'une maison médicale plus ancienne)

Type d'autogestion : autogestion indirecte avec extérieurs non usagers dans l'AG⁵.

Fréquence des réunions :

AG : 1/an

CA : 1/trimestre (tous les membres de l'équipe sont membres du CA)

Equipe : 1/semaine (toutes les décisions se prennent en équipe)

Nombre de travailleurs : 10 (3 indépendants, 7 salariés)

Nombre de patients : 1800

Présence d'un pool financier commun

Répartition des salaires :

Egalité salariale pour tous les travailleurs. Seuls l'ancienneté et le temps de travail sont pris en compte. De plus, les médecins, kinés et infirmiers ont 5 jours de congé par an supplémentaires.

SYNTHÈSE APPROUVÉE PAR LES ACTEURS SUR LA PROCÉDURE D'ENGAGEMENT

"La recherche des candidats se fait essentiellement via des connaissances (des personnes qui ont déjà fait des remplacements et dont on connaît les compétences...). Si l'équipe ne connaît personne, elle a recours à l'appel d'offre. Toute l'équipe reçoit habituellement les candidats (sauf s'il s'agit d'un

⁵ Après l'entretien, j'ai constaté que ces personnes extérieures ne sont pas vraiment vécues comme extérieures puisque ce sont des travailleurs d'une autre maison médicale qui ont travaillé dans cette maison médicale lors de sa création.

remplacement). Un questionnaire est préétabli par une personne de l'équipe et soumis à l'équipe s'il y a eu un appel d'offre. L'animateur du mois (une personne de l'équipe est désignée chaque mois pour faire l'animation des réunions) pose les questions. Si cette personne n'est pas à l'aise dans ce type d'exercice, ce sera un médecin ou l'animateur de quartier qui le fera. C'est surtout une question de personnalité et cette responsabilité n'est pas attachée à une fonction particulière.

La décision finale est prise par le CA (c'est-à-dire l'équipe). Les personnes extérieures ne participent pas aux débats et aux décisions. Les décisions se prennent par vote secret (souci de systématiser le vote secret pour éviter d'y avoir recours uniquement en cas de problèmes).

Dans ces moments, chacun trouve sa place dans les débats. Il s'agit d'un sujet qui ne pose pas de problème. Le tour de table peut être parfois pratiqué.

Il est stipulé dans les statuts que le CA prend la décision de l'engagement.

Le fait de prendre ce genre de décision est une évidence et nous ne pourrions pas imaginer un autre fonctionnement. Ce type de décision doit être pris en équipe."

Pour le médecin, "l'autogestion aide à la prise d'initiative et garantit la prise en charge décisionnelle de tous. L'initiative du médecin n'est pas influencée par l'autogestion. Pour les non-médicaux, "nous nous retrouvons beaucoup plus dans l'autogestion. Le fait que chaque professionnel ait le même pouvoir permet de donner une autre image et une autre fonction de la médecine.

La présence d'un tiers ne serait pas nécessaire pour la question de l'engagement parce qu'il existe un sentiment d'appartenance fort au sein de la Maison Médicale. Par contre, ça pourrait être utile pour une question d'organisation institutionnelle."

SYNTHÈSE APPROUVÉE PAR LES ACTEURS SUR LA FIXATION DES SALAIRES

"Tous les membres de l'équipe peuvent mettre le point à l'ordre du jour. Le point est mis au tableau pour la réunion d'équipe. Le sujet peut d'abord se discuter dans les couloirs avant de devenir "officiel".

C'est le CA qui prend la décision finale à ce sujet. Les extérieurs ne participent pas aux débats. La répartition des salaires n'a pas vraiment d'influence sur les relations entre les travailleurs. Le fait d'aborder et de devoir débattre de ce sujet amène parfois des tensions qui font peur. Certains sujets ne sont ainsi jamais abordés. Il existe des questions qui ne sont jamais totalement réglées et qui sont toujours en débat.

La présence d'un tiers pourrait aider pour une aide technique (distribuer la parole...) et pour avoir l'avis d'extérieurs à la "bulle" maison médicale. Il serait préférable que ce soient des représentants de la société civile plutôt que des patients et qu'ils ne soient pas invités pour une question concrète et précise, mais d'une façon plus régulière avec un investissement régulier.

Les critères de bonne répartition des salaires seraient :"

- Pour les non médecins : "l'égalité salariale comme appliquée actuellement dans la maison médicale est un système cohérent."

- Pour le médecin, "il faudrait prendre en compte la responsabilité et l'investissement de chacun ainsi que la fonction exercée et les connaissances acquises. Nous, médecins, voulons être payés plus parce que nous pensons être plus investis, avoir plus de connaissances acquises.

Il n'y a pas de différence de pouvoir entre les indépendants et les salariés au sein de la maison médicale."

TABLEAU RÉCAPITULATIF EN TERMES DE RELATION DE POUVOIR ENTRE LES TRAVAILLEURS PAR RAPPORT AUX DEUX ENJEUX : ENGAGEMENT D'UN TRAVAILLEUR ET FIXATION DES SALAIRES.

Engagement d'un travailleur

	Emergence	Décision	Evaluation
Acteurs	Tous les membres de l'équipe	Tous les membres de l'équipe	Néant
Positions	<ul style="list-style-type: none"> - L'animateur du mois pose les questions - Les autres peuvent intervenir à tout moment 	<ul style="list-style-type: none"> - L'animateur du mois gère les débats et répartit la parole - Tous les membres peuvent prendre la parole et décider 	Néant
Ressources	<i>Toute l'équipe :</i> <ul style="list-style-type: none"> - Expertise - Langage, argumentation et symboliques 	<i>Toute l'équipe :</i> <ul style="list-style-type: none"> - Expertise - Langage, argumentation et symboliques 	Néant
Pratiques et stratégies	Stratégie de légitimation : attitude de loyalisme et implication plus demande de négociation	Stratégie de légitimation : attitude de loyalisme et implication plus demande de négociation	Néant

Fixation des salaires ou taux de contribution financière des indépendants

	Émergence	Décision
Acteurs	Tous les membres de l'équipe = CA	Tous les membres de l'équipe = CA
Positions	<ul style="list-style-type: none">- Tous les membres peuvent apporter le sujet en débat- Les médecins ne sont pas satisfaits du fonctionnement actuel	<ul style="list-style-type: none">- Tous les membres prennent part à la décision
Ressources	<i>Toute l'équipe :</i> <ul style="list-style-type: none">- Expertise- Langage, argumentation et symboles	<i>Toute l'équipe :</i> <ul style="list-style-type: none">- Expertise- Langage, argumentation et symboles
Pratiques et stratégies	Stratégie de légitimation : loyalisme / voice, négociation	Stratégie de légitimation : loyalisme / voice, négociation

Engagement d'un travailleur

Lors du processus de décision, l'ensemble des travailleurs est présent et prend part aux débats. L'animateur du mois garantit la répartition de la parole. Il semble reconnu dans sa capacité de langage puisque c'est lui qui pose les questions. Cependant, s'il ne désire pas exercer ce rôle, c'est une personne davantage reconnue par l'équipe qui prendra cette fonction. Le vote secret systématique assure, dans la prise de décision, une plus grande liberté de la part de chaque acteur et évite des pressions possibles. Les ressources utilisées seront l'expertise et le langage, l'argumentation et les symboliques. Il ne semble pas se dégager de minorité dans l'équipe.

