



---

# Apports et limites des théories des organisations non lucratives

Le secteur des maisons médicales

Travail de fin d'études réalisé par  
**Grégory Meurant**

Promotrice  
**Marthe Nyssens**

Année académique 2016 -2017

En vue de l'obtention du titre académique de  
**Master en sciences économiques, orientation générale**

---



## Table des matières

Index des sigles .....	5
Introduction.....	7
<b>Première partie : l'autogestion en maison médicale</b>	
1 Les maisons médicales en tant qu'organisations .....	9
1.1 Les activités économiques des maisons médicales .....	10
1.1.1 La définition juridico-institutionnelle .....	10
1.1.2 Le point de vue des maisons médicales sur leurs propres activités.....	10
1.1.3 La lecture historique.....	11
1.2 Les objectifs des maisons médicales.....	13
1.2.1 Les objectifs juridico-institutionnels.....	13
1.2.2 Les objectifs des maisons médicales par elles-mêmes.....	13
1.2.3 Les objectifs historiques.....	14
1.3 Discussion .....	15
2 L'autogestion dans les maisons médicales.....	15
2.1 Le discours des maisons médicales sur l'autogestion.....	16
2.1.1 Les documents officiels de la FMM.....	16
2.1.2 Le discours diffusé au sein de la revue <i>Santé Conjuguée</i> .....	18
2.1.3 Les typologies des modes de gestion au sein de la FMM .....	20
2.2 Les statuts des maisons médicales en autogestion .....	21
2.2.1 L'assemblée générale.....	21
2.2.2 Le conseil d'administration.....	23
2.3 Les pratiques des maisons médicales en autogestion.....	24
2.3.1 Description liminaire des résultats .....	24
2.3.2 Analyse des modèles de décision .....	25
2.4 Discussion .....	27

## **Deuxième partie : les maisons médicales au prisme de la littérature**

3	Les maisons médicales au prisme de la littérature économique.....	30
3.1	La théorie microéconomique.....	30
3.2	La définition de l'entreprise sociale.....	32
3.2.1	Des organisations à objectifs multiples .....	33
3.2.2	Des organisations à multiples parties prenantes.....	35
4	L'autogestion des maisons médicales au prisme de la littérature économique.....	36
4.1	Les trois dimensions de l'autogestion.....	36
4.2	La dimension institutionnelle de l'autogestion.....	37
4.2.1	Les droits de propriété.....	37
4.2.2	Le rôle du conseil d'administration .....	39
4.2.3	Les comportements opportunistes .....	41
4.3	La dimension sociopolitique de l'autogestion .....	43
4.3.1	L'économie solidaire .....	44
4.3.2	La continuité historique de l'autogestion.....	45
4.3.3	L'histoire sociopolitique des maisons médicales.....	45
4.4	La dimension organisationnelle de l'autogestion .....	48
4.5	Recommandations .....	48
	Conclusions.....	51
	Bibliographie.....	53
	Annexes.....	57
	Annexe A-1 : liste du corpus du discours autogestionnaire.....	57
	Annexe A-2 : tableau matriciel des statuts des maisons médicales bruxelloises et description des variables .....	57
	Annexe A-3 : informations relatives au questionnaire envoyé aux maisons médicales concernant les modalités de leur prise de décision .....	57

## Index des sigles

MM : Maison Médicale

FMM : Fédération des Maisons Médicales

OMS : Organisation mondiale de la santé

SSP : Soins de santé primaires

## Index des tableaux

Tableau 1 : Inventaire des thèses relatives à l'autogestion par la FMM **Error! Bookmark not defined.**

Tableau 2: Les représentations de l'autogestion au sein du mouvement des MM.....**Error! Bookmark not defined.**

Tableau 3: Poids des modèles d'assemblée générale de 37 MM bruxelloises de la FMM **Error! Bookmark not defined.**

Tableau 4: Poids des modèles de CA de 37 MM bruxelloises de la FMM **Error! Bookmark not defined.**

Tableau 5: Instances décisionnelles des MM bruxelloises par niveau de décision .....**Error! Bookmark not defined.**

Tableau 6: Poids des différentes instances des MM dans les décisions stratégiques et opérationnelles ..... **Error! Bookmark not defined.**

Tableau 7: Poids des différentes instances des MM dans les décisions stratégiques .....**Error! Bookmark not defined.**

Tableau 8: Poids des différentes instances des MM dans les décisions opérationnelles ...**Error! Bookmark not defined.**

Tableau 9 : Classification des objectifs des MM selon l'approche des entreprises sociales ..... **Error! Bookmark not defined.**

Tableau 10: Inventaire des parties prenantes des MM bruxelloises **Error! Bookmark not defined.**

Tableau 11: Les organisations du troisième secteur selon Gui (1999) in Defourny et Nyssens (2017:43) ..... **Error! Bookmark not defined.**

Tableau 12: Représentations de l'autogestion en fonction des dimensions auxquelles elles se réfèrent..... **Error! Bookmark not defined.**

Tableau 13 : Proposition de modèle autogestionnaire à partir des objectifs des maisons médicales ..... **Error! Bookmark not defined.**

## **Première partie: L'autogestion en maison médicale**

---

## Introduction

Dans ce travail, nous nous proposons d'étudier le secteur des maisons médicales en Belgique à travers la littérature économique. Nous réduisons notre objet à une dimension particulière des Maisons Médicales (MM) : leur modèle autogestionnaire. Nous nous sommes restreints à l'étude des maisons médicales membres de la Fédération des Maisons Médicales (FMM), dans la mesure où cette dernière représente 60% des 160 maisons médicales belges, et où la FMM prône le modèle autogestionnaire comme élément intrinsèque d'une maison médicale. Dans le cadre de ce mémoire, nous nous sommes restreints à des échantillons des maisons médicales bruxelloises.

Le secteur des maisons médicales offre un terrain intéressant pour les diverses approches du secteur de l'économie sociale, en ce sens qu'elles sont emblématiques d'un modèle d'organisation politiquement connoté : l'autogestion. L'intérêt de ce secteur est double : d'une part, les maisons médicales sont les rares organisations européennes à avoir survécu avec un modèle autogestionnaire dans le temps long (la première date de 1972) et même à s'être développées (100 maisons médicales en autogestion aujourd'hui, et 12 en attentes de convention à l'INAMI), d'autre part, ces organisations sont des associations sans but lucratif, là où la structure juridique emblématique de ce système est la coopérative de travailleurs. C'est en effet sur cette dernière forme d'organisation que la littérature économique se fonde généralement pour étudier l'autogestion. Or, la contrainte de non redistribution propre aux asbl nous amène à explorer la littérature sous un jour nouveau.

Afin d'explorer ces terres nouvelles, nous avons choisi une méthode inductive. Notre méthode consiste à explorer les données, pour ensuite solliciter une littérature adéquate. Dans notre première partie, nous décrivons donc ce qu'est une maison médicale et ce que représente l'autogestion en maison médicale. Pour ce faire, nous avons procédé à une triangulation des données pour chaque partie étudiée, sollicitant des sources et des corpus de données différents. Pour nous distancier de l'objet, puisque nous sommes travailleurs en maison médicale, nous avons postulé qu'un modèle de gestion n'est pas meilleur qu'un autre par nature, mais ne peut être évalué qu'à partir de sa capacité à contribuer à la réalisation des objectifs de l'organisation. Dans le premier chapitre, nous décrivons donc ce que sont les maisons médicales du point de vue de leurs activités économiques, démontrant par-là la pertinence de cet objet pour la discipline. Nous avons ensuite dressé l'inventaire de leurs objectifs selon les pouvoirs régionaux, les maisons médicales et une étude de science politique. Dans le deuxième chapitre, nous décrivons ce qu'est l'autogestion en maison médicale. Nous identifions six représentations



différentes dans le discours des maisons médicales, à partir des documents officiels de la FMM et de l'analyse des articles de sa revue, *Santé Conjuguée*. Nous procédons ensuite à l'analyse des réponses d'une enquête réalisée par questionnaire auprès de 14 maisons médicales bruxelloises concernant leur modalité de prise de décisions, et évaluons, à titre exploratoire, le poids de chaque instance décisionnelle dans les dimensions stratégiques et opérationnelles. Enfin, nous analysons les statuts de 37 maisons médicales bruxelloises afin de déterminer la composition potentielle de leur assemblée générale et de leur conseil d'administration. Nous en déduisons une typologie des modèles associatifs autogérés au sein du mouvement.

Dans notre seconde partie, nous analysons ces données au prisme de la littérature scientifique. A partir de l'approche de l'entreprise sociale, nous définissons les maisons médicales comme des organisations à multiples objectifs (sociaux, économiques et sociopolitiques), et à multiples parties prenantes. Nous classons les diverses parties prenantes et les divers objectifs observés dans la première partie en fonction de cette définition. Nous observons la surreprésentation d'une partie prenante de l'offre, les travailleurs. Dans le dernier chapitre, nous tirons les conséquences théoriques de cette redéfinition, et nous identifions trois dimensions selon laquelle l'autogestion peut être conçue. La dimension institutionnelle aborde la question des droits de propriétés et des situations de comportements opportunistes propres à des organisations où une surreprésentation des travailleurs est observée, dans des activités visant à améliorer la santé d'une population. Cette dimension fait appel à la littérature des organisations *nonprofit*. La dimension sociopolitique aborde la dimension politique des maisons médicales, à partir de l'approche de l'économie solidaire, en faisant les liens entre le trajet historique des maisons médicales et le mouvement social populaire, dit associationniste. La dimension organisationnelle traite de la gestion journalière de l'activité économique sans être approfondie car elle sort du champ de la littérature économique. Nous évoquons les questions de non hiérarchisation du travail en les renvoyant à la littérature sociologique, socioanalytique et managériale.

Enfin, nous concluons par une conceptualisation de l'autogestion en fonction à partir de ces trois dimensions, et proposons un modèle normatif qui puisse répondre à l'ensemble des objectifs associés à ses finalités.

## 1 Les maisons médicales en tant qu'organisations

Notre objet d'étude est au croisement de trois éléments: les spécificités des organisations sans but lucratif, une forme particulière de gestion appelée l'autogestion, et la relation entre l'autogestion et les objectifs des organisations qui la revendiquent. Plus spécifiquement, nous étudions ces éléments à partir d'organisations concrètes que sont les maisons médicales. Avant d'aborder les définitions scientifiques, cette section propose une description des maisons médicales à partir de trois perspectives différentes : la définition juridico-institutionnelle, le point de vue des organisations elles-mêmes, et une lecture historique. Nous observons les organisations du point de vue de leurs activités économiques et de leurs objectifs.

Le mouvement des maisons médicales en Belgique forment un terrain d'étude particulièrement riche pour les sciences économiques. Elles proposent un modèle de santé spécifique, s'inscrivant dans les courants de la littérature en santé publique qui appelle à réduction des inégalités sociales (Wilkinson 2010; Wilkinson et Pickett 2013) et à la nécessité des politiques sociales, surtout en période de crise (Stuckler et Basu 2014). Autrement dit, leur modèle de santé se fonde sur une analyse des déterminants sociaux de la santé nécessitant une réforme des structures socio-économiques afin de prévenir les pathologies : elles priorisent la prévention à l'expertise biologique d'un modèle curatif (sans pour autant l'exclure). Elles proposent également un modèle de financement forfaitaire qui tend à la gratuité des soins de santé primaire et qui mérite de longs commentaires, et une forme d'organisation autogestionnaire qui appelle à la non-hiérarchisation de l'organisation du travail, prônant parfois l'égalité salariale. On peut en déduire, par simplification analytique, que ces organisations fonctionnent selon un *modèle de santé*, un *modèle de gestion*, et un *modèle économique* particuliers.

Les conditions de notre étude nous invitent à restreindre l'analyse à un échantillon bruxellois des maisons médicales appartenant à la Fédération des Maisons Médicales (FMM). Sur les 160 maisons médicales belges, la FMM en réunit 108 (environ 1500 travailleurs au total, pour un taux de couverture de 3% de la population belge) : près de septante de ces maisons médicales sont situées à Bruxelles, dont 50 font partie de la FMM<sup>1</sup>. Notre étude s'intéresse plus particulièrement au mouvement des Maison Médicales porté par la FMM.

---

<sup>1</sup> Courriel privé de Serge Perreau, coordinateur de l'intergroupe bruxellois, le 10 août 2017.

## **1.1 Les activités économiques des maisons médicales**

La littérature scientifique définit l'activité économique de production comme répondant à deux critères : (1) l'activité consiste en la création de biens ou de services et (2) elle peut être réalisée par un autre agent que celui qui consomme cette activité (Mertens et Marée 2008, 3). Selon cette définition, les MM sont donc des agents économiques de production, cette section en décrit les activités.

### **1.1.1 La définition juridico-institutionnelle**

L'article 15 du décret région bruxellois détaille l'action des MM comme suit <sup>2</sup> :

“La maison médicale exerce, dans le cadre du développement des soins de santé intégrée, les missions suivantes :

1° dispenser des soins de santé primaires, soit des soins de première ligne dispensés en consultation et à domicile et le suivi préventif;

2° assurer des fonctions de santé communautaire, soit développer des activités coordonnées avec l'ensemble du réseau psycho-médico-social et créer des conditions de participation active de la population à la promotion de sa santé;

3° assurer des fonctions d'observatoire de la santé en première ligne, soit recueillir des données permettant une description épidémiologique de la population desservie, l'évaluation des objectifs et l'auto-évaluation des activités de la maison médicale en vue d'une amélioration de la qualité des soins;

4° assurer des fonctions d'accueil.”

### **1.1.2 Le point de vue des maisons médicales sur leurs propres activités**

Dans sa brochure explicative, la FMM introduit la description des maisons médicales deux paragraphes décrivant respectivement le modèle de santé et le modèle de gestion (FMM

---

<sup>2</sup> Section V du Décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé, MB, 8 mai 2009, art. 14.

2011, 3). Le premier détaille le modèle de santé<sup>3</sup>, qui est ensuite détaillé point par point dans les pages suivantes :

“Les maisons médicales sont des équipes pluridisciplinaires dispensant des soins de santé primaires, continus, polyvalents et accessibles à toute la population. Leurs actions visent à une approche globale de la santé, considérée dans ses dimensions physiques, mais aussi psychiques et sociales et une approche intégrant le curatif, préventif et la promotion de la santé. Elles inscrivent leur activité tant dans l’accompagnement individuel que dans une perspective plus collective et de santé publique, de promotion de la santé. Les maisons médicales s'appuient sur une dynamique de participation communautaire et cherchent à développer l'autonomie des individus dans la prise en charge des problèmes de santé. Elles intègrent leurs actions en partenariat avec le réseau local.”

Le second décrit, très succinctement, le modèle de gestion :

“Les maisons médicales sont des structures autogestionnaires, c’est-à-dire que chaque travailleur peut être membre de l’assemblée générale de l’ASBL et participer à l’organisation et à la gestion du projet.”

Ces descriptions peuvent sembler anodines et superficielles pour notre objet. Nous démontrerons plus loin qu’il n’en est rien : la polysémie de la notion d'autogestion montrera la difficulté qu’il y a à la définir et la présenter. Elles révèlent également la définition principale de l'autogestion par la FMM : un critère de participation au sein de l'assemblée générale pour les travailleurs. Nous y reviendrons dans la revue de la littérature sur l'autogestion publiée au sein de la FMM.

