

Faculté des sciences économiques,  
sociales, politiques et de communication  
École des sciences politiques et sociales (PSAD)

**Entre poursuite d'autonomie et sentiment de  
surcharge, l'adaptation du modèle  
autogestionnaire des maisons médicales**  
Etude de terrain

Autrice : Mookken Maureen  
Promoteur : Pr. De Leener Philippe  
Lectrice : Pr. Lemaître Andreia

Année académique 2022-2023  
Master en sciences de la population et du développement

*“ Je déclare sur l’honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d’aide extérieure illicite, qu’il n’est pas la reprise d’un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu’il n’a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant(e)s en matière d’emprunts, de citations et d’exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave. ”*

## Avant-propos - Remerciements

*A toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail de près ou de loin, d'avoir pris le temps, d'avoir débattu, de m'avoir fait changé d'avis,*

*A mon promoteur, le Pr De Leener, d'une grande bienveillance, qui est une source d'inspiration pour beaucoup,*

*Plus particulièrement merci aux équipes des deux maisons médicales où j'ai exercé, qui m'ont fait grandir, qui me font toujours sentir "à la maison" quand je repasse*

*A ma maman, mes soeurs, ma famille, d'avoir toujours cru en mes capacités et d'être fières de moi, je suis bien plus fière de faire partie de v/nous,*

*A Flo et Helo pour leur soutien inestimable, ces discussions effrénées qui font voir le monde sous un nouveau jour et toutes celles à venir,*

*A ces patient.es qui m'ont donné envie de faire toujours mieux pour autrui.*

# Tables des matières

<b>Sigles et abréviations</b> .....	<b>5</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Mise en contexte</b> .....	<b>6</b>
1. 1. Les maisons médicales de la Fédération des Maisons Médicales (FMM).....	6
1. 2. Le forfait, une finalité en soi, une source de réflexion.....	7
1. 3. Une idéologie à la naissance du mouvement, encore présente.....	8
<b>2. Problématique</b> .....	<b>9</b>
<b>3. Question de recherche</b> .....	<b>10</b>
<b>4. Objectifs</b> .....	<b>11</b>
<b>Chapitre 1 - Cadre conceptuel et théorique</b> .....	<b>11</b>
<b>1. L'autogestion comme mode de gouvernance</b> .....	<b>11</b>
<b>2. L'autogestion en maison médicale</b> .....	<b>12</b>
<b>3. Les parties prenantes et la composition des instances</b> .....	<b>13</b>
<b>4. Des nouveaux outils aux lèvres</b> .....	<b>15</b>
<b>Chapitre 2 - Méthodologie</b> .....	<b>15</b>
<b>1. Première partie</b> .....	<b>15</b>
1. 1. Le modèle théorique de la vision dynamique de l'OA de Rijpens et Mertens (2008).....	16
<b>2. Seconde récolte d'information</b> .....	<b>18</b>
<b>Chapitre 3 - Résultats et analyse</b> .....	<b>19</b>
<b>1. Carte d'identité des maisons médicales</b> .....	<b>20</b>
<b>2. A la poursuite de l'autonomie</b> .....	<b>22</b>
<b>2. 1. Description explicative des modèles autogestionnaires</b> .....	<b>22</b>
a) Le modèle de la Mémé A - proche de l'anarchie.....	24
b) Le modèle de la Mémé B - proche d'une ASBL classique.....	24
c) Le modèle de la Mémé C - l'OA substitué par le comité de gestion.....	25
d) Le modèle de la Mémé D - proche de l'Holocratie, les cercles.....	25
e) Le modèle de la Mémé E - proche de la sociocratie, le double lien.....	26
f) Le modèle de la Mémé F - proche de l'autogestion directe.....	27
<b>2. 2. L'organisation des réunions : évaluer la participation</b> .....	<b>28</b>
Être présent.e, faire confiance, être représenté.e de façon équitable ?.....	31
La prise de parole.....	31
<b>2. 3. Les membres d'équipe face à l'organe d'administration</b> .....	<b>32</b>
<b>2. 4. La fonction de coordinateur.rice/gestionnaire</b> .....	<b>33</b>
Des réticences à la fonction.....	35
Une grande plus-value pour d'autres.....	35
<b>2. 5. La tournante de rôles et la professionnalisation de compétences</b> .....	<b>36</b>

2. 6. La prise d'initiative.....	37
<b>3. Eviter la surcharge.....</b>	<b>37</b>
3. 1. La surcharge ressentie.....	37
<b>3. 2. Les facteurs pourvoyeurs de surcharge en MÉMé en autogestion.....</b>	<b>38</b>
3. 2. 1. Ce qui est lié au système de soins de santé.....	38
3. 2. 2. Ce qui est lié à l'associatif et à l'évolution de la vision du travail dans notre société.....	40
3. 2. 3. Ce qui peut être rapproché à l'autogestion.....	42
a) Manque de clarté des lieux de décisions.....	43
b) Mener de front ses rôles et métiers.....	43
c) Se sentir légitime.....	44
d) Des visions différentes.....	45
<b>3. 3. Prendre en main la surcharge.....</b>	<b>46</b>
a) Des pistes d'outils mis en place.....	46
b) La résilience pour un travail porteur de sens.....	48
c) Combattre l'efficacité et trouver ses propres critères de satisfaction.....	49
<b>Chapitre 4 - Discussion.....</b>	<b>50</b>
<b>1. La maison médicale en autogestion : une association.....</b>	<b>50</b>
1. 1. Du managérialisme dans l'autogestion en maison médicale ?.....	51
1. 2. Pourquoi managérialisme et associatif ?.....	52
1. 3. Pour ne pas rentrer dans des logiques de rationalisation.....	52
<b>2. Les maisons médicales, une illustration de gestion plurielle.....</b>	<b>53</b>
2. 1. Un pôle action qui tient sur un fil.....	53
2. 2. Un projet politique bien en place.....	54
... où le travail et ses conditions appartiennent aux travailleur.euses,.....	54
... autonomie chemin faisant.....	54
... mettant en avant la participation et la prise de décision collective.....	55
... solidaire, pour et avec les patient.es,.....	55
... un accompagnement global de la santé qui a du sens.....	55
2. 3. Trouver ses propres critères de satisfaction.....	56
<b>3. Les MÉMé comme mouvement social, dans un monde de travail associatif.....</b>	<b>56</b>
3. 1. L'apport de la théorie du don (Mauss) pour transformer la relation au travail.....	56
3. 2. Comme mouvement pré-figuratif, pour transformer la société.....	57
3. 3. Protéger les travailleur.euses.....	57
<b>4. Biais, forces et faiblesses.....</b>	<b>58</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>58</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>60</b>

## Sigles et abréviations

MéMé : maison médicale

FMM : Fédération des Maisons Médicales

OA : organe d'administration (anciennement CA : conseil d'administration)

AG : assemblée générale

AP : assemblée permanente

DGJ : délégué.e à la gestion journalière

Coord. : coordinateur.rice

INAMI : institut national d'assurance maladie-invalidité

## Introduction

Le modèle autogestionnaire, comme alternative au mode de gouvernance traditionnel, a fait ses preuves dans le monde des maisons médicales et perdure depuis plus de cinquante ans. Elle est, d'ailleurs, source de réflexion en dehors du mouvement. Sur le terrain, les équipes vivent l'ambivalence entre, d'une part, l'admiration pour ce mode gouvernance partagée et l'idéologie portée et, d'autre part, la surcharge de travail qui en est inhérente. Nous allons tenter d'approcher la place des instances responsables de la gestion en maison médicale et le vécu des équipes au travers de cette recherche de terrain à méthodologie mixte : l'observation participante et des entretiens semi-directifs.

Ce mémoire se décline selon le plan suivant : une mise en contexte, l'introduction reprend la problématique, les questions de recherche qui ont guidé les investigations, les objectifs et le cadre conceptuel. Ensuite, la méthodologie est détaillée, suivie des résultats issus de la recherche de terrain. Ces résultats sont ensuite confrontés à eux-mêmes et auprès de la littérature dans la discussion. La dernière partie est la conclusion. Les annexes et le recueil des références bibliographiques se trouvent fin de travail.

### 1. Mise en contexte

#### 1. 1. Les maisons médicales de la Fédération des Maisons Médicales (FMM)

Il existe plusieurs fédérations de maisons médicales avec chacune leurs valeurs communes, avec un encadrement spécifique, la majoritaire étant la **Fédération des Maisons Médicales (FMM)** et est une de celles qui admet l'**autogestion comme critère d'adhésion**. Les maisons médicales, surnommées *MéMé* dans les cantons de l'est de notre pays, prennent la forme d'une **association sans but lucratif (ASBL)**, de soignant.es travaillant en **pluridisciplinarité**. Elles sont composées de médecins généralistes, d'accueillant.es, de kinésithérapeutes, d'infirmier.es et encore d'autres fonctions.

## 1. 2. Le forfait, une finalité en soi, une source de réflexion

Elles fonctionnent le plus souvent **au forfait**, un montant fixe mensuel versé uniquement par la mutuelle pour toutes les consultations de médecine générale, de kinésithérapie, de soins infirmiers. Les soins de base sont donc gratuits pour la.e patient.e, contrairement au système à l'acte où l'on paie un ticket modérateur de quelques euros en fonction de son statut.

La pratique au forfait permet de ne pas payer davantage quand on est plus souvent malade, améliore l'accessibilité à des soins de première ligne. En tant que médecin généraliste, je trouve que cela transforme la consultation en y enlevant l'aspect monétaire à la fin de la consultation : cela permet que la.e patient.e et moi sortions de cette notion de "service" que je lui rends, que je lui dois contre monnaie, et donc des obligations de résultats qui sont dûs de façon insidieuse. On entre dans une relation de partenariat où mon avis est consulté et nous décidons ensemble.

Le système à l'acte est beaucoup plus répandu et connu des citoyen.nes. *“En 2016 en Wallonie, la majorité des gens (95,2 %) consultent en pratique médicale à l'acte classique (chez un médecin généraliste solo ou dans un cabinet de médecins). La patientèle inscrite en maison médicale au forfait représente 3,6 % de la population et celle en maison médicale à l'acte 1,3 %.”* (Van Tichelen, 2019).

Mais cela évolue. Maisons médicales de toutes les fédérations confondues, il se crée une nouvelle maison médicale par mois, et une tous les deux mois au sein de la FMM. (source) On observe un changement dans la pratique de la médecine générale, l'association de médecins généraliste séduit de plus en plus. Elles fleurissent dans tout le pays, prennent en charge de plus en plus de patient.es, employant de plus en plus de travailleur.es. La Fédération des Maisons Médicales (FMM) coordonne 78 maisons médicales en Belgique francophone en 2008, 113 en 2017 et 130 aujourd'hui (site de la FMM, 2023). Elles ont aujourd'hui la reconnaissance politique tant convoitée (Hoffman, 2011).

De plus en plus, l'INAMI (institut national de l'assurance maladie-invalidité) **pousse vers une transformation du financement et de l'organisation des soins de santé** en ayant validé en juillet 2023 le "New Deal", un système mixte entre l'acte et le forfait (site de l'INAMI, 2023). Au

travers du forfait, ce système de financement par la sphère publique, les maisons médicales représentent un **laboratoire d'expérimentation pour une alternative de gestion**, notamment par le domaine de l'économie sociale et solidaire (Eynaud, 2016).

### 1. 3. Une idéologie à la naissance du mouvement, encore présente

Les maisons médicales en autogestion ont vu le jour dans les années 70 en cherchant à offrir une **alternative à la médecine libérale, qui marchandise les soins de santé**. A l'initiation de ce mouvement, ce sont des acteur.rices prônant un meilleur accès aux soins de santé de première ligne, défendant la solidarité, la justice sociale, la participation collective, l'éducation à la santé et encourageant un patient acteur et partenaire de ses soins de santé.

Ces personnes s'appuient notamment sur l'argument que **notre société elle-même à un impact sur la santé** (Fettucci, 2017) et, dans une ère où les inégalités sociales se creusent, où la nécessité d'un nouvel essor se fait sentir par la demande de changement de modèle sociétal par la société civile (Eynaud, 2016), le modèle autogestionnaire n'est pas qu'un moyen de fonctionnement, il s'agit, et ce, depuis le début du mouvement, d'une **finalité**. En maison médicale, on prône la participation des travailleur.euses et des patient.es notamment, le changement des relations hiérarchisées patient.e-soignant.e, ainsi que soignant.e-soignant.e, impliquant la **transformation de notre modèle de soins de santé** (site de la FMM, 2023). Cela se traduit, à titre d'exemple concret, par le forfait dont on vient de parler et l'autogestion comme comme de gouvernance.

Alors qu'à la naissance du mouvement on pouvait parler de "fièvre" autogestionnaire, certains auteurs décrivent une perte d'intérêt pour cet outil. De multiples entreprises dans d'autres domaines qui avaient été séduit par l'autogestion sont retourné à un modèle de gestion plus classique ou ont cessé leur activité (Cuvelier, 2008 ; Meurant, 2017). Les **motivations** pour rejoindre les maisons médicales ne sont plus tout à fait les mêmes : maintenant que le mouvement est créé, ce sont plutôt des personnes en accord avec les valeurs plutôt qu'encore porteur d'une profonde transformation, selon des acteur.rices hautement actif.ves sur le terrain (Fettucci, 2017). Les médecins en maison médicale représentent **une minorité des médecins** pratiquant et les organisations autogérées restent marginales dans le monde économique actuel.

Et pourtant, cinquante ans plus tard, les maisons médicales et leur modèle autogestionnaire sont toujours bien présentes. Au fil du temps, de la société, des crises internes, de réflexions de fond sur les valeurs, en adaptation à leur population locale et leur contexte d'ancrage, les façons de faire ont évolué. Les maisons médicales de la FMM restent encore très **empreintes de leur idéologie**, c'est d'ailleurs un élément qui leur permet d'être encore présentes, mais qui a tendance à faire défaut. (Leruth, 2008).

## 2. Problématique

La gestion des maisons médicales (MM), en tant qu'ASBL, se fait via un *organe d'administration* (OA) - précédemment dénommé *conseil d'administration* (CA) - et une *assemblée générale* (AG). Ils ont les rôles de responsabilité au niveau légal, ils sont les gardes-fous du bon fonctionnement de l'association. En tant qu'ASBL en autogestion, **l'OA et l'AG sont des membres de l'équipe**.

En tant que médecin généraliste de formation, j'ai pratiqué l'autogestion au sein de deux maisons médicales. J'ai participé à des réunions d'équipes, à des réunions de l'organe d'administration (OA), à la vie dans la maison médicale entre ces temps de réunions. J'ai pu me rendre compte sur le terrain de l'**ambivalence face à l'autogestion**, d'être un jour enthousiaste quand l'idée d'une collègue mène à un groupe travail et à la réussite d'un projet, tout comme de ne pas comprendre, le lendemain, lors de réunion d'équipe lorsque l'OA fait son retour sur les décisions qu'il a prises. De mon expérience en maison médicale, la construction des projets et de la gestion est parfois très protocolaire, parfois avec de fastidieuses démarches, ce qui puise beaucoup d'énergie. La façon dont l'organe d'administration mandate l'équipe ou l'assemblée générale n'est pas toujours claire.

Ma propre expérience en maison médicale n'est pas isolée. L'autogestion garde une image d'**utopie inatteignable**. Les **objectifs ne sont jamais totalement remplis** et les **charges de la participation** se font ressentir de façon unanime dans les équipes sur le terrain, comme le montrent plusieurs exemples (Charles, 2012 ; Wathelet, 2008 ; Legrand, 2015).

Cette liberté créatrice illustre ce **paradoxe, propre aux processus de démocratisation**. Le bien-être des patient.es et des travailleur.euses font partie des valeurs au centre de la motivation des équipes. Or, la charge de travail en maison médicale est si conséquente que cela mène à de l'inconfort, à des tensions, voire à de l'insécurité, à une désillusion à propos du modèle, à une démotivation d'équipes initialement engagées. Les cas de réorientation de membres d'équipe et de *burn-out* ne sont pas rares, c'est même une préoccupation principale de la FMM (Fabienne Saint-Amand, lors d'un entretien exploratoire, 2021). Je me suis retrouvée à me dire que l'autogestion n'était pas pour moi car je suis trop impliquée dans les projets. Je suis alors allée exercer à l'hôpital et j'ai eu besoin de faire une pause dans la réalisation de ce mémoire.

Cela faisait déjà une année que j'expérimentais l'autogestion en maison médicale lorsque je tombe sur la proposition de sujet de mémoire du Professeur De Leener : "*Entre autonomie des équipes et surcharge de travail, la place de l'OA*" et c'est à ce moment-là que j'arrive à formuler que la situation du terrain n'est pas claire ni pour moi, ni pour les membres de ma maison médicale, ni pour cell.eux des autres Mémé et non plus pour le milieu académique.