L'évaluation n'a pas été énoncée lors de l'entretien. Les personnes extérieures ne participent pas au processus de décision. Chacun semble trouver sa place dans les débats et les prises de décisions.

Fixation des salaires

Tous les membres de l'équipe sont présents lors des débats et la prise de décision. Tout comme lors de l'engagement, les ressources utilisées sont l'expertise et le langage, l'argumentation et les symboliques. L'expertise peut être utilisée dans la négociation pour reconnaître la responsabilité de certaines professions dans la fixation des salaires. De plus, les médecins ne sont pas satisfaits du fonctionnement actuel et peuvent faire davantage pression.

Cependant, l'idéologie du projet met en question la position de force que les médecins peuvent avoir. Les acteurs ayant plus de poids dans la négociation

pourraient être les médecins mais étant donné qu'ils sont minoritaires en nombre et que les autres travailleurs font bloc, ils ne sont pas réellement en position de force. Il n'existe donc pas réellement de grands écarts de possession de ressources entre les acteurs.

Les extérieurs n'interviennent que pour valider une décision lors de l'AG budgétaire. Pourtant, il semble se dégager un intérêt pour faire intervenir des extérieurs, mais qui ne soient pas impliqués dans une autre maison médicale.

Chapitre 4

ANALYSE COMPARATIVE DES ENTRETIENS

Dans le chapitre précédent, un tableau synthétique a permis de mieux repérer les relations de pouvoir entre les acteurs de chaque Maison Médicale interrogée. Le présent chapitre est consacré dans un premier temps à effectuer une analyse comparative entre les différentes organisations pour mettre en avant ce qu'un type de fonctionnement induit en termes de relations de pouvoir par rapport à un autre. Dans un second temps, les différentes variables présentes dans les Maisons Médicales (comme le système de financement, la date de création, le type d'autogestion mis en œuvre,...) seront mis en relation pour voir dans quelle mesure l'une ou l'autre permet d'atteindre plus facilement les objectifs fixés par les Maisons Médicales.

ANALYSE COMPARATIVE DES ENTRETIENS EN TERMES DE RELATIONS DE POUVOIR EXISTANTES AU SEIN DES MAISONS MÉDICALES

Les dynamiques de relations de pouvoir entre les acteurs étant très différentes dans les deux situations étudiées, à savoir l'engagement des travailleurs et la fixation des salaires ou le taux de contribution financière des indépendants, je scinde les deux processus de décision dans l'analyse comparative. En effet, les acteurs présents, leurs positions, les ressources et les stratégies en présence sont très différents dans chaque situation. Ceci peut se justifier par le fait que les objectifs sont plus opposés dans une situation que dans l'autre et que l'exercice actif de la relation de pouvoir sera plus présent selon le degré d'opposition.

L'ENGAGEMENT DES TRAVAILLEURS

On remarque que malgré le fait que trois Maisons Médicales sur quatre fonctionnent en autogestion indirecte (c'est-à-dire avec une délégation au CA), l'ensemble des travailleurs se retrouvent souvent à chaque étape du processus. Il est à noter que pour la maison médicale D, la délégation au CA est constituée de l'ensemble des membres de l'équipe. Seules les personnes extérieures ne font pas partie de cette délégation. Beaucoup de décisions se prennent donc en équipe et pas nécessairement lors de CA organisés.

Seule la maison médicale C a une délégation plus forte au CA et ce dernier est le seul acteur présent dans les étapes d'émergence et de décision. Cependant pour la Maison Médicale B, la décision finale revient quand même au CA qui est composé exclusivement de travailleurs indépendants (soignants INAMI).

Cela signifie donc que, pour des décisions qui concernent l'ensemble de l'équipe, il existe une forte implication de celle-ci. Lorsqu'il existe une réelle délégation au CA comme pour les Maisons Médicales B et C, cette délégation se fait souvent pour la gestion quotidienne.

Dans les Maisons Médicales B et C où le CA a un pouvoir bien défini, on constate qu'il y a un grand nombre de ressources présentes et notamment la fabrication et le type d'utilisation des règles. Cette ressource n'est d'ailleurs présente que dans ces Maisons Médicales. Certains acteurs et entre autres les membres du CA possèdent donc plus de ressources que d'autres. Par contre, dans les Maisons Médicales A et D sans forte délégation au CA (ou si le CA représente l'ensemble des travailleurs), les ressources sont plus limitées et elles apparaissent moins clairement pour chaque acteur. Elles existent davantage d'une manière informelle. De plus, chacun a théoriquement le même pouvoir de décision.

Il est donc important de garantir une tournante dans les mandats octroyés et de donner la possibilité à tous les travailleurs d'accéder à ce lieu de pouvoir pour ne pas figer les acteurs dans des places de pouvoir. Il est sans doute même nécessaire de rendre obligatoire cette tournante pour garantir la place de chacun dans l'organisation. Ce principe est présent dans la maison médicale C.

Le fait que l'ensemble des travailleurs soient présents à chaque étape du processus et qu'ils aient un même pouvoir de décision officiel semble rendre inutile l'évaluation de l'engagement. En effet, dans les Maisons Médicales A et D où le CA n'est pas un acteur à part entière et avec un pouvoir propre, il n'y a pas d'évaluation ou du moins elle n'a pas été évoquée. Comme si le fait d'avoir pris la décision de façon collégiale garantissait le choix effectué à long terme.

Par contre, dans les Maisons Médicales où tous les acteurs ne sont pas présents aux étapes d'émergence et de décision (ou du moins où les acteurs n'ont pas le même pouvoir officiellement), l'évaluation est une étape importante pour que chaque travailleur puisse s'exprimer. Cette étape permet à chacun de se sentir responsable de la décision.

La stratégie utilisée dans chaque Maison Médicale est la légitimation. Pour rappel, il existe trois manières de légitimer : légitimer les individus, légitimer par la procédure ou légitimer par le contenu à partir de principes.