### **1.1.3 La lecture historique**

Le politologue Pascal Delwit a rédigé en 1993 un bilan sur l'histoire politique des maisons médicales (Delwit 1993). Sans entrer dans les détails d'une analyse historique, cette brève revue est pertinente pour une partie de la littérature socio-économique que nous

---

<sup>3</sup> Puisque ce travail s'intéresse plus particulièrement au modèle de gestion spécifique des maisons médicales, le modèle de santé n'est pas détaillé. Cette distinction est purement analytique : nous verrons que les modèles de gestion ou économique sont déduits de la philosophie sous-jacente au modèle de santé. Dans les cas où ce sera nécessaire, les éléments utiles de ce modèle seront explicités.

mobiliserons plus loin, le courant dit de “l'économie sociale et solidaire” (Defourny et Nyssens 2017). Nous reprenons à cet auteur les éléments de cette section.

Selon Delwit, les maisons médicales émergent en même temps que l'émergence du courant de santé publique susmentionné, dont l'expression en Belgique s'incarne au sein du “Groupe d'étude pour la réforme de la médecine” (GERM), fondé par d'anciens résistants. Malgré des divergences historiques, aujourd'hui, la FMM revendique la filiation au GERM, son vocable et un modèle de santé commun (Thiry 2015; FMM 2011; Van Dormael 1981). La première maison médicale est née en 1972 et le modèle s'est développé jusqu'à aujourd'hui, soutenu par des personnalités militantes issues de deux courants philosophiques : le maoïsme révolutionnaire et l'humanisme libéral.

Notons un élément fondamental pour mieux comprendre le discours autogestionnaire de la FMM, selon lequel le GERM et les maisons médicales sont avant tout nées d'un conflit avec la médecine libérale conventionnée. Ce conflit s'ossifie à deux moments-clés : le premier est l'opposition de ces organisations au mouvement des médecins libéraux contestant la loi Leburton de 1964. Cette loi réformait l'Assurance Maladie-Invalidité pour instaurer un dossier médical individualisé et des catégories de remboursement plus avantageuses pour les médecins conventionnés (la norme aujourd'hui). En réponse à cette grève, le GERM et les fondateurs des maisons médicales voulurent proposer une pratique ancrée dans une politique de santé publique novatrice.

Une seconde grève de médecins a éclaté en décembre 1979. Un “front médico-pharmaco-dentisterie” se déclenche contre une indexation des honoraires. Les MM forment l'ossature d'un contre-mouvement appelé le “Comité pour la Continuité des Soins”, et gagnent en conséquence en légitimité auprès du Gouvernement. En 1981, ce dernier instaure la possibilité pour les centres de santé intégrés d'être financés sur un modèle forfaitaire par capitation, et ajoute une possibilité de subsides, une étape qui donne une nouvelle vie au mouvement et le poussera à se développer.

Selon Delwit (1993), les MM cherchent à fonder des centres de santé interdisciplinaires qui servent de fondation à une politique de santé et une politique sociale égalitaires. Il note la prédominance du politique dans le mouvement dès sa fondation qui vise une rupture avec le modèle capitaliste, exprimé dans la médecine libérale à l'acte. Cette forte politisation du mouvement s'affaiblit dans les années 80 selon une tendance propre au contexte sociétal. Encore aujourd'hui, l'identité des Maisons Médicales membres de la FMM s'inscrit dans cette opposition au libéralisme : le dernier numéro de sa revue, *Santé Conjuguée*, s'intitulant

“Idéologie néolibérale et soins de santé” (FMM 2017). Cette donnée éclairera, nous le verrons, certains aspects de la notion d'autogestion.

## **1.2 Les objectifs des maisons médicales**

Les organisations économiques se définissent également par leurs objectifs. Avant d'aborder les différents apports de la littérature sur cette question, observons comment les trois perspectives les envisagent.

### **1.2.1 Les objectifs juridico-institutionnels**

**Sur le plan juridico-institutionnel**, le gouvernement fédéral statue que les MM “ont pour objectif de répondre aux besoins des patients par une offre de soins de santé primaires de qualité, accessibles et continus”<sup>4</sup>. On peut retenir du décret régional cité supra des objectifs de récolte de données épidémiologiques, et de création de “conditions de participations active de la population à la promotion de la santé”, ce qui regroupe des activités communautaires, de socialisation et d'éducation à la santé.

### **1.2.2 Les objectifs des maisons médicales par elles-mêmes**

La charte des maisons médicales mentionne une diversité et une multiplicité d'objectifs bien plus exhaustifs (FMM 2006, 13-17). Le mouvement se pense comme une communauté de valeurs (solidarité, équité, citoyenneté, respect de l'altérité et autonomie), incarnées en pratique par ces objectifs :

- Répondre aux besoins par une offre de soins de qualité (continus, accessibles, intégrés et globaux) ;
- Renforcer l'autonomie des personnes et leur capacité intentionnelle ;
- Promouvoir la convivialité au sein des équipes et avec les usagers ;
- Assurer de bonnes conditions de travail et une gestion démocratique au sein de l'équipe ;
- Promouvoir la “participation citoyenne au renforcement de la défense du système de protection sociale” (FMM 2006, 14) ;
- Participer à l'évaluation des “besoins de la communauté” et à la recherche de solutions, “avec d'autres acteurs de la vie sociale” (FMM 2006, 14) ;

---

<sup>4</sup> <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/themes-pour-les-patients/soins-de-sante-transfrontaliers/normes-6> accédé le 05/08/17

- Favoriser “l'émergence d'une prise de conscience critique des citoyens vis-à-vis des mécanismes des systèmes de santé et des politiques sociales” (FMM 2006, 13), tout en participant à l'élaboration de ces politiques.

D'emblée, nous constatons que l'ambition des MM ne se réduit pas à fournir des prestations individuelles : elle définit des objectifs tantôt d'une population dans son ensemble (la “communauté”), tantôt d'un ordre dépassant le champ économique (participation citoyenne, conscientisation, gestion démocratique).

### **1.2.3 Les objectifs historiques**

Delwit (1993) énumère les buts des MM à partir des premières organisations créées :

- Offrir une approche médicale globale (qui tienne compte des déterminants sociaux de la santé) ;
- Supprimer les barrières entre médecine générale et spécialisée ;
- Réaliser une médecine gratuite ;
- Intégrer les patients dans la gestion de la MM ;
- S'intégrer dans la vie des quartiers populaires (influence du maoïsme).

En 1993, Delwit dressait un bilan de la réalisation de ces objectifs et soulignait plusieurs réussites sur le plan de l'activité médicale :

- des soins de meilleure qualité qu'en médecine générale et plus accessible du fait du forfait ;
- une action favorable aux populations précarisées dans un contexte de dualisation de l'économie ;
- une pérennité et extension considérable (42 MM créées en 20 ans, rien qu'au sein de la FMM).

Il constatait également des difficultés qui seront pertinentes pour notre analyse de l'autogestion en MM, que nous mettrons en perspective avec des données actualisées :

- une participation des limitée des patients à la gestion de la MM ;
- une tendance au curatif et un sous-développement de la prévention et de la santé communautaire (action sur les déterminants sociaux de la santé) ;
- une difficulté à participer aux activités extra-muros, c'est-à-dire au sein de la vie de quartier.

### 1.3 Discussion

Retenons quelques propriétés types des maisons médicales portées par la FMM.

**Un modèle de santé fondé sur la promotion de la santé.** Cette tendance est issue de la santé publique et sont définies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans la Déclaration d'Alma Ata et la Charte d'Ottawa. Ces déclarations reconnaissent que les inégalités de santé sont majoritairement influencées par les déterminants sociaux (éducation, logement, conditions de travail) et incitent les agents de première ligne à contribuer au changement des structures socio-économiques par un travail préventif et communautaire, en plus de fournir des soins curatifs de qualité.

**Un modèle de financement au forfait.** Bien que certaines MM fonctionnent toujours à l'acte, la majorité d'entre elles ont choisi le forfait. Celui-ci est calculé à partir de 41 variables socio-sanitaires pour chaque patient représentant une charge fictive de travail. La MM reçoit un forfait moyen correspondant à la description épidémiologique de sa patientèle, supposant une charge de travail donnée. Le patient ne paie pas aucune prestation, mais ne peut se faire rembourser s'il va en dehors de la MM. Ce mode de financement a pour but d'inciter la MM à faire un travail de prévention, car il est intéressant pour elle d'avoir beaucoup de patients inscrits, mais qui consultent peu.

**Un modèle de gestion organisé par les travailleurs.** Les statuts de la FMM définissent une MM en autogestion comme une MM dont l'assemblée générale est composée d'au moins 51% de ses travailleurs : c'est un critère obligatoire pour adhérer à la FMM. Nous appellerons ce critère le *critère de composition*. Nous allons montrer que ce critère est le plus petit dénominateur commun des diverses conceptions de l'autogestion au sein du mouvement des MM. Ce dénominateur est à notre sens trop réducteur pour fournir un ensemble de propriétés satisfaisant si l'on veut présenter le modèle des MM. La présente étude approfondit l'analyse du mode de gestion, ses liens avec le modèle de santé, sa pratique empirique et les difficultés associées en regard des objectifs qu'il a vocation de soutenir.

## 2 L'autogestion dans les maisons médicales

Pour saisir ce qu'est l'autogestion en MM, nous avons préféré une approche inductive et descriptive à une approche normative. En somme, partir de ce que l'autogestion est et non de ce qu'on aimerait qu'elle soit. Pour ce faire et pour affiner notre problématisation, nous avons employé plusieurs sources différentes de données. La première est une enquête par questionnaire concernant l'organisation de la prise de décision dans la gestion de 15 MM,



complétée par une ébauche d'étude réalisée par la FMM en 2010. La seconde est une analyse comparée des statuts de 37 MM publiés au *Moniteur Belge*. La troisième est une analyse de discours de la revue publiée par la FMM, *Santé Conjuguée*, plus précisément les articles associés au mot-clé “autogestion” (15 occurrences), auxquels s'ajoutent trois mémoires, une note officielle et deux fichiers de diapositives destinés à la formation des travailleurs de MM (cf. annexe A-1). Cette triangulation complète et objective trois années de participation observante au sein d'un processus d'analyse et de réforme de la gouvernance ayant lieu de septembre 2014 et devant se terminer en septembre 2017, sur le lieu de travail du présent auteur, la maison médicale Cité Santé, située à Laeken.

## **2.1 Le discours des maisons médicales sur l'autogestion**

Pour rendre compte objectivement de ce que représente l'autogestion au sein du mouvement des MM, nous nous fondons sur la note officielle publiée par la FMM sur l'autogestion, complétée par l'analyse d'un corpus sélectionné au sein de sa revue officielle, *Santé Conjuguée* par des travailleurs de MM et de littérature grise fournie par des personnes-ressources au sein de la FMM (cf. annexe A-1).

### **2.1.1 Les documents officiels de la FMM**

La charte des maisons médicales cite le “fonctionnement d'équipe basé sur l'autogestion” comme l'un des 29 moyens énumérés pour atteindre les objectifs cités supra (FMM 2006, 17). Le rapport sectoriel des maisons médicales bruxelloises (Somasse et Heymans 2012, 9-11) catégorise ces moyens en six axes d'action pour atteindre ces objectifs : l'organisation de la pratique, l'évaluation et la prise de décision éclairée, l'ancrage dans l'environnement, la participation des usagers, l'échange entre prestataires et entre prestataires et usagers, et la démocratie participative. L'autogestion est reprise dans l'axe “démocratie participative” avec “la mise en place des relations de travail non hiérarchiques au sein des équipes” et “une organisation de l'équipe autour d'un organigramme explicite” (Somasse et Heymans 2012, 11).

Nous prêtons une attention particulière à la note officielle de la FMM sur l'autogestion. “L'autogestion, un outil d'avenir” (FMM 2013) invite à “mettre l'autogestion en chantier” et inscrit d'emblée le modèle autogestionnaire comme une opposition au modèle néolibéral, définit comme centré sur l'individu, la compétitivité et la rentabilité (FMM 2013, 3). Il est remarquable que la note ne fournisse pas de définition normative de l'autogestion et ne définisse pas son

modèle idéal : l'autogestion est décrite par ses objectifs, ses finalités, puis par les modèles existants.

**Les finalités de l'autogestion.** L'objectif général de l'autogestion est de “développer la démocratie et la participation des travailleurs au sein de leur lieu de travail et des usagers au sein de leur lieu de santé” (FMM 2013, 4). Nous verrons à la revue des données et de la littérature qu'il y a là en réalité deux objectifs qui nécessitent des moyens différents : l'autogestion exclusive des travailleurs rendant plus difficiles l'intégration des patients comme codécideurs. Plusieurs sous-objectifs se déclinent de celui-là, autant de thèses que nous analyserons à la lueur des données et de la littérature économique. Ces thèses sont numérotées dans le tableau pour mieux s'y référer dans la seconde partie.

*Tableau 1 : Inventaire des thèses relatives à l'autogestion par la FMM*

<p>(1) L'autogestion permet le développement d'un projet collectif offrant un service à la population.</p> <p>(1.1) Les compétences de chaque travailleur sont valorisées ;</p> <p>(1.2) La participation du travailleur à la prise de décision l'incite à encourager la participation du patient dans la prise en charge de sa santé ;</p> <p>(1.3) La participation du travailleur à la gestion de l'institution favorise une réponse plus adéquate aux besoins identifiés.</p> <p>(2) L'autogestion améliore le bien-être au travail ;</p> <p>(3) L'autogestion forme à la prise de décision et à l'esprit critique ;</p> <p>(4) L'autogestion contribue à former des acteurs de changement.</p>
---

**Les modèles actuels.** Cette note n'aborde pas ce qu'est l'autogestion autrement qu'en termes généraux. Elle dresse ensuite une typologie des modèles observés (voir p.16 de ce travail). Comme nous l'avons vu, la condition minimale pour être en autogestion est que les travailleurs soient majoritaires au sein de l'assemblée générale. Ce que nous appelons le *critère de composition*. Cette condition est néanmoins “nécessaire mais pas suffisante” : il faut également garantir aux travailleurs l'information sur leur droit, et donner à l'AG des pouvoirs suffisants.

**Autogestion et patients.** Une section de la note aborde la question de l'inclusion de la patientèle dans la gestion des maisons médicales. Ce principe est directement inspiré de l'article 4 de la Déclaration Alma Ata sur les soins de santé primaire, et selon lequel “[t]out être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la

mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés” (OMS 1978). La FMM soutient ici que l'expérimentation de la participation aux décisions par les travailleurs les poussera à “s’ouvrir à la parole des usagers et leur donner une place de codécideur” (FMM 2013, 7), soit la thèse (1.2).

Retenons de ce discours que le fondement de l'autogestion est le critère de composition de l'AG (une majorité de travailleurs), critère insuffisant qui forme l'élément de base sur lequel se déploiera les différentes dimensions de l'autogestion : de la participation des travailleurs à celle des patients. Dans notre revue de la littérature, nous démontrerons que si le critère de composition est fondamental à la réalisation de certains objectifs, il entre directement en contradiction avec certains autres.

