



L'AUTOGESTION, À CONTRE - COURANT ?

PETIT CADAVRE EXQUIS SUR
DES PRATIQUES PLURIELLES

*En ouverture au colloque du 22 & 23 mars 2013
à Oostduinkerke « Le Jour de la Marmotte »
destiné aux maisons médicales.*

L'autogestion, un projet pluriel



On a l'habitude de voir un lien indissociable entre capital et capitalisme. Le capital est la richesse que le capitaliste accumule et rentabilise sans fin. Dans l'optique marxiste en particulier, il le fait en confisquant aux ouvriers leur droit à la plus-value. L'autogestion trouve sa source dans ce concept-là du capital. Car une fois propriétaires de leur outil de travail sous la forme coopérative, les ouvriers bénéficient souverainement, chacun et ensemble, de tous les produits de leur peine.

Les maisons médicales naissent, il y a 40 ans, à l'époque où critique sociale du capitalisme est actualisée par les profondes remises en question cristallisées par mai 68. Conscients que le changement de société ne viendra pas des mots mais de l'action, les fondateurs des maisons médicales choisissent de fonctionner en égalité salariale et en autogestion. L'égalité salariale au service de l'autogestion : à salaire égal, pouvoir égal ! L'autogestion au service de soins de qualité, à travers l'interdisciplinarité et une nouvelle place donnée au patient, dans le sens de plus de participation et d'autonomie. Dompté de la sorte, le vilain capital n'existerait donc plus en maison médicale...

Mais comment se passe cette reprise autogestionnaire du pouvoir ? Cet exercice de la liberté économique ? Comment se jouent-ils dans des petites organisations de services aux personnes en lieu et place de grandes manufactures ? Dans des collectifs avec des métiers plus ou moins qualifiés, plus ou moins spécialisés, c'est-à-dire à l'opposé de groupes dont tous les membres ont à peu près le même rapport au travail ? Et plus précisément, dans des métiers au cœur desquels on ne retrouve pas la soumission à la machine mais la relation de soins, voire le don de soi et l'engagement militant ?

Et surtout, en 2013, comment se fonde le sens de l'autogestion alors que le pouvoir économique auquel elle est censée faire pièce a complètement muté ? En 2013, la Fédération des maisons médicales verrait-elle le bateau « autogestion » perdre son cap ? « A contre-courant ! », disent de plus en plus de travailleurs. Il faut sauver le monde ou bien il faut sauver sa peau de travailleur ! Et c'est vrai, même les méthodes de management les plus participatives entérineraient le système hiérarchique comme seul valable. En 2013, l'autogestion, on est pour ou contre. Une chose est sûre, l'autogestion c'est difficile.

Et si s'interroger sur l'autogestion commençait par déboulonner ce lien au capital qui semble aller de soi ? Capital social, capital culturel, capital santé, capital écologique... On l'entrevoit, le capital est en fait un concept résolument pluriel, éventuellement plein de contradictions. Si le capital reste cette richesse dont la détention donne le pouvoir, un examen de ses diverses conceptions pourrait permettre de tirer des conclusions quant à l'exercice quotidien du pouvoir dans

les maisons médicales, et quant à la place et au sens de l'autogestion à conquérir dans toute organisation qui cherche aujourd'hui à incarner une alternative. Ainsi, par exemple, si le capital de la maison médicale, ce sont aussi les relations entre les travailleurs, comment le préserver et le développer ? De même, comment prendre en compte la diversification des parties prenantes (pouvoirs publics, patients, soignants, direction, bénévoles, communauté...) à la gestion du ou des capitaux ?

Dans ce cahier, nous vous proposons de (re)questionner cette notion de capital, et ce qu'elle implique en termes de modes de gestion. Et nous allons le faire à travers un relevé et une analyse de la diversité des significations que peut prendre le capital en maisons médicales, en proposant quelques grilles de lecture élaborées à diverses occasions par des membres de la Fédération, grâce aux apports de regards extérieurs au monde des maisons médicales sur les notions de capital et d'autogestion ou encore par la confrontation des points de vue de professionnels des maisons médicales.

Christian Legrève et Ingrid Muller,
équipe d'éducation permanente de la Fédération des maisons médicales
Thomas Lemaigre et Marinette Mormont, *Agence Alter*

Le capital : les facettes du diamant

Relire Bourdieu pour favoriser la démocratie **page 34**

Coralie Ladavid, secrétaire politique de la Fédération des maisons médicales

Une analyse du fonctionnement autogestionnaire dans les maisons médicales à la lumière de la notion de capital, telle qu'elle a été pensée par Bourdieu.

Capital, qui es-tu ? **page 37**

Gaëlle Chapiro, France Defrenne, Christian Legrève, Ingrid Muller, équipe d'éducation permanente de la Fédération des maisons médicales

Petit tour d'horizon des multiples dimensions du capital. Une manière de se réapproprier ce mot et de cesser de s'en effrayer.

Quelques clés pour lire l'autogestion dans les maisons médicales

La diversité des modèles : une richesse en soi **page 42**

Christian Legrève, équipe d'éducation permanente de la Fédération des maisons médicales

L'enquête du groupe de travail gestion (2009-2010) relue en regard avec la notion de capital.

Organisation et décision : l'empreinte de l'humain **page 46**

Elodie De Pauw, responsable administrative et financière à l'Intergroupe liégeois des maisons médicales

Pour analyser les modèles organisationnels et de gouvernance dans les maisons médicales, la théorie est ici convoquée et confrontée à l'observation. L'occasion de mettre en lumière l'importance du capital humain dans les modes de gestion.

Décider ensemble, oui et comment ? **page 52**

Gaëlle Chapiro, équipe d'éducation permanente de la Fédération des maisons médicales

Quatre outils pour expérimenter le « décider ensemble » : présentation, critique et illustrations.

Retour sur les journées organisées en 2012 par la Fédération des maisons médicales sur la décision collective.

Gouverner le capitalisme ? **page 59**

Christian Legrève, équipe d'éducation permanente de la Fédération des maisons médicales

Capitalisme et démocratie peuvent-ils coexister ? Une lecture, subjective, du livre d'Isabelle Ferreras paru en 2012.

Regards d'ailleurs

Syndicats : pas leur tasse de thé !

page 64

Jean-Marie Léonard, ancien permanent national du Syndicat des employés, techniciens et cadres non-marchand (SETCa)

Au moment où se développaient les pratiques autogestionnaires en maisons médicales, un courant de démocratisation traversait les secteurs du « non-marchand ». Alors si l'autogestion, ce n'est pas (ou plus) du tout une préoccupation des syndicats, il leur reste peut-être un rôle de vigie à exercer en la matière.

Le Début des Haricots cultive l'autogestion

page 67

Malorie Cauchy, coordinatrice de l'asbl Le Début des Haricots

Depuis ses débuts, l'association d'éducation relative à l'environnement fonctionne en autogestion. Mais diverses étapes ont jalonné son chemin. Des étapes qui sont révélatrices des défis rencontrés quand on pratique ce mode de gouvernance.

Sud : quand les communautés prennent part à la santé

page 72

Interviews de Jean Van der Vennet, sociologue, Institut de médecine tropicale, et Abdoulaye Sow, médecin généraliste, directeur de Fraternité Médicale Guinée. Propos recueillis par Marinette Mormont, journaliste à l'Agence Alter.

Deux personnes, deux regards, l'un venant du Nord, l'autre du Sud, sur les notions de cogestion dans les pays du Sud.

Les Enfants de Dieu font de la politique

page 76

Aurore Dhaeyer, journaliste

Le centre des Enfants de Dieu qui prend en charge des enfants de la rue près de Kigali est géré par les jeunes eux-mêmes, selon les règles strictes de la démocratie.

Maisons médicales : la confrontation des idées

Chacun se bat, et c'est bon pour la santé !

page 80

Interview de Claire Geraets, médecin généraliste, maison médicale de Médecine pour le peuple La Clé. Propos recueillis par Christian Legrève, équipe d'éducation permanente de la Fédération des maisons médicales

Le capital des maisons médicales est financier, historique, humain, relationnel et politique. Et il est lié à un combat en faveur de la justice sociale.

Entretenir le feu

page 83

Interview d'Henri De Caevel, médecin généraliste, co-fondateur de la maison médicale de Tournai. Propos recueillis par Christian Legrève, équipe d'éducation permanente de la Fédération des maisons médicales

Aux origines, créer une médecine de groupe, c'était s'opposer au système. S'opposer aux hiérarchies. Le capital de départ : une envie d'autre chose.

Centre de santé du Miroir : en quête de plus d'égalité **page 85**

Edouard Mairlot, médecin généraliste, co-fondateur du centre de santé du Miroir

Un retour aux sources, avec, au centre de ce projet, la recherche de pluridisciplinarité et d'égalité.

Egalité salariale : chronique d'une mort annoncée ? **page 88**

Interview de Fernand Antonioli, patient en maison médicale. Propos recueillis par Ingrid Muller, équipe d'éducation permanente de la Fédération des maisons médicales

Un salaire égal pour tous : possible ? Petite histoire d'une égalité de plus en plus contestée.

Maisons médicales : une communauté d'usage **page 91**

Gilles Henrard, médecin généraliste, maison médicale Saint-Léonard

Le pouvoir se possède, s'exerce, se réapproprie, se répartit... La question du pouvoir dans les maisons médicales, à la lumière de la « micropolitique des groupes » de David Vercauteren.

L'autogestion à travers le rétroviseur **page 95**

Sophie Darimont, enseignante, anciennement infirmière en maison médicale

La décision collective, une perte d'énergie ou une chance ? Un peu des deux sans doute...

Regard rétrospectif et critique sur la participation au pouvoir en maison médicale.

Un trésor aux dimensions multiples **page 98**

Interview de Caroline Lecler, accueillante en maison médicale. Propos recueillis par Ingrid Muller, équipe d'éducation permanente de la Fédération des maisons médicales

Le capital, un trésor riche et aux dimensions variées. Qui mérite soins et attention.

Et maintenant ? Jeter un pont vers la démocratie économique

En guise de conclusion, pourquoi ne pas concevoir l'autogestion en maisons médicales comme des expérimentations qui pourraient soutenir la transition vers plus de démocratie dans l'économie ?

Le capital : les facettes du diamant

Le capital n'est pas seulement lié à l'argent, il revêt bien d'autres aspects. Des aspects qui peuvent même parfois sembler contradictoires. Les problèmes et conflits autour de l'autogestion ne viendraient-ils pas d'ailleurs de ces contradictions, non explicitées et pas toujours conscientes dans nos représentations ? Mettre en lumière ces contradictions permettrait peut-être de pouvoir les dépasser, et donc d'avoir un regard plus lucide sur nos modes de gestion. Deux portes d'entrée dans ce premier chapitre, pour décrypter ce fameux capital : la première consiste en une lecture des sens du capital et des pratiques d'autogestion dans les maisons médicales à la lumière de la pensée de Pierre Bourdieu. Seconde approche : un inventaire d'un minimum de conceptions différentes du capital. Une manière de se réapproprier ce mot et de le (re)faire sien.

Relire Bourdieu pour favoriser la démocratie

Coralie Ladavid,
secrétaire politique
de la Fédération des
maisons médicales.

1. Mémoire
FOPES, *Le système
« autogestionnaire »
en maison médicale :*
analyse de cas,
Coralie Ladavid,
septembre 2002.

2. http://fr.wikipedia.org/wiki/Pierre_Bourdieu

3. *Ce mode de
gestion avait été
mis en évidence par
Galand P., Mercenier
P., Vandebussche
F., « Du médecin de
famille au centre de
santé intégré », in
La Revue Nouvelle,
octobre 1971, p. 316.*

4. <http://fr.wikipedia.org/wiki/Capital>

.....

Dans le cadre de ses études à la Faculté ouverte de politique économique et sociale, FOPES, Coralie Ladavid écrit en 2002 son mémoire¹ sur le fonctionnement autogestionnaire en maison médicale. Elle revisite pour nous son travail à la lumière du capital tel qu'il a été pensé par Bourdieu².

.....

Dans la foulée de mai 68, les premières maisons médicales ont vu le jour (Tournai, Seraing, Forest). Dès leur création, l'organisation autogestionnaire est apparue comme une évidence. Or, ces maisons médicales ne se connaissaient pas entre elles et elles n'étaient pas informées du modèle théorique développé par le GERM (Groupe d'étude pour une réforme de la médecine), à savoir le « centre de santé intégré ».

En 1971, le GERM écrivait ceci :
« Il est clair que les membres de l'équipe doivent participer à la gestion du centre. Il est également nécessaire que des liens organiques existent entre les différents niveaux de l'organisation médico-sanitaire. La population est cependant la première concernée par les problèmes de santé, elle devrait donc normalement être associée d'une façon ou d'une autre à cette gestion. Des études et des expériences devraient nous éclairer sur les démarches à suivre. Entre le centre géré par un médecin chef et celui géré par un conseil regroupant les travailleurs du centre, des représentants médicaux des centres de diagnostics, des hôpitaux et des services de prévention collective et des représentants de la population, il y a beaucoup de formules imaginables... »³.

Beaucoup avaient donc l'intuition que donner une place à l'ensemble des travailleurs et à la population elle-même amènerait une plus grande justice sociale. Mais personne ne disait comment faire concrètement...

Le capital social, une clef pour plus de démocratie

Or, il ne suffit pas de donner une place, même si c'est une place avec un réel pouvoir de décision, encore faut-il donner les moyens pour occuper cette place. Et ces moyens, c'est, pour moi, ce que Bourdieu appellerait le capital économique, culturel, social et symbolique⁴.

Pour lui d'ailleurs, le capital social est une composante clé de l'établissement et du maintien de la démocratie (n'est-ce pas ce que les maisons médicales recherchent ?). Il le définit

Mots clés : autogestion, démocratie, forfait, participation, sociologie.

comme « un ensemble de ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissances et d'inter reconnaissances »⁵. Ce capital social peut donc se développer au sein d'un groupe et il n'est pas rattaché à l'individu même. Le volume de capital social que possède un membre d'une maison médicale (travailleur ou représentant de la population) dépend donc du groupe qu'il peut mobiliser mais aussi du capital économique (richesse du patrimoine d'un individu), symbolique (tout type de capital donnant une certaine reconnaissance dans la société) et surtout culturel (ex : diplôme scolaire, forme d'élocution, savoir-faire) que chacun des membres possède.

Une maison médicale est un groupe, où le capital social peut potentiellement être développé grâce à la création de liaisons entre ses membres, mais où les capitaux culturel, économique et symbolique peuvent également être développés. Plus le capital de chacun est fort et égal, plus la participation de tous est importante. Cela paraît même comme une condition essentielle pour qu'une organisation autogestionnaire fonctionne réellement et atteigne ses objectifs de justice sociale. Le danger serait de ne pas tenir compte des différences de chacun et de faire comme si tout le monde avait le même « pouvoir » dans la mesure où il a un droit de vote dans une assemblée. Ceci est d'autant plus vrai que les patients eux-mêmes participent à la gestion de la maison médicale.

De plus, toujours selon Bourdieu, le capital social se développe en fonction de trois dimensions :

- Le niveau de confiance sociale (dans les citoyens) ;
- L'existence d'un système légal (cadre juridique qui va assurer le respect de certaines normes) ;
- L'existence de canaux de communication informelle qui assurent le respect de certaines formes⁶.

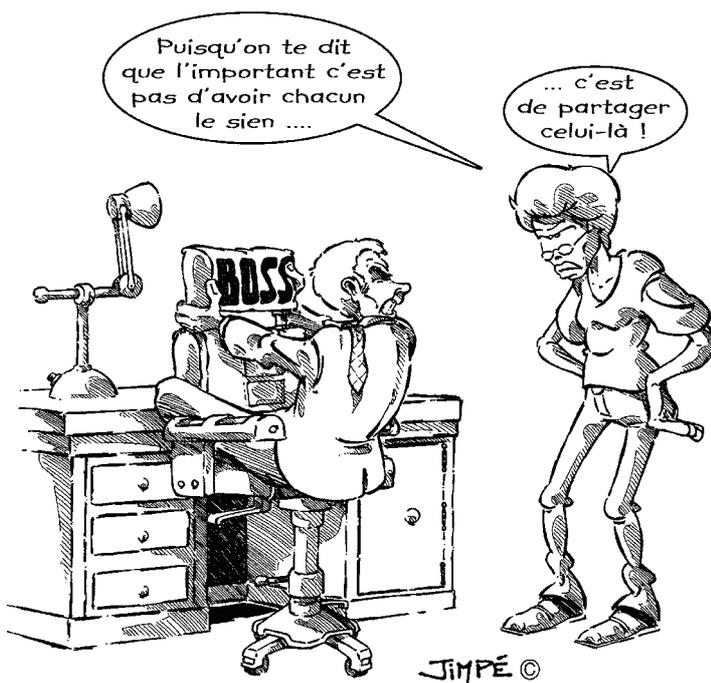
Financement au forfait et transversalité

Si je reprends les conclusions de mon mémoire énoncées ci-joint (voir encadré), on peut dire que le mode de financement, forfaitaire ou en pool commun, permet d'accroître une certaine égalité du capital économique de chaque membre. En effet, on n'attribue plus une rentrée financière à une personne mais on le globalise pour l'ensemble du groupe. Ensuite, il faudra se questionner sur la redistribution de cette « richesse » entre les travailleurs (mais je ne me lancerai pas dans ce débat pourtant cuisant et urgent).

La désignation claire des lieux de pouvoir permet de développer le capital social dans la mesure où elle crée un cadre juridique qui assure le respect de certaines normes. L'accès de chacun dans ces lieux de pouvoir permet également de renforcer le capital social (par

5. http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/arss_0335-5322_1980_num_31_1_2069

6. [http://fr.wikipedia.org/wiki/Capital_social_\(sociologie\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Capital_social_(sociologie))



exemple l'appartenance à une assemblée) et individuellement le capital économique (exemple : une diminution des écarts salariaux entre les travailleurs), culturel (exemple : apprentissage de la gestion d'une asbl) et symbolique (être son propre patron). A côté de cela, il faut également garantir des lieux informels et de convivialité pour cimenter les liaisons entre les personnes.

La vision transversale développée dans la participation de chacun au processus de décision et dans le travail d'une équipe transdisciplinaire intensifie le lien entre les acteurs et développe également le capital social. Cette vision peut se traduire dans la gestion de l'association, mais également au sein de l'équipe de santé et dans

le travail auprès des patients. Le travail d'équipe pluridisciplinaire et même transdisciplinaire devrait d'ailleurs augmenter le capital culturel des travailleurs dans la mesure où les savoirs de chacun se transmettent.

Avec tout cela, on peut dire que le fonctionnement autogestionnaire en maison médicale a encore de beaux jours devant lui, mais encore faut-il être conscient des outils nécessaires à chacun et au groupe pour réellement pouvoir exercer un rôle démocratique ! C'est également l'objectif de justice sociale qui doit guider les maisons médicales : d'une certaine façon, se préoccuper plus du bonheur des gens, se méfier des mythes et des tabous... ●

Le système autogestionnaire en maisons médicales

L'intérêt pour ce sujet était venu de ma propre expérience de jeune travailleuse et d'une volonté de faire évoluer un système qui me paraissait épanouissant, mais dépendant de façon excessive de volontés individuelles.

Les conclusions de ce travail ont mis en évidence plusieurs facteurs garantissant le partage de responsabilités à savoir : le mode de financement (au forfait ou en pool commun), l'accès pour tous les travailleurs aux lieux où il y a une prise de responsabilités, la rotation de ces personnes dans ces lieux, et une désignation claire des lieux de décision et des personnes mandatées. Il apparaissait également nécessaire que les prises de décision soient structurées. De plus, la prise d'initiative semblait avoir un lien direct avec la division verticale du travail, les travailleurs prenant d'autant plus d'initiatives qu'ils étaient intégrés à l'ensemble du processus de décision.

Capital Qui es-tu ?

*Gaëlle Chapiro, France Defrenne, Christian Legrève, Ingrid Muller, équipe
d'éducation permanente de la Fédération des maisons médicales.*

Nous avons voulu explorer ce que veut dire le mot capital, pour cesser de s'en effrayer. Pour se le réapproprier. Parce que nous toutes et tous en avons été expropriés. Tout comme de la politique, dont l'autogestion se veut aussi une démarche de réappropriation. Petit tour d'horizon des multiples dimensions du capital. Des dimensions que nous avons revisitées, réinterprétées, sans doute de manière partielle et en fonction des objectifs de ce cahier. Avec pour intention d'ouvrir la réflexion.

Dans le dictionnaire analogique, l'adjectif et le substantif capital renvoient à des entrées différentes.

- Le premier fait référence à « important » et « tête ». Le capital, c'est ce qui est important, fondamental. C'est la richesse de base, une richesse qui peut être multiple, diverse. Sortons de l'implicite. Le mot capital peut être utilisé pour dire ce qui est fondamental pour chacun-e d'entre nous.
- La seconde entrée renvoie à « commerce » et « finance ». La définition économique du mot capital existe, bien sûr, et nous appartient tout autant. Le capital économique est constitué des ressources financières dont on dispose pour un projet (subventions, prêts, dons...). Ce fondement financier doit être solide. Il doit être entretenu, protégé des menaces externes et internes, qu'elles soient idéologiques, morales ou des intérêts particuliers par exemple. Pas de place ici pour le simplisme, pour l'égalitarisme réducteur ou l'amateurisme bienveillant... Le capital peut être aussi être compris comme un bien, hérité ou acquis, susceptible d'apporter une plus-value ou une moins-value à un individu, une institution, une équipe, son projet.

Mots clefs : alternative, financement, patient, réseau, valeurs.





Le **capital culturel** est l'ensemble des compétences que l'on peut valoriser auprès de partenaires. C'est la capacité de s'affirmer dans l'originalité et la différence. Il permet d'avoir accès à d'autres savoirs (-faire, -être), c'est-à-dire d'autres praticiens, équipes ou organisations et différents lieux de réflexion, de formation ou de recherche. C'est la richesse potentielle du travail pluridisciplinaire. Cela pourrait être aussi la somme des cultures différentes et des bagages culturels des personnes composant l'équipe. Il enrichit les points de vue et prend tout son sens lorsqu'il intègre la notion d'équivalence des savoirs.

Le **capital historique** se rapproche du capital culturel de Bourdieu. Il est la mémoire d'une institution. Il assure la transmission qui ne peut s'entendre sans une réappropriation, au risque de devenir un cadeau empoisonné et pesant.

Le **capital idéologique** constitue le socle de valeurs communes partagées par une équipe ou une fédération d'équipes.

Le **capital social** (et politique), ce sont des réseaux, des relations qui nous permettent de mener à bien le projet de manière directe (les relations entre un patient et son médecin généraliste par exemple) ou de manière indirecte (relations avec les partenaires professionnels par exemple). Ces réseaux peuvent varier selon la situation locale, l'histoire de l'organisation ou de l'équipe, la nature du projet et le public-cible. Relations de partenariat, de concurrence ou de confrontation. Relations d'information, de négociation, de contrôle ou de collaboration. Le capital social est un ensemble de ressources, mosaïque de relations sociales, professionnelles, institutionnelles, politiques. C'est l'insertion du projet dans un réseau politico-institutionnel.

Le **capital symbolique** est l'image de marque de l'organisation, sa crédibilité, son « label ». C'est la réputation positive ou négative d'un type d'action ou d'un secteur. C'est le réseau de reconnaissance de la structure. La capacité de l'organisation à diffuser ses pratiques professionnelles, ses actions et ses valeurs (sous forme de traces écrites, audio-visuelles, etc.). Mais c'est aussi le type de bénéficiaires et d'usagers de cette organisation ainsi que leur « poids social » (le nombre d'usagers). Ou encore les liens entre le projet et l'actualité sociale, politique, en rapport avec des événements ou des tendances qui s'affirment.

Il y a aussi le **capital santé** d'une équipe qui assure une cohésion, une cohérence de ses choix, dans la réalisation et le suivi de projets. Le capital santé, c'est la santé de chaque membre de l'équipe, la santé des patients, mais aussi la santé publique, car la mission des maisons médicales prend sens dans un contexte plus large que celui de sa réalité locale. C'est une conception qu'il faut se réapproprier : pour lutter contre la médicalisation de la vie ; pour résister à l'individualisation de la santé, qui nie les inégalités et s'appuie sur la responsabilité et la consommation individuelles, au bénéfice de l'industrie pharmaceutique.

Selon cette grille de lecture, les patients, comme les travailleurs peuvent être vus comme faisant partie du capital de la maison médicale, mais aussi comme des détenteurs de celui-ci. Les patients sont du capital social, culturel, ils sont aussi source de capital économique.