Cette stratégie permet à chaque acteur d'être impliqué et la négociation entre ceux-ci est très présente. Les personnes ayant plus de ressources vont avoir une attitude positive mais négociatrice vis-à-vis des personnes ayant moins de ressources. Il n'est pas nécessaire d'utiliser la pression puisque l'objectif à atteindre est assez convergent.

Dans la Maison Médicale B où seuls les indépendants ont accès à la décision finale, un droit de veto existe et peut devenir un moyen de pression. Mais il ne semble jamais avoir été utilisé. Le vote à main levée peut également être un moyen de pression pour contrôler la décision de chacun.

Les ressources mises en œuvre sont essentiellement celles du langage, de l'argumentation et des symboliques ainsi que l'expertise. En effet, dans la mesure où chacun peut donner son avis, la personne, qui peut plus aisément prendre la parole et amener des arguments pertinents, sera davantage prise en compte dans sa parole. De plus, pour les Maisons Médicales appartenant à un projet idéologique fort, les personnes incarnant cet aspect auront également une place importante dans la négociation.

La circulation de la parole entre chaque acteur ne dépend pas nécessairement du type d'organisation autogestionnaire mis en œuvre. Elle dépend davantage de l'organisation interne, de la désignation d'un animateur (et selon le critère de désignation de celui-ci), de la reconnaissance de chacun au sein de l'équipe. En effet, dans la Maison Médicale B, où l'organisation est très structurée, la place des indépendants est prépondérante dans la prise de parole.

Le type de fonctionnement autogestionnaire (avec délégation au CA ou pas) aura une influence sur les relations de pouvoir entre les acteurs puisqu'il existe une plus grande différence de ressources disponibles entre les acteurs. Ce fonctionnement semble correspondre à une plus grande efficacité, mais il doit alors mettre en œuvre des outils pour garantir la place de chacun dans le processus de décision. Ces outils sont :

- le recours à une évaluation avec l'ensemble des travailleurs,
- l'obligation d'une tournante dans la distribution des mandats,
- la présence d'un animateur (idéalement en tournante) pour distribuer la parole,
- un vote secret.

Pour les Maisons Médicales sans délégation réelle à un CA, certains outils doivent également être mis en œuvre lors du processus de décision pour garantir une certaine efficacité. Il s'agit de :

- la pratique d'une évaluation (ce n'est pas parce qu'on choisit ensemble un travailleur qu'il est nécessairement sans défaut),
- la réalisation d'un questionnaire préalable à l'entretien (pour que des critères objectifs se dégagent),
- un vote secret,
- la présence d'un animateur (idéalement en tournante) pour distribuer la parole.

LA FIXATION DES SALAIRES ET LE TAUX DE CONTRIBUTION FINANCIÈRE DES INDÉPENDANTS

La fixation des salaires ou le taux de contribution financière des indépendants est un sujet beaucoup plus délicat et chaque acteur peut viser des objectifs différents voire opposés. Les ressources et les stratégies mises en œuvre varient fortement d'une Maison Médicale à l'autre.

Dans trois Maisons Médicales (A, C et D) sur quatre, l'ensemble des membres de l'équipe participe au processus de décision. On peut dès lors émettre la même hypothèse que pour l'engagement des travailleurs, à savoir que lorsqu'il s'agit d'une décision qui concerne l'ensemble de l'équipe, celle-ci est impliquée dans le processus même s'il existe une délégation au CA. Seule dans la Maison Médicale (B), où le CA est composé exclusivement d'indépendants (soignants INAMI), l'ensemble des travailleurs n'est pas intégré dans le processus de décision. Les membres du CA sont les seuls acteurs présents aux différentes étapes.

On constate une grande différence de positions des acteurs suivant le système de financement de la Maison Médicale et suivant qu'il existe un

pool financier commun ou non⁶(il est nécessaire d'insister sur la notion de pool financier commun puisqu'elle semble influencer, autant que le système de financement, la position de chaque acteur). En effet, dans les Maisons Médicales fonctionnant à l'acte avec absence d'un pool commun (A et B), les soignants INAMI sont davantage des « propriétaires privés » puisqu'ils contribuent financièrement au fonctionnement de l'organisation. Tandis que dans les Maisons Médicales au forfait avec pool financier commun (C et D), il s'agit davantage d'une « propriété sociale » avec une mutualisation des ressources. La contribution financière de certains travailleurs par rapport à d'autres est dès lors nettement moins présente.

Dans les Maisons Médicales à l'acte sans pool commun (A et B), les travailleurs indépendants (soignants INAMI) pourront avoir une place de « patron » auprès des salariés (non soignants INAMI). Le rapport de force sera difficile puisque certains possèdent les ressources financières et matérielles en plus de l'expertise et du langage, de l'argumentation et des symboliques. Dans ce cas-là, on repère deux stratégies :

- Les personnes minoritaires pratiquent la non implication parce qu'elles considèrent que les objectifs ne sont pas différents ni opposés et qu'elles font confiance aux personnes possédant les ressources. De plus, les acteurs minoritaires de cette organisation n'ont pas de droit de décision et ne sentent sans doute pas la possibilité d'un rapport de force assez important.

- Les personnes minoritaires pratiquent la légitimation avec une attitude revendicatrice pour être reconnues (c'est l'attitude utilisée dans une maison médicale où les minoritaires ont accès à la décision et aux débats). Mais les acteurs possédant les ressources ont la possibilité d'utiliser la stratégie de pression légitimée s'ils n'arrivent pas à leurs fins.

Dans les Maisons Médicales avec un pool commun, la stratégie utilisée sera la légitimation avec négociation et revendication. La différence de position entre les acteurs est moins marquée et dépendra des ressources d'expertise et de langage, d'argumentation et d'utilisation de symboles que chacun possède. De nouveau, suivant les connaissances et le charisme que l'on a, chacun n'aura pas la même place dans les négociations et ne sera pas entendu de la même façon. Le vote secret permet à chacun de prendre la décision qui lui semble être la bonne.

Le type de fonctionnement autogestionnaire n'aura pas nécessairement beaucoup d'influence sur les relations de pouvoir entre les acteurs. On remarque que même avec la présence d'une délégation au CA, l'ensemble des travailleurs peut prendre part au processus de décision. Ce qui influence davantage les relations de pouvoir, ce seront le type de financement et la présence d'un pool commun ou non puisque certains acteurs auront la possibilité d'avoir recours à des ressources que d'autres n'ont pas (ressources financières et matérielles). De plus, il est nécessaire que chacun puisse prendre part aux décisions puisqu'il n'existe pas d'évaluation susceptible de modifier les décisions.