### **2.1.2 Le discours diffusé au sein de la revue *Santé Conjuguée***

Une recherche sur les mots-clés “autogestion” et “gestion” dans les archives de la revue *Santé Conjuguée* publiée par FMM renvoie à 15 articles dont 14 sont rédigés par des travailleurs en MM. Une analyse thématique nous permet d'identifier six conceptions de l'autogestion<sup>5</sup>.

**L'autogestion comme valeur ou culture.** L'autogestion y est perçue comme la réalisation pratique des valeurs d'égalité, d'adhésion au projet, de responsabilité de démocratie et d'absence de hiérarchie. Elle n'est alors pas décrite comme un mécanisme concret, mais comme une posture, des principes à respecter dans la mesure du possible, un choix politique et moral plutôt qu'économique (Whatelet 2008; FMM 2013; Henrard 2013; Huens 2008).

**L'autogestion comme alternative aux “modèles dominants”.** Dans cette logique, l'autogestion est décrite comme une opposition aux modèles “dominants”, le modèle libéral (économique et médical) et hiérarchique (Whatelet 2008; Cuvelier 2008). Deux modèles sont généralement critiqués. Le premier est la médecine libérale à l'acte. Cette opposition d'un centre de santé égalitaire à un modèle hospitalier très hiérarchisé (bien qu'exprimé ensuite de manière plus générale par "modèle dominant") se comprend mieux en regard de l'histoire des maisons médicales. L'autogestion y est également vue comme une utopie, dans le sens ricœurrien du terme, soit une formulation critique du statu quo (Leruth 2008d). Parfois, l'autogestion est citée comme nécessité au changement sociétal (Whatelet 2008; Huens 2008). Le deuxième modèle critiqué est le modèle néolibéral, la continuité du premier, qualifié d'atomisant et déshumanisant par sa priorisation du profit (Leruth 2008b; FMM 2017, 2013). La logique économique est

---

<sup>5</sup> L'analyse thématique est une méthode qualitative d'analyse de documents. Puisque ce type d'analyse déborde du cadre de cette étude, nous ne rendons pas compte de son détail et de sa méthodologie. Il nous a néanmoins semblé utile de sacrifier deux pages de ce travail à un angle interdisciplinaire afin de répertorier rigoureusement les logiques à comparer avec nos données tout en restant dans le cadre d'une approche majoritairement économique.

conçue comme soumise au bien-être humain et non le contraire. Le critère fondamental de cette représentation de l'autogestion est la participation des travailleurs dans les instances décisionnelles de la MM et leur engagement dans une démarche politique, et de manière plus large, leur capacité à inciter les populations à se mobiliser politiquement.

**L'autogestion comme expression du modèle de santé.** Ici, la non-hiérarchisation est explicitement posée au niveau des savoirs. L'accent est mis sur la non-hiérarchisation des disciplines dans la prise en charge du patient (Leruth 2008c, [a] 2008; Mairlot 2013; Darimont 2013; Legardeur 2008). Cette critique de la hiérarchisation fait dès lors plutôt partie du conflit entre le paradigme biomédical porté par un médecin individuel grâce à son expertise biologique (ce modèle est associé à un financement à l'acte et qualifié de modèle libéral), et le paradigme de santé publique qui élargit la définition de la santé à un bien-être global en harmonie avec son environnement, et pour lequel l'approche globale et la dimension communautaire sont fondamentales. C'est le pouvoir charismatique et l'autorité morale de la figure du médecin vis-à-vis des autres disciplines qui sont remis en question. Le modèle valorise les disciplines psychosociales propres à une approche globale. Cette volonté de non-hiérarchisation se comprend mieux au travers du prisme du conflit des paradigmes de santé, et le discours l'universalise vers une critique de toutes les formes de hiérarchisation. Dans cette conception, l'approche pluridisciplinaire est l'élément clé.

**L'autogestion comme propriété collective.** L'autogestion est vue ici comme une collectivisation de l'outil de production (Cuvelier 2008; Leruth 2008d; Darimont 2013), dans la tradition explicite de la coopérative de travailleurs et de l'associationnisme ouvrier. La MM y est vue comme un locus de ressources à redistribuer (Legrève 2013; Ladavid 2013). Elle est souvent associée à l'autogestion comme alternative au dominant, et met l'accent sur la redistribution du pouvoir et des richesses. La non-hiérarchie entre les membres (plutôt qu'entre savoirs) est fondamentale, s'exprimant tantôt dans la tradition "un membre = une voix" et, parfois, sous le principe d'égalité salariale (Whatelet 2008; Leruth 2008a; Henrard 2013; Legrève 2013; Huens 2008). Dans la seconde partie, nous interrogerons particulièrement cette conception qui traduit directement la logique d'une coopérative de travailleurs-consommateurs dans le contexte d'une société industrielle de consommation de masse dans celle d'organisations non lucratives mobilisant des experts appartenant à une infime fraction de la société. Nous montrerons que cette filiation symbolique pose des problèmes de conceptualisation une fois confrontée au terrain spécifique des MM.

**L'autogestion comme outil d'émancipation.** Une autre logique se réfère à la théorie marxiste de l'aliénation, qui veut que le travailleur se déshumanise en étant exproprié du produit de son travail (Leruth 2008b). Elle associe la collectivisation de l'outil de travail, par le biais du *critère de composition*, à une réappropriation de soi par celle de son produit. Cette logique pose question dès lors qu'il s'agit de produire un service de soin à la collectivité.

**L'autogestion comme ensemble d'outils de gestion participatifs.** Dans cette logique, l'autogestion est vue comme un mécanisme de coordination organisationnel dont le critère fondamental est la démocratie dans l'entreprise (Chapoix 2013; Henrard 2013). L'autogestion articule alors plusieurs techniques inspirées de la dynamique des groupes. Ces outils sont l'entraînement mental, la sociocratie, la micropolitique des groupes et la communication empathique. Cette logique est le produit d'une réflexion collective et de la synthèse du département éducation permanente de la FMM.

Tableau 2: Les représentations de l'autogestion au sein du mouvement des maisons médicales

L'autogestion comme culture
L'autogestion comme alternative
L'autogestion comme modèle de santé
L'autogestion comme propriété collective
L'autogestion comme émancipation
L'autogestion comme outils de gestion participative

### 2.1.3 Les typologies des modes de gestion au sein de la FMM

L'analyse de la littérature grise au sein des MM révèle trois tentatives de typologie de l'autogestion. Ces typologies sont à la fois descriptives et normatives : elles sont construites à partir d'observation des modèles existantes de MM, à l'attention de l'ensemble des MM afin d'ouvrir des perspectives sur la diversité des modèles au sein du mouvement. Nous les reprenons ici à titre de comparaison avec les données et leur attribuons leur nom de leurs auteurs.

#### **La typologie de Whatelet (2008) :**

- Travailleurs avec comité de patient consultatif (avec 4 rencontres par an)
- Travailleurs avec membres extérieurs (à l'équipe) consultatif
- Membres extérieurs dans le CA
- AG = équipe = CA

### **La typologie FMM (2013).**

- Travailleurs exclusivement
- Travailleurs avec membres extérieurs
- AG = travailleurs, CA = membres extérieurs.

### **La typologie Ladavid et Drieslma<sup>6</sup> :**

- Autogestion directe : AG = travailleurs = CA
- Autogestion indirecte : AG = travailleurs avec délégation à un CA de travailleurs
- Autogestion avec usagers dans l'AG
- Autogestion avec extérieurs non usagers dans l'AG
- Autogestion avec extérieurs et usagers.

## **2.2 Les statuts des maisons médicales en autogestion**

Pour pouvoir adhérer à la FMM, une maison médicale doit être constituée en association sans but lucratif (asbl). Cette condition permet une étude systématique de leur modèle de gouvernance à partir de leurs statuts. L'analyse des statuts de 37 maisons médicales bruxelloises membres de la FMM nous donne un aperçu des tendances du modèle associatif au sein du mouvement. Sur les 50 MM bruxellois, nous avons exclu de l'analyse celles dont les statuts étaient incomplets ou indisponibles, et celles qui n'étaient pas membre effectif de la FMM. La récolte des données s'est faite à partir des statuts publiés au Moniteur Belge au 16 juillet 2017. Nous avons procédé à la lecture de la totalité des actes de constitution et de modifications de statuts des 37 observations, et construit un tableau matriciel reprenant toutes les options possibles de conditions pour être membre de l'AG, membre effectif ou adhérent, ou administrateur (voir le tableau et la description des variables dans l'annexe A-2). Chaque observation est constituée de 40 variables booléennes, une valeur 1 indiquant que la propriété représentée par la variable existe dans les statuts de la MM observée. Ce tableau matriciel, en regroupant certaines variables en catégories plus générales, permet de regrouper des observations en modèles associatifs types.

### **2.2.1 L'assemblée générale**

Dans les modèles décrits ci-dessous, les valeurs entre parenthèses représentent le nombre de cas observés, sur un total de 37. Le Tableau 2 regroupe les MM par modèle et les

---

<sup>6</sup> Issue d'un fichier de diapositives transmis par Pierre Drieslma le 27 février 2017. Ces diapositives sont utilisées dans le cadre de formations internes à la FMM, pour les nouveaux travailleurs en maison médicale. Notons que cette typologie postule d'emblée qu'autogestion = travailleurs dans l'AG.

pondère en fonction de leur poids au sein de la FMM. Bien que les données concernant les voix consultatives soient fournies, nous nous intéressons en priorité au statut de membre effectif, c'est-à-dire qui peut disposer d'un droit de vote.

**Le modèle ouvert.** La simple demande à l'AG ou au CA ou la seule manifestation d'un intérêt pour l'objet social permet d'adhérer à l'asbl. Ce modèle se décline sous deux variantes : le droit de vote peut être directement attribué (2), ou soumis à de nouvelles conditions après un passage comme membre adhérent (4).

**Le modèle corporatiste.** L'appartenance à l'équipe de travailleurs ou la compétence en matière de soins de santé primaire est une condition d'adhésion pour avoir le droit de vote. Dans sa version stricte, l'AG est composée exclusivement de travailleurs (2). Dans une version élargie, elle autorise l'intégration des personnes compétentes en matière de soins de santé primaire, au droit de vote (2) ou à voix consultative (4). Ce modèle se décline sous une variante particulière, l'opt-out de travailleurs comme membre effectif (3) ou, plus souvent, comme membre adhérent (5).

**Le modèle de cooptation.** La cooptation par des membres effectifs est la condition pour intégrer l'AG.

**Le modèle hybride.** Il combine une condition corporatiste ou par cooptation avec une adhésion "ouverte" par simple demande sans autre condition ou par simple motivation d'un intérêt pour l'objet social.

*Tableau 3: Poids des modèles d'assemblée générale de 37 maisons médicales bruxelloises de la FMM*

<b>Modèle</b>	<b>Nombre</b>	<b>Répartition</b>
Ouvert	13	35%
Corporatiste	15	41%
Cooptation	6	16%
Hybride	3	8%

Nous voyons que, si dans 14 cas les travailleurs sont explicitement invités à se proposer comme membre, même si la condition n'est pas nécessaire, il n'existe que deux cas où les patients sont mentionnés explicitement : dans le premier, par la création d'un comité de patients à voix consultative, dans le second pour interdire explicitement l'adhésion des patients à l'AG. Cette observation questionne la thèse selon laquelle la participation des travailleurs au sein de l'AG inciterait ces derniers à solliciter les patients dans les décisions concernant la gestion.

Rappelons que cette description ne nous permet pas d'inférer la composition réelle des maisons médicales observées. Si théoriquement, un patient pourrait proposer sa candidature à une maison médicale au modèle ouvert, rien ne garantit qu'il soit accepté. De la même façon, une maison médicale avec un modèle "ouvert" ne nous indique pas que l'assemblée générale soit composée de non-travailleurs. Le critère d'adhésion à la FMM nous indique déjà que l'AG de chacun des cas observés est composée d'au moins 51% des travailleurs. Il est d'ailleurs envisageable qu'une AG composée exclusivement d'une catégorie de parties prenantes soit réfractaire à en intégrer d'autres : nous étudierons cette possibilité dans la seconde partie.

### 2.2.2 Le conseil d'administration

Les modèles de conseil d'administration suivent les mêmes critères que ceux élaborés par l'AG, bien qu'ils soient généralement indépendants du modèle de l'AG : une AG corporatiste recrutera généralement ses administrateurs sur une logique de cooptation (elle n'élira que ses membres). Le modèle ouvert présente des cas où des administrateurs ne doivent pas être membres de l'AG pour être élus. Le modèle "hybride" est une combinaison des modèle corporatiste et ouvert. On remarque néanmoins une bonne représentation du modèle ouvert. Il y a cependant de fortes chances que le modèle soit en pratique corporatiste, puisque seuls des travailleurs composeront le CA. Le poids de chaque modèle dans l'échantillon observé est relevé dans le Tableau 4.

Tableau 4 Poids des modèles de CA de 37 maisons médicales bruxelloises de la FMM

Modèle	Nombre	Répartition
modèle ouvert	14	38%
modèle corporatiste	4	11%
modèle par cooptation	12	32%
modèle hybride	7	19%

Deux particularités émergent dans la description des critères de composition du CA :

- Le cas où des "extérieurs" (à l'équipe) *doivent* composer le CA, dans une logique d'ouverture (1 observation). Cela se présente dans un seul cas, qui ne garantit pas de sortir d'un modèle corporatiste (il peut s'agir d'un ancien travailleur).
- Le cas où le CA doit être composé à majorité de soignants disposant d'un numéro INAMI (2 observations).



## 2.3 Les pratiques des maisons médicales en autogestion

Pour poursuivre notre description de l'autogestion dans les maisons médicales, une enquête a été réalisée auprès des 37 MM, dont 14 ont répondu. Un questionnaire a été envoyé par mail aux équipes par le biais de la *mailing-list* hebdomadaire. Il comprenait 14 questions visant à identifier les instances décisionnelles pour des domaines différentes de la gestion (voir annexe A-3). Le questionnaire distinguant implicitement deux niveaux de décisions (stratégique et opérationnel). En répartissant les lieux de décisions pour chacune des questions, il est possible de construire des modèles-types d'organigramme décisionnel. Par soucis d'homogénéité, nous avons supprimé les MM à l'acte de l'analyse (observations 12 et 13), car certaines décisions stratégiques importantes sont propres aux MM au forfait (cf. annexe A-3.)

### 2.3.1 Description liminaire des résultats

Premièrement, la moitié des répondants (7 sur 14) considère que les modalités de prise de décisions ne sont pas claires dans leur maison médicale. Cette proportion est suffisamment élevée pour nous interpeller sur la dimension informelle du fonctionnement des MM, que ce travail aborde peu.

Deuxièmement, les instances choisies sont les lieux de ratification finale d'une décision qui est souvent passée par d'autres instances préalables (cette dimension est mesurée par la dernière question, "Voulez-vous dire quelque chose que le questionnaire ne prévoyait pas ?" et a été mentionnée quatre fois).

Troisièmement, la diversité des réponses par maison médicale montre la pluralité des configurations. Seule 3 questions réunissent des réponses quasi-identiques : le licenciement d'un travailleur est généralement décidé en CA (10 réponses sur 12), l'exclusion d'un patient est décidée en équipe (11 sur 12), la fermeture exceptionnelle de la maison médicale est décidée en équipe (11 réponses sur 12).

