

**De la Santé de la Gestion**

**à la Gestion de la Santé**

Textes et documents du week-end de la Fédération.

13 et 14 juin 1992

Fédération

des Maisons Médicales

et Collectifs de Santé

Francophones ASBL.

# Ce qu'il nous fallait in-gérer :

## De la santé de la gestion à la gestion de la santé.

Puisque la mode est à la gestion, parlons-en.

*Réalité incontournable* : impossible de résister à la "concurrence" et de ne pas se perdre dans les arcanes de notre société complexe sans se doter d'outils pour une "bonne gestion".

*Danger imminent* : se contenter de gérer sert aussi à occulter le désert idéologique qui caractérise cette fin de millénaire. Et de vieux démons de se poindre à l'horizon : ils s'appellent racisme, intégrisme, nationalisme,... Il ne suffira pas de gérer rationnellement ces problèmes pour sauver la démocratie.

Nos maisons médicales constituent des îlots de croyance démocratique utiles pour faire face aux problèmes de demain.

La bonne gestion pourrait être un compromis entre l'indispensable efficacité et une solide idéologie, sans jamais la compromettre...

A tous les niveaux : démocratie dans les équipes et à la Fedé, conception de la santé, gestion financière, place que nous occuperons demain dans le système de santé.

Continuer, dès lors, mieux se gérer sans se faire éléger...

Il faut continuer pour contraindre ce qu'on fait, pour discuter et débattre, pour y réfléchir et pour en faire autre chose.

### Programme

#### Samedi 13 juin

- 9 h : *Accueil*
- 10 h 30 : \* *Exposés débats*  
.Eric Mikolajczak, économiste  
.Maison Médicale de Forest
- \* *Autogestion*  
.Marc Delespesse (S.A.W.)  
.Maison Médicale de Tournai
- 12 h 30 : *Dîner*
- 14 h : *4 ateliers :*  
- Gérer un Centre de Santé  
- Gérer la plainte dans une équipe pluridisciplinaire  
- Autogérer  
- Dynamique relationnelle d'une équipe
- 16 h 30 : *Pause*
- 18 h : *Souper*
- 20 h 30 : *Soirée avec animation*

#### Dimanche 14 juin

- 8 h 30 : *Déjeuner*
- 9 h : *Synthèse de la veille*
- 10 h : Luc Carton (économiste, Fondation Travail Université)
- 11 h : *Ateliers* (thème à définir)
- 12 h 30 : *Dîner*
- 14 h : *Synthèse, conclusions et perspectives*

# Table des Matières

## Exposés introductifs

<b>La gestion d'une maison médicale : une approche globale</b>	(Eric Mikolajczak)	2
<b>Quelle gestion pour quels objectifs ?</b>	(Pierre Grippa)	7
<b>Propos sur l'autogestion</b>	(Max Delespesse)	14
<b>Autogestion ...</b>	(Maison Médicale de Toumai)	17

## Ateliers

### 1. Autogérer

<b>L'utopie autogestionnaire</b>		20
<b>Gestion et autogestion</b>		24

### 2. Gérer la plainte

<b>Document</b>		26
<b>Gestion de la plainte ...</b>		27

### 3. Dynamique relationnelle d'une équipe

<b>L'autogestion et le relationnel. Un parcours, une utopie</b>		29
<b>La gestion du relationnel</b>		35

## Exposé final

<b>Santé et gestion. Ambivalences des Centres de santé intégrés</b>	(Luc Carton)	37
---	--------------	----

## ANNEXE

<b>Quand l'un dit "Gestion" ...</b>	(Thierry Poucet)	46
-------------------------------------	------------------	----

# La gestion d'une maison médicale : une approche globale

## Introduction

Vous avez pu lire, comme moi, dans le document annonçant ce week-end intitulé "De la santé de la gestion à la gestion de la santé", la phrase suivante : la bonne gestion pourrait être un compromis entre l'indispensable efficacité et une solide idéologie, sans jamais la compromettre...

Je me sens un peu comme le soldat envoyé sur le front, en première ligne, pour défendre des idées qu'il ne partage qu'en partie ou pour remporter des points dans un débat qui se place d'emblée sur le terrain de l'opposition voire de l'antagonisme.

Et en effet, cette fin de siècle n'est-elle pas marquée par un retour au pouvoir des économistes, des financiers et autres gestionnaires de tout poil, convaincus, tous autant qu'ils sont, de pouvoir apporter une solution aux problèmes tels que déficit des finances publiques, refinancement des communautés, déficit de la sécurité sociale, intégration des immigrés et, sur un plan plus large, retour à la démocratie des pays de l'Est, déséquilibres Nors-Sud, atteintes à l'environnement...

En préparant ce colloque, j'ai eu l'occasion de jeter un coup d'oeil sur quelques articles parus dans le bulletin de la Fédération et j'ai particulièrement apprécié la justesse d'analyse et l'humour décapant de Thierry Poucet dans son article intitulé "Quand l'un dit gestion...". Il est vrai que le mot gestion est devenu dans notre culture totalement incontournable. Il est conjugué à tous les temps et à toutes les sauces et est censé ordonner le désordre inhérent à toutes les actions humaines. Mais il est tout aussi fréquemment opposé aux concepts d'idéologie, d'intégration sociale ou de développement culturel.

Ne nous trompons pas de combat et cessons d'associer le mot gestion exclusivement à société marchande, commerce ou mercantilisme.

La gestion n'est pas la panacée universelle. Gérer n'est pas l'apanage exclusif de spécialistes éclairés guidés par le seul souci de l'efficacité ou du profit financier, s'attribuant tous les pouvoirs pour mieux croquer leurs proies démunies face à la connaissance des mécanismes économiques. Mon but, par cet exposé, sera de vous montrer que gérer est avant tout faire preuve de bon sens dans les actes qui rythment la vie de tous les jours, mais aussi l'art d'utiliser à bon escient les outils adéquats au profit des objectifs poursuivis.

Approche globale dans la réponse apportée aux demandes de soins de santé au niveau primaire, développement d'une politique spécifique en matière de soins, de prévention et d'éducation à la santé pour une population déterminée pouvant y accéder de manière équitable et dans l'optique d'une démarche autonome, mise en place d'un système permanent d'évaluation, tels sont, énoncés de manière synthétiques, les principaux objectifs des maisons médicales et des collectifs de santé. La poursuite de ces objectifs conditionne la mise en commun d'énergies humaines et matérielles dans le cadre d'un projet collectif. En ce sens, l'on peut affirmer qu'ils constituent les jalons des actions de la vie quotidienne et qu'ils sous-tendent l'ensemble des décisions importantes.

**Quels moyens nous donnons-nous pour atteindre ces objectifs ?**

**Quels outils utilisons-nous pour garantir le succès de notre projet ?**

A ce premier aspect des choses, vient s'ajouter la question du choix du mode d'organisation collective le plus approprié, qui permette à la fois de remplir sa mission et à la fois de viser au développement et à l'épanouissement des personnes qui y travaillent. La voie démocratique, "auto-gestionnaire" est sans doute celle qui a rencontré le plus de succès dans la destinée des maisons médicales. Vécue par les uns comme un véritable but en soi, par les autres comme un modèle quelque peu suranné auquel il convient d'adhérer si l'on veut faire par-

tie de l'équipe, totalement remis en question dans certains cas, le concept d'auto-gestion ne peut évidemment être oublié dans un débat comme celui-ci.

Vous me pardonnerez, je l'espère, de faire une entorse aux habitudes en utilisant plutôt le terme de co-gestion. Partant du principe que, dans nos structures, tout travailleur est censé auto-gérer sa conduite, compte tenu de ses capacités, de ses compétences et de sa fonction, il s'agira de savoir comment organiser au mieux la prise en charge collective de la gestion du projet par une participation aux organes de décisions, ceci supposant un partage complet de l'information.

## Des objectifs à la gestion

Administrer, ordonner, organiser, autant de verbes utilisés pour tenter de caractériser l'action de gérer. N'est-il pas le moment de s'arrêter quelque peu sur cette notion ?

Sans viser pour autant la maximisation du profit ou le développement de parts de marché, les maisons médicales font partie d'un secteur plus large que l'on qualifie aujourd'hui, à défaut de trouver mieux, de "non-marchand". La spécificité de ce secteur associatif est d'accomplir des actions sociales, culturelles, de santé, d'éducation et de formation, non pas dans un but de lucre, mais d'intégration, de solidarité et de développement personnel. Ces entreprises non marchandes ne vivent pas à l'écart du reste de la société civile, mais se situent dans un contexte, un environnement semblable à bien des égards à celui rencontré par n'importe quelle société commerciale : réalisation d'activités proposées à des membres, des patients, des clients; achats de biens et de services auprès de fournisseurs; emploi de personnel; relations financières et enfin obligation de se conformer à des lois et des règlements.

Quelle que soit l'ampleur de ses activités, quelles que soient ses relations avec le monde extérieur, une maison médicale vit et se développe, comme une entreprise. Dans un but différent bien sûr, dans un état

d'esprit (un langage ?) particulier. Mais combien de problèmes ne sont-ils pas identiques, et tout particulièrement lorsqu'il s'agit de trouver les moyens pour réaliser les activités ?

Que ce soit sur le plan des moyens matériels et financiers ou sur le plan des ressources humaines, les besoins des entreprises et des associations se rejoignent, voire même rentrent en concurrence. Lequel parmi nous n'a jamais été confronté à la démission d'un collègue, compétent et dynamique, mais séduit par les salaires plus attrayants du privé ?

Comme nous pouvons le voir dans le tableau 1, il existe de nombreuses similitudes entre l'association sans but lucratif et l'entreprise commerciale. Si l'objectif

poursuivi est fondamentalement différent, l'action concrète revêt, sous des origines et des vocables différents, des formes semblables, tant sur le plan des problèmes rencontrés que des moyens à mettre en oeuvre pour y répondre.

L'absence de recherche de profit doit-elle impliquer un rejet complet de toute forme de gestion, de collecte d'informations sur les activités réalisées et sur les moyens à mobiliser, sur les avoirs et les dettes de l'association ?

Bien que nous situant dans le secteur non marchand et donc refusant une évaluation basée uniquement sur la rentabilité, mesurée en termes monétaires, nous dirons que gérer consiste, en fonction des objectifs poursuivis, à administrer un ca-

pital humain, matériel et financier dans le but d'atteindre le meilleur résultat possible.

Mais que recouvre-t-il, ce meilleur résultat possible ?

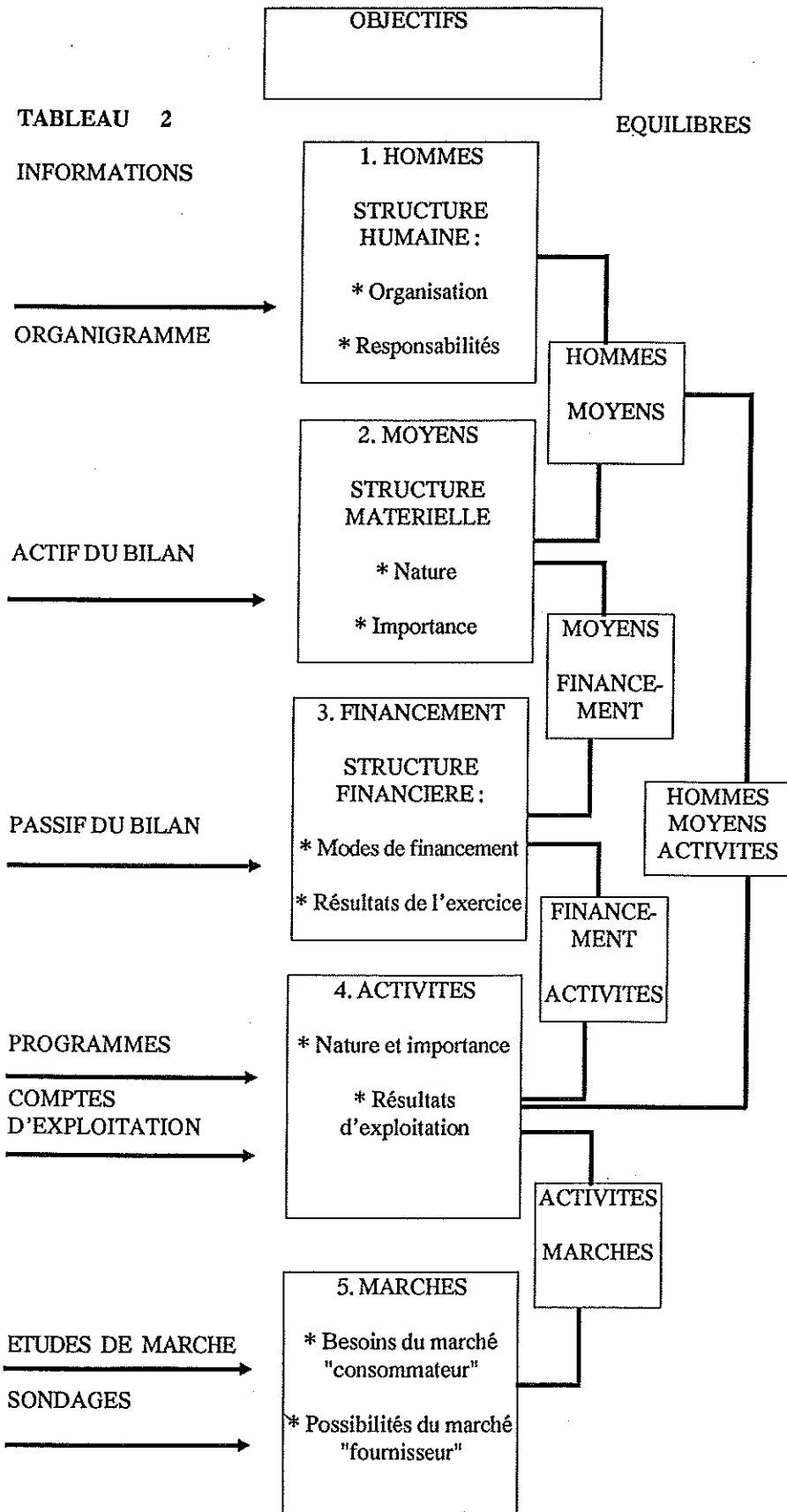
C'est sur ce point que chaque projet affirmera sa différence, en fonction de son histoire, de sa taille, des personnes qui y travaillent, de son contexte local ou régional ...

Gérer, n'est-ce pas rechercher un équilibre permanent ?

Si nous ouvrons le champ de notre analyse et que nous replaçons notre action dans son environnement socio-économique avec lequel elle entretient en perma-

TABLEAU 1	L'ASBL	L'ENTREPRISE
Ce qu'elle fait	ACTIVITE(S)	PRODUIT(S)
Dans quel domaine ?	SECTEUR(S)	MARCHE(S)
A qui est-ce destiné ?	MEMBRES PUBLIC	CLIENT(S)
Dans quel but ?	L'INTERET GENERAL OU DES MEMBRES	L'INTERET MATERIEL OU FINANCIER DES PROPRIETAIRES.
Les Moyens : * matériels  * humains	BIENS D'EQUIPEMENT (INVESTISSEMENTS) BENEVOLES, TRAVAILLEURS (salariés et/ou sous statut subventionné)	BIENS D'EQUIPEMENT (INVESTISSEMENTS) TRAVAILLEURS SALARIES (et/ou sous statut subventionné)
Les Revenus : * de l'activité  * annexes	ACTIVITES GENERATRICES DE REVENUS PROPRES, SUBSIDES DONS, COTISATIONS	CHIFFRE D'AFFAIRES  SUBSIDES (en capital ou intérêts)

**TABLEAU 2**  
INFORMATIONS



nence des relations d'échange, nous voyons que ce monde extérieur, en perpétuelle mouvance, influence directement et indirectement son évolution et son développement.

D'autre part, nos associations sont constituées d'hommes et de femmes qui les font vivre, évoluer et, malheureusement, parfois disparaître.

L'on pourrait représenter nos associations comme des organismes vivants composés de plusieurs organes essentiels, eux-mêmes subdivisés en plusieurs cellules, et qui, comme tous les autres organismes vivants soumis aux pressions internes et aux stimuli externes, se doivent de trouver en permanence un équilibre qui tient compte des fonctions propres à chaque organe. Ceci est essentiel s'ils veulent survivre et se développer.

Le problème se pose lorsque nous constatons que, dans la réalité, ces fonctions sont souvent objectivement contradictoires.

Prenons un exemple :

L'objectif d'une maison médicale consiste à offrir les meilleures conditions d'accès, de prévention et d'éducation à la santé pour tous et plus particulièrement pour une population démunie. Ce choix déterminant quant à la population entraîne inévitablement des conséquences sur le mode et l'ampleur de la rémunération des activités réalisées qui se situent plutôt sur la partie inférieure de l'échelle.

Ce choix n'implique évidemment pas le désir d'offrir une médecine au rabais accomplie par des praticiens de bas niveau. Cette volonté d'avoir dans l'équipe des travailleurs compétents, motivés par une formation et une supervision continues, nécessitera de disposer de moyens financiers suffisants. De même, la poursuite d'un idéal par ces travailleurs ne peut impliquer qu'ils soient rémunérés à des salaires de misère.

Les objectifs de ces deux fonctions, aussi légitimes soient-ils, manifestent une certaine contradiction quant à l'obtention et à l'utilisation des ressources financières.

La mission de la fonction financière, consistant à assurer l'équilibre budgétaire, veillera, car il n'y a pas trente-six solutions possibles, à limiter les dépenses, éventuellement en matière de personnel, et à augmenter les recettes, au besoin en assurant des prestations plus rémunératrices.

Nous voyons donc, par cet exemple, qu'il est nécessaire de rechercher en permanence un équilibre entre les objectifs ou les besoins, relativement contradictoires, des différentes fonctions et ce, au profit de l'objectif fondamental.

#### 2.1. Les sources d'information.

Dans ce souci constant d'obtenir un équilibre entre les différentes fonctions, il est donc nécessaire de disposer d'instruments de mesure et de moyens d'informations adéquats permettant une analyse fiable et juste. Ces informations (I) seront spécifiques à chacun des 5 organes qui composent notre "organisme".

I.1./ Les ressources humaines seront connues à travers l'organigramme, représentation schématisée de l'organisation des hommes et des femmes dans la structure à travers l'attribution de fonctions.

I.2./ Les ressources matérielles, leur nature et leur importance nous apparaîtront dans la partie supérieure de l'actif du bilan - ce qu'on appelle les immobilisations corporelles - où sont répertoriés les moyens matériels (immeubles, véhicules, mobiliers, outillages, machines...) qui appartiennent à l'association et qui constituent en quelque sorte son outil de travail.

I.3./ La structure financière nous renseignant sur le financement de l'ASBL nous sera fournie par le passif du bilan où sont repris les fonds de diverses origines (capitaux propres, emprunts à long ou à court terme) qui permettent de réaliser des activités quelles qu'elles soient.

I.4./ Les activités réalisées par l'association apparaîtront à travers l'énoncé des programmes disponibles dans les rapports d'assemblées générales, par ex., ou dans les dossiers de subventions remis aux pouvoirs subsidiaires. La traduction financière de ces activités apparaîtra dans le compte de résultats où le résultat d'exploitation représente la différence entre la somme des coûts engagés pour la réalisation des activités et la somme des revenus récoltés par ces prestations de manière directe (si un client "achète" ces prestations) et de manière indirecte (via les subsides ou les dons...).

I.5./ La place de ces activités dans un marché, dans un secteur, fait rarement l'objet d'études dans les ASBL. Le marketing associatif, parent pauvre dans la hiérarchie des priorités de l'association, nous fournira, à travers des études de marché et des sondages, des informations sur les besoins du "marché consommateur" et sur les possibilités offertes par le "marché fournisseur".

#### 2.2. Les niveaux d'équilibre.

Sur la base de ces 5 sources d'information, 5 niveaux d'équilibre (E) particuliers seront ainsi déterminés.

E.1./ Equilibre entre les ressources humaines et les moyens. Il consiste à accorder le niveau des moyens mis en oeuvre aux qualifications du personnel. Qui ne connaît l'exemple classique de la secrétaire hors pair obligée de travailler sur une vieille machine à écrire qui fait des trous dans le papier ou du nouvel ordinateur qui "dort" dans un coin faute de personnes formées à l'informatique?

E.2./ Equilibre entre les moyens et le financement. Comment acquérir ces moyens matériels indispensables à la bonne réalisation des activités? Par l'endettement ou par l'auto-financement (grâce aux "bénéfices" réalisés) et dans quelles proportions? Le simple bon sens nous indique qu'il n'est pas possible (absence de garanties) et même dangereux de dépasser un certain seuil d'endettement.

### PETIT LEXIQUE NON MARCHAND

*Ne dites pas : il s'est donné la mort après avoir mené son équipe à la banqueroute par ses frasques financières imbéciles.*

*Dites : il est décédé d'une congestion.*

E.3./ Equilibre entre le financement et le résultat des activités. De fait, l'auto-financement des investissements proviendra des capacités de l'activité de générer un surplus des revenus sur les frais, autrement dit un bénéfice. D'où l'importance d'un choix et d'une mise en oeuvre judicieuse des activités, dans le respect des objectifs fondamentaux.

E.4./ Equilibre entre les activités et les marchés. L'importance de la structure de fonctionnement mise en place doit évidemment correspondre à une demande du "marché consommateur". A quoi sert-il de développer un volume d'activités qui ne serait pas absorbé faute de "clients"? De même, il faut veiller, dans le choix des activités, à la possibilité d'acquérir sur le "marché fournisseur" les éléments indispensables au bon fonctionnement (matières premières, personnel qualifié, services divers...).

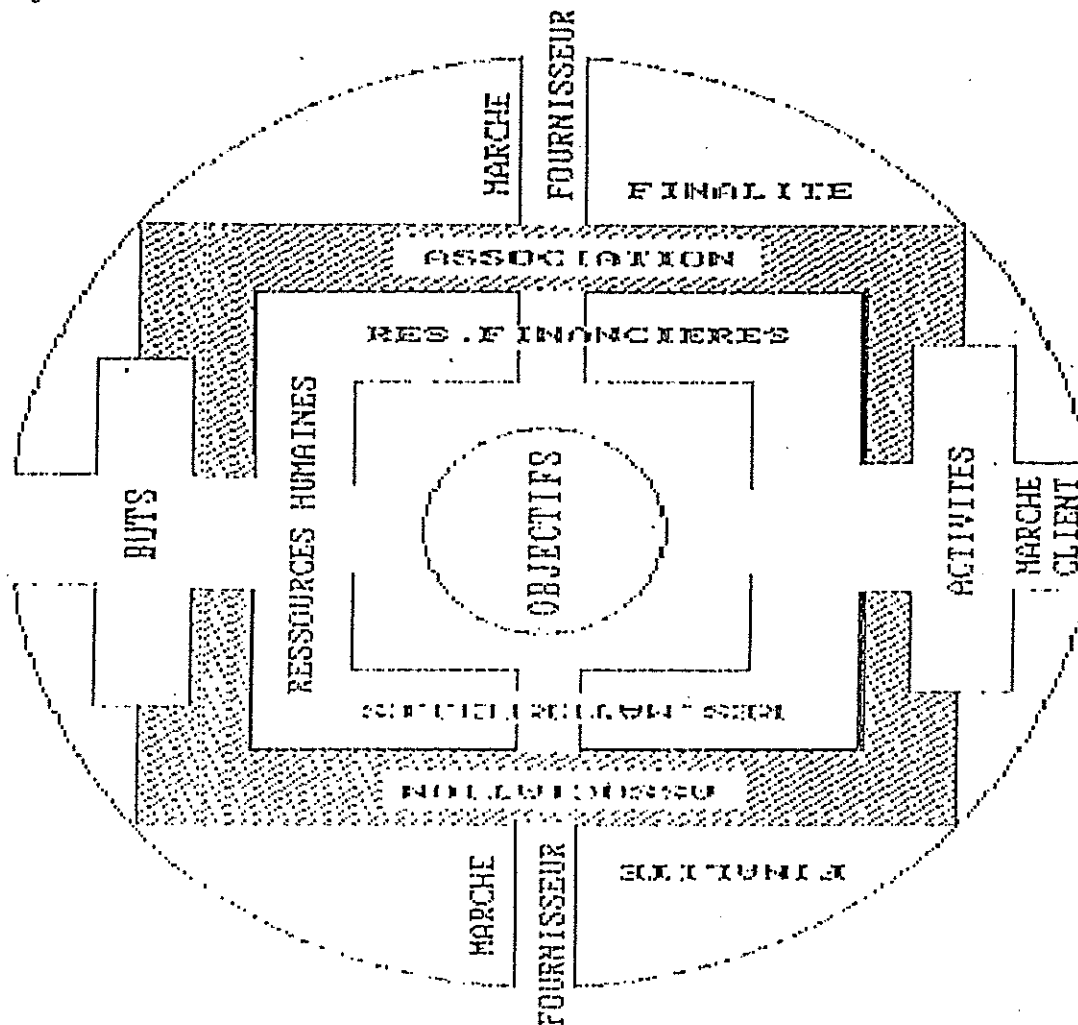
E.5./ Equilibre entre les ressources humaines, les moyens et les activités. L'attention particulière portée à l'organisation et à la coordination de ces 3 niveaux permet une meilleure combinaison des hommes et des moyens (Equilibre E.1.) pour réaliser l'activité projetée.

### Conclusion

Comme nous pouvons le voir à travers cette analyse, notre organisme forme un tout où chaque fonction, prise isolément, ne signifie rien d'autre qu'un tronc sans les bras ou qu'une tête sans les jambes.

TABLEAU 3

ENVIRONNEMENT



ENVIRONNEMENT

Les différentes fonctions s'interpénètrent et s'influencent mutuellement. Chacune est importante, mais, isolée, aucune ne peut faire fonctionner l'organisme. La conjonction de toutes les fonctions lui est indispensable. Il ne sera donc jamais question de privilégier ou d'isoler la partie financière ou l'activité technique de son contexte, propre à l'objet de l'association.