De nombreux avis, dans la littérature ou sur le terrain, convergent vers l'idée qu'il faut repenser le modèle (Fettucci, 2017 ; Corsani & Darbus, 2021). Malgré que de **nombreuses maisons médicales sont en crise face à cette autogestion**, celles-ci choisissent de continuer la réflexion de fond, par exemple, en se tournant vers la FMM pour trouver des ressources ou pistes de solution, de transformer la formule en cours de route. En effet, la gestion de ces difficultés prend différentes formes au sein des maisons médicales : **à chaque équipe sa façon de dessiner l'autogestion en son sein** (Whatelet, 2008).

### 3. Question de recherche

Dès lors, entre ce principe d'autonomie qui fait l'essence du mouvement des maisons médicales et les risques de surcharge dont de nombreux facteurs ont déjà été mis en évidence : quel est le vécu des équipes sur le terrain ? Qui est le garant de l'équilibre ? Comment cela se passe-t-il sur le terrain ? Quel est l'avis, les volontés des équipes sur la question ? Quel est le ressenti des équipes sur leur modèle d'autogestion et leur impression d'autonomie ou de surcharge ? L'autogestion est-elle incompatible avec bien-être au travail ?

Une hypothèse serait que l'organe d'administration, dont les fonctions recouvrent la gestion quotidienne et le contrôle des actions de l'ASBL adopte une position démissionnaire de ses rôles et que les maisons médicales se retrouvent en surcharge, par la poursuite d'une autonomie la plus "maximale" possible.

#### 4. Objectifs

Les objectifs sont d'**appréhender au plus proche d'elle-même la pratique de l'autogestion** en maisons médicales, un modèle bien implémenté aujourd'hui, de comprendre ce qu'il se passe et comment cela est **vécu** par les équipes qui en sont actrices. Le but est de comprendre comment l'autonomie se fait et quelles causes du surcharge se retrouvent sur le terrain.

## Chapitre 1 - Cadre conceptuel et théorique

### 1. L'autogestion comme mode de gouvernance

L'autogestion est un critère d'adhésion des Mémé de la FMM, comme vu plus haut. Si l'on doit s'intéresser à sa pratique, on va devoir en approcher au plus près la définition. Le mode de gouvernance est l'**autogestion**, autrement dit les employeur.euses. sont les travailleuses et travailleurs (Nyssens, 2008), assurant la gestion par eux-mêmes. La gouvernance est citée à de nombreuses reprises dans la littérature et serait difficile à définir en quelques lignes. Pour sa définition de base, il s'agit de la vision et l'orientation organisationnelle, de l'ensemble des règles qui régissent le système en fonction des valeurs (site du ROCAJQ, 2023). La gestion est plutôt l'application quotidienne de la vision, et touche à la planification, la mise en œuvre de la stratégie, les processus, les mécanismes. L'autonomie est la volonté d'agir selon ses propres lois.

L'autogestion, c'est donc être autonome dans sa gestion. C'est la lutte contre une double dualité de pouvoir : *verticale* entre la hiérarchie des métiers, valorisés différemment dans la société, notamment, la subordination, ainsi que *horizontale* dans la parcellisation des tâches,

davantage en faveur de la polyvalence (Liesenborghs, 2017). Cela ne signifie pas non plus qu'il n'y a pas de chef, mais que les responsabilités et les pouvoirs du chef sont réparties sur chacun.e. (Liesenborghs, 2017).

Améliorer son degré d'autogestion, c'est travailler pour conscientiser les "*pouvoirs*" effectifs au sein du collectif. Une fois avoir supprimé les pouvoirs "*sur*", il reste encore les formes de "*pouvoirs de*" : le pouvoir d'**initiative**, le pouvoir d'**information**, le pouvoir de **compétence**, le pouvoir de **présence**, le pouvoir de **parole** et le pouvoir de **coordination** (Liesenborghs, 2017).

## 2. L'autogestion en maison médicale

Dans une maison médicale, c'est laisser la liberté à l'équipe d'organiser son quotidien, qui est discuté lors de réunion d'équipe hebdomadaire dépourvue au maximum de hiérarchie. L'autogestion signifie donc l'**application de l'orientation organisationnelle par les lois des travailleurs eux-mêmes**. C'est une des formes de gouvernance partagée. Le concept vient d'une réelle volonté de s'approprier son travail autrement (Fettucci, 2017). En effet, si le bateau coule, on perd son travail, cela oblige de s'impliquer : chaque membre est embauché pour sa fonction de base et pour sa volonté de participer, mais également pour la participation aux réunions multidisciplinaires et d'autres fonctions qu'il découvrira sur le terrain (Fettucci, 2017).

Nous l'avons vu précédemment, en tant qu'ASBL en autogestion, l'OA et l'AG sont des membres de l'équipe. La définition des tâches de ces instances est floue. Au niveau légal, l'OA a une "*compétence générale de gestion et de représentation de l'ASBL et est compétent pour tout ce qui n'est pas attribué à l'AG*" (Denoiseux, 2020). Ce sont les statuts établis au sein de la Mémé qui définissent les règles du jeu. Grégory Meurant, dans son mémoire en 2017 sur les "Apports et limites du modèle autogestionnaire" a approché, au travers d'un questionnaire, la question de la délimitation des pouvoirs des différentes instances : les décisions d'ordre opérationnel, la gestion journalière, et celles d'ordre stratégique, de vision d'équipe. On peut citer par exemple Cela a révélé qu'il n'y avait rien d'homogène sur la responsabilité des sujets d'ordre stratégique ou opérationnel.

### 3. Les parties prenantes et la composition des instances

Être autonome ne signifie donc pas être indépendant. La maison médicale dépend aussi d'autres parties prenantes : l'INAMI et les financements par subsides, les patient.es, les partenaires du réseau par exemple. En étant en autonomie de gestion, l'OA et l'AG des maisons médicales sont indépendants des institutions publiques ou de groupes d'entreprises privées, mais elles peuvent cependant avoir un apport financier (subside, INAMI).

La **participation majoritaire des travailleuses** au sein de l'AG est indispensable au principe d'autogestion, c'est ce qu'on appelle le critère de composition (site de la FMM, 2023). À côté de cela, la participation des patient.es, encouragée par le mouvement, n'est pas une contrainte pour autant au sein de la FMM mais est encouragée dans le souci d'inclure un maximum les parties prenantes, à voix consultative ou contributive.

Selon Ladavid (2002), l'autogestion peut être de différents types en fonction de la participation des parties prenantes. Elle peut être dite **directe** si l'AG sont les travailleur.euses, sans intermédiaire.

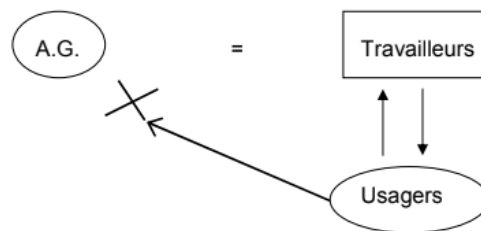


Figure 1. Schéma de l'autogestion directe selon Ladavid (2002)

Elle peut être **indirecte** si l'on a recours à un OA. Il y a encore d'autres variantes de ce type, en fonction de la présence ou non d'usagè.es, d'extérie.es ou d'un mélange des deux.

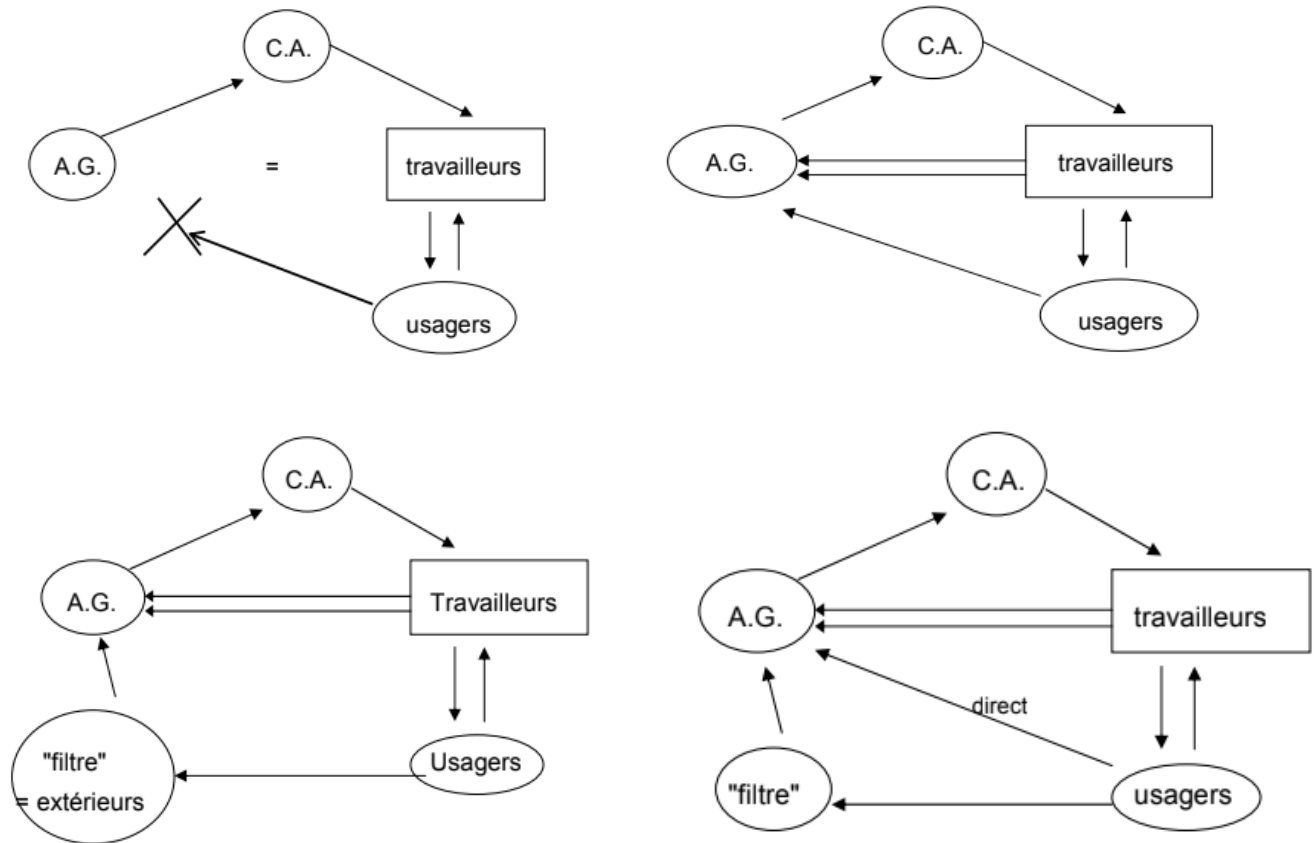


Figure 2. Schémas de l'autogestion indirecte selon Ladavid (2002) , avec CA intermédiaire. Le premier n'a pas d'externe . Le deuxième a au moins un.e externe usagè.e et le troisième un.e externe non usagè.e. Le quatrième est une association des deux précédents.

D'autres instances entrent également en jeu : la **réunion d'équipe (RE)** qui a lieu une fois par semaine le plus souvent, les **groupes sectoriels**, les **personnes mandatées**, qui mettent en place les actions au sujet des décisions sur l'opérationnalité prises par l'OA. Comme les maisons médicales sont en autogestion, cela veut dire que les membres de l'OA et de l'AG sont les membres de l'équipe.

#### 4. Des nouveaux outils aux lèvres

De plus en plus, on entend de travailleur.euses en maison médicale les nouveaux concepts issus du managérialisme : organisation opale, sociocratie, holacratie, entre autres. La sociocratie est une mode de gouvernance partagée, nécessitant des critères bien précis pour être utilisée comme appellation. Il faut une organisation en cercles autonomes dans leur gestion et des doubles liens entre les cercles, c'est-à-dire toujours minimum deux personnes qui lient les cercles. Il faut également des prises de mandats par élection sans candidats et des décisions prises par consentement. L'holacratie utilise les mêmes principes, on intègre les groupes plutôt en fonction des rôles, "casquettes" que l'on a. Donc quand les rôles sont réunis dans un cercle (Servigne, 2019). Nous verrons ces concepts plus loin.

## Chapitre 2 - Méthodologie

La méthodologie de ce mémoire est mixte. C'est une recherche de terrain en plusieurs parties. La première partie est exploratoire, composée d'une observation passive et d'entretiens libres d'experts. La deuxième partie est une méthodologie mixte : l'observation participante et des entretiens semi-directifs. L'analyse des données est descriptive, de type hypothético-déductive.

### 1. Première partie

La première partie est d'ordre exploratoire. J'ai exercé comme médecin généraliste en maison médicale en autogestion durant un an, ce qui a fait émerger cet intérêt pour le sujet de l'équilibre entre autonomie et surcharge des équipes en autogestion. J'ai procédé à des entretiens libres exploratoires auprès de personnes pratiquant ou ayant pratiqué l'autogestion de longue date et intéressé.e.s des questions qu'elle soulève. Ce sont des travailleur.euse.s de la FMM, des ancien.ne.s membres d'équipes, des superviseur.e.s d'équipe qui ont encadré des équipes à façonner leur modèle d'autogestion, le plus souvent un mélange de tout ça.

Cette première récolte d'informations a permis de façonner mon guide d'entretien pour la deuxième partie. Il y notamment un concept qui est ressortie, bien connue de tous les experte.es interrogé.es au sujet du rôle des instances en maison médicale en autogestion : le **modèle**

**théorique de la vision dynamique de la place** que prend l'OA dans une association de Julie Rijpens et Sophie Mertens (2008), décrit à partir d'une étude de Miriam M. Wood (1992). Cela a ajouté la notion de **temporalité** à l'abord de la question de recherche. C'est cette notion qui a mis en évidence que le rôle des instances n'est probablement pas le même en fonction des étapes de vie d'une MM.

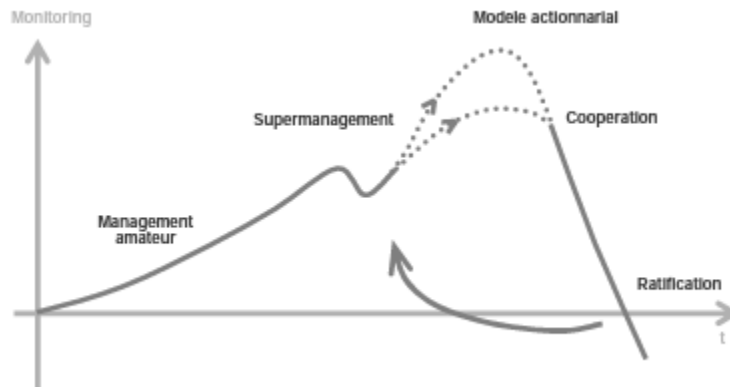
### 1. 1. Le modèle théorique de la vision dynamique de l'OA de Rijpens et Mertens (2008)

Le modèle s'articule autour de quatre idées principales. La première est l'idée que l'OA a les fonctions **résiduaire**s, ce qui est confirmé par la législation belge vue précédemment. La deuxième est que ces fonctions résiduaire sont le **résultat d'éléments internes et externes** à l'association : autant son âge, sa taille d'équipe, son histoire, que l'influence du cadre légal, des parties prenantes, du financement. En troisième lieu, les autrices catégorisent en **trois thèmes** les rôles de l'OA : *“le rôle de **monitoring** (mission, stratégie, contrôle), le rôle de **développement** (ressources, réputation, information) et le rôle de **mise en conformité** (respect des obligations légales). Le rôle de mise en conformité est peu exigeant et assez stable tandis que les fonctions liées au rôle de monitoring sont celles pour lesquelles on observe **la plus grande variabilité dans le niveau d'investissement du CA**”* (Rijpens & Mertens, 2008).”

Ensuite, la quatrième idée est que le rôle est cyclique et les étapes sont **communes aux associations**. Par contre, il n'est pas possible d'identifier à quel moment elles se déclenchent. Au début, l'OA est composé des fondateur.rices de l'association et doivent la faire fonctionner, les membres sont motivés et font de la gestion quotidienne, le monitoring est faible.

L'OA dégage des moyens, met à la tête de la gestion journalière un.e directeur.ice, issu de l'OA lui-même souvent, en lequel.elles ont une grande confiance et se décharge radicalement de la partie opérationnelle de ses fonctions. Il s'agit de la **phase de management amateur** qu'elles ont décrit sur le schéma ci-dessous.

Figure 3. Le cycle de vie du conseil d'administration selon Rijpens et Mertens (2008)



Ensuite, il devient inhérent à l'augmentation des moyens de l'association, due à son développement, d'intégrer de nouvelles personnes comme administratrices. Ces personnes sont le plus souvent dotées de compétences techniques et de managérialisme. Cette phase est dite de **supermanagement**. Elle débouche sur la mise à la tête de l'association de quelqu'un.e pour ses qualités de manager.