Deux éléments importants d'une maison médicale sont décidés par l'équipe : la fermeture exceptionnelle, qui induit une rupture dans la continuité des soins, et le nombre maximal de patient, une donnée importante dans le modèle économique d'une maison médicale au forfait puisqu'elle détermine à la fois le revenu principal et la charge de travail. Dans 3 cas seulement ce nombre est fixé par l'AG.

Notre participation observante révèle également que les CA des MM bruxelloises sont dans la quasi-totalité composés exclusivement de travailleurs. Nous verrons infra comment la

théorie économique analyse les enjeux relatifs à la surreprésentation d'une partie prenante dans l'ensemble des instances.

### 2.3.2 Analyse des modèles de décision

Le Tableau 5 montre la répartition des instances décisionnelles pour chaque question posée et, plus généralement, chaque dimension étudiée.

Tableau 5: instances décisionnelles des MM bruxelloises par niveau de décision

ID	Questions stratégiques						Questions opérationnelles						
	Q1	Q4	Q9	Q7	Q11	Q10	Q2	Q13	Q3	Q5	Q6	Q8	Q12
1	AG	RE	AG	RE	AG	AG	AG	P	GS	RE	RE	RE	GS
2	RE	RE	AG	RE	CA	P	CA	CA	CA	RE	RE	CA	CA
3	CA	RE	AG	CA	AG	CA	CA	P	CA	RE	N/A	CA	GS
4	RP	RE	CA	RE	CA	CA	CA	GS	GS	RE	RE	CA	GS
5	CA	RE	AG	RE	CA	P	CA	RE	P	RE	RE	P	GS
6	RE	RE	CA	RE	CA	RE	CA	RE	RE	RE	RE	N/A	GS
7	CA	RP	P	RE	CA	CA	CA	CA	P	RE	CA	P	RP
8	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	GS	AG	AG	RE	AG	GS	AG	RE	GS	RE	RE	GS	GS
10	AG	AG	AG	AG	AG	GS	AG	P	GS	GS	GS	GS	GS
11	CA	RE	CA	RE	CA	CA	CA	CA	GS	RE	RE	CA	CA
14	GS	RE	GS	RE	RE	N/A	CA	RE	GS	RE	N/A	GS	RE

RE = réunion d'équipe ; P = personne mandatée ; GS = groupe sectoriel ; RP = Réunion pluridisciplinaire ; N/A = pas de réponse <sup>7</sup> ; CA = conseil d'administration ; AG = assemblée générale

Le Tableau 6 montre la pondération de chaque instance dans chaque dimension et déduit laquelle a le plus de poids, en comptant le nombre d'occurrences apparaissant pour chaque observation (l'ordre n'a pas d'importance), divisé par le total de questions. Les cases colorées en vert sont les instances avec la plus forte pondération (celles qui apparaissent le plus de fois dans les réponses de chaque observation) ; les cases colorées en rouge relèvent les instances qui n'ont aucun poids (elles n'apparaissent pas comme réponse pour l'observation). Cette méthode présente des limites : la pondération dépend essentiellement du nombre et de la qualité des questions et pourrait aisément produire des artefacts. L'insuffisante qualité de nos données nous contraint à émettre de fortes réserves quant à nos résultats et invite à ne considérer les configurations saillantes et les pondérations qu'à titre exploratoire. Nous rapportons néanmoins la méthode qui, selon nous, gagne à être affinée.

<sup>7</sup> Cette réponse concerne généralement des réponses de MM à des pratiques inexistantes chez elles, tel que la décision d'une convention particulière (un cas exceptionnel de suivi de patient n'étant pas au forfait).

Tableau 6: Poids des différentes instances des MM dans les décisions stratégiques et opérationnelles

	AG	CA	RE	GS	RP	P
1	38%	0%	38%	15%	0%	8%
2	8%	46%	38%	0%	0%	8%
3	15%	46%	15%	8%	0%	8%
4	0%	38%	31%	23%	8%	0%
5	8%	23%	38%	8%	0%	23%
6	0%	23%	62%	8%	0%	0%
7	0%	46%	15%	0%	15%	23%
8	0%	0%	0%	0%	0%	100%
9	31%	0%	31%	38%	0%	0%
10	46%	0%	0%	46%	0%	8%
11	0%	62%	31%	8%	0%	0%
14	0%	8%	46%	31%	0%	0%

Si cette surreprésentation se comprend au niveau opérationnel, nous l'observons à nouveau en isolant le niveau stratégique dans le Tableau 7 : la réunion d'équipe arrive en deuxième position après le CA. L'AG a parfois un rôle stratégique important. Une configuration d'instance apparaît également, entre le CA et la réunion d'équipe. Vu la prédominance du modèle corporatiste observé dans l'analyse des statuts, nous pouvons supposer que c'est aussi le modèle dominant au niveau de la gestion journalière.

Tableau 7: Poids des différentes instances des MM dans les décisions stratégiques

	AG	CA	RE	GS	RP	P
1	67%	0%	33%	0%	0%	0%
2	17%	17%	50%	0%	0%	17%
3	33%	50%	17%	0%	0%	0%
4	0%	50%	33%	0%	17%	0%
5	17%	33%	33%	0%	0%	17%
6	0%	33%	67%	0%	0%	0%
7	0%	50%	17%	0%	17%	17%
8	0%	0%	0%	0%	0%	100%
9	50%	0%	17%	33%	0%	0%
10	83%	0%	0%	17%	0%	0%
11	0%	67%	33%	0%	0%	0%
14	0%	0%	50%	33%	0%	0%

Si nous isolons les décisions organisationnelles, tel que dans le Tableau 8, nous constatons l'importance du conseil d'administration, de la réunion d'équipe et d'une configuration fondée sur le couple réunion d'équipe et groupe sectoriel. Dans un cas, le groupe sectoriel a plus de poids que les autres instances.

Tableau 8: Poids des différentes instances des MM dans les décisions opérationnelles

	AG	CA	RE	GS	RP	P
1	14%	0%	43%	29%	0%	14%
2	0%	71%	29%	0%	0%	0%
3	0%	43%	14%	14%	0%	14%
4	0%	29%	29%	43%	0%	0%
5	0%	14%	43%	14%	0%	29%
6	0%	14%	57%	14%	0%	0%
7	0%	43%	14%	0%	14%	29%
8	0%	0%	0%	0%	0%	100%
9	14%	0%	43%	43%	0%	0%
10	14%	0%	0%	71%	0%	14%
11	0%	57%	29%	14%	0%	0%
14	0%	14%	43%	29%	0%	0%

Une étude réalisée avec un questionnaire plus complet et plus précis, et aux questions correctement pondérées permettrait d'aller plus loin dans les conclusions et d'obtenir des résultats plus systématiques. Un travail de ce type a été réalisé dans le sens au sein de la FMM en 2010 sur la prise de décision dans la gestion journalière, dont les données brutes n'ont malheureusement pas été traitées et ne nous ont pas été rendues accessibles à l'heure de la rédaction de ce travail.

## 2.4 Discussion

Quelques remarques liminaires s'imposent à la lecture des données.

**L'absence du méso.** L'échelle d'analyse appliquée à l'autogestion par les MM est soit le micro, c'est-à-dire la relation interpersonnelle au sein de l'organisation, soit le macro, c'est-à-dire l'effet de ces pratiques sur les valeurs sociétales et les structures socioéconomiques. Pourtant, la FMM engage de nombreuses ressources à articuler la construction d'une politique de santé en intégrant les travailleurs des maisons médicales, par exemple en soumettant ses représentants en commission paritaire au contrôle démocratique de travailleurs. Ce niveau d'articulation n'est nullement évoqué dans le discours autogestionnaire du mouvement. L'unité d'analyse de ce discours est l'organisation, ce qui nous invitera à en considérer d'autres dans la seconde partie.

**La surreprésentation des travailleurs.** L'analyse des statuts et des questionnaires révèlent une surreprésentation du modèle corporatiste au sein des maisons médicales, ce qui questionne la thèse selon laquelle la participation des travailleurs invite, par effet de ruissellement, à intégrer les patients (ou d'autres parties prenantes).

**L'ambition du critère de composition.** Le critère de composition, qui incite à une composition d'AG d'*au moins 51%*, s'il est perçu comme insuffisant, est néanmoins considéré comme le plus petit dénominateur commun et le critère fondamental qui permettra de réaliser l'ensemble des objectifs de la Maison Médicale. Nous testerons donc cette thèse dans la partie suivante.

## **Deuxième partie:** Les maisons médicales au prisme des théories économiques

---

### 3 Les maisons médicales au prisme de la littérature économique

La littérature scientifique propose plusieurs définitions de l'organisation économique, chacune appartenant à des courants différents. Dans cette section, nous passons en revue les conceptions économiques de l'organisation pertinentes pour notre objet. Trois courants éveillent particulièrement notre attention : la littérature néoclassique sur les organisations *nonprofit*, l'approche récente des entreprises sociales, et le courant de l'économie sociale et solidaire.

#### 3.1 La théorie microéconomique

**La théorie du rendement social.** La théorie microéconomique standard est celle du “rendement social” propre au courant néoclassique. Nyssens (2017, 124) la résume dans les termes qui suivent. Dans la formalisation d'Arrow et Debreu (1954), l'offre égalise la demande par l'ajustement des prix et l'efficacité des marchés selon le critère de Pareto est démontrée (la pareto-optimalité), c'est-à-dire qu'une fois les échanges réalisés, il est impossible de modifier l'allocation des ressources sans diminuer le bien-être d'au moins un autre agent. Cette théorie repose sur deux postulats fondamentaux. Le premier conçoit les agents comme des plans d'optimisation pour atteindre un objectif, représenté par une fonction (la fonction-objectif). La firme cherche à maximiser son profit sous contrainte d'une combinaison de facteurs de production soumise à une axiomatique de technologie efficace. Cette optimisation détermine l'offre. La demande, quant à elle, est déterminée par la maximisation de l'utilité par le consommateur sous contrainte de budget, selon l'axiomatique des préférences rationnelles. Le deuxième postulat fondamental est celui de la concurrence pure et parfaite, qui repose sur une information parfaite des agents. Ce théorème démontre alors la pareto-optimalité des marchés lorsque l'offre et la demande se rencontrent après agrégation de chaque plan d'optimisation individuel.

Selon cette conception, une maison médicale serait dès lors une firme produisant un service (l'offre de soins), avec pour objectif de maximiser son profit, sous contrainte d'une combinaison spécifique de travailleurs. D'emblée, le financement forfaitaire propre aux maisons médicales rejette le mécanisme d'ajustement par les prix, et la contrainte de non redistribution propre aux organisations sans but lucratif altère la fonction-objectif. La théorie standard explique mal l'existence des organisations non lucratives.

**La théorie néoclassique de l'autogestion.** La théorie standard de l'entreprise autogérée se fonde sur l'exemple de la coopérative de travailleurs à partir des grandes expériences socialistes (Domar 1966; Ward 1958). Selon ces auteurs, deux caractéristiques définissent

l'entreprise autogérée : le pouvoir de décision revient aux travailleurs sur une base égalitaire, et le profit net de l'entreprise est réparti parmi ces derniers. Une variante conçoit, en plus, l'entreprise autogérée comme autofinancée (Vanek 1970). Les modèles néoclassiques de l'entreprise autogérées cherchent sur cette base à redéfinir la fonction-objectif et les contraintes auxquelles elles sont soumises. La fonction-objectif est dès lors une maximisation de la part de profit individuel de chaque travail après répartition égalitaire du surplus, sous contrainte d'un taux d'emploi fixé démocratiquement. Les modèles varient essentiellement sur les spécifications et les résultats tentent de vérifier la pareto-optimalité d'une économie fondée sur ce type de firmes.

A nouveau, le critère de non-redistribution exclut d'emblée notre objet d'étude, puisqu'être constitué en asbl est une condition pour adhérer à la FMM : tout surplus doit être réinvesti dans la mission. De plus, les maisons médicales ne s'autofinancent pas mais reposent sur les cotisations sociales, en interdépendance avec les mutualités. Dès lors, nous écartons cette littérature qui présente peu d'intérêt pour l'objet de notre étude : il n'existe pas de modélisation microéconomique d'une entreprise autogérée soumise à la contrainte de non redistribution. Notons que concernant les coopératives de travailleur, Ferreira (2005) fournit une synthèse claire de cette littérature et une approche innovante en termes de formalisation. Pour étudier notre objet, trois types de littératures nécessitent d'être mobilisés : l'approche de l'entrepreneuriat social, la littérature non profit, et l'approche de l'économie sociale et solidaire.

**La théorie standard élargie.** Pour saisir les enjeux économiques de l'existence des organisations sans but lucratif, une riche littérature s'est fondée en réévaluant les postulats de la théorie du rendement social. Deux types de littératures s'y inscrivent, que Nyssens englobe dans la notion de "théorie standard élargie" (Nyssens 2017, 145). La première est l'approche non profit, qui s'intéresse exclusivement aux organisations formellement soumises à la condition de non-redistribution des profits (Salamon et Anheier 1997). Observant l'existence d'asbl produisant des services sans recherche de profit, ces théories testent le théorème d'Arrow-Debreu en introduisant des imperfections au marché : concurrence imparfaite, information imparfaite et rationalité limitée. L'existence des organisations non profit est alors justifiée dans ce contexte par leur capacité à fournir des mécanismes de coordination autres que l'ajustement par les prix. Le second type de littérature est la théorie des organisations, qui explore notamment les questions de droits de propriété, de conflit d'intérêts des parties prenantes et de comportements opportunistes (Coase 1937; Grossman et Hart 1986; Jensen et Meckling 1976; Gui 1991; Fama et Jensen 1983). C'est cette théorie standard que nous mobiliserons pour tenter



notre conceptualisation de l'autogestion en maison médicale. Non sans un détour par d'autres approches.

### **3.2 La définition de l'entreprise sociale**

L'approche de l'entreprise sociale a été développée pour conceptualiser des firmes partageant des objectifs sociaux typiques des organisations non profit, mais ne répondant pas strictement à la contrainte de non redistribution (Defourny et Nyssens 2006; Borzaga et Defourny 2001).

Cette approche définit un idéal-type de l'entreprise sociale à partir neuf critères, dont quatre concernent sa dimension économique et cinq sa dimension sociale (Defourny et Nyssens 2006, 5-6). Sur le plan économique, une entreprise sociale entreprend des activités continues, maintient un haut degré d'autonomie, un minimum de rémunérations salariales et un degré significatif de risque financier. Sur le plan social, l'entreprise sociale vise explicitement le service à la collectivité, part d'une initiative citoyenne, son processus décisionnel n'est pas fondé sur la possession du capital, elle est participative par nature et soumise à une redistribution limitée de son profit. La description que nous avons faite des maisons médicales dans la première section montre qu'elles répondent largement à la majorité de ces critères.