Nous constatons également que la fonction de gestion doit pouvoir disposer d'informations chiffrées fournies par la comptabilité. En effet, comptes de résultats et bilans interviennent pour une bonne part comme sources d'informations dans la recherche des équilibres tant au niveau de la nature et de l'importance des activités qu'au niveau du choix des

moyens nécessaires et bien entendu qu'en ce qui concerne les sources de financement indispensables permettant l'acquisition de ces moyens sans lesquels les activités ne pourraient être réalisées.

Bien entendu, il n'est pas nécessaire de tout inventer. La gestion d'une association consiste avant tout à s'approprier et à mettre en oeuvre une série d'outils permettant de faciliter cette recherche vers l'équilibre permanent. Que ce soit dans le domaine des ressources humaines, de la gestion administrative du personnel ou de la comptabilité, il existe un bon nombre de techniques qu'il ne suffit que d'adapter à la spécificité d'un collectif de santé ou d'une maison médicale.

Enfin, comme toute action intégrée dans le domaine de la santé, une conception intégrée de la gestion ne consiste pas seulement à poser un diagnostic ponctuel à partir d'analyses réalisées par la collecte des informations mentionnées ci-dessus dans une optique thérapeutique ou de réassurance. Il s'agit d'une action quotidienne, réalisée dans le respect des finalités, mais aussi dans le cadre des objectifs de développement à long terme que l'association se propose d'atteindre.

Eric Mikolajczak,

Juin 1992.



# Quelle gestion pour quels objectifs ?

La gestion n'est en rien un objectif.

Elle constitue un moyen pour la réalisation d'objectifs qui nous sont propres. C'est pourquoi, avant de parler gestion, il est nécessaire de se rappeler ce dont on parle finalement trop peu : quels sont nos objectifs ?

Loin d'être technocratique mon propos sera avant tout idéologique.

La notion de soins de base s'identifie au départ à la notion de médecine générale ou de médecin de famille. C'est l'idée de soins généraux, au sens de non spécialisés, essentiels, par rapport à une hiérarchie des soins : spécialisés du deuxième échelon et hyper-spécialisés du troisième échelon tel que l'hôpital universitaire.

C'est donc le premier niveau de contact entre la population et les professionnels de la santé, situé à l'émergence des problèmes de santé, entre ce que les gens peuvent prendre en charge seuls et le recours à des compétences techniques professionnelles.

Cette notion a évolué et s'est affinée au cours du temps. Elle va continuer à le faire à l'avenir.

Le premier constat du GERM dès le début des maisons médicales était que, pour remplir leur rôle, les soins de base devaient être :

- accessibles géographiquement, financièrement et psychologiquement;

- globaux, prenant en compte l'individu malade dans sa totalité y compris dans les aspects sociaux et psychologiques de la maladie, en réponse à la technicité et à la fragmentation, organe par organe, maladie par maladie, de la médecine spécialisée. La référence se fait ici à la notion de santé telle qu'elle est définie par l'O.M.S. comme un état de bien-être physique, social et psychologique;

- continus, c'est-à-dire à la fois continus dans le suivi d'un épisode de maladie (suivi du patient référé au

*"Les soins de santé primaires commencent avec les gens et leurs problèmes de santé"*

*"C'est pourquoi le centre de santé ne se définit pas selon ses composantes techniques, mais selon ses capacités d'établir des relations humaines avec la communauté en question" (P. Mercenier)*

Pour cela, les soins doivent être :

GLOBAUX  
CONTINUS  
INTEGRES  
ACCESSIBLES  
ADEQUATS  
ACCEPTABLES  
ADAPTABLES  
POLYVALENTS

Schéma 1

*"Le centre de santé doit fonctionner avec une équipe intégrée, ce qui signifie une équipe de travailleurs de santé agissant comme un ensemble polyvalent."*

*Une équipe intégrée se compose idéalement de travailleurs de santé polyvalents qui partagent, selon leurs qualifications, une responsabilité commune pour tous les problèmes de santé de la communauté.*

*Si le niveau technique de travail nécessite des travailleurs de santé avec une compétence particulière pour certains problèmes de santé spécifiques, il faudra créer un système de communication à l'intérieur de l'équipe."*

Schéma 2

spécialiste, à l'hôpital, tenue de dossier, collecte de rapports, etc.) et dans le suivi "longitudinal" du patient au cours de sa vie (fiche prévention, HTA, etc.);

- intégrés, c'est-à-dire intégrant les aspects curatifs (les soins) et les aspects préventifs (conseils, informations) en une même activité.

Nous allons donc survoler au travers de l'histoire de la maison médicale de Forest différents modes de structuration, à différentes étapes, vers la recherche d'une meilleure adéquation à nos objectifs.

Où en sommes-nous dans leur réalisation ?

## Le travail individuel

Pour réaliser de tels objectifs, le travail individuel (schéma 3) est insuffisant : quelles que soient les qualités du thérapeute isolé et quelles que soient ses capacités relationnelles, il ne pourra les réaliser que de manière partielle. Le niveau d'organisation est ici assez élémentaire, mais même à ce niveau il faudra, pour être fonctionnel, un minimum d'organisation.

Notons qu'à ce stade, la relation purement duelle de la relation et de la circulation de l'argent ne garantit pas les objectifs, seule l'idéologie de la personne pouvant éventuellement résister à la tentation du libéralisme, d'une pratique clientéliste.

La pertinence des actions de santé est une préoccupation extérieure à ce mode de fonctionnement libéral (certains individus pouvant au demeurant y réaliser un excellent travail).

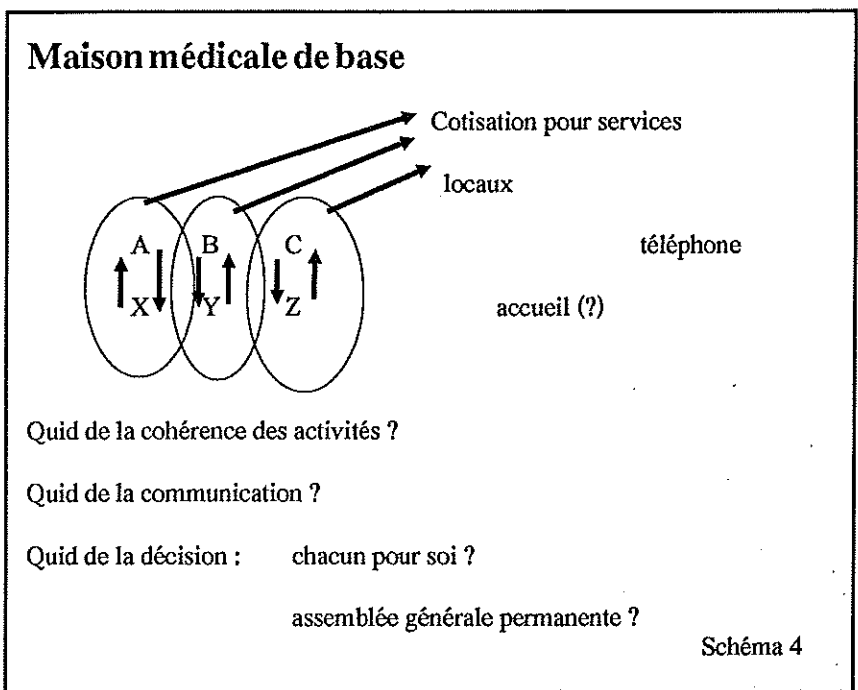
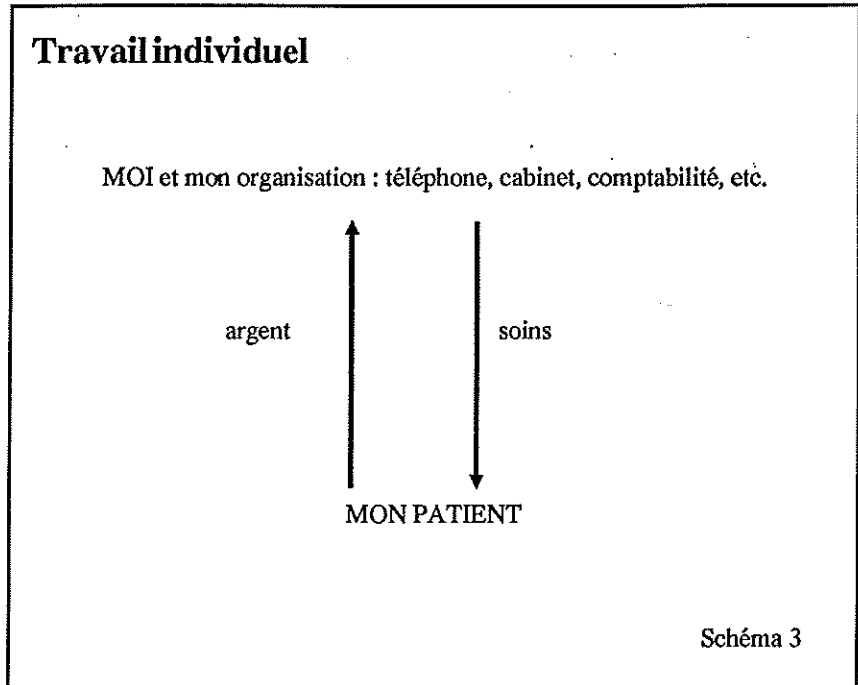
## La maison médicale de base

Le choix d'objectifs de soins de santé primaires conduit naturellement à l'idée qui nous est commune : une équipe pluridisciplinaire, implantée sur le terrain et organisée en vue de réaliser les activités de Soins de santé primaires (schéma 4).

Ces choix ont abouti à structurer la maison médicale en équipe non hiérarchisée. Ceci signifiait que le travail médical n'était pas supérieur ou dominant par rapport aux autres compétences qui ont été au fil du temps intégrées à l'équipe.

Les difficultés rencontrées ont été de plusieurs ordres :

1) Absence de mode de financement spécifique adapté au type de fonctionnement en centre de santé intégré de première ligne.



2) Absence de modèle de fonctionnement de ce type de centre.

3) Modèle dominant en Belgique de type médico-centriste, axé sur une notion positiviste de la maladie (une cause, un effet, un traitement), prépondérance du médecin et de la nomenclature curative, subordination

généralisée des "auxiliaires médicaux".

4) Système hospitalo-centriste, axé sur la prépondérance de la médecine spécialisée et sur la concurrence entre les intervenants de première et deuxième lignes sans politique de santé pour les populations desservies.

**PROVERBE  
NÉO-GESTIONNAIRE**

**Qui trop est comptable  
de ses actes finit par ne  
plus l'être de ses forfaits.**

5) Habitudes individuelles de fonctionnement : qui paie sa cotisation, fait ce qu'il veut, quantitativement et qualitativement.

Ces choix ont ainsi conditionné le mode de financement de la maison médicale :

Au départ, financement par des cotisations prélevées au départ des actes pratiqués au tarif conventionné, participation minimum des patients (accessibilité). (Les ressources de santé sont financées par les cotisations sociales des travailleurs, le système de sécurité sociale vise à redistribuer les ressources de façon solidaire entre malades et non-malades en fonction des besoins).

Dans ce cadre, il apparaissait difficile de sortir de l'activité médicale, la principale source de financement étant les actes des médecins.

Cette situation crée aussi la surconsommation, obligeant les prestataires, médecins ou non, à assurer en tout ou en partie leur autofinancement par la production d'actes, sans garantir la pertinence de ceux-ci en termes de santé pour la population.

De plus, la nomenclature des soins est limitée à des prestations essentiellement techniques curatives, surtout pour les non-médecins, ce qui, cumulé avec les habitudes et les formations traditionnelles, constitue un obstacle important à un changement de pratique.

Le résultat étant que la pluridisciplinarité a tendance à devenir la juxtaposition de compétences techniques complémentaires plus ou moins coordonnées, ce qui

constitue un progrès, mais est contradictoire avec l'objectif de globalité.

Un tel système n'offre pas de garantie quant à la cohérence des activités.

La communication entre les membres reste empirique, de plus ou moins bonne qualité selon les relations affectives.

Il n'y a pas de lieu identifiable de décision pour la cohérence des activités : chacun pour soi ou Assemblée Générale permanente ?

L'absence de structure amenant au pouvoir ceux qui le prennent risque de reproduire le schéma du libéralisme le plus classique : rapport de force et loi du marché.

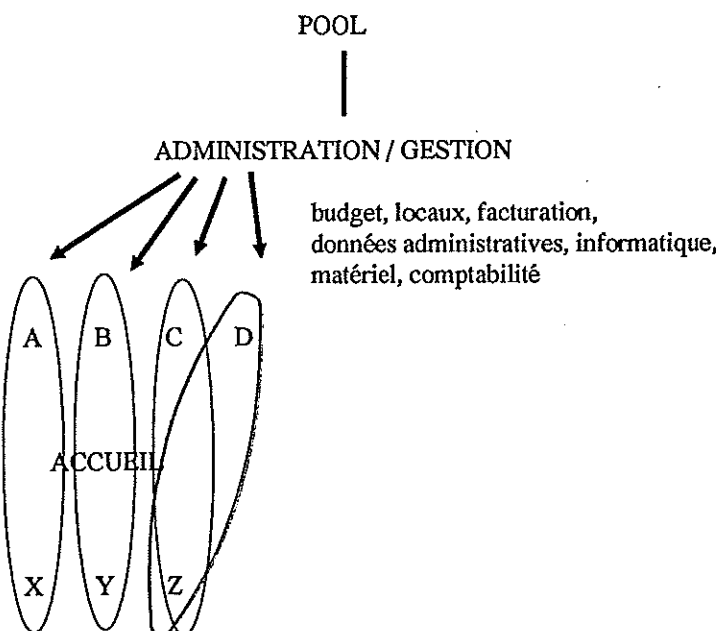
**Le pool**

Une équipe constituée d'indépendants, percevant chacun ses prestations et payant la structure pour le service qu'elle lui rend, sera réticente à la mise en commun des pratiques nécessaires à la réalisation des objectifs. Le financement des activités hors nomenclature reste ressenti comme une perte d'argent.

La création d'un pool financier (schéma 5) sera donc un élément déterminant (probablement plus que le choix acte ou forfait qui n'est qu'un moyen parmi d'autres) de la cohésion et de la perception de l'intérêt collectif de l'équipe dans les soins et dans la gestion liant tous les travailleurs au résultat de l'activité.

Le pool permet de payer les individus pour la réalisation d'une activité précise

**Maison médicale avec perception centrale (Pool)**



L'assemblée générale fixe les objectifs  
Délégation nécessaire  
Les individus sont payés pour une activité déterminée collectivement

Schéma 6

déterminée collectivement par l'équipe, c'est-à-dire une réelle autogestion.

- Ce passage obligé lie explicitement les intérêts communs de l'équipe;
- il oblige à une structuration financière équipe/individu basée sur des objectifs;
- il oblige à analyser l'état de réalisation de nos objectifs et les possibilités d'améliorer notre adéquation;
- il permet d'aborder globalement l'activité (la "production") de l'équipe;
- il nécessite une délégation et donc une gestion.

Par la confrontation d'intérêts individuels et d'intérêts collectifs, par les choix et arbitrages qu'il nécessite, le passage au pool crée les conditions d'une "crise" interne que beaucoup d'équipes redoutent.

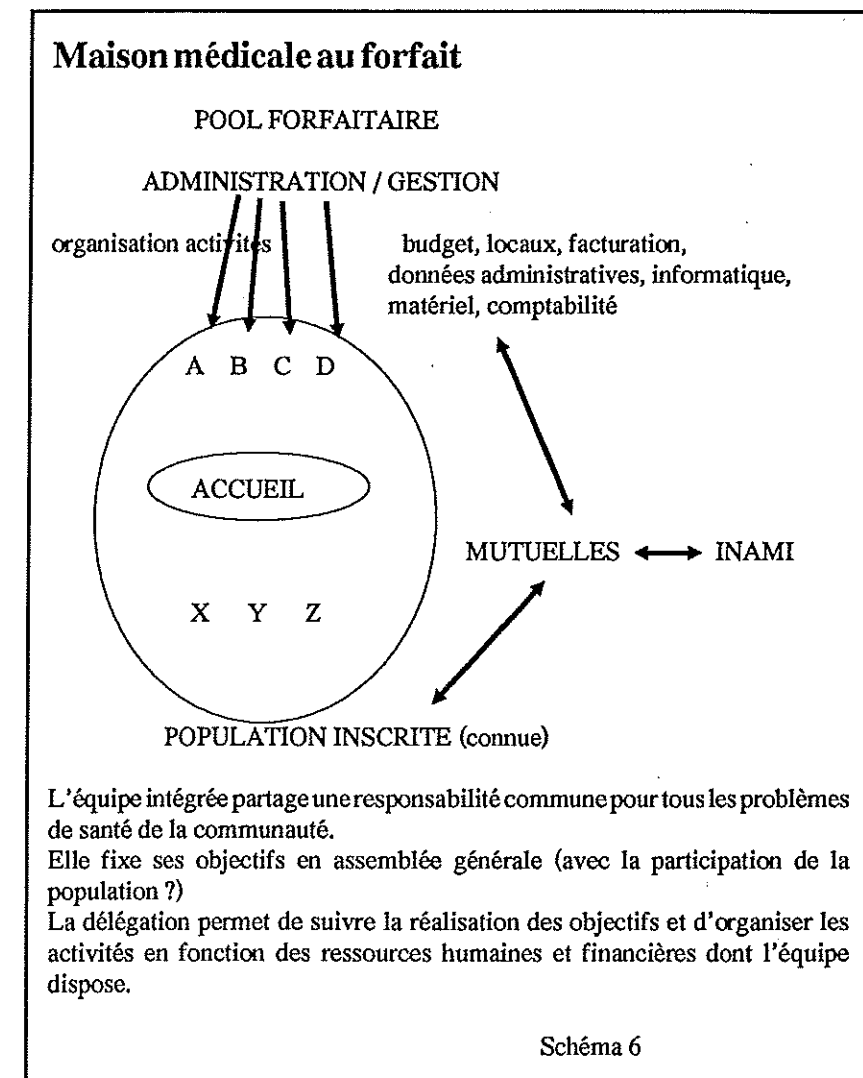
Il oblige à la mise à plat des différends idéologiques, qui se traduisent souvent par des palabres financiers.

On comprend que certains préfèrent ne pas approfondir la réalisation de leurs objectifs et préfèrent rester à un mode d'organisation "libéral".

Cependant ce passage si difficile permet d'envisager un ensemble de ressources financières et humaines, en rapport avec des besoins à couvrir au mieux avec ces ressources limitées et donc oblige à se poser à chaque instant la question de l'adéquation de l'action aux objectifs fixés.

## Le forfait

En 1985, les moyens disponibles pour réaliser nos objectifs (non-hiérarchie, dossier, réunions de coordination, matériel et campagnes d'éducation sanitaire,



etc.) apparaissent comme trop limités par rapport aux contraintes du système de financement à l'acte.

Le choix de l'équipe se porte donc sur un mode de financement alternatif accessible à ce moment (en l'absence d'autre financement global possible) : le forfait, conçu comme moyen plus adéquat de lever un certain nombre d'obstacles à la réalisation de nos objectifs.

Le forfait permet d'inscrire une population au centre de santé, de la connaître, de bénéficier d'un budget global, indépendant des actes, fonction du nombre d'abonnés.

Il permet de libérer l'activité des contraintes de la nomenclature des soins techniques et donc de réaliser, dans la forme et avec les moyens que nous jugeons les meilleurs, les actions de santé auprès de notre population, donc la créativité.

Il permet ainsi de définir une politique pour cette population en fonction des besoins connus ou identifiés comme importants par l'équipe ou la population.

Il valorise deux fonctions des soins de base : la communication et la fonction de synthèse.

D'un autre côté, le mode de calcul du forfait sur base d'une moyenne d'actes crée une contrainte par la modicité des montants et par l'obligation pour le centre d'assurer la répartition solidaire (rôle de la sécurité sociale) sur une petite échelle = risque d'instabilité en l'absence de politique cohérente.

## L'évolution vers le "modèle bio-psycho-social"

Le changement de mode de financement comme moyen de réaliser les objectifs se heurte à la persistance d'obstacles :

### 1) Au niveau de l'équipe :

- persistance du modèle technique, conditionné par l'acte;
- persistance d'une offre de soins de type "classique", absence de politique axée sur les problèmes rencontrés, pluridisciplinarité limitée à la complémentarité;
- résistance au changement, effet de taille, nombre de membres de l'équipe, complexité croissante de la gestion, impression de sécurité du forfait.

2) Au niveau de la population : persistance d'une demande de soins modelée par le modèle concurrentiel ambiant (donc médical).

Il s'agit donc, alors que le fonctionnement est apparemment "satisfaisant", de réaffirmer nos objectifs alternatifs de soins de santé primaires et le changement de pratique et de mentalité qu'il nécessite, de redonner au projet une capacité créative et novatrice qu'il risquait de perdre.

Les objectifs sont loin d'être réalisés, mais la volonté d'y tendre existe.

Ainsi, la notion de centre de santé se précise :

*"Le centre de santé ne se définit pas selon ses composantes techniques, mais selon ses capacités d'établir des relations hu-*

*maines avec la communauté en question"* (P. Mercenier, 1988)

*"L'équilibre entre l'aspect humain des soins et l'aspect technique ne signifie ni qu'il faut négliger un certain niveau de technicité, ni qu'il faut sacrifier la qualité technique. Mais cela signifie que l'introduction au niveau du centre de santé d'un niveau supérieur de technique, utilisé avec la qualité requise, doit être rejetée si elle se fait aux dépens des soins globaux, continus, intégrés."*

La notion de santé d'une population s'est aussi précisée progressivement : la maladie n'est pas seulement un état objectif correspondant à une cause précise identifiable par le scientifique et le technique (disease).

C'est aussi le fait de se considérer comme malade, l'expression d'un malaise personnel (psychologique, actuel ou passé) ou social (illness).

L'individu n'est pas seulement déterminé par sa biologie, il est aussi le produit de l'interaction de son psychisme et des contraintes de son milieu, de ses possibilités et opportunités d'adaptation à ce milieu, de sa capacité ou incapacité (sickness).

L'état de santé d'une population n'est donc plus uniquement lié à un taux de mortalité ou à l'incidence de telle ou telle maladie déterminée, mais lié à la fréquence des problèmes rencontrés et à l'inconfort multiplié qu'il détermine dans cette population (ex. : priorité au cancer ou aux infections des voies respiratoires).

Le schéma médical classique tend à exclure ces composantes qui sont pourtant primordiales au niveau des soins de base ou la majorité des problèmes rencontrés correspondent à des plaintes (problèmes) plus qu'à des maladies.

Les intégrer signifie également une perte de pouvoir (connaissance) du soignant au profit de l'individu qui est le sujet vivant, le malade.

C'est pourquoi, il faut tendre à l'intégration de l'équipe.

*"Le centre de santé doit fonctionner avec une équipe intégrée. Ce qui signifie une équipe de travailleurs de santé agissant comme un ensemble polyvalent. Une équipe intégrée se compose idéalement de travailleurs de santé polyvalents qui partagent, selon leurs qualifications, une responsabilité commune pour tous les problèmes de santé de la communauté. Si le niveau technique de travail nécessite des travailleurs de santé avec des compétences particulières pour certains problèmes de santé spécifiques, il faudra créer un système de communication à l'intérieur de l'équipe, éventuellement avec référence interne en vue de garder une équipe intégrée travaillant comme un ensemble polyvalent. Cependant, cela crée des problèmes humains supplémentaires, c'est plus difficile à gérer et cela augmente donc le risque d'échec."*

## Vers le communautaire

Il faut également tendre à l'intégration de l'équipe dans la communauté.

*"C'est un fait que lorsque les travailleurs de santé sont des professionnels, ils se différencient eux-mêmes de la population par leurs compétences professionnelles. Et cela, en soi, creuse le fossé que les soins de santé primaires essayent de combler. Il est donc important d'éviter les fossés inutiles, culturels ou sociaux par exemple, qui pourraient par la suite empêcher le développement de l'indispensable empathie" (P. Mercenier).*

Le modèle bio-psycho-social a donc également une dimension collective, communautaire : les problèmes rencontrés ne sont pas que personnels, le chômage, le logement, les prix, la pollution, les difficultés avec l'administration, les risques pour la santé ont une dimension collective.

Si cette dimension est prise en charge collectivement, éventuellement avec les

travailleurs de la santé, les moyens de maîtriser ces problèmes sont multipliés et le sentiment d'impuissance peut diminuer.

Le rôle des travailleurs de santé est également de travailler avec le réseau des intervenants socio-sanitaires qui concernent la population pour améliorer l'adéquation de ce réseau aux problèmes rencontrés par la population et donc multiplier l'effet de leur action.

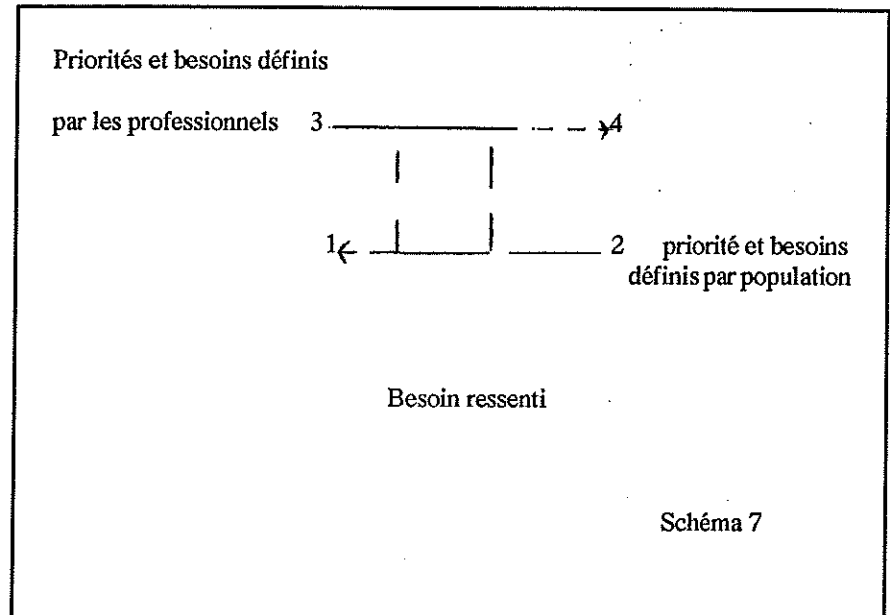
C'est ce qu'on appelle la "santé communautaire", basée sur l'intervention non strictement médicale, l'information et l'action des populations concernées.