A cette étape, il y a deux issues possibles. D'une part, l'OA peut renforcer son action de monitoring via le manager, qui, moins motivé par le projet commun et plus désintéressé, est moins à l'écoute du délégué à la gestion journalière. Nous sommes alors dans un **modèle actionnarial**. D'autre part, il peut s'opérer une **phase de coopération** entre l'OA et la personne de confiance désignée à la gestion journalière.

*“Elle peut toutefois déboucher plus vite qu'on ne le croit sur une phase de ratification dans laquelle le CA n'exerce pratiquement plus aucun rôle, en dehors de ses obligations purement formelles (rôle de mise en conformité). Cette phase apparaît naturellement lorsque le directeur jouit d'une grande confiance et que, pour minimiser les efforts demandés aux membres du CA (qui sont par ailleurs des personnes prestigieuses fort occupées), le manager prépare tous les conseils (agenda, proposition, rapport, etc.). Ses propositions sont en fait des décisions à entériner. Dans une telle configuration, il est extrêmement difficile de garder intacte la motivation des administrateurs qui ne se sentent plus du tout nécessaires.”*

## 2. Seconde récolte d'information

La deuxième partie est la récolte de données issues de deux sources : mon observation participante et des entretiens semi-directifs. La méthodologie est donc mixte. Le terrain est essentiellement les maisons médicales de la FMM, en autogestion et utilisant le forfait comme financement. Pendant huit mois, j'ai travaillé en tant que médecin généraliste en maison médicale, j'ai pratiqué l'autogestion, j'ai participé à des groupes de travail, des réunions d'équipes, des réunions OA et AG, j'ai travaillé auprès de membres de maisons médicales et ai pu leur poser mes questions. L'équipe était au courant de mon enquête de terrain en tant qu'observatrice. Ensuite, j'ai procédé à six entretiens semi-directifs.

L'échantillon de maisons médicales interrogées reprend d'abord cinq maisons médicales de la FMM en Belgique francophone. Les Mémé ont été sélectionnées pour leur âge : de 2 à 45 ans ; leur taille d'équipe : de 7 à 23 ; la présence ou non d'un.e coordinateur.ice ; leur provenance géographique : province de Bruxelles, de Liège, du Luxembourg et du Brabant-Wallon. J'ai ajouté à l'échantillon une maison médicale en France, citée par deux travailleur.euses interrogées, comme étant source d'inspiration pour réfléchir à leur propre modèle.

Le guide d'entretien était commun mais il était possible d'en sortir au gré des informations apportées pendant l'entretien. Elle se retrouve en annexe 1 de ce travail. L'ancienne dénomination CA a été utilisée dans les entretiens car l'est encore actuellement sur le terrain, c'est pourquoi elle apparaît dans les citations d'entretiens.

Les entretiens se déroulaient avec deux membres : l'un.e faisait partie de l'OA et l'autre non. Au coeur de toute la complexité de la thématique de l'autogestion en maison médicale, les membres exercent souvent plusieurs rôles au cours de leur carrière ou simultanément. Les personnes interrogées sont membre actuel ou ancien d'équipe, parfois fondateur de leur Mémé, mais parfois également membre de l'OA, ou membre d'un OA d'une autre maison médicale, ou ancien membre d'une autre maison, ou encore travailleurs de la FMM ou membre d'autre collectif autogérée. Elles exercent les métiers d'accueillant.e, de gestionnaire, de coordinateur.ice, d'infirmier.e, de kinésithérapeute, de médecin et, le plus souvent, pas qu'un seul métier à la fois. Il aurait été difficile d'avoir un échantillon de personnes comparables les unes aux autres, sachant

que chacun.e est touché.e de façon différente par l'autogestion dans sa pratique. Il en ressort que nous touchons par cet échantillon des personnes issues de chacune des deux catégories : celles qui participent ou non aux réunions d'OA à l'instant précis de l'interview. Cela implique cependant que le guide d'entretien est adapté au fur et à mesure de l'interview en fonction des réalités de chaque répondant.e.

Le guide d'entretien reprend un ensemble de questions qui creusent l'autogestion en maison médicale, pour rappel, la **déconstruction des pouvoirs**, moins visibles ou non, au sein des systèmes sur le terrain. Il commençait par des questions descriptives des caractéristiques de leur maison médicale. Ensuite, sont posées des questions sur les instances de décisions, leur place dans le modèle, les modalités d'accès, les procédures de décision. Pour approcher les formes de pouvoir plus insidieuses, des questions approchent ensuite l'organisation des réunions - élément-clé car, en autogestion, c'est là que tout se passe, que tout est décidé -, la capacité d'autonomie et les moyens de réduction des risques de surcharge. Les questions sont posées à des membres d'équipes pour saisir leur connaissance et leur ressenti du modèle qu'ils utilisent.

Des questions sur leur sentiment d'autonomie et de surcharge suivent dans le guide d'entretien, les causes perçues par les équipes, les outils mis en place, permettant d'apprécier les répercussions de leur propre modèle autogestionnaire et leur façon de s'adapter. En tant qu'acteur de l'économie sociale et solidaire, des critères d'évaluation comme l'aspect financier ou la rentabilité n'auraient pas leur place dans l'évaluation du mode de gouvernance des maisons médicales. Par contre, par le fait qu'elles se pérennisent aujourd'hui et la satisfaction des travailleur.euses de leur modèle sont des éléments qui gagent qu'une partie des objectifs recherchés à l'essence du mouvement sont atteints. Ce dernier élément a également été évalué en entretien. Le guide d'entretien est en annexe de ce travail.

J'ai également interrogé des gestionnaires et coordinateur.ice.s pour les questions spécifiques à ces fonctions par des personnes qui la vivent. Ce guide d'entretien se trouve en annexe 2 du document. Les entretiens ont duré entre 1h05 et 2h30 en fonction des questions ajoutées, ont été retranscrits dans leur totalité et annexés à la fin du travail.

## Chapitre 3 - Résultats et analyse

Après avoir fait un tour d’horizon de ces maisons médicales et avoir pu entrer l’espace de quelques heures dans leur quotidien, le traitement des données récoltées se fait dans ce deuxième chapitre.

Les réponses ont été regroupées en différentes parties. La première partie objective leurs caractéristiques identitaires des maisons médicales, les instances légales, les modalités d’accès à l’institution. La deuxième partie décrit les modèles autogestionnaires des maisons médicales interviewées, l’organisation des réunions, les fonctions qui interviennent, le ressenti et l’avis des membres sur le terrain. La dernière rubrique reprend les informations recueillies sur le sentiment de surcharge, les causes abordées dans cette enquête de terrain, les éléments mis en place par les MéMé pour lutter la prendre à bras le corps.

### 1. Carte d’identité des maisons médicales

Ce premier tableau reprend les caractéristiques d’âge, de taille des maisons médicales interrogées et de type de financement. Pour la maison médicale B, comme le paiement se fait à l’acte, les patient.es ne sont pas inscrit.es, il n’y a pas de tenue du nombre de patient.es qui fréquentent le centre de santé. Pour la maison médicale F, ils arrivent à suivre le nombre de patient.es inscrit.es et un système de paiement au forfait va bientôt arriver en France.

Tableau 1. Récapitulatif des données descriptives des maisons médicales interrogées

Maison médicale	A	B	C	D	E	F
Âge	2 ans	5 ans	28 ans	20 ans	44 ans	2 ans
Taille de l'équipe	7 membres	23 membres	20 membres	16 membres	20 membres	17 membres
Nombres de patient.es inscrit.es	+/- 600	N/A <sup>(1)</sup>	+/- 2100	+/- 2300	+/- 3100	+/- 2200
Type de paiement	forfait	à l'acte	forfait	forfait	forfait	à l'acte

<sup>(1)</sup>N/A = non applicable

Le deuxième tableau traite les données issues des questions sur les instances de gestion et de décisions et les modalités d'accès aux instances légales (OA et AG).

Tableau 2. Récapitulatif des instances et fonctions de gestion et des modalités d'accès à l'institution

Maison Médicale	A	B	C	D	E	F
Instances	AG OA Équipe	AG OA DGJ <sup>(1)</sup> Équipe Coord. <sup>(1)</sup>	AG OA Équipe, avec délégation au Comité de gestion	AG OA Équipe, subdivisée en trois Cercles autonomes : soin, gestion, promotion de la santé	AG OA Équipe, avec délégation à deux organes (de soin et de gestion) Coord. <sup>(1)</sup> Comité de coordination	AG OA Groupe pilote Coord. <sup>(1)</sup>
Composition de l'OA	2 membres 1 personne externe	6 membres	Equipe quasi complète (~20)	4 membres	3 membres	4 personnes externes
Durée du mandat	2 ans	2 ans	5 ans	2 ans	2 ans	Non défini
Renouvellement du mandat	Renouvelable 1 fois  Passation complète sur 1 mois	Renouvelable 2 fois  Passation différée en année	Renouvelable à vie  Tous les 5 ans réévaluation du CA	Renouvelable 3 fois  Passation différée en année	Renouvelable 3 fois  Passation différée en année	Non défini
Présence d'externe à l'AG	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui
Volonté d'externe à l'OA et à l'AG	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

<sup>(1)</sup>DGJ = délégu.e à la gestion journalière. Coord. = coordinateur.ice.

Toutes les maisons médicales interviewées fonctionnent avec un mode d'autogestion indirecte selon la typologie décrite par Ladavid (2002), c'est-à-dire par une **délégation à l'OA, incluant parfois un externe** au sein de l'OA et/ou de l'AG. La volonté de chacune des maisons médicales est d'intégrer des extérieurs au sein des instances, en particulier des patients comme l'a indiqué la maison médicale A. Elles reconnaissent la plus value qu'est d'intégrer ces parties prenantes particulièrement concernées par leur actions.

D'autres instances ayant des fonctions propres et exerçant un certain pouvoir voient le jour parmi ces maisons médicales : le.a coordinateur.rice, le.a délégué.e à la gestion journalière, le comité de gestion, le comité de coordination, les cercles de gestion, de soin et de promotion à la santé, les organes de soin et de gestion. Les termes, comme nous allons le voir, ne sont pas précis sur le terrain et nécessitent quelque description.

## 2. A la poursuite de l'autonomie

### 2. 1. Description explicative des modèles autogestionnaires

En approchant six maisons médicales via un échantillon non représentatif, on dégage six modèles différents. On peut affirmer qu'il existe autant de modèles pour les 130 maisons médicales de la FMM. Il existe des maisons médicales de l'âge et du nombre de patient.es de la maison médicale E s'auto-gérant sur le même modèle que la maison médicale A. Cette typologie n'a rien d'exhaustif.

J'ai éprouvé le besoin de mettre ceci en schéma pour comprendre et, surtout, de **constater les divergences**. Ce sont ces divergences qui nous intéressent afin de comprendre comment les MÉMé fabriquent leur système autogestionnaire pour quelles raisons, entre autonomie et risque de surcharge.

Figure 3. Aperçu des organigrammes des modèles autogestionnaires réalisés sur les données récoltées

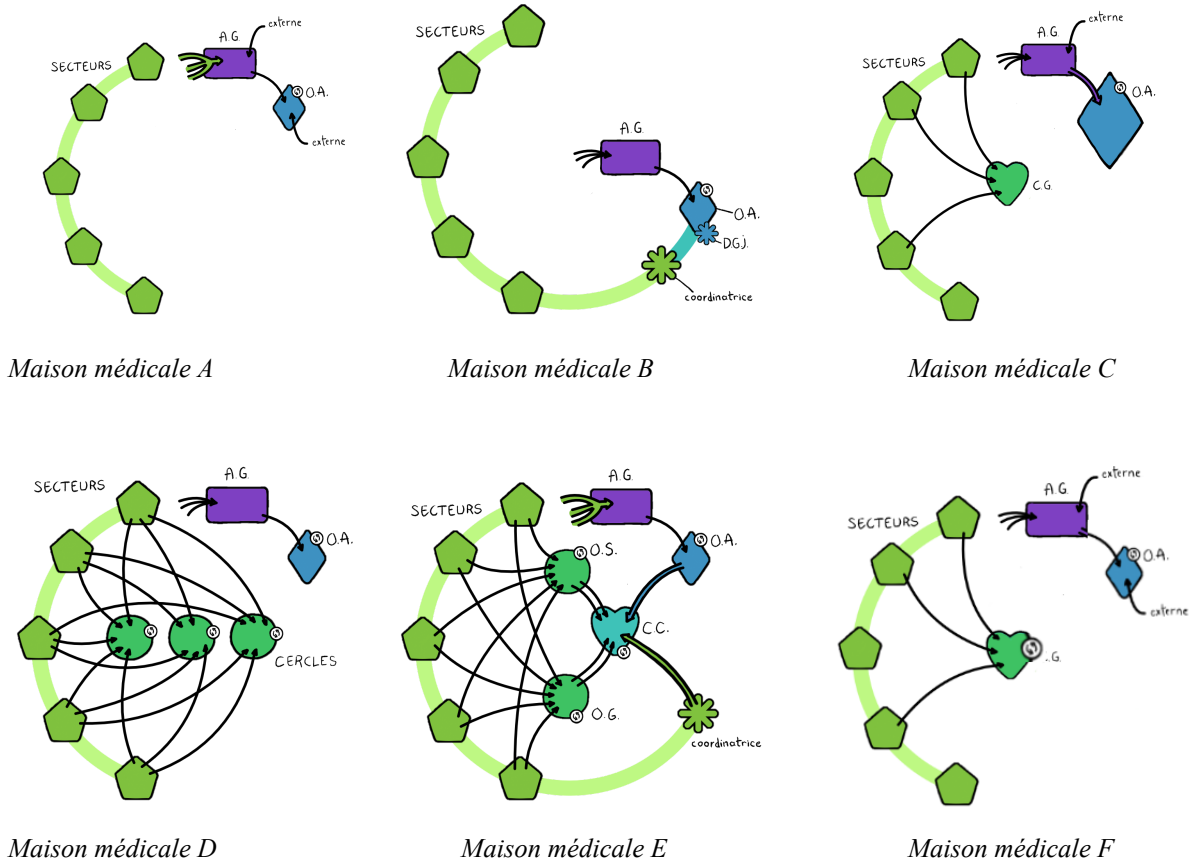
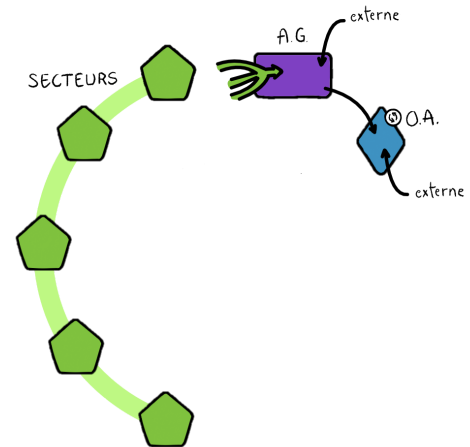


Tableau 4. Légende commune aux organigrammes

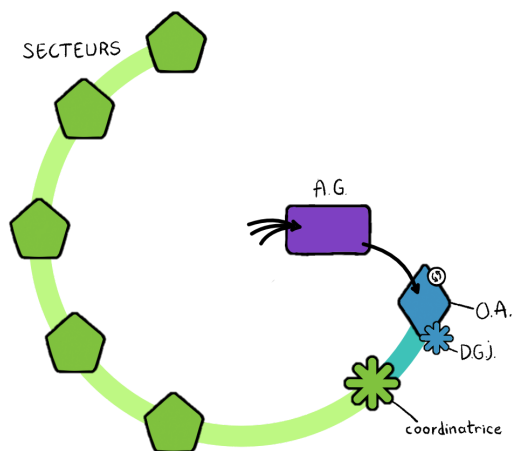
	AG, qui peut contenir des externes		Membre d'équipe d'un secteur
	OA		Intersectoriel, et attention portée à la représentativité de chaque secteur
	Ensemble des membres d'un secteur (kiné, infirmier.e, accueillant.e, ...)		Interaction membre de l'équipe et OA
	Sous-groupe intersectoriel		Comité de coordination/gestion
	"flèches" - renouvellement régulier de la composition du groupe		Coordinateur.rice ou délégu.e à la gestion journalière

### a) Le modèle de la Mémé A - proche de l'anarchie

L'équipe constituant la maison médicale se compose de 7 personnes. L'AG est composée de l'équipe, celle-ci opère toute la gestion de la MM. L'OA n'a pas encore eu de réunion. Le but de leur équipe est de rester de petite taille et de ne pas créer d'autre fonction ou organe de gestion ou coordination, c'est leur vision d'équipe. C'est donc le modèle le plus **anarchique** - au sens de horizontal - parmi les Mémé étudiées dans cette recherche.