Deux des hypothèses de cette approche se révèlent enrichissantes pour notre objet. La première traite de la complexité des objectifs des entreprises sociales. Celles-ci articulent trois types d'objectifs : des objectifs sociaux, qui visent le service à la collectivité, des objectifs économiques, du fait de la nature entrepreneuriale de la firme, et des objectifs sociopolitiques qui l'inscrivent dans une volonté d'action sociétale (Defourny et Nyssens 2006, 10). Pour atteindre ces multiples objectifs, les entreprises sociales tendent à favoriser des méthodes de gestion participative. Pour que ces dernières accomplissent leur mission de manière efficace, certains auteurs proposent d'octroyer une représentation à toutes les parties prenantes concernées au sein de l'assemblée générale (Borzaga et Bacchiega 2001). Ces parties prenantes, selon la conception de Freeman (2010), sont définies comme des groupes ou des individus pour qui la mission de l'organisation est un enjeu, c'est-à-dire "susceptibles d'affecter ou d'être affectés par l'action de l'entreprise dans la réalisation de sa mission" et qu'elles ont dès lors "des droits inaliénables à participer à la prise de décision qui affecte substantiellement leur bien-être" (cité par Campi, Defourny, et Grégoire 2006, 35, notre traduction). C'est l'hypothèse que nous soutenons dans ce travail.

La deuxième hypothèse enrichissante décrit les entreprises sociales comme ancrées dans un contexte politique. Les politiques publiques qui légifèrent autour d'elles résultent d'interactions entre entrepreneurs sociaux et représentants politiques (Defourny Nyssens 2006, 11). Cette hypothèse souligne la dimension sociopolitique de ces organisations et de leur travail de plaidoyer, sur laquelle nous reviendrons plus en profondeur.

### **3.2.1 Des organisations à objectifs multiples**

Selon la définition rapportée, les maisons médicales peuvent être considérées comme des entreprises sociales. La diversité des objectifs est saillante à l'examen du tableau 9. Notons que la nature des activités économiques des maisons médicales, une offre de soins de qualité, font se confondre les objectifs sociaux et économiques. De plus, il est parfois difficile de distinguer des objectifs sociaux et sociopolitiques : nous avons vu que la gestion démocratique au sein de l'équipe se traduit avant tout par une visée de changement sociétal "en pratique", tout comme l'analyse des besoins en santé de la population peut intégrer une méthode communautaire participative incitant à éveiller leur participation critique et un changement des structures, ou comme la réalisation d'une médecine gratuite sert directement la collectivité. Néanmoins, nous avons choisi cette classification arbitraire en retenant la définition des activités économiques introduisant ce travail, et ce afin de construire au mieux notre conceptualisation de l'autogestion.

Tableau 9 : Classification des objectifs des maisons médicales selon l'approche des entreprises sociales

OBJECTIFS	Sociaux	Economiques	Sociopolitiques
Juridico-institutionnel (COCOF 2009)	Assurer des fonctions de santé communautaire.	Offrir des soins de santé de première ligne.	Assurer une fonction d'observatoire épidémiologique utile aux politiques de santé publique.
Fixés par les MM (FMM 2006)	<p>Promouvoir la convivialité au sein des équipes et avec les usagers ;</p> <p>Assurer de bonnes conditions de travail et une gestion démocratique au sein de l'équipe ;</p> <p>Assurer de bonnes conditions de travail et une gestion démocratique au sein de l'équipe ;</p> <p>Participer à l'évaluation des "besoins de la communauté" et à la recherche de solutions, "avec d'autres acteurs de la vie sociale".</p>	<p>Répondre aux besoins par une offre de soins de qualité (continus, accessibles, intégrés et globaux) ;</p> <p>Renforcer l'autonomie des personnes et leur capacité intentionnelle.</p>	<p>Promouvoir la "participation citoyenne au renforcement de la défense du système de protection sociale" (FMM 2006, 14) ;</p> <p>Favoriser "l'émergence d'une prise de conscience critique des citoyens vis-à-vis des mécanismes des systèmes de santé et des politiques sociales" (FMM 2006, 13), tout en participant à l'élaboration de ces politiques.</p>
Historiques (Delwit 1993)	<p>Intégrer les patients dans la gestion de la MM</p> <p>S'intégrer dans la vie des quartiers populaires.</p>	Offrir une approche médicale globale.	<p>Supprimer les barrières entre médecine générale et spécialisée ;</p> <p>Réaliser une médecine gratuite.</p>

### 3.2.2 Des organisations à multiples parties prenantes

Nous distinguons deux catégories de parties prenantes : celles de l'offre, qui peuvent affecter les moyens l'organisation et celles de la demande, qui sont affectées par l'action de l'organisation. Reprenant notre échantillon bruxellois, nous pouvons identifier les parties prenantes reprises dans le Tableau 10.

Tableau 10: Inventaire des parties prenantes des maisons médicales bruxelloises

Parties prenantes de l'offre	Parties prenantes de la demande
Travailleurs	Patients
Mutualités	Associations de quartier
INAMI	Autorités communales
Pouvoirs subsidants (COCOF)	
Autorités communales (subventions, ...)	

L'analyse des données réalisées dans les sections 2.2 et 2.3 de ce travail nous ont montré la surreprésentation des travailleurs et du modèle corporatiste. Cette donnée est parfois vue comme un critère démocratique dans le discours autogestionnaire analysé dans la section 2.1. Néanmoins, l'hypothèse soutenue par l'approche de l'entrepreneuriat social nous invite à voir cette proposition sous un nouveau jour. Du point de vue des parties prenantes, le modèle autogestionnaire corporatiste, fondé sur le *critère de composition* (des travailleurs dans l'AG), montre une surreprésentation d'une seule partie prenante par rapport aux autres. Dans ce modèle, les parties prenantes de la demande sont exclues des processus décisionnels.

En effet, les patients eux-mêmes constituent la catégorie la plus évidente des parties prenantes de la demande. Ce n'est pourtant pas la seule manière de le concevoir. En effet, si l'on considère que les objectifs sociaux d'une maison médicale sont d'augmenter la qualité de la vie collective, entre autre par le soin individuel mais aussi par la santé communautaire, c'est la *population* résidant dans les quartiers concernés qui forment l'unité d'analyse. D'autant plus que le modèle médical privilégié des maisons médicales, la promotion de la santé, invite à améliorer les structures sociales qui déterminent les indicateurs de santé. Par exemple la construction d'une crèche dans une cité de logements sociaux à haute population de familles monoparentales est déterminante sur leur état de stress chronique, qui a un effet physiologique sur la santé et la santé mentale. A ce titre, les associations de quartiers d'initiative citoyenne peuvent représenter l'intérêt des patients. Si l'analyse de l'autogestion est ramenée de l'échelle de l'organisation à l'échelle du territoire, le sujet de l'autogestion n'est plus le *travailleur* mais la *population locale*.

Le discours autogestionnaire de la FMM suppose que la délégation de la gestion aux travailleurs permet une meilleure définition des objectifs sociaux et sociopolitiques (thèse 1.3)

et incitera ces derniers à faire participer les bénéficiaires dans le processus de gestion (thèse 4). Pour vérifier cette thèse, il convient d'illustrer les enjeux propres de la surreprésentation d'une partie prenante.

#### 4 L'autogestion des maisons médicales au prisme de la littérature économique

Dans cette section, nous réinterprétons les données décrites dans le chapitre 2 par le prisme de la théorie économique synthétisée dans le chapitre 3. Nous identifions trois dimensions propres à l'autogestion grâce à la définition de l'entreprise social et explorons au travers de la littérature non profit et de l'économie sociale et solidaire les enjeux propres à la surreprésentation d'une partie prenante, en l'évaluant à partir des finalités attribuées à l'autogestion par les maisons médicales. A partir de l'examen du discours sur l'autogestion au sein des MM, nous déduirons une théorie normative de l'autogestion et la comparerons aux données.

##### 4.1 Les trois dimensions de l'autogestion

Notre définition des maisons médicales comme des organisations à objectifs multiples et à multiples parties prenantes nous invite à identifier trois dimensions dans la manière dont elles peuvent s'organiser pour réaliser leurs buts :

- **une dimension institutionnelle** relative à comment l'organisation répartit ses droits de propriétés, gère les conflits d'intérêts entre ses différentes parties prenantes et assure un contrôle démocratique de l'affectation des ressources. Elle traite essentiellement de la *composition l'AG et du CA*. Cette dimension est analysée dans la section 4.2 à partir de la littérature non profit. La majeure partie de ce travail s'intéresse à cette question, afin de répondre à l'évidence peu discutée du *critère de composition de l'AG*.
- **une dimension sociopolitique** relative à comment l'organisation façonne son environnement dans le sens d'une vision explicite. Cette dimension touche aux objectifs du même nom, et c'est avec l'approche de l'économie sociale et solidaire que nous l'aborderons. Elle traite essentiellement de la *participation citoyenne*. Cette dimension est analysée dans la section 4.3 grâce à la littérature de l'économie sociale et solidaire.
- **une dimension organisationnelle** relative à comment l'organisation organise le travail pour réaliser ses activités économiques. Elle traite essentiellement de la *gestion quotidienne de l'activité*. Nous évoquerons cette dimension sans l'approfondir, car elle est prédominante dans les discours lorsqu'il s'agit d'aborder l'autogestion "en train de se

faire”, et qu'elle nécessite de sortir du champ de la littérature économique pour l'aborder en profondeur.

Ces trois dimensions, déduites de la typologie des objectifs par l'approche des entreprises sociales, forment un cadre nous permettant de conceptualiser toutes les dimensions de l'autogestion. Il serait tentant d'associer chaque dimension à une catégorie d'objectifs. Cette élégance conceptuelle rigidifierait néanmoins notre cadre analytique. Par exemple, si la participation des travailleurs à la gestion de l'entreprise relève de l'objectif social, nous la rangeons néanmoins dans la dimension organisationnelle, en ce sens qu'elle concerne la production de l'activité économique. Le développement des sections suivantes visent à approfondir la définition de ces dimensions. La dimension institutionnelle aborde plus particulièrement la question des multiples parties prenantes, la dimension sociopolitique aborde la question des multiples objectifs, et la dimension organisationnelle ne sera que brièvement discutée puisqu'elle relève d'autres disciplines.

## **4.2 La dimension institutionnelle de l'autogestion**

La conceptualisation que nous proposons définit la dimension institutionnelle de l'autogestion comme sa manière d'aborder les droits de propriétés, les conflits d'intérêts entre parties prenantes et les mécanismes de régulation des comportements opportunistes. La théorie standard élargie nous permet d'explorer ces questions. Rappelons qu'un cas particulier nous intéresse à la lecture de cet état de l'art : celui de la surreprésentation d'une partie prenante, les travailleurs, dans les instances décisionnelles.

Selon cette théorie, et particulièrement la théorie des organisations, les organisations sans but lucratif se sont créées afin de neutraliser les effets des imperfections du marché. Egalement, Coase (1937) affirme que le prix n'est pas le seul mécanisme de coordination possible pour les marchés. Cette fonction peut être reprise par l'entrepreneur. Selon lui, les propriétés de la firme permettent de répondre aux imperfections du marché afin de maintenir l'hypothèse de pareto-optimalité du théorème. Pour cela, les droits de propriété doivent être clairement définis.

### **4.2.1 Les droits de propriété**

La théorie standard considère qu'en raison de la contrainte de non redistribution, les organisations sans but lucratif n'appartiennent à personne (E. L. Glaeser 2003), révélant une faille de gestion du fait qu'aucun investisseur n'a de capital à perdre (Steinberg 2003). La théorie standard élargie avance néanmoins que la propriété se définit par deux droits formels : le droit de contrôle résiduel et le droit aux bénéfices résiduels (Hansmann 1988; Grossman et Hart

1986)<sup>8</sup>. Les bénéfices sont les excédents financiers une fois les engagements économiques honorés (ici, l'offre de soins de santé primaires), et le contrôle relève des décisions que l'assemblée générale a le droit d'entreprendre (élection de ses administrateurs, délégations, cession ou dissolution de l'organisation). Dans la théorie néoclassique, ces deux droits sont indissociés de la notion de propriété afin d'inciter à l'efficacité, et attribués à une seule catégorie de partie prenante, les actionnaires (Petrella 2017, 331).

Tableau 11: Les organisations du troisième secteur selon Gui (1999) in Defourny et Nyssens (2017:43)

Catégorie dominante / Catégorie bénéficiaire	Clients	Bénéficiaires d'aide	Usagers de biens en libre accès	Travailleurs	Fournisseurs	Investisseurs	Mécènes, donateurs ou gestionnaires mandatés
Clients	Coopératives d'usagers (consommateurs, épargnants, etc.), clubs sportifs						Hôpitaux et organisations de soins et services à but non lucratif
Bénéficiaires d'aide		Organisations d'entraide (self-help)					Organisations « caritatives », fondations philanthropiques
Usagers de biens en libre accès			Organisations gérant des « communs »				Organisations de protection de l'environnement
Travailleurs				Coopératives de travailleurs			Entreprises d'insertion
Fournisseurs					Coopératives laitières ou viticoles		Magasins du commerce équitable
Investisseurs						Sociétés anonymes par actions	Fonds et sociétés de placement

Gui (1991) a construit une typologie des organisations en fonction du type de partie prenante à laquelle chacun de ces droits est attribué. La catégorie dominante est celle à qui revient le contrôle de l'organisation, alors que la catégorie bénéficiaire est celle qui bénéficie de la redistribution du surplus potentiel (Petrella 2017). Gui emploie cette typologie pour distinguer les organisations d'intérêt mutuel (entre pairs) et d'intérêt général (adressée à une population). Les cas "purs" d'intérêt mutuel sont ceux dont la catégorie bénéficiaire est également la catégorie dominante. Les cas "purs" d'intérêt général sont ceux où la catégorie dominante est un mécène, donateur ou un gestionnaire mandaté. Ce modèle a un intérêt heuristique pour interroger la dimension institutionnelle.

**Le problème de la surreprésentation d'une partie prenante.** Selon ce tableau, les maisons médicales ne peuvent être considérées comme des coopératives, et cela relève essentiellement de leur dimension non lucrative. Les travailleurs forment la catégorie

<sup>8</sup> Nous reprenons ici en grande partie l'excellente synthèse de Petrella (2017) pour l'appliquer aux maisons médicales.

dominante<sup>9</sup>, alors que les clients composent la catégorie bénéficiaire. Cette disposition est traduite par le *critère de composition* de l'assemblée générale. Cette typologie est fondée sur un postulat qui introduit une rupture majeure avec la vision des maisons médicales : les parties prenantes ont des intérêts spécifiques. L'enjeu est dès lors d'équilibrer ces intérêts spécifiques afin qu'ils servent l'intérêt des bénéficiaires (ici, les patients). Malgré la contrainte de non redistribution des profits, les organisations sans but lucratif sont soumises à des enjeux de propriétés. Certes, le surplus doit obligatoirement être réinvesti dans la mission. Mais il est possible d'investir dans la mission en favorisant l'une ou l'autre partie prenante (Fama et Jensen 1983). Dès lors, savoir *qui peut affecter ces revenus* est une question essentielle pour le modèle autogestionnaire en regard de ses valeurs d'égalité.

**La propriété à parties prenantes multiples.** Pour résoudre ce problème, la littérature sur l'entrepreneuriat social propose d'impliquer la diversité des parties prenantes dans la propriété, ce qu'elle appelle la *propriété partenariale* (Petrella 2017, 337), et notamment les parties prenantes de la demande (Ben-Ner et Van Hoomissen 1991). Dans la section 3.2.2, nous avons montré qu'un changement d'échelle de l'analyse permet d'interpréter l'intérêt des patients au niveau de la population du territoire. Petrella (2017, 338) signale qu'une telle approche nécessite des procédures de décision collective et de gestion des conflits, ce qui relève de la dimension organisationnelle selon notre typologie.