*"L'information médicale est donc "enjeu" entre les professionnels, l'Etat et la population. C'est-à-dire qu'elle est le reflet du sort de cette lutte de pouvoir. Quand les médecins dominent, elle est concentrée sur le curatif et le processus diagnostique et thérapeutique. Quand l'Etat l'emporte, elle s'intéresse à la prévention et essentiellement au rendement du système. Si un jour le public décide, elle parlera de pronostic, de résultats et de satisfaction" (J. Bury).*

Les soins de base se doivent donc d'être non seulement techniquement d'un niveau correspondant au niveau général acquis actuellement, ils doivent également être à l'écoute des problèmes particuliers ressentis et y apporter les réponses les plus opportunes : ils doivent être adaptables, adéquats et polyvalents.

Le sujet de préoccupation d'une équipe de soins de base doit être le niveau de santé de l'ensemble de la population, les soins spéciaux nécessités par une frange marginale doivent être délégués à un autre échelon s'ils menacent la globalité ou la continuité générale du travail.

Une équipe de soins de base doit essentiellement être capable de dialoguer avec sa population afin de discerner les pro-



blèmes de forte incidence et morbidité ressentie pour, combiné avec les connaissances scientifiques actuelles, appliquer une politique acceptable de santé, à laquelle la population peut adhérer et, mieux, participer.

La créativité et l'imagination sont nécessaires à la création et à l'adaptation constante d'une telle politique.

Il faut être capable d'un diagnostic communautaire et d'élaborer avec la communauté des solutions.

Par exemple :

- 1 : rendre les gens conscients de problèmes qu'ils ne perçoivent pas
- 2 : rendre les gens conscients de l'absence de pertinence de certains besoins ressentis
- 3 : rendre les travailleurs de santé aptes à relativiser certaines expériences
- 4 : rendre les travailleurs de santé plus conscients de problèmes des gens qu'ils sous-estiment.

Une conséquence en est également la participation nécessaire à tous les éche-

lons, locaux, régionaux ou politiques, aux décisions de nature à influencer la santé de la population et la promotion de l'idée des soins de base à ces échelons (Ex. : Maison en +, Maison de Quartier, cellule santé, CUMG, etc.).

C'est donc à ce défi de progresser en commun vers des objectifs choisis par l'équipe que des gestionnaires mandatés par l'assemblée générale des travailleurs de santé vont devoir essayer de répondre.

La gestion, au delà des aspects matériels, financiers et administratifs, doit donc envisager aussi l'activité des travailleurs de santé, les choix de priorités, du travail utile, la reconnaissance des spécificités de chacun et enfin le dynamisme de l'activité principale : les soins.

Il s'agit de faire partager les changements de pratiques, les changements de mentalités en vue d'approcher la réalisation d'un objectif commun.

### Dans le futur ?

La création d'une structure d'aide à la gestion peut permettre aux équipes qui le

souhaitent d'être déchargées d'un certain nombre de tâches, de façon à être "allégées" et pouvoir consacrer leur attention et leur énergie à leur activité première : les soins et leur adéquation aux objectifs des soins de santé primaires.

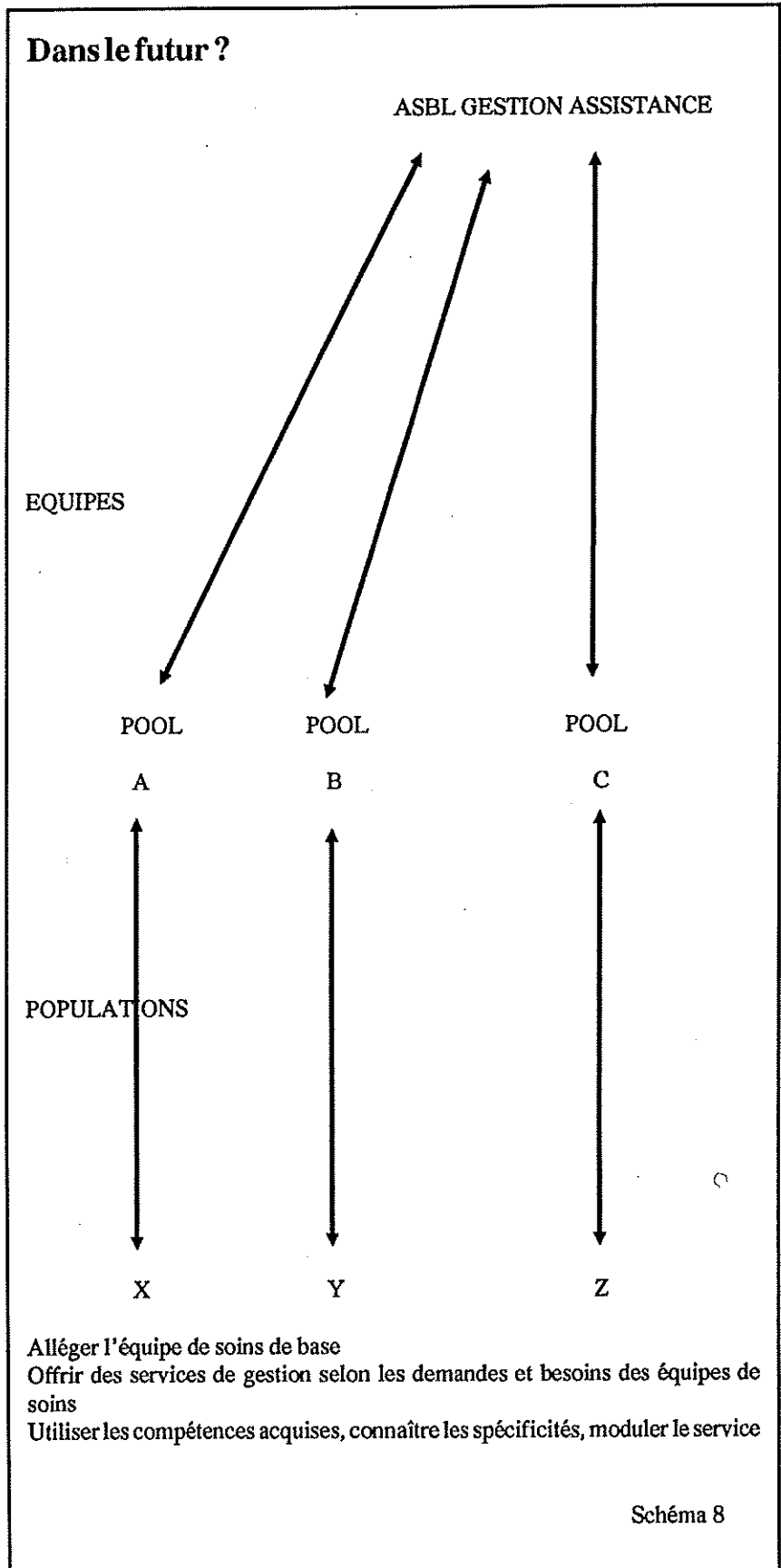
On peut aussi imaginer un ensemble d'équipes de terrain, souples, autonomes et adaptables aux réalités concrètes, fonctionnant au sein d'un réseau de mise en commun de ressources, de capacités et de compétences acquises, et de possibilités de conseil et d'analyse sur une plus grande échelle, ainsi que des possibilités pratiques d'aides financières, de formation, de recrutement, etc.

Assurer la multiplication et le succès, la reproductibilité du modèle d'approche de la santé que représente le mouvement des maisons médicales apparaît en effet comme un des principaux enjeux des prochaines années.

Si nous ne parvenons qu'à survivre sans faire percer nos idées, nous aurons manqué nos objectifs...

C'est pour ces objectifs que nous avons besoin d'une gestion.

**Pierre Grippa**  
Administrateur  
Maison Médicale de Forest



# Propos sur l'autogestion

## Définition

Une société autogérée est une société dans laquelle les structures, les collectivités, les groupes, quelle qu'en soit la nature (économique, sociale, culturelle, médicale, etc.), quel qu'en soit le cadre (régional, local, quartier, atelier), fonctionnent de telle façon que les gens vivant à l'intérieur de ces structures soient placés dans les meilleures conditions d'abord pour connaître les problèmes qui s'y posent, puis pour avoir la responsabilité de la solution de ces problèmes, y compris la responsabilité directe de la décision (cf. *André Jeanson, in Alternatives Wallonnes, n° 6*).

La société autogérée suppose :

1. la suppression de la propriété privée des moyens de production et d'échange au profit d'une propriété sociale (non étatique);

2. une planification, elle-même élaborée démocratiquement, de façon à réguler le marché selon des objectifs sociaux fixés localement, régionalement, nationalement;

3. un état largement décentralisé et autogéré à partir de la base;

4. une formation des travailleurs et des citoyens de façon à éviter la prise de pouvoir par les technocrates (souvent, les travailleurs reculent devant la perspective autogestionnaire).

Evidemment, nous vivons dans une société capitaliste qui nous prend de part en part et où, actuellement, la réalité autogestionnaire ne peut être que parcellaire. Cependant, les petites réalisations sont intéressantes parce que, si elles se multiplient, elles peuvent contribuer à un changement culturel nous conduisant progressivement vers un nouveau type de société.

## Origine

Les origines du courant autogestionnaire sont multiples et diverses. En nous limitant au siècle passé, citons les oeuvres et les expériences :

- de socialistes utopiques : Fourier, Owen et Rochdale, Cabet, Considérant, etc.;

- des coopérativistes de production : Buchez;

- de Proudhon, de Bakounine, du mouvement anarchiste;

- de Marx, qui s'affirmera pour l'autogestion, mais dont les thèses conduisent à un totalitarisme et à un socialisme étatique.

Fin du siècle passé et début de ce siècle :

- Citons la Commune de Paris (1871);

- Citons en Angleterre, Cole et les "Guild Socialists";

- Les coopératives de production de France, avec Ch. Gide;

- Les Conseils Ouvriers allemands, de 1918 à 1923, qui sont de véritables organes d'autogestion;

- La naissance des principes de Démocratie économique et de Contrôle ouvrier parmi les syndicats européens;

- Les expériences de Conseils ouvriers lors de la révolution russe (1917), dans la Hongrie révolutionnaire (1919), dans l'Espagne républicaine (1934-1937).

Vers le milieu du 20e siècle

*Au pays Basque Espagnol* : les coopératives de Mondragon (plus de 20.000 travailleurs), exemple unique de démocratie économique. Mondragon mériterait à lui seul un très long exposé (cf. *Alternatives Wallones, n° 55*) ou mieux encore un voyage d'étude...

En France :

- les coopératives de production;

- Boimondau (Boitiers de montres du Dauphin, 1943-1972), communauté de travail fondée par Marcel Barbu et Marcel Mermoz. (Puis, la Cité horlogère de Valence, qui a perdu beaucoup du caractère communautaire).

Ses principes :

\* Pas de salariat. Répartition des bénéfices par des bons, en tenant compte de divers paramètres. Bons aussi pour la femme au foyer, les enfants. La valeur du bon change selon les bénéfices de l'entreprise.

\* Cours de formation, ciné-club, jardin d'enfants, etc.

\* Boimondau a eu une énorme influence directe ou indirecte (Affaire LIP - Textiles d'Ere), aussi "Economie et humanisme".

\* Jusqu'à 90 communautés de travail en France.

\* Pour information, lire "*L'autogestion, c'est pas de la tarte*" de M. Mermoz. En p. 121 : les différences entre une coopérative et une communauté de travail : "*Il ne s'agissait pas seulement d'une réforme de l'entreprise, mais d'une réforme du style de vie, de l'homme tout entier, une autre manière d'organiser le travail. Premièrement, dans les coopératives, le président est élu par le conseil; chez nous, il était élu par l'assemblée générale. Deuxièmement, le capital est collectif et indivis, alors que, dans les coopératives, le capital est entre les mains des compagnons qui travaillent. Ce qui présente un grave danger: comme tout le monde a le droit de souscrire des parts, celui qui souscrit le plus, c'est le président. Trente ans après, les trois quarts du capital de la coopérative passent entre les mains du président. Il a beau y avoir dans les statuts: "un homme, une voix", les copains savent que, s'ils virent le président, il faut rembourser les trois quarts du capital. Troisièmement, l'accent mis sur l'autogestion*"



*dans notre communauté. Nous nous occupons des familles, des loisirs, de la culture."*

*En Italie* : après le fascisme, l'économie italienne se reconstruit en partie par les coopératives de production. Législation spéciale.

*En Yougoslavie* :

En 1950, les communistes yougoslaves mettent sur pied tout un système autogestionnaire (d'où rupture avec l'URSS). Expérience à l'échelle d'un vaste pays. Mais elle est viciée dès le départ :

- d'abord par la bureaucratie héritée du socialisme étatique dont le rôle restera prépondérant;

- par le manque de transformation culturelle;

- par le détournement de l'autogestion au profit du parti unique;

- par le fait que les organes de direction accaparaient le pouvoir.

Il existait une planification "indicative" modulant le fonctionnement du "marché socialiste".

**Vers le dernier quart de siècle**

En France, 1975, le PS présente ses 15 thèses sur l'autogestion. Ce document aborde les principaux problèmes soulevés par la mise en oeuvre du système autogestionnaire : nature de la propriété des moyens de production, place des rapports marchands, définition d'une planification démocratique, danger d'accaparement du pouvoir par certaines couches sociales, généralisation du principe de l'autogestion à tous les domaines de la vie sociale, etc.

La CFDT, quant à elle, précise divers points, et propose un système de propriété sociale permettant d'accroître le pouvoir des communautés locales.

Partout en Occident, on voit la reprise en coopératives, par les travailleurs, de sociétés faillies (Textiles d'Ere).

La Yougoslavie, en 1974, approfondit l'idée d'autogestion et tente de porter remède aux déviations apparues dans la pratique économique et sociale. On y rencontre la notion de planification décentralisée contractuelle. D'autre part, la structure institutionnelle est modifiée de façon à étendre et à protéger le processus démocratique de prise de décision.

Cependant, les vices relevés plus haut empêcheront la réalisation pratique de ces réformes.

Il reste que l'expérience yougoslave, dans ses erreurs mêmes et malgré la dislocation de ce malheureux pays, reste un exemple majeur de tentative autogestionnaire.

En Tanzanie, en Algérie, dans le Chili de Allende, diverses expériences intéressantes ont vu le jour.

---

## Cependant

Cependant, des années 50 aux années 80 (mise à part l'explosion du mai '68), l'Occident a connu un affaiblissement de la revendication autogestionnaire. En effet, le capitalisme a connu une exceptionnelle vitalité due au pillage des sociétés moins développées et à l'usage accéléré des ressources naturelles. Cela a abouti à la société de consommation. Le travailleur et le citoyen, étant repus et gavés, ont oublié ou mis entre parenthèses leurs revendications autogestionnaires.

---

## Actuellement double crise

Le socialisme étatique n'a pas abouti à la société sans classes : il a secrété au contraire une classe bureaucratique qui se reproduisait grâce au pouvoir absolu du parti unique et de l'Etat et tirait profit de l'exploitation des travailleurs. La planification centralisée a échoué. Les difficultés d'ajustement entre la production et les besoins, l'importance des gaspillages et de la léthargie administrative ont abouti à l'écroulement du socialisme étatique.

Le système capitaliste est en crise. Les problèmes des pays sous-développés

proviennent essentiellement de la domination exercée par les pays industrialisés. En outre, ces pays, le plus souvent dirigés par des gouvernements répressifs, infirment la thèse selon laquelle le capitalisme serait synonyme de liberté et de démocratie.

Au coeur des pays capitalistes, chômage, inflation, exclusion sociale sévissent de façon durable, défiant les recettes traditionnelles de la politique économique et rassemblant des masses de plus en plus énormes de gens brimés dans leurs droits.

L'organisation du travail sur laquelle sont fondés les progrès de productivité se trouve contestée par un nombre croissant de travailleurs. La division capitaliste du travail, portée à son extrême avec le taylorisme, a atteint ses limites en matière de productivité : elle entraîne l'absentéisme, la multiplication des malfaçons, l'instabilité professionnelle. D'où, les entrepreneurs capitalistes sont conduits à rechercher des méthodes nouvelles, "cercles de qualité" et autres, susceptibles de stimuler leur personnel : ils leur donnent le plus possible de responsabilités parcelaires de façon à les intéresser, tout en gardant pour eux-mêmes la maîtrise, le capital et le profit.

---

## Et l'avenir ?

Il se peut que tout système économique et social soit condamné à une dégradation de l'ordre initial qui le caractérise, suivant ainsi peut-être la fameuse loi d'entropie. Socialisme d'Etat et capitalisme seraient voués tôt ou tard à perdre leur dynamisme propre. Le problème se pose peut-être à l'humanité de choisir la meilleure organisation possible pour sortir de cet état. L'autogestion généralisée pourrait bien correspondre à la structure appropriée à cette fin.

Ceci ne peut être actuellement l'objet d'une conviction. Cependant, on ne voit pas bien d'autre solution que l'autogestion.

Il faut bien être persuadé que l'autogestion ne pourra entrer dans les faits qu'à

deux conditions essentielles : d'une part, en n'étant pas appauvrie et récupérée par un quelconque système d'exploitation, capitalisme rénové ou socialisme d'Etat déguisé; d'autre part, en se révélant viable et efficiente au cours d'expériences authentiques et suffisamment vastes.

Pour qu'une expérience vaste puisse se développer, il faut un changement des mentalités et de la culture et pour cela même un ensemble de "petits leviers" constituant des expériences exemplatives destinées à proliférer. Ces expériences devraient se réaliser dans les différents types de production de biens et de services.

Il est évident que les maisons médicales sont une activité collective de production de services. Dans ce cas, l'autogestion doit impliquer non seulement les travailleurs, mais aussi les bénéficiaires des services. Et là, il s'agit d'un champ ouvert à des recherches multiformes.

Je souhaite que les maisons médicales se développent dans ce sens autogestionnaire et qu'elles tiennent au courant "Solidarité des Alternatives Wallonnes" de leurs réalisations.

Max Delespesse

---

## Références

- André Dumas et collaborateurs, particulièrement Christian Montet, *L'autogestion, un système économique ?*, Paris, Dunod.
- Marcel Mermoz, *L'autogestion, c'est pas de la tarte*, Paris, Seuil.
- André Jeanson, *L'autogestion, de quoi s'agit-il ?*, Charleroi, Alternatives Wallonnes, n° 6, pp. 10-14.
- Alfonso Geronogitia, *Le groupe coopératif de Mondragon, une expérience-type*, Charleroi, Alternatives Wallonnes, n° 55, pp. 9-18.

# Autogestion ...

## Introduction

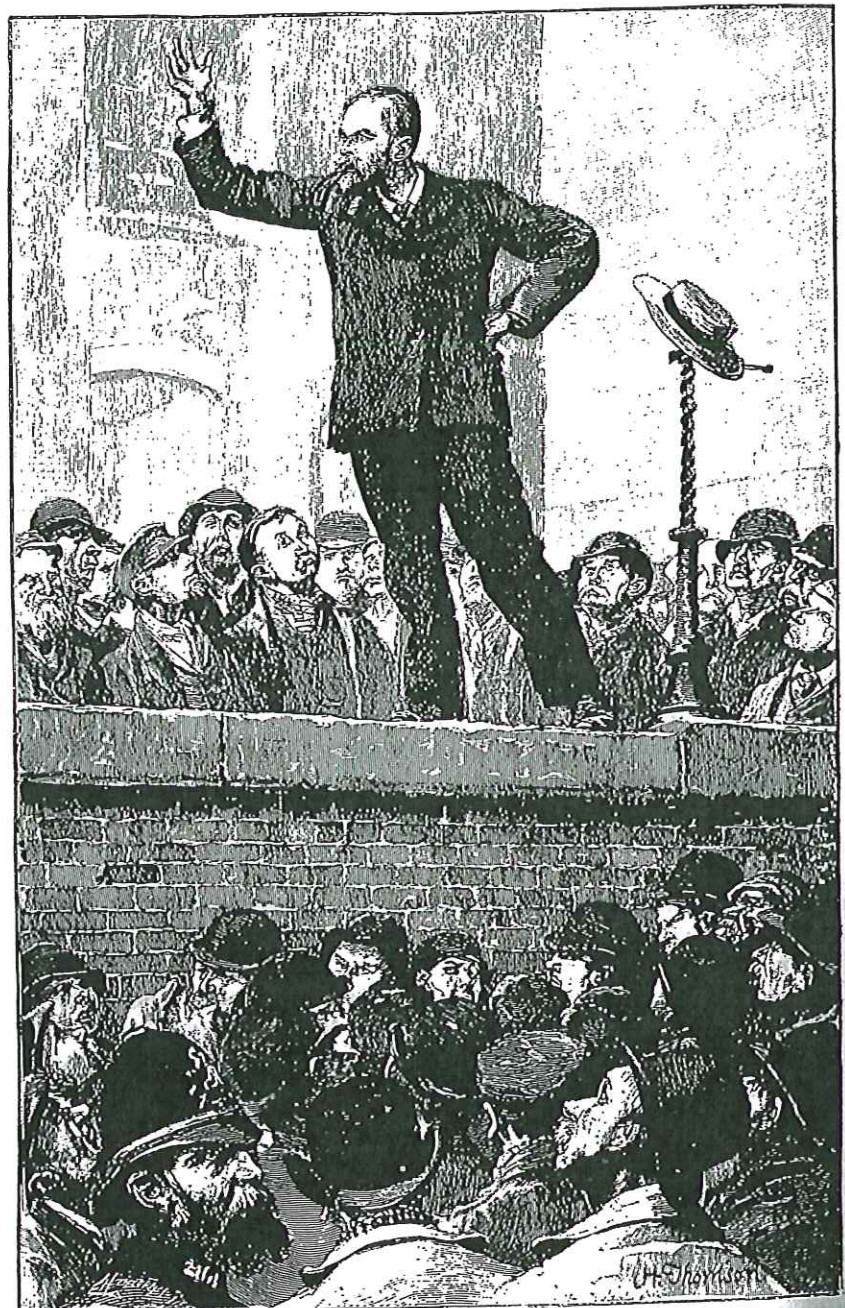
L'autogestion est un thème qui a déjà fait couler beaucoup d'encre depuis les années 70. L'équipe de Tournai désirait témoigner de sa propre expérience autogestionnaire (la Maison Médicale du vieux chemin d'Ere a 20 ans... et non loin de nous vit une entreprise textile autogestionnaire, les Textiles d'Ere, dont les acteurs parlent de leur expérience d'autogestion comme de 15 années de fil à retordre).

Entre le mouvement autogestionnaire né au coeur de l'industrie et le nôtre, il y a bien sûr de grandes différences mais aussi des points (d'achoppement ?) communs.

L'autogestion "économique" est née dans un contexte de crise, d'impasse, dans une tentative de sauver un outil de production menacé par la logique capitaliste; ce sont les travailleurs eux-mêmes qui en ont été les artisans et qui ont dû apprendre, sur le tas, à résoudre tous les problèmes liés à la gestion de leur usine.

Ces usines sortaient souvent d'une longue période de grève et d'occupation des locaux. La reprise de l'activité de production était progressive et cela facilitait le volume des problèmes à résoudre. Il est plus facile de reprendre les commandes d'un engin qui démarre que s'il est lancé à pleine vitesse !

Dans l'histoire de notre maison médicale, il y a eu tout le climat des années 70 qui tentait d'inscrire en réalités sociales les idées de 68. Il y avait donc sans doute plus de volonté militante, et moins d'obligation économique. Les soignants qui ont démarré l'expérience avaient déjà les idées qui depuis lors ont continué à faire lien dans le groupe : pratique pluridisciplinaire et non hiérarchisée, d'une méde-



Auto-gestionnaire à court d'imagination, haranguant la foule pour savoir comment tirer de nouvelles recettes de son chapeau ...

cine globale dans ses aspects curatifs et préventifs, dans une approche psychosociale. Au niveau de la structure même de l'équipe, le mode de fonctionnement qui s'est mis en place dès le début est l'autogestion.

### Définition

L'autogestion est l'organisation par laquelle les membres d'un groupe, refusant toute autorité extérieure, prennent totalement en charge leurs conditions de vie et de travail, en décidant démocratiquement de toutes les questions qui les concernent et en s'imposant des règles et une discipline.

Ceci suppose toute une série de rouages administratifs : assemblée générale qui a tous pouvoirs et où sont représentés les patients, conseil d'administration qui mène la gestion courante, statuts, règlement d'ordre intérieur, liens avec l'association de patients etc.

Ce qui est pour nous de l'ordre "*des règles et de la discipline*" est essentiel à la philosophie même du groupe. Prenons l'exemple de la circulation financière dans l'équipe. Nous avons un "*pool financier*", c'est-à-dire que tout ce qui est perçu par chaque soignant dans l'exercice permis par son diplôme, est versé dans un pot commun.

De là sont pris en charge tous les frais occasionnés par la gestion du bâtiment, et toutes les rémunérations de chaque membre de l'équipe. Ces rémunérations sont fixes, fonction du nombre d'heures de travail prestées, et de l'ancienneté en ce qui concerne les sept premières années d'exercice. Ceci entraîne deux conséquences essentielles à notre avis :

- il n'y a aucun lien direct entre le travail presté et le salaire de fin de mois. Cela évite certainement une tentation pour le soignant d'entraîner une surconsommation des soins... (rappelons que nous travaillons tous à l'acte). Cette notion est bien sûr tempérée par la santé financière de l'équipe, qui reste en arrière-fond de notre pratique;

- l'entière responsabilité de la carrière de chacun se vit à la maison médicale, même lorsqu'il s'agit d'activités "annexes" à la profession (stages de voix, conférences, cours, accouchements à domicile). Cela évite ce que l'on retrouve souvent, à savoir une pratique à deux vitesses : un temps partiel dans une institution, et une pratique privée à côté... avec sa conséquence de "*médecine à deux vitesses*" dont la caricature est l'organisation des soins de santé dans le tiers-monde.