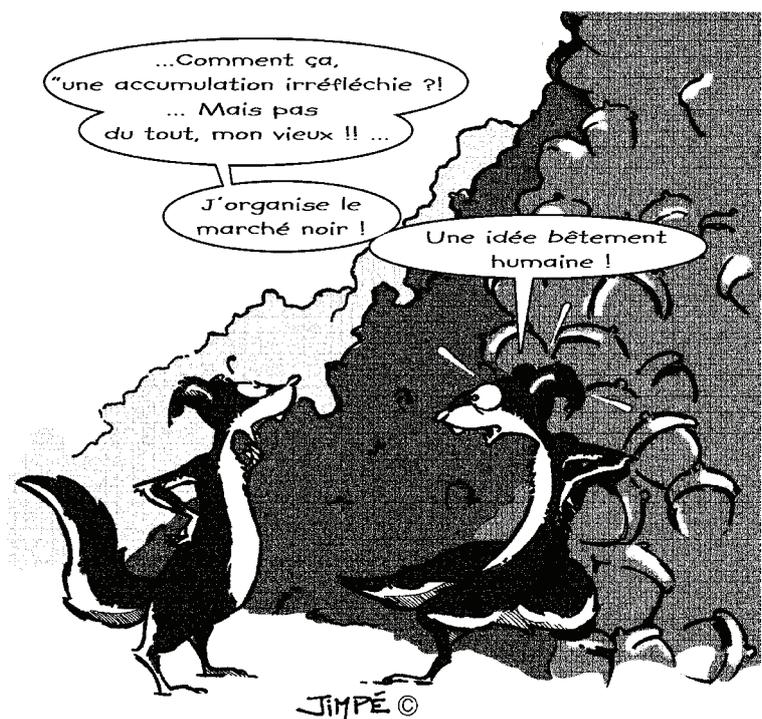


● ● ●

En élargissant encore notre champ de vision apparaît la dimension écologique du capital. Le **capital naturel** doit être préservé. Cela passe entre autres par une utilisation parcimonieuse et une saine gestion des ressources naturelles. Cette dimension a été évoquée comme une des caractéristiques des initiatives alternatives au fonctionnement de la société néolibérale (voir le *Santé conjugulée* n°57 : « la face cachée du changement » de juillet 2011). Concernant les maisons médicales, cela se concrétise à travers la manière de remplir la mission de santé : une approche globale et intégrée qui s'appuie sur la prévention avant le soin, sur le sens clinique, sur la connaissance du patient et de ses ressources plutôt que la multiplication d'examens et interventions. Cela se concrétise aussi dans la gestion du matériel, de la maison, des déplacements des membres de l'équipe...

La connexion avec le vivant nous invite aussi à poser un autre regard sur le capital. Se constituer des **réserves**, stocker des ressources afin de pouvoir faire face aux périodes de disette n'est pas tabou dans la nature. Cependant, l'écureuil ne s'étouffe pas sous les noix. Il prépare ce qui lui sera nécessaire pour passer l'hiver. Les stocks ont un sens et une fonction vitale. Dans les écosystèmes équilibrés, la matière circule et c'est ainsi qu'elle reste pleinement vivante. Les monnaies locales ou complémentaires se rapprochent de ce fonctionnement ; elles perdent de leur valeur lorsqu'elles restent immobilisées. Mais le sentiment d'insécurité, sur lequel se fonde la société actuelle, favorise l'accumulation irréfléchie du capital sans même plus questionner son sens...

● ● ●



1. *Riccardo Petrella est un politologue et économiste italien. Enseignant à l'université catholique de Louvain, il a notamment fondé en 1991 le groupe de Lisbonne pour promouvoir des analyses critiques des formes actuelles de la mondialisation, et l'Institut européen de recherche sur l'eau.*
2. *Etopia est le centre d'animation et de recherche en écologie politique du parti politique écologiste belge ECOLO.*



Cette question de l'accumulation nous amène à une notion critique. Celle de **propriété**. Propriété privée, individuelle ou collective, de particuliers, ou d'entreprises. Propriété publique, des pouvoirs du même nom, à quelque niveau que ce soit. D'autres idées en découlent qui nous sont plus ou moins familières : privatisation, expropriation, dépropriation et bien sûr réappropriation. Mais entre propriété privée et publique, existent-il des latitudes ?

Le concept de **biens communs** vient élargir le champ de possibles. Selon Riccardo Petrella¹ : « Le bien commun est l'ensemble des principes (par exemple la dignité humaine, la liberté, la justice), des institutions (pensons à la démocratie représentative...), des biens (les forêts, la langue maternelle, la sécurité...) et des moyens (par exemple, le budget national, la fiscalité à finalité redistributive, la police...) que la société se donne et dont elle assure la responsabilité collectivement pour garantir le droit à la vie, humainement digne, à tous ses membres (les citoyens), le vivre ensemble le plus coopératif et pacifique possible, un devenir « soutenable » au niveau de l'écosystème en général, dans l'intérêt aussi du droit à la vie des générations futures et de l'ensemble des espèces vivantes. ». Une notion qui reste vague, ajoute-t-il, car ses contenus réels dépendent de la culture et de l'histoire de chaque société. ».

Selon Etopia², les biens communs « existent par la volonté de communautés qui s'organisent pour gérer collectivement une ressource afin d'en garantir la pérennité et l'accès à tous. ». Ce qui peut parfois se faire en interaction avec le marché, avec l'Etat ou encore avec les deux. « Un rôle important y est dévolu au politique, ajoute Etopia : Celui de reconnaître et de soutenir ceux qui - de plus en plus nombreux - veillent à ces biens communs. Car les richesses dont ils sont générateurs ont pour noms : soutenabilité, lien social, qualité de vie, action collective... ». Dans le domaine de la santé, ces questions sont d'une brûlante actualité. Comme le dénonce le Réseau européen pour le droit à la santé, celle-ci fait en effet l'objet de multiples assauts du secteur privé qui cherche à en privatiser toujours plus de facettes.

Quelques clés pour lire l'autogestion dans les maisons médicales

Certaines alternatives existent depuis longtemps, d'autres continuent de se créer. Ces pratiques peuvent s'appuyer sur les expériences passées ou contemporaines, tout en restant en tension avec le contexte dans lequel elles évoluent. En tension, mais aussi en interaction, car courant dominant et alternatives s'inspirent mutuellement et s'approprient les outils de l'un et de l'autre. Ainsi le management et la gestion des ressources humaines s'immiscent dans le secteur social et dans la fonction publique, en quête de plus d'efficacité. Tandis que le monde de l'entreprise, des petites ou moyennes entreprises aux multinationales s'attèle de plus en plus à intégrer les dimensions de la durabilité et de la participation dans leur manière de se gérer. Ce chapitre vous propose quelques clés pour lire et comprendre les pratiques d'autogestion dans les maisons médicales. Des clés de lecture élaborées à diverses occasions par la Fédération, allant piocher ci et là des outils pouvant stimuler, encourager ou encore équiper les professionnels des maisons médicales dans leurs expérimentations et apprentissages de l'autogestion.

La diversité des modèles : une richesse en soi

*Christian Legrève,
équipe d'éducation
permanente de la
Fédération des
maisons médicales.*

.....

Christian Legrève revient sur l'enquête du groupe de travail de gestion menée en 2009-2010. Il relit quelques unes de ses conclusions, en regard avec la notion de capital. Pour lui, c'est la diversité des modèles d'autogestion dans les maisons médicales qui est un capital en soi. Dans la confrontation des savoirs.

.....

Mon métier serait-il de parler de choses que je ne connais pas ? En apparence seulement. C'est plutôt d'organiser la discussion avec d'autres au sujet de choses qui nous concernent tou-te-s, qui déterminent nos conditions d'existence, mais dont la connaissance nous dépasse, dont notre connaissance est avant tout issue de l'expérience que nous en avons.

Pour moi, le capital d'une institution, c'est sa richesse de base, de départ. Celle qui lui permet de produire ce qu'elle a à produire. Le trésor qu'on ne peut pas appauvrir sans hypothéquer le projet, sans mettre en danger l'existence même de l'institution. Ce trésor qu'on doit protéger et entretenir. Qu'on peut développer, mais sans jamais perdre de vue qu'il n'a de sens qu'au regard du projet, de l'objectif.

Je fais cette mise au point parce que c'est de ce point de vue que je compte aborder les questions liées au capital de l'entreprise, à partir d'un travail réalisé en 2009-2010 : l'enquête du groupe de travail de gestion.

Une problématique récurrente

Le service d'aide au développement et à la gestion de la Fédération des maisons médicales est régulièrement saisi de la question de l'organisation par les équipes émergentes et en mutation. En octobre 2008 a eu lieu une première rencontre où avaient été invités les conseils d'administration, les personnes déléguées à la gestion journalière, les gestionnaires. Un volet d'action défini lors de cette rencontre concernait la place de la gestion dans tous ses aspects au sein de nos équipes autogérées : administration, dynamique d'équipe, finances, personnel, financement, projets, pilotage, coordination des soins...

Un groupe de travail gestion a été mis en place pour soutenir les choix des équipes dans l'organisation de leur gestion, en meilleure adéquation avec leurs valeurs. Une première démarche à mener était une analyse de ce qui existe. D'où la mise en oeuvre d'une enquête par questionnaire auprès de l'ensemble des

Mots clefs : autogestion, gestion,
management.

maisons médicales. Au-delà des résultats issus de l'ensemble des questionnaires qui nous ont été retournés, nous avons aussi convoqué des ressources extérieures, afin d'élargir notre regard.

De la délégation à la collégialité : une diversité de pratiques

Les résultats de cette enquête appartiennent avant tout à chacune des équipes qui y ont participé. Mais que dit la longue démarche que nous avons suivie ? Et surtout, comment la question du capital, tel que je l'ai défini, a-t-elle résonné dans cette démarche ?

À partir de critères issus de l'observation de la pratique d'organisation¹, nous avons abouti à la mise en évidence de quatre groupes dans les maisons médicales participantes :

- Celles où l'attention portée à la gestion est importante, dont l'organisation est marquée par une forte délégation, à une ou un groupe de personnes spécialisée(s) dans cette fonction. Dans certaines équipes de ce groupe, ce ne sont toutefois pas tous les aspects de la gestion qui sont pris en compte².
- Celles dont la gestion ne semble pas ou peu structurée, intégrée, proactive. On a émis l'hypothèse que leur organisation est centrée sur les soins de santé.
- Celles dont l'organisation de la gestion est marquée par la collégialité comme valeur reconnue et comme moyen prioritaire.

1. Structurée, conforme à la légalité, mono ou pluridisciplinaire, spécialisée, confiée aux médecins, intégrée, collégiale, démocratique, proactive, transparente.
2. Nous avons défini très largement le champ : gestion administrative, financière, institutionnelle, gestion du personnel, de l'équipe, des buts de l'association, des projets, des secteurs professionnels, coordination des soins.
3. Florence Paligot, Yves Gosselain et moi-même.
4. Professeur en gestion des ressources humaines à l'école de management de l'université catholique de Louvain.
5. Economiste, directrice du centre d'économie sociale de l'université de Liège.
6. Consultant et formateur en organisation, directeur du STICS, un organisme de formation, de supervision et d'accompagnement de projets.

La méthode

L'idée d'une enquête sous forme de questionnaire est très vite apparue. Ce travail, nous avons voulu le réaliser avec les maisons médicales elles-mêmes. Le groupe a confié à une équipe de la Fédération³ le soin d'élaborer le questionnaire, d'analyser les réponses et d'animer la synthèse.

Les questionnaires de départ ont été validés par les participants. Deux rencontres ont eu lieu, en mars et avril 2009. L'idée était que les personnes ayant participé à la validation aillent ensuite elles-mêmes interroger leur équipe.

31 équipes ont participé à au moins une des 2 rencontres. 24 autres ont marqué leur intérêt pour le processus, ce qui fait 55 questionnaires envoyés. 33 équipes nous ont retourné le tout. Nous avons pu en traiter 31.

Dès le début de la démarche, il était prévu de faire appel à l'expertise extérieure pour enrichir le regard des équipes sur leurs choix. Après l'auto-analyse de l'existant, nous avons donc convoqué des ressources pour cette expertise.

Notre demande était une intervention ponctuelle lors d'une rencontre avec le groupe, et d'autres personnes des maisons médicales et de la Fédération, pour apporter un regard sur le résultat et sur la démarche d'observation, afin de soutenir un élargissement du point de vue et une synthèse par palier. Le groupe a reçu Armand Spineux⁴, Sybille Mertens⁵ et Marc Impe⁶.

Certaines de ces équipes rencontrent majoritairement les critères « structuré » et « intégré », d'autres un peu moins.

- Un petit groupe de 4 équipes, enfin, qui ne correspondent à aucun des autres modèles, et qui présentent un nombre limité de caractéristiques communes. Nous avons fait l'hypothèse qu'il y avait une grande autonomie des membres de l'équipe, mais il est difficile d'inférer un modèle.

D'un bout à l'autre de notre démarche, c'est la diversité des points de vue qui serait le premier capital. Et l'institution aurait à valoriser au mieux cette richesse en organisant la rencontre de ces points de vue. L'organisation la meilleure serait alors celle qui prend en compte tous ceux qui enrichissent le projet et donne à chacun la meilleure place. C'est dire que le capital appartient à tout le monde, et que le pouvoir doit se partager dans et autour de l'équipe. Dans

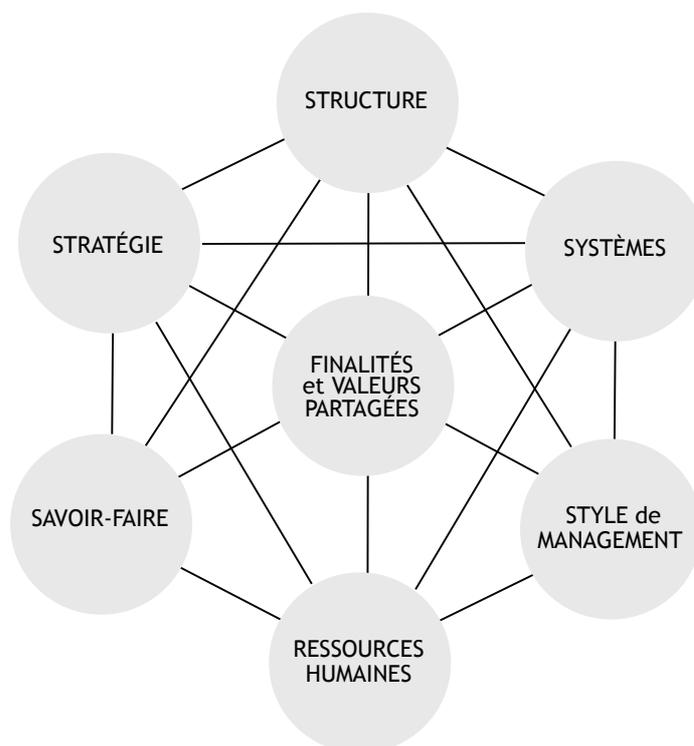
cette vision, il importe de mettre en place des processus de délibération collective. Une partie des équipes observées, que l'analyse conduit à rassembler dans un des modèles d'organisation, semble d'ailleurs donner la priorité à la collégialité tant comme valeur reconnue que comme moyen prioritaire d'action.

L'indépendance, une autre forme de richesse

Lors de son intervention, Sybille Mertens a proposé une analyse de ce type d'organisation en termes de coûts / bénéfiques, en attirant notamment l'attention sur les coûts / bénéfiques différés ou cachés, par exemple en termes de légitimité interne et externe⁷. La lourdeur d'une organisation est un élément complexe, à observer dans toutes ses dimensions, et dans une perspective dynamique, dans la durée.

7. On retrouvera cette analyse dans *La gestion des entreprises sociales, sous la direction de Mertens S., éditions EDIPRO, Liège, 2010.*

Figure 1 : modèle des 7 S



Source : Thomas - Peter and Philips - Structure is not organization - McKinsey Quartely - Eté 80

Comment telle décision, prise de telle manière par telle instance est-elle reçue, comprise, reconnue, mise en œuvre ? Comment, dans le long terme, le processus de décision qui a été adopté sert-il le projet ?

Parmi les apports d'Armand Spineux, j'ai envie de souligner celui d'un modèle d'analyse mis au point par le cabinet Mc Kinsey. Le modèle des 7S met en évidence la diversité des leviers qui déterminent l'efficacité d'une organisation et l'interdépendance qui existe entre eux (voir figure 1).

Enfin, la démarche du groupe de gestion en elle-même met en évidence, selon moi, un autre aspect important du capital des maisons médicales : leur indépendance. Bien comprise, protégée du corporatisme, de l'arrogance et du conflit d'intérêt, cette indépendance pousse à construire des ponts entre les savoirs expérimentiels des travailleurs et les savoirs théoriques qui se produisent autour de nous. Pour que cette indépendance soit pleinement profitable, il faut donc qu'elle ne se confonde pas avec le repli sur soi. ●



Organisation et décision : l'empreinte de l'humain

Elodie De Pauw,
responsable
administrative
et financière à
l'intergroupe
liégeois des maisons
médicales.

1. Mintzberg
H., Structure et
dynamique des
organisations (P.
Romelaer. Trad.),
Paris, Editions
d'Organisation, 1982
(édition originale en
1978) et Mintzberg
H., Le pouvoir dans
les organisations
(P.Sager, Trad.),
Paris, Editions
d'Organisation, 1986
(édition originale en
1983).

2. Nizet J. &
Pichault F. (2001),
Introduction à
la théorie des
configurations.
Du «one best
way» à la diversité
organisationnelle,
Bruxelles : De Boeck
Université.

Mots clefs : autogestion, gestion,
management.

.....

Dans le cadre de son master en sciences de gestion à finalité en management des entreprises sociales (HEC-ULg), Elodie De Pauw rédige un mémoire sur les modèles organisationnels de quatre maisons médicales. En 2011, elle réalise un stage à la Fédération. Elle revient sur les observations réalisées par le groupe de travail de gestion en insistant sur l'importance du capital humain qui influence tant les structures organisationnelles que les modes de gouvernance des maisons médicales.

.....

Dans le cadre de mon mémoire, intitulé *Caractéristiques et facteurs d'influence des modèles organisationnels en économie sociale : analyse comparative de quatre maisons médicales en Belgique francophone*, je suis partie de l'hypothèse du groupe de travail de gestion de la Fédération des maisons médicales, selon laquelle il existe quatre modèles organisationnels différents au sein du secteur des maisons médicales. Par l'étude d'une maison médicale de chaque modèle, j'ai tenté de répondre à deux grandes questions : *en croisant les cadres théoriques liés à l'architecture organisationnelle et à la gouvernance, quels sont les différents modèles organisationnels qui apparaissent dans les maisons médicales ? Par quels facteurs et comment sont-elles influencées dans l'adoption desdits modèles ?*

Modèles organisationnels des maisons médicales

Concernant l'architecture organisationnelle, j'ai fait appel à Henry Mintzberg¹, considéré comme l'un des plus riches théoriciens des organisations. Selon lui, « *la structure d'une organisation peut être définie simplement comme la somme totale des moyens employés pour diviser le travail entre tâches distinctes et pour ensuite assurer la coordination nécessaire entre ces tâches* ». Concrètement, il s'agit des différentes composantes de l'organisation. Par exemple, les divers acteurs (propriétaires, travailleurs, personnel de support logistique...), ainsi que les mécanismes de coordination utilisés pour organiser leur travail (la façon dont les travailleurs coordonnent leur travail entre eux par exemple).

Les configurations de Mintzberg

Mintzberg propose cinq configurations typiques des organisations qui ont été reprises par Nizet et Pichault². Des configurations qui peuvent se superposer ou se juxtaposer dans une même organisation, nous sommes alors face à des modèles « hybrides ». Parmi ces configurations, deux peuvent être appliquées aux maisons

médicales. Il s'agit des configurations « professionnelle » et « missionnaire » (pour les définitions, voir l'encadré ci-dessous). Dans les maisons médicales, on retrouve ces deux configurations de manière simultanée. L'organisation d'une maison médicale se caractériserait donc tant par la qualification et la formation de ses travailleurs opérationnels, que par l'importance de ses missions qui guident ses travailleurs.

Une vision dynamique du conseil d'administration

Je me suis aussi intéressée à la façon dont les maisons médicales étaient gérées en me penchant sur le rôle et la composition de deux organes traditionnels sur lesquels la gouvernance d'une entreprise sociale repose : l'assemblée générale et le conseil d'administration. Penchons-nous, plus spécifiquement, sur les rôles du conseil

Les configurations de Mintzberg, quelques définitions :

- La configuration professionnelle est composée d'opérateurs très qualifiés, très spécialisés. L'organisation est structurée sur base des compétences de ses opérateurs.
- La configuration missionnaire se distingue par la nette prédominance des missions qui guident les travailleurs plutôt que la rémunération. Celle-ci est d'ailleurs souvent faible, voire nulle, dans le cas des bénévoles. La coordination s'exerce par la standardisation des valeurs qui mène à une forte implication des travailleurs dans le fonctionnement de l'organisation. Les acteurs étant loyaux aux missions et valeurs, la division du travail y est faible. Les départements sont de petites tailles et organisés par output.
- Les organisations dites « hybrides » peuvent combiner plusieurs configurations : soit par juxtaposition, quand les deux configurations sont localisées dans des parties différentes de l'organisation ; soit par superposition, quand tout l'ensemble organisationnel présente des traits caractéristiques de plusieurs configurations.

Les trois rôles du conseil d'administration

- Le rôle de monitoring, à savoir le fait de se poser comme gardien de la finalité de l'entreprise, d'évaluer ou de réévaluer ses missions, les décisions qui y sont prises ou encore ses performances.
- Le rôle de développement, c'est-à-dire le fait de développer une vision stratégique de l'entreprise, mais aussi, par exemple, de l'aider à obtenir des ressources (financières, matérielles, autres) et de veiller à sa réputation.
- Le rôle de conformité, ou encore le fait de veiller au respect des dispositions légales et éthiques, ainsi qu'à la légitimité de l'entreprise auprès des parties prenantes.

d'administration dans les entreprises sociales. Ils sont au nombre de trois et nous permettent d'aborder la question des modes de gouvernance dans ces organisations.

3. Rijpens J. (2010), « La gouvernance », dans Mertens S., La gestion des entreprises sociales (220-285), Liège : Edi.pro.

On peut s'appuyer sur le rôle de monitoring du conseil d'administration pour identifier un modèle de « cycle de vie » d'une organisation. Un cycle de vie divisé en cinq grandes phases. C'est ce que nous montre Rijpens³ à travers la figure 1.

Les différentes étapes de ce cycle de vie sont liées à des modèles de gouvernance spécifiques qui peuvent nous servir de clé de lecture : management amateur, supermanagement, modèle actionnarial, coopération ou encore ratification (voir l'encadré ci-contre pour les définitions). Les maisons médicales oscillent souvent entre supermanagement (le conseil d'administration a un rôle important, ses décisions et les tâches opérationnelles étant appliquées par le directeur) et coopération (il y a une confiance mutuelle entre conseil d'administration et direction, et leurs rôles sont complémentaires). Parfois, les maisons médicales fonctionnent aussi par ratification (le conseil d'administration est devenu passif, il ne fait que remplir ses obligations formelles).

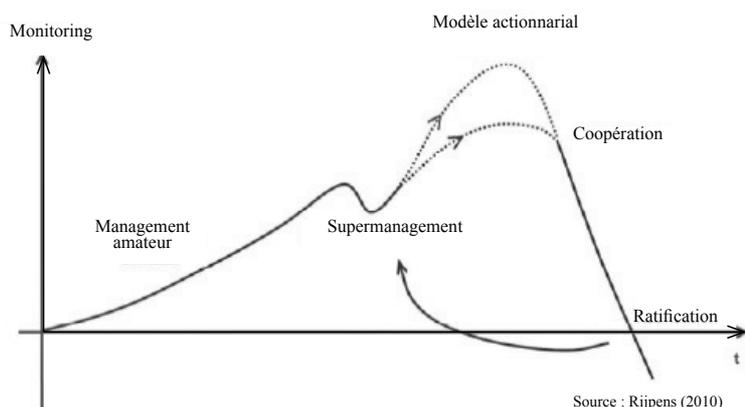
Modèles types et facteurs les déterminant

L'analyse des données récoltées à la lumière de ces apports théoriques m'a permis de déterminer à titre exploratoire trois modèles organisationnels types au sein des maisons médicales :

- Le premier allie une configuration hybride avec une superposition des configurations professionnelle et missionnaire, avec un modèle de gouvernance par ratification.
- Le deuxième associe une configuration hybride par superposition, avec une dominance de la configuration missionnaire sur la configuration professionnelle, et un modèle de gouvernance entre supermanagement et coopération.
- Le dernier réunit une configuration hybride par superposition des configurations missionnaire et professionnelle, et un modèle de gouvernance qui se situe entre supermanagement et coopération, et qui donne une place particulièrement importante à l'équipe dans le processus de décision.

J'ai aussi pu identifier des facteurs déterminants pour les maisons médicales dans l'adoption de leur modèle organisationnel. Ces facteurs peuvent être externes ou internes à l'organisation.