#### **4.2.2 Le rôle du conseil d'administration**

A nouveau, nous reprenons à Petrella sa synthèse claire des théories des conseils d'administration (Petrella 2017, 340-356). L'articulation de ces théories forme un cadre théorique qui nous semble heuristique. Nous ne retenons ici que celles qui nous semblent pertinentes au cas des maisons médicales, que nous mettons en lien avec l'analyse des statuts des maisons médicales de notre section 2.2.2. Ces approches sont utiles à la lecture de nos données, dans la mesure où elles peuvent donner une fonction et un rôle explicites à des CA dotés d'une certaine composition.

**L'approche démocratique** conçoit le CA comme garant des principes démocratiques de l'organisation. Le rôle du CA est d'équilibrer les intérêts spécifiques de chaque partie prenante, et sa composition est ouverte à n'importe quelle personne. Nous retrouvons ici le

---

<sup>9</sup> Bien que le financement ne vienne des mutuelles, et donc en bout de course aux cotisations sociales des clients. Cette confusion vient du fait que Gui ne distingue pas des processus économiques Macro et se situe au pur niveau organisationnel. Pour rappeler cette dimension de la sécurité sociale, nous avons arbitrairement choisi de reprendre la catégorie "client" au lieu de bénéficiaire.



modèle “ouvert” des CA des maisons médicales. Néanmoins, nous supposons que le rôle d'équilibre nécessite une représentation d'une diversité de parties prenantes ou une définition explicite du rôle et de la posture des administrateurs.

**Le modèle de la cooptation** propose d'intégrer au CA des personnes-ressources capables de façonner l'environnement de l'organisation pour la rendre moins dépendante de ce contexte. En extrapolant sur cette théorie, nous proposons d'envisager-là des personnes-ressources intégrées dans d'autres organisations du réseau (hôpitaux, coordination sociale) afin de permettre une meilleure articulation des services.

**La tension entre logique gestionnaire et logique politique.** Cette tension, qui ressort de la littérature, se retrouve également dans l'analyse du discours autogestionnaire de la section 2.1.2. Certains auteurs s'inquiètent de la nécessité de professionnalisation due à la complexification de la prise en charge et l'augmentation de la taille des maisons médicales (Whatelet 2008). Nous renvoyons à la littérature sur l'ONGisation pour répondre à cette dimension, qui relève plutôt des sciences politiques (Sbeih 2014; Hearn 1998). En quelques mots, il importe de donner une définition opérationnelle à la notion de “politique” pour pouvoir répondre à cette question. Puisque la dimension sociopolitique des maisons médicales vise à réaliser un modèle de société contre un modèle dominant (ici, vu comme le modèle néolibéral selon le discours des MM), la logique “politique” consiste à la *construction d'un rapport de force* pour les populations bénéficiaires contre le modèle hégémonique. La prestation de service est dès lors à la fois un moyen pour faire levier et une incarnation partielle du nouveau modèle. La dépolitisation, ou selon la littérature, l’“ONGisation” du politique intervient quand la prestation de service devient le seul objectif. Appliquée au secteur des maisons médicales, cette lecture revient à considérer qu'offrir des prestations de soins accessibles vise à maintenir une population en bonne santé *afin* que les individus qui la composent puissent assurer, dans les meilleures conditions possibles, la poursuite du mouvement social associé. Dans ces termes, la *dépolitisation* revient à offrir des soins de santé à des individus sans considérer leurs potentielles expressions collectives (organisations, mobilisations). Cette lecture rompt avec le postulat selon lequel le choix entre un objectif sociopolitique est fonction décroissante d'un haut degré d'expertise, impliquant des choix avec effets de substitution. La question est plutôt de “professionnaliser” des militants. Dans ce cas, le rôle du conseil d'administration joue un rôle de garant des objectifs sociopolitiques plutôt que de “bonne gouvernance” en termes de rationalisation des ressources, s'assurant que la logique gestionnaire/professionnelle reste soumise à l'objectif sociopolitique, sans s'y substituer.

Cette brève discussion nous montre à nouveau comment les dimensions de l'autogestion sont imbriquées en elles dans les faits, ici comment l'objectif sociopolitique peut se traduire dans la composition institutionnelle des organisations en général, et des maisons médicales en particulier.

### **4.2.3 Les comportements opportunistes**

Comme nous l'avons vu, la théorie standard élargie part du cadre analytique néoclassique de la théorie du rendement social et traite le fonctionnement des organisations *nonprofit* à partir de violations de certains de ses postulats. Un élément particulier de cette approche, dite approche *nonprofit*, attire notre attention. Selon une théorie particulière de cette approche, la théorie de la confiance, les organisations sans but lucratifs émergent en contexte de concurrence imparfaite du fait de l'asymétrie d'information et de la rationalité limitée des agents (Nyssens 2017, 128-131).

**La surreprésentation du modèle corporatiste en tant que système d'incitations opportunistes.** Puisque la concurrence est imparfaite, le marché n'est pas pareto-efficace. Dans l'axiomatique du rendement social, les agents cherchent à réaliser leur intérêt individuel. L'asymétrie d'information se fait au bénéfice de l'un des agents et l'incite à exploiter la situation afin de bénéficier d'une rente informationnelle. La réponse à cette incitation structurelle est appelée *comportement opportuniste*. L'enjeu est dès lors de les identifier et de développer des mécanismes structurels qui réduisent ces incitants. Notons que le concept de "comportements opportuniste" n'invoque pas une posture morale ou immorale : il s'agit d'identifier des incitants structurels afin de le réduire, indépendamment de l'éventuelle posture éthique de l'agent qui y répond. Nous nous intéressons ici à l'analyse du cas particulier de la surreprésentation d'une seule partie-prenante. Par "surreprésentation d'une partie prenante", nous traitons généralement du cas limite où une seule partie prenante est représentée, supposant que c'est le cas majoritaire dans les maisons médicales. La théorie reconnaît deux types de situations opportunistes : précontractuelles et post-contractuelles.

**L'opportunisme précontractuel.** Dans la première situation, le bénéficiaire ne connaît pas la qualité du service et le prix ne peut être considéré comme un signal pour le déduire. Dans le cas qui nous concerne, ce sont les parties prenantes de la demande qui manquent d'information. Les propriétaires de l'organisation – les travailleurs de maisons médicales selon notre cadre d'analyse - peuvent bénéficier d'une rente informationnelle en se réaffectant le surplus. Selon la théorie de la confiance, deux mécanismes s'opposent à cette incitation : la qualité de la réputation de l'organisation (qui peut se traduire par la reconnaissance du modèle

des maisons médicales dans le secteur médical), et la contrainte de non redistribution (qui interdit aux propriétaires de s'approprier le surplus et les forcent à le réinvestir dans la mission). La littérature observe néanmoins qu'une politique salariale excessive peut se substituer à la mission (Glaeser et Shleifer 2001). Cette situation nous semble particulièrement renforcée lorsque les propriétaires sont exclusivement des travailleurs : ils sont alors les seuls décideurs de leurs propres conditions salariales (ou non salariales, dans le cas des indépendants, par des avantages en nature par exemple). A nouveau, il ne s'agit pas ici de condamner l'éthique des travailleurs en maisons médicales, mais d'identifier des situations relevant plus ou moins de risques de comportements opportunistes, afin de penser un modèle qui les réduise. A ce titre, la thèse (1) de la FMM sur les finalités de l'autogestion<sup>10</sup> nous semble peu congruente avec la théorie en ce qui concerne les modèles purement corporatistes, c'est-à-dire les organisations où seuls des travailleurs, anciens travailleurs ou professionnels des soins de santé primaires sont présents dans les instances décisionnelles.

Un deuxième exemple présente une situation plus nuancée que la seule recherche de profit. Il est reconnu que les maisons médicales sont victimes de leur succès : sur les 11 maisons médicales de Bruxelles-Ouest, une seule admettait encore les inscriptions de patient en avril 2016<sup>11</sup>. L'enjeu d'augmenter le nombre maximum de patients inscrits est triple : il augmente la manne financière (du fait du financement au forfait), il augmente le taux de couverture et donc l'accessibilité (augmentation de l'offre), et en conséquence il augmente la taille de l'équipe. La participation observante nous informe que les discussions sur la taille des équipes sont constantes dans les débats internes à l'autogestion : les outils de gestion participative sont inspirés de la théorie de la dynamique des groupes qui mentionne 15 comme la taille optimale avant la nécessité de délégation (Mucchielli 2012), ou 10-12 avant d'avoir à contrôler les incitants (Olson 2011). Dès lors que les travailleurs sont la seule partie prenante à défendre leur intérêt, il y a des raisons de penser que la question sera vite tranchée en faveur de l'argument de la taille de l'équipe, là où des représentants des intérêts de la population locale défendraient éventuellement l'augmentation du taux de couverture. La surreprésentation d'une partie prenante n'incite pas à traiter rigoureusement cette question. Le fait même que les études internes à la FMM traitant de la "taille idéale" des maisons médicales abordent celle-ci du point de vue de la taille de l'équipe plutôt que de la patientèle va dans le sens de notre propos.<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> (1) L'autogestion permet le développement d'un projet collectif offrant un service à la population, cf. Tableau 1.

<sup>11</sup> Tour de table à une réunion sur la notion de territoire le 25 avril 2016.

<sup>12</sup> Cf. Brouillon d'une note interne sur la taille critique des Maisons Médicales encore non publiée, et transmise par Pierre Drieslma par communication privée le 2 mai 2017

**L'opportunisme post-contractuel.** La situation d'opportunisme post-contractuel peut survenir “lorsque l'une des parties prenantes de la transaction doit entreprendre une action alors que l'autre partie ne peut ni observer, ni contrôler, ni contraindre l'exécution de l'action”(Nyssens 2017, 129). Trois situations sont possibles : celle de l'incomplétude d'un contrat, celle de l'*aléa moral* (en contexte d'information imparfaite) et en situation de marché où la demande excède l'offre. Ce sont ces deux derniers cas de figure qui nous intéressent. *Le cas de l'aléa moral* est une situation où le prestataire peut modifier le contrat à son avantage. Sur le plan exclusivement financier, le financement au forfait par capitation induit qu'un patient qui consulte moins rapporte la même chose qu'un patient qui consulte beaucoup. Le mécanisme a pour objectif d'inciter les praticiens à investir dans la prévention et la santé communautaire, tel que le modèle de santé le conçoit. Le risque selon lequel les gestionnaires préfèrent éviter d'abandonner des patients potentiellement plus lourds que d'autres nous semble plus présent en l'absence d'autres parties prenantes que les prestataires de soins. Notons que la fédération des maisons médicales, sans implémenter un modèle de contrôle, est vigilante sur ce type d'incitants qu'elle tente de prévenir, par le biais d'information, de centralisation de l'information et de contacts réguliers avec ses membres. L'INAMI également agit comme mécanisme régulateur, du fait qu'il soit compétent pour répondre aux plaintes des patients qui se sentiraient lésés. Néanmoins, cette dernière mesure n'est pas une réponse optimale à la situation d'aléa moral qui naît justement de l'information imparfaite du patient. *Dans un environnement où l'offre excède la demande*, comme c'est le cas dans le secteur des soins de santé primaires, les possibilités d'aléas moraux sont renforcées par l'absence d'un mécanisme concurrentiel qui permettrait de choisir d'autres prestataires. Cette situation n'est donc pas un nouveau risque d'opportunisme, mais renforce celui de l'aléa moral.

La littérature *nonprofit* et plus particulièrement la théorie de la confiance nous offrent ici des outils intéressants pour analyser les risques potentiels aux modèles observés dans les Maisons Médicales, risques déduits des objectifs mêmes du mouvement. Néanmoins, comme le souligne Nyssens (2017, 131), cette littérature conçoit la contrainte de non-redistribution comme mécanisme de régulation à ces situations, ce qui nous semble insuffisant pour assurer la représentation des intérêts de chaque partie prenante.

#### **4.3 La dimension sociopolitique de l'autogestion**

C'est à une autre littérature, l'approche de l'économie solidaire, que nous nous intéressons pour traiter de la question des multiples objectifs des maisons médicales.

### 4.3.1 L'économie solidaire

L'approche de l'économie solidaire est une approche théorique empruntant à la théorie polanyienne et à la méthode historique (Gardin et Laville 2017). Cette approche conçoit les organisations économiques comme relevant d'une intégration entre quatre principes régulés par quatre institutions-clés : l'échange (par le marché), l'administration domestique (par la communauté), la redistribution (par un mécanisme centralisateur) et la réciprocité (par la symétrie interpersonnelle). Les organisations économiques sont vues comme encadrées dans les relations entre ces quatre institutions interdépendantes. De plus, l'approche de l'économie solidaire considère le développement du Tiers Secteur à partir de son ancrage historique dans l'associationnisme ouvrier. Le secteur des maisons médicales se prête à merveille à cette interprétation, avec son mode de financement fondé sur les cotisations sociales centralisées par un mécanisme paritaire (redistribution), un mode d'organisation fondé sur la décentralisation locale et fédérée (administration domestique), et un modèle de santé fondé sur la qualité de la relation avec le patient (symétrie interpersonnelle), le tout en contexte de division du travail (marché). De plus, les maisons médicales s'identifient elles-mêmes comme filles du mouvement social ouvrier, comme l'a montré notre lecture historique de la section 1.2.3. ; l'autogestion étant considérée comme un critère fort de cette identification, comme l'a montré la logique de l'autogestion comme propriété collective dans la section 2.1.2.

L'approche de l'économie solidaire nous intéresse pour l'intérêt qu'elle accorde à la dimension politique. En la revendiquant, elle propose de penser dans un même cadre les dimensions économiques et politiques de la continuité du mouvement ouvrier. La diversité des objectifs revendiqués nous a montré l'importance des objectifs sociopolitiques des maisons médicales (Gardin et Laville 2017, 205). Selon Laville (2017, 205-209), l'économie solidaire constitue un "espace "politique" d'interactions par les citoyens "parlant et agissant ensemble"”. Son action ne se réduit pas à un effet économique : elle crée des espaces publics qui permettent de discuter des questions politiques. S'inspirant directement de la théorie d'Habermas et surtout de Thompson, Laville<sup>13</sup> conçoit cet espace comme un espace public populaire, une action d'une classe pour elle-même et qui lui permet de se produire en tant que classe ayant une conscience propre (Thompson 2012). Cette conscience se constitue localement et historiquement, par processus d'attribution collective dans ce que la sociologie appelle des microcontextes de mobilisation (McAdam, McCarthy, et Zald 1988). Ce processus consiste à comprendre que des problèmes d'abord conçus comme personnels (des conditions de logement ou de travail) sont, à

---

<sup>13</sup> Jean-Louis Laville, Conférence du 9 mars 2015 à l'Université Catholique de Louvain-La-Neuve.

force d'interactions, compris comme des problèmes structurels, ce qui favorise à terme l'organisation et la vigueur du mouvement social pour construire un rapport de force face aux classes dominantes, tout en développant des alternatives. Les coopératives de travailleur forment un excellent exemple de ce processus.

Retenons que nous définissons la dimension sociopolitique par une aspiration à la transformation des structures socioéconomiques vers un modèle considéré comme idéal, par le biais d'un processus historique qui prend place au sein d'un espace public populaire. Le travail sociopolitique relève dès lors de la construction d'un rapport de force contre les réactions de ces structures à la perturbation de leur statut quo.