### Autogestion et pouvoir

Dire que l'autogestion donne d'emblée le pouvoir à tous est en même temps vrai et faux.

Claude Lefort, dans "*L'invention démocratique*" montre qu'au départ, le pouvoir divin était confié au Roi. C'est lorsqu'on tue le Roi, à la Révolution, que naît la démocratie : celui qui occupe la place du pouvoir est mandaté par le peuple, et non plus par Dieu. Il arrive néanmoins que la démocratie, les élections deviennent parodiques : lorsque celui qui occupe cette place se comporte non plus comme si le pouvoir lui était confié par le peuple, mais par Dieu (ce n'est pas par hasard que dans le bête show le président se fait appeler Dieu).

Idéalement, le pouvoir est un principe, une place vide qui n'est occupée par personne (un peu comme la Déclaration des Droits de l'Homme : il s'agit d'un réfère-

## ABSTRACT

Avec les ronds qu'on gérait à Tournai,

la gestion tournait rond.

rent théorique commun, d'une fonction que personne n'incarne. L'exemple récent de l'Algérie montre à quel point les Droits de l'Homme influencent la texture même de la loi, qui doit répondre maintenant à deux conditions : la loi doit être démocratique et conforme aux Droits de l'Homme pour s'inscrire dans l'histoire).

Il semble bien que chez nous, cette place vide soit occupée par un signifiant commun, l'autogestion. Toute proposition de modification qui mettrait en cause ce signifiant clé a toujours été refusée, historiquement (ex : une fonction présidentielle à vie). Il en découle que, pour qu'une expérience autogestionnaire "tienne" historiquement, elle doit forcément faire preuve d'un certain radicalisme.

Pour en revenir à la définition de l'autogestion, disons que tout est en place, démocratiquement, pour que les problèmes puissent être résolus par les travailleurs eux-mêmes, dès qu'ils sont membres titulaires de l'association.

Mais la question du pouvoir se repose subtilement pour la compréhension des problèmes lorsqu'ils surgissent : tant au niveau des choix budgétaires que comptables, des choix d'investir ou non dans de nouveaux locaux, du matériel informatique, de nouveaux engagements, etc., les membres anciens, qui ont une plus longue expérience de l'autogestion, qui connaissent l'histoire des décisions déjà

prises et leurs conséquences, risquent d'avoir plus de poids dans les discussions que les autres, et comment pourrait-il en être autrement ? Les nouveaux engagés doivent d'abord se familiariser avec la compréhension surtout comptable de l'asbl...

Or, et en cela on rencontre un constat général, culturellement, nous sommes tous plus poussés à la consommation qu'à la participation. Les soignants débutants ont souvent besoin de beaucoup d'énergie pour débiter leur pratique, pour compléter leur formation, pour se faire une place dans l'équipe... La participation au conseil d'administration, la compréhension des bilans nécessitent du temps... et si chacun n'y était pas particulièrement vigilant, on s'installerait vite dans un ronron : ceux qui savent font ça tellement plus vite, tellement mieux...

Pourtant, deux conditions sont indispensables au maintien démocratique d'une pratique autogestionnaire :

\* la nécessaire lenteur : diffuser l'information, mener un débat démocratique autour de chaque décision importante est indispensable si on veut éviter une délégation de pouvoir et de décision. Cela suppose que chacun ait en main les éléments précis permettant d'apprécier les situations à résoudre...

Pour évaluer à sa juste valeur le travail de transparence que cela suppose, il suffit de comparer la qualité des informations avec celle dont le citoyen dispose souvent ailleurs, dans l'exercice

de ses décisions politiques par exemple (flou des programmes électoraux, budgets locaux connus seulement quelques jours avant le vote, médias cherchant plus le scoop que la vérité et encore moins la réflexion). Ceci prend du temps et pourrait être considéré comme une perte d'efficacité et de productivité, mais ce processus est ce qui cimente vraiment l'expérience autogestionnaire.

\* Le nécessaire roulement à l'intérieur du conseil d'administration : renouvelable par moitié chaque année, il permet à chacun de se familiariser avec une "culture associative" : une série de savoirs, de pratiques qui ne sont codifiées nulle part clairement, comme par exemple le fait de savoir que la composition du conseil d'administration doit être envoyée chaque année au Moniteur.

L'autogestion reste pourtant porteuse de contradictions internes et externes.

\* internes : assurant en même temps la fonction d'employeur et d'employé, chacun bascule sans arrêt de position. Les frustrations, petites ou grandes, s'exercent dans un climat affectif où chacun doit continuer à travailler le matin avec le collègue proche, objet de l'engueulade de la veille. Ce genre de chose arrive sûrement moins dans une structure pyramidale où on peut détester l'autre en paix (le patron, par exemple).

\* externes : les îlots autogestionnaires voguent au milieu de flots capitalistes : en matière de soins de santé, nous ne pouvons rien changer au fait que d'é-

vidence, un soin infirmier ramène moins qu'un soin de kiné, et lui-même moins qu'un soin de médecin dans le pool.

L'organisation de l'équipe tâche de contrebalancer cela par une échelle de salaire extrêmement réduite, mais dans les périodes de houle la "rentabilité" repointe son nez dans les conflits : entre les médecins à pratique plus lente, ou s'adressant à des plus démunis, et les autres... entre les médecins et les paramédicaux... Mais l'autogestion vise à une meilleure gestion des conflits, certainement pas à leur disparition...

En conclusion, nous pensons que l'autogestion donne au travail en commun une qualité relationnelle que l'on éprouve pour peu que la vie nous place dans d'autres structures de soins hospitalières, pratique privée, etc.

Une question qui reste ouverte est celle de la participation des patients : historiquement, il y a eu d'abord des patients militants, véritablement engagés dans l'association sur le mode autogestionnaire. Puis une période "artiste" notamment avec plusieurs années de vie d'un atelier théâtre mixte (*Toubib or not toubib*), et enfin, ces années-ci, des délégués de patients qui nous demandent plus une réflexion sur le mode scolarité-santé-parentalité.

L'association des patients reste plus fragile statutairement, mais chaque menace de dissolution a relancé de nouvelles idées, comme la création, cette année, d'un réseau d'échanges de savoirs.

# L'utopie autogestionnaire

## Du rêve à la réalité

"Autogestion..." Un mot qui hier en a fait rêver plus d'un et qui aujourd'hui fait sourire. Tarte à la crème, utopie baba cool, délire théorique irréalisable, c'était bon pour les années de vaches grasses.

Aujourd'hui, c'est la "crise"... Place aux choses réalistes et efficaces, les utopies à la poubelle de l'histoire...

### Change de look, ça passe plus !

Me risquant à plusieurs reprises à parler de l'expérience autogestionnaire de ma maison médicale à l'occasion de débats publics, je me suis rendu compte à quel point ce sujet est devenu tabou, alors qu'hier il mobilisait bien du monde.

A l'intérieur même de nos maisons médicales, j'ai eu l'occasion de m'interroger sur la mise en place de structures rappelant curieusement "*l'ancien régime*" : à la Maison Médicale de Forest, par exemple, ont été élu un administrateur délégué et une directrice.

Et pourtant, en me baladant d'une maison médicale à l'autre, j'ai pu observer que, même si on n'ose plus en parler, l'autogestion est bien vivante, bien réelle, que ce rêve est devenu réalité, même si forcément il a bien fallu faire quelques aménagements.

Mieux, les Maisons Médicales sont probablement un des rares bastions autogestionnaires qui ont résisté à l'usure du temps et des modes, alors que presque partout ailleurs - il serait utile de vérifier - le phénomène s'est écroulé comme un vulgaire château de cartes à la première tempête.

Mieux encore, des jeunes se l'approprient et y trouvent leur compte. Certes, bien différemment, non plus en tant que discours, mais comme mode de vie, en plein dans la réalité, tombant sans doute dans l'excès inverse, refusant toute idéologie dogmatique emprisonnante. Ca, c'est l'air du temps...

## Flash-back sur l'histoire

L'idée de l'autogestion n'est pas, loin s'en faut, une invention soixante-huitarde. Aussi loin que l'on peut retourner dans l'histoire des hommes et à travers les civilisations, on s'aperçoit que ceux-ci ont cherché à s'associer dans des formules plus ou moins démocratiques, "autogestionnaires". Par exemple : certaines communautés religieuses à leur départ, "fontines" africaines (sortes de banques collectives organisées par les femmes), coopératives villageoises en Amérique latine,...

Au 19<sup>e</sup> siècle, époque de la naissance du socialisme, pour faire face aux ravages du libéralisme sauvage, deux courants idéologiques coexistaient : MARX, prônant un socialisme centralisateur capable de s'opposer en bloc au capitalisme, et PROUDHON prônant le socialisme "fédéraliste", basé sur le développement de microsociétés à dimension humaine et susceptible d'ébranler le système capitaliste en l'infiltrant.

Le centralisme hiérarchisé de MARX, plus puissant, s'est imposé... pour finalement s'autodétruire un siècle plus tard. La vision "fédéraliste" plus anarchiste, forcément moins "efficace" de PROUDHON est restée en sourdine, resurgissant régulièrement au fil de l'histoire, notamment dans les années 20-30 avec le mouvement des coopératives, et 60-70 avec ce que l'on connaît.

En 1968, au plus fort de la guerre froide, les deux blocs s'affrontent de part et d'autre du mur de Berlin. Beaucoup ne trouvent plus leur compte dans ces références idéologiques. Resurgissent alors, pour sortir de ces carcans hyperstructurés et centralisateurs, les vieilles valeurs humanistes du partage du pouvoir, de l'égalité, de la liberté, de l'"AN-archie".

De là naîtraient les Maisons Médicales.

Re-retour en arrière : c'était trop beau pour être vrai, notre volonté de non-hiérarchisation n'a pas pleinement abouti, les hiérarchies, absentes de nos structures

et de nos discours, sont bien présentes dans la réalité. Chassez le naturel, il revient au galop...!

## Verticales et horizontales

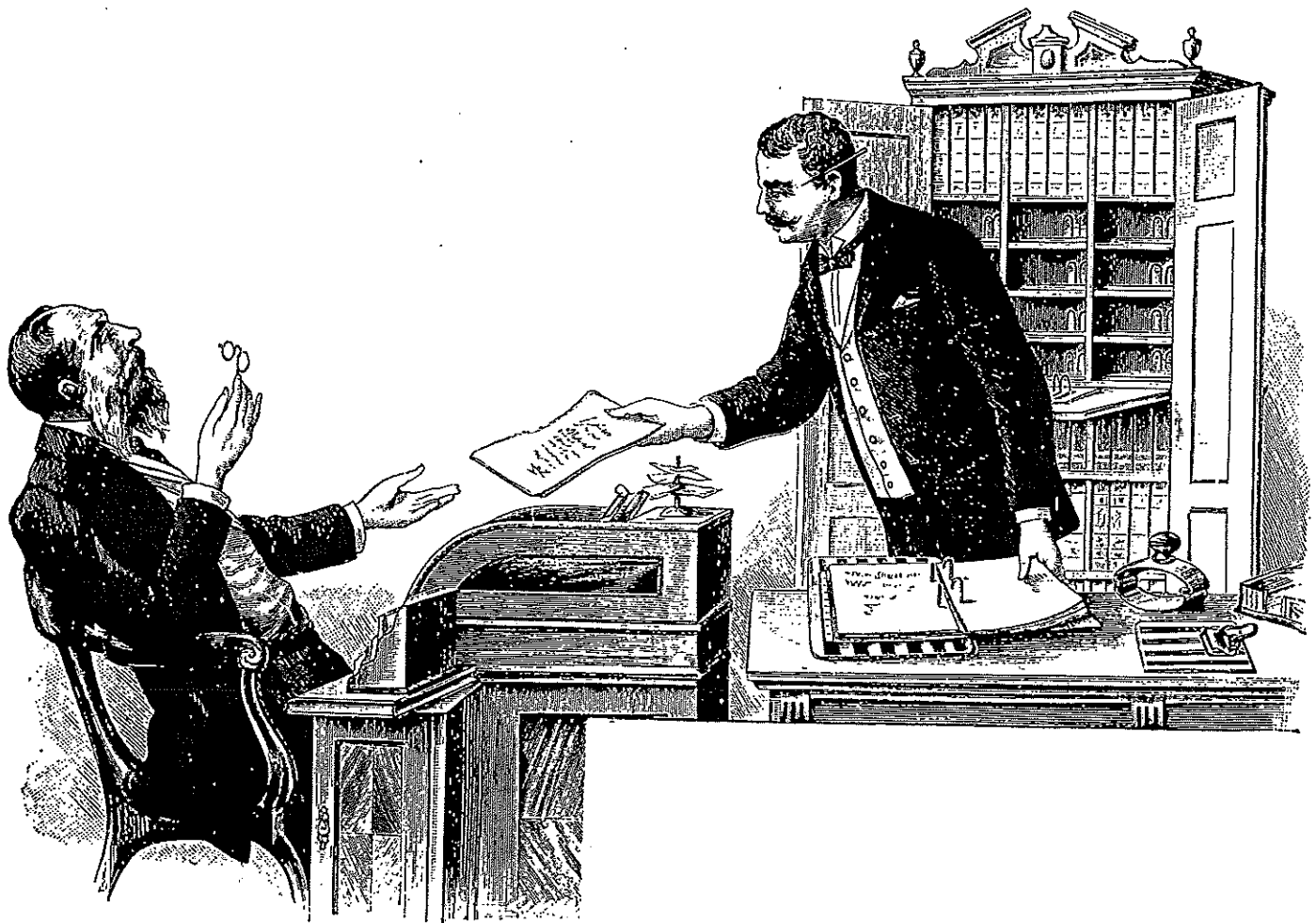
L'histoire des hommes est ainsi faite : un perpétuel va-et-vient entre des périodes de verticalisation, de structuration hiérarchique entrecoupées de périodes d'horizontalisation, d'humanisation, de démocratie.

A l'intérieur de nos institutions, comme à l'intérieur de chacun de nous-mêmes, ces deux forces perpendiculaires sont constamment présentes et se tiraillent.

La verticalité, c'est la loi de la nature : l'évolution du cosmos étant basée sur la loi de sélection naturelle, c'est le plus fort qui mange les plus faibles et qui impose sa loi que ce soit chez les bactéries, les plantes ou les animaux. Chez l'homme, cet animal qui parle, c'est la parole qui lui donne le pouvoir. Les dictatures se sont construites sur des discours ; dans nos entreprises autogérées, ceux qui parlent bien ont le pouvoir sur les autres. Loi de la nature, il convient de ne pas la nier, elle nous imprègne au plus profond de nous-mêmes dans nos rapports aux autres ; dans nos structures, les médecins gardent leur pouvoir tout en le niant, les plus vieux bétonnent leur discours devant les plus jeunes (ils savent !)...

Mais, ce qui précisément différencie l'homme de l'animal, c'est qu'il est capable d'horizontalité. Toutes les sociétés humaines ont développé, à des degrés divers, les notions d'horizontalité, liberté, égalité, fraternité, démocratie..., construisant ainsi des systèmes de valeurs susceptibles de contrecarrer l'insupportable loi de la nature.

Le rêve de la société autogestionnaire, an-archique, ne vient en fait que du désir d'échapper à la loi de la nature. Mais, il faut savoir que c'est un rêve, une utopie : à la fois impossible à réaliser totalement (l'homme restera une bête), et indispensable à sa vie car il peut là trouver un sens face à l'insupportabilité de la mort.



Comptable consciencieux tendant un bilan de fin d'exercice à un utopiste notoire.

### Du rêve à la réalité : l'importance de la loi

Les moins jeunes d'entre nous se souviennent de ces fameuses assemblées où tous avaient la parole, des communautés, des travailleurs s'accaparant l'entreprise et séquestrant les patrons... Il fallait en finir avec la question du pouvoir.

Nos maisons médicales sont de ces modèles-là : pas de chefs.

Mais, très vite, on s'est aperçu de plusieurs choses : à peine le roi détrôné, c'est la lutte pour s'accaparer le pouvoir... pour certains en tout cas. Pouvoir informel, mais terriblement insidieux parfois

: celui des mots, laissant à ceux qui l'ont moins un goût amer. Pour beaucoup, l'autogestion, c'est du bluff ; ce sont toujours les mêmes qui, malgré leurs beaux discours, n'en loupent pas une pour imposer leur point de vue. Parés de leur savoir (les médecins, les psys,...), ils ont réponse à tout.

Avec un terrible danger, le pouvoir n'étant plus bien localisé, il devient très difficile de l'ébranler. Une nouvelle tyrannie s'installe.

Pour parer à cela, chacun dans son coin a inventé des "trucs" : statuts, charte, règlements,... Le droit de vote accordé au travailleur donne, en définitive, la seule garantie de contrôle du pouvoir, même si,

on le mesure souvent, ce vote est l'objet de manipulations intenses : les discours séducteurs et trompeurs sont le lot de toutes les démocraties. Il resterait à voir quels outils ont été mis en place par les équipes pour garantir le contrôle démocratique, et leur efficacité.

### Démocratie et efficacité

Nos fonctionnements sont souvent lourds, certains disent que l'autogestion est inefficace.

Efficacité et démocratie sont antinomiques. Là où une efficacité maximale est requise, point de démocratie possible : on imagine mal un général organisant un

référendum auprès de son armée avant de mener l'offensive, de même qu'une équipe chirurgicale autogérée... comme il est des situations dans notre travail quotidien où l'on doit bien prendre des décisions seul.

De même, si, dans nos maisons médicales, tout le monde s'occupe de tout, cela devient l'enfer. Et il serait plus facile de faire licencier le collègue qui "glande" par un méchant patron que par les copains de l'équipe. Nos structures ne sont pas des modèles d'efficacité et de productivité.

Mais est-ce bien cela que nous attendons ? A quoi bon l'efficacité, si c'est pour vivre écrasé...

Un minimum s'impose sans doute, sans quoi on désespère de ne pas avancer. Un équilibre dans cette dialectique est à rechercher constamment.

---

### L'entreprise autogestionnaire : un avenir ?

Nos Maisons Médicales sont des entreprises privées, soumises à la contrainte du marché. A mi-chemin entre l'entreprise capitaliste, dont l'objectif est exclusivement productif, sacrifiant tout au nom de l'efficacité et le système collectiviste, sacrifiant sa productivité à une certaine conception du social (pas de chômage en URSS autrefois), l'entreprise autogérée trace une troisième voie : elle intègre rentabilité et dimension sociale.

Prenons un exemple : une maison médicale comprenant 5 médecins à 4/5 temps, 3 kinés à temps plein, 3 infirmiers à temps plein, 2 secrétaires à temps plein et un assistant social à temps plein.

En gros, cela fait onze professionnels "rentables" finançant 14 salaires. Si la Maison Médicale n'existait pas, trois personnes n'auraient pas d'emploi.

En transposant ces chiffres à l'ensemble de la société belge, on peut supposer que

si elle était organisée en autogestion, il n'y aurait pas de chômage...

L'autogestion permet une relative harmonie entre les pôles économique et social, en les plaçant sur un pied d'égalité ; contrairement à la société néo-libérale socialisée qui hiérarchise : d'abord une solide économie pour, éventuellement, financer le "social", alors plutôt sur le mode caritatif : les surplus pour les pauvres... conception contraire à la dignité humaine.

A un moment où l'idéologie marxiste s'effondre et où les sociétés libérales sont en proie à des difficultés considérables (la misère aux Etats-Unis, l'engouffrement du tiers-monde, les montées d'extrême-droite en Europe), il est plus qu'urgent de chercher une troisième voie ; et si le modèle que nous défendons était celle-là ?

---

### Mais qu'est-ce qui coince ?

On peut se demander pourquoi alors, les idées de 68 ont, dans l'ensemble de la société, été aussi rapidement battues en brèche pour finalement faire sourire deux décennies plus tard.

Il est vrai que beaucoup d'expériences autogérées se sont cassé la pipe, et que celles qui ont résisté n'ont pu le faire que moyennant l'abandon de certains principes. Une brève analyse montre que tout a été trop vite : on a voulu mettre un nouveau système à l'intérieur d'un autre, bien différent : de plus, personne n'y était réellement préparé.

---

### Quelques situations :

\* Certaines Maisons Médicales ont eu des problèmes avec les syndicats, ceux-ci identifiant la Maison Médicale à un patron. Absurde, car dès lors qu'on travaille en autogestion, les règles ne sont plus les mêmes : pourquoi est-on soumis à une législation sur le travail, construite sur la dualité patron/travailleur, quand il n'y a plus de patron ?

## LE BON LANGAGE

*Ne dites pas : ces utopistes indécorables qui croient encore à l'autogestion sont des hémiplegiques du rendement et des culs-de-jatte du profit.*

*Dites : ces braves gens appartiennent au secteur non marchand...*

\* Reprenons l'exemple pris plus haut : les expériences autogestionnaires ont pour effet de favoriser l'emploi et peut-être diminuer l'absentéisme par maladie : pourquoi dès lors doivent-elles payer les mêmes cotisations sociales que les entreprises classiques ?

\* Beaucoup de travailleurs se sont trouvés confrontés aux problèmes de gestion de l'entreprise alors qu'il n'y étaient pas préparés : qu'a-t-on fait pour les y former ?

En réalité, il est bien clair que ce système dérange très fort les tenants du pouvoir traditionnel, qu'ils soient de droite ou de gauche ; et rien n'a été fait pour favoriser cette troisième voie sur le plan politique. Une législation adaptée devrait exister pour la favoriser.

---

### Un bilan malgré tout positif

En dépit de ces difficultés, d'un environnement hostile, des expériences ont tenu bon. Avec parfois à leur actif des victoires extraordinaires : sauvetage de projets en crise grâce à la solidarité, en préférant se serrer la ceinture plutôt que de licencier ; travailleurs acquérant au fil du temps une expérience qu'ils n'auraient pu acquérir ailleurs ; relative stabilité d'emploi, responsabilisation importante des travailleurs, aplatissement des échelles de revenus,...

Par ailleurs, si aujourd'hui on ne parle plus d'autogestion, les idées ont néan-



moins infiltré un peu partout : la participation des travailleurs à la gestion de l'entreprise est très à la mode, et on parle de responsabiliser les services publics.

Certes, les objectifs sont bien différents : seule la rentabilité préoccupe aujourd'hui. Les dimensions humaines et sociales sont absentes des objectifs. Le social, c'est fait pour récupérer les déchets du système. Une autre vision du social, positive, est à développer.

---

### Perspectives

Après 20 ans de "bricolage", on a envie de faire le point. Quelque chose me dit qu'on n'avait pas tout à fait tort. Dans un monde qui bascule, où les références idéologiques sont remises en question, où le productivisme à tout crin est occupé d'empoisonner la planète en appauvrissant la moitié de sa population pour "arthérioscléroser" l'autre moitié, on s'accroche aux valeurs : démocratie, participation, dignité humaine, responsabilisation... L'autogestion, c'est tout cela à la fois, au cours de ce qui constitue la part principale de la vie des hommes : leur travail.

Reste à se donner des outils d'analyse et des structures susceptibles de ne pas nous faire sombrer dans l'inefficience ; et à porter le message sur le plan politique. Ce qui est loin d'être gagné, étant donné le scepticisme ambiant.

J'ai omis de parler de ce qui me tient le plus à coeur : le plaisir de faire des choses ensemble... Le tout étant de ne pas le gâcher par notre bêtise.

Olivier Mariage

# Gestion et autogestion ...

## Taille de l'équipe

Y a-t-il une limite dans le nombre pour que l'autogestion soit possible ? Tout dépend du type de délégation et du contrôle de ce que l'on délègue.

Les domaines de la santé, de l'éducation sont souvent pyramidaux, antinomiques avec l'autogestion. Intérêt des Maisons Médicales qui renversent la vapeur dans des créneaux où la hiérarchie est très forte. C'est plus une question de mentalité : changer la médecine, l'école, la justice, l'architecture... Dans quelle mesure ce mode de fonctionnement intègre-t-il les patients ? Y a-t-il une osmose entre ce qui se vit et le milieu ambiant ?

A Essegem, deux écueils rencontrés :

- la taille de l'équipe;
- les anciens.

La construction d'un bâtiment a entraîné la nécessité d'un engagement à long terme et donc une définition des objectifs. Après ce travail, une série de gens sont partis. Les anciens ont lancé la construction d'un bâtiment; l'équipe s'est aggrandie : pas de tournante pour la représentation au Conseil d'Administration mais on ne se bouscule pas au portillon !

A force de fragmenter le travail, on acquiert un pouvoir implicite (ex. le comptable-informaticien); c'est contrebalancé par l'éthique professionnelle. Fonctionner à l'unanimité est parfois un danger : quel pouvoir pour celui qui dit NON ! Souvent l'unanimité cache un leadership charismatique qui fait que l'unanimité se réalise autour d'une personne.

Si majorité des 2/3, 3/4, comment faire pour que les "battus" entrent dans le projet ?

Il y a des questions où il faut l'unanimité : construction d'un nouveau bâtiment où chacun doit investir...

Comment avoir ce feeling ? Majorité, unanimité ?

Une décision qui remporte la majorité peut remporter un an après l'unanimité... mais quid alors de la paralysie ?

Distinguer la minorité de la minorité de "sabotage" : être d'accord sur les objectifs de départ...

Pour revenir aux patients.

Les médecins au départ ne voulaient pas participer aux réunions de patients pour ne pas poursuivre une relation avec une contrainte morale. Actuellement, cela se refait (Essegem).

Soutien "passif" : les réunions de quartier se font dans les locaux de la Maison Médicale, mais pas de participation directe... rôle ambigu du soignant-animateur.

A Essegem, la présidence n'est jamais exercée par un soignant ni un patient.

A Seraing, la participation est inscrite dans les textes fondamentaux : le Centre de Santé Intégré est l'émanation de la communauté qu'il dessert. Impasse : on retrouve aux réunions l'hypochondriaque de service.

Ailleurs, deux membres extérieurs sont cooptés au Conseil d'Administration : une infirmière sociale du quartier et un expert en soins primaires qui sont garants d'un regard extérieur.