### b) Le modèle de la Mémé B - proche d'une ASBL classique



Ce modèle se différencie du précédent par l'apparition du binôme déléguée à la gestion journalière (DGJ) et coordinatrice (coord.). Ici, la DGJ est une administratrice déléguée, mais cela peut être un.e membre de l'équipe qui n'est pas administrateur.ice. C'est un rôle prévu dans les règles légales de la tenue d'une ASBL, c'est une personne de confiance à qui l'OA "transfère le pouvoir d'accomplir certains actes relevant de la gestion quotidienne de l'ASBL" (Revers, 2005). La liste des tâches est à établir mais cela peut

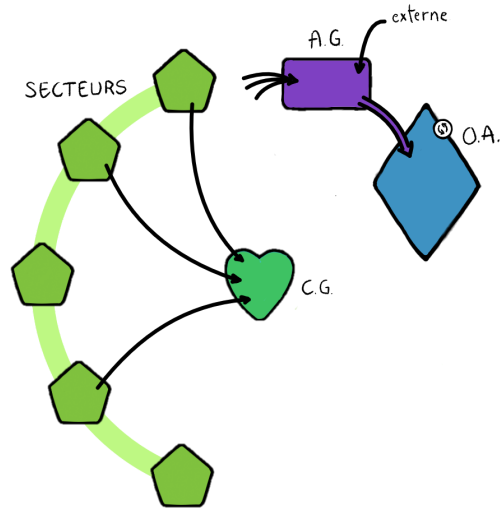
aller jusqu'à l'engagement ou licenciement du personnel ou la signature des comptes.

Le binôme est chargé par l'OA d'une grande partie de la gestion quotidienne. La DGJ occupe une fonction propre à côté de cette délégation, alors que la coordinatrice est embauchée à ces fins strictement dans cette Mémé et est présente aux réunions de l'OA en tant que détentrice d'informations sur la vision globale.

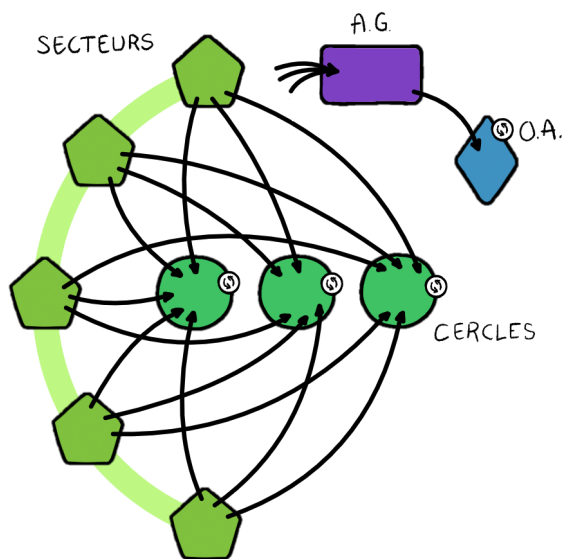
### c) Le modèle de la Mémé C - l'OA substitué par le comité de gestion

Dans cette maison médicale, l'OA est très nombreux, représente toute l'AG. Il est renouvelé moins rapidement que dans les autres modèles de cette recherche. Cela a été décidé pour répartir les responsabilités sur plusieurs personnes, au lieu de trois, comme ce fût le cas précédemment.

Cela a forcé une délégation de trois personnes, venant de **secteurs distincts** pour assurer la pluridisciplinarité, constituant **comité de gestion**, prenant en charge une grande partie de la gestion quotidienne. Des balises sont formalisées pour prendre des décisions budgétaires sous un certain budget. La remise du mandat au comité de gestion se fait sur base volontaire (quand la personne décide de ne plus exercer le mandat). Les décisions du comité de gestion sont **souvent contestées**.



### d) Le modèle de la Mémé D - proche de l'Holocratie, les cercles



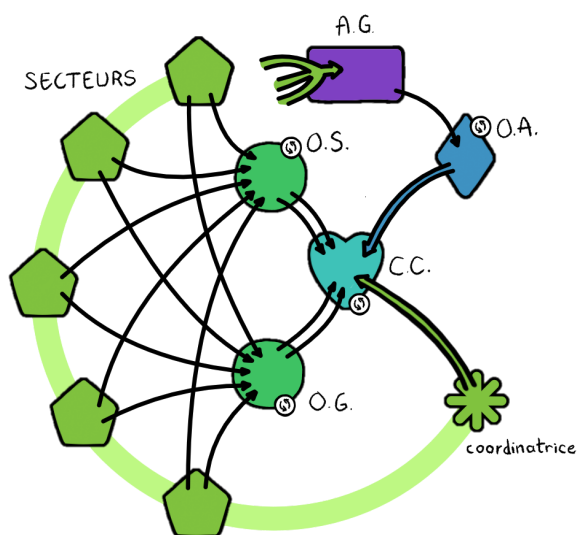
Dans ce modèle, inspiré de l'Holocratie, **l'ensemble de l'équipe est réparti** dans trois cercles autonomes pour une durée de deux ans : le cercle de **soin**, le cercle de **gestion** et le cercle de **promotion à la santé**. Dans la mesure du possible, chacun des cercles est composé d'un.e représentant.e de chaque secteur (il existe des secteurs de moins de 3 membres).

Les secteurs et les cercles sont autonomes dans la prise d'initiatives et de décisions qui les concernent, mais ils ont également un cahier de **redevabilités**, de missions, bien définis à remplir.

L'AG et l'OA sont les gardes-fous des actions entreprises. La gestion quotidienne glisse de l'OA vers les cercles de façon volontaire, pour **soulager les administrateur.rice.s** et qu'ils puissent se concentrer sur les aspects stratégiques.

*“Avant, il y avait un conseil de gestion mais ça prenait trop de place, donc on a créé un conseil d'administration mais c'était toujours un peu les mêmes problèmes. Alors qu'avec notre méthode d'Holacratie avec les cercles, je pense qu'on a moins l'impression qu'un cercle prend le pouvoir.”*

### e) Le modèle de la Mémé E - proche de la sociocratie, le double lien



L'équipe s'est inspirée de la sociocratie pour fabriquer ce modèle qui lui colle à la peau. La coordinatrice a un rôle délimité au travail au sujet de la **gouvernance** de l'équipe et ne s'occupe pas de la gestion.

Chaque secteur de soin envoie **un.e représentant.e dans l'organe de soin** et les métiers de gestion ont également **l'organe de gestion**. Les flèches partent de tous les secteurs car, en Mémé, beaucoup de membres exercent

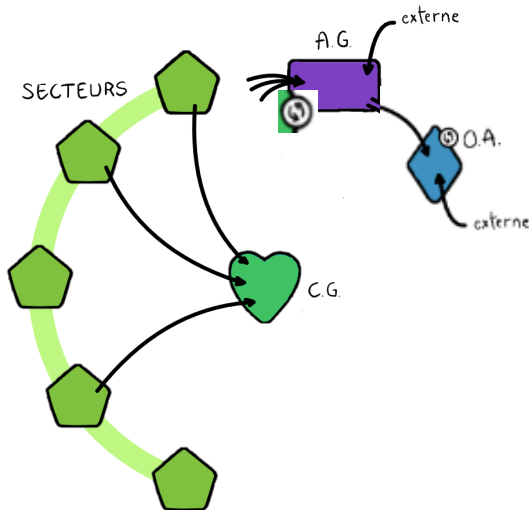
plusieurs métiers. Ces deux organes sont autonomes pour les prises de décisions et d'initiatives à titre opérationnelles qui les concernent. Ils se réunissent une fois par semaine. Chaque organe envoie ensuite deux personnes respectivement, ce qu'on appelle le **double lien**, au comité de coordination déjà composé de l'OA et de la coordinatrice, ce comité se réunit toutes les deux semaines. Ces représentant.es et personnes envoyées changent environ tous les neuf mois.

*“Puis, je pense que nous sommes arrivés vers un système un peu moins horizontal et beaucoup plus « normé » dans le sens « sociocratisé ». (...) On nous avait dit que nous n'y*

*arriverions pas car nous arrivions à une taille où l'autogestion n'est quasiment plus possible. On voyait tout autour de nous les autres maisons médicales où le CA prenait le pouvoir.”* et elles sont passées à un mode d'organisation en cercles.

Dans ce modèle, on discute d'abord en secteur. Ce qui n'est pas résoluble à ce niveau est envoyé dans l'organe adéquat : de soin ou de gestion. Ensuite, ce qui n'est toujours pas résolu, est abordé au comité de coordination. *“Il [le comité de coordination] n'est pas au-dessus. Il est quasiment résiduaire. C'est-à-dire qu'il s'occupera de ce que les autres ne peuvent pas s'occuper. En général, on dit toujours que le comité de coordination s'occupe toujours de tout ce qui est transversal.”* Il n'y a plus de réunion OA, ses fonctions sont réparties dans les secteurs autonomisés, organes et comité de coordination.

#### f) Le modèle de la MéMé F - proche de l'autogestion directe



Cette maison médicale est en France. Elle applique l'égalité salariale entre tous les travailleur.euses, un concept qui a été fortement revendiqué au début du mouvement en Belgique mais qui n'est plus d'actualité et ne se retrouve pas dans les cinq maisons médicales précédemment interviewées.

Le modèle ressemble à celui de la maison médicale C, avec un comité de gestion/coordination qui s'appelle "groupe pilote". Le groupe pilote est composé de 5-6 personnes de **secteurs distincts** et qui se renouvelle tous les six mois. Il se réunit un mardi sur trois et l'ensemble de l'équipe deux mardis sur trois, dont la **réunion est guidée par le groupe pilote**. Pour être en autogestion mais respecter les aspects légaux liés à la gestion d'une ASBL, il existe un OA qui est complètement ratificateur, qui ne fait **pas partie de l'équipe**, qui n'est pas décisionnaire. Il y a un arrangement avec les administrateur.rices, elles ne sont là que pour "signer les papiers", au point de se demander si on approche l'autogestion de type directe selon les termes de Ladavid (2002).

## 2. 2. L'organisation des réunions : évaluer la participation

On constate qu'il y a une attention particulière pour la pluridisciplinarité au sein de cercles, organes en comité restreint. Ces schémas suggèrent également qu'il y a diverses réunions, en plus des réunions de l'OA et de l'AG comme dans toute ASBL, chaque cercle, pentagone, coeur sont susceptibles d'avoir des réunions.

Les réunions sont un **espace déterminant dans l'exercice d'autonomie d'équipe, et donc des jeux de pouvoirs**. Récolter des informations sur le déroulement de ces réunions et les sujets qui y sont discutés permet de cibler l'attention apportée à la réduction de ces pouvoirs, et notamment **évaluer la participation** au sein des équipes. Le tableau reprend les types de réunion et leur fréquence d'apparition dans le mois. Quatre cases représentent quatre semaines, pour évaluer la fréquence de réunion approximative par mois.

Tableau 3. Répartition mensuelle des réunions en fonction des instances mobilisées

Type de réunion \ MM	A	B	C	D	E	F
Secteur						
Réunion d'équipe						
					AP : 6x/an	
Cercles / organes						
Comité de gestion / de coordination / coordinateur.rice						
OA						
AG						
		2X/an	2X/an	2X/an	2X/an	2X/an
Groupe de travail et cas cliniques						

Dans ce tableau, des instances ont été regroupées non pas par similarité d'actions, mais par nombre de personnes qu'elles mobilisent. Il est très important de ne pas confondre leurs fonctions, qui influencent la dynamique de chaque système, et a été détaillée précédemment : fonction de gestion, de gouvernance, etc. Le code couleur est le même que celui utilisé précédemment dans les organigrammes pour comprendre la provenance des membres qui les composent.

Le **comité de gestion** et le **comité de coordination** sont repris ensemble car reprennent une partie de l'équipe qui opèrent la gestion en **représentant** l'équipe, avec présence des administrateur.ices. Les **organes** et **cercles** sont regroupés ensemble car ils regroupent la majorité, voire la totalité de l'équipe dans des groupes **juxtaposés**, chacun **autonomisé dans la prise de décisions**. Pour rappel, ils sont en vert foncé parce qu'ils sont de composition intersectorielle. Dans la Mémé E, le comité de coordination se réunit deux fois par mois au maximum dans un souci de limitation de leur **pouvoir de décision** sur le reste de l'équipe.

Les **réunions sectorielles**, les **AG**, les **réunions de cas cliniques** et les **groupes de travail** au sujet de différentes thématiques diffèrent peu entre les maisons médicales. Les réunions de secteurs, c'est-à-dire entre médecins, entre kinésithérapeutes, entre accueillant.es par exemple, se déroulent une fois par semaine.

Les réunions de cas cliniques, parfois appelées MKI lorsqu'ils concernent médecins-kinésithérapeutes-infirmier.e.s, reprennent le plus souvent les secteurs soignant.es pour réfléchir en transdisciplinarité à la prise en charge de patient.es, une fois par semaine. Les groupes de travail sont des mandats, de durée limitée ou non, qui permettent de pré-mâcher un sujet à présenter au reste de l'équipe, en groupe intersectoriel. Cela peut aborder n'importe quelle thématique, dont de la gestion ou de la gouvernance, mais aussi des sujets plus stratégiques comme la diversité, l'offre de soin, les partenariats. Le plus souvent, les réunions ne sont pas fixes mais ponctuelles mais en fonction du sujet du groupe. Ces deux types de réunions sont rarement des lieux de décisions donc ne sont pas abordés dans la suite du chapitre.

L'**AG** se tient une fois par an au minimum, c'est un aspect légal (Denoiseux, 2020), le plus souvent c'est deux fois par an. Dans la Mémé E, la réunion d'équipe est un moment convivial, et non un lieu de prise de décision, ce pourquoi elle est en vert pâle sur le tableau. L'équipe a créé une AP, une assemblée générale permanente, elle permet de mobiliser l'équipe, plusieurs vendredi d'affilée lorsqu'il y a un sujet d'ordre stratégique ou qui nécessite l'équipe au complet à plusieurs reprises.

Globalement, la fréquence de réunions par individu est similaire, en moyenne quatre fois par semaine, c'est un peu plus pour la MéMé C et E, uniquement pour les membres du comité de gestion/coordination.

### Être présent.e, faire confiance, être représenté.e de façon équitable ?

L'équipe, également fortement présentes dans les cercles et organes, est donc sollicitée dans sa totalité à la même fréquence selon les modèles pour la gestion quotidienne. Cependant, dans les cercles et organes, chacun.e ne participe pas à tout. Le **pouvoir de présence** est justifié par le fait qu'il est **consent** par toute l'équipe. Cela se base sur la **confiance** faite aux autres qui gèrent des éléments relevant d'un autre domaine (gestion, soin, promotion de la santé par exemple), en rapportant ce qui a été discuté secteur, en réunion ou de façon informelle. Diviser les sujets par sous-ensembles permet de s'y consacrer plus en profondeur.

Les MéMé cherchent la balance entre être présent.es au maximum à toutes les discussions et être moins nombreux, mais que chaque secteur soit représenté de façon équitable, particulièrement requise quand l'équipe est **grande** ou parce qu'il y a des **métiers qui n'ont pas le même poids** dans les décisions, l'avis du secteur "médecins", par exemple, est souvent plus important que d'autres.

### La prise de parole

La pratique de ces réunions est réfléchi pour fluidifier les réunions et réduire le **pouvoir de participation**. Toutes les maisons médicales de l'échantillon ont adopté les termes de l'intelligence collective - *facilitateur.rice de réunion, animateur.rice, gardien.ne du temps*, et certaines connaissent encore d'autres outils comme *tour de table, popcorn, méthode des six chapeaux*. Par ces outils, le **pouvoir de parole** est conscientisé et donc réduit. On voit des maisons médicales où le rôle de facilitation de réunion est fixe sur le long terme, parfois relié.e à la fonction de coordinateur.rice, et d'autres où cela change chaque semaine.

*“Déjà, il faut veiller à ce que tout le monde ait l’occasion de pouvoir prendre la parole. C’est super important. Quand t’es fatigué ou en période de crise, il y a souvent des « grandes gueules » qui vont monopoliser la parole.”*

Cela s’ancre dans l’évolution du concept de démocratie, qui passe de nature **participative** à **délibérative**. Participer au vote ne suffit plus, pour que chacun.e soit inclus.e dans la décision, cela nécessite de la concertation, de la délibération (Langlois, 2018).

### 2. 3. Les membres d’équipe face à l’organe d’administration

Une série de questions demandaient l’avis des équipes sur la place tenue et que devrait tenir l’OA (pour rappel ancien conseil d’administration). Sur le terrain, chaque maison médicale essaie de développer son propre modèle autogestionnaire qui lui convient, et **adapte ensuite les statuts pour que les rôles de l’OA et l’AG correspondent à ce modèle.**

Cinq des six maisons médicales mentionnent un OA plutôt **absent, fictif**, mais ce n’est pas vécu négativement, c’est un but recherché : l’autonomie de l’équipe. La coordinatrice de la Mémé E explique que ce n’est pas un OA qui est en fictif mais plutôt en **phase de coopération** en permanence avec l’équipe : ils n’ont pas besoin d’être plus présent car en accord et en contact avec les décisions de l’équipe.