### **4.3.2 La continuité historique de l'autogestion**

Si l'on pense les maisons médicales comme la continuité d'un mouvement social traditionnellement associé à l'autoémancipation populaire, il convient de rappeler l'origine sociale du concept d'autogestion. Nous reprenons ici la synthèse magistrale de Rocker (2011). La base sociale de cette idée a historiquement été le mouvement anarcho-syndicaliste. Cette tradition reprend les thèses marxistes d'une nécessité de changement de mode de production, dont les structures économiques fondent les institutions politiques. Partant de ce postulat, la théorie anarcho-syndicaliste rejette la lutte politique pour se centrer sur une réappropriation des structures économiques. Puisque l'usine est la cellule structurante de l'économie industrielle, le prolétariat salarié se conçoit comme la classe la mieux placée (par rapport à la paysannerie par exemple) pour réorienter la trajectoire historique. La coopérative de travailleur se positionne dès lors comme l'unité structurante de cette nouvelle société. Le *sujet* de l'autogestion, c'est-à-dire l'acteur concret et conscient de ce mouvement de l'histoire en mouvement par le moyen de la coopérative de travailleur, est dès lors le travailleur prolétaire industriel.

### **4.3.3 L'histoire sociopolitique des maisons médicales**

Cette dimension est prédominante dans les logiques du discours autogestionnaire identifiées au sein du mouvement des maisons médicales. Le critère autogestionnaire fait office de critère d'identité et d'affiliation à un mouvement de contestation et d'alternatives. Les objectifs des maisons médicales, nous l'avons vus, se fixent d'emblées des objectifs sociopolitiques. Si nous relevons les logiques des représentations de l'autogestion au sein du mouvement et que nous les classons par type de dimension, la dimension sociopolitique affirme son importance.

Tableau 12: Représentations de l'autogestion en fonction des dimensions auxquelles elles se réfèrent

Représentation de l'autogestion	Institutionnelle	Organisationnelle	Sociopolitique
Culture	Oui		Oui
Alternative			Oui
Modèle de santé		Oui	
Propriété collective	Oui		Oui
Outil d'émancipation			Oui

Deux objectifs affirmés par la FMM relèvent très explicitement de cette dimension sociopolitique, tel que l'a montré le Tableau 9 : promouvoir la “participation citoyenne au renforcement de la défense du système de protection sociale” (FMM 2006, 14) ; favoriser “l'émergence d'une prise de conscience critique des citoyens vis-à-vis des mécanismes des systèmes de santé et des politiques sociales” (FMM 2006, 13). Dès lors, la question se pose de savoir si l'autogestion peut soutenir cette dimension, voire si elle *doit* le faire comme le suppose les thèses de la FMM.

**Le rôle de l'autogestion et la représentation du sujet.** A nouveau, nous émettons quelques réserves quant à la disposition du modèle corporatiste à soutenir la dimension sociopolitique. Cette dimension implique de vouloir pousser un agrégat d'individus (des patients) à *faire groupe*, ou autrement dit, à devenir un *acteur collectif* afin de réaliser des objectifs collectifs. L'économie solidaire questionne d'emblée la représentation des individus par l'organisation. En effet, en tant que confrontée à des usagers de services de soins de santé, la maison médicale a affaire à des individus exprimant des besoins individuels. En tant qu'organisation au service d'une population locale, elle se confronte à une population. Mais en tant que microcontexte de mobilisation soumis à un processus d'attributions collectives, voire à une trajectoire historique, elle se confronte à un mouvement populaire, pour peu qu'on attribue un contenu historique long au terme de “mouvement” plutôt que celui d'une mobilisation sociale. Néanmoins, si les maisons médicales se conçoivent comme une unité de transformation sociale en continuité avec la tradition anarcho-syndicaliste, il convient de questionner les thèses de cette dernière. Deux éléments imposent des réserves à la reproduction littérale de la théorie de l'autogestion ouvrière : la tertiarisation et la financiarisation de l'économie durant les cinquante dernières années, la nature tertiaire et corporatiste des activités des maisons médicales (prestations de services à la personne). Par corporatiste, nous entendons que ces activités sont réservées à un corps professionnel particulier. En effet, la théorie ouvrière de l'autogestion

concevait une société composée au moins à 30% de prolétaires et où l'industrie organisait la société. La FMM, qui regroupe plus de 60% des maisons médicales en Belgique, se compose d'environ 1500 travailleurs, soit un peu moins de ... 15 millièmes de la population belge. De plus, le sujet du mouvement historique devient ici le *mouvement populaire*. C'est qu'en réunissant 3% de la population belge parmi sa patientèle, les maisons médicales ont pourtant la capacité de renouer avec la dimension sociopolitique du mouvement autogestionnaire. En ce sens, le *critère de composition* évoqué supra, propre au modèle corporatiste de l'autogestion, ne semble pas soutenir l'objectif sociopolitique de l'autogestion. Sa représentation de l'action communautaire en santé, elle, semble être une opportunité potentielle.

**Le rôle de la santé communautaire.** Une opportunité forte pour les maisons médicales, ancrée au cœur de son modèle de santé, est le rôle de santé communautaire ou, plus exactement, d'action communautaire en santé. Ce travail relève d'un diagnostic des besoins sociaux qui implique la population locale dans le but de transformer son environnement, un travail qui peut rester à un niveau purement occupationnel ou s'intégrer dans une logique d'autoémancipation telle que l'économie solidaire se conçoit. L'orientation choisie dépend fort des objectifs fixés par les propriétaires de l'organisation, et c'est ici que se traduit la tension entre logique gestionnaire et logique politique. L'organisation de séance d'information dans le cadre de la prévention du tabagisme n'est pas en soi sociopolitique et relève, dans notre cadre d'analyse, de la dimension purement économique de l'entreprise sociale. Elle peut néanmoins *devenir* sociopolitique si les séances d'informations se voient doublées d'objectifs sociopolitiques, c'est-à-dire un travail de production de la conscience d'une expérience commune et d'une identité collective ou, dans les termes de l'organisation communautaire, la constitution d'un *acteur collectif* (Duperré 2004). Dans les termes traditionnels du mouvement ouvrier, cette disposition est connue sous le nom d'*éducation populaire*, comme le souligne l'approche de l'économie solidaire. Le mouvement des maisons médicales, en intégrant sa pratique communautaire dans une logique d'éducation populaire, renforcerait selon cette logique sa dimension sociopolitique.

**Une autre origine historique à l'autogestion.** Notons que si les MM s'associent dans le discours au mouvement associationniste, l'élément autogestionnaire qui les compose provient d'un autre mouvement historique. Nous avons vu que les MM sont nées du contexte des mouvements de mai 68. Cette période est propre à la réactivation de l'idée autogestionnaire, dans des logiques d'émancipation individuelle parfois déconnectées de l'utopie sociétale du mouvement ouvrier (Boltanski et Chiapello 1999). Un courant très particulier, issu du mouvement de l'antipsychiatrie et d'un courant hétérodoxe de la psychanalyse a également



développé des modèles d'organisation de soins de santé autogestionnaire. Nous évoquons brièvement cette dimension à titre indicatif dans la section suivante.

#### **4.4 La dimension organisationnelle de l'autogestion**

La dimension organisationnelle est généralement celle mentionnée lorsqu'il s'agit de décrire l'autogestion en action : en effet, dans l'analyse du discours autogestionnaire, les exemples concrets illustrant l'autogestion relève de la gestion journalière de cette-ci. Comme nous l'avons évoqué, ce niveau de lecture gagne un regain d'intérêt au sein du mouvement, que les MM fassent appel à des organisations tiers pour les aider à implémenter à un modèle sociocratique (7 maisons médicales ont fait appel à l'organisation *Toolbox* avec cet objectif), ou que la FMM développe des outils de gestion de la dynamique de groupe et un modèle de fonctionnement articulant plusieurs outils managériaux participatifs (la formation "Décider ensemble").

Dans cette dimension, l'unité d'analyse est l'organisation, et il s'agit essentiellement de trouver un moyen démocratique de participer à l'organisation quotidienne de la production de l'activité. A la lueur de cette dimension, le travailleur apparaît comme le sujet principal de l'autogestion. C'est à ce titre que nous la soulignons. L'objectif principal est d'assurer une absence de hiérarchie entre les savoirs (essentiellement les disciplines). En ce sens, nous renvoyons la lecture de cette dimension à la littérature managériale, mais soulignons l'importance de deux courants sociologiques fondamentaux pour les organisations de soins de santé primaires qui intègrent dans leur vision de la santé la question organisationnelle. Le premier est l'intervention institutionnelle, issue de la socioanalyse de Felix Guattari et de l'analyse institutionnelle de René Lourau et Jacques Ardoino (Ardoino et al. 1980). Cette approche a particulièrement survécu dans le milieu de la pédagogie. Le second modèle est l'intervention systémique, inspirée des théories de Grégory Bateson (2008, 1995). Elle subsiste majoritairement dans les centres de santé mentale autogérés.

Ce courant, en interrogeant la hiérarchie entre patient et thérapeute induite par la relation thérapeutique, proposent des modèles d'organisation fondés sur l'égalisation des relations entre ces derniers, mais aussi entre thérapeutes. Cette discussion sort donc du cadre fixé par ce travail, qui se restreint à l'analyse de la littérature économique.

#### **4.5 Recommandations**

L'étude des objectifs exprimés par le mouvement des maisons médicales à travers l'analyse de discours nous autorise à évaluer la pertinence d'un modèle organisationnel à la lueur

de sa capacité à réaliser ces objectifs. Pour ses partisans au sein de ce mouvement, l'autogestion, concrétisée par un *critère de composition* de l'assemblée générale (une majorité de travailleurs), est la forme d'organisation la plus adaptée à une société solidaire fondée sur la coopération.

Il y a là donc des valeurs fortes qui se jouent – propriété collective, absence de hiérarchie, dimension politique – mais qui se réunissent sous un même vocable "autogestion". Ce vocable présuppose tout une série de postulats qui méritent d'être interrogés. En fin de compte, on veut de l'autogestion parce qu'elle peut amener à changer de modèle de société, par le biais d'une absence de hiérarchie interne dans les maisons médicales, le tout garanti par ce critère d'une AG composée de travailleurs.

L'identification des trois dimensions que nous avons proposées nous montre la possibilité d'avoir une autogestion institutionnelle mais une hiérarchie organisationnelle, ou une autogestion organisationnelle mais dans une institution non sociopolitique (avec un modèle de santé exclusivement curatif). C'est là un enjeu important. Le contexte a changé entre 1968 et 2017. Le mouvement a été fondé par des personnalités charismatiques et militantes qui se sont engagés énormément dans les maisons médicales. Cette génération disparaît au profit d'une nouvelle génération. L'enjeu, pour les acteurs, est de maintenir la dimension sociopolitique du mouvement. Cette dimension sociopolitique n'est pas qu'une question d'organisation : le modèle de santé est également en jeu. Par exemple, l'inscription d'un service curatif dans un cadre de promotion de la santé change la manière de faire du curatif. Les dimensions « santé communautaire » et prévention sont une part importante de ce processus. La pénurie de médecins actuelle pousse à recruter non plus sur la base d'un engagement dans les valeurs du projet mais simplement sur base de connaissances techniques. C'est pourquoi plusieurs questions se doivent d'être posées dans la manière dont est pratiquée l'autogestion aujourd'hui.

La définition des objectifs des maisons médicales et des finalités de l'autogestion nous autorisent à proposer un modèle qui soutient l'ensemble de ces objectifs. Comme nous l'avons montré, le *critère de composition*, présenté comme le critère fondamental pouvant mener à bien l'ensemble des objectifs d'une entreprise sociale, peut néanmoins jouer un rôle négatif. Notre revue empirique et théorique questionne cette évidence en montrant que ce critère peut au contraire être un frein aux objectifs sociaux et sociopolitiques si l'organisation se restreint à un modèle corporatiste, c'est-à-dire qu'elle ne permet la représentation que d'une partie prenante de l'offre : les travailleurs.

A partir des objectifs fixés par les maisons médicales et de leur discours sur leurs finalités et les finalités de leur modèle de gestion, notre mobilisation de plusieurs approches de

la théorie économique nous permet de déduire un modèle que nous supposons optimal. Afin que l'autogestion contribue à la réalisation de la diversité des objectifs, nous suggérons que ce mode gestion soit pensé selon trois dimensions identifiées : institutionnelle, sociopolitique et organisationnelle. Ces trois dimensions nécessitent des unités d'analyses différentes concernant l'action des maisons médicales, ce qui amène à réviser la représentation du *sujet* de l'autogestion. Selon nous, pour conserver le contenu axiologique historique de l'autogestion comme vecteur d'émancipation collective, ce sujet nécessite l'implication de parties prenantes de la demande dans les instances de gouvernance et d'une reconnexion au mouvement historique de l'éducation populaire. Le Tableau 13 (page suivante) propose un modèle à la fois descriptif et normatif de ce que signifie l'autogestion dans le mouvement des maisons médicales et des critères associés.

**La dimension institutionnelle** concerne la forme de propriété souhaitée. La conception de cette propriété dans l'autogestion est collective, dans la continuité de la socialisation des moyens de production et, selon une conception plus large, de toutes les activités économiques. Cette conception découle d'une volonté d'auto-organisation des populations. Nous soutenons que la propriété partenariale est le moyen privilégié d'incarner cette propriété collective, puisque le sujet de l'action de la maison médicale est la population d'une localité géographique. Cette population est donc le sujet central de l'autogestion.

**La dimension sociopolitique** concerne le modèle sociétal porté par le mouvement. Sa conception est la coopération, en opposition à une société fondée sur la compétition. Cette société est perçue comme émancipée des relations aliénantes du pouvoir, et c'est par les pratiques d'éducation populaire et de santé communautaire que cette émancipation se réalise. Ces pratiques s'observent sur un temps long, une trajectoire historique, et le sujet de cette action est un mouvement populaire, qui ne peut s'observer qu'au travers de pratiques et d'une direction reproduites dans le temps. Ce mouvement populaire est le sujet historique de l'autogestion.

**La dimension organisationnelle** traite de l'organisation sociale du travail au sein de l'organisation. Le choix du mouvement des maisons médicales est un modèle non hiérarchique, dont les pratiques égalisent les savoirs théoriques et expérientiels des travailleurs et des patients. Cette dimension s'observe à l'échelle de l'organisation, et le sujet de cette organisation autogérée est le travailleur.