⁶ Les Maisons Médicales au forfait constituent un pool financier commun de par leur type de financement. On assiste alors à une négociation collective entre les travailleurs, qu'ils soient salariés ou indépendants. Certaines Maisons Médicales à l'acte constituent également un pool financier commun. D'autres pas et on assiste alors à une négociation collective entre travailleurs indépendants qui laissent un pourcentage de leurs revenus à la Maison Médicale pour les frais de fonctionnement.

ANALYSE COMPARATIVE EXPLORATOIRE : LA RELATION ENTRE LE MODE D'ORGANISATION ET DIVERSES VARIABLES

Les différents témoignages étudiés nous montrent bien la disparité qui existe dans les modes de fonctionnement des Maisons Médicales, dans les perceptions des travailleurs (qui peuvent être différentes pour les travailleurs d'une même maison médicale), dans la place donnée à chaque travailleur. Cependant, on retrouve pour l'ensemble des Maisons Médicales une idéologie forte et un sentiment d'appartenance au projet. Si on se réfère à la typologie des configurations de Mintzberg, les Maisons Médicales correspondent actuellement (et compte tenu de leur évolution) à la configuration hybride missionnaire et professionnelle dans la mesure notamment où l'idéologie est très forte, où il existe un ajustement mutuel et où les travailleurs sont hautement qualifiés. Cette classification théorique permet de mieux visualiser le type d'organisation auquel on se réfère et de mieux comprendre une série de fonctionnements au sein des Maisons Médicales, comme par exemple le fait que des travailleurs peuvent accepter d'être payés en dessous d'un barème légal par implication idéologique dans un projet.

CRITÈRES DE RESSEMBLANCE ET DE COMPARAISON ENTRE LE SYSTÈME IDÉAL D'AUTOGESTION ET LES QUATRE MAISONS MÉDICALES INTERROGÉES

Durant l'élaboration de ce travail, j'ai émis des objectifs et des hypothèses qu'il est important de reprendre pour entreprendre l'analyse comparative des entretiens. En effet, les Maisons Médicales ne pratiquent pas l'autogestion par hasard mais bien comme outil pour permettre de mieux accéder à certains objectifs qu'elles se sont fixés.

Le fonctionnement autogestionnaire est appliqué dès le départ dans les Maisons Médicales avec comme objectif premier ***la sauvegarde et le développement de l'autonomie du patient***. Dans ce contexte, la hiérarchie dans l'équipe des soignants lui est défavorable.

En effet, les Maisons Médicales reconnaissent la nécessité de concertation entre les différents membres de l'équipe, concertation qui doit se dérouler dans une équipe non-hiérarchisée étant donné que chaque membre y contribue selon la qualité de sa relation avec le patient et la compréhension qu'il a de lui en tant que personne, bien plus qu'en raison de compétences techniques spécifiques.

La non-hiérarchie signifie donc que les travailleurs de la Maison Médicale **se sentent reconnus, qu'ils puissent prendre part aux décisions, avoir des responsabilités et prendre des initiatives de la même façon.**

L'égalité salariale est également considérée comme étant un outil pour arriver à un plus grand partage des responsabilités entre les travailleurs et à une reconnaissance égale de chaque discipline. Reconnaissance qui permet une vision plus globale de la santé.

Les Maisons Médicales prônent la dispensation de soins :

- **globaux** : envisager l'ensemble des aspects du problème qu'ils soient psychologiques, organiques, familiaux, sociaux, physiologiques, économiques et culturels ;
- **intégrés** : intégration dans le même service de soins de santé primaires d'activités curatives, préventives, d'éducation à la santé et de revalidation ;
- **continus** : toutes les informations du patient (son passé biologique, affectif...) sont prises en considération au moment adéquat par les travailleurs de la Maison Médicale.

Il est important de vérifier dans quelle mesure le système autogestionnaire répond plus adéquatement à l'application de ces objectifs.

Le modèle autogestionnaire en Maisons Médicales présente idéalement les caractéristiques suivantes :

- une équipe pluridisciplinaire ;
- une organisation égalitaire : droit à la parole et droit de décision ;
- un partage des responsabilités ;
- une répartition plus égalitaire des revenus ;
- la participation de la majorité des travailleurs au sein des organes de gestion et de décision de l'institution, entre autres par l'appartenance de tous les travailleurs à l'AG ;
- la non hiérarchie ;
- la présence de patients, représentants du champ politique et social au sein des organes de gestion et de décision de l'institution.

Les quatre organisations étudiées sont constituées d'une équipe pluridisciplinaire. Par contre, les autres caractéristiques ne s'y retrouvent pas nécessairement. Nous allons tenter d'analyser d'une manière comparative et d'après les données récoltées, les facteurs qui permettent d'accéder au mieux aux objectifs fixés.

Afin de rendre la lecture plus aisée, je constitue au préalable un tableau comparatif des quatre Maisons Médicales étudiées et reprends les critères les plus significatifs qui reviennent tout au long de l'analyse.

	A	B	C	D
Type de financement	Acte	Acte	Forfait	Forfait
Présence d'un pool financier commun	NON	NON	OUI	OUI
Présence d'une délégation au CA	NON	OUI	OUI	NON
Conditions pour être membre du CA	Aucune	Avoir le statut d'indépendant	Etre membre de l'équipe	Tous les membres de l'équipe

ANALYSE COMPARATIVE EXPLORATOIRE

Pour réaliser cette analyse comparative, les questions posées dépendent des objectifs de départ et s'appliquent aux deux enjeux que nous avons délimités à savoir l'engagement des travailleurs et la fixation des salaires (ou le taux de contribution financière des indépendants).

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

Ces questions reprennent donc les éléments qui ont poussé les Maisons Médicales à fonctionner en autogestion. En y répondant, je tente de répondre à ma question de départ : est-ce qu'un type de fonctionnement autogestionnaire permet d'atteindre au mieux les objectifs des Maisons Médicales?

Je vais donc reprendre les questions ci-dessus et analyser les réponses obtenues lors des entretiens sans oublier les facteurs que j'avais observés lors du premier questionnaire et qui semblent également avoir une incidence sur ces objectifs. Je tiens compte à la fois du type de fonctionnement autogestionnaire, du mode de financement et de la date de création des Maisons Médicales interrogées.

1. Est-ce que le mode d'organisation influence le partage des responsabilités?

Le partage des responsabilités diffère suivant la décision à prendre et l'organisation de la maison médicale. Lors de l'engagement d'un travailleur, il semble se dégager un consensus pour que l'ensemble des membres de l'équipe participe au processus de décision. Cette participation se situe à des degrés divers de responsabilité suivant le type d'organisation et aura, comme nous l'avons vu précédemment, une incidence sur les relations de pouvoir entre les acteurs. Ces différents degrés de responsabilité sont les suivants :

- pouvoir de décision finale ou de consultation,
- participation aux entretiens de sélection,
- évaluation.