On a vu dans la Mémé C et E le **glissement volontaire des responsabilités de gestion journalière de l’OA vers une comité de gestion/coordination**. Dans la première, les décisions du comité de gestion sont souvent contestées. Dans la deuxième, l’OA s’entoure de représentants des organes et de la coordinatrice pour être plus éclairé, ces représentants changent régulièrement, l’équipe a le sentiment d’être réellement maîtresse des décisions prises.

Dans la Mémé B, l’OA est devenu plus structuré depuis l’apparition de la coordinatrice mais a tendance à être **incohérent** avec les sujets discutés en OA puis relatés en équipe.

*“Moi ce qui m’embête avec le CA, c’est que, parfois, il n’assume pas en tant que personnes qui sont membres du CA. Pour te donner un exemple, à la dernière AG. Alors je ne dis pas que tout le monde doit toujours garder son avis, ne peut pas le changer ou ne peut pas être*

*ouvert au débat et que les AG sont aussi dans le débat. Mais je trouve ça compliqué de mettre d'accords 22 personnes si les membres du CA ne défendent pas les propositions faites par le CA et qui, donc, au début d'une discussion sur des points un peu difficiles, commence à parler en tant que personne [de l'équipe] et balaie complètement la proposition qui vient d'être faite par le CA. J'ai un peu l'impression que certains, malgré qu'ils sont présents à toutes les réunions, réactifs à mes demandes et cetera pour que ça avance, (...) ne réalisent les responsabilités qu'ils ont en tant qu'administrateur. Et ça, c'est un peu compliqué pour moi."*

Selon la Mémé E, il y a un réel risque de tomber en *ratification*, ce n'est pas leur cas pour l'instant et ça ne l'a pas été mais ca serait le risque dans leur dynamique. Cela pourrait être de façon conscientisée et donc pas négative : l'équipe gère en autonomie la gestion quotidienne et l'OA n'a plus qu'à contrôler en fonction des critères et des missions auxquels répondre.

#### **2. 4. La fonction de coordinateur.rice/gestionnaire**

Il n'y a **pas de définition claire** sur le terrain. La.e gestionnaire est habituellement plutôt une fonction de réalisation des tâches de gestion : administratives, compatibilité, rapport d'activité, par exemple. Sur le terrain, le terme est parfois utilisé pour un poste de coordinateur : une personne qui coordonne l'opérationnalité. Souvent, les tâches se confondent car très liées. Les fonctions d'animation de réunion d'équipes, de rédaction de PV ou organisation de tournantes de rédaction de PV sont attribuées au deux. Dans certaines Mémé, c'est plus clair. La gestionnaire de la Mémé A a purement un rôle de gestion, pas de coordination. Dans la Mémé F, elles parlent de "coordinateur.rice administratif.ve" qui est censé réaliser de la gestion administrative, mais se retrouve à des places de coordination par la vision globale que le poste pourvoit : essentiellement une connaissance d'indicateurs dont iel s'occupe.

Cette vision transsectorielle est une forme de **pouvoir d'information**. Afin de diminuer ce pouvoir, la.e membre **partage** ces informations, par exemple, en réunion OA ou à l'équipe pour l'éclairer à la prise de décision. Elles en sont conscient.es et travaillent dessus.

*"(...) il faut faire très attention, et pour des enjeux de pouvoir, et pour des enjeux de travail, que cette fonction ne devienne pas une fonction décisionnaire. Donc on fait énormément de travail de transmission sur des questions budgétaires, des questions RH, on fait beaucoup de*

*réunions collectives, etc pour que quand on propose une décision elle soit bien prise par tout le monde.”*

*“La coordination au final, c’est aussi un pouvoir, elle détient des informations que d’autres n’ont pas. J’ai vraiment voulu distiller mon information/pouvoir pour que ses collègues puissent s’autogérer.”*

Une des recommandations de la FMM est que la personne qui détient ces informations ne fasse pas partie de l’OA, pour ne pas mélanger les deux casquettes : la.e récolteur.euse et la.e contrôleur.euse de l’information (Saint-Amand, 2021)

C’est une fonction qui arrive parfois quand on **débloque un subside** et va permettre de **décharger** une partie de l’équipe.

*“(…) ils ont eu l’occasion de prétendre à emploi Maribel et ils se sont posés la question en équipe « quelle fonction il manque au niveau du pôle salariés ? » et c’est un poste de coordination gestion qui est apparu. Et c’est comme ça que je suis apparue, donc, en février 2018 quand la maison médicale allait avoir 2 ans.”*

*“Quand je suis arrivée, j’avais une description de fonction hyper vague, j’avais un mi-temps, je devais gérer tout ce qui était projets, tout ce qui était RH de quartier et toute la coordination de l’équipe. J’ai tenu le coup une grosse année, un an et demi puis je n’en pouvais plus donc j’ai fait comprendre que ce n’était pas possible de faire tout ça à fond de façon qualitative.”* Pour la MeMe B, les risques de surcharge sont évidents et les burn-out compréhensibles pour cette fonction.

C’est une fonction qui peut être régulièrement source d’**incompréhension avec le reste de l’équipe**. *“Quelque chose qu’on a aussi remarqué c’est que, même si le comité de gestion n’est pas un gros organe décideur (seulement les petits budgets de 1000 euros, au-dessus le CA peut toujours contester les décisions prises), il est souvent agressé par rapport aux décisions qu’il a prises. Dans toute structure, il faut quelqu’un sur qui on peut décharger ses mauvaises humeurs, et dans une autogestion, c’est souvent le comité de gestion qui prend sur lui. C’est peut-être aussi pour ça que le poste n’est pas très prisé.”*

## Des réticences à la fonction

Pour la coordination, les maisons médicales qui n'ont pas cette fonction au sein de leur équipe (A, C, D) ont répondu que l'équipe l'avait déjà **envisagée**, qu'elles aient 2 ou 20 ans. Les raisons des réticences pour les maisons médicales A et C sont que cela ne doit pas créer une fonction de **pouvoir, contraire au but de l'autogestion**. Pour la Mémé C, l'équipe est divisée entre ceux qui redoutent cette potentielle apparition de pouvoir et ceux pour qui davantage de **cadre** est souhaitable.

Pour la personne interrogée de la Mémé A, malgré le cadre qu'on peut instaurer grâce à cette fonction, c'est une certaine forme de pouvoir tout de même, que l'on peut relier au **pouvoir de coordination**. L'autogestion peut se dérouler façon **anarchique** à condition que l'équipe soit en accord et capable de cette vision.

## Une grande plus-value pour d'autres

Pour certaines Mémé, c'est indispensable de se doter d'organes/fonction de coordination, particulièrement quand la taille d'équipe s'agrandit. *“Pour être tout à fait honnête, je pense qu'une maison médicale qui n'a pas de coordinateur se voile un peu la face.” “Automatiquement, quand le CA est grand, il faut un comité de gestion.”*

Pour la Mémé E, **attribuer de façon consciente** cette forme de pouvoir à une personne peut être intéressant pour **éviter de la dissimuler** (Canivenc, 2009) entre les individus, et qui sera plus ou moins accaparé de façon insidieuse en fonction des personnalités. A la Mémé E, la fonction de coordinateur.ice consiste uniquement en un rôle de travail sur la gouvernance, de repérer les failles de leur gestion au niveau sectoriel. Ce rôle peut donc **prévenir un risque de surcharge**, selon les membres interrogé.es. Elles semblent satisfait.es de leurs avancées en matière de gouvernance et ont compris l'importance de ne pas accorder du pouvoir à cette fonction autre que le **pouvoir intrinsèque à la fonction**, et de la nécessité de **le rappeler régulièrement**. Cela demande constamment du renouvellement, de l'adaptation à ce qui s'est fait en étant bien conscient que ce qui est mis en place ne peut durer que quelques mois ou années. Le mandat a été clairement défini et mis en accord avec chaque membre de l'équipe

individuellement, les tâches “non attribuées” ne retombent pas sur sa tête, contrairement à l’expérience relatée plus haut.

Dans la maison médicale C, où il y a un comité de gestion composé de trois personnes, ils ont mis une technique en place pour **être le plus impartial possible** et limiter leur pouvoir : “*Un exercice qu’on faisait tout le temps, c’était de se demander “si ce n’était pas un ami, est-ce que je prendrais la même décision ?”*. Malgré cela, les décisions ne sont pas toujours comprises par l’équipe.

## 2. 5. La tournante de rôles et la professionnalisation de compétences

L’apparition de cette fonction est au cœur du dilemme de l’autogestion, entre l’intérêt de faire tourner les rôles et d’attribuer des fonctions de façon figée à certaines personnes. Toutes les maisons médicales interrogées sont conscientes de la **plus-value des rôles tournants** dans ce but de répartition des pouvoirs et responsabilités. Les avis sont mitigés quant à la professionnalisation de certains rôles.

*“Je pense qu’il y a un intérêt à faire tourner les choses pour éviter la prise de pouvoir. Car je pense que certaines fonctions peuvent être associées à du pouvoir décisionnel donc il y a un intérêt pour que ça change. Il y a de l’intérêt aussi pour avoir une meilleure vision globale, car on est passé à différents postes. Et en même temps, ça ne doit pas changer trop vite.”*

La coordinatrice de la MéMÉ E nous explique bien la différence des fonctions à garder polyvalente ou non selon son point de vue et l’importance de la reconnaissance des compétences de chacun.e. Les personnes qui composent les organes de soin, de gestion, de promotion à la santé sont changeant, mais pas trop rapidement non plus, tout comme les personnes qui font le relais entre ces organes et le reste de l’équipe. Par contre, “*ce n’est pas contraire d’avoir les deux sinon c’est énergivore de former chaque personne à faire tous les rôles. Si une personne est à l’aise avec son rôle, a les bonnes compétences et est reconnue par le groupe, il n’y a pas de raisons de changer. Il faut savoir faire la différence entre **compétences professionnalisantes et rôles** dans un collectif. Le rôle peut être changeant mais pas l’autre.”*

## 2. 6. La prise d'initiative

Les **secteurs** ont également un certain degré d'autonomie, l'apparition de cercle et organe a permis d'autonomiser des plus petits groupes de personnes, c'est ressenti par les personnes interrogées. Pour d'autres, cela n'est pas forcément négatif de ne pas avoir de cadre clair, car cela limite parfois l'autogestion et la **prise d'initiative**.

*“C’était justement ce que mettait en avant le jeune médecin qui voulait s’occuper du réaménagement de la salle. Lui avait l’impression que c’était de lourdes démarches assez obscures et très administratives [pour entreprendre une initiative]. Si tu ne maîtrises pas les codes internes, ça peut être le cas. (...) Je me demande dans quelle mesure à partir du moment où tu as créé ton propre système de gouvernance et de décisions internes, l’initiative de facto va toujours être un peu bridée. La pleine initiative, c’est l’anarchie où chacun peut exprimer tout ce qu’il veut à n’importe quel moment et finalement faire son petit truc dans son coin. Ça ne peut pas fonctionner comme ça.”*

## 3. Eviter la surcharge

### 3. 1. La surcharge ressentie

Il est unanime pour toutes les personnes rencontrées lors de mon observation participante et celles interrogées, de fonction différentes, dans le cadre de cette recherche de ressentir certain degré de surcharge travaillant en maison médicale en autogestion.

Que ce soit car les consultations ont rapidement été saturées depuis l'ouverture, ou chez celles qui existent depuis de nombreuses années, tous les secteurs sont concernés. Quatre sur six MéMé ont déjà eu vécu des *burn out* et du *turn over* au sein de leur équipe. Les deux dernières MéMé sont les deux plus jeunes, âgées de deux ans.

*“Cette semaine-ci ça a été. Mais on a eu une réunion d’urgence, il y a quelques semaines, car c’était au bord de la rupture. Et on a décidé d’engager pour trois mois un médecin en complément.” “ Le burn out, oui c’est vraiment la maladie des maisons médicales.” “Je*

*comprends les burn-out, j'en ai vu plusieurs. Maintenant, avec quatre ans dans les pattes, j'en connais beaucoup qui ont quitté leur poste et je comprends les raisons.”*

Cependant, alors que dans mes entretiens, mes questions abordaient la surcharge en sous-entendant surcharge de l'équipe, plusieurs maisons médicales m'expliquent l'attention apportée au fait de **décharger l'organe d'administration**.

*“Donc maintenant, on a essayé de faire en sorte que le CA ait des missions réduites donc réduites en nombre d'heures pas en qualité de travail. [...] Mais on se rend compte que le CA a encore beaucoup de questions de gestion donc on essaye d'arranger les choses pour les soulager un peu.”*

*“Nous on trouvait pas ça très juste que la responsabilité soit seulement sur 3 têtes alors que ce ne sont pas eux qui décident. Ces 3 personnes là peuvent paniquer et on voit pas mal de burn-out se développer chez ces personnes.”*

La surcharge ressentie en maison médicale n'est pas uniquement due à l'autogestion. Il est possible de dégager différents phénomènes responsables de la surcharge quotidienne abordés dans les entretiens.

### **3. 2. Les facteurs pourvoyeurs de surcharge en MÉMé en autogestion**

Ces phénomènes ont été classés en quatre catégories se chevauchent et ne sont pas perméables : ce qui est lié à la **saturation des soins de santé**, au **travail dans l'associatif**, à l'**évolution de la vision du travail dans notre société** et ce qui peut être davantage relié à l'**autogestion** elle-même. Nous allons voir que les pistes de causes de surcharge ont de l'influence les unes sur les autres.

#### **3. 2. 1. Ce qui est lié au système de soins de santé**

Indéniablement, la **surcharge conjoncturelle**, liée à la **saturation de nos soins de santé**, est toujours présente, notamment celle qui a été très forte en période de post-pandémie, mais également ce qui touche à l'évolution de la société, le creusement des inégalités, l'isolement et le

ressenti d'isolement, l'individualisation. Cette surcharge touche bien évidemment la première ligne de soins, qui se veut accessible, et les autres secteurs en pâtissent.

*“En fait, le problème c'est qu'il y a trop de patients, pas trop en termes d'individus mais trop en termes de prise en charge.”*

*“Mais même la paupérisation qui est beaucoup plus structurelle du quartier, l'individualisation, le ressenti d'isolement, l'isolement [induit une demande d'offre de soins toujours croissante]. Les gens sont demandeurs. Avant 20 minutes avec leur médecin leur suffisaient maintenant, ils vont demander pour passer 30-40 minutes avec leur médecin pour pouvoir parler (...)”*

*“Cette surcharge structurelle du (au) fait qu'on passe de plus en plus de temps avec les patients au niveau bio-psycho-social. (...) La société crée énormément de cas psychiatriques.”*

*“Donc notre réflexion par rapport à ça, c'est qu'on a une surcharge constante mais maintenant, quelque part, on l'accepte et on fait avec.”*

*“Pour les médecins c'est clairement une surcharge.”*

*“(...) les personnes de l'accueil qui se font submerger par les appels, doivent dire non et se font agresser par les patients pq il n'y a pas assez de médecins ce jour-là. La règle de l'INAMI d'avoir deux médecins de 8h à 18h est suivie mais quand il n'y en a que 2, ils sont vite pleins.”*

Les MéMé sont d'autant plus touchées qu'elles ont pour mission de s'attaquer à tous les déterminants de la santé, et **pas uniquement aux besoins médicaux “stricts” des patient.es**. J'ai vu des patient.es pour lequel.es on mobilise des moyens humains pour tenter de réponse à leur solitude : mettre en contact des patients isolés pour combattre leur solitude, source de dépression et de sollicitations médicales, par exemple, pour répondre au problème de fond, dans un souci de prise en charge globale.

La surcharge des soins de santé met à mal l'autogestion car elle a tendance à passer en priorité par rapport aux besoins de la gouvernance, ce qui entraîne que les médecins, plus que d'autres secteurs mais pas uniquement, ont moins de temps à consacrer à l'autogestion de la MéMé, alors que le principe est que chacun.e y participe de façon équitable idéalement.

*“La surcharge, elle est là parce qu’au niveau des thérapeutes, ils ont vraiment énormément de boulot et on ne trouve pas de remplaçants, mais je ne dirais pas que c’est à cause de l’autogestion.”*

*“Donc il est toujours là en train de tirer et il s’épuise en faisant la gestion tout seul parce que les autres sont trop débordés par leur boulot de thérapeute et n’accrochent pas le wagon de l’autogestion.”*

### **3. 2. 2. Ce qui est lié à l’associatif et à l’évolution de la vision du travail dans notre société**

Les autres causes de surcharge mises en évidence sont d’origine structurelle. Certaines personnes interrogées ont abordés le fait d’être **sur-sollicitées**, d’autres de ne pas considérer que le temps accordé au fonctionnement de la MéMé n’est **pas vraiment du travail**.