Figure 1 : une vision dynamique du CA



Cycle de vie du conseil d'administration, les étapes

1. Le **management amateur**. La première étape est sans surprise la création par une série de personnes motivées et très impliquées qui décident de monter un projet. Les membres du conseil d'administration dépensent énormément de temps et d'énergie aux tâches de gestion quotidienne, leur rôle principal étant d'assurer le développement de l'association, notamment en lui trouvant des ressources financières. Le monitoring y est donc assez faible. Petit à petit, l'organisation grandit et dégage des moyens pour engager un directeur qui reprendra certaines tâches opérationnelles jusque-là assumées par le conseil d'administration. La structure de l'organisation commence à se formaliser, sans pourtant que le rôle du conseil d'administration ne soit encore clairement défini.
2. Le **supermanagement**. Le développement de l'organisation continue. Deux cas de figures possibles. Soit le directeur ne peut plus assumer seul les tâches qui lui sont confiées et l'entreprise engage de nouveaux permanents afin d'alléger son travail ; soit le directeur peut recourir au soutien du conseil d'administration qui recrute alors de nouveaux administrateurs sur base de leurs compétences spécifiques, techniques ou managériales. Dans ce second cas, l'organisation arrive dans la phase de « supermanagement » de son conseil d'administration, devenu une sorte d'équipe de consultants chargée du monitoring et du développement. Les décisions et les tâches opérationnelles sont appliquées par le directeur. Le rôle du conseil d'administration, durant ces premières phases est particulièrement important quant au développement. Le monitoring qui était peu présent à la création, grandit en importance alors que l'entreprise se formalise et se stabilise. Aux membres du conseil d'administration considérés plus tôt comme des « consultants », s'ajoutent des administrateurs au poids social et financier important. Avant d'arriver à maturité, l'entreprise sociale se retrouve confrontée à deux chemins distincts.
3. Le **modèle actionnarial**. Soit le conseil d'administration exerce un contrôle important sur le directeur et les résultats de l'entreprise, et celle-ci se trouve alors dans une phase de « modèle actionnarial », au risque de réduire la capacité d'innovation de l'organisation. En général peu d'associations restent longtemps dans cette phase.
4. La **coopération**. Soit le conseil d'administration et la direction s'échangent leur confiance et entrent dans une phase de « coopération ». Dans ce cas, le travail de chacun est complémentaire et les rôles sont formellement établis. Il y a un équilibre entre les rôles de monitoring et celui qui vise au développement de l'organisation.
5. La **ratification**. Il arrive que l'étape de maturité conduise à une phase de « ratification », dans laquelle le conseil d'administration est devenu quelque peu passif. Les seules tâches qu'il accomplit encore sont celles des obligations formelles (rôle de mise en conformité), car toute sa confiance a été placée dans la direction qui se charge du reste. Cette phase comporte des risques de dérives gestionnaires et prend souvent fin avec une réaction du conseil d'administration, suite à une situation de crise. Ce dernier est généralement amené une nouvelle fois à une phase de « supermanagement », et recommence un nouveau cycle.



Les facteurs externes :

- Le contrôle externe, par le gouvernement notamment, via le cadre légal et réglementaire, et le cadre des partenariats ou financements.
- La culture. Une partie de la culture des maisons médicales est liée aux convictions des fondateurs, nées du mouvement contestataire de l'époque. Ces convictions les ont poussés à créer une médecine nouvelle intégrant la pluridisciplinarité. La culture influencerait donc plutôt la convergence des modèles adoptés par les maisons médicales plutôt que leur divergence.
- Le cadre normatif qui s'exprime à travers les valeurs de la maison médicale et qui en influence le modèle organisationnel. Le système de paiement appliqué par la maison médicale serait, par exemple, imputable à ses valeurs.
- Le cadre de la mission. La mission des maisons médicales est notamment de dispenser des soins de santé primaires, continus, polyvalents et accessibles à tous. Pour réaliser cette mission, les structures doivent s'adapter à l'évolution des besoins de leurs usagers.

Les facteurs internes :

- La taille, qui est sous-jacente aux facteurs précédents.
- L'histoire de la maison médicale.

Le rôle de l'humain dans l'organisation

De toutes ces observations et analyses ressort l'importance du capital humain dans des structures telles que les maisons médicales. Le capital humain est l'ensemble des compétences, des apprentissages et des talents des travailleurs, auxquels j'aimerais ajouter leur histoire, leurs valeurs et leur culture. En fait, tout ce qui est en lien avec les personnes en elles-mêmes. Toutes ces composantes sont incontournables et influencent le fonctionnement de la structure dans les deux dimensions que sont la structure organisationnelle et la gouvernance (ou en tout cas le modèle du processus de décision).

Composantes et influences

Premièrement, les maisons médicales s'organisent en fonction des compétences et de l'expertise de ses travailleurs. Un nouveau travailleur administratif qui possède des compétences en informatique peut très bien également devenir l'informaticien de la maison médicale. De même, en ce qui concerne le modèle décisionnel, le travailleur qui se charge de la comptabilité est le plus susceptible d'avoir la fonction de trésorier au sein du conseil d'administration de la maison médicale.

L'organisation des maisons médicales repose aussi sur la culture et les valeurs de ses travailleurs, et avant tout sur celles de leurs fondateurs. Ce sont les convictions des fondateurs qui les ont poussés à s'organiser en équipes pluridisciplinaires et à fonctionner en autogestion. De même, le système de paiement (à l'acte ou au forfait) serait imputable aux valeurs des travailleurs : la liberté des usagers pour l'acte, et la solidarité pour le système forfaitaire. Le système choisi étant lui-même un facteur influençant l'organisation de la maison médicale. Dans le système forfaitaire, les

revenus ne sont pas directement liés au nombre d'actes réalisés, ce qui donne aux soignants davantage de possibilités pour s'impliquer dans d'autres dimensions que le curatif. Ce système accroît la charge administrative - ce qui implique l'engagement de nouveaux travailleurs - et les revenus de l'organisation - ce qui lui permet d'une part de procéder aux engagements nécessaires et d'autre part de développer ses activités ainsi que son modèle décisionnel.

Menaces et risques

Le capital humain n'est pas statique, il évolue et fait évoluer l'organisation avec lui. Des travailleurs arrivent, d'autres partent, certains acquièrent de nouvelles compétences, de nouvelles connaissances... L'organisation doit être attentive à ces évolutions et doit composer avec elles afin de les utiliser au mieux. Parfois le changement est difficile, parce que les différences de culture ou de valeurs entre les travailleurs s'accroissent. L'intégration de jeunes travailleurs qui ont un nouvel idéal du modèle décisionnel et ne désirent pas continuer à avancer sur le chemin tracé par les fondateurs en est un exemple.

Les principales menaces se jouent autour du processus décisionnel. Bien qu'une maison médicale doive évoluer avec son capital humain, elle doit rester attentive à ne pas tomber dans deux travers extrêmes.

Le premier d'entre eux : une absence de légitimité des organes de gouvernance dû à un manque de structure au sein de ceux-ci. Quand il y a par exemple confusion entre réunions d'équipe et l'assemblée générale, ce qui a des implications sur le travail du conseil d'administration. Le second risque est l'inverse du premier, c'est l'hégémonie managériale. Les organes de gouvernance ne détiennent plus le contrôle de l'organisation. Il est dans les mains du gestionnaire qui mène seul la politique de l'organisation. Le conseil d'administration est devenu passif, les seules tâches qu'il accomplit encore sont celles des obligations formelles. Il y a alors un risque réel de dérives gestionnaires. ●

Décider ensemble, oui et comment ?

Gaëlle Chapiro,
équipe d'éducation
permanente de la
Fédération des
maisons médicales.

.....

Décider ensemble, c'est parfois long et laborieux. Ne perd-on pas un temps précieux qui pourrait être investi dans la relation avec les patients, dans les projets de l'équipe ? Pourtant, on constate que les décisions prises selon un processus de qualité, qui envisage tous les points de vue et fait place au consensus¹ sont mieux mises en œuvre, moins vite remises en question. En 2012, l'équipe d'éducation permanente de la Fédération a animé une série de journées sur la question de la décision collective. Première analyse des approches qui y ont été mobilisées.

.....

1. Ou au consentement : « Le consensus, c'est tout le monde dit oui ; le consentement, c'est personne ne dit non. » (source : www.sociocratie.net) La nuance est importante et invite à réfléchir au poids et au sens des mots. Nous ne l'explorerons cependant pas plus avant ici.

Mots clés : autogestion, démocratie, management, gestion, communication.

«Est démocratique, une société qui se reconnaît divisée, c'est-à-dire traversée par des contradictions d'intérêt et qui se fixe comme modalité d'associer à parts égales chaque citoyen dans l'expression de ces contradictions, l'analyse de ces contradictions et la mise en délibération de ces contradictions en vue d'arriver à un arbitrage.»

Paul Ricœur

Comment prendre des décisions ensemble ? Comment garantir qu'elles soient portées par tout le monde ? Comment prendre en compte les contradictions et les divergences ? La plupart d'entre nous n'ont pas appris ou pas expérimenté la décision collective. Et pour ceux qui en ont eu l'occasion, celle-ci a parfois été plus décevante que formatrice. Parce que, dans l'intention ou dans les moyens, la participation n'était que factice... Nombreuses sont les questions qui se posent autour des pratiques de décision collective. Car une fois la décision prise de décider ensemble, il reste à décider.

Au menu des journées organisées par la Fédération : entraînement mental, micropolitique des groupes, sociocratie et communication empathique (ou non violente). Après un temps de découverte des principes de ces quatre référentiels, des groupes de 12 à 18 personnes se sont organisés pour expérimenter la décision collective.

A la croisée des chemins

C'est le croisement des quatre pistes d'aide à la décision explorées lors des journées de travail (voir encadré page suivante) qui s'est révélé particulièrement riche. Soit parce que ces approches se complètent (aucune d'entre elles n'appréhende l'ensemble des étapes du processus de décision, de l'analyse de la situation à la prise de décision). Soit parce qu'elles agissent comme des garde-fous face aux écueils des autres. Il y a parfois une contradiction entre les intentions affirmées et la position que le discours induit. Il nous est donc apparu fondamental de rester vigilant-e-s et critiques, tout en ne nous privant pas d'utiliser des éléments issus de ces approches pour construire notre propre pratique de travail collectif.

Les 4 axes de la boussole décisionnelle

- Portant un regard critique sur les dérives de l'institutionnalisation des vieilles et grandes organisations, trop centrées sur les objectifs macropolitiques, la **micropolitique des groupes**² propose d'éclairer les pratiques à partir du récit d'expériences collectives multiples, d'une « mosaïque de situations-problèmes ». Elle invite à sortir des habitudes et fonctionnements hérités de la culture dominante en prêtant attention à la manière de se construire et de travailler, à chercher à comprendre ce qui se passe dans le groupe malgré lui et d'agir consciemment sur cette dynamique.
- L'**entraînement mental**³ est né pendant la seconde guerre mondiale, au cœur de la Résistance. Il est basé sur l'équivalence des savoirs, c'est-à-dire sur le principe selon lequel tous les types de savoirs, qu'ils soient académiques ou issus de l'expérience ont une même valeur. L'objectif était de mettre sur pied une méthodologie qui permette de prendre rapidement des décisions délicates et mettant parfois des vies en jeu. Cette méthodologie a ensuite été enrichie par le secteur de l'éducation populaire. Elle consiste à analyser collectivement une situation concrète en vue d'organiser l'action pour le changement. Pour cela, elle « *encourage, par des expériences et des exercices appropriés une dynamique de pensée mettant la 'pratique' et la 'théorie' en tension active d'interrogation réciproque* ».
- La **sociocratie**, en pleine propagation a été conçue par un entrepreneur hollandais dans les années 70. Il a trouvé son inspiration en tant qu'élève dans une école où un psychosociologue et pédagogue hollandais avait mis en place un mode d'organisation basé sur l'égalité et le consensus. Il a souhaité l'adapter à son entreprise familiale : afin de concilier les intérêts des travailleurs, des investisseurs et des clients, il a développé une nouvelle forme de management, basée sur la transparence, la rémunération juste du capital et du travail, les concepts-clefs de vision, missions et objectifs, et l'application de quatre règles dont la prise de décision au consensus.
- La **communication empathique**, plus communément connue sous le nom de **communication non violente**, développée par Marshall Rosenberg, s'inspire de Gandhi (non-violence), de Carl Rogers (approche centrée sur la personne), et de Maslow et Max-Neef (pyramides des besoins). Elle vise à ancrer dans le quotidien une quête spirituelle basée sur la contribution au bien-être commun et à un projet de société pacifiée. Elle part de l'hypothèse que nous avons appris à parler mais pas à communiquer, et que cette pseudo-communication dégénère trop souvent en rapports de force, dans la relation à soi, comme dans la relation aux autres. Elle propose une communication alternative en quatre étapes : observer les faits, identifier les sentiments qu'ils induisent, identifier les besoins à l'origine de ces sentiments, exprimer une demande claire en vue de pouvoir satisfaire ce besoin.

2. Nous nous inspirons ici du livre de David Vercauteren, intitulé *Microlitique des groupes. L'origine de ce concept remonte cependant plus loin. Il a entre autres été théorisée et utilisée par le philosophe et psychanalyste Félix Guattari.*

3. Source : www.entrainement-mental.info

Points communs

Plusieurs points communs apparaissent entre ces approches :

- La nécessaire prise de conscience de nos habitudes et modes de fonctionnement en groupe afin de se les réapproprier activement, et avec eux notre pouvoir de penser⁴.
- L'intérêt d'éclairer et réanimer le fonctionnement interne du groupe, entre autres grâce à de nouveaux *artifices*⁵ tels que la répartition des rôles en réunion.
- Une autre manière de penser le problème comme une construction collective plutôt que comme un obstacle imposé de l'extérieur, ce qui en soi redonne du pouvoir d'action.
- Le dépassement du raisonnement binaire (OU) et de l'opposition de points de vue, en vue de construire ensemble (ET) le problème et les pistes de solutions.
- L'importance de donner du temps au processus d'analyse et à l'élaboration d'une proposition nourrie d'idées, de connaissances, de ressentis, de besoins et objections jusqu'à l'obtention d'un consensus ou d'un consentement.
- La conviction que ce temps investi permet d'en gagner plus tard par un moindre risque de remise en question, de sabotage ou de non application d'une décision pas assez mûrie ou pas portée par tous.

Articulations

La complémentarité de ces approches peut notamment s'illustrer ainsi. La micropolitique des groupes éclaire les risques liés à la prise de décision au vote. Sauf unanimité, celle-ci crée inévitablement des « perdants », ce qui ne sera sans doute pas sans conséquence. La sociocratie, avec la décision au consensus, offre une alternative. Elle vise à enrichir la proposition de départ avec toutes les objections émises à son propos, au lieu de simplement les entendre et ne rien en faire. Elle présuppose cependant la formulation

de cette proposition mais n'offre pas de méthodologie particulière pour y parvenir. L'entraînement mental peut soutenir l'analyse préalable nécessaire à la formulation d'une première proposition satisfaisante par sa triple vigilance logique, éthique et dialectique et sa méthodologie, il permet de prendre en compte les contradictions. Quant à la communication empathique, elle permettra de s'assurer que chacun puisse être entendu dans ses objections, en prenant en compte les sentiments et besoins qui y sont liés.

Des complémentarités dialectiques

Les apports des quatre approches choisies apparaissent aussi dans leur dimension dialectique, à partir de leurs contradictions. C'est par là qu'elles peuvent se servir mutuellement de garde-fous.

Entre la communication empathique et la micropolitique, se joue la tension entre la nécessaire prise en compte des points de vue, affects et besoins de chacun et les indispensables principes de *dépsychologisation* et *désindividualisation*. D'un côté, l'écueil de ne pas entendre l'individu dans le groupe, avec le risque de souffrance et de repli sur soi, de sabotage ou de montée de l'agressivité. De l'autre, celui de se perdre dans l'interprétation de situations individuelles ou interpersonnelles qui empêcheraient de voir plus largement ce qui se joue pour et dans le groupe. En veillant à ne pas s'y empêtrer, dénouer le malaise d'un participant peut contribuer activement à faire avancer le groupe, en enrichissant celui-ci des spécificités de chacun et en aidant à décoder les dynamiques et les enjeux dans le groupe. L'articulation de ces deux manières d'écouter et observer ce qui se passe dans le groupe peut également aider à dépasser des blocages tels que le report systématique des points sensibles à une réunion ultérieure.

Lors d'une expérimentation, une personne reformule les deux options qui lui semblent s'offrir au groupe à un moment donné en

4. C'est pourquoi l'entraînement mental propose une méthodologie plutôt qu'une méthode. Il s'agit de se réapproprier la méthode (odos : la voie, le chemin) en prenant distance avec elle grâce aux mots, au langage (logos).

5. L'artifice, en micropolitique, est ce qui permet à un groupe de sortir de ses habitudes et modes de fonctionnement naturels - qui ne sont bien évidemment pas sans rapport avec la culture dominante - d'apprendre à devenir attentif à la manière dont il se construit, dont il travaille ensemble. Une manière technique de répondre aux problèmes qu'il rencontre.

demandant à ce qu'un choix explicite soit réalisé et acté. Elle n'est pas entendue ; le groupe poursuit jusqu'à ce qu'un autre participant demande un temps d'arrêt car il constate son insatisfaction exprimée non verbalement. Cette intervention permet au groupe tant d'éviter la frustration et l'éventuel retrait d'un de ses membres que de clarifier la suite du processus.

La micropolitique appelle à ne pas oublier la dimension du même nom en se focalisant sur la macropolitique uniquement (c'est-à-dire les interactions du groupe avec la société, avec ce qui lui est extérieur) à travers ses missions et objectifs. La sociocratie quant à elle attire l'attention sur la nécessité de se définir une vision, des missions et des objectifs communs. Un exercice à réitérer car ces éléments vont avoir à évoluer avec le groupe lui-même, au fil du temps, de ses expériences, des événements qui jalonnent sa vie dont les départs et arrivées des membres³. Ces deux dimensions, micro et macro, sont donc essentielles à la vie du groupe.

Le principe d'autodissolution offert par la micropolitique propose de « sortir de l'évidence d'être ensemble », de prendre conscience de la « finitude » du groupe. « On devient tout le temps autre chose », par des bifurcations, des métamorphoses. Ce qui suggère de dépasser le désir de transmission des anciens aux nouveaux, avec ses risques d'indigestion ou de rejet de la greffe, pour aller vers la prise de conscience d'un processus de transformation par la réappropriation⁶.

Par ailleurs, le groupe peut ressentir un malaise en raison de la contradiction entre ses valeurs et la culture dominante de la société dans laquelle il évolue. « On ne va pas la résoudre là. » disait un participant. Mais il s'agit bien de l'éclairer, de la mettre au travail. Le groupe peut s'autoriser à rêver le monde autrement et se définir une mission pour contribuer au cheminement vers cette vision alternative.

Des outils pour décider

Réunions : des rôles formalisés et tournants

Comment répartir les divers rôles qui permettront de cadrer et dynamiser la réunion ? Généralement, quelqu'un endosse le rôle d'animateur, implicitement ou explicitement. Il s'agit souvent d'un animateur omnipotent qui facilite la discussion, gère le temps, distribue la parole, écrit sur un support lisible pour tous les fruits de la réflexion collective, intervient en cas de conflit voire tranche en fin de réunion lorsqu'aucun consensus n'apparaît et que la décision semble urgente. Certains groupes fonctionnent tant bien que mal dans un épuisant chaos. Les approches explorées

6. Voir aussi à ce sujet l'analyse publiée en ligne « Des traces de l'histoire pour dessiner le futur dès aujourd'hui ».



ici invitent à plus de réalisme en dissociant ces différents rôles.

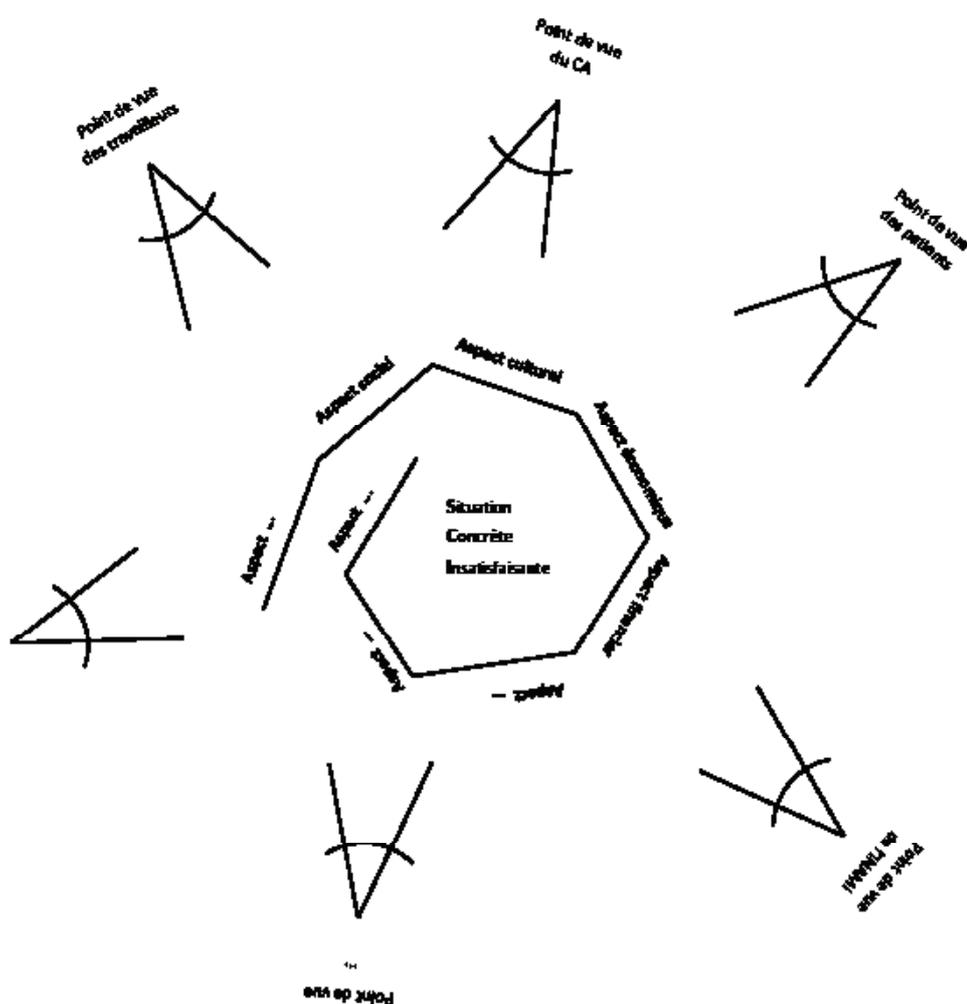
La micropolitique des groupes nous indique qu'on a tout à gagner à organiser la répartition des rôles. Cela donne une certaine légitimité pour intervenir dans le processus de discussion et de décision. C'est donc un moyen de prévenir la *psychologisation* et ses dérivés. Assurer une tournante dans les rôles y contribue également. Après un temps de familiarisation avec cet *artifice*, il devient notamment intéressant de s'essayer à des

rôles dans lesquels on s'imaginait moins. Cette tournante constitue également un *artifice* susceptible de contrecarrer les prises de pouvoir, volontaires ou non, tout comme l'épuisement de certains membres très actifs.

'Problémer' pour prendre des décisions éclairées

L'entraînement mental propose des éléments méthodologiques pour favoriser l'élaboration d'un problème. Il invite à se poser quatre questions successives. Quels sont les faits ?

Figure 1 : le polygone des aspects



Quels sont les problèmes ? Pourquoi est-ce ainsi ? Que faire ? Souvent en effet, on passe directement de la première à la dernière étape, du constat d'insatisfaction à la piste de solution, sans prendre le temps d'analyser la situation. La deuxième étape prend toute son importance. Elle consiste à 'problémer', c'est-à-dire à formuler collectivement le problème. Elle aide à sortir des évidences et des fausses certitudes⁷, à éviter les raccourcis. Le *polygone des aspects* (voir figure 1) est un des outils de l'entraînement mental qui peut aider à analyser une situation donnée. Il s'agit dans un premier temps de représenter graphiquement les différents *aspects* (économique, culturel, relationnel, lié aux valeurs,...) d'une *situation concrète insatisfaisante*. On identifie ensuite les différents *points de vue* sur cette situation (« d'où je regarde la situation »). Cet exercice permet notamment de faire exister le point de vue du *tiers exclus*, celui qui n'est pas présent lors de la prise de décision, le patient par exemple. Partant de l'hypothèse que l'insatisfaction vient de la non prise en compte de contradictions entre différents points de vue sur l'un ou l'autre aspect, on cherche alors à repérer ces *contradictions*.

Même si cette démarche peut parfois mener au même résultat que le raccourci, elle peut aussi ouvrir de toutes nouvelles voies. Dans tous les cas, les propositions auxquelles elle aboutira seront argumentées et tiendront compte de la complexité de la situation et de la diversité des acteurs. Elles auront plus de chances de conduire à des décisions valables et qui tiennent dans la durée.