Reste la question du contrôle de la population qui est illusoire. Au départ, 30 à 40 personnes dans un comité de patients, mais sans pouvoir; question du répondant refusé par eux et continué malgré tout (La Glaise). Orientation, non plus vers un contrôle de la population sur le travail, puisque la population n'est plus demandeuse, mais bien vers l'établissement d'un garant extérieur : des gens du groupe "Réflexion santé".

A Tournai, même débat : les patients ont droit de vote mais disent : "la Maison Médicale c'est votre outil, on ne veut pas s'intégrer". Importance de la transparence des décisions malgré tout. Rôle de représentation des patients (ex. homéopathie).

Où est la limite des domaines où on laisse les patients s'immiscer ? (Question des "trop d'immigrés, trop de toxicos dans la salle d'attente").

A Forest, les patients font partie du Conseil d'Administration, deux cooptés : c'était dans les textes mais cela a été récemment mis en place.

A Barvaux, ils participent dans la réflexion, la prévention mais ont refusé de participer à la gestion proprement dite.

Question : Où et quand, historiquement, sont nées les ASBL ?

Dans le milieu catholique : le curé, propriétaire de l'école, qui mourait sans testament, obligeait les gens à se regrouper pour racheter l'école.

Quand la loi sur les ASBL a été votée, c'était une façon de contrôler la gestion des bénéfiques (associations de fait) ou en tout cas, d'éviter les bénéfiques redistribués (non marchand).

L'important, c'est qu'une ASBL peut faire ce que fait une personne physique sans être vue.

Une ASBL est soit :

- culturelle ou sportive;
- sociale.

Il y a plus de dissolutions que de créations d'ASBL, cela démontre que la vitalité du mouvement associatif est en baisse.

Malaises dans certaines ASBL : une imprimerie qui remet des jeunes au travail

investit et du coup : une trop grande distance entre le produit (l'imprimé) et l'objectif (l'accueil du jeune) amène la proposition de "société d'intérêt social".

Une ASBL doit avoir un objet social, qui doit être plus large que de se faciliter la vie... Il y a de grosses cliniques qui fonctionnent en ASBL.

Toutes les Maisons Médicales structurées en ASBL sont autogestionnaires (l'outil est la propriété des travailleurs).

Certaines Maisons Médicales sont hiérarchiques : sont-ce des ASBL autogestionnaires ? Oui ! Ils gèrent en commun l'outil et ils ont le principe "un homme - une voix". Il faut, pour nous, ajouter équipe pluridisciplinaire non-hiérarchisée.

A Essegem, il existe une ASBL et une coopérative qui gère le bâtiment, sinon comment, au bout de 10 ans, évaluer ce que quelqu'un a apporté, s'il veut partir ? Dans les coopératives, cette évaluation est possible. De plus, en cas de dissolution de l'ASBL, il y a obligation de céder l'avoir

à une autre ASBL. Même question à Charleroi-Nord : ASBL + membre de la coopérative Immo-Santé.

Question de nouveau : entrer dans une ASBL est déjà difficile, quid en entrant dans une coopérative ?

Les règles d'une coopérative sont strictes; il n'y a pas de place pour l'auto-gestion.

A Essegem, l'ASBL loue les locaux à la coopérative, la participation à la coopérative n'est pas obligatoire.

# "DOCUMENT"

## ITINERAIRE D'UNE EQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE EN REPONSE A LA PLAINTE

En 1971, le GERM formulait comme suit les objectifs d'un centre de santé intégré :

*"Soins globaux : la définition de la santé de l'O.M.S. comme un état de bien-être physique, mental et social implique que le CSI prenne en considération l'ensemble de la personne qui s'adresse à lui, avec ses composantes biologiques, organiques, sociales, psychiques, etc.*

*Cette approche globale est d'autant plus importante que la pathologie psycho-sociale est en expansion et que les soins strictement médicaux ne constituent pas toujours la réponse adéquate aux problèmes de santé. (...)"*

C'est dans cette optique que le patient est accueilli et pris en charge lorsqu'il se présente au centre afin de trouver solution à sa plainte.

**Accueil :** les accueillantes constituent une réelle plaque tournante dont le rôle est primordial : la première approche de la gestion de la plainte se fait par celles-ci. Elles sont confrontées à de multiples problèmes auxquels leur formation leur permet de répondre : accueillir, écouter, orienter, informer, tranquilliser, évaluer le degré exact des urgences, tenter d'échapper aux manipulations de certains patients, et ceci de vive voix ou en réponse aux appels téléphoniques. Leur rôle psycho-social n'est pas facile, pas plus que ne l'est l'organisation pratique de leur travail.

En effet, elles peuvent se trouver en même temps face à une personne à accueillir, un paiement à encaisser et le téléphone qui sonne. Ne parlons pas du cas où elles doivent expliquer le système du forfait, faire signer les documents à une personne qui ne connaît pas le centre et qui s'y présente pour une terrible migraine ! Elles jouent aussi souvent le rôle de tampon entre patients et thérapeutes : un patient, un thérapeute passeront plus fa-

cilement leurs nerfs sur la secrétaire que l'un sur l'autre.

**Equipe pluridisciplinaire :** lors de sa première visite au centre, après l'accueil, le patient est orienté vers les différents thérapeutes (le plus souvent chez le médecin). En fonction de la plainte exprimée chez le médecin et du diagnostic posé par celui-ci, il est loisible, si nécessaire, de le référer dans les disciplines suivantes : infirmière sociale, kinésithérapeute, dentiste, logopède, psychologue, diététicienne.

Le centre de santé, par son antenne psychosociale, n'accueille plus seulement des patients dont la première plainte s'adresse uniquement au médecin. Ils peuvent se présenter d'emblée chez l'un des thérapeutes concernés par ce contexte.

**Dossier :** l'ouverture systématique d'un dossier, accessible à tous les thérapeutes, assure le suivi optimal des patients et la coordination interdisciplinaire. Cette coordination se complète par les discussions de cas qui permettent à chacun de s'interroger sur sa façon de travailler et d'éventuellement réorienter les patients et les référer chez d'autres thérapeutes. Dossier et discussion de cas permettent de gérer la plainte de façon cohérente. Ce modèle de prise en charge est celui vers lequel nous tendons et il est évident que nous rencontrons des difficultés auxquelles il faut essayer de remédier. C'est entre autres pour cette raison que nous avons entrepris une recherche sur nos références internes. Nous parlerons de cet aspect après avoir évoqué un exemple où la réponse à la plainte nous a paru adéquate.

Mademoiselle S., 18 ans, prend contact avec la psychologue, conseillée par une patiente connaissant bien le centre (qui l'accompagne d'ailleurs au premier rendez-vous). Elle consulte pour difficultés psychologiques suite à des abus sexuels par son grand-père, subis entre 6 et 8 ans. Il apparaît rapidement qu'en plus de sa souffrance psychologique, un grave problème d'asthme l'handicape sévèrement. Des problèmes familiaux (mère-fille), de scolarité et financiers sont également dé-

couverts. Très vite, une discussion de cas est demandée à l'équipe afin d'élaborer une prise en charge globale. L'infirmière sociale s'occupe des demandes de remboursement au FNRS des différents traitements entrepris : aide psycho-thérapeutique, aide pédagogique par la logopède, traitements médicamenteux (aérosol). Les médecins assurent le suivi médical. Des séances de kiné respiratoire et de relaxation sont entreprises au centre. Enfin, la psychologue effectue toutes les démarches nécessaires pour arriver à intégrer la jeune fille dans une structure adéquate à sa problématique : *SOS incestes*. Au début, elle l'accompagnera d'ailleurs aux premiers entretiens. Parallèlement, elle a obtenu l'inscription, prix plus que réduit, de la jeune fille dans une école privée pour la préparer au Jury Central. Après deux ans et demi de prise en charge, la patiente a déjà réussi une partie de ses examens, a modifié son apparence physique (elle se féminise), son contact social est nettement meilleur, etc.

Cet exemple illustre bien les démarches entreprises afin de répondre au mieux à la plainte. La structure et l'ambiance chaleureuse d'une maison médicale ont certainement joué un rôle dans l'épanouissement de la jeune patiente, rebutée par des infrastructures médicales plus classiques.

## Aspects positifs et négatifs de l'intégration du psycho-social au sein d'un centre de santé.

Enoncer théoriquement que tout patient doit être considéré par tout thérapeute dans sa globalité est aisé. L'application concrète est beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît. Toute tentative de prise en charge globale se heurte rapidement à des facteurs limitants tels que :

- La compétence du thérapeute : celle-ci est souvent uni-directionnelle alors que la globalité du patient et de sa problématique est multifactorielle.
- La résistance du patient à livrer plus globalement les diverses composantes du problème.

# Gestion de la Plainte ...

Dans un certain nombre de situations, la problématique du patient est telle que, malgré l'incompétence relative du thérapeute et malgré la résistance du patient, la communication thérapeutique se met en place et donne un résultat. Mais, dans un nombre non négligeable de situations problématiques plus complexes ou plus spécifiques, la nécessité de référer le patient se pose tôt ou tard. Le piège de la globalité est par exemple pour un généraliste de considérer que la conception "généraliste" qu'il a de la globalité de la personne suffit pour lui faire croire qu'il peut tout ou presque tout résoudre. On arrive alors à des relations médecin-patient chronifiées, plus longues que les plus longues psychanalyses et surtout plus créatrices de dépendance. La problématique du patient reste non résolue alors que l'utilisation de stratégies thérapeutiques non médicales aurait souvent suffi. Le problème se pose aussi dans le sens inverse : combien de patients ne traînent-ils pas chez les pys alors qu'une problématique médicale somatique existe et qu'une intervention du médecin aurait pu résoudre le problème ?

Il est donc impératif d'affiner :

1.- Les outils de diagnostic du problème de santé.

2.- Les stratégies thérapeutiques à utiliser, en définissant qui les utilise (référence interne et/ou externe).

Il faut également tenir compte de :

- La sensibilité de chaque thérapeute.
- Sa capacité à vivre la frustration, l'échec et l'incompétence.
- L'acceptation pour le patient de devoir parfois partager sa "guérison" avec plus qu'un thérapeute.

Ceci ne sont que des pistes de réflexion.

L'équipe de Linkebeek

Mots-clés :

*Accueil du patient (écoute et traduction de la plainte, une relation s'établit...)*

*Equipe pluridisciplinaire*

*Outils de gestion*

*Références internes*

*Références externes*

La réflexion est introduite par la lecture du texte de l'équipe de Linkebeek (voir ci-contre). Sont évoqués dans ce texte les différents services dont une équipe pluridisciplinaire dispose pour répondre à la plainte, à la demande du patient : accueil, différents thérapeutes, aspect psycho-social, le dossier médical, les discussions de cas, un exemple de prise en charge, les aspects positifs et négatifs d'une antenne psycho-sociale dans une maison médicale et les problèmes de références. Des questions posées par l'animateur tenteront de cerner le sujet de ce carrefour.

## 1. Quelle est la place de la demande, comment la prendre en charge ?

L'importance du travail des accueillantes est notée par toutes les équipes. Elles sont une véritable plaque tournante entre les patients et les différents thérapeutes. Lors d'un premier contact, le patient est le plus souvent orienté en médecine générale. Certaines maisons médicales essaient de laisser plus de liberté aux patients et aux thérapeutes de telle sorte que le patient puisse s'adresser directement au thérapeute concerné (facilité pour les équipes fonctionnant au forfait puisque la prescription médicale n'est plus nécessaire à la référence). Ceci implique que la plainte du patient soit claire. Or, en général, le patient se présente avec une plainte vague. Il faut donc traduire cette plainte pour savoir ce que le patient demande réellement. Le thérapeute est en général mal formé à recueillir une plainte puisqu'on l'a habitué, durant ses études, à devoir répondre dans le quart d'heure, à poser un diagnostic alors que bien souvent un temps d'écoute plus long serait nécessaire pour comprendre ce que représente la plainte exprimée. Ex. : "je

*suis faible", "je ne vais pas bien", faut-il faire une mise au point médicale, psychologique ? ... Le patient peut exprimer des plaintes multiples pour que le thérapeute s'intéresse à lui. Une infirmière signale que le problème de la plainte est moins difficile à gérer pour elle car, quand le patient arrive chez elle, le diagnostic est déjà établi.*

Pour le médecin, il y a la recherche d'un fil conducteur. La continuité ne s'établit qu'au fur et à mesure des consultations. Si elle s'établit, elle est réciproque.

Certaines équipes trouvent que la réponse adéquate au patient est facilitée par l'utilisation du dossier SOAP (Subjectif, Objectif, Appréciation globale et Projets par rapport au patient).

Il faut répondre à la signification que la plainte a pour le patient et on peut en arriver à ce paradoxe que trouver une solution à la plainte supprime l'intervention du thérapeute alors que le patient voudrait qu'une relation s'établisse.

Il faut d'autre part ne pas tomber dans le piège de vouloir "en faire trop" pour le patient qui alors se sent endetté vis-à-vis du ou des thérapeute(s). Il aura alors envie de s'échapper (déménagement invoqué pour briser la relation envahissante).

## 2. Une équipe pluridisciplinaire, est-ce plusieurs personnes sous un même toit ou y a-t-il une certaine cohérence ?

Il existe des écoles très différentes : médecines parallèles, conceptions orientales, approche qui se veut rationnelle ...

Discuter entre gens de formations très différentes semble très difficile. Les formations sont faites pour que ces gens ne se rencontrent pas (ex. médecin-infirmière). En fin de formation il est difficile de dialoguer (l'infirmière n'a pas à donner un avis médical).

Il est parfois très enrichissant de travailler en équipe, mais cela implique de connaître ses limites personnelles, d'avoir confiance dans les autres, de connaître les spécificités de chacun, reconnaître la place de chaque membre dans l'équipe.

Dans une équipe pluridisciplinaire, les thérapeutes se rencontrent, ont des contacts informels, participent à des réunions coordonnées, ont accès à un dossier médical.

Il faut toutefois se méfier lorsqu'on constate qu'un patient se rend un peu chez tous les thérapeutes et établit des relations avec les différents membres de l'équipe (problème de la surconsommation ou de la manipulation). Certaines équipes essaient de fidéliser le patient vers un thérapeute.

### 3. Outils de gestion, est-ce utile (dossier, réunions,...) ?

Oui. Lorsqu'un patient est vu par différents membres de l'équipe, il est essentiel que le partage des expériences se fasse de façon à adopter une attitude cohérente vis-à-vis du patient.

Dans une grosse équipe, le dossier est très important. Il est essentiel que chaque thérapeute y inscrive ses observations et complète la fiche de synthèse. Le carnet de santé remis au patient est également important pour autant qu'il soit bien rempli. Ce carnet permet au patient de participer à la gestion de sa santé.

Un outil utile également est la discussion de cas (informelle ou organisée) qui réunit les thérapeutes concernés par un même patient. Importance toutefois d'un secret professionnel interne. Le respect du patient est primordial. Il peut communiquer une plainte à un thérapeute préfé-

rentiellement et ne pas accepter que tous les autres soient mis au courant.

Par contre, certains patients s'attendent eux à ce que toute information transmise à un thérapeute le soit automatiquement aux autres. Nous pouvons à notre insu induire ce comportement en exposant au patient l'intérêt de consulter une équipe pluridisciplinaire.

### 4. Comment gérer la référence interne ?

Ici joue la confiance dans les autres membres de l'équipe et la connaissance des spécificités de chacun. La gestion de la référence, c'est connaître les limites de sa compétence et partager le patient avec un collègue.

Lorsqu'une bonne relation s'est établie avec un patient et qu'un problème rencontré sort de la compétence du thérapeute, la référence s'impose mais risque de casser la relation privilégiée. La proposition de référence faite au patient doit être expliquée de même que le fait que cette référence ne coupera pas le contact établi.

Cette proposition de référence peut d'ailleurs parfois renforcer le patient dans son désir de ne pas quitter son thérapeute. Il faut éviter que la référence n'apporte au patient une impression d'abandon. Si le patient refuse la référence, le thérapeute peut alors continuer à le suivre mais se fait superviser par un collègue compétent.

En cas de supervision, il est parfois difficile de se sentir "jugé" sur ses compétences professionnelles. Dans le cas des références internes, il peut arriver que le patient se sente obligé de l'accepter, sachant très bien que le thérapeute saura s'il s'est ou non rendu à la consultation de référence. Il faut donc proposer la référé-

rence au patient, la suggérer, mais non l'imposer.

Sauf dans certains cas bien particuliers (toxicomanes), il ne faut jamais avoir avec le patient un rapport de pouvoir. Par contre, le thérapeute a le pouvoir d'opposer un refus à une demande du patient, il a le droit d'avoir des notes personnelles que le patient ne connaît pas, en plus du dossier.

Il faut également faire confiance au patient qui a des capacités de réagir après avoir exprimé suffisamment sa plainte. Les références internes aux para-médicaux dépendent du thérapeute qui réfère. Elles sont très variables suivant le médecin qui réfère. On ne dispose pas d'évaluations des références internes, on peut supposer que parfois on adopte des attitudes de routines, qu'on peut avoir des préjugés.

Le retour de l'information est-il toujours bien fait ? Lorsqu'il s'agit des références externes, il y a le problème de la transmission et de la rétro-information. Il n'est pas toujours simple de trouver des spécialistes de référence et, même dans ce cas, on ne peut l'imposer au patient à qui on doit laisser le choix du spécialiste.

Pour assurer la prise en charge du patient par ces structures, on peut assister aux opérations, rendre visite aux patients hospitalisés... La référence externe est beaucoup plus complexe que la référence interne.

Christine De Jonghe

# L'autogestion et le relationnel

## Un parcours, une utopie

Cet espace d'écriture est, pour nous, l'occasion d'explorer, de l'intérieur, une histoire dont le récit sera certainement teinté de subjectivité. Histoire d'une prise en compte de la dynamique relationnelle dans notre maison médicale depuis environ douze ans. Ce voyage à travers le temps s'est construit au départ d'une réflexion menée à deux, l'une médecin, l'autre psychologue, chacun membre de la maison médicale, tous deux ayant vécu cette période qui correspond à l'amorce d'une collaboration de l'équipe avec un professionnel de la relation. Le soussigné, alors jeune psychologue social en mal de terrain d'action, désirait éprouver une fraîche formation à la théorie et à la pratique de la dynamique de groupes restreints. Pour la maison médicale, cela pouvait être quelqu'un qui soit en dehors et qui puisse renvoyer aux participants ce qui était en train de se dire, formuler des hypothèses sur ce qui était latent, tenter des synthèses, répartir les occasions de prise de parole.

Ce qui caractérise le groupe de cette période, c'est qu'il apparaît comme soudé; les membres sont jeunes, portés par l'enthousiasme. La maison médicale existait depuis cinq ans et on se trouvait toujours dans une phase d'élaboration. Il s'agissait de construire une structure de santé alternative.

Dans le monde social d'alors, une place était concevable pour un discours autre, même si marginal.

Ce qui regroupait les membres, c'est l'appartenance à ce discours politique (dans le sens d'idées, de valeurs préconisées pour un développement des relations humaines dans la cité) issu de la mouvance caractéristique d'après '68; discours largement supposé comme commun, mais dont on peut certainement dire qu'il était pour une grande part implicite. À l'extérieur, le répondant était bien là et actif : d'autres maisons médicales, même si encore rares à l'époque, des regroupements tels que le GERM, et bien d'autres courants progressistes portaient un discours sur la santé, posaient une analyse de société, se souciaient vivement de l'autre monde, encore appelé

Tiers à l'époque. Cette militance active, dont nous assistions à l'époque aux derniers soubresauts d'exaltation, notamment lors de la grève des médecins de 1980, dynamisait constamment le discours partagé, alimentait le mouvement et la solidarité. Le lecteur aura compris que la réalité sociale et les préoccupations d'aujourd'hui semblent être toutes autres. Le désir alternatif a grand peine à ne pas sombrer dans les marais d'une certaine sclérose ambiante de la gauche, dans un monde où le seul faux dieu à être encore l'objet de culte semble celui qui a pour attributs la courbe statistique et le bilan des comptes.

Quelques épis grisonnants ont sagement raisonné l'enthousiasme du discours. Les équipes ont grandi, elles ont dû s'organiser, se structurer, se réglementer laissant sans doute souvent une place beaucoup moindre au souffle des bulles de rêves militants des débuts même si, lorsqu'on y regarde de plus près, ces dernières avaient quelque fois tendance à prendre des allures de cauchemars interpersonnels.

La dynamique des groupes, on peut, dans un premier temps, la concevoir comme rapport dialectique entre deux fonctions : fonction de production, d'une part, fonction d'entretien, d'autre part.

La fonction de production implique tout ce qui conduit un groupe à réaliser l'objet pour lequel se sont rassemblés ses membres; l'objet de production d'un Centre de Santé Intégré, c'est le patient identifié comme sujet d'une santé entendue dans une perspective globale, telle que l'énonce notamment l'O.M.S. La fonction d'entretien, quant à elle, touche aux activités du groupe orientées vers lui-même : il s'agit de tout ce qui tend à permettre un fonctionnement optimal, une bonne organisation, un réseau relationnel suffisamment stable et positivement conflictuel.

Ces deux fonctions, en rapport constant et nécessaire entre elles, supposent un équilibre tel que l'une ne prenne jamais trop le pas sur l'autre. On imagine, par exemple, que si la logique de production

occupe une place telle qu'aucune attitude d'entretien ne puisse prendre cours, les inévitables difficultés organisationnelles et relationnelles qui ne pourront s'élaborer au fur et à mesure, ni s'exprimer des lieux ad hoc, vont progressivement rendre l'environnement groupal peu satisfaisant et peu attrayant pour les membres. Si, par ailleurs, les problèmes d'organisation et de bonne entente entre les membres monopolisent la vie du groupe, on assistera probablement à un progressif désinvestissement du projet, qui est l'essence même du groupe.

Le propre d'un groupe fonctionnant en autogestion, c'est que les dépenses énergétiques en entretien sont parfois considérablement plus importantes que dans un groupe à fonctionnement hiérarchisé. En effet, même si on défend une aspiration égalitariste, dans le réel, il y a les individus et leurs désirs propres; il y a les différences interpersonnelles et le constat qu'on n'échappe pas aux jeux d'influence, aux jeux de pouvoir. C'est souvent pour palier à ce qui fait obstacle à cette ambition autogestionnaire que se déploient les énergies d'entretien. La motivation, la prise de responsabilité, la créativité dans le projet, la possibilité constante de développer un questionnement sur le sens, compensent souvent cet énorme coût.

---

### Premier moment de l'observation participante : une phase dite fusionnelle colorée de discours politisé.

Au moment où débute cette observation, la maison médicale en est à sa deuxième génération de travailleurs. Il ne reste alors que deux des membres fondateurs qui étaient sept au départ. Certains de ceux qui étaient partis, l'avaient fait pour des raisons personnelles; d'autres, à l'issue de crises institutionnelles et relation-

nelles qui n'avaient pas laissé le groupe sans plaie difficile à cicatriser. A l'époque, la nouvelle génération était majoritaire en nombre. L'âge des nouveaux n'était pas très différent de celui des membres fondateurs. Les médecins, en particulier, avaient tous un passé étroitement "concerné" par la militance active. Le passé des autres nouveaux travailleurs, en général, un peu plus jeunes, était moins clairement marqué dans ce sens pour la plupart.

Ces quelques considérations pour souligner que la maison médicale de ce premier moment se cherche encore une identité, est encore en phase d'élaboration de son projet propre au travers d'un discours politisé sur la santé; discours politisé non pas dans le sens d'un extrémisme militant (comme le sous-entendent abusivement certains regroupements de médecins ou certaines revues médicales traitant, et c'est le comble, de la situation présente), mais plutôt dans une perspective de pluralisme responsable qui considère le rapport d'interdépendance entre la santé et la vie de société, poussant une analyse critique de la relation soignant-soigné dans le sens d'y débusquer les effets aliénants d'une relation de pouvoir. C'est ainsi que l'autonomie du patient était tenue pour essentielle à sa santé globale.

Ce que l'on souligne souvent trop peu lorsqu'on aborde le système de gestion des maisons médicales, c'est que l'auto-gestion n'y est pas le choix arbitraire d'un type de fonctionnement, mais qu'elle présente une étroite relation avec le projet de santé, à l'image d'une idée qui y est défendue quant à la relation soignant-soigné. C'est là le sens porteur de l'égalitarisme, de l'horizontalité structurelle des rapports, non seulement entre les membres occupant une même fonction professionnelle, mais également entre les différentes professions. L'utopie, c'est de projeter le rapport entre le médecin et le paramédical non comme rapport de subordination, mais comme complémentarité enrichissante des divers discours sur la santé. Projet impossible mais pari tenu depuis 18 ans à Seraing. Non sans obstacles, il faut le

préciser. Car comme l'écrivait récemment Olivier Mariage : "...à peine le roi détrôné, c'est la lutte pour s'accaparer le pouvoir... pour certains en tous cas. Pouvoir informel, mais terriblement insidieux parfois : celui des mots, laissant à ceux qui l'ont moins un goût amer (...) Ce sont toujours les mêmes qui, malgré leurs beaux discours, n'en loupent pas une pour imposer leur point de vue. Parés de leur savoir (les médecins, les psy,...), ils ont la réponse à tout. Avec un terrible danger, le pouvoir n'étant plus bien localisé, il devient très difficile de l'ébranler. Une nouvelle tyrannie s'installe..."

Paradoxalement, c'est le discours même que défend une idéologie égalitaire qui contient en lui les germes du pouvoir. Car le réel n'est pas Un et l'homme, par ses mots, peut le plier à son propre désir; ce qui signifie que, dans la structure horizontale, c'est celui qui possède les mots qui aura de ce fait le pouvoir. De plus, l'idéologie est ainsi faite, qu'elle comporte par constitution une pression à la conformité sinon au conformisme de ses adhérents. Le paradoxe de ce discours idéologique, sans lequel, cependant, il ne peut y avoir de projet, c'est que la différence y trouve peu se place, les désaccords ne peuvent que rarement se dire, ni s'exprimer comme conflits interpersonnels. A la maison médicale, cependant, l'adhésion au projet primait souvent et les ennemis extérieurs ne manquaient pas pour, sans cesse, permettre aux troupes de se ressouder.