*“Quand je travaille à la maison médicale, je suis tout le temps dérangée par tout ce qui déborde. Les thérapeutes sont avec leurs patients dans leur bureau et il ne faut pas les déranger donc c’est à chaque fois moi qu’on dérange car je n’ai pas patients.”*

*“ (...) je pense qu’on a pas tous les mêmes rapports dans une équipe à la question du travail et sur d’autres questions. Moi je fais partie des personnes qui considèrent que je ne travaille pas vraiment ici donc ça crée un peu un double truc. Effectivement, c’est d’accepter de travailler beaucoup, d’avoir une charge mentale importante et, en même temps, c’est valorisant de faire un travail qu’on ne considère pas comme un travail et donc on est content de se lever le matin pour aller travailler. (...) Je fais quand même très attention à respecter nos horaires. Peut-être pas tout le monde mais on essaye de faire attention pour certaines personnes qui doivent bien tenir leur heures de travaillent parce que pour que le système d’autogestion puisse fonctionner; on ne peut pas se permettre que certaines personnes bossent 45h en considérant qu’ils ont le droit de le faire alors que d’autres essayent de respecter leur vie familiale par exemple.”*


Je n’ai pas abordé la question de la rémunération de l’OA. Je parlais, sans doute bêtement, du principe que l’OA est bénévole comme dans toutes associations. Dans la MéMé C,

c'est en cours de réflexion. Pour la coordinatrice, cela fait partie des heures pour lesquelles elle est embauchée pour participer aux réunions de l'OA, aux côtés des administrateur.rices et de la déléguée à la gestion journalière, qui, elle.ux, ne le sont pas. Ils sont donc en réflexion de rémunérer la présence aux réunions OA, ce qui n'était pas le cas dans les maisons médicales où j'ai exercé

Dans cet esprit d'attention au bien-être au travail et d'éviter la surcharge des équipes, où on essaie d'apprendre à chacun.e à respecter ces horaires, c'est quand même intrigant qu'il soit toléré d'être présent.es à des réunions de façon non rémunérée. Typique au travail dans l'associatif, l'**injonction à donner de ses heures** de temps-libre "va de soi", comme l'explique le sociologue Simon Cottin-Marx dans *La sociologie du monde associatif* (2019).

Une nouvelle tendance voit le jour en maison médicale, et dans notre société, est la tendance aux **temps partiels**. Les domaines du secteur de la santé humaine et du travail sont les plus touchés (site de STATBEL, 2021). Le travail en Mémé étant une combinaison des deux, cela n'est pas étonnant que cela se répande dans les maisons médicales de la FMM. Cela peut amener des contraintes au travail d'équipe. Pour une même fonction exercée en temps plein par une personne, cela représentera deux personnes pour le même temps de consultation ou de gestion par exemple, mais *double* le nombre de voix en réunion (dans le double sens du mot *voix*).

Les équipes disent également subir du **turn-over** important, une cause citée à plusieurs reprises est la volonté de faire des expériences de travail différentes, qui est souvent comprise par l'équipe qui reste en place.

Le turn over et les temps partiels mettent à mal l'application de l'autogestion, car c'est un processus qui met du temps à se créer et à en adopter les rouages. Finalement, dans les organigrammes de modèle autogestionnaire dessinés plus haut, le logo  montrant les changements volontaires des instances, aurait pu être appliqué également à l'arc de cercle qui représente l'équipe...

*“Donc il y a beaucoup de rôles, de gens qui bougent [quittent la MéMé] mais il y a quand même un bon noyau de base qui connaît bien l’autogestion et sur lequel on peut se reposer. Donc le turn over, ce n’est jamais facile parce qu’il y a pleins de choses différentes des autres entreprises ou façon de travailler : on a des élections sans candidats avec juste des propositions, la posture de l’autogestion, etc. Donc il y a plein de choses qui ne sont pas innées et que les nouveaux doivent apprendre en arrivant dans la maison médicale.”*

Dans ce sens-là, la MéMé F ont établi des règles qui ne se voient pas encore dans les maisons médicales interviewés en Belgique mais qui en font réfléchir plusieurs : ils n’acceptent que des personnes pour minimum  $\frac{3}{4}$  équivalent temps plein, pour être disponible pour les dix heures d’autogestion commune à toute l’équipe.

Le besoin est régulièrement de devoir engager un.e ou des **remplacement.es**, quand la demande de soin et d’argent est tellement importante qu’il n’est pas possible d’être sélectif face aux candidatures, qui sont parfois des personnes qui ne participent pas/peu aux réunions de prise de décisions, vu que la participation dans la MéMé est prévue à court terme. Cela sous-tend le turn-over et joue sur l’acquisition des principes de l’autogestion de la MéMé.

*“On s’est retrouvé à un moment dans une période où j’ai eu l’impression de travailler avec que des remplaçants parce que tous les titulaires ou presque étalent en burn-out ou congés ou autre. Et c’est vraiment compliqué de gérer une structures ou finalement il n’y a plus qu’une accueillante, plus que deux médecins et plus de kinésithérapeute.”*

*“On est quatre médecins et deux assistants, même si on aimerait bien avoir que un assistant [mais qu’on ne sait pas se le permettre].”*

### **3. 2. 3. Ce qui peut être rapproché à l’autogestion**

De surcroît, d’autres phénomènes, plus intrinsèquement en lien avec l’autogestion, mettent à mal les équipes. Ces phénomènes s’influencent les uns les autres.

### a) Manque de clarté des lieux de décisions

Au niveau procédures de prise de décisions, cela **manque d'éclaircissement** pour l'ensemble des travailleur.euse.s de maisons médicales interrogé.e.s, quel que soit l'âge de la maison médicale ou le type d'autogestion, ce qui va dans le même que les conclusions du mémoire de Grégory Meurant (2017) de nature quantitative. Toutes les Mémé ont toutes mentionné **le projet de les éclaircir** et le lien de cause à effet avec la **surcharge** liée à l'autogestion.

De mon expérience, quand on arrive dans une nouvelle maison médicale, on nous fait le tour de visite de la Mémé, les quelques règles de base. Ensuite, il y a énormément de règles que l'on va découvrir petit à petit. L'endroit de prise de décision est rarement expliqué et, suite aux entretiens, je me rends compte qu'il n'est pas clairement identifié.

Pour la Mémé A et E, ces questions sont claires. Le rôle de l'OA est le cadre légal et le contrôle des valeurs. Autrement dit, un garde-fou, qui a justement intérêt d'être entouré d'externes mais sans le besoin d'avoir d'implication opérationnelle, qui se discute entièrement en réunion d'équipe. La maison médicale E arrive à dégager des lieux de décisions : tout ce qui est stratégique est réfléchi en assemblée permanente puis décidé en AG ; tout ce qui est opérationnel est géré en secteurs, puis organe de soin ou de gestion si besoin et ensuite en comité de coordination, ce qui est gouvernance est sous la maîtrise de la coordinatrice.

*“- Est-ce que tu as l'impression que les endroits de prise de décisions sont bien délimités, entre les sujets d'ordre opérationnel, stratégique et pour la gouvernance ? - Si tu n'avais pas dit les 3 points à la fin, j'aurais dit que oui c'est plus ou moins bien délimité mais sans doute peut-être pas avec ces trois termes là.”*

### b) Mener de front ses rôles et métiers

Une des raisons avancées pour ce manque de clarté par une Mémé est que **la prise des décisions se confondent** entre l'OA et l'AG car ils représentent à peu près **le même échantillon de personnes**.

Chaque membre d'une MÉMé est déjà engagé pour, d'une part, son métier (soignant.e, gestionnaire) et, d'autre part, l'exécution de l'autogestion. Il y a également la mission de participé à la promotion à la santé et la santé communautaire, une des missions des MÉMé en FMM. A cela, s'ajoute le faire de parfois combiner plusieurs métiers : parfois plusieurs métiers : infirmier et gestionnaire, kinésithérapeute et accueillante.e, coordinatrice et médecin. Ensuite, il y a le fait d'être membre de l'OA ou non et la participation à l'un ou l'autre groupe de travail. Sachant que certain.es sont encore, pour quelques heures par semaine, travailleur.euses pour la FMM, membre de l'OA d'une autre MÉMé ou actif dans un collectif, il y a quelque chose d'un peu *schizophrénique* à travailler en autogestion.

### **c) Se sentir légitime**

Au quotidien, on sait qu'il y a une hiérarchie fonctionnelle, les membres d'équipes savent qui aller rencontrer lors d'un conflit pour obtenir des réponses.

*“Donc, il a outrepassé ses compétences. Je suis allé voir les gens qui me paraissaient avoir le plus de pouvoir et j'ai demandé si elle ne l'avait pas fait sciemment.”*

Chacun.e n'est pas autant légitime de prendre la parole, de prendre une initiative. Il y différentes dualités à propos de légitimité : entre les nouveaux et les anciens, les métiers différents, le genre, les personnalités directement.

*“Ce n'est pas aussi tranché mais c'est clair qu'il y a un noyau dur de départ qui a plus son mot à dire, ça vient aussi de leur personnalités mais les autres peuvent quand même dire ce qu'ils pensent évidemment.”*

*“Par contre, on n'est plus vraiment dans le sujet, mais il va y avoir une prédisposition beaucoup plus naturelle des médecins à critiquer et à dire ce qui ne va pas au niveau des autres secteurs, et plus spécialement au niveau de l'accueil. Tandis que l'accueil va toujours hésiter à critiquer le secteur médical. Ce sont toujours les premiers à dire qu'il faut améliorer certaines choses. Donc, il m'est déjà arrivé de dire aux accueillants de ne pas hésiter à dire s'ils ont des choses à redire sur le fonctionnement du secteur médical. Il faut aussi donner l'opportunité de s'exprimer et combattre les a priori naturels, les représentations naturelles que l'on a.”* Ceci

explique l'attention accordée à la représentativité équitable des secteurs dans les groupes décideurs, vu précédemment.

*“De nos jours, ce n'est plus vraiment tout le monde qui décide mais plutôt le plus fort qui prend le dessus à cause de sa personnalité”*

*“Les causes de tension par contre, hormis le Covid, ça va souvent être lié, même s'il y en a peu, à cette fameuse prise de leadership qui va être considéré comme non-légitime ou réellement non-légitime. Ça arrive parce que les choses ne sont pas claires.”*

#### **d) Des visions différentes**

Les Mémé B et C rapporte qu'il est difficile de se mettre d'accord sur un sujet à cause de désaccord au sein de l'équipe sur l'instance responsable de la question, notamment entre la volonté de **vouloir décider en autonomie avec l'équipe** d'une part, **et le souhait d'un système plus pyramidal d'autre part**. Cela peut créer des **tensions interpersonnelles**, connues comme source de surcharge en maison médicale mais pas uniquement liée à l'autogestion.

*“ En fait, ce n'est pas très clair parce que parfois certains veulent discuter de points en équipe alors que ce sont plutôt des points du CA donc c'est parfois un peu flou entre l'opérationnel CA et l'opérationnel équipe. Officiellement ce n'est pas comme ça mais dans les faits, il y a souvent quelqu'un qui amène un sujet dans un organe qui n'est pas le bon.”*

Une difficulté pour les membres est de **se mettre dans une optique autogestionnaire**. La volonté de participation peut être présente, mais la capacité de le faire n'est pas innée. Il faut également se rendre compte que chacun.e de nous **vient d'un monde hiérarchisé**, dans les systèmes sociologiques que l'on a toujours connus. Il faut acquérir cette façon d'être en groupe.

*“Si tu engages quelqu'un qui a bossé pendant des années et des années dans un organisme super hiérarchisé, il ne comprend pas. On ne lui a peut-être pas suffisamment dit au moment de l'engagement qu'en fait ici tout le monde participe à la vie. Au début, ça peut être perturbant.”*

### 3. 3. Prendre en main la surcharge

Face à ces quelques causes citées, parmi de nombreuses autres éventuelles, les maisons médicales ne se laissent pas faire. Autant au niveau de mettre des **moyens en œuvre en pratique** pour la prendre en charge, que sur la **philosophie à adopter**, les travailleur.euses en Mémé continuent d'exercer un travail qui a du sens pour elle.ux.

#### a) Des pistes d'outils mis en place

Pour résoudre ce **problème de légitimité** et **d'implications différentes**, une Mémé procède à ce qu'elle appelle un *entretien d'évolution*, un 360° : “ (...) *on a un système de parrain-marraine annuel que tu es obligé de voir tous les ans, minimum une fois par an. (...) On demande à chacun de répondre à une série de questions sur le collègue en question. C'est fait de manière très bienveillante et c'est plus ou moins anonymisé. On est une petite équipe donc on sait très bien si tu n'es pas super actif. C'est le moment de formaliser le fait qu'en effet tes collègues trouvent que tu pourrais en faire un peu plus. Donc c'est par ce biais-là qu'on espère une prise de conscience. Toujours par le biais du **contrôle social et de l'influence du groupe** sur le comportement individuel. Ça marche, mais pas toujours. Parfois, il y a des gens qui ont le déclic.*”

“*Et aussi, on a mis un tableau en place qui permet de voir la surcharge des équipes. Donc, chaque secteur est représenté sur le tableau et met durant la semaine un drapeau qui **représente son état de surcharge** (vert, orange, et rouge) et comme ça, toute l'équipe peut voir comment ils sont. On essaye d'être attentifs à la surcharge mentale et de travail et surtout aux travailleurs.*”

Les Mémé tirent des leçons de **leurs propres expériences** et de celles des autres, notamment **les plus jeunes Mémé sur les plus âgées**. De nos jours, les maisons médicales qui se créent ont, très vite, établi un nombre limite d'inscriptions, ce qu'on commencé à faire les plus vieilles que récemment.

Beaucoup de maisons médicales ont été encadrées par des **aides extérieures**, des ASBL d'aide à l'accompagnement en intelligence collective, des formations en sociocratie, des formations de la FMM, des supervisions cliniques par un.e psychologue par exemple, et d'autres formes d'aides.

*“On a aussi fait des analyses institutionnelles (...). On se dit qu'on devrait encore en faire. On a aussi fait venir une dame qui nous a fait une formation sur la méditation, une biologiste qui nous expliquait vraiment de manière scientifique la méditation.”*

*“Ce qu'il y a c'est que tout le monde n'a pas forcément envie d'y passer autant de temps. On a toujours eu beaucoup de chance d'avoir depuis 2014 des gens qui ont l'envie de passer parfois plusieurs heures par semaine, à réfléchir à la question, s'ouvrir à l'extérieur, chercher des points de vue externes, des organismes [d'accompagnement à l'intelligence collective] des gens qui viennent du secteur marchand et privé et qui font ça bénévolement, c'est très chouette car ils ont beaucoup de la bouteille.”*

Dans une MÉMé, une attention est portée à la **capacité de participation** au moment de **l'embauche**, pour éviter les tensions interpersonnelles, les discordances de vision de projet politique. Lors de mes deux entretiens d'embauche, j'ai également eu droit à une série de rencontres avec toutes l'équipe et ces questions m'ont été posées.

*“-Est-ce que cela fait partie de votre politique à l'embauche de trouver des futur.es collègues emprunts du mouvement “maison médicale” ? -Clairement, à titre personnel je trouve ça plus important. Je vais même jusqu'à dire que c'est plus important que les compétences. Car je trouve que les compétences ça se travaillent. (...) Quand on recrute, il y a deux périodes de recrutements. Une où on interroge d'abord sur le projet de soin et une sur le projet d'équipe et politique. Parce que c'est fondamental pour nous. Et on sait que les moments de recrutements sont des moments charnières donc on essaye d'y intégrer un maximum de gens qui fréquentent l'équipe pour que ce soit aussi une question portée collectivement.”*

Certain.es se disent, qu’au lieu de poursuivre mettre à contribution chacun.e de façon identique, il y a de l’intérêt à **reconnaitre la diversité des qualités et compétences de chacun.e** et les utiliser à bon escient au sein de la MéMé.

*“Après si tu prends un autre point de vue, on peut se dire que ça fait aussi partie de la diversité d’une équipe que d’avoir des gens qui s’investissent à fond dans la vie de l’équipe et puis d’autres qui sont plus « mono-tâche » et qui, à la limite, apportent peut-être tout autant à l’ensemble des objectifs de la maison médicale.”*

*“En autogestion, on se confronte au paradoxe qui s’établit entre le fait de trouver riche d’avoir de la diversité et la détermination à vouloir travailler tous de la même façon. Il faut construire une vision collectivement autour de ce paradoxe.”*

## **b) La résilience pour un travail porteur de sens**

Les membres des MéMé ont été interrogés sur la satisfaction qu’ielles ont de l’autogestion en général et de leur modèle. L’autogestion **ne fait pas l’unanimité**. Dans deux maisons médicales qui ont mobilisé leur équipe pendant plusieurs mois ou années pour adapter leur mode de gouvernance, ielles apprécient les changements amenés. L’autogestion, certains n’y croient plus, car les positions se défendent parfois par intérêt individuel que dans celui de la collectivité ou des patient.e.s.