Un pas de côté pour ne pas se noyer dans le sablier

Des principes comme des expérimentations ressort l'importance de prendre le temps... Le temps d'écouter jusqu'au bout et s'assurer de comprendre ce que dit l'autre. Le temps de 'problémer', et de 're-problémer'. Laisser du temps entre la discussion et la prise de décision afin de la laisser mûrir, réduire le risque de prise de pouvoir par les plus rapides

de l'équipe. Lors des expérimentations, plusieurs groupes ont ressenti la pression du temps : « *Nous nous sommes mis la pression* ». Rien d'étonnant, dans une société de l'urgence et de la performance. Un *pas de côté* micropolitique peut aider. Si le timing fixé semble intenable, mieux vaut se donner la liberté d'un *pas de côté*, d'un changement de tactique, d'une redéfinition d'objectifs plus atteignables, sans voir cela comme un échec.

Décider

Il y aurait beaucoup de choses à dire sur ce point. Mais le moment de la décision n'est qu'un instant dans tout le processus. La micropolitique nous invite à regarder la décision comme un moment de passage pour le groupe d'un état vers un autre. La sociocratie propose quant à elle, à travers sa roue du consensus, un processus qui permet de mûrir la proposition initiale, soumise à décision en l'enrichissant de toutes les questions, points de vue et objections de tous les participants.

Préparer son sac à dos

« *Au lieu de concepts extraordinaires, j'ai donc découvert des idées toutes simples. [...] Je me suis débarrassé du pénible impératif de créer du nouveau en permanence. J'ai compris que toute méthode, aussi étonnante soit-elle, ne fonctionne que si elle est réappropriée et détournée par chacun de nous.* » (Eltchaninoff, 2012).

Cette analyse est une mise en bouche, un éclairage à un moment donné de quelques-uns des multiples possibles offerts par la rencontre de quatre approches. Une invitation à aller plus loin. Ces quatre axes, parmi d'autres, offrent des repères pour créer son propre outil de décision collective. A chaque équipe de se créer son propre itinéraire, de se préparer son sac à dos avec un équipement qu'elle sera sans doute amenée à faire évoluer. Cela tout en restant vigilants et critiques vis-à-vis du contenu de son sac, de ses origines et de sa manière de s'en servir.

7. Béatrice de Coene (1981) parle de « remplacer les fausses certitudes par des incertitudes collectives ». Selon elle, « Gérer une maison médicale revient à : gérer des divergences, des contradictions ; gérer un projet en évolution ; tout en tenant compte du point de vue de l'équipe, de la population, de l'environnement ; ce qui crée des incertitudes et des doutes, entraînant de ce fait la peur du changement et des erreurs qui obligent au changement. ».

Diversifier son contenu contribuera à éviter les écueils de l'une ou l'autre approche en l'éclairant avec les autres.

Décider ensemble, c'est un processus. Nos explorations et expérimentations pour y parvenir également. Elles se poursuivront dans le cadre du vaste chantier « autogestion », entre autres au cours du colloque des 22 et 23 mars prochains. ●

Références

- <http://www.entrainement-mental.info/>
- <http://www.sociocratie.net>
- <http://www.communicationbienveillante.eu/> et <http://www.cnvbelgique.be>
- David Vercauteren, *Micropolitique des groupes, Pour une écologie des pratiques collectives* ; HB Editions 2007. Réédition en 2011 par Les Prairies ordinaires, Collection « Essais ». Diffusion : Les Belles Lettres. En ligne : <http://micropolitiques.collectifs.net>
- B. Gérard et G. Chapiro, *Des traces de l'histoire pour dessiner l'avenir dès aujourd'hui*, 2012. Analyse publiée en ligne : <http://www.maisonmedicale.org/Des-traces-de-l-histoire-pour.html>
- Eltchaninoff, Michel. « D'où viennent les idées ? » *Philosophie magazine* n°60 - juin 2012.
- De Coene Béatrice, « La gestion collective des maisons médicales », *Cahier du Groupe d'étude pour une réforme de la médecine (GERM)* n°152, décembre 1981.

Gouverner le capitalisme ?



.....
Isabelle Ferreras est sociologue et politologue, chercheuse au Fonds national de la recherche scientifique (FNRS) à Bruxelles et à l'université d'Harvard et professeure à l'université catholique de Louvain. Elle vient de publier un petit ouvrage : Gouverner le capitalisme ?¹. Christian Legrève nous en présente sa propre lecture, subjective, en la reliant au sens que peut prendre l'autogestion dans les maisons médicales.

C'est un petit ouvrage décoiffant et un peu énervant. Il m'énerve à plus d'un titre. D'abord parce que je ne partage pas un certain nombre d'a priori idéologiques qui en sont le fondement. Pour l'auteure, « *le fait capitaliste n'est pas, aujourd'hui, contournable.* ». Elle situe clairement sa recherche dans le cadre de l'entreprise capitaliste, sans remettre en cause la légitimité du profit. Elle conteste, par contre, la pertinence de se centrer sur la lutte contre les inégalités économiques. Il m'énerve aussi, à l'inverse, parce que sa proposition repose sur l'idée que les propriétaires du capital financier sont soucieux « *d'éviter la révolution, ou - moins gravement - la perte de leurs capacités d'innovation, la perte d'efficacité du travail, l'absentéisme, la démotivation et la dépression de leurs ressources humaines* ». Que les actionnaires, en bref, souhaitent s'investir dans la recherche d'un mode de gouvernement des entreprises « *légitime, raisonnable et intelligent* ». Je n'en crois rien.

Christian Legrève, équipe d'éducation permanente de la Fédération des maisons médicales.

Deux chambres pour un pouvoir égal entre travail et capital

Et pourtant... Pourtant, il y a des choses à aller chercher dans son travail. Dans un curieux appendice (24 objections au bicamérisme économique - sa proposition), on trouve matière à encouragement sur notre chemin. L'objection 13 est la suivante : « *Le modèle autogestionnaire a été tenté et a échoué. C'est une solution du passé, pas de l'avenir !* ». Et elle contre-argumente : « *Faux ! Personne ne peut affirmer que ce modèle a échoué car l'échantillon d'évaluation est trop faible. On sait, par exemple, que l'échec de certaines entreprises autogestionnaires peut être imputé aux difficultés d'accès au crédit (...).* ».

Son analyse montre que le capitalisme et le marxisme ont ramené l'entreprise à sa seule fonction instrumentale (production en vue d'un profit pour les uns, et d'un salaire pour les autres) au détriment de ce qu'elle appelle la fonction politique. La fonction politique, telle qu'elle l'a définie, c'est bien l'organisation de la délibération entre les différentes parties

1. Ferreras I., Gouverner le capitalisme ?, PUF, Paris, 2012.

Toutes les citations dans ce texte renvoient à ce livre.

Mots clés : démocratie, économie, politique, société, travail.

prenantes au sujet des finalités et des moyens. Et c'est bien sur la diversité des conceptions du capital qu'elle est basée. Pour Isabelle Ferreras, il est temps de proposer une structuration de l'entreprise comme institution politique. La gouvernance démocratique étant « *le standard du politique dans les sociétés occidentales en modernité avancée* », il n'est plus possible que les détenteurs du capital financier accaparent le pouvoir.

Elle fait le constat que, pour la première fois dans l'histoire, tous les jeunes adultes européens des deux sexes ont été éduqués par des parents « nés avec le droit de vote ». Après une analyse historique de l'apport du bicaméralisme politique² dans l'évolution de nos sociétés, elle formule sa proposition, qui consiste à initier cette évolution dans le monde économique, et à organiser le gouvernement des entreprises sur base de deux chambres d'avis, l'une représentant « *les apporteurs de capital* », l'autre « *les investisseurs en travail* », les deux exerçant un pouvoir égal sur l'exécutif, la structure de management.

Participation : à la gestion ou au gouvernement ?

Une partie de nos questions de départ tournaient autour du sens politique de l'autogestion, de sa pertinence face à un pouvoir économique qui a changé. De la réalité de la reprise autogestionnaire du pouvoir, de l'exercice de la liberté économique. De la capacité de l'autogestion à incarner une alternative.

A l'occasion de l'analyse des stratégies syndicales, Ferreras nous dit « (...) *Nos démocraties capitalistes font, aujourd'hui, face à leur propre contradiction. Les salariés demandent d'être émancipés et veulent sortir de la subordination domestique, imposée unilatéralement par l'employeur - représentant des apporteurs en capital. Et le travail n'est que plus efficace et innovant s'il est exercé avec responsabilité.* ». Voilà, en creux, un magnifique plaidoyer pour la pertinence politique d'une structure autogestionnaire. Elle considère qu'il

faut revenir sur la frontière entre les libertés politiques et le domaine économique, où seule la liberté des détenteurs du capital est garantie, alors que l'absence de liberté des travailleurs est maquillée par l'invention, *la fiction*, du contrat de travail.

Selon Isabelle Ferreras, la logique de fond de toutes les innovations institutionnelles du XX^{ème} siècle en matière de démocratie au travail, c'est d'impliquer les travailleurs dans la gestion de l'entreprise à l'intérieur d'un cadre fixé par les *apporteurs en capital*. « *C'est ce que nous appelons participer à la gestion de l'entreprise, par opposition au fait de peser sur le gouvernement de l'entreprise* ». La nuance est importante, et l'auteure s'y arrête longuement. Dans la *délibération* sur le *gouvernement* de l'entreprise, les termes de l'échange sont politiques. « *Ils touchent aux conceptions de la justice et portent sur les finalités et les moyens de l'activité.* » En transposant aux maisons médicales, voilà qui ouvre un horizon de sens à donner à notre organisation. Il ne s'agit pas tant, dans nos structures, de marchander les conditions de travail que de délibérer sur les finalités de notre action. Au passage, ceci rend tout son sens spécifique au cadre syndical dans nos structures autogérées.

« (...) *Il est fondé - et urgent - d'abandonner un schéma de compréhension simpliste de l'entreprise, d'autant plus lorsqu'on se pose la question de son gouvernement. (...) De ce point de vue à construire, la diversité de [ces] contributions pourra être consolidée. Et de leur éparpillement actuel pourra naître une consolidation des connaissances dignes d'un véritable champ scientifique, riche des controverses scientifiques qui pourront enfin se construire au départ de cette diversité.* ». La poursuite, l'observation et l'amélioration de la pratique autogestionnaire prendrait donc sens dans une histoire de la sociologie du travail et de la démocratie plus largement, et pourrait nourrir un champ scientifique nouveau qui se construit, que viennent alimenter les disciplines qui, en fait, sont structurées chacune autour d'une de nos définitions du capital.

2. *Le bicamérisme (ou bicaméralisme) est un système d'organisation politique qui divise le parlement en deux chambres distinctes, une chambre haute et une chambre basse. Le mot, introduit au XIX^{ème} siècle, est constitué de « bi » (deux) et de « camera » (chambre en latin) (Wikipédia).*

Rationalité politique de l'entreprise : explorer les possibles

À la source de la proposition de Ferreras se trouve une réflexion sur ce qu'est une entreprise. On l'a vu, l'entreprise est, sans conteste, le lieu de déploiement d'une rationalité instrumentale, où l'actionnaire recherche le retour le plus important, et le salarié les meilleures conditions de travail, de salaire notamment. Mais c'est, en même temps, le siège d'une autre rationalité, de type politique. Et celle-là serait largement portée par les *investisseurs en travail*, qui engagent leur personne au quotidien dans le travail. « *Cela revient à dire que le rapport au travail, à l'investissement dans le travail - et dans l'entreprise plus généralement - au-delà de ses aspects techniques et instrumentaux, se nourrit de sens, est support de sens.* ». Encore une fois, vues comme ça, nos équipes peuvent devenir un formidable laboratoire pour le futur. Cela à la condition qu'on ne marche pas à contre-courant de l'histoire que raconte Ferreras, en se repliant sur une conception strictement instrumentale de nos rapports.

L'organisation autogestionnaire, certes problématique, ouvre potentiellement des espaces au déploiement de la rationalité politique de l'action en soins de santé. « *Au niveau descriptif, l'entreprise est comprise comme instituant une lutte d'influence et un compromis entre ces deux rationalités. Elle est le siège, actuellement, d'un rapport de force d'autant plus violent qu'il n'est pas canalisé par des institutions appropriées.* ».

On peut également éclairer à quel point cette vision rend leur place à chacune des définitions du capital évoquées en première partie du cahier. Capital social, culturel, symbolique, politique ne peuvent s'enrichir et s'exprimer que dans un cadre où il est fait place à la rationalité politique de l'entreprise. Nos (réputées) épuisantes réunions d'équipe, nos (soi-disant) interminables assemblées générales, nos (supposées) inutiles journées au vert peuvent certes être améliorées, mais sont les lieux irremplaçables d'expression de cette rationalité-là. A nous de faire qu'ils le restent. Ou le redeviennent.

Le travail : expressif et public

Qu'est-ce que le travail ? Question idiote ? Pas tant que ça ! C'est un autre fondement de la proposition du *bicaméralisme économique*. « Travailler veut-il dire quelque chose, à part gagner un salaire ? ». L'auteure s'attache à analyser ce que représentent pour les salariés l'expérience du travail, et, partant, l'institution dans laquelle cette expérience prend place.

Elle insiste d'abord sur la dimension *expressive* du travail. Dans son vocabulaire, expressive signifie porteuse de sens. Et elle décrit quatre dimensions à cette expressivité du travail : travailler, cela représente le fait d'être autonome, d'être inclus dans le tissu social, de sentir utile, et, enfin, de faire « un travail intéressant ».

Elle relève ensuite le caractère *public* du travail. Elle souligne l'évolution qui nous a conduits d'une économie industrielle à une économie de services. Le secteur tertiaire est certes hybride, mais l'expérience du travail y présente un



certain nombre de caractéristiques communes. Elle en souligne une, dont l'impact est encore mal identifié : c'est la présence, directement sur le lieu de travail ou indirectement, outre les collègues, chefs et subalternes, de la figure du *client*. Cette irruption a des conséquences sur la sociologie des relations de travail, parce que les salariés doivent composer avec les différents modes de communication, ceux qu'ils développent entre eux, avec les clients, et aussi entre eux sous le regard des clients. Nous sommes dans le cadre de l'entreprise capitaliste marchande, mais nous voyons directement les analogies.

Dans le monde capitaliste, Ferreras décrit encore « *le régime d'interaction domestique* » promu par le management dans les relations avec le client. Elle utilise délibérément le terme domestique pour rapprocher ce régime de celui qui liait les domestiques aux maîtres (mettant les uns au service des autres, supposant l'anticipation des attentes des seconds par les premiers), et pour insister sur la contradiction avec l'espace *public* de la relation. Ici encore, nous pouvons réfléchir aux analogies avec notre situation, avec le système complexe de nos relations ambivalentes entre collègues, entre pairs du même secteur, et avec les patients, dans les différentes situations où nous les rencontrons. ●

Regards d'ailleurs

La société néolibérale mondialisée se caractérise notamment par l'individualisme, la centralisation du pouvoir et la recherche absolue du profit. Conséquences : partout, les citoyens sont de plus en plus déconnectés des prises de décision qui les concernent, partout, les inégalités se creusent. Pourtant ici comme ailleurs, des expériences alternatives fleurissent, et chacune d'elle est une nouvelle occasion de se questionner, de s'enrichir mutuellement, mais aussi, pourquoi pas, de prendre position de manière collective face aux dérives du système établi. De l'engagement syndical au militantisme anarchiste, de la participation communautaire dans le Sud aux expérimentations autogestionnaires dans le Nord, ce chapitre vous suggère des regards particuliers, venus d'ailleurs, sur la question du « décider ensemble » mais aussi, plus largement, sur la place accordée à l'humain dans un projet militant, dans son travail, dans une collectivité, dans sa santé...

Syndicats : pas leur tasse de thé !

Jean-Marie Léonard, ancien permanent national du Syndicat des employés, techniciens et cadres non-marchand (SETCa).

1. Lip, Michelin, Val Saint Lambert, Le Balai libéré.

2. Donnay à Couvin dans les années 80 : B. Tapie et J. Hardy, un employeur (repreneur) et un syndicaliste (audacieux) ont imaginé et mis en œuvre pendant un certain temps une forme de cogestion sur le modèle allemand de concertation sociale.

L'objectif était de sauver l'entreprise et les emplois moyennant un accord sur des objectifs partagés garantissant ce que l'on appellerait aujourd'hui un « win-win ».

Mots clés : autogestion, démocratie, non-marchand, syndicalisme.

.....

Jean-Marie Léonard est membre fondateur de la Plate-forme d'action santé et solidarité. Mais c'est en tant qu'ancien permanent national du SETCa non-marchand qu'il nous apporte ici son point de vue sur l'autogestion. Son regard balaye le temps. Il s'arrête un instant sur le rôle joué par le non-marchand dans la recherche de plus de démocratie au travail.

.....

Mon propos sera modeste et reflètera les interrogations qui sont les miennes comme syndicaliste et sans doute celles d'un certain nombre de lecteurs. L'autogestion relève de l'utopie et à ce titre « elle ouvre par là le champ de tous les possibles » (Leruth Ingrid, « L'autogestion, ses sens, ses sources », *Santé conjugulée*, juillet 2008). C'est dans cette perspective et avec cet enthousiasme que je mènerai ma réflexion.

Défendre le salariat avant tout

L'autogestion, ce n'est pas la tasse de thé des syndicats. Certes, en son temps, pas si lointain, des initiatives¹ bien connues ont vu le jour à partir de la « faillite » de certaines entreprises, mais sans grand lendemain. Bien avant étaient nées les coopératives du monde ouvrier qui ont disparu au fil des 50 dernières années. Et celles qui restent à ce jour ont subi de telles transformations liées aux contraintes du monde économique que nous ne les analyserons pas ici, sinon pour relever qu'on y est loin de l'autogestion « utopie » dont nous parlons.

Le contexte socio-économique de ces dernières décennies a évolué, pour faire bref, dans le « tout au marché ». Le « salariat » est devenu un statut à défendre. Le syndicat pour mener ses luttes dans les entreprises a bien davantage misé sur les missions des conseils d'entreprise, des comités pour la protection et la prévention au travail et des délégations syndicales. Chacune de ces instances se situe clairement dans la ligne du « contrôle ouvrier » et non de l'autogestion. Certaines tentatives, mais avortées, d'une « co-gestion par objectif »² ont aussi vu le jour. En tout état de cause, tous les organes de concertations sociales se sont organisés et structurés sur le rapport « patrons- syndicats » ainsi qu'on les stigmatise communément.

Et pourtant, l'autogestion, nous l'avons rencontrée, notamment dans les maisons médicales. Mais cela reste un îlot dans un monde organisé très différemment. La vocation autogestionnaire des pères et mères fondateurs a néanmoins pas mal résisté au temps et s'est

développée grâce, certainement, aux valeurs qui sous-tendent ce développement : l'autonomie et la responsabilité partagée de professionnels dans une démarche communautaire en santé où l'utilisateur est reconnu dans la globalité de son être. Mais laissons un moment « l'autogestion » pour revenir plus tard aux défis qu'elle suppose nous lancer.

Le non-marchand remet l'humain au centre

Nous voudrions en effet témoigner qu'au moment où l'autogestion se déployait dans les maisons médicales, un courant traversait l'ensemble des secteurs que l'on a fini par appeler le « non-marchand ». Evitons l'angélisme ! Mais, quand même, les travailleurs des secteurs sociaux, de la santé ou de l'action culturelle prennent peu à peu conscience qu'ils sont les « instruments » d'une société solidaire. Ils revendiquent d'y être reconnus comme de vrais acteurs et des « professionnels », de surcroît³. Par leur combat - car c'est un combat - ils remettent, par le fait même, l'humain au centre des débats et, en même temps, ils posent une revendication : celle d'une plus grande démocratie. Autrement dit, les travailleurs et les militants de ces secteurs ont fait basculer la représentation que l'on pouvait se faire des syndicats en dépassant des revendications salariales, légitimes par ailleurs, pour poser la question de la qualité des institutions⁴ au travers de plus d'emplois, d'emplois de qualité, de formations adaptées aux nouveaux besoins, de la reconnaissance de nouveaux métiers à créer et à développer dans la mise en œuvre de nouvelles politiques. Cela reste aussi dans le registre de l'utopie. On peut s'imaginer la lutte à mener contre la « privatisation-marchandisation » des secteurs dits « non-marchands ».

En fin de compte, à partir du métier que l'on exerce, comment à tout moment ne pas se poser la question du rôle que l'on joue dans la politique, tantôt de santé, tantôt sociale ou culturelle ? Et ainsi, deux questions importantes se posent : celle de l'engagement politique et

celle de la reconnaissance des rôles et de leur complémentarité. C'est aussi une responsabilité et elle se joue collectivement, que ce soit au niveau d'un secteur ou d'une institution. Au niveau des secteurs, cela a conduit à revendiquer des mandats dans les diverses commissions sectorielles ou intersectorielles, par exemple⁵. Au niveau des institutions, cela a conduit à revendiquer, par exemple, d'autres missions pour les conseils d'entreprises, pour les délégations syndicales et la participation des travailleurs dans leurs rôles respectifs dans les conseils pédagogiques ou autres structures de concertation. L'espace nous manque pour illustrer davantage les effets concrets de cette mouvance démocratique dans le « non-marchand ».

On n'est évidemment pas dans l'autogestion mais on se rapproche des valeurs qui la fondent dans la mesure où l'on quitte en partie la relation « patron-syndicat »⁶ pour une implication/revendication démocratique et participative des travailleurs. Chacun est dès lors reconnu dans son rôle au sein du projet politique de l'institution et du secteur.

Revenons à l'autogestion. Evidemment elle fait faire un grand pas en plus. C'est la « totale », si l'on peut dire, car dans sa définition utopique elle implique tous les acteurs au même niveau de pouvoir, de gestion, de responsabilité, d'autonomie, de solidarité, de compétence... Démocratie directe sans hiérarchie (un travailleur = une voix) et participative. Priorité absolue aux personnes, à l'humain, à la qualité des relations interpersonnelles. Gestion de l'économie au profit de ces valeurs-là. Et encore et encore... D'autres en dehors et au sein de la Fédération des maisons médicales ont bien mis en évidence la mise en œuvre de ces valeurs dans le modèle de l'autogestion.

Des vigies pour garder le cap

Mais ce modèle n'échappe pas à une certaine vigilance obligée et à une remise en question continuelle autant autour des valeurs que des modes opérationnels. Et cela, plus que dans

3. Voir les accords du non-marchand en 2000 et suivants.

4. Par facilité d'écriture, le mot « institution » est utilisé comme générique. Cela peut être des associations, des services.

5. Diverses commissions d'agrément, conseils consultatifs, CERSW, CESRBC...

6. On parle d'ailleurs dans le secteur plus communément « d'employeurs » que de « patrons ».

d'autres modèles, me semble-t-il. Quelques défis en vrac parmi d'autres, qui restent d'actualité : la question du « Sens », moins à définir qu'à générer dans toute la démarche. La question de l'égalité salariale, là où elle survit, ne peut pas cacher l'existence de leaderships ou d'éventuels conflits internes. D'où la nécessité absolue de définir les rôles et leur complémentarité. La spécialisation des tâches : dans quel espace de « pouvoir personnel » et en même temps quel développement d'une inter/pluridisciplinarité ? Oser mettre sur la table et donc débattre démocratiquement sur « qui engage ? », « qui licencie ? », « qui signe les ordres de paiements ? », « Faire taire les fondateurs » ! L'autogestion se vit aussi au milieu d'un marché de l'emploi souvent en pénurie, et d'une gestion du temps de plus en plus exigeante : quelle marge pour l'autogestion ?

Mais le plus grand défi, au risque sinon de rester dans un cocooning confortable me semble être de garder une vision globale, un esprit d'ouverture. Ouverture sur les enjeux extérieurs pour l'institution, pour le secteur dont on fait partie, pour la société en général. La richesse des ressources humaines doit être démultipliée par un fonctionnement autogestionnaire, essentiellement axé sur un engagement extérieur local, citoyen, sociétal. La maison médicale en autogestion peut être un microcosme pour la société. Le non-marchand est aussi un terrain où l'on peut, sinon faire naître plus d'autogestion, en tout cas exiger et pratiquer plus de démocratie participative et en être moteur dans la société.

Dans ce sens, un rôle de vigie et d'aiguillon n'est-il pas la spécificité d'une délégation syndicale dans le non-marchand, y compris dans une institution autogérée ? A suivre !

Et pour finir un clin d'œil : les travailleurs en autogestion sont-ils dans ce modèle en meilleure santé ? A voir ! ●



Le Début des Haricots cultive l'autogestion



.....
Le Début des Haricots est une association d'éducation relative à l'environnement née en 2005. Elle promeut l'autogestion dans son fonctionnement interne comme dans ses services, en tant que levier d'émancipation et de réappropriation du pouvoir. Brève évocation des étapes qui ont jalonné son chemin dans l'autogestion.