La fusion, c'est le terme que nous avons utilisé pour décrire un fonctionnement relationnel et gestionnaire largement indifférencié, où toute prise de décision était forcément présentée au groupe qui devait tendre à l'unanimité sous peine de créer un malaise par une différenciation des avis. Dans les faits, il fallait cependant pouvoir dépasser de fréquentes situations de paralysie décisionnelle. Certaines décisions étaient discutées après qu'un membre ait pris la responsabilité de l'assumer seul, ou alors, dans d'autres situations, le charisme d'une personne parvenait à convaincre les plus sceptiques. En clair, cela signifie que certains occupaient par moment une place plus

différenciée de leaders implicites, ce qui ne laissait pas le groupe sans parfois d'énormes tensions : le pouvoir était manifestement à l'oeuvre, mais non identifiable et donc inattaquable. Il y avait le pouvoir des "locomotives" qui tiraient résolument le groupe dans une direction qui insatisfaisait certains. Il y avait aussi le contre-pouvoir de ceux qui s'opposaient et questionnaient certaines décisions montrant la part d'aliénation du projet qu'elles pouvaient contenir. Ces multiples et inévitables tensions n'avaient souvent d'autre recours pour se dire que la dissension sur la théorie politique, ce qui, évidemment, était loin de suffire.

---

## Deuxième moment : la dynamique de groupe

C'est dans ce contexte que se fit la reconnaissance d'un tiers extérieur en la personne d'un animateur (pas si extérieur, si on considère l'aspect militant et l'aspect autoformatif de ma participation bénévole du début) pour certaines réunions d'équipe. Reconnaître un tiers, c'est peut-être implicitement constater une impuissance de structure concernant la relation. En d'autres termes, c'est concéder que la relation, ça ne va pas de soi, à coups de bonne volonté; la relation se déroule pour une grande part en dehors du rationnel, là où se passe ce qui échappe à la maîtrise, cette métamorphose individuelle du réel qui est propre à la mobilisation affective.

Peut-être est-ce le statut de psychologue, peut-être est-ce le besoin du groupe de m'identifier comme étant un des leurs, de la même appartenance, c'est-à-dire un professionnel de la santé; toujours est-il qu'assez rapidement, après la participation à un difficile week-end d'équipe annuel (il y fut notamment question de l'exclusion d'un des deux derniers membres fondateurs encore présents) me voilà, à l'occasion, en train de réguler les échanges lors de réunions appelées de



dynamique de groupe où il était question de résoudre des conflits interpersonnels, de tenter, en quelque sorte, de guérir le groupe de ce qui était considéré comme une maladie inexplicable; d'autant plus dépourvue de sens pour une association de militants enthousiastes qu'ils étaient tous attachés à démontrer la viabilité d'un système social autre tel l'autogestion.

Première étape de différenciation, la dynamique de groupe relève de l'instauration d'un lieu-soupape qui permette que des tensions se disent sans que cela soit vécu comme trop dangereux, insécurisant; le tiers joue le rôle de garde-fou: instance censée représenter pour le groupe la non-transgression de certaines limites personnelles dans les échanges.

### Troisième moment : l'élaboration de l'organigramme

Parallèlement à ces réunions ponctuelles, épisodiques de dynamique de groupe, il devenait important de parvenir à une compréhension de ce qui paralysait souvent le fonctionnement d'équipe et risquait à chaque fois de se transformer en conflits insolubles entre membres. La voie choisie ne fut pas de "psychologiser" les tensions, tâche par ailleurs impossible vu que nous nous trouvons dans un cadre de production professionnelle et non dans un lieu de développement personnel (c'est évident à écrire ainsi, mais cela ne l'est pas toujours lorsqu'on se trouve aux prises avec une dynamique conflictuelle). Il fallait choisir de porter le regard sur le cadre organisationnel. L'hypothèse était qu'une meilleure compréhension de l'institution allait dynamiser l'équipe et prévenir bon nombre de court-circuits relationnels.

Les différents niveaux du fonctionnement institutionnel furent distingués, entre autres les niveaux du politique, du gestionnaire, de l'opérationnel. L'établissement d'un organigramme était cen-

sé permettre une identification plus claire de ces processus du pouvoir que le système autogestionnaire rendait paradoxalement encore plus obscurs. Les enjeux sont clairs: la logique égalitariste était prise à la lettre; l'organisation ne pouvait que se mettre à son service; l'utopie, c'était de continuer à faire l'économie de la question du pouvoir avec le danger d'ainsi empêcher le développement du processus de différenciation dans le groupe, source de créativité.

### Quatrième moment : la coordination et l'information

De ces réflexions, un lieu différent émergea néanmoins. Sorte de système nerveux central, ou de centrale informatique, ce sous-groupe, détaché de l'assemblée plénière et que l'on appela la Coordination, avait pour fonction, non pas de décider, mais de gérer efficacement l'information en provenance du processus institutionnel et de renvoyer les aspects décisionnels au groupe élargi.

Le traitement de l'information était devenu une nécessité; cela semble être un aspect central de la vie d'une équipe, d'autant plus si celle-ci évolue de façon autogérée. Le développement d'un pouvoir y était obligatoirement lié malgré la réélection annuelle des mandatés. Mais ce pouvoir manifeste était soit nié dans les faits, soit faisait moins peur par son apparente transparence.

L'évolution de l'institution, la diversification des activités, l'extension du cadre du personnel, ont, par ailleurs, progressivement accru la complexité du jeu institutionnel. Il en va de même pour le réseau relationnel avec, en conséquence, un impact majeur de phénomènes parallèles sinon parasites tels que la circulation de rumeurs, de bruits de couloir, l'apparition d'alliance d'intérêt, la désignation de boucs émissaires, etc. Face à la croissance de cette complexité, les coordinateurs se sont de plus en plus trouvés dans

la nécessité de développer un système de médiation de l'information qui devienne chaque jour plus performant (avec les écueils que cela comportera et qui seront examinés plus loin). C'est ainsi qu'aujourd'hui, un mur entier de la salle à manger de la maison médicale est consacré à l'affichage d'informations diverses: procès verbaux des assemblées générales, des réunions plénières, des conseils d'administration, des multiples sous-groupes de travail, informations sur nos relations extérieures, articles de fond affichés par tout un chacun à propos de réflexions d'actualité sociale, éthique, philosophiques, etc.

Là où, sans contexte, l'organisation aura permis à l'équipe de soulager une importante source de tensions relationnelles, c'est dans le passage d'une tradition orale à une utilisation de l'écrit comme moyen de prendre acte des décisions importantes, de baliser le temps groupal. Plus d'un malaise provenait effectivement de l'interprétation, différente pour chacun, des décisions qui avaient été prises en groupe lors de longues et parfois tumultueuses réunions. Le revers de la médaille, c'est que nous sommes fréquemment "noyés" sous les rapports et autres écrits et que la question du sens qui relie ces multiples informations, c'est-à-dire le projet lui-même, peut avoir tendance à s'estomper.

### Cinquième moment : l'analyse institutionnelle

Le temps passe. Juillet '84: c'est le début de l'expérience forfaitaire. Un an et demi plus tard, débiteront les séances mensuelles d'analyse institutionnelle. Pour ma part, il ne m'est plus possible, à ce moment-là, d'occuper cette place de tiers extérieur, qui était la mienne au début (mon désir n'était plus là non plus), vu que j'avais développé une collaboration avec l'équipe sur le terrain institutionnel et opérationnel (participation active aux assemblées générales en tant que membre

: participation aux colloques de coordination clinique, entretiens psychologiques avec des patients, etc.) et qu'à partir de '87, je suis engagé à temps partiel.

Il est peut-être intéressant de risquer l'hypothèse d'une articulation de sens qui relie ces deux événements que sont l'expérience forfaitaire et l'analyse institutionnelle à la maison médicale.

L'expérience du forfait va avoir d'énormes répercussions, non seulement sur les rapports de soins de santé avec les patients mais aussi sur la façon d'investir la profession par les thérapeutes ainsi que sur les relations interdisciplinaires entre les médecins, les kinés, les infirmières, et tous les autres. Le système forfaitaire lui-même, en créant une distanciation entre l'acte thérapeutique et les honoraires du thérapeute, a permis que, dans cet espace, surgissent des questions qui ne pouvaient apparaître spontanément auparavant. Par ailleurs, dans ce système, les paramédicaux sont, de fait, libérés du rapport de "sous-traitance" qu'ils ont structurellement dans la pratique "à l'acte". Cela augmente l'horizontalité des relations avec le secteur médical et donc, le degré d'autonomie de chacun. La conséquence en est l'acquisition pour chacun d'une possibilité accrue de développer un discours spécifique sur sa propre façon de concevoir la pratique de soins : sortir du rapport de pouvoir, c'est y gagner en liberté de parole.

C'est à ce moment que l'équipe opta aussi pour une démarche régulière d'analyse institutionnelle avec un animateur (vraiment) extérieur afin de passer à une autre méthode de gestion des tensions relationnelles que la méthode dite "par soupape" qui avait un type d'action plus symptomatique que préventif (le moment a d'autant plus une importance symbolique qu'il est contemporain du départ du dernier des membres fondateurs encore présent). L'analyse institutionnelle a eu pour conséquence de créer un espace autre (espace d'entre-deux, entre la fonction d'entretien et la fonction de production) dans la vie relationnelle de l'équipe. Ce nouvel espace aura, par

la suite, des répercussions sur l'organisation du processus autogestionnaire.

Malgré un risque permanent de récupération par l'organisationnel (l'absence d'ordre du jour à une réunion est une source de malaise. Le groupe se trouve comme devant un vide qu'il a le désir de colmater par le recours à des ordres du jour préprogrammés, au risque de rendre les discussions insipides, en rupture avec le présent institutionnel et émotionnel), ce lieu est resté durant des années un espace-trou, en rupture avec une dynamique de stricte production; un endroit où les idées pouvaient "librement" s'associer sans que se profile aussitôt la contrainte d'une nécessité de prise de décision. En dehors de l'urgence de la plainte interpersonnelle, le conflit pouvait y être abordé non plus comme symptôme à soigner, mais comme analyseur d'un système institutionnel : dépassionnaliser les conflits, leur trouver un sens articulé au projet qui nous rassemble, identifier certains phénomènes du processus groupal comme, par exemple, la désignation de boucs-émissaires. Cet endroit pour se mieux connaître devint en conséquence un nouveau lieu de différenciation.

C'est de ce fonctionnement en analyse institutionnelle qu'est né une modalité de notre fonctionnement autogestionnaire : l'idée de découpler la réflexion de la décision. Car nous nous rendions compte que bon nombre de tensions provenaient du sentiment, pour beaucoup, de ne pas avoir pu maîtriser les données des problèmes soulevés lors des réunions décisionnelles et de se sentir devenir l'objet de certaines dérives groupales laissant, après-coup, un arrière-goût d'amertume.

Aujourd'hui, la périodicité de ces réunions d'analyse institutionnelle a été conservée. A la différence que, depuis un an et demi, nous ne travaillons plus qu'à l'occasion avec un animateur extérieur. Est-il possible d'auto-gérer cet espace-là également ? Nous ne pouvons encore nous prononcer à ce sujet. Il faut cependant déjà constater que l'absence d'une oreille extérieure rend le travail sans ordre du jour beaucoup moins accessible. En conséquence, un sous-groupe réfléchit à chaque fois à propos d'une orientation glo-

bale à proposer lors de ces réunions (on observe actuellement de façon fréquente que des membres s'occupant de la gestion du personnel se mobilisent pour ces préparations). On peut par ailleurs aussi constater que l'expression des conflits interpersonnels peut beaucoup moins y trouver une place, sans doute en raison de la disparition du garde-fou symbolique.

---

### Sixième moment : la normalisation et l'informatisation

Effet d'une croissance de l'équipe, effet d'une ouverture de la parole en analyse institutionnelle, effet d'un développement de la circulation d'une information écrite, c'est un mouvement de clarification qui apparaît alors. Souci tout à fait raisonnable, correspondant à une maturation du fonctionnement institutionnel, à l'abandon d'une dynamique parfois "adolescentaire" de recherche d'identité. L'objectif qui apparaît alors est de faire correspondre la structure réelle de la maison médicale avec la structure officielle, celle qui est décrite dans les statuts légaux notamment. Mouvement qui va avoir pour corollaire le désir "de ne pas être trop différent de l'extérieur" avec comme limite de maintenir l'aspect autre du projet.

C'est ainsi que le groupe qui s'appelait auparavant Coordination fut rebaptisé Conseil d'administration et qu'un autre groupe fut chargé d'établir un Règlement d'Ordre Intérieur écrit.

Cette perspective s'est progressivement muée en un souhait d'une justice objectivée, ce qui, de façon étonnante, était moins le cas par le passé, l'imaginaire y paraissant prendre une place prépondérante par rapport au réel. Ici, par contre, il était devenu prioritaire de faire coller, point par point, l'imaginaire d'une charte politique avec le réel de la structure. La question du pouvoir était ainsi illusoirement occultée par la création ininterrompue de règles qui avaient la vocation de se vouloir égales

pour tous. Paradoxalement, c'est un sentiment d'injustice qui s'est alors développé et a pris une forte ampleur.

C'est un peu comme si on assistait à une sorte de clivage : aux débuts de l'institution, les travailleurs étaient porteurs d'une série de valeurs que signalait leur investissement dans le projet. Par la clarification, par la normalisation, la valeur se mue en règle de fonctionnement. On assiste à une perte d'identification, à une distanciation entre le travailleur et l'institution. Celle-ci devient alors une sorte de lieu abstrait, endroit autre où résident les règles et ceux qui sont les garants de leur bon fonctionnement. L'individu qui, par la place qu'il occupe, n'a pu maîtriser toute l'information très complexe relative à la création de règles, se trouve ainsi dépossédé de fait d'un sentiment de responsabilité par rapport au projet global de l'équipe; il a progressivement le sentiment d'être confronté à un fonctionnement bureaucratique contre lequel il ne peut que tenter de se protéger.

Par ailleurs, l'informatique semble l'outil idéal qui permette de rationaliser la gestion à partir de données supposées plus objectives. L'idée, c'est que grâce à cet outil, nous pouvons obtenir un tableau de bord permanent de la plupart des aspects de production de notre structure et modifier sans cesse l'organisation pour optimiser notre rentabilité.

Il y aurait beaucoup à dire sur l'intérêt majeur de l'utilisation de la statistique informatisée dans le domaine de la santé publique; de même pour les questions éthiques de la recherche que cela soulève. Cela n'est cependant pas dans notre propos d'entrer ici dans ces considérations.

Ce dont nous nous rendons compte, c'est que l'informatique est difficilement utilisable lorsqu'il s'agit d'évaluer un certain nombre de différences individuelles quant à la productivité. Cette difficulté est d'autant plus présente lorsque ces différences ont généré des malaises entre personnes.

La statistique informatique objective bien sûr le réel. Cette objectivation s'effectue cependant toujours selon un cer-

tain point de vue qui est soit peu explicite, soit considéré comme inopérant. Comme les personnes qui lisent les diagrammes n'ont pas nécessairement intégré cet aspect implicite, cela crée habituellement un stress qui a tendance à stigmatiser les tensions et les conflits. L'affectif prédomine et le réel, qui était supposé objectif, est mis hors course.

Il devient dès lors primordial de clarifier les objectifs en groupe avant de procéder à une évaluation de ce type. Tout le monde devrait pouvoir cautionner une grille de lecture avant de se confronter à des diagrammes statistiques.

---

### Septième moment : les règles et le pouvoir

Ce qui est passionnant dans le fonctionnement autogestionnaire, c'est la possibilité qu'a ce système de rester ouvert au désir (au contraire, dans le système hiérarchisé, la part de rêve dans la rencontre entre personnes reste minime et est reléguée à une pseudo-différence des niveaux de responsabilité). Cela se paie par une fragilité organisationnelle extrême qui repose sur une sorte de ligne de crête entre un fonctionnement complètement anarchique, soumis à de multiples violences internes et, d'autre part, l'étouffement bureaucratique, la déshumanisation des rapports.

L'impossible de l'autogestion semble résider dans cette question du pouvoir. Dans un premier moment, on pensait vraisemblablement que l'on allait pouvoir faire l'économie de ce questionnement; après plusieurs années, on se rend compte que le pouvoir, c'est la résultante du processus de différenciation qui s'est progressivement installé. Une dynamique relationnelle qui tend vers la différenciation est une dynamique positivement conflictuelle, qui voit un affrontement constant entre des instances que l'on arrive de plus en plus clairement à identifier comme pouvoir et contre-pouvoir. La tentative constante est d'éviter cette dialectique.

La prolifération de réglementation en tous genres en est le symptôme.

C'est ainsi que, parallèlement à la normalisation, nous avons assisté à un effacement progressif du discours politique (tel que définit plus haut) à la maison médicale; recherche de sens supplantée par une multitude de problèmes ponctuels spécifiquement individualisés. Alors, le niveau de discours qui circule généralement relève de l'organisationnel : il y a quelque part toujours telle ou telle situation particulière à clarifier et on se demande en permanence quelle est la règle qui va créer le moins d'injustices.

A un tel niveau du discours, il semble clair que le questionnement du projet qui est à l'origine de la maison médicale, va avoir grand peine à trouver une place. Or le projet, c'est ce qui donne un sens. On est donc dans une sorte d'impasse et beaucoup risquent de progressivement se démotiver.

---

### Huitième moment : la gestion des ressources humaines

Actuellement, il nous arrive régulièrement de nous trouver dans une situation de saturation progressive du discours institutionnel par des problèmes d'organisation à court terme et qui relèvent, pour la plupart, de contextes spécifiquement individuels. Il est dès lors devenu important de permettre qu'à un endroit, on puisse développer une perspective différente. Il s'agit de pouvoir suffisamment se détacher de la gestion quotidienne pour regarder le long terme. Que ce soit d'un point de vue strictement gestionnaire ou que ce soit dans le sens de redynamiser le projet, il est nécessaire de lui rendre une place centrale dans les échanges.

Par ailleurs, nous avons vu que l'analyse institutionnelle fonctionne depuis quelques temps sans animateur extérieur. Il a déjà été noté que cette situation rend plus

problématique l'expression des malaises individuels et des conflits entre personnes.

Un nouveau groupe, le groupe de Gestion des Ressources Humaines a donc un double objectif : tenter d'une part de décharger le Conseil d'Administration de la gestion du court terme; proposer d'autre part, à tous les membres de l'équipe, un espace où ils puissent exprimer et explorer leur situation personnelle sans qu'il soit question de prendre une décision (sorte d'espace-tampon entre l'expression d'un malaise, d'un besoin, d'un avis personnel et la confrontation aux rouages institutionnels). On retrouve dans ce dernier objectif le même principe de découplage de la réflexion et de la décision que nous avons déjà évoqué auparavant.

au début de cette observation. Il aura certainement remarqué l'importance progressive d'un processus de différenciation des rôles, des statuts, des fonctions entre les membres. Ce cheminement rend cependant plus complexe le déroulement institutionnel. La confrontation à la différence fait en effet surgir la problématique du pouvoir et cela pose chaque question au fonctionnement autogestionnaire.

Cette orientation est toutefois le fait du désir de sortir de la marge; désir d'ouverture progressive de notre projet à la société, condition pour qu'il puisse continuer à prendre le risque de rester créatif.

Mai 1992

Vanni Della Giustina

---

## Et après ?

Le lecteur aura sans doute constaté que la situation actuelle de la maison médicale est bien différente de ce qu'elle était

---

## Bibliographie

### \* A propos de l'autogestion

Jean-Pierre Lebrun : "Sexuation et Institution" in *La Psychanalyse et l'Enfant*. n1, nov.'85

Jean-Pierre Lebrun : "L'holophrase dans l'institution autre" in *Le Trimestre Psychanalytique*. n4, 2ième trimestre 1988

Olivier Mariage : "L'Utopie Autogestionnaire. Du rêve à la réalité" in *Courrier de la Fédération des Maisons Médicales*. n67, février '92

Josianne Rocroix : "Acquis et Limites d'une Expérience Autogestionnaire" *Equipe du Wops, Centre de Jour*.

### \* A propos de l'informatique dans l'institution :

Françoise Pichault : "David - Goliath, Eternel combat" in *Intermédiaire*. n17, 21 avril '92 (interview de Fabienne Verlain)

# La Gestion du Relationnel ...

Ce rapport ne représente qu'une version subjective et partielle de ce qui a été dit dans les deux ateliers qui ont travaillé la gestion du relationnel.

Un document : "*L'autogestion et le relationnel, un parcours, une utopie*" préparé par Vanni Della Giustina, membre de la maison médicale Bautista de Seraing devait servir d'introduction au débat.

Dans chaque atelier, ce document a été présenté et résumé par son auteur.

Le débat qui a suivi la présentation a été marqué par le constat de la majorité des participants d'avoir vécu une histoire semblable à ce qui était décrit dans le document.

Constat donc, de la présence et omniprésence des conflits.

D'une façon spontanée et donc sans un ordre très précis, on a parlé :

- des sources présumées des conflits;
- des solutions qui ont été données par les différentes équipes;
- des raisons de la mauvaise gestion ou de la non-gestion du relationnel;
- des solutions actuellement mises sur pied et qui semblent déjà vouées à l'échec, et d'autres qui au contraire semblent pleines d'espoir de réussite.

Ce rapport essaiera de résumer cela, en regroupant ce qui a été dit sur ces différents aspects, ce qui aura peut-être le mérite d'être synthétique et clair, mais qui fera perdre la richesse d'un débat qui fut très animé.

## Sources présumées des conflits :

- l'agrandissement des équipes (élément contesté par d'autres équipes qui, même si elles ont un nombre réduit de membres, présentent le même problème);
- le temps de gestion du relationnel (non reconnu, non payé, le soir);

- le Pouvoir et le Contre-pouvoir appelés par certains *Inertie*;

- l'argent, sa gestion, sa distribution;

- la volonté de participation à l'autogestion;

- l'information : le manque de transparence;

- l'idéologie des membres fondateurs par rapport aux nouveaux;

- la confrontation des différents discours d'appréhension de la santé et les rapports de pouvoir que cette confrontation induit.

## Exemples qui ont été donnés :

- différence entre la démarche psy et la démarche médicale;

- l'introduction de médecines parallèles;

- les rapports entre les secteurs du centre de santé intégré qui ne souhaite pas reproduire la structure relationnelle de l'extérieur;

- les types de patientèles différentes pour les thérapeutes d'un même secteur.

Tous ces différents facteurs étant d'une façon ou d'une autre présents dans les conflits entre individus, groupes d'individus, secteurs.

## Prévention et traitement

Gestions, solutions proposées

\* L'information écrite a été signalée comme facteur très important dans la prévention, mais assortie d'une série de conditions :

1. être connue avant les réunions;
2. qui donne la possibilité à chacun de la traiter (temps);
3. être accompagnée d'un planning général qui donne à chacun une plage de

temps de "coordination" ou de traitement de l'information.

\* Les réunions (soit de gestion globale ou de gestion du relationnel), organisées dans l'horaire normal de travail, et de ce fait rémunérées, ce qui signifie, selon certains, la reconnaissance de leur importance et de leur utilité.

\* Par rapport au pouvoir et au contre-pouvoir :

- l'appel à l'aide extérieure (analyse institutionnelle ou autre) a permis à certaines équipes de démystifier le pouvoir et d'en parler plus sereinement.

D'autres équipes ont décidé de reconnaître un pouvoir par rapport à certaines compétences; cette reconnaissance étant couplée à la demande de comptes de la part de l'équipe.

- la clarification de l'organigramme de l'équipe, de sa structure, avec un conseil d'administration, administrateur délégué, directeur, groupe de gestion du personnel et des fonctions bien définies et bien connues de tous (les lieux de l'exercice du pouvoir) semble une solution possible.

- pour d'autres, la solution est plutôt de donner à chacun "la possibilité" ("chance") assortie d'une sorte "d'obligation morale" de participer aux structures de gestion ou de décision, par exemple : être membre du conseil d'administration.

\* Par rapport aux conflits qui découlent des différences dans l'investissement et de la volonté de participer à l'autogestion :

Ce problème semble être actuellement, dans plusieurs équipes, lié à la présence de différentes générations.

Le problème est décrit comme la différence de prise en charge des tâches autres que productives par les anciens et les nouveaux.

Les jeunes investiraient (en général) "d'une autre façon" ou "moins que les

anciens" ou "pas comme on imagine qu'ils doivent le faire".

Les causes de ce type de conflit pourraient être :

- l'idéologie sous-jacente, différente pour la nouvelle génération et qui apparaît parfois contradictoire avec l'idéologie du projet;
- les obstacles que les anciens, ou que les équipes déjà en place, présentent à l'accueil des nouveaux;
- le manque d'accueil;
- le manque d'information sur l'histoire de l'institution et plus largement du courant idéologique qui est à la base des maisons médicales;
- la différence culturelle de ces différentes générations.

Dans aucun des ateliers, on n'a vu apparaître des "solutions"; on a quand même exprimé l'espoir que :

- si on donne le temps aux nouveaux de s'informer, le problème pourrait se réduire;
- la mise en place d'un système d'accueil des nouveaux rendra plus facile l'intégration des jeunes dans les équipes;
- il faut valoriser leur apport, parfois lié à de nouvelles compétences, ce qui pourrait favoriser leur écoute vis-à-vis du projet et de l'idéologie du projet.

On a aussi exprimé la crainte qu'ils deviennent un bouc émissaire de tout ce qui ne marche pas dans une équipe. La volonté existe d'éviter ce type de dérapage, d'autant plus que l'on semble clairement conscient de l'importance de l'intégration de la nouvelle génération pour la survie à long terme de notre projet.

Dans certaines équipes, la création des lieux de paroles où on parle du projet, de l'idéologie ou des problèmes, mais sans le souci d'être opérationnel ni efficace, et

sans prise de décision, semble permettre de retrouver des points communs entre les individus, et d'être un bon moyen d'élaboration, de compréhension et d'échange à propos de l'idéologie.