*“Récemment un secteur se sentait en surcharge pour plusieurs raisons et donc le cercle gestion a pris ce secteur là à part et à mis en place plusieurs choses pour qu’ils ne se retrouvent plus dans cette situation là. Et le secteur était très content donc on s’est dit qu’on allait mettre ça en place avec les autres secteurs. On rebondit beaucoup plus vite qu’avant j’ai l’impression et ce sont les cercles qui permettent ça.”*

Il y a un **sens** à accepter de travailler avec cette surcharge. Les équipes font le choix de plus de surcharge plutôt que moins d’autonomie, car cela colle avec la vision de leur propre travail, du changement qu’ils veulent dans la société. C’est un **prix à payer qui semble acceptable** à côté des dérives du système hiérarchique habituel qui est pourvoyeuse d’inégalités de santé et contradictoires avec le soin. Dans l’ordre des priorités, c’est donc important pour les

équipes de, *d'abord*, avoir une façon de travailler en adéquation avec leur valeurs, dont l'autogestion est une finalité et un moyen comme nous l'avons vu, plutôt que de donner plus de pouvoir à l'OA, et, *ensuite*, de lutter contre (les risques de) surcharge.

### c) **Combattre l'efficacité et trouver ses propres critères de satisfaction**

Pour une personne interrogée, un des moyens de lutter contre la charge mentale dans ce domaine de travail est de **“Reprendre le contrôle du temps pour lutter contre le néolibéralisme, accompagner la façon dont on accompagne les gens : dé-structurer le temps qui a été déshumanisé, accompagner les patients de la façon dont on souhaite les accompagner, le sens de l'accompagnement que l'on choisit collectivement. Le care, c'est autant le social que le curatif. Marchandiser le temps est un problème”**

Une équipe de MéMé essaie d'intégrer cette notion de reprendre le contrôle du temps et accepte que l'autogestion **se meut en permanence** et qu'il faut un temps d'adaptation pour comprendre les règles du jeu. *“On a aussi pris quelque part l'orientation presque définitive de régulièrement s'interroger et d'accepter que la gouvernance ne soit pas fixe. Maintenant c'est déjà acquis dans la tête de chacun que ce ne soit pas fixe mais que tous les 2-3-4-5 ans, 5 ans je pense que c'est un minimum, il faut repartir sur un gros chantier de gouvernance.” “(...) à chaque nouvelle personne, une nouvelle autogestion.” “(...) certains collègues, même après un ou deux ans, (...) demandent “Et ça, ça se prend où comme décision?” et ce n'est pas grave. Pour moi, pour bien capter le cadre, il faut minimum un an.”*

*“L'attente fait partie des objectifs de bien-être d'une maison médicale. Il faut pouvoir se montrer bienveillant avec ses propres travailleurs.”*

*“Les ordres du jour sont souvent trop grands pour le temps qu'ils ont. Mais elle essaye toujours de détendre l'équipe en disant que le collectif roule, qu'il y a juste des améliorations à faire donc si une décision ou une solution n'est pas trouvée tout de suite, ce n'est pas grave.”*

Ce qui n'est pas si évident car, en essayant de lutter contre la rationalisation, on doit continuer à aller convaincre lors de réunions pour l'INAMI et prouver notre efficacité, rappelle un accueillant interrogé.

## Chapitre 4 - Discussion

Nous avons trituré l'organisation interne de ces six MéMé pour comprendre leur modèle autogestionnaire. Puis, nous avons analysé l'autonomie des équipes en cherchant à creuser les formes de pouvoir conscientisés et résiduaire, et avons approché les réflexions qui ont été faites pour améliorer l'autonomie des équipes, en se rendant compte qu'il s'agit bien souvent d'un juste équilibre à choisir entre l'un ou l'autre argument. Nous avons ensuite repris les éléments liés à la surcharge vécue par les équipes pour tenter de mettre en évidence ce qui est dû à l'autogestion elle-même et comment réagissent les membres sur le terrain.

En creusant la dimension organisationnelle de l'autogestion en MéMé, nous avons approché les **valeurs** et les **réflexions**, souvent bien en place, qui guident la façon dont la maison médicale s'organise.

L'études de cas de ces maisons médicales en autogestion illustre les apports de la littérature sur la sociologie du monde associatif et des associations, la gestion des associations, mais pas uniquement. Elle permet de prendre un pas de recul et de regarder les différentes dimensions d'études de l'autogestion en maison médicale.

Comme dit précédemment, les MéMé interrogées sont un établissement de prestations de service de **soins de santé primaire**, un milieu de travail dans l'**associatif** ayant un mode de **gouvernance partagée** - l'autogestion-, ancrées dans un **mouvement social**.

### 1. La maison médicale en autogestion : une association

Les maisons médicales font partie du troisième secteur, entre la sphère privée et la sphère publique : le champ associatif.

*“Alors que le monde associatif se considère généralement comme critique des techniques de management (Scohier, 2022)”, il y a alors deux réactions possibles selon Eynaud (2019) : soit penser que la gestion des associations fait face à un “amateurisme endémique” et que les sciences de gestion sont indispensables, soit de rejeter en bloc ses apports.*

## 1. 1. Du managérialisme dans l'autogestion en maison médicale ?

A l'échelle des maisons médicales interrogées, on a eu les deux discours. On a vu dans des entretiens parlé d'efficacité. L'instauration des techniques managériales a satisfait les équipes interrogées qui les utilisent, cela leur permet d'être plus efficaces et de s'adapter plus facilement au changement. Les maisons médicales sont un exemple du **double isomorphisme** que prennent souvent les associations, s'appropriant des caractéristiques calquées de la sphère publique, d'une part, et de la sphère privée, de l'autre.

Le travail sur la gouvernance pour déconstruire au mieux les formes de pouvoir est bien établi, les données issues de cette recherche en sont l'illustration. Les Mémé, *décentralise le pouvoir; à l'instar des institutions publiques* et permet au CA d'être suffisamment éclairé au travers de son autre fonction, liée au travail de terrain en équipe.

La question de la coordination en modèle autogestionnaire est récente et ne fait pas l'unanimité. Dans la logique autogestionnaire de conscientiser et déconstruire les formes de pouvoirs dissimulés dans le système, le **pouvoir de coordination** doit être pensé. Pendant longtemps, la seule vision était qu'il ne pouvait qu'être réparti de façon homogène. Une nouvelle piste est arrivée ces dernières années qui est celle de l'attribuer à une fonction, qui visibilise ce pouvoir, en délimite le périmètre d'action. Cette question illustre le dilemme entre **polyvalence et professionnalisation** régulièrement mis sur le tapis des réflexions au sujet de la gouvernance, deux principes qui s'opposent, qui sont centraux respectivement le premier pour l'**autogestion anarchique**, le deuxième du **managérialisme**.

Les travailleur.euses se posent la question : **conscientiser** le pouvoir de coordination sur une personne suffit à le réduire ? En tous cas, des postes de coordinateur.ice, de gestionnaire et d'une combinaison des deux a définitivement fait son entrée dans le modèle autogestionnaire des maisons médicales.

Différent.es auteur.rices (Haeringer & Sponem, 2008 ; Lazuech & Darbus, 2011) identifient une tendance de **régulation dirigeante dans le courant de la vie d'une association**.

Après les fondateur.es militant.es, s'ensuit une génération de directeurs plus “axés sur le réalisable que sur l'idéal”. On assiste ensuite à un étendue de managers dont l'enjeu est la gestion des acteurs, de leurs compétences. Rijpens et Mertens (2008) avait également identifié cette tendance au travers de leur vision dynamique de l'OA au sein d'une association.

Une nuance est à amener au sujet de ces postes en Mémé, au travers des procédures d'embauche que l'on a vues. Les personnes rencontrées sont des personnes empreintes des valeurs et des missions du mouvement des maisons médicales, des personnalités engagées. C'est ce qui est fort dans l'esprit “maisons médicales” : l'**attention portée à correspondre au projet politique**. Cette fonction de coordination/gestionnaire est **plus ou moins proche de l'équipe** : nous avons vu les deux situations au sein des entretiens.

### 1. 2. Pourquoi managérialisme et associatif ?

Pour Avare et Sponem (2008), “*des injonctions externes fortes conduisent à une diffusion, qui paraît inéluctable, du managérialisme dans les associations.*” L'évolution des lois qui offrent un cadre aux activités associatives déclenche des **injonctions “rationnelles et légales”**. C'est également car l'Etat et le marché paraissent crédibles et légitimes (Laville, 2014). En effet, dans le cas des maisons médicales, le travail de réflexion sur les aspects légaux et les statuts sont une préoccupation. Le managérialisme peut apporter efficacité, performance, transparence, responsabilité. Mais cela ne convient pas à certaines spécificités des associations. A titre d'exemple, l'auditabilité, rendre un audit, n'est pas neutre. Rendre des comptes peut avoir un impact sur l'organisation et effacer ses spécificités selon les auteurs.

### 1. 3. Pour ne pas rentrer dans des logiques de rationalisation

La plupart des personnes interrogées ont l'impression d'avoir un OA en phase de ratification. *Un autre point de vue* serait de dire que, comparativement aux autres associations sans but lucratif, les administrateur.ices sont indirectement *plus éclairés* sur les décisions qu'ils prennent puisqu'ils sont déjà **acteurs du terrain** de leur ASBL et participent en tant que membre de l'équipe aux constructions des propositions faites à l'OA au travers de leur double casquette. En effet, les **administrateur.ice.s** qui sont **membres de l'équipe** sont des **contributeurs directs**

**des processus de réflexions et de décisions.** Cela demande une délimitation claire des rôles et des périmètres de pouvoirs, qui fait encore défaut dans de nombreuses maisons médicales. Mais quelle association peut prétendre avoir le président de son OA étant, d'une part, gardien du respect des missions telles que l'accessibilité des soins et, connaissant, de l'autre, la réalité de l'accueillant recevant le patient exprimant ses difficultés quant à la bonne prise en charge de sa santé ? En voilà, un moyen puissant, mais non suffisant, de lutter contre la **bureaucratismation que sous-tend le managérialisme.**

Pour Jean-Louis Laville (2014), pour se détacher du managérialisme et le fait de s'y conformer par facilité, il est important pour les associations de se rapprocher de leur propre **histoire**, pour rester cohérent dans sa trajectoire. De nos jours, on voit émerger **une nouvelle génération de maisons médicales qui anticipent l'avenir grâce à l'expérience des maisons médicales de générations antérieures.** Il sera intéressant d'étudier dans le futur ce que cela aura apporté d'intégrer les informations venant du réseau de la FMM.

## **2. Les maisons médicales, une illustration de gestion plurielle**

La vision de gestion plurielle de Philippe Eynaud et autre (2016) s'adapte tout à fait au modèle autogestionnaire des Mémé : le pôle organisation étant l'autogestion, le pôle projet étant la volonté de transformation de la structure de la société ainsi que du système de soins de santé, le projet action étant la prestations de consultations, les activités de santé communautaires par exemple.

### **2. 1. Un pôle action qui tient sur un fil**

Eynaud prévient que le déséquilibre de force entre ces trois pôles est néfaste. Un des risques de déséquilibre qui a été largement énoncé dans les entretiens est que le pôle action, principalement les consultations de médecine générale, est souvent prédominant à cause de la surcharge conjoncturelle liée à la saturation des soins de santé.

## 2. 2. Un projet politique bien en place

Plus que jamais, les maisons médicales sont un exemple de limite des sciences de la gestion classiques, guidé par la rationalité instrumentale, au vu de leur conviction à centraliser leur action pour une **rationalité axiologique** - dans le sens centrée sur leurs **valeurs** - comme décrit par (Avare, Sponem 2008), et créent leur propre système de normes et conventions sur base de leur valeurs.

### ... où le travail et ses conditions appartiennent aux travailleur.euses,

Le **cadre légal OA et AG** n'est pas adapté au mode de gouvernance en autogestion car il impose une certaine hiérarchie. Les équipes, sur le terrain, construisent un modèle qui correspond à leurs missions et adaptent ensuite leur statuts en fonction de leur réalisation. Peu importe la position de l'OA, plutôt démissionnaire ou autoritaire, c'est l'équipe qui guidera vers l'équilibre souhaité. Les équipes apprécient de faire leur modèle qui fonctionne en autonomie, avec le maintien des gardes-fous que sont l'OA et l'AG, gardien des valeurs et du cadre légal de leurs actions. Même s'il y a des façons différentes de faire, le plus important n'est que les travailleur.euses **s'approprient leurs règles de travail**.

### ... autonomie chemin faisant

Deux mécanismes que les maisons médicales adoptent pour limiter la hiérarchie de **pouvoir** au niveau des instances et donc accroître leur degré d'autogestion, qui fait sens dans le but de ces ASBL. Le premier est de répartir les **charges de la participation**, de la gestion quotidienne sur un maximum de personnes, ce qui diminue les charges opérationnelles de l'OA. Le deuxième est de répartir les **responsabilités**, en faisant tourner le mandat d'administrateur régulièrement et sur un maximum de personnes de l'AG, ou en nommant une grande partie des membres d'administrateur.rice.s. On a également vu que tout ce qui peut être mis en place pour augmenter l'autonomie est toujours un **juste milieu entre l'un ou l'autre pouvoir** : être tous.tes présent.es ou être représenté.es de façon équitable ? faire confiance ou être polyvalent ? Dans tous les cas, on commence à accepter que la **gouvernance se meut**, n'est pas figée, s'adapte aux groupes, aux contraintes extérieures et internes.

### ... mettant en avant la participation et la prise de décision collective

La distinction des lieux des décisions, des rôles est floue, le manque de clarté est unanime. Devant un problème, une décision à prendre, la solution n'est pas toujours claire et efficace mais la **résolution du problème** se fait **grâce à l'action collective**, par **consensus** (et non par vote) et en déconstruisant les formes de pouvoir qui peuvent intervenir en réunion. Cette notion est remplie de sens pour les travailleur.euses de MÉMÉ, qui procède par **essai-erreur** jusqu'à trouver les finalités du cadre qui convient au groupe, à l'image du pragmatisme de John Dewey (cité dans Aiguier, 2018)

### ... solidaire, pour et avec les patient.es,

Le projet des MÉMÉ est d'inclure les patient.es dans les instances de décisions par exemple, mais, surtout, le projet action est centré sur les patient.es et leur état de santé, portant une conviction que la santé est un droit, accessible à tous.tes peu importe les moyens et l'état de santé, et plus un service, en ce sens l'action est solidaire.

### ... un accompagnement global de la santé qui a du sens

Le plus important pour les maisons médicales est de répondre à leurs raisons d'être : **prendre soin des autres et d'elles-mêmes, formuler une piste et être actrices dans l'installation d'un projet sociétal qui leur colle à la peau**, faire les choses qui ont du sens, reprendre le contrôle du temps sur l'**accompagnement bio-psycho-social humain**. Que leur voix compte, que les décisions soient prises par action collective, ce dans un but commun contribue déjà au bien-être des équipes.

La gouvernance des maisons médicales recouvre finalement **une grande partie des perspectives de réflexion pour une nouvelle gestion** énoncées par Eynaud (2019) : la gouvernance multi-acteurs, la gouvernance participative à vocation inclusive et la gouvernance des biens communs.

## 2. 3. Trouver ses propres critères de satisfaction

Les maisons médicales, **très proches de leurs missions par l'horizontalité de leur organisation**, cherchent à lutter contre la rationalité et la recherche de performance et tente de garder une **logique sociale et non marchande**. Plus que jamais, au travers de l'analyse de données issues des maisons médicales en autogestion, le **monde de demain** a besoin d'**indicateurs** liés à son mode de fonctionnement. A l'échelle des Mémé, on pourrait émettre quelques suggestions d'indicateurs : l'impression d'être plus efficace, la pérennité du mouvement, la hausse des patient.es pris.es en charge en maison médicale, la satisfaction à exercer leur travail. Les Mémé, notamment par le financement qui a amène du confort, ne s'attardent pas à une volonté de performance référée à l'efficacité et efficience économique mesurée par des technique normalisées, propre au logique marchande de rationalisation du temps, du travail et de la nature, remise en question par Polanyi (Avare & Sponem, 2008)

## 3. Les Mémé comme mouvement social, dans un monde de travail associatif

### 3. 1. L'apport de la théorie du don (Mauss) pour transformer la relation au travail

La **théorie du don** de Mauss peut être utilisée pour **comprendre ce qui satisfait** les équipes à travailler en autogestion. Eynaud (2022) a analysé le monde du travail au travers de sa théorie. Pour rappel, le don est, pour l'auteur, un contrat social que l'on impose à l'autre, impliquant trois étapes : don, recevoir et rendre. Dans le cadre du travail, cela peut expliquer des primes, des récompenses, jours de congés accordés, qui créent une redevance envers l'employeur.se : ne pas oser se plaindre de l'une ou l'autre condition de travail inadéquate, par exemple.

