

Santé et gestion

Ambivalences des Centres de santé intégrés

Intervention de **Luc CARTON**, Directeur de projet à la F.T.U.

Transcription de l'exposé oral

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 RICOEUR : "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 médicaliser 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 hétérogéné

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. Autrement 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 hétérogéré, 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 structurelle, 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, fantasmatique, 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 politique 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'économique 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'usager.

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 dérèglementation de la régulation nationale belge sur la formation des prix des médicaments.

Dans le projet de directive de la Communauté Européenne, on organise la transparence 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 fantôme de fantôme".

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 ?

- 6.1 A 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 comprends : 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 permettre 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. 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 va 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.

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.

Dans n'importe quel service public, et vous êtes un service public décentralisé sans le savoir, l'autogestion radicale est impossible parce qu'il y manquerait l'intrusion du citoyen, l'intrusion de l'universel, 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.

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.

Je n'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.