Recevant cette proposition - écrire sur l'autogestion dans notre association - une des premières questions me traversant l'esprit fut : au nom de qui, de quoi puis-je écrire ? Est-ce la parole d'un membre du collectif ? De la personne en charge de la coordination ? Est-elle mandatée / représentative ? En sachant qu'elle est empreinte de tout un vécu, de la tension inévitable d'une coordination dans un contexte d'autogestion. Après réflexion et échange en équipe, je choisis de parler de mon point de vue, en toute subjectivité. De même, je renonce au consensus autour du contenu de cet article.

.....
Ici s'ébauchent des réponses organisationnelles, illustrant notre mode de fonctionnement : la transparence de l'information, la concertation, le niveau d'enjeux, le pouvoir, le mandat / la légitimité, le choix de modes de décision, etc.

Le temps du jeu et de l'expérimentation

Mais situons d'abord le décor : le Début des Haricots est une jeune association d'éducation relative à l'environnement née en 2005. Elle a pour finalité de contribuer au développement d'une société plus juste (socialement et écologiquement), solidaire et respectueuse du vivant, souveraine au niveau alimentaire, écologique et autonome¹, basée sur une agriculture paysanne saine et vivante. Notre asbl sensibilise la population aux grands enjeux de société liés à la thématique de l'alimentation². Cette sensibilisation est une étape essentielle avant l'accompagnement à la mise en action. Nous veillons à soutenir notre public dans la mise en place d'alternatives, s'inscrivant dans la réappropriation de son alimentation par la construction d'un regard critique sur le système agroalimentaire et ses effets systémiques sur le social, l'environnement et la sphère des relations Nord / Sud ou Nord / Nord.

Tant dans son fonctionnement interne que dans ses services - l'accompagnement de projets collectifs de citoyens -, elle tente de promouvoir l'autogestion, en tant que levier d'émancipation individuelle et collective, réappropriation de

Malorie Cauchy,
coordinatrice de l'asbl Le Début des Haricots.

1. *Du préfixe grec auto- et νόμος nomos (« loi ») soit « droit de se gouverner par ses propres lois ». Nous l'entendons au sens philosophique développé par Ivan Illich dans son ouvrage La convivialité : l'autonomie pourrait être une façon de vivre qui cherche à être moins dépendante de l'argent, de la vitesse et du système industriel, et moins gourmande des ressources de la planète.*

2. *L'alimentation est en effet une thématique riche et complexe, transversale, qui touche à différents enjeux de société : la santé, l'agriculture, l'aménagement du territoire, l'emploi, l'environnement, la mondialisation, les relations Nord-Sud, l'économie locale, le logement, etc.*

« L'autonomie - la vraie liberté - est l'autolimitation nécessaire non seulement dans les règles de conduite intrasociale, mais dans les règles que nous adoptons dans notre conduite à l'égard de l'environnement »¹.

Castoriadis C., Une société à la dérive, Seuil, 2005, page 314.

Mots clés : alimentation, alternative, autogestion, autonomie, émancipation.

l'action et du pouvoir, pratique de démocratie directe... avec tout ce que cela peut comporter comme richesses et difficultés.

Revenons au mythe de départ, ce qui sous-tend la création du Début des Haricots : l'utopie fondatrice. A l'origine, l'asbl est créée par des membres d'un collectif militant « Semences d'utopies ».

Composé de jeunes agronomes fraîchement diplômés, ce collectif devient un espace d'expérimentation et d'exploration d'actions alternatives dans les domaines de la production et de la consommation alimentaires.

Inspirés de théories libertaires anarchistes, ces militants désirent combattre l'aliénation au travail, en lui redonnant du sens et par la construction de leur propre cadre. Il s'agit bien

de penser les bases d'un modèle alternatif, basé sur une autre répartition du pouvoir, en réaction à un système économique capitaliste dominant. Le concept d'autonomie y est central, en tant que projet révolutionnaire de société et en tant que capacité à s'auto-limiter, ce qui nous paraît indispensable et urgent dans le contexte actuel des crises écologiques et sociales.

En parallèle, l'association voit le jour, nourrie des synergies avec le collectif afin d'assurer à ses projets légitimité, soutien financier et pérennité. Ces jeunes très motivés travaillent bénévolement à la mise en place de l'association pour atteindre aujourd'hui en 2012, une équipe de quatorze salariés, un conseil d'administration actif et impliqué, ainsi que de nombreux groupes de membres bénévoles.

Mais comment s'est passée cette évolution, que l'on nomme en interne « Du militant bénévole éclairé au salarié engagé » ? Entre 2005 et 2009 - *le temps du jeu et de l'expérimentation* - quelques emplois, souvent encore précaires se créent. Des bénévoles et des salariés se partagent la réalisation d'actions, en autogestion.

Durant cette période, les actions du Début des Haricots reposent essentiellement sur l'implication volontaire. L'association est une pépinière, terrain fertile où chacun(e) peut venir présenter son projet et le réaliser, sans grande contrainte si ce n'est la cohérence avec l'objet social, sans supervision, ni contrôle (même collectif), en dehors du pouvoir subsidiant. L'asbl fonctionne grâce à des « porteurs de projets », et « recrute » au sein de son réseau avant tout bénévole. L'autogestion peut être résumée, lors de cette période, à un joyeux et enivrant bordel qui implique une grande liberté d'action, un fort sentiment d'appartenance à un collectif, un grand enthousiasme, une ébullition et du plaisir. Les tâches de coordination (secrétariat, finances, communication...) sont partagées en tournante volontaire. Le revers de la médaille : un manque de concertation, de coordination entre les actions, un manque d'organisation, des lacunes dans la communication interne et vers l'extérieur - une trop grande place est laissée

Première étape (2005-2009)

L'organigramme suivant est mis en place :

- Assemblée générale : composée de membres extérieurs, des chargés de projets, bénévoles ou salariés. Toute personne salariée devient automatiquement membre de l'assemblée générale. Les bénévoles y sont fortement invités.
- Conseil d'administration : composé de 3 à 5 membres fondateurs, salariés ou bénévoles, mais toujours impliqués dans la réalisation de l'objet social de l'association. Se réunit moins de 5 fois / an, au besoin.
- Les chargés de projet : leur nombre varie de 3 à 5 selon les subsides. Ils sont actifs dans les deux axes de travail suivants : éducation relative à l'environnement et mobilisation citoyenne.

aux fortes personnalités -, des difficultés dans la prise de décisions et dans leur suivi.

Vers une autogestion structurée

« Une collectivité autonome est une collectivité qui a une attitude lucide, réfléchie et libre à l'égard de ses propres institutions et qui n'est pas asservie à celle-ci. »³.

Pendant l'année 2009 s'opère un tournant décisif. L'asbl est reconnue dans son domaine, les demandes de partenaires et du public croissent, de même que le soutien des pouvoirs publics. Le noyau porteur y voit l'opportunité de mettre sur pied « un programme » de consolidation, dont un des principaux objectifs est de sortir les emplois de la précarité, d'assurer une pérennité aux actions.

Ces changements permettent, petit à petit, de consolider l'asbl, notamment par le biais de la construction d'une fonction de coordination. Une construction qui s'accompagne de cette tension entre autonomie et construction d'un cadre commun, mais aussi de la mise en place de « rituels » autogestionnaires (réunions d'équipe bimensuelles, journées d'équipe thématiques, tâches collectives tournantes liées à la gestion du lieu de travail). Deux éléments à noter : l'égalité salariale est de mise ; un poste de coordination administrative et financière est créé début 2011 pour pallier au manque de temps et de compétences dans la gestion.

Vers l'autogestion plus mature

Malgré (ou plutôt avec ?) les progrès accomplis vers plus de structuration, de clarté et d'efficacité dans notre mode de gouvernance, deux événements majeurs en 2011 nous rappellent que le chemin a seulement commencé :

- Le licenciement par le conseil d'administration d'un travailleur, sans concertation avec l'équipe complète, dans un contexte d'urgence. Les conséquences de celui-ci (un

Seconde étape (2009-2011)

La consolidation. Cela passe notamment par :

- La redynamisation et l'ouverture du conseil d'administration qui passe à 10 membres (dont des personnes ressources extérieures) et qui soutient plus activement les actions de coordination de l'asbl. Il se réunit tous les mois.
- L'ouverture de l'assemblée générale à des personnes extérieures.
- L'ouverture d'un poste de coordination qui regroupe des tâches financières, administratives, de gestion d'équipe, de suivi des projets, de communication extérieure, etc. Membre du conseil d'administration pendant deux ans, je me suis retirée ensuite, face à la difficulté de porter une double casquette. Nous essayons que un à deux employés siègent au conseil d'administration, mais ce choix reste délicat et questionnable.
- La mise en place de groupes de travail mixtes conseil d'administration / équipe / volontaires.
- La ritualisation de deux week-ends de mise au vert par an, pendant lesquels tous les membres du conseil d'administration, de l'équipe, et quelques volontaires actifs se retrouvent pour réfléchir ensemble sur des

an de procédure en justice, des répercussions financières et humaines) forcent le groupe, surtout à la demande de l'équipe, à exiger une révision des mandats des organes de gestion, et par-là à s'atteler à la fameuse question que traverse tout collectif : qui peut prendre quelle décision ? Comment se prennent-elles ? Et qui s'assure de leur application ?

- L'apparition de conflits autour de la gestion et de l'affectation de certains budgets. En l'absence de règles et de procédures en la matière, le groupe, en désaccord est littéralement coincé dans une impasse : personne n'ayant le droit de trancher, aucune décision ne peut être prise. Ces conflits remettent au centre du débat l'attention à porter sur l'intérêt collectif.

3. Castoriadis C.,
Une société à la
dérive, *Seuil*, 2005,
page 345.

Troisième étape (2011-...)

Elle se traduit notamment par :

- La création d'un nouvel organe de gestion : le noyau transitoire qui gère les questions financières et administratives. Il a un pouvoir de décision, sur des sujets définis collectivement. Il est composé des coordinateurs, d'un membre du conseil d'administration et est ouvert à tous. Il représente une sortie du pouvoir de décision centralisé du conseil d'administration sur les sujets précités.
- La construction des chemins de décisions : l'équipe et le conseil d'administration travaillent plusieurs mois à l'écriture de « procédures » liées à des cas de figure précis.
- La décision de maîtriser notre croissance : rester une équipe à taille « humaine » (15 chargés de projet maximum) et de centraliser nos actions sur la Région bruxelloise.
- Pratiquer le budget participatif de l'association.
- Dynamiser et ouvrir l'assemblée générale.
- Réflexion constante sur le sens des règles, les outils de gouvernance, la gestion des conflits, les rituels régulateurs à mettre en place...
- Considérer l'autogestion comme modalité démocratique d'organisation interne, mais aussi, comme moyen et finalité à proposer, expérimenter et à défendre dans les groupes que nous suivons, au sein de nos publics et actions.



L'absence de procédures et de clarté dans les décisions peut créer chez les uns de l'inconfort, de l'insécurité, de l'angoisse, et à terme, de la démotivation et de la distanciation. Tandis que d'autres s'accommodent aisément du flou voire résistent fermement à toute tentative de « réglementation », de clarification des procédés ou des mandats, car elles sont vécues comme des entraves à l'autonomie et à l'initiative personnelle.

Face à ces tensions, l'asbl entame son troisième voyage – de fin 2011 à nos jours – « *vers une autogestion plus mature* ». Il est intéressant de souligner que notre collectif peut commencer son véritable travail de formalisation de procédures au moment où les membres fondateurs quittent ou prennent distance avec l'association.

Aujourd'hui, en cette fin 2012, ces questions restent ouvertes et seront très probablement les chantiers à venir.

Un défi collectif et individuel

Les défis à venir sont de taille, mais le chemin parcouru est si riche ! Bien sûr, il a été fait d'euphorie, comme de découragements, si pas de ras-le-bol. Mais je pense que chacun pourra dire qu'il a été transformateur, de l'individu et du groupe. S'organiser en autogestion n'est pas chose facile, cela ne va pas de soi. Soyons honnêtes : cela prend du temps, cela passe par des apprentissages collectifs. La route est faite de pierres et de fleurs, les crises sont inévitables, mais il me paraît indispensable que tout groupe dans son histoire prenne conscience de l'étendue des choix possibles et de la portée politique de chacun d'eux.

Ainsi, au Début des Haricots, nous avons fait le choix de nous positionner en tant qu'acteur appartenant à un mouvement émergent collectif et créatif, vers une société plus autonome. Etant donné que celle-ci ne peut être constituée que par des individus eux-mêmes autonomes, l'invitation est de travailler à ces différents niveaux. Le projet d'autonomie est à la fois individuel et collectif.

Le changement des institutions va de pair avec le changement d'attitude des individus à l'égard de celles-ci et de la chose publique et politique. Ce changement entraîne la réappropriation de l'espace public, des lieux collectifs, du communautaire. Cet apprentissage ouvre une transition entre l'imaginaire capitaliste individualiste et un imaginaire orienté vers une société plus démocratique, autonome, émancipatrice, respectueuse et autolimitée. ●

Sud : quand les communautés prennent part à la santé

Interviews de
Jean Van der Vennet,
sociologue, Institut de
médecine tropicale,
et **Abdoulaye Sow**¹,
médecin généraliste,
directeur de
Fraternité Médicale
Guinée.

Propos recueillis par
Marinette Mormont,
journaliste à
l'Agence Alter.

1. Cet auteur
a aussi publié
l'article : « La santé
mentale comme
porte d'entrée à
l'installation d'un
service de santé de
première ligne »
dans le Santé
conjuguée n°56 en
avril 2011 suite à sa
participation à notre
congrès.

Mots clefs : gestion, participation des usagers, pays
en développement, planification de l'offre de soins,
santé communautaire.

.....
*Deux personnes, deux regards.
L'une venant du Nord, l'autre du
Sud. Deux regards singuliers mais
complémentaires sur les notions de
cogestion, ou de partage du capital,
dans les pays du Sud.*
.....

Sociologue de la santé, Jean Van der Vennet a travaillé il y a une trentaine d'années dans une maison médicale avant d'intégrer le Groupe d'étude pour une réforme de la médecine (GERM). Aujourd'hui chercheur à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, il a dans ses bagages une expérience de coopération en Bolivie et de nombreux échanges avec le Sud. Il nous livre quelques réflexions sur le partage du capital, en regard avec la situation des systèmes de santé dans le Sud.

Du capital d'Etat...

Les centres de santé de première ligne dans le Sud sont le plus souvent des services publics. Le centre de santé est propriété de l'Etat, les agents de santé sont des fonctionnaires. « C'était en tout cas le cas partout en Afrique, jusqu'il y a environ quinze ans. Mais les choses sont en train de changer. ». Parmi les évolutions en cours : l'apparition d'un nombre de plus en plus important de centres de santé confessionnels et associatifs de première ligne. A Lubumbashi, désormais, seuls 7% des centres de santé dépendent encore de l'Etat. 15% sont des centres confessionnels, les autres sont privés. A l'origine de la création de ces centres communautaires ? Le constat d'une couverture territoriale insuffisante par les services publics.

« J'ai participé à la naissance de trois centres de santé communautaires à Santa Cruz, en Bolivie, se remémore Jean Van der Vennet. La création de ces centres repose sur le développement fulgurant de certaines zones urbaines. » Car à Santa Cruz, c'est bien d'une véritable explosion démographique qu'il s'agit : la ville est passée de 65 000 habitants en 1960 à 1 600 000 aujourd'hui. « Conséquence : la ville ne suit pas, les services de santé non plus. La population a manifesté son mécontentement de ne plus avoir accès à la santé. Les coopérations belge et hollandaise ont alors lancé un processus de discussion avec les usagers, dans le but de créer des centres de santé communautaire. ».

Plusieurs modèles de détention du capital coexistent donc : structures publiques, centres confessionnels ou associatifs, centres privés lucratifs. L'un d'eux, qui s'est développé au Mali, est atypique : des médecins jusque-là issus d'une formation biomédicale et hospitalière s'inventent au jour le jour un rôle de médecin de famille. Ces « médecins de campagne » installent leur structure privée un peu partout dans les villages, tout en y réalisant des activités communautaires. Par la suite, l'Etat malien a, par une loi, créé les associations de santé communautaires (ASACO) et leur a confié les centres de santé existant ainsi que ceux en devenir. Les ASACO regroupent un certain nombre de villages ou des quartiers de la ville et sont propriétaires des centres de santé de leur ressort. Elles les gèrent et engagent le personnel.

... à la participation des communautés

La participation communautaire, une autre forme de capital. Dans presque tous les pays, des tentatives de participation des communautés à la santé sont organisées. Des comités de santé sont instaurés, auxquels on attribue toute une série de rôles. Des rôles possibles ou impossibles à gérer, précise le sociologue. La cogestion d'un centre de santé ou encore la cogestion d'un système de médicaments par exemple. « *C'est bien que cela existe, mais ce n'est ni nécessaire ni suffisant à la participation. Dans beaucoup de cas, la population n'a pas été formée à cette participation.* ».

Cette participation prend des tournures variées. Dans un cas, la population apporte main-d'œuvre et matériaux pour construire un centre de santé. Dans un autre, la planification de la politique de santé d'un cercle administratif s'organise par le biais d'une vaste consultation de la population. « *La notion de capital est donc très différente d'une situation à l'autre. Mais il y a une réelle appropriation de ce capital par les populations.* ». Ceci dit, que ce soit en Afrique ou en Amérique latine, on ne peut parler d'autogestion à proprement parler, précise-

t-il. Une exception notable : l'expérience de l'organisation non-gouvernementale Fraternité Médicale Guinée.

Fraternité Médicale Guinée, les « maisons médicales » guinéennes ?

Abdoulaye Sow est médecin généraliste et de santé publique. Il dirige l'association Fraternité Médicale Guinée. Remontons avec lui le fil du temps jusqu'aux origines du projet. En Guinée, pays de 12 millions d'habitants, le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique organise de façon pyramidale ses propres services : hôpitaux, centres de santé, postes de santé. Il autorise aussi, par le biais de conventions, l'exercice de la santé par le secteur privé lucratif et par le secteur associatif et confessionnel.

Car les structures publiques sont insuffisantes pour couvrir le territoire. « *L'installation de l'organisation non-gouvernementale Fraternité Médicale Guinée, il y a 18 ans répondait à deux besoins, relate Abdoulaye Sow : la nécessité d'une plus grande couverture géographique et la prise en compte de publics défavorisés, d'une part. La nécessité, pour des jeunes médecins sans emploi, de se créer un gagne-pain d'autre part.* ». L'association de soins de première ligne installe donc quatre centres de santé associatifs en zones rurales et urbaines. Dans chacun d'eux, une équipe médicale (de 6 à 24 personnes) de médecins, d'infirmières, de sages-femmes et d'assistants sociaux. « *Ce sont des structures de proximité dans des quartiers défavorisés, explique le médecin. Aujourd'hui, nous nous occupons plus particulièrement de populations qui ne sont pas prises en compte par l'Etat : malades mentaux, prostituées, orphelins vulnérables ou encore routiers.* ».

De l'installation à la gestion

Mais venons-en à ce qui nous intéresse plus particulièrement, au modèle organisationnel et de gestion de ces centres de santé, ainsi qu'au rôle joué dans tout ça par les populations locales.

Première étape : l'installation. « *L'organisation non-gouvernementale, association responsable de l'installation des centres a envoyé ses animateurs sur le terrain pour y faire un diagnostic communautaire : identifier les besoins de la population, mais aussi leur capacité à apporter une contribution au projet. Identifier aussi ce qui existait déjà, comme par exemple des cabinets clandestins ou la présence de tradipraticiens.* ». Pour réaliser cet état des lieux, autorités locales, sages des quartiers, jeunes, femmes, personnes âgées sont consultés. Sur cette base, un plan d'installation est établi.

« *En milieu urbain, nous avons demandé à la communauté d'identifier une maison à louer, explique notre interlocuteur. En milieu rural, nous avons cherché des terrains pour la construction des centres, en collaboration avec la communauté qui nous a aussi apporté une aide pour le déblayage et pour le sable.* ». Un appel d'offre est alors lancé pour recruter le personnel. Les salariés, une fois engagés sont formés et encadrés pendant environ trois mois, notamment sur le diagnostic et le travail communautaire.



Deuxième chaînon du récit : la gestion d'un centre de santé, le partage du capital. Un comité de gestion est mis sur pied. Il comprend deux personnes, choisies pour leurs compétences, un médecin et un pharmacien par exemple, chargés de la gestion quotidienne du centre (personnel, matériel médical, commande de médicaments, planification des gardes...). L'originalité du modèle, c'est que ce comité est contrôlé dans toutes ses activités par le conseil de gestion, constitué de trois membres de l'équipe élus pour deux ans par l'ensemble des travailleurs. Trois membres, quel que soit leur niveau d'étude. « *Une fille de salle ou un gardien peuvent être membre du conseil.* ». « *Le conseil de gestion contrôle toutes les activités du comité de gestion, s'occupe de tout ce qui est cohésion d'équipe, planification des dépenses, valide tous les budgets proposés par le comité de gestion.* ». Une assemblée générale, réunissant tous les membres du personnel se tient aussi tous les mois. Le comité de gestion y présente tout ce qui a été réalisé pendant le mois écoulé ; l'assemblée générale vote le budget prévisionnel.

Il est à noter que le financement du centre se base sur les recettes issues des consultations et de la vente de médicaments, ainsi que sur les subventions d'organisation non-gouvernementale internationales pour des projets spécifiques (prise en charge du SIDA, programme de santé mentale).

Les quatre centres dépendent directement de l'organisation non-gouvernementale Fraternité Médicale Guinée qui détient l'autorisation de l'Etat pour leur installation. L'organisation non-gouvernementale garantit la mise en œuvre d'une solidarité inter-centres : « *Si un centre de santé est en faillite, cela va être compensé par les autres centres, explique Abdoulaye Sow. Bien sûr, cela peut générer des tensions, si c'est toujours le même centre qui ne rapporte aucun solde par exemple. Il y a donc une solidarité, mais avec certaines conditions : il y a un risque de fermeture si ces conditions ne sont pas respectées.* ».

« L'autogestion ? Non, ce n'est pas une utopie ! »

Troisième élément : la participation locale. « *Dans nos associations, dépeint Abdoulaye Sow, un comité consultatif composé de personnes issues de la population vient tous les deux mois discuter avec le conseil de gestion. L'objectif : faire remonter les besoins de la population.* ». Autre forme de participation : pour pallier la difficulté d'équilibrer activités de soin et d'éducation à la santé, les quatre centres ont misé sur la collaboration avec des « relais communautaires », des bénévoles formés pour les activités de promotion de la santé. Le vice-président du conseil d'administration de l'organisation non-gouvernementale est aussi issu de la société civile.

« *L'autogestion ? Non ce n'est pas une utopie !, conclut Abdoulaye Sow. C'est même très motivant pour nous. Mais il y a énormément de défis à relever !* ». Les liens avec les groupes vulnérables, la formation des médecins aux pratiques communautaires, l'articulation entre travail communautaire et les soins, l'élargissement de l'échelle de ces expérimentations, et leur intégration dans les politiques publiques en sont quelque uns, et non des moindres. ●

Les Enfants de Dieu font de la politique

Aurore Dhaeyer,
journaliste.

.....

Le centre des Enfants de Dieu prend en charge des enfants de la rue avec une méthode audacieuse et originale : ce sont les jeunes et non les adultes qui « gèrent » le centre selon les règles strictes de la démocratie. Des ministres gavroches sont devenus experts en matière de gestion des ressources alimentaires, des dépenses et de l'organisation générale du centre.

.....

Il faut s'éloigner d'une bonne quinzaine de kilomètres du centre-ville de Kigali, sur la route menant à l'aéroport, puis quitter le bitume pour un chemin de terre, avant d'arriver dans le domaine des « Enfants de Dieu » dans le quartier de Ndera. Précisons d'emblée que l'appellation, contrairement à ce que l'on pourrait penser, n'a aucune connotation religieuse. Point de pères blancs ou noirs ici. Juste un directeur, une vingtaine d'employés et cent trente enfants arrachés de la rue, des « enfants de Dieu qui ont droit au même respect et aux mêmes droits que tout être humain ». Voilà pour la définition. Comme dans les autres centres de ce type, les enfants pris en charge relèvent de trois catégories : les orphelins véritables, les enfants qui ont quitté la maison familiale pour cause de pauvreté et les enfants qui ne connaissent pas leur origine. Ils ont entre sept et dix-neuf ans, et si certains ont l'air plus jeune encore, c'est que la vie de rue ne favorise pas une croissance harmonieuse. Ici, seuls les garçons sont acceptés. Non pas que les filles ne soient pas concernées par le phénomène. « *Au départ, on accueillait aussi les filles, mais des couples ont commencé à se former, au risque de transformer ce centre voué à l'éducation en centre de reproduction* », sourit Callixte Rafiki, le directeur. « *Les filles sont donc allées dans une autre maison à Butare* ». Ici, tous les enfants vont à l'école ou en formation professionnelle.