Adapté au travail en autogestion en maison médicale, le fait de ne plus avoir un chef mais que l'ensemble de l'équipe gouverne les membres, chacun.e donne à l'autre, mais donne surtout au collectif. La personne, parce qu'elle donne au collectif *“c'est parce qu'en donnant à l'autre, on donne également (...) à ce qui nous dépasse et nous unit, que l'autre donne à son tour. Toujours aussi trivialement que précédemment : on coopère plus facilement avec un collègue par amour du métier, de la mission ou par respect de l'œuvre collective que parce que l'on attend, de lui, quelque chose en retour. Et c'est aussi parce que l'échange se réalise selon ce registre que le donataire a le sentiment de donner, d'exercer sa liberté, et non de rendre.”*

### 3. 2. Comme mouvement pré-figuratif, pour transformer la société

Les Mémé en autogestion illustre également la théorie de l'associationnisme du XXI<sup>ème</sup> siècle de Coler, Jobard et Laville (2021), notamment pour la notion “*mouvements préfiguratifs*” qui essaient de générer des formes de vie qui se rapprochent le plus possible du monde vers lequel ils voudraient aller. Ce genre de démarche me paraît, pour beaucoup, renouer avec l'associationnisme. C'est aller à l'encontre du cynisme qui a pu influencer un certain nombre de mouvements sociaux et qui affirme en somme : « peu importe les moyens, pourvu qu'on ait de bonnes finalités ». Les mouvements préfiguratifs voient que les fins sont déjà incluses dans les moyens.” C'est également ce que font les *alter-activistes*, notion introduite par le professeur Geoffrey Pleyers (2016) qui développent des initiatives locales et ont besoin que leur mode de vie corresponde au changement à voir dans le monde.

Malgré qu'on peut constater un certain épuisement, une perte de confiance dans le système (Fettucci, 2017), on peut rencontrer sur le terrain des profils de personnes pour lesquelles le mouvement des maisons médicales répond à ce besoin de nouveau projet sociétal, de perspective de vivre ensemble et construire ensemble un monde qui correspond à leurs valeurs.

### 3. 3. Protéger les travailleur.euses

Malgré que la surcharge soit acceptée comme “le prix à payer” pour un travail qui a du sens, et donc, les apports de la sociologie du monde associatif mettent en évidence les failles des conditions de travail dans cet environnement, comme nous l'avons vu plus haut. Cottin-Marx (2019) développe quatre notions auxquelles faire attention pour éviter le *burn-out militant*, qui peut toucher les membres de maisons médicales. Ces éléments sont la **convivialité** au sein de l'équipe, l'**accueil** particulier fait pour les nouveaux.elles, l'importance de traiter immédiatement les **tensions** et ne pas les remettre à plus tard, établir des mécanismes pour **évaluer la surcharge** et la réduire. Pour la résolution des tensions, Eynaud (2016) suggère d'utiliser avec la grille d'analyse des trois pôles de la gestion plurielle pour prendre du recul, par exemple. Dans les maisons médicales interviewées, on retrouve certains de ces éléments.

#### 4. Biais, forces et faiblesses

Un des biais est de ne pas avoir tenu compte des personnalités, métiers, genre dans mes entretiens. A titre d'exemple, je n'ai pas interrogé de médecin. Probablement, le fait que les médecins soient moins disponibles est une des raisons. Un autre biais est celui lié à l'observatrice/interrogatrice, le fait que je suis une médecin généraliste qui a travaillé en maison médicale en tant que telle, cela joue inconsciemment sur l'impartialité dont j'ai tenté de faire preuve, ainsi que de la subjectivité.

Les forces de ce travail sont essentiellement la proximité avec le terrain et la contextualisation. Une des faiblesses sera par contre une moins grande neutralité. Une autre réside dans le fait que je me suis probablement un peu trop éparpillée dans les thèmes.

### Conclusion

Le modèle autogestionnaire des maisons médicales offre une opportunité considérable dans les champs de recherche de sciences de gestion et des associations. Après avoir approché de si près les équipes qui mènent l'autogestion en maison médicale, on perçoit mieux la conscientisation et la délimitation des pouvoirs qui favorise l'autonomie. La surcharge en maison médicale en autogestion est multifactorielle et nécessite des études plus avancées pour détailler les causes et particulièrement la surcharge elle-même. Cette recherche montre l'intérêt de clarifier les intentions et le cadre de l'autogestion et de se souvenir qu'il est difficile de sortir du moule dans lequel on a grandi et apprivoisé le monde.

Il serait intéressant d'avoir des critères d'évaluation des répercussions sur la santé des patient.es pris.es en charge en maison médicale. Dans cette étude je me suis basée sur l'avis d'équipes sur le terrain et mon observation participante. Il serait intéressant de prendre d'autres points de vue et d'objectiver des données sur le même sujet.

J'ai apprécié l'exercice d'enquête de terrain, autant prendre des notes durant mes journées à la MéMé, autant lire et relire et relire les enquêtes, et de remarquer ce que j'avais loupé pendant l'entretien. L'exercice en lui-même de tenir un entretien n'a pas été un exercice facile pour moi.

L'autogestion ne cesse de *challenger* les équipes, qui, à leur tour, ne cessent de la retourner. Un élément avec lequel je ressors, tout particulièrement, est l'enthousiasme des équipes de terrain que j'ai rencontrées lors de ce travail, tentant toujours de remettre en question, de débattre, d'apprendre au travers de ma recherche. Je suis persuadée que la motivation des équipes en autogestion est encore bien présente et les travailleur.euses de Mémé encore pro-actives à l'idée de transformer notre système de soins de santé et la société.

## Bibliographie

Avare, P., Sponem, S. (2008). « Le managérialisme et les associations », dans : Christian Hoarau éd., *La gouvernance des associations. Économie, sociologie, gestion*. Toulouse, Érès, « Sociologie économique », p. 111-129. DOI : 10.3917/eres.lavil.2008.01.0111. URL : <https://www-cairn-info.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/---page-111.htm>

Aiguié, G. (2018). Former à l'éthique dans une perspective: Émancipatoire et démocratique une approche pragmatiste. *Spirale - Revue de recherches en éducation*, 61, 163-175. <https://doi.org/10.3917/spir.061.0163>

Alter, N. (2002). Théorie du don et sociologie du monde du travail. *Revue du MAUSS*, no<(sup>20), 263-285. <https://doi.org/10.3917/rdm.020.0263>

Bernet, J., Eynaud, P., Maurel, O. & Vercher, C. (2016). 5. Ne pas perdre l'association gestion faisant. Dans : J. Bernet, P. Eynaud, O. Maurel & C. Vercher (Dir), *La gestion des associations* (pp. 181-199). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.bern.2016.01.0181>

Canivenc, S. (2009). L'autogestion, un concept pertinent et un terrain innovant pour la communication organisationnelle. *Jeunes chercheurs et recherches récentes, La Communication des organisations en débat dans les SIC: quels objets, terrains et théories?*, Rennes, France. halshs-00421602

Coler, P., Jobard, J. & Laville, J. (2021). Conclusion. Vers un associationnisme du XXI<sup>e</sup> siècle. Dans : Patricia Coler éd., *Quel monde associatif demain* (pp. 173-188). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.coler.2021.01.0173>

Corsani, A., Darbus, F., le Lay, S., & Mylondo, B. (2021). Les coopératives d'activités et d'emploi, une alternative organisationnelle fragile. In *Mouvements*, n° 106(2), 72-81. <https://doi.org/10.3917/mouv.106.0072> [consulté en ligne le 27 septembre 2021]

Cottin-Marx, S. (2019). « V. Les associations : des mondes du travail », dans : Simon Cottin-Marx éd., *Sociologie du monde associatif*. Paris, La Découverte, « Repères », p. 87-112. URL : <https://www-cairn-info.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/---page-87.htm>

Cottin-Marx, S. (2023). Le *burn-out* militant. Réflexions pour ne pas être consommé par le feu militant. *Mouvements*, 113, 156-164. <https://doi-org.proxy.bib.uclouvain.be:2443/10.3917/mouv.113.0156>

Cuvelier, L. (2008). L'autogestion... je ne voudrais pas en changer. In *Santé Conjuguée* n°45, juillet. [consulté en ligne le 10 juin 2021]

Denoiseux, S. (2020). Questions approfondies de droit associatif : partie II. Syllabus du master en ingénierie sociale.

Eynaud, P., Carvalho de França Filho, G. (2019). *Solidarité et organisation : penser une autre gestion*. Toulouse, France: Érès. <https://doi-org.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/10.3917/eres.eynau.2019.01>

Eynaud, P. (2022). VII. *Marcel Mauss*. De la théorie du don à la gestion solidaire. Dans : Yves-Frédéric Livian éd., *Les grands auteurs aux frontières du management* (pp. 97-106). Caen: EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.livia.2022.01.0097>

Eynaud, P. (2016). Cours sur Des relations associations-pouvoirs publics renouvelés pour un co-construction plus démocratique. Aubagne. 15 septembre 2016. Disponible sur Youtube.com. [consulté en ligne le 13 septembre 2021]

Eynaud, P. (2019). Les nouveaux enjeux de la gouvernance des associations. Association RECMA | « RECMA » (1)351, pp45-55 ISSN 1626-1682 DOI 10.3917/recma.351.0045 <https://www.cairn.info/revue-recma-2019-1-page-45.htm>

Fettucci, D. Transmissions, engagements, évolution. Dans : Neys, R. (2017). Maison Médicale, Une alternative en première ligne. In *Magazine C4*. n°230 [consulté en ligne le 27 septembre 2021]

Site de la Fédération des Maisons Médicales. (2021). [www.maisonmedicale.org](http://www.maisonmedicale.org) Rubrique Qui sommes-nous ? [consulté en ligne le 29 septembre 2021]

Haeringer, J. & Sponem, S. (2008). Régulation dirigeante et gouvernance associative. Dans : Christian Hoarau éd., *La gouvernance des associations: Économie, sociologie, gestion* (pp. 227-244). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.lavil.2008.01.0227>

Hoffman, A. (2011). Les maisons médicales, une alternative ? Vue intérieure. In *Santé Conjuguée* n°57, juillet. [consulté en ligne le 27 septembre 2021]

Huens, V. (2008). Les maisons médicales : acteur de l'économie sociale. In *Santé Conjuguée* n°45, juillet. [consulté en ligne le 27 septembre 2021]

Site de l'INAMI, (2023). « New Deal » : Accord final sur le nouveau modèle d'organisation et de financement proposé aux médecins généralistes.

<https://www.inami.fgov.be/fr/nouvelles/Pages/new-deal-accord-final-nouveau-modele-organisation-finance-ment-medecins-generalistes.aspx> [consulté en ligne le 6 août 2023]

Liesenborghs, A. (2017). Autogestion. Entre mythes et pratiques. *Barricade*

Legrand, M. (2015). Dans les maisons médicales, on cultive l'autogestion. In *Alter Échos*. N°410, octobre 2015. [consulté en ligne le 10 juin 2021]

Ladavid, C. (2002). Le système autogestionnaire en Maisons Médicales. Analyse de cas. Mémoire défendu en septembre 2002. Sous la direction du Professeur G. LIENARD. In *Cahiers FOPES*, n°24.

Laville, J. (2014). Décider en association. *Connexions*, 101, 79-92.  
<https://doi.org/10.3917/cnx.101.0079>

Lazuech, G., Darbus, F. (2011). « Du militant au manager ? Les « nouveaux » cadres de l'économie sociale », dans : Paul Bouffartigue éd., *Cadres, classes moyennes : vers l'éclatement*. Paris, Armand Colin, « Recherches », 2011, p. 76-86. DOI : 10.3917/arco.bouff.2011.01.0076.

Leruth, I. (2008). L'autogestion, ses sens, ses sources. In *Santé Conjuguée* n°45, juillet. [consulté en ligne le 10 juin 2021]

Meurant, G. (2017). Apports et limites des théories des organisations non lucratives. Le secteur des maisons médicales. Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication, Université catholique de Louvain. Prom. : Nyssens, Marthe. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:12260> [consulté en ligne le 16 septembre 2022]

Pleyers, G. (2016). Engagement et relation à soi chez les jeunes alteractivistes. *Agora débats/jeunesses*, 72, 107-122. <https://doi.org/10.3917/agora.072.0107>

Site du ROCAJQ. (2031). [www.rocajq.org](http://www.rocajq.org) Rubrique Le Rocajq [consulté en ligne le 10 juillet 2023]

Revers, D., (2005). La délégation de la gestion journalière dans une ASBL, *INFOR'IDée*, 1, 4. [https://www.reseau-idee.be/sites/default/files/media/inforidee/pdf/Infor\\_ID\\_1\\_2005.pdf](https://www.reseau-idee.be/sites/default/files/media/inforidee/pdf/Infor_ID_1_2005.pdf)

Rijpens, J., Mertens, S. (2008). La gouvernance des associations : pour une vision dynamique de l'OA.

Scohier, T. (2022). Te plains pas, c'est pas l'usine., revue *Politique*, 2021 (Camarades, Jeunes FGFB). <https://www.revuepolitique.be/te-plains-pas-cest-pas-lusine>

Saint-Amand, F. (2021) Entretien exploratoire au sujet de l'autogestion en maison médicale.

Servigne, P. (2011). Outils de facilitation et techniques d'intelligence collective. *Barricade*.

Site de STATBEL. (2021). Le travail à temps partiel concerne toujours principalement les femmes malgré une forte augmentation chez les hommes.

[https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/le-travail-temps-partiel-concerne-toujours-principalement-les-femmes-malgre-un-forte#:~:text=Le%20pourcentage%20de%20travail%20%C3%A0,les%20hommes%20\(graphique%201\).](https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/le-travail-temps-partiel-concerne-toujours-principalement-les-femmes-malgre-un-forte#:~:text=Le%20pourcentage%20de%20travail%20%C3%A0,les%20hommes%20(graphique%201).)

Van Tichelen, C. (2019). L'IWEPS évalue les maisons médicales. *Santé conjugquée*, (88), 6-8. - [consulté en ligne le 14 juillet 2023]

[https://www.maisonmedicale.org/wp-content/uploads/2019/10/sc\\_88\\_in\\_rub\\_iweps\\_van\\_tichelen.pdf](https://www.maisonmedicale.org/wp-content/uploads/2019/10/sc_88_in_rub_iweps_van_tichelen.pdf)

Whatelet, T. (2008). A la rencontre des maisons médicales et de leur modèle autogestionnaire. In *Santé Conjugquée*. n°45, juillet. [consulté en ligne le 10 juin 2021]

<https://www.rcgt.com/fr/nos-conseils/conseil-dadministration-les-pieges-a-eviter-pour-un-juste-equilibre/>



## Résumé

### Introduction

Les travailleur.euses en maison médicale en autogestion vivent l'ambivalence entre l'admiration pour ce mode de gouvernance, qui porte une idéologie forte d'autant plus importante à une ère où les inégalités sociales se creusent, et la surcharge de travail spécifique à ce type d'emploi. Cinquante ans plus tard, les maisons médicales fonctionnent encore de cette manière et de nouvelles "MéMé" apparaissent régulièrement. L'OA, organe d'administration de l'ASBL, a-t-il un rôle à jouer ? Qui est le gardien de cet équilibre sur le terrain ? Quel est le vécu des équipes sur le terrain ?

### Méthodologie

Cette recherche est une étude de terrain à méthodologie mixte : l'observation participante et des entretiens semi-directifs auprès de cinq maisons médicales de la Fédération des Maisons Médicales et une maison médicale en France.

### Résultats et analyse

Chaque maison médicale a fabriqué son propre modèle d'autogestion, et puis, en a adapté les statuts légaux. La façon de déconstruire les formes de pouvoir pour gagner en autonomie sont souvent un choix à faire entre l'une ou l'autre forme de pouvoir. Il y a plusieurs causes de surcharges identifiées, qui ne sont pas toutes imputables à l'autogestion.

### Discussion

Les équipes de maisons médicales maîtrisent de mieux en mieux ce qui leur convient, ainsi que les nouvelles techniques managériales. Leur idéologie forte leur permet de rester ancrées dans leur projet politique.

### Conclusion

Les MéMé représentent un lieu riche pour expérimenter une nouvelle gestion, sociale et solidaire, aux vues des valeurs fortes portées par le mouvement : prise en charge globale de la santé, ré-appropriation du travail par les travailleur.euses, travail multidisciplinaire, participation des usagè.res et justice et équité sociale, notamment au travers du financement au forfait.

mots-clés : maison médicale, autogestion, autonomie, surcharge, médecine globale