Chaque travailleur se sent concerné par cette décision. En effet, l'entente entre les membres de l'équipe étant un élément important dans le travail, il ne serait pas concevable qu'une nouvelle personne leur soit désignée d'office.

Par contre, pour la fixation des salaires, il semble que le mode de financement ait une plus forte influence sur le partage des responsabilités que le type d'organisation autogestionnaire.

Dans les Maisons Médicales au forfait, où il y a un pool financier commun, l'apport financier des soignants n'est pas mis en avant. Les factures sont effectuées au nom de la maison médicale et ne correspondent pas directement au travail de l'une ou l'autre personne.

Dans les Maisons Médicales à l'acte, où il n'y a pas de pool financier commun, les non-soignants sont soumis à l'apport financier des soignants INAMI. Un rapport de force existe et les responsabilités ne sont pas partagées de la même façon. Ainsi, que ce soit d'une façon formelle ou non, il semble que les non-soignants constituent une minorité avec moins de responsabilités au niveau de la gestion de l'a.s.b.l.

Dans la maison médicale A qui fonctionne en autogestion directe avec l'acte comme système de financement, la répartition des responsabilités est moins bien désignée formellement et permet davantage de chevauchement que dans la maison médicale B fonctionnant à l'acte avec une forte délégation au CA. C'est suivant sa personnalité que le salarié (non soignant INAMI), arrivera à trouver des alliances pour établir un rapport de force. Mais ces alliances peuvent être très fragiles et ne se construisent pas nécessairement sur des critères objectifs mais plutôt sur des critères affectifs. On peut donc dire que pour ces deux Maisons Médicales, et étant donné les rapports de forces qui existent, les responsabilités ne sont pas réparties équitablement entre les travailleurs.

L'organisation autogestionnaire avec délégation au CA entraîne une moins grande égalité dans la répartition des responsabilités qui se situent au niveau de la gestion quotidienne. Cependant, les questions avec un enjeu important sont

débatues en équipe. Cette différence de responsabilité n'entrave pas les objectifs de départ des Maisons Médicales, dans la mesure où il existe une rotation des personnes mandatées au CA et que chaque travailleur peut accéder aux lieux de décision.

La présence de personnes extérieures dans l'AG de la maison médicale peut avoir une influence sur la capacité des membres de l'équipe à être ouverts au regard extérieur et à avoir un souci d'ouverture dans les débats, les prises de décisions... Cependant, dans les Maisons Médicales que j'ai rencontrées ce n'est pas réellement le regard extérieur mis en place qui assure le partage de responsabilités, puisqu'il a un pouvoir très restreint au sein de l'a.s.b.l.

L'âge de la maison médicale ne semble pas non plus être un critère favorisant le partage des responsabilités.

On remarque que le fait d'être dans une organisation à configuration missionnaire permet à l'idéologie dominante d'occulter les rapports de forces existants et de les rendre informels. Ceux-ci ne sont pas désignés explicitement et ne permettent pas aux minoritaires d'exercer pleinement leur rôle de responsabilité.

Lorsque les rapports de force sont bien désignés et qu'ils sont immuables, comme dans la Maison Médicale B, on constate une certaine soumission et confiance aveugle envers "les dirigeants".

Il semble donc impératif d'avoir à la fois une désignation claire des lieux de décisions mais également une rotation des mandats de chacun pour assurer un partage des responsabilités le plus optimal possible.

2. Est-ce que le mode d'organisation influence la reconnaissance de chacun?

La reconnaissance des travailleurs se situent à trois niveaux :

- la place de chacun dans le projet,
- la reconnaissance financière,
- la reconnaissance dans le statut.

Tous les travailleurs que j'ai rencontrés disent être reconnus dans leur travail et dans la place qu'ils occupent au sein de la maison médicale quel que soit le type d'autogestion mis en place. Ils sont intégrés dans le projet et sentent leur utilité au sein de celui-ci. Ils sont tous partie prenante d'une idéologie forte dans laquelle ils se reconnaissent.

Cependant, l'aspect financier a une forte influence sur la reconnaissance de chaque travailleur.

Dans les Maisons Médicales à l'acte, où il est clair que se sont les travailleurs INAMI qui contribuent financièrement au projet, chaque travailleur n'aura pas la même reconnaissance. Il peut y avoir des sentiments de frustration, de supériorité, de domination, de soumission. A ce moment-là, le statut de salarié et d'indépendant induit, à mon sens, une certaine hiérarchie.

D'autre part, ***dans les Maisons Médicales au forfait*** où on pratique l'égalité salariale, ce sont les médecins et les soignants qui sont davantage frustrés par une non reconnaissance de leur investissement et de leurs connaissances. Il y a une contradiction entre les valeurs de la Maison Médicale,

des individus et celles de la société actuelle. Mais étant donné qu'ils possèdent socialement un autre statut que les non soignants (un médecin a une autre reconnaissance dans la société qu'une secrétaire), la relation de dominance est moins présente. En effet, l'égalité salariale permet de faire contrepoids à la reconnaissance sociale des soignants et à fortiori des médecins. Dans les Maisons Médicales au forfait travaillant au pool commun financier, il n'existe pas cette hiérarchie de statut entre le salarié et l'indépendant.

3. EST-CE QUE LE MODE D'ORGANISATION INFLUENCE LA PRISE D'INITIATIVE ET LA MOTIVATION DANS LE TRAVAIL ?

Chaque travailleur interrogé dit prendre une grande part d'initiative dans son travail et être motivé par celui-ci. Ceci peut se justifier par le fait qu'il y a une très faible division horizontale du travail. Il existe également le souci d'informer les travailleurs et de les sentir concernés par le projet. Un projet autour duquel tous les membres de l'équipe sont unis puisqu'il existe une forte identité institutionnelle.

Cette prise d'initiative est rendue possible par l'adhésion et l'implication des travailleurs dans le projet. Cependant, à partir du moment où une hiérarchie plus formelle est désignée, les travailleurs ont une part d'initiative moins grande et ils attendront les directives pour prendre des nouvelles orientations ou entreprendre de nouveaux projets.

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

4. EST-CE QUE LE MODE D'ORGANISATION INFLUENCE LE DROIT À LA PAROLE ET LES DÉCISIONS ?

Les travailleurs ont tous un droit à la parole et semblent satisfaits de la répartition de celle-ci. Les Maisons Médicales où il y a une délégation du pouvoir au CA, semblent plus structurées dans la distribution de la parole. Cette structuration de la prise de parole est importante pour permettre à chacun de s'exprimer et de donner son avis. Ainsi, la désignation d'un animateur avec un mandat d'une durée limitée est un outil intéressant puisqu'il permet de ne pas figer les rôles. La structuration des prises de décisions et la désignation des lieux de pouvoir sont également des éléments facilitant la pratique démocratique. Dans l'autogestion directe, cette structuration paraît moins présente, ce qui entraîne une moins grande garantie de la prise en compte des minorités.