Mots clefs : autogestion, démocratie, jeunes, pays en développement, politique.

L'article complet a été publié dans : "Enfance en exil", numéro spécial Mena, Alter Echos n°258-286, Bruxelles, décembre 2009.

Des ministres en culottes courtes

Mais ce qui différencie ce centre des multiples autres que l'on trouve dans la capitale, c'est son projet pédagogique hors norme. « *Ici, nous avons donné le pouvoir aux enfants* », lance Callixte. Avec un humour de showman, le directeur explique le fonctionnement particulier de cette transmission de pouvoir on ne peut plus démocratique. « *Nous organisons des élections tous les ans pour élire les ministres et les secrétaires d'État. Il y a sept ministères généraux :*

l'administration, la santé, l'éducation, le sport et la culture, l'agriculture, les affaires sociales, et les affaires internes. Et chaque ministre doit préparer un plan d'action et le soumettre au gouvernement ». Les décisions parfois impopulaires vu le manque récurrent d'argent pour faire fonctionner le centre sont beaucoup plus facilement acceptées par les enfants. « *Avant, quand les enfants recevaient trop peu à manger, c'était la révolution ici. Maintenant, quand les ministres votent la diminution de la ration alimentaire journalière car il faut tenir plusieurs mois avec des réserves insuffisantes, les enfants acceptent la décision.* ». Mais il y a des décisions plus agréables aussi : les ministres ont, par exemple, jugé raisonnable que les « grands » (les plus de quatorze ans) aient des explications sur le SIDA et puissent disposer de préservatifs à l'infirmerie ou chez le directeur. Décision acceptée sans problème par les adultes : « *Nous préférons leur donner des chaussures, comme ils les appellent, que d'aller leur rendre visite à l'hôpital !* ».

Selon les règles en vigueur, aucune sortie d'argent ne peut être effectuée sans la signature du ministre concerné... et du directeur du centre, évidemment. Mais quid lorsque la dépense émane du directeur ? Seul le ministre a le dernier mot ! Une procédure qui a créé un incident. « *J'avais besoin d'un nouvel ordinateur pour pouvoir travailler et je fais donc une demande à mon ministre de l'Administration, âgé de quinze ans. Mais celui-ci a refusé de signer ma demande. Je le convoque et il m'explique : j'ai discuté avec le ministre des Affaires internes et nous avons tout juste assez d'argent pour payer six mois de nourriture. Alors, cet ordinateur est une nécessité pour vous, mais pas une priorité pour le centre* ». L'incident a eu le mérite de prouver aux enfants qu'ils avaient réellement le pouvoir, qu'on les prenait au sérieux et qu'ils pouvaient être certains que l'argent accordé par les bailleurs servait vraiment les bénéficiaires et non pas des intermédiaires... Mais ça a aussi crispé les employés, choqués d'être soumis au bon vouloir des enfants.

« Et pourquoi pas ministre d'Etat ? »

À la fois terrifié et ravi de l'efficacité redoutable d'un système qu'il a lui-même mis en place, Callixte a introduit des garde-fous : la possibilité de revenir sur une décision avec l'accord de cinq ministres sur sept et en cas de force majeure : un droit de veto du directeur en invoquant la sauvegarde des intérêts de l'enfant. Il reste plus que jamais convaincu de la pertinence du système et n'hésite pas à s'appuyer sur Gandhi : « *Si tu veux faire quelque chose pour moi mais sans moi, c'est contre moi. En clair, un projet qui implique le bénéficiaire est plus sûr de réussir. Nous sommes en train de préparer ces enfants de la rue à réintégrer la société. Pour cela, ils doivent retrouver confiance en eux et dans les adultes. C'est pourquoi nous*



devons travailler en toute transparence et les associer à la gestion directe du projet. Quant aux employés, ils ne sont là que parce qu'il y a les enfants. Les boss, ce sont les jeunes, pas nous », poursuit Callixte. Et ça marche !

« Avant, je dormais au bord de la route, je ne servais à rien ni personne. Aujourd'hui, je suis ministre de la Culture et des Sports et j'encadre les petits. On me donne la possibilité d'être quelqu'un et d'être responsable. Je sais que je peux gérer ma vie », explique Eugène avec une maturité étonnante pour ses quinze ans. Il ne compte d'ailleurs pas en rester à cet apprentissage de la politique : « Je veux étudier, atteindre un bon niveau. Et, pourquoi pas, devenir ministre d'État. ».

En attendant, ici, les projets innovants ne manquent pas. Les Enfants de Dieu ont droit à une demi-heure d'antenne par semaine sur l'une des principales radios du Rwanda où ils se sont déjà permis d'interviewer sans langue de bois la ministre chargée de la Famille. Entre ministres, on peut se parler franchement, non ? ●

Maisons médicales : la confrontation des idées

Transmission ou innovation, utopisme ou pragmatisme, c'est la diversité des points de vue qui fait la richesse d'un groupement ou d'une fédération. Prendre en compte cette diversité, c'est avant toute chose remonter aux sources, revenir aux mythes fondateurs. Pour ne pas perdre en chemin le capital historique des maisons médicales. Un capital historique qui permet « de comprendre dans quoi on est », comme le dit si naturellement Caroline Lecler, accueillante. Mais c'est aussi aux plus jeunes de parler. Parler de ce capital (ou de ces capitaux) des maisons médicales aujourd'hui. Parler de ce qui les anime, de ce qui les chipote, de ce qui les contrarie. Car l'autogestion, c'est beau sur le papier, mais cela recouvre des façons de faire différentes, et surtout c'est parfois bien difficile à mettre en œuvre. Points de vue de patient(e)s, d'accueillant(e)s, d'infirmier(e)s ou de médecins : il s'agit de les prendre en compte et de les accepter, de les laisser reposer ou de les analyser, de les superposer ou de les malaxer... Bref, il s'agira de toute façon d'en faire quelque chose. Ce chapitre est un aperçu, partiel mais illustratif, de positions de professionnels des maisons médicales sur l'autogestion à partir de la notion de capital.

Chacun se bat, et c'est bon pour la santé !

Interview de
Claire Geraets,
médecin généraliste,
Médecine pour le
peuple La Clé.

Propos recueillis par
Christian Legrève,
équipe d'éducation
permanente de la
Fédération des
maisons médicales.

1. Médecin du
Peuple, *Kris Merckx*,
Editions Aden 2008

2. La guerre des
médicaments, *Dirk
Van Duppen*, Editions
Aden 2005.

3. Docteur, je vais
craquer ! Le stress
au travail. *Staf
Henderickx et Hans
Krammisch*, Aden,
2010.

Mots clefs : autogestion, justice sociale,
politique, histoire.

.....

Chez Claire Geraets, cofondatrice de la maison médicale La Clé, médecine et politique s'entremêlent inexorablement. Elle nous détaille avec conviction le sens, ou plutôt les sens, du capital des maisons médicales. Un capital qui est financier, historique, humain, relationnel et politique. Et qui n'est pas sans lien avec son combat en faveur de la justice sociale.

.....

Nous sommes une asbl. C'est donc l'assemblée générale qui détient le capital financier. Et qui est garante de son utilisation. Elle est attentive à la question : à quoi utilise-t-on l'argent ? Si les ressources financières de nos associations ne sont pas assurées, les projets ne se réalisent pas. Au départ, j'ai créé la maison médicale 'Le 35', qui était composée de deux asbl, une francophone et une flamande. Une des entités a connu des difficultés et il a fallu licencier. C'est une situation extrêmement inconfortable, puisqu'il faut décider de licencier des collègues. D'autant que certaines fonctions sont protégées, et d'autres exposées, parce que considérées comme improductives. Un décalage du regard est donc indispensable. Dans les assemblées générales de Médecine pour le peuple qui sont les garants de la pérennité du projet, quand il y a des arbitrages à faire en termes de choix budgétaires, de projet, d'engagement de personnel etc., il peut être attentifs à faire valoir l'intérêt du projet, à rééquilibrer le pouvoir des travailleurs sur l'assemblée générale.

Le capital financier ne vient pas du ciel !

Ce capital financier ne vient pas du ciel ou de n'importe où : c'est la sécurité sociale, donc une partie du salaire des travailleurs. Ils nous la confient, et nous en sommes responsables. Pour moi, les soins de santé sont un service public, payés par le public, et comme le disait un slogan des mutualités chrétiennes, je crois : « *La sécurité sociale est ma sécurité, et elle est sociale car financée et garantie par tous, en fonction des moyens de chacun* ».

Dans leur tête, dans leur cœur et dans leurs tripes, les fondateurs d'une maison médicale détiennent une part du capital historique. C'est important d'entretenir ce capital, parce que ça permet de formuler d'où on vient, ce qui est indispensable pour définir où on va. Il y a aussi l'histoire du mouvement Médecine pour le peuple qui est écrite sous diverses formes. Il y a, notamment, trois ouvrages, celui de Kris Merckx¹, celui de Dirk Van Duppen², et celui de Hans Krammisch³, et un manifeste sur la

vision du mouvement⁴. À Médecine pour le peuple Schaerbeek, on a fêté nos 20 ans et écrit ensemble un texte qui raconte ces 20 années. C'était une manière de s'approprier les mythes fondateurs. C'est d'autant plus important que je quitterai prochainement le projet. Ma retraite n'est pas un fait négociable, et la jeune équipe doit se saisir des traces. J'ai quitté 'Le 35' en 1992. Je souhaitais créer une maison médicale Médecine pour le peuple, et ce n'était pas le souhait du reste de cette équipe que j'avais fondée. Mais le travail de récit et de transmission de l'histoire n'avait pu être fait. De sorte que mon départ a été ressenti comme un abandon. Et a continué longtemps à constituer une clef de lecture des évolutions (« *Du temps de Claire...* »). Ces situations sont délétères. Il est important de raconter l'histoire, y compris ses ruptures.

Résister et agir

Le capital humain est concrétisé par des compétences, mais aussi des talents, du côté des soignants et des patients. Le cabinet du médecin est l'endroit où s'expriment tous les évènements de la vie des gens, quel que soit le lien avec leur santé. La maison médicale est un lieu fantastique où, au départ de la consultation, chacun de ces éléments peut faire l'objet d'une action. Tout a du sens pour la santé. On peut développer tous les talents. Et tout le monde a des talents. À Médecine pour le peuple, on ne peut pas faire la fête sans les patients, ni obtenir un siège du Parti du travail de Belgique au conseil communal, ni réussir Manifiesta⁵, ni monter un jumelage avec un centre de santé palestinien. La maison médicale compte 53 nationalités, 3000 patients inscrits, et environ 300 personnes sans papiers. Chacun s'implique, chacun se bat, et c'est bon pour la santé !

Ce que j'appelle le capital relationnel, ce sont les relations de la maison médicale avec son environnement, ce sont ses réseaux. Médecine pour le peuple Schaerbeek est en lien avec la communauté néerlandophone (nous avons des médecins flamands), avec la Fédération des maisons médicales, avec l'intergroupe

bruxellois, avec la coordination sociale de Schaerbeek, et avec le réseau national Médecine pour le peuple. Le sens de ces réseaux, c'est de renforcer notre capacité de résistance et d'action.

Notre capital politique nous vient du Parti du travail de Belgique, parti communiste qui se bat pour la justice sociale et le progrès social. Le Centre de lutte pour l'égalité (La Clé) s'est installé délibérément à Schaerbeek il y a 20 ans pour contrecarrer un pouvoir communal fascisant. Nous avons été, je pense, un petit élément qui a permis de faire changer la situation. Nous avons fait un travail d'information sur l'ancien commissaire en chef de la police, qui avait fait partie d'une milice d'extrême droite, un travail qui a soutenu un mouvement citoyen beaucoup plus large. Et c'est bon pour la santé ! Pour travailler à La Clé, il ne faut pas être membre du parti, mais il faut qu'il y ait des affiliés dans l'équipe. L'éducation politique est nourrie par les démarches sur l'histoire, les pétitions, le travail politique avec les patients, l'investissement lors des grèves, la lutte contre l'Ordre des médecins.

Il y aussi un important capital qui réside dans les débuts de l'histoire des maisons médicales. Le travail de modélisation, au GERM (Groupe d'étude pour une réforme de la médecine) notamment, mais aussi lors de nombreuses autres initiatives dans les suites de Mai 68, reste fondamental, parce qu'il définit le cadre théorique de la remise en question du système de santé. J'ai l'impression que la mémoire de ces fondements se perd.

Le pouvoir et le projet

Ces sources théoriques nous définissent en tant qu'équipe pluridisciplinaire non hiérarchisée. Mais il faut être concret et réaliste. Les positions sociales donnent un pouvoir. Au départ, la parole d'un médecin dans une équipe de maison médicale a un autre pouvoir. C'est lié à sa position sociale, mais aussi à sa formation universitaire. Elle lui a apporté une capacité de synthèse et une compréhension du sens des mots

4. *Texte de Vision 2010 de Médecine pour le Peuple Droit à la santé dans une société en bonne santé.*

5. *Journée de solidarité organisée par Médecine pour le peuple et le journal Solidaire. A lieu une fois par an, depuis 2010. Rencontres, débats, animations, concerts... En 2012, 7000 personnes présentes à la mer pour y assister, dont 7 bus de Schaerbeek.*

qu'il faut reconnaître. La bonne question est : au service de quoi met-on ces compétences ? Je ne crois pas à l'autogestion. Le pouvoir n'est pas également réparti. Il faut œuvrer à le mettre au service du plus grand nombre. A nouveau, c'est le travail de récit, d'appropriation, d'écriture de l'histoire qui est le moyen de le partager. Mais l'important, c'est le projet. C'est la santé des gens, au sens de l'Organisation mondiale de la santé. Et l'égalité, c'est bon pour la santé ! La question qui se pose à moi, aujourd'hui, c'est d'aider le projet à aller vers l'égalité, de mettre mon pouvoir de fondatrice, de médecin, de militante, de femme au service de l'égalité et de la santé. ●



.....

« Le combat, c'était de s'opposer au système capitaliste. Et aux hiérarchies. » Henri De Caevel était généraliste dans une maison médicale, à Tournai, au vieux chemin d'Ere, une équipe qui existe toujours, mais qui n'est plus membre de la Fédération. Aujourd'hui, Henri ne fait plus de médecine générale, il pratique la psychothérapie et la psychanalyse en cabinet individuel. Il mène également un important travail de recherche et de publication, et s'investit dans des réseaux de professionnels. Il revient ici sur ses débuts dans une des toutes premières maisons médicales.

.....

On se frotte, on se frite, on se met d'accord

« On a fait ça [créer une médecine de groupe, ndlr] parce qu'on refusait la manière de laquelle la médecine était organisée. On voulait le contraire. On ne voulait plus travailler dans une entreprise qui appartient à d'autres. Où les petits obéissent aux gros, et où l'échelle des salaires suit cette logique ».

Pour lui, la toute première valeur, le capital de départ, c'est l'envie d'autre chose, le besoin d'innover, d'inventer des professionnels qui constituent l'équipe. C'est le refus de ce qui existe, et la capacité de créer une alternative. « Le signifiant autogestion était une base absolue ». Il voit d'ailleurs les tensions autour des évolutions actuelles des maisons médicales comme un processus conflictuel d'intériorisation de la norme sociale. Les maisons médicales se normaliseraient. Elles s'intégreraient au paysage.

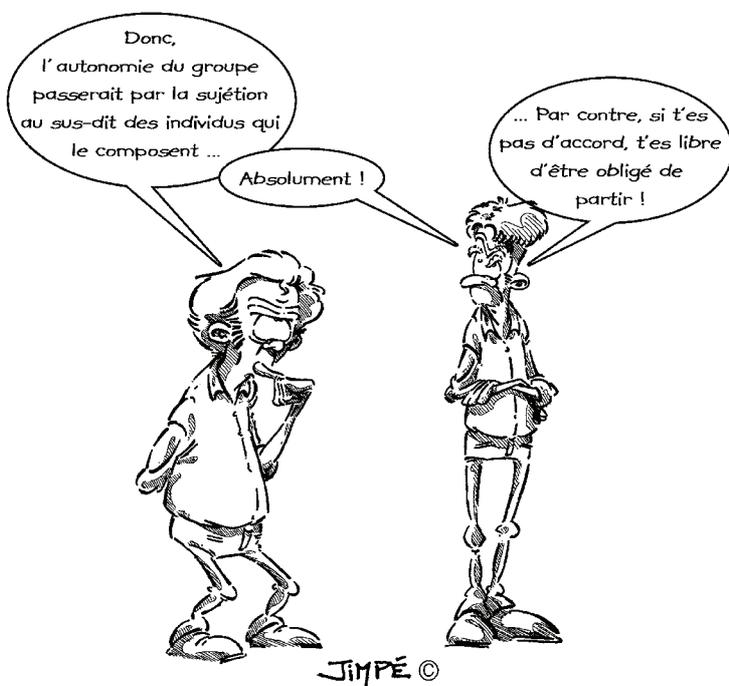
Le deuxième capital, tout aussi important que le précédent, et qui en dépend, c'est le groupe. On peut même dire le Groupe, avec un G majuscule. Le Groupe, c'est justement la force qui va construire et défendre l'alternative que chacun-e cherche. En toute indépendance. Le Groupe s'autodétermine. Il définit ses propres règles. Dans la confrontation entre ses membres. On se frotte, on se frite, on se met d'accord. Personne ne peut poser ses conditions pour rejoindre le Groupe. Si on accepte les règles, on entre. On peut alors essayer de les faire changer de l'intérieur, en discutant avec les autres. Sinon on s'en va. « Si ça ne te convient plus, tu fous le camp ! ».

Les décisions étaient bien souvent prises à l'unanimité. Parce que, dans les votes majoritaires, c'est parfois un sous-groupe majoritaire, mais « minoritaire par rapport à l'esprit » qui impose la décision. « S'il y a deux sous-groupes en désaccord, c'est peut-être qu'il faut trouver une idée nouvelle. Ça demande du temps. On faisait des week-ends tous ensemble pour réfléchir sur certains sujets importants.

Interview
d'Henri De Caevel,
médecin généraliste,
co-fondateur de la
maison médicale de
Tournai.

Propos recueillis par
Christian Legrève,
équipe d'éducation
permanente de la
Fédération des

Mots clefs : alternative, autogestion,
autonomie, histoire, participation des usagers.



Mais on ne demandait pas d'être payés pour. C'était en-dehors du temps de travail. On n'était pas obligés de venir, mais il ne serait venu à personne l'idée de ne pas être là. Celui qui n'a pas de temps pour ça, c'est qu'il s'est trompé. Il ne devrait pas être là ».

Cette vision repose donc sur une implication globale de chaque personne. On n'est pas là seulement en tant que travailleur, mais en tant qu'individu. On dépose dans le projet ses désirs et ses espoirs. « On investit son temps, son être et sa pensée ».

L'autonomie à tout prix

Un autre élément fondamental du capital est l'autonomie du groupe. Le moins possible de subsides, parce que ça ouvre la porte à l'influence des pouvoirs publics sur les choix de l'équipe. Il y avait une norme limitant l'apport de subsides à 5% du chiffre d'affaires. Et donc, bien entendu, pas de financement forfaitaire. La maison médicale fonctionne à l'acte. Tous les sous sont versés dans la même caisse. On paie les charges de fonctionnement et on partage le reste. On est donc financé sur base des actes, mais ceux qui prestent plus ne gagnent pas plus. Dans ce système, on a un regard sur l'activité des autres. On pourra tolérer que quelqu'un travaille moins transitoirement, ait un passage à vide ou des difficultés, mais on n'admettra pas « les tire-au-flanc ».

Il ne faut en aucun cas que « des étrangers » puissent décider de ce qu'on fait. La structure de l'asbl est purement formelle. Il en faut une, parce que la légalité l'impose, mais elle n'est pas reconnue comme légitime à l'intérieur. « On pervertit tout quand on institutionnalise ».

Dans cette conception, les patients ont une place spécifique. Ils sont représentés dans certaines assemblées et instances. Avec voix consultative. Ces représentants ont la possibilité de voir et entendre tout ce qui se passe, et d'en parler avec les autres. Leur présence est un signe. Son effet porte essentiellement sur les professionnels, qui sont supposés en tenir compte, parler et agir en conséquence, envisager les patients autrement. Leur participation financière, même limitée, est également un signe. Elle marque leur adhésion. Ils ne sont pas simplement des usagers, des bénéficiaires. « C'est comme ça qu'ils se sentent respectés ».

« C'est un lieu de résistance à l'air du temps. Et c'est un mouvement. Donc ça vit, ça bouge. Ça évolue, mais démocratiquement. Il y a un cap. On continue à inventer. Sinon, ça ne m'intéresse plus... ».

Centre de santé du Miroir : en quête de plus d'égalité



.....

Il y aura bientôt dix ans que Edouard Mairlot a quitté le centre de santé du Miroir. Celui-ci est né en 1980 de la rencontre entre un besoin et un désir. Le médecin nous livre aujourd'hui le récit de cette expérience qui se voulait pluridisciplinaire et la plus égalitaire possible. Des souvenirs qu'il évoque avec une certaine tendresse.

.....

Au départ, il y avait la demande d'une infirmière sociale espagnole qui rencontrait de gros problèmes parmi les émigrés de son pays et demandait l'aide d'un médecin. Elle rencontrait le désir d'un médecin généraliste, sorti de l'université un an avant, de travailler en équipe pour mieux rencontrer les besoins d'un milieu pauvre. On put démarrer avec une kinésithérapeute, et bientôt un second médecin, au centre du quartier des Marolles à Bruxelles...

A l'époque, nous inspirant du GERM (Groupe d'étude pour une réforme de la médecine), on décida de s'appeler « centre de santé » plutôt que « maison médicale », pour insister sur la dimension pluridisciplinaire. Le centre serait « intégré ». Ce n'était pas innocent. Il rendrait ainsi de meilleurs services aux patients. Ne rêvait-on pas qu'un jour existerait un groupe de patients qui pourrait se développer avec un vrai droit à la parole ?

On se voulait aussi le plus égalitaire possible entre les « travailleurs » du centre. Parmi les toutes premières maisons médicales nées avant 1980, certaines poussèrent ce besoin d'égalité en assurant les mêmes revenus à chacun qu'ils soient ou non médecins. Ce besoin était lié à un style de vie plus ou moins profondément communautaire. Mai 68 continuait à inspirer... Au Miroir, cette recherche d'égalité s'est concrétisée de diverses façons.

De l'information à la prise de décision

Au niveau du travail quotidien, le partage de l'information concernant les patients du centre allait de soi. Si certains pouvaient poser des problèmes plus complexes, la réunion hebdomadaire était un moment privilégié pour partager l'information, l'analyser et prendre une décision commune si besoin. Mais c'était aussi l'occasion de partager les compétences techniques propres à chaque profession et d'élargir ainsi la formation de chacun à d'autres savoirs.

Edouard Mairlot,
*médecin généraliste,
co-fondateur du
centre de santé du
Miroir.*

Mots clés : cogestion, égalité, information, histoire.

Dans les débuts, il n'était pas rare que l'infirmière, qui assurait encore un rôle d'accueil, puisse en écoutant les plaintes et l'histoire du patient, reconstituer une réelle anamnèse. Nombre de nos patients connaissaient aussi des problèmes sociaux. L'infirmière espagnole qui les voyait à domicile nous ouvrait à bien d'autres dimensions que ce qui était strictement santé.

Très nombreux étaient en effet ceux qui dépendaient du CPAS. Ce fut l'occasion d'un vrai travail d'équipe avec l'équipe des infirmières et des aides familiales du CPAS. Le médecin se mettait à leur service... et surtout à leur écoute. Puis vinrent, déjà, les premières coupes et la réduction des équipes, limitées strictement à leur travail... Mais tout cela permit aux gens du Miroir de faire l'apprentissage d'une prise en charge plus globale de nos patients au plan social. N'était-ce pas un objectif primordial des « centres de santé » ?

Peu après, l'infirmière espagnole - toujours elle - découvrira bien des cas de psychiatrie lourde, surtout parmi les jeunes, dont personne ne s'occupait. Le centre de santé du Miroir découvrira un hôpital psychiatrique particulièrement précieux pour les traiter et il intégrera bientôt les consultations d'un psychiatre de langue espagnole en ses locaux.

Pour réaliser un vrai travail d'équipe, on voulait en arriver à une réelle égalité lors de la prise de décisions concernant le fonctionnement et l'avenir du centre. Cela supposait un partage réel et complet de l'information, y compris au plan financier. Ces conditions remplies, prendre une décision se faisait aisément tout en respectant une stricte égalité entre chaque membre de l'équipe. Un vote, bien rarement utile d'ailleurs se faisait en accordant une voix identique à chacun(e).

Partager recettes et dépenses

L'égalité entre membres n'allait pas jusqu'à des rentrées financières identiques pour chacun(e). La différence entre salariés et indépendants fut respectée sur ce point. Mais quant aux relations entre les deux groupes il n'était pas question d'entrer dans des relations de subordination ou de pouvoir. Chacun accomplissait son travail selon des critères définis ensemble et en se faisant pleinement confiance, quel que soit le statut.