Le problème de la gestion des conflits, omniprésent dans nos structures, ne semble donc pas facile ni résolu.

Deux exemples de solutions actuellement mises en pratique ont été présentés :

\* La première consiste à l'élaboration des règles que l'institution se donne, qui sont décidées au moyen du vote de tous les membres de l'équipe, et qui doivent tout prévoir pour éviter les conflits, ou pour pouvoir les gérer. Cette solution est d'ores et déjà vécue comme vouée à l'échec d'autant plus qu'elle fait l'économie d'un débat de fond sur les conflits et les sources de ces conflits.

\* La deuxième consiste dans la mise en place d'une structure claire et transparente, avec des fonctions bien définies, avec l'identification d'un lieu du Pouvoir, avec la reconnaissance des compétences, avec la délégation sur une ou deux personnes de la gestion des conflits. Cette solution semble être porteuse de beaucoup d'espoir pour les membres de l'équipe qui l'a mise en application.

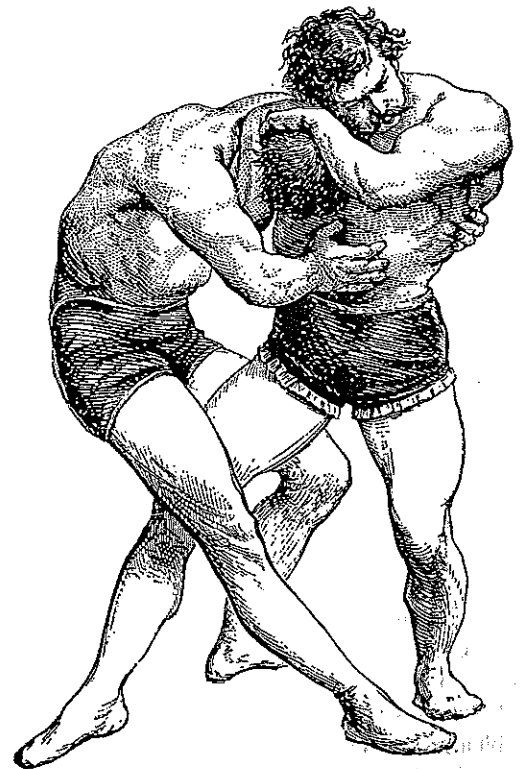
**Mes conclusions de ce débat seraient les suivantes :**

- Malgré tout, on ne pourra pas faire l'économie de l'histoire, et, bien qu'avertie, chaque équipe devra trouver la solution qui lui conviendra le mieux, en faisant parfois la même démarche déjà mise en échec ailleurs pour pouvoir avancer. L'espoir aussi que l'échange qui a eu lieu

permette d'éviter les gros dérapages, et d'avancer un peu plus vite.

- La référence à des objectifs généraux, dont le projet et l'idéologie qui le soutient, sont des plus importants;
- La conscience de l'importance des individus;
- La reconnaissance de l'existence des intérêts contradictoires entre individu et structure;
- la nécessité de trouver un équilibre entre eux pourraient être des éléments d'un cadre de référence que je perçois comme un outil nécessaire pour trouver des solutions, si pas idéales, au moins relativement adéquates ou adaptées à la gestion du relationnel.

Natacha Carrion,  
Maison Médicale Bautista  
Van Schowen à Seraing



*Ultime tentative de gestion du relationnel*

# Santé et gestion

## Ambivalences des Centres de santé intégrés

### 1. Introduction

Ce que je vous propose comme réflexion, c'est une interprétation extérieure, au large de ce que vous faites, c'est-à-dire une mise en perspective "politique" ou "sociétale". Ce qui m'intéresse, quand j'aborde un problème que je ne connais pas comme celui-ci, c'est d'essayer de comprendre par quels emboîtements successifs on peut tenter de lire les enjeux des pratiques sociales.

Le fil conducteur de la réflexion, c'est le rapport entre démocratie interne et démocratie externe.

Je vous donne une courte définition de la démocratie, pour qu'on s'entende sur les mots, celle du philosophe français PAUL RICŒUR: *"Est démocratique, dit-il, une société (un syndicat, une maison médicale par exemple) qui se reconnaît essentiellement comme divisée"*.

Le fondement de la réflexion démocratique, c'est d'abord de se reconnaître divisé, contradictoire, en conflit. Donc est démocratique, une maison médicale qui se donnera pour procédure essentielle d'exprimer, d'analyser, d'arbitrer les contradictions qui la traversent.

Il y a un complément de définition: cette maison médicale ne sera démocratique que si *"elle s'efforce d'associer toujours le plus largement possible, à égalité en droit, chacun des individus concernés à ce travail d'expression d'analyse et d'arbitrage"*.

Cette définition de la démocratie, peu institutionnelle, plutôt philosophique, permet d'identifier, par exemple, dans des sociétés pré-étatiques des procédures très démocratiques; par contre, elle permet d'interroger dans des sociétés formellement démocratiques des mécanismes de domination et d'aliénation. Pour vous en donner un exemple, dans une société nomade (je pense au Nord du Niger où j'ai travaillé) les problèmes fonciers sont abordés par l'ensemble des groupes sociaux de façon fort complexe; la notion de propriété n'existe

pas et donc la palmeraie est appréhendée grosso modo comme ceci: il y a un groupe qui est en rapport avec l'arbre (en rapport parce qu'on ne peut pas dire qu'il est propriétaire de l'arbre), un autre avec les fruits, et un troisième avec le sol; il y a un dernier groupe qui est responsable de l'irrigation; donc toutes décisions relatives aux fruits, à la taille de l'arbre, à l'entretien du sol ou à l'irrigation supposent que les différents groupes se parlent et arbitrent ensemble les contradictions qui se nouent à propos des fruits, de l'arbre, du sol et de l'eau. Pareille gestion foncière est évidemment une "procédure", une "culture" nettement plus démocratique que ce que nous connaissons chez nous, dans une société dont les formes juridiques sont "démocratiques", mais où le sol fait très "simplement" l'objet d'une appropriation privée. Bien sûr, l'exercice de ce droit de propriété est limité par des règlements, des lois, des sanctions, des plans, pour permettre de maîtriser tant bien que mal la contradiction. Ce qui fait, qu'en définitive, même si le sol est de propriété privée, il ne l'est pas jusqu'au bout. Il est permis d'user, mais pas d'abuser. La question de la maison médicale, c'est exactement la même chose que la palmeraie: on peut dire que vous êtes en train d'essayer de vous organiser sur un certain type de fruits (de services de soins de santé), mais vous vous rendez bien compte que le fruit tient à l'arbre, que l'arbre tient au sol et que l'eau traverse le terrain.

En l'occurrence, ce que j'ai retenu très partiellement en lisant votre littérature sur la "plainte" est l'exemple que vous avez donné des migraines et de la "résonance médicale" des problèmes de travail. Je suis certain que les plus anciens d'entre vous pourraient enregistrer, dans ces vingt dernières années, un glissement de cette plainte: une évolution vers la démultiplication des plaintes, vers le caractère de plus en plus complexe de son déchiffrement: anthropologique, sociologique ou socio-économique. Evidemment, dans une société où il y a près d'un million de personnes en défaut d'emploi, et ce durablement, il serait très étonnant qu'il n'y ait pas une propension à médiatiser cette plainte sociale.

C'est à partir de là que je propose une réflexion.

Comment faire en sorte, comment proposer une interprétation de votre "taille fruitière" dans un certain contexte, en sachant que c'est évidemment le contexte qui lui donne sens.

Le projet des maisons médicales naît fin des années soixante; depuis, le contexte a fondamentalement et structurellement changé, et donne un statut totalement différent à l'expérience, quelles que soient les intentions/représentations des acteurs.

Je fais l'hypothèse suivante: les maisons médicales ou centres de santé intégrés peuvent être aujourd'hui "indifféremment", soit une expérience avancée de la société libérale, soit une expérience avancée d'une société démocratique: on peut essayer de prouver comment et pourquoi.

Il n'y a aucune raison de penser que vous êtes nécessairement dans l'option A ou nécessairement dans l'option B. Je crois qu'il existe une ambivalence tout à fait extraordinaire de notre époque; elle ne concerne pas que vous, mais aussi toutes les expériences historiquement structurées dans différentes cultures de contre-pouvoir, vers la fin des années soixante, début des années septante. Leur réinterprétation aujourd'hui permet de s'interroger: "ça va filer dans le filet à provisions de Wynen, pour l'option libérale, ou, au contraire, ça va donner du grain à moudre à l'option démocratique. Quand, comment et pourquoi?"

### 2. Autogestion dans un système hétérogère

Les "centres de santé intégrés" se situent dans un contexte extrêmement vaste et complexe. C'est celui, non seulement des soins de santé dans une société sociale-démocrate (qui l'était en tout cas), mais plus durablement dans ce qu'on appelle le système de sécurité sociale. Au-

trement dit, ce dont on parle se situe à l'intérieur d'un compromis historique étonnant, dans sa "perfection complexe": le financement du système de santé belge est à près de 80% public ou para-public alors que l'offre soins est à dominante privée.

Entre le financement public et l'offre privée, il y a l'ensemble de l'intermédiation socio-économique (interlocuteurs sociaux) et socio-professionnelle (mutuelles et médecins) et la scène publique où se jouent maints arbitrages (INAMI). Son rôle est d'être le lieu de gestion concertée du risque (définir ce qui est assurable et ce qui ne l'est pas) de manière complexe (ni publique, ni privée), en concertation assez plurielle puisqu'il y a à la fois le politique et le privé (l'associatif et le marchand) (médecins, mutuelles...). On est donc dans un système concertatif mixte entre le politique et le socio-économique, et entre le politique et le socio-professionnel.

Que signifie là-dedans l'irruption des maisons médicales?

A priori, pas grand chose à voir avec les procédures de financement: ce n'est pas vous qui négociez les cotisations de soins de santé, qui décidez de l'équilibre entre les régimes de sécurité sociale, qui faites les arbitrages de Val Duchesse.

Du côté gestion des risques, vous n'y êtes pas non plus. Pourquoi? Parce que, par définition, les maisons médicales appartiennent à une culture politique relativement anti-institutionnelle du style: "nous sommes à l'écart des mutuelles, des partis, à l'écart de tout ce qui est partisan, nous sommes des autogestionnaires sans autres attaches que celles d'un projet utopique...".

Vous ne vous êtes pas, je crois, imposés comme un autre et nouvel acteur de la concertation entre les politiques et les socio-économiques pas plus qu'au sein de la délégation socio-professionnelle; vous êtes tout simplement là comme morceau d'organisation différente de l'ordre privé.

Ce qui est fascinant, c'est l'importance qu'a pris chez vous le concept de l'autogestion là-dedans.

Pourquoi? Parce que, personnellement, je discerne une contradiction importante entre la définition de l'autogestion démocratique et la pratique de l'autogestion telle qu'elle est vécue dans les maisons médicales, qui se réfère presque exclusivement à l'ordre socio-professionnel. Dans un cas, on parle de société autogérée, dans l'autre on évoque une entreprise autogérée. Et à partir du moment où l'on parle d'une entreprise autogérée, on est à des années-lumière d'une société autogérée.

J'insiste sur le paradoxe qu'il y a à parler d'autogestion dans un système qui est tout à fait hétérogéné, c'est-à-dire géré par d'autres, par d'autres forces. Je comprends donc que vous ayez de constants appétits pour traiter les questions en termes de conflits internes: je fais l'hypothèse que ces conflits internes sont tout simplement, pour beaucoup, des projections de conflits externes. Comme les conflits externes sont rarement analysés de façon structurée, on les internalise de façon souvent psychologique. A défaut de faire du politique, vous êtes condamnés à faire du psychologique...

Cela étant, j'ai dit pour l'instant que vous n'étiez que du côté de l'ordre privé. Vous êtes une affaire qui concerne donc, à la marge, un tout petit peu de la restructuration de cette offre privée.

### 3. Autogestion et crise des rapports de travail

Quel est le sens que l'on peut attribuer, à l'origine, à cette restructuration à la marge de l'ordre privé?

Je vous propose une interprétation: ce qui a suscité la création des maisons médicales, c'est fondamentalement la crise des rapports de travail.

Vers la fin des années 60, divers conflits sociaux éclatent (dans lesquels les médecins n'avaient strictement rien à voir, pas plus que les kinés d'ailleurs, ni même les infirmières): dans l'industrie de masse -notamment automobile-, et, parmi d'autres exemples, l'affaire LIP.

Que se passe-t-il à cette époque? Grosso modo, l'organisation dite "scientifique" du travail découvre ses faiblesses et ses limites: elle a atteint son point limite en termes de formation de gains de productivité (on ne parvient plus à continuer à dégager de nouveaux gains de productivité dans un pareil schéma d'organisation du travail), et surtout, elle a atteint une limite culturelle.

Pendant très longtemps, la population a vu croître la demande de qualification des postes de travail par les entreprises et a couru derrière; la démocratisation de l'école courait derrière l'organisation du travail. A partir de 1965/75 (ceci est variable d'une entreprise à l'autre, d'un secteur à l'autre, et d'une région à l'autre), on observe un dépassement de l'offre de qualifications des travailleurs par rapport à la demande des entreprises.

Il y a donc à partir de 65/70, un écart croissant qui se creuse entre ce que "peuvent" les gens et ce qu'on les autorise à faire; ce qui veut dire que contrairement à la fable patronale "il manque de formation", nous sommes devant un problème d'excédent culturel collectif.

Je comprends votre perplexité puisque, individuellement, depuis vingt ans, chacun est amené à penser que s'il se forme davantage, cela ira mieux pour lui: individuellement, c'est vrai, mais collectivement, c'est faux. En général, les médecins visent mieux que les infirmières, mais il y a trop peu d'infirmières et trop de médecins.

Collectivement, ce qu'on observe depuis vingt ans, c'est que les gens peuvent faire beaucoup plus (culturellement) que ce qu'on les autorise à faire (socio-économiquement). La différence entre les deux s'appelle d'abord chômage. Il y a en Belgique entre 500 et 1.000.000 de



personnes contraintes à être incapables de faire quoi que ce soit de reconnu de leur qualification; cela s'appelle aussi, par ailleurs, surqualification/dé-qualification. Si j'accepte comme, secrétaire-dactylo bilingue, d'occuper la place d'une dactylo unilingue, soit je perds le salaire auquel j'aurais eu droit, soit je perds ma qualification parce que je ne l'exerce plus. Ça se vit, enfin, dans l'ennui au travail et le travail en miettes (le temps partiel contraint, surtout féminin).

Les jeunes bourgeois qui créent, pour beaucoup, les maisons médicales, début des années 70, ont l'intuition certaine (bien avant que ce soit une intuition de masse) que l'organisation dite scientifique du travail, c'est-à-dire pyramidale et dissociant fondamentalement le travail intellectuel du travail manuel, est devenu tendanciellement improductive. Et non seulement, ce n'est plus productif, mais, en plus, ce n'est plus agréable. Et non seulement ce n'est plus agréable, mais ce n'est plus une "façon de faire"... C'est donc bien, pour moi, l'intuition d'une crise des rapports sociaux de travail qui suscite autre chose que l'organisation pyramidale.

Autre chose, fut-ce à l'état d'utopie: ils pensent qu'il leur sera possible de vivre non plus une pyramide, mais dans un système où l'interaction entre différents types de qualifications n'est plus définie dans un ordre hiérarchique, mais comme agencement d'une qualification coopérative.

Cependant, même dans les textes récents de votre bulletin de liaison, on peut trouver des choses étonnantes sur la réalisation de cette intuition. Par exemple, si je m'en réfère à un texte d'Olivier MARIAGE, il dit ceci: «une maison médicale comprenant cinq médecins à 4/5 temps (je me demande déjà pourquoi ils sont à 4/5 temps), trois kinés à temps plein, trois infirmières temps plein, deux secrétaires temps plein et un assistant social à temps plein. En gros, ça fait onze professions rentables finançant quatorze salaires. Si la maison médicale n'existait pas, trois personnes n'auraient pas d'emploi....».

C'est une réflexion très amusante: il a défini comme rentables les professions qui ont accès à la nomenclature INAMI et comme non rentables, les professions qui n'ont pas accès à la nomenclature. Or, ça n'a rien à voir avec la rentabilité. On pourrait dire au contraire, c'est qu'il y a des professions fonctionnalisées, qui sont celles de la nomenclature et des professions non fonctionnalisées, qui sont celles hors nomenclature. En psychanalyse, on appelle ça... un lapsus!

On sent derrière ce lapsus qu'on est loin d'en avoir fini avec le pouvoir symbolique du médecin et que l'idée de l'autogestion, quand on la psychologise plutôt que de la politiser, risque bien de laisser intacte la clé de l'ensemble des contradictions: le monopole quasi absolu de la définition de ce qu'est la santé et la maladie par la profession médicale.

Ceci me semble être la contradiction fondamentale qui se vit à l'intérieur des maisons médicales comme dans la société.

#### 4. Autogestion et crise des rapports de consommation

Jusqu'ici nous avons envisagé une genèse des maisons médicales qui prenait racines dans les rapports sociaux de travail. Mais il y a d'autres genèses, notamment la crise des rapports sociaux de consommation.

R. NADER l'a compris, à ce moment là, aux Etats-Unis en lançant un immense mouvement consumériste dont nous avons ici quelques restes: Test-Achat, etc... Cette crise des rapports sociaux de consommation est très symétrique de celle des rapports sociaux de travail, c'est la crise de la consommation de masse, crise culturelle elle aussi. C'est-à-dire qu'il devient de moins en moins plausible, pour ceux qui ont accès à la consommation de masse, de la supporter comme telle parce que le travail de masse produit des consommations de masse qui ne satisfont pas plus l'appétit de fonctions collectives que le travail en question. On

découvre l'interaction progressive entre le manque de sens du travail et le manque de sens de la consommation.

Cette conscience progressive se développe d'autant plus fort que l'économie se tertiairise et quand on dit que l'économie se tertiairise, ça veut dire qu'elle incorpore de plus en plus de culture et qu'elle se transforme de plus en plus d'une production de biens en une production de services; il est tout à fait logique que les deux principaux services de notre société (les services de santé et les services d'éducation) connaissent progressivement une crise structurelle du travail et de la consommation.

Vous remarquerez que cette crise est très ancienne puisque les fondateurs des maisons médicales en avaient l'intuition, mais qu'elle perdure puisque ce sont précisément les deux secteurs qui vivent des conflits sociaux aujourd'hui. A ceci s'ajoute, et ce n'est pas un hasard, une troisième dimension de la crise: celle de la régulation où l'on se noue le rapport entre assurance et solidarité dans la définition des risques et notamment dans le financement des risques (la sécurité sociale). Ce qui fait structurellement problème dans notre société, ces dix dernières années, c'est effectivement le financement des soins de santé et le financement des "soins éducatifs".

#### 5. Lecture structurelle de la crise de la social-démocratie

Après avoir cadré le problème, je vous propose d'approfondir l'interprétation du contexte de la naissance des maisons médicales, qui est aussi l'époque de la naissance des écoles dites "parallèles" (dites "actives", dans la tradition de C. FREINET ou de O. DECROLY), même si ce n'est pas du tout la même chose. Il y a, à cette époque, la permanence de ce qu'on appelle, avec le recul maintenant, le compromis social-démocrate. Il fonde encore la plupart de nos façons de voir les choses: ce compromis marque à des degrés divers l'ensemble

des sociétés industrialisées, mais est beaucoup plus structurant en Belgique et dans le nord de l'Europe qu'il ne l'est ailleurs.

Ce qu'on appelle le compromis social-démocrate, c'est la façon "d'arranger les rapports" entre trois champs: le champ économique (la façon dont on produit les choses), le champ social (la façon dont on les distribue) et le champ culturel (la façon dont on les signifie, dont on leur attribue un sens). Le mode de développement industriel, le mode de développement capitaliste et en particulier donc, le capitalisme industriel, procèdent par distinction et dissociation de ces trois champs. L'urbanisme nous en donne une image: quand on construit les villes industrielles capitalistes, on "zone" les fonctions: là on va dormir: "cité-dortoir", là on va travailler: "zoning" ou décider: "cité administrative", ici on va se soigner: "Erasmus ou UCL" (au choix), ici on va commercer: "centre commercial". Entre toutes ces fonctions, on établit des relations de régulation qui s'appellent des autoroutes de pénétration urbaine, de façon à ce que les gens puissent effectivement être "mobiles" d'un pôle à l'autre de la ville désormais zonée. Ceci est une caricature mais l'exemple le plus tangible de ce qu'est le mode de développement de notre société.

Seulement voilà, tous les matins à 8h, vous entendez que le "carrefour Léonard" est saturé. "Cà" ne fonctionne plus. Si ça ne fonctionne plus, c'est bien parce que cette procédure d'organisation sociétale produit des contradictions en nombre tel qu'elle devient insupportable.

Et où se trouvent les maisons médicales, là-dedans?

A l'époque où l'on crée les maisons médicales, on est dans cette situation historique tout à fait particulière où le compromis social-démocrate est déjà extraordinairement affaibli, mais personne ne le sait. Forcément, on ne vit jamais la conscience de l'histoire au présent et donc, dans les années septante, en Belgique, la conscience du caractère structurel de la crise est très relative. Du côté des

interlocuteurs sociaux et du côté des politiques, il faut simplement continuer à faire comme avant. La maison médicale s'exprime simplement comme un contre-modèle, mais tout à fait à la marge. Le contre-modèle sert non pas à dissocier les fonctions, mais à les intégrer. C'est aussi l'époque des luttes urbaines.

Que disent les luttes urbaines? Qu'il faut réintégrer les fonctions de la ville. C'est l'époque où les maisons médicales esquissent: "il faut réintégrer les qualifications". C'est l'époque des écoles ouvertes et actives, qui disent l'école ne doit pas instruire, ni éduquer, ni former, mais doit être un lieu de vie au présent qui permette effectivement aux enfants d'accéder à la démocratie. Je raccourcis...

Ce qui veut dire que vont coexister deux modèles: un tout petit modèle, fantasmagique, d'ordre mythique qui est celui des maisons médicales, par exemple, des luttes urbaines, ou des écoles actives, et un grand modèle, qui est en crise mais qui ne se l'avoue pas... du moins jusqu'en 1981 au plan de la régulation politique et socio-économique en Belgique. Il a fallu Martens-Gol, en 1981, pour affirmer au plan macro, qu'effectivement ceci n'était plus crédible. Il y a alors plusieurs façons d'envisager les sorties de crise.

Une façon est très clairement libérale et on va tenter de s'expliquer comment et pourquoi. Une autre est pour l'instant sous forme de point d'interrogation. Elle relève probablement beaucoup plus du courant de l'écologie politique, mais sans que je fasse référence ici à un parti.

Deuxième époque, dans les années 80, c'est l'époque libérale. Elle va déstabiliser la coexistence d'un macro-système en crise, mais qui s'ignore en crise et, d'autre part, les petites alternatives marginales. La dérégulation et la re-régulation du mode de développement peut se dessiner comme la prise de conscience qu'il faut réintégrer les champs dissociés jusqu'alors. Ainsi l'économique et le social ne se régulent plus par dissociation/articulation. Ils devront se conjuguer. Et de la droite à la gauche du champ politi-

que et idéologique, tout le monde dit: "on va conjuguer l'économique et le social". La façon de conjuguer l'économique et le social en libéralisme, c'est "j'économise du social". La façon évidemment de le conjuguer à la mode démocratique, c'est de dire: "nous socialisons l'économique". Mais dans les deux cas de figure, c'est une conjugaison: l'un et l'autre travaillent structurellement la même chose dans des directions opposées. Ce qui est évidemment un conflit tout à fait intéressant.

Je continue ma métaphore urbaine: la rénovation urbaine qui était un concept du contre-pouvoir en 68 et même encore en 74 est maintenant un concept au pouvoir. C'est que n'importe quel échevin, même libéral, n'imaginera plus "zoner la ville" et donc il va tenter de construire, et ça se voit très bien dans les quartiers centraux, des piétonniers qui signifient (qui grimacent) la réintégration des fonctions.

On est là devant un fantasme de réintégration des fonctions, mais pas des gens. On les avait oubliés!

Ce qui est extraordinaire, c'est que les restructurations libérales conduisent à rendre contemporains deux modes de développement, l'un éclaté, l'autre réintégré. Un mode de développement réintégré, c'est-à-dire où toutes les fonctions sont intégrées: ce seront les nouveaux centre-villes. Mais ce n'est pas pour n'importe qui: ça se paie au prix de l'exclusion sociale. On peut réintégrer les fonctions, mais pas les gens. C'est le syndrome bruxellois.

Une autre partie de la population va vivre aussi un nouveau mode de développement. Autant les uns vivent la réintégration des fonctions, autant les autres vivent non plus le compromis social démocrate, mais la désintégration des trois champs. Ainsi, un "revenu minimum d'insertion", un minimexé, est quelqu'un qui a accès à un revenu qui n'a rien à voir avec le social. Ce n'est pas en fonction de son travail ancien, de son travail actuel ou de son travail futur qu'on lui attribue un revenu. Il y a donc dissociation totale

pour lui de l'économie et du social et dissociation totale par rapport au processus de signification qui, dans notre société, reste fondamentalement lié au statut salarial. Donc, sans travail mais avec un revenu, vous êtes dans une triangulation des trois champs qui est tout à fait désarticulée.

Et les maisons médicales là-dedans?

Elles sont devant le même dilemme. A la limite une maison médicale peut faire d'immenses progrès sur l'intégration des qualifications et prestations et donc aller un peu plus loin dans la remise en question notamment symbolique du pouvoir des médecins, elle peut avancer là-dessus et néanmoins participer à un système dual.

On peut aujourd'hui imaginer des "maisons médicales" dans les quartiers riches. Pourquoi? Parce qu'il y a un appétit de tous les travailleurs de la santé à réintégrer leurs qualifications, mais sans nécessairement construire une lecture politique de la société. Juste parce que c'est insensé de faire autrement. De même que les avocats dans les années 50 se sont mis en cabinet collectif. Vingt ans avant les médecins. Ça a peut-être un autre sens, mais ce n'est pas sûr. Les géomètres-experts et les ingénieurs conseils l'ont fait aussi. Quasiment toutes les professions libérales se mettent en club, en groupe, presque en "autogestion".