On remarque que dans la maison médicale plus hiérarchisée, les minoritaires font preuve de loyalisme envers les "dirigeants". Ils peuvent exercer une influence dans certaines décisions (comme l'engagement des travailleurs) mais cette influence est conditionnée à leur loyalisme par rapport aux normes et aux missions de l'organisation. Quant à d'autres décisions, ils sont même exclus du débat. On pourrait assister à une "soumission" des travailleurs n'ayant pas le pouvoir envers les "dirigeants".

5. EST-CE QUE LE MODE D'ORGANISATION INFLUENCE LA RÉPARTITION DES REVENUS AU SEIN DE LA MAISON MÉDICALE?

Il semble que le type d'autogestion n'ait pas réellement d'influence sur la répartition des salaires. C'est davantage le mode de financement au forfait et la constitution d'un pool financier commun qui influencent cela. Dans les Maisons Médicales au forfait, il semble y avoir plus de transparence à ce sujet puisque les moyens financiers se retrouvent dans un pool commun et que chacun est au courant de la répartition des revenus. Par contre, dans les Maisons Médicales à l'acte, les salariés ne sont pas toujours au courant des revenus des indépendants.

Le forfait semble donc un bon outil pour mettre en œuvre une plus grande égalité salariale entre les travailleurs mais il ne la garantit pas. Cependant, cette égalité salariale semble être remise en cause par beaucoup de travailleurs. On remarque par ce sujet, que l'idéologie des Maisons Médicales est en mutation. Ainsi, dans notre société, il existe une hiérarchie des salaires en fonction du diplôme, d'une responsabilité exercée... qui n'est pas prise en compte dans le système d'égalité salariale. Autrefois, ce qui se faisait à l'extérieur des Maisons Médicales était vécu comme un contre-exemple et les travailleurs étaient fiers de leur idéologie. Actuellement, la contestation est beaucoup moins forte et semble parfois même désuète.

6. EST-CE QUE LA RÉPARTITION DES REVENUS INFLUENCE LES RELATIONS ENTRE TRAVAILLEURS ET LA RECONNAISSANCE DE CHACUN?

La répartition des revenus a une influence sur les relations entre les travailleurs et la reconnaissance de chacun. En effet, on remarque que la hiérarchie des revenus et des statuts (salariés/indépendants) entraîne une hiérarchie entre les travailleurs qui n'est pas toujours formelle mais qui est ressentie.

Par ailleurs, le mode de financement influence davantage ces relations, dans la mesure où il désigne clairement les travailleurs qui apportent les moyens financiers dans l'organisation ou pas. Le fait que certains travailleurs fassent vivre financièrement la maison médicale suppose qu'ils n'ont pas la même place que les autres opérateurs. Ils sont en quelque sorte les propriétaires (avec un statut d'indépendant) alors que les autres sont des employés salariés. Ce système semble aller à l'encontre du principe d'égalité.

D'autre part, la question reste sensible dans les Maisons Médicales qui fonctionnent au forfait et où il existe une égalité salariale. Les médecins, principalement, ne se sentant pas reconnus par rapport à leurs connaissances et responsabilités, les relations entre les travailleurs peuvent être parfois difficiles surtout lorsque le sujet est abordé. Il y a dès lors une confrontation d'idéologie et d'intérêt. On peut également se poser la question : dans quelle mesure n'y aurait-il pas une plus grande reconnaissance du médecin qui accepte ou subit le fait d'être payé au même barème que la secrétaire?

7. EST-CE QUE LE MODE D'ORGANISATION INFLUENCE LA GARANTIE DE LA DISPENSATION DE SOINS GLOBAUX, INTÉGRÉS ET CONTINUS?

Un des outils pour assurer les soins globaux et intégrés est la transdisciplinarité, c'est-à-dire que chaque professionnel rentre en interaction avec les autres professionnels. Chaque discipline ne reste pas uniquement dans sa

sphère mais a une approche des autres sphères et l'intègre dans son travail. Or, il semble que lorsque qu'il existe une hiérarchie de statuts, cette transdisciplinarité soit plus difficilement mise en pratique. Elle existera entre les soignants indépendants (qu'ils soient médecins, kinés ou infirmiers) mais sera plus difficile avec les non-soignants INAMI salariés. De nouveau, cette difficulté part du mode de financement à l'acte et du fait qu'il n'existe pas de pool financier commun.

Le forfait semble un outil intéressant pour dispenser des soins intégrés et globaux. En effet, financièrement les travailleurs auront intérêt à ce que leurs patients soient en meilleure santé possible. Economiquement, il est donc intéressant de faire de la prévention proactive. De même, le fait d'intégrer l'aspect psychologique et social dans les soins de santé permet de démedicaliser certaines demandes et de soulager les soignants INAMI.

Dans la dispensation de soins globaux, intégrés et continus, la coordination a un rôle très important. Or, on constate que dans une organisation plus hiérarchisée officiellement, les réunions ne se font qu'à raison d'une fois par mois pour l'ensemble de l'équipe. Une réunion hebdomadaire existe pour les différents secteurs. La coordination entre tous les travailleurs est donc beaucoup moins présente et empêche quelque peu la réalisation des objectifs.

8. EST-CE QUE LA PRÉSENCE D'EXTÉRIEURS (USAGERS OU NON) ENTRAÎNE PLUS D'ÉGALITÉ ENTRE TRAVAILLEURS ?

Dans les deux Maisons Médicales interrogées où il y a une présence d'extérieurs, le pouvoir et l'influence directe de ces derniers ne sont pas réels. En effet, ils ne participent pas aux débats et ne sont même pas toujours vécus comme des extérieurs puisqu'il s'agit de travailleurs d'une autre maison médicale qui ont aidé à la création de la maison médicale. A aucun moment de l'entretien, leur présence n'a semblé avoir d'influence sur la façon de fonctionner, ni sur les relations de pouvoir entre les travailleurs.

Cependant, je crois que ce n'est pas par hasard que ces Maisons Médicales fonctionnent au forfait et pratiquent l'égalité salariale. Ce sont d'ailleurs ces Maisons Médicales qui sont les plus ouvertes à l'apport d'extérieurs pour la gestion des conflits ou l'organisation institutionnelle. Le regard extérieur peut en même temps garantir la reconnaissance de chacun, la prise de parole... et une plus grande égalité entre les travailleurs. J'ai pu d'ailleurs constater que dans les Maisons Médicales sans présence d'extérieurs, ce sont davantage les professions dominantes dans l'organisation qui ne souhaitent pas cette présence d'extérieurs dans la gestion de l'organisation.