Mais comment assurer une réelle égalité, entre les seuls professionnels cette fois, pour la participation aux frais du centre ? Il ne s'agissait nullement d'exiger de chacun une participation identique : du médecin le plus occupé, à la doctoresse qui va accoucher durant l'année, et moins encore d'un kinésithérapeute par rapport à un médecin.

Un principe tout simple résolut ce problème : chacun participe aux frais du centre selon l'importance de ses rentrées. Une fois l'an, connaissant exactement la somme des dépenses de l'année, chaque indépendant communiquait le chiffre brut de ses rentrées durant cette même année. On se faisait confiance quant au chiffre d'affaire réalisé annuellement. Connaissant ainsi la somme des rentrées ainsi que celle des dépenses totales, un simple calcul fixait quel était le pourcentage de ces rentrées à destiner aux dépenses du centre. Ce chiffre tournait chaque année autour de 9-10%. Ce même pourcentage, appliqué aux entrées de chacun, fixait alors ce que chacun payerait concrètement pour couvrir les frais du centre, qu'il soit médecin plein temps, ou kinésithérapeute à temps partiel. Au nouveau venu, il n'était demandé aucune participation durant ses premiers mois de travail, tant que ses rentrées restaient insuffisantes.

Ce système fonctionna parfaitement durant toutes ces années et l'équipe ne connut jamais la moindre tension au sujet de questions d'argent.

Le centre utilisait des locaux loués, ce qui facilitait ce mode de fonctionnement. On sait qu'il y eut des problèmes là où les fondateurs étaient en même temps propriétaires des locaux de la maison médicale. Un médecin nouveau venu dans l'équipe était-il locataire du cabinet où il exerçait ses consultations ou, au contraire, pouvait-il - voire devait-il - devenir aussi copropriétaire et ce selon quelles modalités ? Pareilles questions furent parfois posées. Viendra ensuite l'idée d'une asbl propriétaire des locaux, ce qui pourra rendre les relations plus égalitaires au sein de l'équipe.

10 ans plus tard...

Le médecin fondateur porta bientôt la casquette du président de l'asbl qui se forma par la suite. N'était-il pas celui par lequel tout passe ? Cependant quand, de façon imprévue d'ailleurs, je dus communiquer à l'équipe ma décision de me retirer dans les deux mois, la transmission de chacune de mes responsabilités était réalisée depuis un bon moment. Je terminai la dernière dont je restais responsable : achever de mettre de l'ordre dans les archives du centre. C'était en 2003...

Bientôt dix ans plus tard, c'est une grande paix et un grand bonheur qui m'envahit au souvenir ce que j'ai pu contribuer à mettre en place : un centre de santé, la Fédération des maisons médicales. Aux suivants, s'ils le choisissent, de s'inspirer de ces valeurs pour tracer leur propre chemin ! A leur tour, au moment de la vérité, ils ne seront pas déçus ! ●



Egalité salariale : chronique d'une mort annoncée ?

Interview de **Fernand Antonioli**, patient en maison médicale.

Propos recueillis par Ingrid Muller, équipe d'éducation permanente de la Fédération des maisons médicales.

.....

Après une belle et longue carrière à la Confédération des syndicats chrétiens - CSC, Fernand Antonioli met à profit son temps libéré pour exercer un mandat de conseiller communal. Mais son intérêt pour nous est qu'il détient une petite partie de l'histoire des anciennes maisons médicales de la région liégeoise. Et les histoires, il les raconte comme on les aime, avec des convictions non dissimulées !

.....

En 1975, en tant que citoyen et avec d'autres, Fernand Antonioli soutient la création de la maison médicale du quartier du Berleur à Grâce-Hollogne. Un projet qui connaîtra une crise très profonde, une chute, mais pas une fin. Une nouvelle équipe se reconstruira et, bien des années plus tard, deviendra la maison médicale Aquarelle, toujours active à Grâce Hollogne.

Salaire égal pour tous !

La maison médicale de Berleur voit le jour au sein d'un projet plus global d'animation du quartier.

Au départ, des habitants, citoyens, militants se rassemblent autour de groupes d'action, chapeautés par une asbl faitière. Parmi eux : un service santé de quartier. Chaque groupe, à l'intérieur de l'asbl, s'autofinance et s'autogère. L'ensemble étant supervisé par un comptable qui vérifie la bonne gestion des finances.

« Au sein de l'asbl, la maison médicale s'autogère et avait comme objectif de développer un conseil de patients qui avait un droit d'avis sur le mode de fonctionnement de la maison médicale.

Dans le système traditionnel des conseils de patients, ces derniers peuvent donner un avis en tant que patient, c'est-à-dire de personnes dans une position de « malade » vis-à-vis du personnel soignant. On trouvait à l'époque, quand on a pensé la structure, que c'était une situation de dépendance, et on a organisé le système pour mettre les patients en situation de pouvoir. Cela s'est fait par le biais de l'asbl faitière, qui jouait un rôle d'autorité collective des usagers et des porteurs de projets. ».

Cependant, c'est bien la maison médicale qui décide de ses modes d'organisation.

« A l'intérieur de la maison médicale, il y a eu un truc dès le départ qui était un peu utopique, les fondateurs (des médecins et des infirmières, ndlr) ont décidé de démarrer avec des revenus identiques pour tout le monde. A l'époque, ce qui était particulier, c'est que l'équipe était constituée d'indépendants qui s'associaient. Ils ont choisi de mettre leurs

Mots clefs : autogestion, conditions de travail, égalité, histoire.

revenus dans un pot commun qu'ils géraient ensemble et répartissaient entre travailleurs, au départ de manière égalitaire. La sensibilité par rapport au gain est différente, dans le système forfaitaire. Au fil du temps, cela a posé des problèmes parce que les médecins, qui avaient défendu le principe de départ, trouvaient qu'ils étaient mal payés par rapport au travail des infirmières. Ils ont alors voulu revaloriser leurs conditions salariales. Ce qui ne s'est pas fait sans mal et qui a provoqué beaucoup de conflits. ».

Ceci rejoint la question du capital, explique Fernand Antonioli. La question à cette époque est : quelle échelle de rémunération faut-il appliquer, basée sur quels critères ?

Une égalité contestée

Et là, en gros, à côté des discours empreints d'idéologie égalitaire, mon interlocuteur identifie deux logiques à l'œuvre. Une logique externe : « La valorisation sociale du travail n'est pas fixée à l'intérieur de la maison médicale, mais à l'extérieur. Ce sont les études, la reconnaissance sociale, le type de remboursement qu'on accepte pour tel et tel acte. De fait, cela établissait une sorte de hiérarchie, ainsi qu'une forme de pouvoir. ». Et une logique interne : « Si on dit qu'on a comme objectif de faire du travail de prévention et que ce travail n'est pas valorisé financièrement, dans un système où le financement se fait par le travail curatif, ce travail est « improductif ». Donc tout ce qui est prévention, éducation à la santé, journal à destination des patients (rédigé principalement par les infirmières), cela apparaissait dans les comptes comme des coûts. A l'intérieur d'une entreprise qui développe une logique financière, ce qui rapporte n'a pas la même valeur que ce qui coûte. Au moment d'établir les rémunérations des uns et des autres, les deux logiques se sont superposées au discours idéologique qui dit qu'on fait un système autogestionnaire plus ou moins égalitaire.

A partir du moment où il y a eu contestation, on a donc voulu valoriser (et ça a fait l'objet

de discussions) la qualification professionnelle, la prestation des heures de nuit et de week-end, et une série de critères du même ordre. C'était au nom d'une pénibilité du travail et du fait que certains ramenaient de l'argent tandis que d'autres postes étaient un coût... La bagarre s'est cristallisée autour de la réduction des postes de coût. Ce qui a fait l'explosion de la maison médicale, ça a été que le secteur infirmier était considéré comme non ou pas assez rentable, donc il fallait réduire le personnel infirmier pour permettre d'améliorer les revenus des médecins. ».

Organiser l'autorité collective

Tout ça s'est joué avec un jeu d'alliances dans les autres projets rassemblés au sein de l'asbl faitière. « Les rapports de force ont changé, d'autant qu'il y avait des alliances qui se faisaient en dehors des structures de décision et qui prévalaient sur le débat démocratique. ». Car dans n'importe quelle institution humaine il y a des jeux d'influence. « On a beau mettre n'importe quelle instance en place pour gérer le pouvoir au sein d'une institution, au bout d'un certain temps, il y a des jeux de pouvoir et d'influence. Les principes sont des garde-fous. Ils se traduisent dans des statuts. Les statuts servent à encadrer les stratégies personnelles et à organiser les rapports de force. Toute la phase d'élaboration des statuts consiste à déterminer « comment on va vivre ensemble ». Se contenter de statuts sommaires, c'est le signe d'une relative inconscience...

C'est pour ça que je ne suis pas pour l'autogestion comme telle. L'autogestion ce n'est pas l'anarchie. On a tendance à penser l'autogestion en dehors de tout système et quand on veut la faire fonctionner, elle se heurte au système. L'autogestion ne se fait pas sur des objectifs uniquement internes, ça se fait par rapport à une logique externe. Dans votre cas, c'est tout le mouvement, le projet politique des maisons médicales. S'il n'y a pas une référence externe, s'il n'y a pas des valeurs et un système de régulation externe qui se superpose au système d'organisation interne,

et si en même temps il n'y a pas des mécanismes de soutien avec de la formation par exemple, ça ne peut pas fonctionner.

A la CSC, on a eu le même genre de chose. L'ancien secrétaire général avait voulu permettre à des groupes de s'autogérer au niveau du chômage. Mais il n'y avait pas d'encadrement, on ne formait pas les gens. Ça a duré moins d'un an, parce que s'autogérer c'est difficile ! Ça veut dire que par rapport à une gestion où il y a un chef qui organise et distribue le travail, ce sont les travailleurs qui se répartissent le travail et qui fonctionnent d'une manière égalitaire, c'est beaucoup plus exigeant. On doit organiser une autorité collective. ».

La bérézina

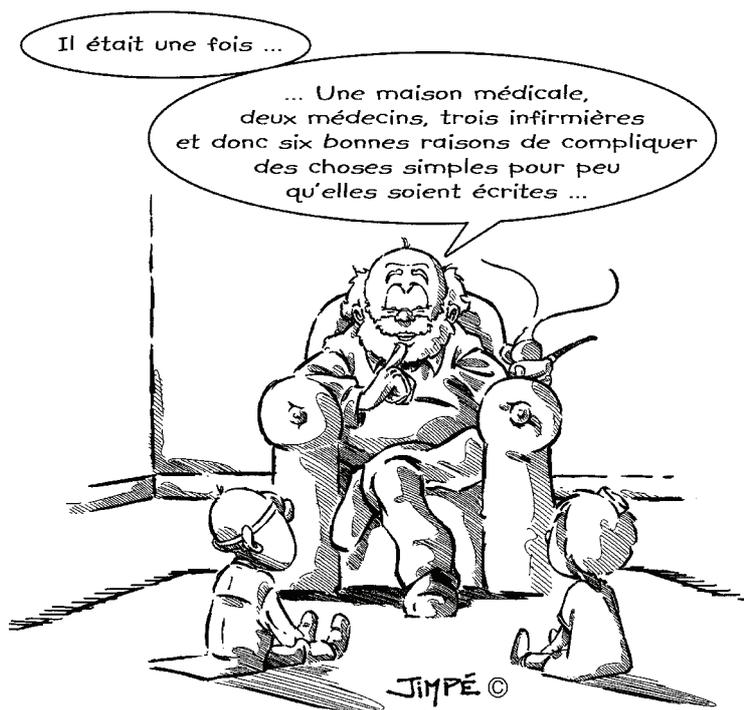
Mais revenons à l'histoire de l'histoire...
« Le médecin fondateur qui avait le plus de charisme a quitté le projet parce qu'on lui proposait un poste au niveau des mutuelles. De l'extérieur, il a continué à intervenir dans les

conflits pour soutenir la logique des médecins, trouvant que c'était normal qu'ils soient plus payés. Or le projet n'était viable que si les salaires n'augmentaient pas. En fonction des prétentions accrues des médecins, il fallait rationaliser le système et diminuer le nombre d'infirmières.

Même si la maison médicale s'autogérait, il y avait cette sorte de « contrôle ouvrier » à travers le conseil d'administration de l'asbl faitière. La porte de sortie des médecins a été de jouer dans le système. La composition et la présidence du conseil d'administration ont changé, il y a eu des interactions entre les personnes qui ont fait exploser l'ensemble de l'édifice. Le licenciement des infirmières a été entériné par le conseil d'administration.

C'était la déconfiture. Après tout ça, à la maison médicale, il est resté une structure minimale. A ce moment-là il n'y avait plus vraiment de projet, ils ont continué à fonctionner comme un groupe de médecins. Le nouveau projet est né sur un traumatisme... ».

J'ai envie de retenir deux éléments de cette histoire ancienne, deux éléments qui interrogent notre présent. Tout d'abord, en maison médicale, on a l'habitude de dire que « le patient est au centre ». Et c'est vrai. Dans le travail du soin, les exemples sont sans fin. Cela s'explique par le fait que le modèle des maisons médicales (autogestion comprise) a été historiquement pensé au service de la qualité des soins de première ligne. Cependant, le témoignage de Fernand Antonioli illustre comment, dans le travail de gestion, au moment d'arbitrer l'attribution des moyens financiers, la notion de « bénéfice santé pour le patient » peut se voir supplantée par d'autres types d'intérêts. Le second élément apporte un élément de compréhension du premier. Le capital symbolique est probablement le moins conscient, et certainement le moins « géré » en maison médicale. Les lieux de décision et de pouvoir (l'assemblée générale, le conseil d'administration, etc.) sont pensés comme si ce capital n'avait pas à s'y exprimer. Pourquoi est-ce ainsi ? Il faudrait probablement regarder au croisement de la sociologie et de la psychologie pour mieux comprendre. ●



Maisons médicales : une communauté d'usage



.....

C'est à la lumière de la micropolitique des groupes de David Vercauteren¹, que Gilles Henrard examine la question du pouvoir dans les maisons médicales. Un pouvoir qui se possède, qu'on exerce, qu'on se réapproprie, qu'on se répartit... Et c'est bien dans notre manière d'être ensemble que doit se régler le partage du pouvoir, de manière à concorder avec les valeurs du projet des maisons médicales.

.....

Il est peu d'aspects de l'organisation du travail en maisons médicales aussi hétérogènes que celui de la mise en pratique de l'autogestion. Alors que toutes prennent en charge leurs patients diabétiques approximativement de la même manière, l'implication des travailleurs dans leur fonctionnement va de la simple participation à une assemblée générale annuelle à la prise systématique des décisions en réunion d'équipe. On s'y spécialise en « administrateur délégué » ou on y fonctionne par mandats et groupes de travail éphémères.

Cette hétérogénéité peut être perçue comme un signe de vitalité, le foisonnement d'expériences autour d'un large projet fédérateur. D'autres y voient un signe de faiblesse, l'épuisement d'un modèle fondateur.

Fonctionner selon ses valeurs

A mon sens, la variété des composants d'un groupe devient une force si des valeurs communes guident le choix de ses objectifs et des moyens qu'il se donne pour les atteindre. C'est par contre une habitude tenace qu'ont les groupes de se focaliser sur leur objectif explicite, leur agenda, leur plan d'action (soit la macropolitique du groupe) au détriment de leur manière de travailler et d'être ensemble (ce que nous appellerons la micropolitique du groupe).

Gilles Henrard,
*médecin généraliste,
maison médicale
Saint-Léonard.*

*1. Vercauteren D.,
Micropolitiques
des groupes, pour
une écologie des
pratiques collectives,
ed. les prairies
ordinaires 2011.*

« L'intelligence collective produite par un système de domination n'est jamais que l'intelligence de ce système. La société inégale ne porte en son flanc aucune société égale. La société égale n'est que l'ensemble des relations égalitaires qui se tracent ici et maintenant à travers des actes singuliers et précaires. La démocratie est nue dans son rapport au pouvoir... Elle n'est fondée dans aucune nature des choses et garantie par aucune forme institutionnelle. Elle n'est fondée par aucune nécessité historique et n'en porte aucune. Elle n'est confiée qu'à la constance de ses propres actes. »

Jacques Rancière, La haine de la démocratie, La Fabrique, 2005.

Mots clés : autogestion, démocratie, égalité, valeurs.

2. Pour détourner le discours économique dominant, gageons que « l'autogestion est rare donc précieuse ».

3. Pour un décodage des raisons de l'ambivalence d'une partie de la classe moyenne à l'égard de la démocratie, sentiment que l'on peut palper au sein de nos équipes, lire « La haine de la démocratie », Jacques Rancière, ed. La Fabrique. Avec comme amuse-bouche, cet extrait en pg 103 : « La démocratie, le « gouvernement de n'importe qui » est voué à la haine interminable de tous ceux qui ont à présenter des titres au gouvernement des hommes : naissance, richesse ou science ».

4. L'Histoire est parsemée de situations dans lesquelles, l'autogestion « a fonctionné ».

5. Vercauteren D., « Micropolitiques des groupes, pour une écologie des pratiques collectives », ed. les prairies ordinaires 2011, p. 168.

6. Michéa J.-C., Orwell éducateur, ed. Climats, 2009.

Ne pas mettre en pratique nos valeurs dans cette micropolitique serait faire le lit de l'affligeante séparation ambiante entre théorie et pratique, entre l'idée et le geste.

L'attachement à certains aspects « micropolitiques » de nos pratiques ne représente-t-il pas pour autant des combats d'arrière-garde ou simplement la trace d'individus ou d'événements historiques qui figent le groupe dans des postures stéréotypées, sans plus rien refléter de nos valeurs dans le contexte actuel ?

Si la préférence accordée au salariat ou encore certains réflexes ouvriéristes peuvent selon moi rentrer dans cette catégorie, l'autogestion, de par son caractère anti-autoritaire et subversif², doit rester au cœur de nos projets.

Il s'agit dès lors de se la réapproprier activement. Une attitude passive dans ce domaine reviendrait à laisser la « tendance lourde externe », hiérarchique et statutaire, choisir pour nous. L'autogestion n'est pas une panacée. Il faut chaque jour lui éviter l'écueil de devenir une « machine bureaucratique à ne pas décider », sous vernis de « démocratie participative »³ ou encore une simple approche « bien-être au travail », par peur d'assumer de nécessaires conflits. Elle n'est probablement pas intrinsèquement plus efficace qu'une organisation hiérarchique en termes de stabilité institutionnelle ou de capacité à planifier et atteindre un objectif.

Elle permet « juste » à des groupes affinitaires de taille réduite de fonctionner en adéquation avec leurs valeurs. Sa pratique quotidienne est en effet à même d'influencer directement la répartition du pouvoir dans ces groupes. Il est évident qu'une équipe dans laquelle tous les travailleurs sont invités à se succéder au conseil d'administration ou encore dans laquelle on met en place des techniques pour favoriser la parole de chacun en réunion verra les rapports de forces en son sein redistribués. La nécessité de cette redistribution pourrait faire l'objet de tentatives de démonstration⁴. Mais avant toute chose, elle s'éprouve. Le fonctionnement de notre époque nous laisse un goût amer et nous

pousse à l'action. Tout le talent consistera à faire de cette redistribution du pouvoir une force.

« Reprendre plutôt là où l'on s'est arrêté, sélectionner un affect de joie et modifier l'éclairage... Pour voir si cela fonctionne, le critère est relativement simple : on se sent dynamisé, on rigole davantage, le désir circule dans le groupe. Et petit à petit s'esquisse comme une forme de début de sagesse, qui revient à quoi ? A ce que chacun sache un peu... ce dont il est capable... »⁵.

Cette attention à la micropolitique de nos groupes, après l'avoir réaffirmée autogestionnaire, est donc tout sauf un luxe. C'est un déterminant majeur de leurs capacités à agir, autant dire de leurs pouvoirs.

Prendre soin du pouvoir des équipes

A ce propos, la question du pouvoir des équipes est beaucoup plus rarement évoquée que celle du pouvoir exercé *sur ou au sein* des équipes. Le pouvoir y est systématiquement connoté négativement. On y réfléchit beaucoup sur la manière d'en contrôler les abus, de renforcer les contre-pouvoirs. L'idéal est bien égalitariste. Il s'agit de gommer petit à petit les asymétries de pouvoir dans le but de les faire disparaître à terme. De plus, le pouvoir est vu comme quelque chose d'extérieur et de localisé (l'état, les multinationales...) ou est incarné par un membre ou un secteur de l'équipe (un membre fondateur, les médecins...).

Il y a quelque chose de sain dans ces réactions. George Orwell aurait parlé de « décence ordinaire », traduction imparfaite de sa *common decency*⁶.

Mais, dans ce mouvement d'attribution du pouvoir, en plus de perdre de vue le « pouvoir nécessaire » du groupe sur son environnement, on oublie que le pouvoir s'exerce dans une relation avant de se posséder. On élude dans ce mouvement

la question des conditions qui ont permis la mise en place des relations de pouvoir. Comment en est-on arrivé là et en quoi cette situation est-elle le signe d'un éventuel problème dans le groupe ?

« Du régime de la morale (qui s'intéresse à ce qui est bien ou mal pour tout le monde), on passe à celui de l'éthique (qui s'intéresse à ce qui est bon ou mauvais dans certains types de rapports)... Car à force de rencontrer n'importe quoi sous n'importe quel rapport, en croyant qu'on s'en tirera toujours, avec beaucoup de violence ou un peu de ruse, comment ne pas faire plus de mauvaises rencontres que de bonnes ? Comment ne pas se détruire soi-même à force de ressentiment, en propageant partout sa propre impuissance... »⁷.

Ainsi avertis, deux conseils de l'auteur que je cite font écho à des situations qui font l'actualité de la vie des maisons médicales liégeoises. Premièrement, il propose au nouvel arrivant dans une équipe d'être très clair avec ses propres attentes vis-à-vis du groupe et de rester aussi lucide que possible sur ce qui lui est donné de voir de la « cartographie du pouvoir » en présence. Car plus dure serait la chute...

Ensuite, pour les groupes déjà empêtrés dans des relations de pouvoir telles que « la poussière soulevée par les combats » rend tout effort pour s'en sortir contre-productif, l'auteur attire notre attention sur l'intérêt d'aller construire ailleurs et avec d'autres. Comment expliquer que les accueils dans nos équipes soient si riches alors que les séparations se passent si souvent dans la douleur ? Une « hygiène de la séparation » en maison médicale reste à construire. Elle favoriserait l'essaimage de groupes plutôt que l'épuisement successif d'individus. J'entends souvent un chiffre autour de moi actuellement : quinze, le nombre critique de personnes autour d'une table, au-delà duquel l'autogestion « ne passe plus ». Un chiffre sorti de nulle part ? Certains indicateurs sont définitivement de l'ordre du sensible⁸.

« La crise est bonne à penser »

Un dernier point en guise de conclusion. Les promoteurs de ce cahier nous invitent à déconstruire la question de l'autogestion à partir de la notion de capital. Ce choix est-il anodin ? Où est-ce nous condamner à penser l'autogestion à la lumière de projecteurs que l'on veut combattre ?

L'objection peut paraître rhétorique mais, il y a trente ans déjà, Herbert Marcuse nous avertissait : « Nous ne pourrons bientôt plus critiquer efficacement le capitalisme, parce que nous n'aurons bientôt plus de mots pour le désigner négativement »⁹. Plus proche de nous, lors de la journée de présentation du « nouveau forfait » organisée par la Fédération des maisons médicales en octobre à Wolubilis, Pierre Drieslma pointait dans son appréciation des faiblesses de notre mouvement en 2012, la faiblesse de notre recul critique par rapport au modèle néolibéral.

7. Vercauteren D., *Micropolitiques des groupes, pour une écologie des pratiques collectives*, ed. les prairies ordinaires 2011, p. 163.

8. *D'ailleurs la limite de déviation par rapport à la norme la plus utilisée en statistique de nos jours, $p < 0,05$, base de l'interprétation des tests statistiques, a été définie grâce au jeu de « pile ou face », en se basant sur le nombre de pile consécutifs après lesquels on commence à se sentir floué... Meyer D., Essential Evidence-Based Medicine, ed. Cambridge, p. 104.*



« Si, pour reprendre les mots de Levi-Strauss, « la crise est bonne à penser », il reste à définir le cadre et la démarche de cette réflexion... L'existence de chacun ne se renouvellera pas en profondeur sans une clarification régulière de l'usage qui est fait du langage ordinaire... lorsque les mots seront clairement prononcés, le temps sera venu de ne plus se faire d'illusions »¹⁰.

Je préfère donc voir dans cette contrainte éditoriale l'occasion de disséquer ce « vilain mot »...

9. Cité ici, <http://www.scoplepave.org/ledico/hypothese/hypothese%20generale.htm>, probablement tiré de Marcuse H., L'Homme unidimensionnel. Essai sur l'idéologie de la société industrielle avancée, trad. M. Wittig et l'auteur, coll. Arguments, Les éditions de Minuit, Paris, 1968.