Il n'est d'ailleurs pas impossible que l'on puisse produire une bombe à neutrons en autogestion. Ce que je veux dire, c'est que l'arrangement des relations de pouvoir interne n'a, a priori, qu'un rapport lointain avec la production sociale. Le rapport n'est pas donné. Donc on peut être autogéré et produire un service limité. On peut être, au contraire, hétérogéré et faire des merveilles. Il n'y a pas de relation mécanique entre les deux. Il y a une relation, bien sûr, que l'on voudrait construire entre les arbitrages du travail et les arbitrages de la société. Entre la façon dont on agence sa production et la façon dont elle est proposée à l'utilisateur.

La question qui nous préoccupe aujourd'hui, c'est d'essayer de comprendre comment la déstructuration et la restructuration du compromis social-démocrate confèrent un statut tout à fait nouveau aux "expériences". Ces expériences peuvent s'inscrire dans le droit fil du libéralisme; elles peuvent aussi s'attaquer à la question fondamentale de la déchirure sociale et de la dissociation entre les trois champs de la réalité.

Si l'expérience des maisons médicales ne se profile qu'au niveau de la production, il y a fort à penser qu'explicitement ou implicitement, elle puisse être un phare du libéralisme.

Le compromis social-démocrate était un système où la croissance nourrit le développement. L'économie nourrit le social qui réalimente l'économie. Ce qu'on appelle le "fordisme", c'est cette alliance provisoirement vertueuse, au prix de contradictions différées entre l'économie et le social, et au prix de la relégation du culturel. Mais ce compromis fonctionne dans un système en expansion: or le système n'est plus en expansion! Comme il n'est plus en expansion, les arbitrages sur le système des soins de santé et de sécurité sociale ne permettent plus de considérer que le travail n'est pas politique. Quels nouveaux arbitrages se profilent dans le domaine de la santé? Je me réfère ici une petite parution "l'extension de la sphère marchande dans le domaine de la santé" rédigée dans le cadre d'un séminaire à la FOPES par Pierre REMAN. Les arbitrages qui se profilent en sécurité sociale et en soins de santé sont des arbitrages qui, à défaut d'interlocuteurs nouveaux et de problématiques nouvelles, s'orientent vers la privatisation, vers la marchandisation, et vers l'instrumentalisation. Trois concepts importants. La marchandisation: dans le secteur des médicaments par exemple, où l'intégration européenne risque d'organiser une déréglementation de la régulation nationale belge sur la formation des prix des médicaments.

Dans le projet de directive de la Communauté Européenne, on organise la trans-

parence des réglementations d'Etat, pour pouvoir les contester, mais pas la transparence de la formation des prix par les firmes. On est là dans le comble du libéralisme qui est l'organisation publique de la dérégulation. On est donc dans un contexte qui prépare ce qu'on appelle la "responsabilisation" et dont on peut déjà pressentir que ce ne sera pas la responsabilisation des producteurs, mais tendanciellement la responsabilisation financière des usagers, éventuellement via la médiation des mutuelles.

Ce qui se construit aujourd'hui, et qui est fort intéressant en terme de responsabilité collective des mutualités, risque tôt ou tard de se répercuter en responsabilité individuelle est alors la transition vers un système de type commercial où les cotisations de sécurité sociale seraient prélevées non plus en fonction de la capacité contributive, mais en fonction du risque que l'on présente. C'est cela qui se passe tout autour de vous: aussi, la même maison médicale avec le même projet, est-elle aujourd'hui dans un contexte nettement différent d'il y a vingt ans? Et si elle persiste à s'accrocher, à définir ses propres mécanismes de pouvoir, sans interroger l'hétéronomie ou l'hétérogestion du secteur, elle risque d'être "un fantasme de fantasme".

## 6. Propositions de réflexions

On en arrive à ce que j'appelle les "points d'inflexion".

Manifestement, il y a un état de crise latent et durable dans une série de secteurs novateurs comme le vôtre; cette crise est tout à fait féconde si on s'en saisit.

Quels sont les points de leviers?

6.1A mon avis, le premier point de levier, c'est de continuer l'exploration des rapports de travail et d'aller un peu plus loin. Il y a, dans une maison médicale, quelque chose de tout à fait fondamental, pour autant que je le

comprenez: c'est l'association plurielle de qualifications. C'est-à-dire qu'il y a donc désormais un médecin, un kiné, un infirmier, etc.. qui avec une accueillante et un secrétaire, par exemple, construisent le rapport entre ces différentes qualifications et un patient supposé global. Je crois que ce que ce projet interroge plus fondamentalement qu'on ne le pense la définition de ce qu'est la rationalité de la médecine, de la kinésithérapie, du travail social, du psy. Il y a autant de différence entre pluridisciplinarité et transdisciplinarité qu'entre une maison médicale de type 1 et une maison médicale de type 2.

Qu'est-ce que je veux dire par là?

La transdisciplinarité, ce n'est pas l'addition d'une série de qualifications, c'est la transformation de chacune de ces qualifications. Ainsi, par exemple, dans leurs formations, les médecins sont-ils fabriqués comme des ignares notoires. Un étudiant qui sort de sept ans de médecine est un analphabète fonctionnel parce qu'il connaît beaucoup en mathématiques, en physique, en chimie et rien de la réalité sociale, rien de la sécurité sociale, rien de la santé publique. On lui a même presque fait oublier ce qu'était un être humain. Ce médecin est un analphabète fonctionnel. Par contre, le travailleur social a en général une formation beaucoup plus générale. L'infirmière est dans une situation mixte. En général, elle a plus de culture générale que le médecin, mais effectivement beaucoup moins de compétences scientifiques. Et bien, quand on fait une maison médicale, on juxtapose ces caricatures et puis on s'étonne qu'on ait des problèmes. C'est tout à fait logique qu'on ait des problèmes, mais ça veut dire que le projet de long terme d'une maison médicale c'est que, non pas que chacun fasse tout et n'importe quoi, mais c'est manifestement de définir autrement ce qu'est le travail du médecin et de répartir toute une fraction de ce qu'il s'est maladroitement approprié sur les autres, et de répartir ce que les autres ont pu développer sur le médecin. Je mets le médecin au centre

parce qu'il est, symboliquement, économiquement, au centre du dispositif. Si on ne veut pas tout mélanger, il est clair pour moi qu'il y a un avenir à une négociation dans une maison médicale entre ceux qui ne sont pas médecins et ceux qui sont médecins pour redéfinir ce qu'est la qualification du médecin et ce qu'est la qualification des autres. Mais donc ce n'est plus, à ce moment là, de la pluridisciplinarité, c'est-à-dire se coordonner sur un même dossier; ce n'est pas se coordonner (après), c'est agir autrement (avant). C'est-à-dire structurer des qualifications, des reconnaissances de qualifications qui seront infiniment plus complexes, mais aussi plus égalitaires qu'elles ne l'étaient au départ. C'est une première avancée; ce qui veut dire que les maisons médicales auront abouti à quelque chose à ce sujet le jour où elles feront un congrès sur la formation des médecins et qu'elles revendiqueront haut et fort d'autres études pour les médecins, et donc, d'autres études aussi pour toutes les professions concernées par les soins de santé.

6.2 Le deuxième type de point d'inflexion concerne les rapports de consommation. Les rapports de consommation, on a tenté de les rendre actifs, en cherchant à intégrer des patients dans la conduite des maisons médicales, mais, disiez-vous, "ils étaient hypocondriaques...".

On sent bien qu'il y a une impasse de ce côté-là.

Pourquoi? Pour la même raison que les parents d'élèves dans une école sont souvent censurés par la puissance symbolique de la relation dont ils sont partie prenante. Moi je suis citoyen, mais je suis aussi père de trois enfants. Et bien, quand je vais dans l'école où vont mes trois enfants, forcément je ne suis plus du tout citoyen, je suis un père-otage. Otage d'une relation dans laquelle il est très difficile d'entrer avec détachement. Par contre, si je vais dans une école où mes enfants ne vont pas, je peux redevenir citoyen et donc, ce qui me semble fondamental, ce n'est pas du tout d'intégrer collectivement les patients, mais de per-

mettre au citoyen d'entrer chez vous. Le citoyen, pas nécessairement comme individu, ça peut être le citoyen comme collectif si, par ailleurs, il est structuré collectivement ailleurs. Mais, c'est fondamental et c'est d'autant plus fondamental que tout à l'heure j'ai entendu une chose avec laquelle je n'étais fondamentalement pas d'accord, à propos de la différence entre une entreprise du marché et une asbl. J'ai entendu qu'on avait dit, dans un carrefour, que la différence était une différence de procédure, de prise de décision, je suppose. Mettons une asbl autogérée, d'une part, et une entreprise du marché hétérogérée, d'autre part. Pour moi la différence n'est absolument pas là. Une entreprise du marché peut être autogérée et une asbl peut être hétérogérée.

La différence fondamentale, c'est quoi? C'est qu'une entreprise du marché se structure essentiellement en référence à une fonction de production à optimiser. Mais, vous n'êtes pas exclusivement des marchands de savonnettes; vous êtes, que vous le sachiez ou non, dans la même position qu'un service public, c'est-à-dire confrontés non seulement à l'exigence d'une rationalisation d'une fonction de production mais aussi à l'exigence d'une fonction de transformation. Votre objectif n'est pas de produire le plus de soins de santé possible pour un moindre prix. Votre objectif est qu'en prestant des soins de santé, la santé soit meilleure. Or vous savez bien comme moi qu'il n'y a pas de rapport mécanique entre santé et soins de santé. Il y a une certaine relation mais elle n'est pas construite a priori. Tout service public, toute asbl, toute coopérative, tout ce qui s'inscrit dans une logique qui n'est pas simplement celle de l'information marchande, relève donc d'une autre logique qui est une logique extravertie. Il faut l'envisager selon une fonction de transformation qui permet d'interpréter la fonction de production.

Je m'explique: imaginez un commissariat de police: il y a autant d'agents et autant de camionnettes; les INPUT. Les OUTPUT, c'est le nombre de rondes qu'on fait ces agents et ces camionnettes.



Gestionnaire obsédé par l'équilibre de ses finances

Si on établit seulement une fonction de production, on va essayer de faire le plus de rondes possibles dans le moins de temps possible et on va chercher ce qu'on appelle le point d'équilibre entre la fatigue des agents et la fatigue des moteurs.

C'est la même chose dans une maison médicale: les INPUT c'est l'ensemble du personnel et les pathologies des patients et les OUTPUT, ce sont les actes de soins. En se limitant à la fonction de production, on va essayer avec un minimum de personnel de produire un maximum d'actes surtout s'il y a de la question de la survie économique des travailleurs en question, c'est important. Tant pour le travail policier que médical, pour apprécier ce qu'on appelle la détermination du point d'équilibre, vous devez aller plus loin. Pour les flics, par exemple, on verra qu'à partir d'une certaine densité de rondes, on produit l'insécurité et non pas la sécurité.

versel, parce que ce qui vous importe ce n'est pas de produire, c'est de transformer; c'est que la production serve à la transformation, et cela, vous ne pouvez pas en décider seul.

Donc, il faut absolument trianguler cette relation producteur/usager, il faut l'ouvrir à l'extérieur.

On ne peut pas se limiter à des procédures de démocratie interne si on prétend contribuer à la démocratie externe. Aucun service public ou assimilable ne peut être radicalement autogéré. Toutes les entreprises du marché peuvent être radicalement autogérées. C'est une distinction pour moi tout à fait essentielle.

Intégrer donc une dimension dans les rapports de consommation qui fasse place au citoyen et non pas seulement à l'utilisateur me semble le plus fondamental; cela peut se faire par des médiations collectives quand vous êtes dans un quartier qui en a.

En médecine, c'est la même chose. Il est évident qu'à partir d'une certaine densité d'actes, il y a contre-productivité de l'acte. Vous le savez très bien. Donc, jamais on ne pourra assimiler la maison médicale à une entreprise du marché, ce qui induit aussi qu'on ne pourra jamais totalement accepter qu'elle soit autogérée.

### 6.3 Troisième point de levier.

On a parlé du travail et puis de la consommation, il y a évidemment l'échange. L'échange aujourd'hui se ferait de différentes façons; dans certaines maisons médicales, l'échange se fait à l'acte, dans d'autres, il se fait au forfait. Il me semble très clair que c'est un point de levier. Il me semble très clair que la médecine à l'acte conduit inéluctablement à une accumulation de contradictions ingérables tant au plan micro de chaque professionnel et de chaque maison médicale, qu'au plan macro. Donc, il est clair qu'il faut en sortir. Il y a plusieurs manières d'en sortir.

Pour l'instant, le scénario dominant, c'est de laisser les actes, mais de les "envelopper". On fait des enveloppes forfaitaires au niveau des soins de santé, et puis au niveau des grands opérateurs: c'est l'enveloppe hospitalière, les enveloppes de la biologie clinique et bientôt, pourquoi pas, les enveloppes des maisons médicales.

C'est une technique possible mais elle pose énormément de problèmes. Notamment, de donner un poids considérable à la technocratie (la définition des profils à l'INAMI), dont l'efficacité sur le plan de la conduite des services n'est pas avérée. L'autre inconvénient, est d'éventuellement induire un rationnement social. Le rationnement social, ce n'est jamais le rationnement pour tout le monde, vous le savez bien. C'est donc le rationnement pour ceux qui sont obligés de se rationner.

Un scénario plus crédible, me semble-t-il, est de continuer la réflexion sur le forfait.

J'en ai pas dit que le forfait est la solution; il y a au moins douze définitions possibles du forfait. Le forfait n'emporte rien en soi sur la participation financière ou non de l'assuré. Aux Etats-Unis, ils ont des forfaits, ils sont totalement privatisés. Les H.M.O. est un système de forfait totalement privatisé avec des médecins salariés! Ce qui montre que le forfait, il ne faut pas en faire ni le diable, ni l'ange,

mais à mon avis, c'est en explorant sa définition que l'on peut avancer sur un échange un peu plus censé tant au plan micro, qu'au plan macro. N'oubliez surtout jamais le macro parce qu'il vous attend au détour de la rue. Ce que j'appelle le macro, désigne aujourd'hui les risques de fédéralisation de la sécurité sociale, de sa marchandisation et de sa privatisation.

#### 6.4 Quatrième point de levier.

C'est au-delà de la santé. Quand on dit que le mode de développement de notre société est en crise, que le zonage des champs ne fonctionne plus, il en va donc de même pour la définition de la santé. Et ce que vous vivez surtout dans les quartiers populaires, c'est l'envahissement de la santé par les problèmes sociaux. Seulement, vous pouvez en faire un marché. Plus il y aura de toxicomanes, de sidéens, d'échoués scolaires, d'exclus sociaux, de sans-abris, plus votre emploi est garanti. Récemment, s'est tenu à Bruxelles, à l'initiative du SAS (centre de guidance), une très belle journée d'étude sur santé mentale et exclusion sociale.

Mais, il est fondamental et urgent de renvoyer la balle. Pour l'instant, vous êtes condamnés à renvoyer la balle au mieux de vos possibilités individuelles. Tu as mal à la tête, tes rapports de travail sont mauvais, je te mets en interruption. C'est une façon de gérer le problème et on comprend qu'on puisse être contraint de le faire. Il est évident que quand on l'a fait cinquante fois, on se pose des questions très lourdes. Il est évident que vous ne pouvez pas aller dans les entreprises et dans les écoles résoudre les problèmes à la place des autres. Néanmoins, si vous continuez à accueillir les problèmes sans les socialiser, ça va mal finir. Donc, le quatrième levier est de savoir comment vous allez socialiser les problèmes? A mon avis, on peut l'envisager de façon très concrète.

#### 6.5 Cinquième point de levier.

Il concerne les rapports de pouvoir ou plus exactement les rapports de forces sur ce dont on vient de parler. Je crois que si l'on continue de croire que "small is beautiful" et que les maisons médicales sont sympathiques... leur avenir est certain, comme gestionnaire de l'infra-social, parce qu'on a besoin de gens qui aient le courage ou la folie de se localiser dans des quartiers difficiles et donc, il faut des associations qui ont un rôle très défini dans l'organisation et la consolidation de la société duale.

L'autre avenir, ce sont les maisons médicales qui joueraient la carte libérale et il y a toute une fraction du corps médical, je crois, qui est prête à cela. Ne fut-ce que parce que, peut-être aujourd'hui, beaucoup de jeunes entreraient en maisons médicales, parce que c'est devenu un des modes d'accès à la profession. Vous voyez là une ré-interprétation historique de ce que vous étiez en ce que vous serez, à savoir aussi un très bon bureau de placement. Donc, si on ne veut pas que ce destin là vienne ternir vos soifs d'utopie, il est clair que les maisons médicales doivent sortir de leur isolement. C'est déjà ce qu'elles font en revitalisant leur fédération, me direz-vous. C'est une évidence rare, mais ça reste un sous-coin de quartier sur la planète.

Donc, le problème est de sortir davantage de l'isolement. Comment?

A mon avis, il n'y a pas 36 chemins: il faut absolument prendre langue avec les mutualités et les syndicats de travailleurs. Il y a là un gigantesque intermédiaire dans la régulation de la sécurité sociale et des soins de santé qui est peut-être en train d'être obligé d'envisager sa démocratisation et qui est peut-être, lui aussi, grandeur nature devant les choix les plus difficiles: choisir entre marché et démocratie. Si vous n'investissez pas de différentes façons l'action mutualiste ou syndicale, vous resterez toujours les otages du syndicat des médecins.

Il faut manifestement nouer de nouvelles coalitions. Celles-ci peuvent se chercher

du côté des mutualités et des syndicats, mais elles peuvent aussi se chercher du côté des services publics. Je crois qu'il est fondamental, dans une série de quartiers, de travailler les relations santé-société par des médiations. Ces médiations, ça peut s'appeler développement social de quartier que vous pouvez d'ailleurs contribuer à susciter là où ça n'existe pas. Ça peut s'appeler mission locale, ça peut s'appeler zone d'éducation prioritaire, ça peut s'appeler CPAS, ça peut s'appeler coordination sociale, tout ce dont peut-être vous participez déjà à divers titres.

Mais vous vous rendez compte que ce n'est pas de coordination sociale qu'il s'agit, il faut créer à l'échelle locale des rapports de force sur ce qu'est la santé publique. Il faut prendre des forces partout pour préparer des coalitions futures. Ces coalitions concerneront, d'une façon ou d'une autre, le gigantesque intermédiaire que sont les mutualités, d'une part, et le mouvement des travailleurs salariés de la santé, d'autre part.

Ce n'est manifestement pas du côté du syndicat des médecins que vous pourrez construire des rapports de force. Il faut choisir son camp aussi; le syndicat des médecins est le syndicat d'un monopole, le monopole de la définition des soins de santé par la profession médicale et c'est le syndicat dont la nature corporatiste est patente.

Donc, il est extrêmement clair que ce n'est pas avec vos ennemis qu'il faut construire quoi que ce soit. Il faut donc chercher des coalitions ailleurs si on veut que le secteur de la santé contribue au déploiement de la démocratie.

Luc CARTON.

Directeur de projet à la F.T.U.

Transcription de l'exposé oral

Fondation Travail-Université  
rue de la Loi 103  
1040 BRUXELLES

# QUAND L'UN DIT «GESTION»...

*On «gère» - ou du moins on est supposé pouvoir gérer - absolument tout aujourd'hui : une entreprise, bien sûr; des revenus, cela va de soi; mais aussi une vie de couple, un malaise social, son temps, des projets, des conflits de tous ordres, un pays, des relations entre pays, un problème mondial, l'avenir, une émotion... L'un dit «gestion» et, hop, il n'en faut pas plus pour que tout le monde passe à table... Cela ne vous donne pas des aigreurs ?*

Les prochaines rencontres internes de la Fédé se tiendront donc fin mai ou début juin sur le thème de la «gestion». L'appel lancé dans le courrier n° 64 soulignait à juste titre que ce concept-programme a des allures d'auberge espagnole : chacun peut y amener à peu près le contenu qu'il veut.

On devra donc cerner progressivement le sujet, afin de ne pas s'égarer dans mille directions à la fois. Des réunions de décantation ont été prévues à cet effet. Il en sortira sans doute des choix plus ou moins clairs, qui permettront de savoir si l'on veut mettre l'accent d'abord sur l'administration et la comptabilité ou sur les enjeux de pouvoirs, les conflits d'équipe, la pluridisciplinarité, la demande du patient, la marginalité relative du modèle «maison médicale» dans son environnement socio-professionnel, etc., etc.

Le thème, en soi, est au moins aussi réjouissant que d'autres et son côté a priori fourre-tout n'est pas pour déplaire compte tenu, précisément, de l'exercice de classement préalable qu'il va imposer et peut-être des distinctions ou des rapprochements inattendus qui en sortiront.

Les quelques considérations qui suivent ne doivent donc nullement être comprises comme un reproche implicite quant au choix du mot «gestion» pour fonder et articuler une discussion interne à la Fédé. Ce mot vaut désormais son pesant d'or et doit être abordé comme tel. Mon propos est simplement, à l'orée des vraies questions qui se dégageront peu à peu des échanges entre équipes et qui structureront les journées de printemps, de faire naître une pointe de curiosité quant à la fortune soudaine du concept gestionnaire

dans tous les aspects, petits et grands, de notre vie quotidienne.

Quand on ne «gérerait» pas, que diable faisait-on ? rien ? tout autre chose ? la même chose sous d'autres mots ?

Essayons de voir ce qu'il en est en cherchant par quels verbes, du temps de nos pères ou de nos grands-mères, on aurait bien pu remplacer l'omniprésent «gérer» d'aujourd'hui :

a) gérer son temps : on le «passait», on le «meublait», on l'«occupait», le plus souvent on le «consacrait», éventuellement l'«organisait-on», à l'occasion on le «perdait» ;

b) gérer un pays : on le «dirigeait», on l'«administrait», on le «conduisait», on le «menait», on le «guidait» ;

c) gérer un problème : on l'«affrontait», on l'«étudiait», on «s'y attaquait», on le «résolvait», on pouvait aussi l'«esquiver», le «fuir»...

d) gérer un conflit : on l'«arbitrait», on le «tranchait», on le «surmontait», on «s'y enlisait» ;

e) gérer des émotions : on les «ressentait», on les «vivait», on les «subissait», on «s'y abandonnait», on les «exprimait», on les «contrôlait», on les «retenait», on les «dominait» ;

f) gérer un projet : on le «concevait», on le «caressait» (eh, oui !), on le «poursuivait», on le «réalisait»...

Arrêtons là; cela devrait suffire amplement pour dégager quelques premières impressions.

*Constat immédiat* : les verbes à connotation négative ci-dessus, c'est-à-dire ceux qui ne donnent pas une franche image de victoire sur les événements (ex.: «perdre» son temps, «fuir» un problème, «s'enliser» dans un conflit, «s'abandonner» à ses émotions), sont ipso facto éliminés de la liste des synonymes possibles de notre «gérer» contemporain. De même, d'ailleurs, que les verbes qui font une place trop manifeste au désir et aux sentiments («ressentir», «poursuivre», «caresser»...).

Si dans son contexte financier et comptable originel, la notion de gestion reste neutre - il est évident que l'on peut gérer bien ou mal une affaire, un budget, etc. -, partout ailleurs le fait de gérer est déjà vu comme une démarche largement positive en soi, à condition toutefois de rester mesurée et sans débordement d'affects (on renoue ici avec le bon sens commercial : «pas de sentiments dans les affaires»). Gérer son temps, aussi bien que gérer ses émotions, c'est faire preuve d'une enviable propension à la maîtrise. On planifie sa vie, on la rationalise, bref on se hisse un cran au-dessus de l'humanité impulsive, attentiste ou paumée. La gestion serait-elle constitutive du nouvel idéal humain, celui de la (vraie) force tranquille ?

*Deuxième constat* : un seul verbe en remplace progressivement une multitude d'autres. Perte sèche, donc, pour la diversité génétique des discours en circulation. Mais perte paradoxale.

D'un côté, en effet, le nouveau venu apporte un élément de sens constant - pour ne pas dire une valeur mobilisatrice fédérative - qui n'était pas souvent rendu par ses pseudo-équivalents du passé : l'idée de démarche existentielle pragmatique, fondée sur une appréciation réaliste, équilibrée et sans passion des faits. D'un autre côté, il gomme une foule de significations connexes attachées aux termes anciens. Car tous avaient leurs nuances

(\*) du verbe humer : «celui qui hume».

spécifiques (d'«occuper» à «guider» et d'«arbitrer» à «caresser», que de différences !) et souvent leur forte personnalité, témoin d'une époque qui avait assurément moins d'états d'âme face à l'idée de pouvoir et d'autorité (cf. «diriger», «affronter», «trancher», etc.).

La gestion serait-elle la panacée unifiante qui permet désormais de tout faire rationnellement et en douceur, sans victimes, sans mécontents, sans exclus, sans contrainte capricieuse ?

*Troisième constat* : «gérer» est une procédure et rien d'autre. Cette notion permet

donc, au mieux, de cerner une démarche, jamais sa finalité. On peut gérer une situation conflictuelle à perte de vue sans jamais la résoudre fondamentalement; gérer un pays sans vraiment le conduire quelque part; gérer une émotion en oubliant de la vivre ou de l'exprimer... La gestion serait-elle le modèle suprême d'efficacité d'une société qui aurait éradiqué tout autre but de son horizon, pour délit de contre-productivité ou d'embrouille ? Serait-elle alors, face à l'effroi que peut faire naître la prise de conscience du complexe, un exutoire be-

sogneux qui redonne consistance au mythe de l'objectivité «instrumentale» dans la conduite des choses humaines et vigueur à celui de la fin des idéologies ?

Archétype de l'action responsable, depuis que le «marché» passe pour être le dernier moteur vaillant de l'histoire, la gestion a envahi nos vies et nos têtes par vocabulaire interposé. Gérons donc, quand bon nous semble. Mais ne nous faisons pas bouffer par cet univers qui nous dit : «gère !».

**Thierry Poucet**