SYNTHÈSE DE L'ANALYSE COMPARATIVE ET DES ÉLÉMENTS DISCRIMINANTS DANS LE FONCTIONNEMENT DES MAISONS MÉDICALES

Tout au long de l'analyse, nous avons relevé des éléments discriminants dans le fonctionnement des Maisons Médicales qu'il est important de mettre en évidence pour en tenir compte dans l'organisation concrète du système autogestionnaire. Ce paragraphe reprendra donc ces éléments d'une manière synthétique. Je tenterai également d'évaluer dans quelle mesure la typologie hypothétique d'organisation autogestionnaire énoncée par la Fédération des

Maisons correspond en termes de relations de pouvoir entre les acteurs à ce que j'ai pu observer.

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

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

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

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

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

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

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

Dans quelle mesure la typologie hypothétique d'organisation autogestionnaire en Maisons Médicales énoncée par la Fédération et décrite en première partie de ce travail est-elle valide ? Nous avons déjà constaté à la suite du premier questionnaire qu'elle correspondait bien schématiquement aux

différents types de fonctionnement existant au sein des Maisons Médicales. En effet, quasiment toutes les Maisons Médicales interrogées correspondaient à l'un des schémas proposés dans la typologie hypothétique.

Cependant, est-ce que les hypothèses énoncées en termes de relations de pouvoir entre les acteurs correspondent à ce que j'ai pu observer lors du deuxième entretien ?

Pour l'autogestion directe, l'hypothèse émise correspond bien à ce que j'ai pu observer. Tous les travailleurs ont accès théoriquement au pouvoir mais la protection des minorités n'est pas assurée dans la mesure où il n'existe pas de structure tampon.

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

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

La Maison Médicale fonctionnant en autogestion indirecte avec présence d'extérieurs non usagers dans l'AG ne considère pas avoir la présence d'extérieurs puisqu'il s'agit d'anciens travailleurs pratiquant toujours dans une autre Maison Médicale. Il n'existe donc pas de stratégies politiques ou syndicales contraires aux buts que l'équipe peut rencontrer. Je n'ai pas pu mesurer l'impact de la présence d'extérieurs dans les relations de pouvoir. Il semble cependant que les débats et les décisions aient lieu préalablement aux AG et que les extérieurs ne soient pas intégrés à cette étape.

CONCLUSIONS GENERALES ET MISES EN PERSPECTIVE

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

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

L'autogestion peut être traduite dans la pratique de façons très différentes. En s'appuyant sur une typologie hypothétique émise par la Fédération des Maisons Médicales et d'après les résultats de la première enquête, nous avons pu classer les Maisons Médicales en 5 types de fonctionnement autogestionnaire. Les critères portaient sur : une délégation au CA ou pas, la participation d'extérieurs usagers ou non dans les lieux de décisions. Les résultats de cette première enquête semblent indiquer que la date de création et le système de financement pratiqué sont des facteurs influençants.

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

Il existe également une grande disparité quant au choix du système autogestionnaire en fonction de la date de création. Les jeunes Maisons Médicales qui intègrent des extérieurs choisiront davantage des représentants du monde politique, social ou culturel, tandis que les Maisons Médicales plus anciennes avaient choisi des représentants des patients. Ce changement peut s'expliquer par le fait que la relation patients/soignants au sein de lieux de décision n'est pas toujours facile à gérer. Dans quelle mesure un patient osera-t-il contraindre son médecin? C'est peut-être l'expérience des plus anciens qui a provoqué cette transformation.

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

La pratique de l'égalité salariale se vit davantage dans les Maisons Médicales intégrant des personnes extérieures dans leur AG et à fortiori s'il s'agit d'usagers.

A la suite de cette première enquête, qui a permis de faire un état des lieux du fonctionnement autogestionnaire en Maisons Médicales et de déterminer les facteurs influençant le recours à un type d'autogestion plutôt qu'à un autre, j'ai pu dégager un sous-échantillon de quatre Maisons Médicales pour entreprendre, par guide d'entretien plus qualitatif, une étude exploratoire sur les modes de fonctionnement.

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

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

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

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

1. Ce qui garantit davantage le partage des responsabilités serait :
 - **le mode de financement au forfait avec pool commun,**
 - **l'accès pour tous les travailleurs aux lieux où il y a une prise de responsabilité et la rotation de ces personnes dans ces lieux,**
 - **une désignation claire des lieux de décisions et des personnes mandatées.**

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

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

4. Durant tout ce travail, je me suis posé la question de la pertinence de la présence des **syndicats au sein des lieux de pouvoir des Maisons Médicales.** Il semble, d'après les données que j'ai en ma possession, que la présence d'extérieurs amène plus d'égalité entre les travailleurs. Cependant, il existe une forte réticence dans les Maisons Médicales à intégrer des extérieurs. Cela peut être dû au fait que les Maisons Médicales appartiennent à un projet idéologique fort et qu'elles ont peur du regard extérieur sur leur fonctionnement. "On s'arrange" entre travailleurs et on ne suit pas toujours les réglementations à la lettre. Il me semble donc, d'après les fonctionnements actuels des syndicats et des Maisons Médicales, qu'ils auraient du mal à travailler ensemble. Il faudrait au préalable une ouverture réciproque et une meilleure connaissance l'un de l'autre. L'autogestion fonctionnant encore aujourd'hui dans d'autres institutions, il faudrait que celles-ci se rassemblent pour se faire connaître et être reconnues comme fonctionnement à part entière par les syndicats.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES :

- ARNAUD A.-J., STORY E., *Dictionnaire encyclopédique de théorie et de sociologie du droit*, Librairie Générale du Droit et de jurisprudence, Paris, 1988.
- CHAUVEY D., *Autogestion*, Editions du Seuil, Paris, 1970.
- DALLEMAGNE J.-L., *Autogestion ou dictature du prolétariat*, Union Générale d'éditions, Paris, 1976.
- GUERIN D., *L'anarchisme*, Editions Gallimard, Paris, 1981.
- LEJEUNE E., *L'autogestion?*, Marabout monde moderne, Verviers, 1974.
- MOTHE D., *L'autogestion goutte à goutte*, Editions du Centurion, Paris, 1980.
- NIZET J. et PICHULT F., *Comprendre les organisations, Mintzberg à l'épreuve des faits*, Gaétan Morin Editeur Europe, Paris, 1995.
- PIOTET F., SAINSAULIEU R., *Méthodes pour une sociologie de l'entreprise*, Presses de la Fondation nationale des Sciences politiques, Paris, 1994.
- ROSANVALLON Pierre, *L'âge de l'autogestion*, Editions du Seuil, Paris, 1976.
- SAINSAULIEU R., TIXIER P.-E., MARTY M-O, *Démocratie en organisation*, Librairie des Méridiens, Paris, 1983.