Tableau 13 : Proposition de modèle autogestionnaire à partir des objectifs des maisons médicales

<b>Dimension</b>	<b>Institutionnelle</b>	<b>Sociopolitique</b>	<b>Organisationnelle</b>
<b>Objet</b>	Propriété	Modèle sociétal	Organisation sociale du travail
<b>Conception</b>	Collective	Coopératif	Non hiérarchique
<b>Valeurs</b>	Auto-organisation	Auto-émancipation	Egalité
<b>Moyen</b>	Propriété partenariale	Santé communautaire, éducation populaire	Intervention systémique ou institutionnelle, sociocratie, dynamique des groupes
<b>Unité d'analyse</b>	Localité géographique	Trajectoire historique	Organisation
<b>Sujet</b>	Population	Mouvement populaire	Travailleurs

### Conclusions

Dans ce travail, nous souhaitons mettre en dialectique la littérature microéconomique et le secteur des maisons médicales, afin de les éclairer mutuellement. L'analyse des données nous a révélé des tendances au sein des maisons médicales, en termes de composition des assemblées générales, des conseils d'administration, des modalités de prise de décision et de représentations de l'autogestion. Ces tendances révèlent un continuum de modèles associatifs, d'un pôle ouvert (à tous) à corporatiste (travailleurs exclusivement) avec des hybridations. Cette analyse nous permet de souligner la surreprésentation d'une partie prenante de l'offre, les travailleurs, dans les instances décisionnelles des maisons médicales. Notre évaluation du poids des instances internes (AG, CA, Réunion d'équipe, groupes sectoriels, personne mandatée) réalisée à titre exploratoire, pourrait être complétée de manière plus fine avec des données plus précises, et pourrait être réinterprétées en fonction d'une nouvelle classification qui évaluerait le poids des parties prenantes, en plus de celui des instances. L'analyse de discours nous a permis d'identifier six représentations de l'autogestion dans le discours du mouvement des maisons médicales : l'autogestion comme culture, comme alternative, comme expression du modèle de santé, comme propriété collective, comme vecteur d'émancipation et comme mécanisme de coordination.

L'originalité de notre travail est le produit de la mise en dialogue de ces données et de la littérature. La littérature néoclassique analyse généralement l'autogestion à partir de la coopérative de travailleurs. La dimension non lucrative des maisons médicales nous ont poussés à nous intéresser à l'approche de l'entrepreneuriat social afin de redéfinir les maisons médicales comme organisations à multiples parties prenantes et multiples objectifs. Ces multiples objectifs (sociaux, économiques et sociopolitiques) nous ont permis de conceptualiser trois dimensions à l'autogestion : une dimension institutionnelle, une dimension sociopolitique et une dimension organisationnelle. Chacune de ces dimensions implique des conceptions différentes des acteurs du fait du changement d'échelle de leurs unités d'analyse spécifiques. Cette conceptualisation nous a fourni trois angles pour conceptualiser l'autogestion. La dimension institutionnelle, abordée par les théories de la confiance et des droits de propriétés, nous a permis d'évoquer les risques inhérents à la surreprésentation d'une partie prenante de l'offre, telle que la priorisation des avantages salariaux. La dimension sociopolitique, abordée grâce à l'économie solidaire, nous a permis d'éclairer l'histoire des maisons médicales et de l'autogestion et leur lien organique avec le courant de l'éducation populaire. La dimension organisationnelle, relevant de l'organisation sociale du travail, a été succinctement abordée du fait qu'elle relève de la littérature sociologique ou managériale. En fonction des objectifs des maisons médicales, nous avons déduit une proposition de modèle descriptif et normatif de l'autogestion. Ce modèle repose sur la propriété partenariale, le renforcement de la dimension communautaire du modèle de santé dans une perspective d'éducation populaire.

Nous nous autorisons à soutenir, en nous intéressant à une lecture historique, que si toutes ces dimensions existent dans le discours et les pratiques des maisons médicales, elles sont ramenés à l'unité d'analyse la plus évidente, celle de l'organisation, lorsqu'il s'agit de la conceptualiser. Notre hypothèse est que la tendance au modèle corporatiste peut maintenir une autogestion de forme, en vidant le contenu axiologique historique de sa substance. Cette tendance est peut-être une maladie infantile, le mouvement des maisons médicales étant encore jeune à l'échelle sociopolitique. Notre message est que le modèle corporatiste est une autogestion en gestation, qui nécessite encore un travail historique pour atteindre la forme qui lui permettra de réaliser les objectifs ambitieux qui lui sont attribués.

## Bibliographie

- Ardoino, Jacques, Georges Lapassade, Félix Guattari, René Lourau, Gérard Mendel, Jean Dubost, et André Levy. 1980. *L'Intervention institutionnelle*. Paris: Payot.
- Arrow, Kenneth J., et Gerard Debreu. 1954. « Existence of an Equilibrium for a Competitive Economy ». *Econometrica* 22 (3): 265-290.
- Bateson, Gregory. 1995. *Vers une écologie de l'esprit 2*. Vol. 2. Paris: Seuil.
- . 2008. *Vers une écologie de l'esprit 1*. Édition revue et corrigée. Vol. 1. Paris: Points.
- Ben-Ner, Avner, et Theresa Van Hoomissen. 1991. « Nonprofit Organizations in the Mixed Economy ». *Annals of Public and Cooperative Economics* 62 (4): 519-550.
- Boltanski, Luc, et Ève Chiapello. 1999. *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris: Gallimard.
- Borzaga, Carlo, et Alberto Bacchiega. 2001. « Social enterprises as incentive structures ». In *The Emergence of Social Enterprise*, 273-95. Routledge Studies in the Management of Voluntary and Non-Profit Organizations. London & New York: Routledge.
- Borzaga, Carlo, et Jacques Defourny. 2001. *The Emergence of Social Enterprise*. London & New York: Routledge.
- Campi, Sara, Jacques Defourny, et Olivier Grégoire. 2006. « Work Integration Social Enterprises: Are They Multi-Stakeholder and Multiple Goal Organizations? » In *Social Enterprise, at the Crossroads of Market, Public Policies and Civil Society*, 29-49. London & New York:
- Chapoix, Gaëlle. 2013. « Décider ensemble, oui et comment ? » *Santé Conjuguée*, n°63, janvier.
- Coase, R. H. 1937. « The Nature of the Firm ». *Economica* 4 (16): 386-405.
- Cuvelier, Lawrence. 2008. « L'autogestion... je ne voudrais pas en changer ». *Santé Conjuguée* n°45, juillet.
- Darimont, Sophie. 2013. « L'autogestion à travers le rétroviseur ». *Santé Conjuguée*, n°63 janvier.
- Defourny, Jacques, et Marthe Nyssens. 2006. « Defining Social Enterprise ». In *Social Enterprise, at the Crossroads of Market, Public Policies and Civil Society*, 3-26. London & New York: Routledge.
- . 2017. *Economie sociale et solidaire*. Ouvertures économiques. Louvain-La-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Delwit, Pascal. 1993. « L'expérience des maisons médicales en Belgique après 1968 ». In *Socialisme Hors Série* n°2, septembre, 137-150. Bruxelles.
- Domar, E. 1966. « The Soviet Collective Farm as a Producer Cooperative ». *The American Economic Review* 56 (4): 734-757.
- Duperré, Martine. 2004. *L'organisation communautaire: la mobilisation des acteurs collectifs*. Quebec: Presses Université Laval.
- Fama, Eugene F., et Michael C. Jensen. 1983. « Separation of Ownership and Control ». *The Journal of Law & Economics* 26 (2): 301-325.
- Ferreira, Nathalie. 2005. *Économie sociale et autogestion. Entre utopie et réalité*. Paris: L'Harmattan.

- FMM. 2006. « La charte des maisons médicales ». Fédération des maisons médicales.
- . 2011. « Qu'est-ce qu'une maison médicale ? » Fédération des maisons médicales.
- . 2013. « L'autogestion, un outil d'avenir ! » Fédération des maisons médicales.
- . 2017. « Mécanismes - Idéologie néolibérale et soins de santé ». *Santé Conjuguée*, n°78, mars.
- Freeman, R. Edward. 2010. *Strategic Management: A Stakeholder Approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gardin, Laurent, et Jean-Louis Laville. 2017. « L'économie solidaire ». In *Economie sociale et solidaire*, 117-49. Ouvertures économiques. Louvain-La-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Glaeser, Edward L. 2003. *The Governance of Not-for-Profit Organizations*. Chicago: University of Chicago Press.
- Glaeser, Edward, et Andrei Shleifer. 2001. « Not-for-profit entrepreneurs ». *Journal of Public Economics* 81 (1): 99-115.
- Grossman, Sanford J., et Oliver D. Hart. 1986. « The Costs and Benefits of Ownership: A Theory of Vertical and Lateral Integration ».
- Gui, Benedetto. 1991. « The Economic Rationale for the "Third Sector" ». *Annals of Public and Cooperative Economics* 62 (4): 551-572.
- Hansmann, Henry. 1988. « Ownership of the Firm ». *Journal of Law, Economics & Organization* 4 (2): 267-304.
- Hearn, Julie. 1998. « "The NGO-isation" of Kenyan society: USAID and the restructuring of health care ». *Review of African Political Economy* 25 (75): 89-100.
- Henrard, Gilles. 2013. « Maisons médicales : une communauté d'usages ». *Santé Conjuguée*, n°63, janvier.
- Huens, Véronique. 2008. « Les maisons médicales : acteurs de l'économie sociale ». *Santé Conjuguée*, n°45, juillet.
- Jensen, Michael C., et William H. Meckling. 1976. « Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure ». *Journal of Financial Economics* 3 (4): 305-360.
- Ladavid, Coralie. 2013. « Relire Bourdieu pour favoriser la démocratie ». *Santé Conjuguée*, n°63 janvier.
- Legardeur, Emeline. 2008. « Agora et l'autogestion ». *Santé Conjuguée*, n°45, juillet.
- Legrève, Christian. 2013. « La diversité des modèles : une richesse en soi ». *Santé Conjuguée*, n°63, janvier.
- Leruth, Ingrid. 2008a. « Autogestion : l'exemple d'une structure de santé particulière ». *Santé Conjuguée*, n°45, juillet.
- . 2008b. « L'autogestion, entre appareil institutionnel et idéal de démocratie ». *Santé Conjuguée*, n° 45, juillet.
- . 2008c. « L'autogestion pensée dans le domaine de la santé ». *Santé Conjuguée*, n°45, juillet.
- . 2008d. « L'autogestion, ses sens, ses sources ». *Santé Conjuguée*, n°45, juillet.
- Mairlot, Edouard. 2013. « Centre de santé Miroir : en quête de plus d'égalité ». *Santé Conjuguée*, 63, janvier.

- McAdam, Doug, John D. McCarthy, et Mayer N. Zald. 1988. « Social Movements ». In *The Handbook of Sociology*, édité par Neil J. Smelser, 697-737. Newbury Park, London, New Delhi: Sage.
- Mertens, Sybille, et Michel Marée. 2008. « Définir l'économie sociale en Belgique ». *E-Note* 4.
- Mucchielli, Roger. 2012. *La dynamique des groupes*. 21e édition. Issy-les-Moulineaux: ESF Editeur.
- Nyssens, Marthe. 2017. « Les associations ». In *Economie sociale et solidaire*, 117-149. Ouvertures économiques. Louvain-La-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Olson, Mancur. 2011. *Logique de l'action collective*. Bruxelles; Paris; Le Plessis-Pâté: Université de Bruxelles.
- OMS. 1978. « Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaire ». Organisation Mondiale de la Santé.
- Petrella, Francesca. 2017. « La gouvernance dans l'économie sociale et solidaire ». In *Economie sociale et solidaire*, 326-361. Ouvertures économiques. Louvain-La-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Rocker, Rudolf. 2011. *Théorie et pratique de l'anarchosyndicalisme*. Bruxelles: Editions Aden - Bruxelles.
- Salamon, Lester M., et Helmut K. Anheier. 1997. *Defining the Nonprofit Sector: A Cross-National Analysis*. Manchester: Manchester University Press.
- Sbeih, Sbeih. 2014. « La "professionnalisation" des ONG en Palestine : Entre pression des bailleurs de fonds et logique d'engagement ». Thèse de doctorat, Yvelines: Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines.
- Somasse, Elysée, et Isabelle Heymans. 2012. « Rapport sectoriel des maisons médicales bruxelloises ». Bruxelles: Fédération des maisons médicales.
- Steinberg, Richard. 2003. « Economic Theories of Nonprofit Organizations ». In *The Study of the Nonprofit Enterprise*, 277-309. Nonprofit and Civil Society Studies. Springer, Boston, MA.
- Stuckler, David, et Sanjay Basu. 2014. *Quand l'austerité tue. Epidémies, dépressions, suicides : l'économie inhumaine*. Paris: Autrement.
- Thiry, Lise. 2015. « Il était une fois... Le GERM ». *Santé Conjuguée*, avril.
- Thompson, Edward P. 2012. *La Formation de la classe ouvrière anglaise*. Paris: Points.
- Van Dormael, Monique. 1981. « Le centre de santé intégré et les maisons médicales. Jalons pour les soins de santé primaire. » *Cahier du GERM* 152 (décembre).
- Vanek, Jaroslav. 1970. *General Theory of Labor-Managed Market Economies*. Ithaca: Cornell University Press.
- Ward, B. 1958. « The Firm in Illyria: Market Syndicalism ». *American Economic Review* 48 (4): 566-589.
- Whatelet, Thierry. 2008. « A la rencontre des maisons médicales et de leur modèle autogestionnaire ». *Santé Conjuguée*, n°45, juillet.
- Wilkinson, Richard. 2010. *L'égalité c'est la santé*. Paris: Editions Demopolis.



Wilkinson, Richard, et Kate Pickett. 2013. *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*. Paris; Namur : Les petits matins.

## Annexes

### Annexe A-1 : liste du corpus du discours autogestionnaire

- Santé conjugulée n°45, janvier 2008
- Santé conjugulée n°63, avril 2013
- Santé conjugulée n°
- FMM, "L'autogestion, un outil d'avenir !", Bruxelles : Fédération des maisons médicales, *note de cadrage*.

### Annexe A-2 : tableau matriciel des statuts des maisons médicales bruxelloises et description des variables

Disponible à l'adresse :

<https://www.dropbox.com/s/3ye3w0xmuf7ntel/ANALYSE%20GROUPE%20DECISIONS.xlsx?dl=1> (accédé le 15 août 2017)

### Annexe A-3 : informations relatives au questionnaire envoyé aux maisons médicales concernant les modalités de leur prise de décision

*Qui prend les décisions concernant ...*

- .. L'engagement d'un nouveau collaborateur (salarié ou indépendant) ?
- .. Le licenciement d'un collaborateur (salarié ou indépendant) ?
- .. L'aménagement des horaires ?
- .. Le nombre maximal de patients inscrits ?
- .. L'exclusion d'un patient ?
- .. L'octroi d'une convention particulière ?
- .. La fermeture exceptionnelle de la maison médicale (par exemple : le jour des ponts) ?
- .. L'autorisation des congés sans soldes ?
- .. La politique salariale (ex : les barèmes) ?
- .. Les formations (autorisation) ?
- .. Les écarts par rapport au budget voté ?
- .. La logistique (commander le matériel non médical) ?
- .. Le choix des sociétés relatives au bâtiment (entretien, charges) ?

*Selon vous, les modalités de prise de décisions sont-elles claires pour tout le monde ?*

Oui

Non

*Les réponses possibles :*

Le conseil d'administration

L'assemblée générale

La réunion d'équipe

La réunion pluridisciplinaire

Un secteur ou un groupe dédié à ce sujet

Une personnalité charismatique sans mandat formel ou un petit groupe informel

Une personne mandatée (précisez son rôle dans le champ ci-dessous : coordinateur, président, référent, ...)

Autre (précisez dans le champ ci-dessous)

*Caractéristiques de la MM*

Date de création de la MM

Nombre de patients

Nombre de travailleurs

Acte ou forfait