10. Chauvier E., La Crise commence où finit le langage, ed. Alia, 2009.

11. Le « capital » des maisons médicales recouvre bien d'autres richesses, non marchandes. La fierté au regard de notre histoire et l'autogestion en font partie.

12. Stanford J., Petit cours d'auto-défense en économie, ed. Lux, 2011, p. 111.

13. Voir à ceux qui ont travaillé pour la subventionner et qui en ont l'usage, nos patients...

Sous son acceptation matérielle¹¹, le « capital » d'une maison médicale peut s'assimiler à son infrastructure et à sa trésorerie. Cela pose la question de son contrôle. Par qui et selon quelle légitimité ? Le problème, c'est que poser la question en termes de capital, c'est déjà risquer de rentrer dans la logique du deuxième niveau de définition de ce mot, à savoir « un rapport social spécifique fondé sur la propriété privée »¹².

Beaucoup de maisons médicales possèdent leurs bâtiments et disposent d'un peu de trésorerie. J'aime à penser qu'il est légitime de contrôler ses outils de production et le fruit de son travail. C'est l'antithèse de la condition prolétaire, un signe d'autonomie et de capacité à assumer un conflit. Dans le même temps, nos statuts d'asbl nous protègent en partie de dérives capitalistes, comme l'accaparement systématique des excédents de production sous forme de profit. Il m'est arrivé de penser que ce statut d'asbl me lésait, que je travaillais pour « acheter des briques qui ne me reviendraient pas ». Je pense plutôt qu'une fois réglée la toute aussi légitime question de la décence de nos revenus, ce statut réintroduit dans la pratique la notion de valeur d'usage, désuète mais subversive en ce qu'elle s'oppose à la valeur d'échange marchande.

Les locaux d'une maison médicale appartiennent donc en quelque sorte à ceux qui y travaillent¹³. Ce qui en fait, pour le meilleur, une communauté d'usage. ●

L'autogestion à travers le rétroviseur



.....

Sophie Darimont a été infirmière en maison médicale. Aujourd'hui enseignante, elle jette en arrière un regard critique sur son expérience du « décider ensemble ». Une expérience de participation qui reste une chance, nous confie-t-elle, mais qui génère difficultés, accrochages, tensions, lourdeurs... Petit tour d'horizon des obstacles rencontrés.

.....

Dans les écrits qui concernent les maisons médicales, on peut comprendre qu'il y a autogestion quand il y a : « équipe pluridisciplinaire, une organisation égalitaire (droit à la parole et droit de décision), partage des responsabilités, répartition plus égalitaire des revenus, présence de la majorité des travailleurs au sein des organes de gestion et de décision, non hiérarchie, quand tout travailleur est membre de droit de l'assemblée générale, quand des patients, des représentants du champ politique et social sont présents au sein des organes de gestion et de décision »¹. Un nouveau travailleur reçoit généralement comme explication de l'autogestion : un travailleur = 1 voix lors des décisions d'équipe, de conseil d'administration et d'assemblée générale.

A contre-courant

Pour rester dans la trame de ce dossier, je vais partir du postulat selon lequel, dans l'associatif, le travail prime sur le capital, capital étant entendu ici comme capital financier ; on ne cherche donc pas en maison médicale à faire du profit. L'objectif des maisons médicales est de fournir des soins de santé primaires à une population donnée sur un territoire donné. Certaines d'entre elles ont aussi intégré dans l'objet social de leur asbl diverses finalités qui touchent à l'autonomisation des patients, à la citoyenneté, à la solidarité pour l'équipe elle-même mais aussi pour les patients.

Donc, d'un côté, « l'entreprise » est perçue comme non démocratique, ayant une inégalité de pouvoir, et possédant la richesse au détriment de ceux qui la produisent. De l'autre, l'autogestion viserait une société plus égalitaire avec la fin des hiérarchies, une plus grande égalité au sein de ses membres et une prise en compte de la responsabilité partagée par un morcellement du capital. Cette société ferait l'économie des conflits sociaux et des luttes d'influence.

L'autogestion me paraît en effet à contre-courant de la société. Elle est d'ailleurs parfois difficile à faire passer au regard des non-avertis. Il suffit de voir le flot de questions qui déferle quand on

Sophie Darimont,
*enseignante,
anciennement
infirmière en maison
médicale.*

*1. Inspiré de Ladavid
C, Le système
« autogestionnaire »
en maisons
médicales : analyse
de cas, mémoire de fin
d'études présenté en
vue de l'obtention du
grade de licencié en
politique économique
et sociale, UCL,
2002.*

Mots clés : autogestion, efficacité, participation.



explique à des infirmières qui travaillent dans un autre milieu que l'on décide de l'avenir de la maison médicale en équipe, que tout le monde a son mot à dire dans ces décisions.

L'autogestion apparaît pourtant comme une nécessité, un « modèle » pour un autre projet de société. Toutefois, comment est-elle appliquée au sein des maisons médicales ? Qui détient vraiment le pouvoir ? Qui prend finalement les décisions ? Je n'ai pas de réponse toute faite à ces questions, chaque maison médicale essaye de trouver son *modus vivendi*. Avoir travaillé pendant 15 ans en maison médicale et ne plus y être aujourd'hui m'autorise peut-être à poser un regard extérieur (sans être vraiment à l'extérieur).

Des questions en suspens

Beaucoup de questions, me semble-t-il, restent en suspens dans les structures autogérées. Coralie Ladavid, dans son mémoire rédigé en 2002 (voir première partie du cahier), posait diverses questions qui restent d'actualité dix ans plus tard. Qu'en est-il de l'influence de l'autogestion sur le partage des responsabilités, sur la reconnaissance de chacun, sur la prise d'initiative et la motivation dans le travail, sur le droit à la parole et les décisions, sur la répartition des revenus au sein de la maison médicale, sur la garantie de la dispensation des soins globaux, intégrés et continus ?

Comment faire vivre cette autogestion quand l'équipe augmente, quand on sent que certains ont plus de pouvoir que d'autres, quand certains ont l'impression de ne jamais (ou presque) être entendus ?

Cette autogestion me paraît lourde à porter pour une équipe qui a bien d'autres chats à fouetter. Combien de temps « dépensé » en réunions en tous genres, combien de discussions stériles, combien d'énervements pour ce qui paraît des broutilles aux yeux de certains ? Et notamment au regard des démarches à faire pour certains patients, du temps qu'on souhaiterait pouvoir consacrer à des patients qui vivent des situations compliquées.

D'autres questions peuvent aussi être posées : est-on toujours dans de l'autogestion si le conseil d'administration ne comprend pas tous les membres de l'équipe ? Est-ce toujours de l'autogestion si ce sont seulement les projets qui sont décidés par tous et, à l'inverse, toute l'équipe doit-elle être impliquée dans les décisions qui touchent à la gestion du personnel par exemple ? A ce titre, il est important de bien identifier les lieux de décision et les personnes habilitées à prendre ces décisions, mais aussi de rendre ces décisions transparentes : qui a décidé quoi, pour qui, à partir de quand, avec quels objectifs... ?

Un des points qui me paraît essentiel pour éviter les pertes de temps évoquées précédemment, mais aussi certains sentiments de frustration, consiste à permettre à certains de s'écarter de ces lieux de pouvoir le temps d'aller se ressourcer ailleurs, de permettre des moments de « liberté » dans la gestion de l'asbl. Car cette lourdeur peut apparaître encore plus difficile à vivre si l'on éprouve un sentiment d'étranglement dans le cœur de son boulot, dans ce pour quoi on a été engagé à titre principal (infirmière, médecin, accueillant) ou si l'on traverse des moments difficiles dans sa vie privée. Alors pourquoi ne pas permettre des « échappatoires » à certains moments ? Cela pose cependant la question de la viabilité de l'équipe si trop de personnes éprouvent le besoin de « pauses »...

Autre élément à prendre en compte : certains n'ont pas de manière innée des dispositions pour la gestion d'une équipe, des notions de comptabilité, de gestion de projet... Or on demande à chacun de prendre part aux décisions qui concernent tous ces domaines bien particuliers de la vie des maisons médicales. D'où, peut-être, un besoin de formation pour un bon fonctionnement en autogestion.

Chance ou casse-tête ?

Je ne pense pas que l'autogestion à l'heure actuelle pourra transformer la société. Celle-ci n'est pas prête à laisser une place à ces temps de discussion, à ces prises de têtes, à ces « casse-têtes ». Mais je pense que les maisons médicales doivent garder ces « chances » de participation active de tous. J'éprouve de la satisfaction à me dire que j'ai participé à un moment de ma vie à ce type de mode de fonctionnement ; que j'ai aidé la structure dans laquelle j'ai travaillé à créer son outil de travail. Alors j'espère vraiment que les maisons médicales vont continuer à réfléchir à ce mode de gestion, que dans ce collectif les individus pourront continuer à trouver leur place. ●

Un trésor aux dimensions multiples

Caroline Lecler,
accueillante en
maison médicale.

Propos recueillis
par Ingrid Muller,
équipe d'éducation
permanente de la
Fédération des
maisons médicales.

.....

Caroline Lecler est accueillante depuis 1995 à la Passerelle et a participé à la fondation de la maison médicale l'Herma où elle travaille également depuis 1996. Pour Caroline, le capital est un trésor qui n'a rien avoir avec celui d'Oncle Picsou. C'est un beau trésor, riche de dimensions variées qui mérite soins et attentions.

.....

C'est dans le petit bureau de la gestionnaire administrative de la maison médicale que je rencontre Caroline Lecler. J'ai vu tout de suite que Caroline n'allait pas se laisser faire par le mot. Le sens que lui réservent les aficionados des journaux de la finance, c'est un territoire restreint qui manque d'intérêt ! Le capital d'une maison médicale ? Un trésor aux dimensions multiples. Ce trésor, nous l'avons éclairé et détaillé au cours de la conversation.

L'histoire, une richesse égarée ?

Le premier élément qui vient est quand même le plus évident : l'argent. Et voilà. Il n'y a pas grand chose à en dire pour l'instant. Par contre, ce qui est essentiel se définit comme suit : « *C'est tout ce qu'on a produit tous ensemble pendant toutes ces années. Ce sont les patients, c'est la vie de la maison médicale, c'est ce qu'on a créé ensemble. A l'Herma, on est parti de rien. On avait quelques patients, quatre travailleurs, on n'avait pas d'argent.* ».

Les souvenirs de Caroline Lecler refont surface. Pour elle, l'histoire a beaucoup d'importance. Elle permet de se situer, de décoder le positionnement actuel du projet. « *Ce par quoi on est passé, les crises, l'histoire de la maison médicale, tout cela fait partie du capital. Les jeunes ont beaucoup d'intérêt à entendre d'où vient le capital historique. Si on n'explique pas d'où on vient, ça peut aboutir à remettre en question les modes de fonctionnement, on ne comprend plus dans quoi on est.* ». Caroline compare la situation de la Fédération des maisons médicales, où un combat politique clairement identifié est mené, avec certaines maisons médicales qui seraient aujourd'hui davantage centrées sur leur fonctionnement, « *sans plus faire lien avec ce qui leur donne sens.* ».

Y aurait-il là un capital perdu ou peut-être simplement égaré ? « *Les valeurs font partie du capital de la maison médicale. Ce ne serait pas normal de ne pas pouvoir remettre les choses en question, rien ne dure toute la vie.*

Mots clefs : autogestion, histoire, valeurs.

Mais ça doit nous permettre de dire ce qui est encore bon, si on ne sait pas pourquoi on fait les choses, on ne sait pas répondre à cette question. ». L'accueillante prend pour exemple la question de la faible tension barémique : *« Ce n'est pas évident d'éclairer en quoi elle influence la manière de travailler ensemble. En tant qu'ancien dans une maison médicale, c'est difficile d'être garant de ce capital-là. Quand nous en parlons, ça semble désuet. ».*

Retour au présent. Comment définir le capital des maisons médicales aujourd'hui ? *« C'est la vie de la maison médicale avec tout ce qu'elle est, explique Caroline Lecler. C'est notre bien social [bien social, au sens de la richesse des rapports sociaux et de ce que chacun apporte en matière de pratiques, expériences, savoir-faire et être, ndlr] et financier mais c'est aussi toute notre philosophie. ».*

Le capital, c'est aussi les travailleurs de la maison médicale. Et de préciser : *« Les relations entre travailleurs, c'est ce qui fait qu'on reste à travers les crises. Il n'y a pas que les patients qui font qu'on reste. C'est le fait de pouvoir compter sur les collègues, de pouvoir être solidaires avec elles. Le jour où on fonctionnera « chacun pour soi », ça ne marchera plus. ».*

A ce moment de la discussion, une collègue de Caroline entre dans le bureau pour chercher un bonbon dans un paquet offert par un patient. Est-ce du capital de la maison médicale ? A moins que ce ne soit la relation aux patients qui constitue le capital ? *« La relation avec les patients c'est une richesse bien sûr... ».*

Le capital, une propriété de la maison médicale ?

A qui appartient le capital ? A cette question, la réponse fuse sans hésitation : *« Tout ce que je fais appartient à la maison médicale. ».* Les patients font qu'il y a de l'argent qui rentre, les emplois subsidiés aussi. Pour Caroline, cet argent sert à payer les travailleurs, mais il appartient à l'institution, pas aux travailleurs : *« On s'en sert pour faire du bon travail. ».* De

même, la maison appartient à l'asbl, pas aux travailleurs. Cela pourrait changer avec des sociétés coopératives qui seraient propriétaires du bâtiment. *« Dans ce cas, ce sont les travailleurs qui sont propriétaires, pas l'asbl. Ils peuvent alors demander le remboursement de leurs parts quand ils s'en vont. ».*

Si le capital appartient à la maison médicale, il reste qu'il est lié, d'une manière plus ou moins subtile, à ses travailleurs. *« Il me semble que si un travailleur fondateur part un jour, le capital qu'il aura amené restera à la maison médicale »* nous dit dans un premier temps Caroline Lecler. Un peu plus tard elle affirme : *« Quand il y a des départs, il se peut qu'un travailleur parte avec une partie du capital. C'est le cas par exemple quand un médecin part avec des patients ».* Il y a bien là une contradiction, et il s'agit de composer avec elle. *« Peut-être qu'au moment des premiers pensionnés, on se posera des questions »*, s'interroge l'accueillante...

Se demander à qui appartient le capital suppose se poser la question de sa gestion. Comment fonctionne-t-on dans un cadre autogestionnaire ? Et si on considère que les moyens n'appartiennent pas aux travailleurs, comment s'impliquent-ils dans les instances de décision ? Pour Caroline, l'autogestion c'est difficile et c'est aussi de cela qu'elle souhaite parler.

« Le capital, ça appartient à la maison médicale en tant qu'institution et on le nourrit ensemble. ». Encore cette contradiction qui ressurgit. *« Chacun est légitime en tant que travailleur et en tant que personne pour remettre en question des décisions, des orientations. ».* Des orientations qui sont prises au nom du projet et de ses objectifs. *« Le collectif sert de garant pour l'institution. ».*

Etre aux petits soins avec le capital

La question à résoudre est donc la suivante : *« Qu'est-ce qui va garantir qu'on reste dans un système autogestionnaire où on aura tous*

notre mot à dire, mais où on ne va pas freiner à tout moment ? ».

Caroline compare deux situations qu'elle connaît : dans une des équipes où elle travaille le conseil d'administration c'est l'équipe, dans l'autre le conseil d'administration est mandaté par l'assemblée générale. Elle identifie une différence de positionnement. « *Quand je suis au conseil d'administration mandaté de la maison médicale, je ne dois pas penser à moi. Et puis il y a des membres extérieurs. Ils sont notamment garants qu'on ne se positionne pas au conseil d'administration en tant que travailleur. Ils renvoient des choses sur ce qu'on vit. Ils relativisent, jouent le rôle de tiers qui dépassionne. Quand le lieu de décision c'est l'équipe, c'est différent. Comme on est dans tout le temps, c'est difficile de faire la part des choses entre les points de vue d'administrateur et de travailleur.* ».

De même, la taille de l'équipe influence fort le fonctionnement des maisons médicales. « *Dans une grosse équipe, on ne peut pas pratiquer l'autogestion de la même manière que dans une petite. Tout le monde ne peut pas être dans tout, ce n'est pas facile à vivre. C'est difficile de ne plus décider tous ensemble. On a l'impression de perdre quelque chose. Les questions de légitimité et de confiance se posent. On pourrait dire qu'il y a une perte de capital pour certains.* ».

Et Caroline conclut : « *La question qu'il faudrait se poser c'est « qu'est-ce qu'on voudrait que notre capital devienne ? ». Quand je partirai, je voudrais partir en sachant que le projet est en bonne santé.* ».



Et maintenant ? Jeter un pont vers la démocratie économique



Au terme de ce cahier, nous sommes dans l'ambivalence. Nous avons l'impression d'avoir réussi une partie de notre pari. Notre approche des différentes définitions du capital a permis de déconstruire le concept d'autogestion. Nous avons ouvert les représentations. Nous avons vu que les enjeux qui le sous-tendent, et qui y ont amené les maisons médicales restent aussi actifs, sensibles et pertinents qu'il y a 40 ans, aux niveaux micro et macropolitique. Nous avons ouvert des perspectives sur des grilles de lecture, des théories, des outils qui aident à en saisir les contours, à en décrire les modalités.

Christian Legrève,
équipe d'éducation
permanente de la
Fédération des
maisons médicales.

Le caractère problématique subsiste. On est probablement toujours pour ou contre, et, dans tous les cas, on ne sait toujours pas ce qu'on peut faire pour que ça marche.

Bien sûr, je pourrais me contenter de trimbaler le lecteur en disant que c'est une démarche, que c'est le processus qui amène le changement, que nous sommes au début de quelque chose, que c'est un moment charnière, que le colloque de mars n'est qu'une étape. Et c'est vrai ! Mais on est là dans le registre de la foi, ou au moins de la confiance de principe. Et j'en connais dont la confiance est ébranlée.

Pour revenir sur nos questions et hypothèses de départ, je voudrais donc m'appuyer à nouveau sur un travail tout à fait indépendant de nos questions, détaché de notre cadre, fondé sur une démarche solide, inscrite dans la durée, et qui éclaire notre réflexion. Une lumière brillante mais distante, désaxée, qui révèle les angles, les arêtes et les reliefs légers de notre situation. C'est celui d'Isabelle Ferreras¹.

A contre-courant ?

Nous nous demandions, en introduction, comment se joue la reprise autogestionnaire du pouvoir et de la liberté économique dans nos petites organisations de services aux personnes, regroupant des métiers plus ou moins qualifiés, plus ou moins spécialisés, et dans lesquelles la relation de soins, voire le don de soi et l'engagement militant prennent une place importante. Nous nous demandions comment ces particularités pouvaient influencer.

Si on suit l'analyse de Ferreras, plutôt qu'une niche archaïque hyper spécifique, nous serions un terrain emblématique de l'évolution actuelle et future des rapports au travail. Si nous ramons à contre-courant, ce n'est pas du sens de l'histoire, mais de celui d'un capitalisme qui, selon Ferreras, court à sa perte en s'enfermant dans ses propres contradictions. Il faut bien reconnaître que c'est une analyse dont l'intuition se confirme chaque jour. Elle note par ailleurs, citant plusieurs travaux, que « le champ d'étude de l'économie sociale et solidaire constitue un terreau pour la mise en valeur des dimensions expressives de l'activité économique et du travail en particulier. ».

Y a-t-il une contradiction entre le désir de sauver le monde et la nécessité de sauver sa peau de travailleur ? Non, si on suit Ferreras. La construction des institutions politiques du travail est une nécessité pour les salariés, pour que leur statut soit simplement tenable, mais elle est aussi une condition pour que l'histoire avance, pour que l'entreprise intègre les évolutions de la société, et pour que le système s'adapte. Bien sûr, la proposition est réformiste, et on n'est pas obligés de souscrire à cette position. Relevons seulement qu'à l'inverse de « l'utopie qui anime le régime capitaliste de mise à disposition du travailleur, transformé en marchandise, pour reprendre les termes de Marx - instrument de production parmi d'autres (...) », il n'y a pas antagonisme entre la recherche du confort (dans tous les sens du terme) des travailleurs d'une part, et la pérennité de l'entreprise et la qualité du service à la population d'autre part.

¹ Ferreras I.,
Gouverner le
capitalisme ?, PUF,
Paris, 2012. Voir
article page 59.

Nos lieux de délibération sont des cadres où peut se discuter le juste et l'injuste de notre organisation du travail, ce qui est, selon Ferreras, le critère d'analyse, de compréhension et de jugement des situations. « Quel qu'en soit l'enjeu – par exemple, le partage des horaires (qui assure quelle plage horaire ? Qui travaille les soirs ? Les week-ends ? Etc.), l'accès à une formation, l'annonce et la gestion d'une restructuration ou la décision d'investir dans tel département ou telle ligne de produit (...) ». On voit bien ! Ils sont aussi le lieu et l'occasion de l'inscription de l'organisation du travail dans des collectifs caractérisés par leur diversité. « Ceux qui travaillent partagent l'intuition que chaque collègue a une prétention légitime à participer à la conception du juste qui, finalement, règlera la vie au travail. ». Nous avons, en fait, une chance folle, parce que nous en faisons l'expérience au quotidien !

Bicaméralisme : s'inspirer et l'enrichir

Est-ce que, en fin de compte, le bateau « autogestion » perd son cap ? Non, semble-t-il. Il se confronte à un monde qui a changé. A deux difficultés nouvelles, qui s'ajoutent aux obstacles qui existaient déjà aux racines du mouvement des maisons médicales. D'une part, comme on l'a dit, le capitalisme a changé de forme. Et sa forme nouvelle est plus insaisissable. Il installe partout, au quotidien, des « fabriques de subjectivité² » multiformes, diverses, éphémères et insidieuses. D'autre part, nous sommes façonnés, quoiqu'on y fasse, par cette vision multiple, diverse, contradictoire (relativiste diraient certains). Les diverses parties prenantes de nos organisations revendiquent des représentations bien plus diverses de l'action que par le passé.

Dans sa réponse à l'objection 17 de l'appendice, Ferreras estime que « la formule inverse du monocaméralisme de capital actuel est celle d'entreprises monocamérales de travail. C'est la raison pour laquelle on peut penser l'entreprise bicamérale comme une institution-pont, une transition vers une économie démocratique (une démo-nomie) (...) ». Voilà une proposition qui ouvre un horizon au développement de nos pratiques autogestionnaires. Nous pourrions les envisager comme des institutions-pont qui soutiennent la transition vers des modèles à inventer.

C'est une belle perspective, à laquelle nous pouvons contribuer par des apports spécifiques. Ce cahier confirme que les points de vue à l'œuvre dans nos centres sont plus divers que dans le schéma de l'entreprise capitaliste de Ferreras. Nos relations avec les patients et sous leur regard sont plus complexes, même si leur ambiguïté n'est pas sans rapport avec celle décrite autour de la figure du client. En bref, le bicaméralisme de l'entreprise capitaliste marchande pourrait nous inspirer, à condition de l'enrichir.

Ce n'est possible que si on garantit les évolutions qui rendront nos entreprises viables, car « il restera souhaitable de veiller à ce que la logique instrumentale continue à jouer un véritable rôle dans l'entreprise ». Dans notre cas, ça veut dire donner une place à l'attention à la qualité des services rendus par la maison médicale, et à la qualité de la gestion dans toutes ses dimensions.

Cette double attention, à la rationalité politique et à la rationalité instrumentale de nos maisons médicales, c'est bien ce à quoi vous invite la Fédération des maisons médicales. Elle se concrétise dans « les deux jambes » sur lesquelles marche le chantier autogestion : celle de la qualité de la gestion, avec le service de soutien à la gestion, et celle de la démocratie au travail, avec l'équipe éducation permanente. C'est la double vigilance à laquelle nous commencerons à travailler ensemble à Oostduinkerke les 22 et 23 mars.

2. Guattari F.
et Rolnik S.,
Micropolitiques,
Seuil, Paris, 2007.

Invitation à la singularisation

« J'opposerais à cette machine de production de subjectivité³ l'idée qu'il est possible de développer des modes de subjectivation singuliers, ce que nous pourrions appeler « processus de singularisation » : une manière de refuser tous ces modes d'encodage préétablis, tous ces modes de manipulation et de télécommande, les refuser pour construire des modes de sensibilité, des modes de relation avec l'autre, des modes de production, des modes de créativité qui produisent une subjectivité singulière. Une singularisation existentielle avec un désir, avec un goût de vivre, avec une volonté de construire le monde dans lequel nous nous trouvons, avec l'instauration de dispositifs pour changer les types de société, les types de valeurs qui ne sont pas les nôtres⁴. ».

3. Celle du capitalisme (ndlr).

*4. Guattari F.
et Rolnik S.,
Micropolitiques,
Seuil, Paris, 2007.*