ARTICLE de REVUE :

- GALAND P., MERCENIER P, VANDENBUSSCHE F., Du médecin de famille au centre de santé intégré, in **La Revue Nouvelle**, Tome LIV, n°10, octobre 1971, pp. 309 - 316.

AUTRES DOCUMENTS :

- *Encyclopaedia universalis*, France SA, Corpus 3, 1989.
- Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de santé francophones, *Courrier n°67*, Février 92.
- Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de santé francophones, *Courrier n°68*, mars 92.
- Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de santé francophones, *Courrier n°69*, avril / mai 92.
- Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de santé francophones, *Courrier n°74*, décembre 1992, janvier 1993.
- Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de santé francophones avec le soutien de la Région wallonne, *Maisons Médicales, un outil pour l'avenir*, juin 1995.

- Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de santé francophones, *La Charte des Maisons Médicales*, Bruxelles, novembre 1996.
- Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de santé francophones, *Périodique News*, n°8, septembre 1997.
- Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de santé francophones, *Structure de l'emploi dans le secteur des Maisons Médicales, Données de 1997 à 2000*, Bruxelles, 2000.
- *La grande encyclopédie*, Librairie Larousse, Paris, 1972.
- LIENARD G., *Notes de cours : Eléments de sociologie des organisations dans la sociologie du pouvoir*, in **Approfondissement de l'analyse de la relation de "pouvoir - négociation"**, OPES 2139, Doc. 43, non publié, FOPES, Louvain-La Neuve, septembre 1998.
- VAN DORMAEL M., *Le Centre de Santé Intégré et les Maisons Médicales, jalons pour les soins de santé primaires*, G.E.R.M., cahier n° 152, décembre 1981.

LISTE DES CAHIERS FOPES

Cahiers FOPES - Synthèses

- "L'ACV/CSC s'oppose à l'extrême droite : une exploration idéologique et un instrument pour la formation syndicale", n°1, Juin 1996, 30 p., par Marijke PERSOONE
- "Télécommunications : le service public au service du public ?", n°2, Septembre 1996, 28 p., par Francisco GONZALES
- "Quel contrat de gestion pour la mission d'intérêt public "Épuration des eaux usées domestiques ?" La situation dans la Province de Luxembourg", n°3, Septembre 1997, 28 p., par Claudine LOMMEL
- "L'Éducation permanente au quotidien. Analyse des pratiques collectives", n°4, Novembre 1997, 38 p., par Marina MIRKES.
- "Enseignement professionnel, "classe-atelier" et performances scolaires. Etude comparative de la réussite", n°5, Octobre 1998, 64 p., par André DROUGUET.
- "Est-il possible de concilier impératif éducatif et impératif de rentabilité à l'Euro Space Center ?", n°6, Janvier 1999, 35 p., par Philippe LEDENT.
- "Les contrats de sécurité, éléments d'une politique socio-préventive et sécuritaire porteuse d'une nouvelle forme d'action sociale", n° 7, Mars 1999, 29 p., par Patricia VALEPIN
- "Les cartes de crédit. Le chemin de la liberté ?", n°8, Mars 1999, 30 p., par Maggy GAROT
- "Analyse économique de projet : essai de construction d'une entreprise agricole alternative", n°9, Juin 1999, 35 p., par Marc HANC ISSE et Olivier ROMAIN
- "Le partage égalitaire des tâches familiales : utopie ou réalité conditionnelle ?", n° 10, Septembre 1999, 35 p., par Françoise GENDEBIEN
- "L'école démocratique. Analyse des conditions de fonctionnement démocratique de l'organisation scolaire", n°11, Octobre 1999, 45 p., par E. DE GELAEN et C. HANOT
- "L'avantage concurrentiel de la région Mouscron-Comines-Estaimpuis. Etude de cas", n°12, Janvier 2000, 66 p., par Guy DEVOLDERE
- "Des femmes seules, chefs de ménage à Kikwit : "sujets et acteurs" de leur développement", n°13, Août 2000, 38 p., par Marie- Thérèse NDUMBA
- "Prévenir les rejets organisationnels d'une greffe informatique : solutions ?", n° 14, Septembre 2000, 51 p., par Paul LAURENT
- "Le vide de sens en formation d'adultes : vers un diagnostic identitaire", n°15, Octobre 2000, 44 p., par Walter LARSIMONT
- "Institutrices maternelles, école maternante.", n°16, Novembre 2000, 64 p., par Thierry BODIN
- "Apprendre pour libérer. Analyse de pratiques d'éducation Luttés-Solidarités-Travail", n°17, Décembre 2000, 100 p., par Cécile GERARD
- "Vers une gestion négociée du paysage ? Application au site de Frahan (Bouillon)", n°18, Décembre 2001, 84 p., par Rudi CLAUDOT
- "Analyse de la structure de l'organisation et des rapports sociaux au sein du Parcours d'artistes à Saint-Gilles", n°19, Janvier 2002, 60 p., par Rocío SAENZ

- "Acteurs associatifs et publics : coopération, conflit, indifférence ? Un exemple : le logement", n°20, Juin 2002, 45 p., par Luc Snoeck.
- "Les Agences Immobilières Sociales bruxelloises : politique régionale ou politiques communales ?", n°21, Février 2003, 59 p., par Isabelle JENNES
- "La coordination sociale : enjeux d'un partenariat entre monde associatif, pouvoirs et services publics", n°22, Avril 2003, 47 p., par Marie-Jeanne PAUQUET
- "Hooliganisme : réponse à une crise identitaire ?", n°23, Juin 2003, 61 p., par Etienne NAHON

Cahiers FOPES - Recherches

- "Quelles politiques économiques contre le crise et le chômage", n°1, Mai 1999, 24 p., par Jacques GOUVERNEUR.
- "25 ans de formation "d'acteurs de changement" : un défi relevé ? ", n°2, Novembre 1999, 130 p., par Florence DEGAVRE
- "La question de la taxe Tobin", n°3, Janvier 2001, 66 p., par Nicolas Bardos-Feltoronyi.

POUR COMMANDER

Les Cahiers Fopes peuvent être obtenus au prix de 6€.

Si vous désirez commander un Cahier Fopes, veuillez virer la somme de 6 € sur le compte en **ajoutant 1,50 € pour les frais d'envoi** :

091-0114310-73 de UCL-FOPEMAP

Place de l'Université, 1

1348 LOUVAIN-la-NEUVE

avec mention "Cahier FOPES n°... ou Cahier FOPES - Recherche n°...".

Le "Cahier" vous sera envoyé dès réception du paiement.