

# LE PATIENT PARTENAIRE ASSASSINERA-T-IL L'AUTOGESTION ?

**Quels sont les enjeux politiques de l'appel à la figure du « patient partenaire » ? En se focalisant sur l'autonomie individuelle du patient, que fait-elle à l'autonomie collective des travailleurs, notamment en maisons médicales ?**

**Julien Charles**, coordinateur de recherches au Centre socialiste d'éducation permanente (CESEP) et chargé de cours invité à l'UCLouvain, et **Ingrid Muller**, chargée de projets en éducation permanente à la Fédération des maisons médicales.

**P**our répondre à ces interrogations, il est utile de faire un petit détour par la littérature managériale contemporaine, qui permet d'identifier les contradictions entre ces deux formes d'autonomie et de participation. Il restera ensuite à trouver les moyens de dépasser ces divergences...

## La responsabilité individuelle du patient partenaire

En Belgique, les soins de santé sont principalement financés par la Sécurité sociale. Celle-ci a été pensée pour répondre aux risques encourus par les travailleurs, anticipés par les statistiques nationales<sup>1</sup>. Les travailleurs accèdent alors, en fonction de leur appartenance à la classe des salariés, des indépendants ou des fonctionnaires, à des droits spécifiques (notamment en matière de soins de santé). Malgré cette différenciation, le bénéfice de ces droits est automatique : il n'est pas lié à des comportements individuels, mais à l'appartenance à la classe identifiée.

Le concept de patient partenaire se distingue de cette approche. Il se fonde sur l'idée d'un individu doté d'intérêts et d'opinions propres, qu'il paraît inacceptable de réduire au statut de membre d'une classe. Le système de soins de santé devrait alors s'ajuster aux spécificités individuelles. Au passage, ce concept fait peser

sur l'individu une série d'attentes dont dépendra l'accès à certaines prestations : pour être reconnu comme partenaire, le patient doit être capable d'exprimer son consentement, mais aussi d'évaluer, d'énoncer et de faire valoir ses préférences face au personnel médical<sup>2</sup>. Au vu de la lourdeur de ces nouvelles exigences, les soins devraient aujourd'hui être doublés d'une pratique pédagogique : il faut préparer le patient à ce partenariat<sup>3</sup>. Que ses préférences soient définies ou à définir, le patient est rendu responsable de sa santé. Il doit communiquer ses préférences pour la gérer efficacement, en vertu d'un contrat qui aura été établi avec le personnel soignant.

Que visent ces pratiques ? Elles constituent « un modèle pour améliorer l'adhésion aux traitements, la qualité des soins et réduire les coûts » soutiennent une série d'acteurs<sup>4</sup>. Elles sont donc mises au service de la rigueur budgétaire et de la « satisfaction du client », pour reprendre une expression centrale dans le monde marchand.

## L'autorité du client roi

Nous vivons aujourd'hui dans une économie où les services occupent une place centrale<sup>5</sup>. La qualité du service dépendant fondamentalement de la perception du bénéficiaire, les modes de gestion standardisés sont remis en question par les spécialistes de la gestion, qui

1. A. Desrosières, *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, La Découverte, 1993.
2. M. Breviglieri, « Le "corps empêché" de l'usager (mutisme, fébrilité, épuisement). Aux limites d'une politique du consentement », in J.-P. Payet, F. Guiliani, D. Laforge (éd.), *La voix des acteurs faibles : de l'indignité à la reconnaissance*, Presses universitaires de Rennes, 2008.
3. D. Lecoq et al., « Le patient partenaire. Un modèle pour améliorer l'adhésion aux traitements, la qualité des soins et réduire les coûts », *Hospitals.be*, n° 4, 2017.
4. Ibid.
5. En 2016, 77 % des entreprises et 69 % des emplois sont localisés dans le secteur des services et du commerce (Statbel).

**60 % des maisons médicales qui ont répondu à une enquête exploratoire associent les patients à certaines prises de décision ou comptent un comité d'usagers.**

promouvent une capacité d'ajustement des travailleurs aux spécificités de chaque client.

Les entreprises du secteur numérique ont été particulièrement actives en la matière, comme en témoigne le *Manifeste Agile* signé en 2001 par un collectif de développeurs informatiques<sup>6</sup>. Ils soutiennent que le monde de l'entreprise, structuré par des chaînes de commandement pyramidales où la définition du travail est éloignée du lieu de son exécution, est sclérosé et incapable de prendre en compte les problè-

mes et attentes des clients. Ils affirment qu'il est dès lors nécessaire d'accorder plus de marge de manœuvre aux travailleurs en contact direct avec les clients, afin qu'ils puissent se conformer plus rapidement à leurs préférences. C'est de cela que dépend la bonne santé financière de l'entreprise, qui constitue l'objectif principal des actionnaires.

En pratique, si les travailleurs sont ainsi libérés du poids de certaines procédures héritées du taylorisme, c'est pour mieux se soumettre aux injonctions des clients : le pouvoir du contre-maitre, qui assurait une communication bidirectionnelle entre ouvriers et personnel de direction, est remplacé par le pouvoir unidirectionnel du client. En effet, dans l'entreprise capitaliste, il est courant de considérer que le client est roi. Et les travailleurs, des serfs ?

**La souveraineté collective des travailleurs autogérés**

Dans un contexte de marchandisation des soins de santé et de diffusion des modes managériaux capitalistes vers le secteur non marchand<sup>7</sup>, l'horizon des pratiques agiles mérite d'être mis en regard de celui poursuivi par les maisons médicales. Contrairement à ce qui caractérise l'entreprise capitaliste, les travailleurs s'y voient généralement reconnaître le droit de participer au gouvernement de leur entreprise, c'est-à-dire qu'ils sont reconnus capables de déterminer à la

fois les finalités de leur travail et les moyens à mettre en œuvre pour le réaliser<sup>8</sup>. Les médecins fondateurs ont en effet admis qu'aucune maison médicale ne pouvait exister ni fonctionner sans personne pour assurer les soins infirmiers et de kinésithérapie, pour prendre en charge les missions d'accueil, d'administration et d'entretien. Pour reprendre l'expression de la théorie politique et constitutionnelle qu'Isabelle Ferreras importe dans le monde du travail, les travailleurs de maisons médicales se reconnaissent mutuellement comme « parties constituantes » de l'entreprise<sup>9</sup>.

Parce que tous les travailleurs s'investissent personnellement dans cette entreprise commune et sont affectés par les décisions qui s'y prennent, ils s'autorisent mutuellement à exercer leur souveraineté, à se fixer collectivement leurs propres normes (dans les limites imposées par le droit). Dans une telle configuration, il n'est pas attendu des travailleurs de faire valoir leurs préférences individuelles (comme c'était le cas ci-dessus pour le patient partenaire) : il est plutôt question de délibérer démocratiquement sur l'organisation de la maison médicale et sa raison d'être<sup>10</sup>.

**La participation des patients en maison médicale**

Si les patients ne sont pas reconnus aujourd'hui comme « partie constituante » des maisons médicales, ils ne sont pas pour autant absents des organigrammes. 60 % des maisons médicales qui ont répondu à une enquête exploratoire<sup>11</sup> associent les patients à certaines prises de décision ou comptent un comité d'usagers. Ces comités sont principalement orientés vers des activités de santé communautaire et répondent ainsi à des intérêts spécifiques aux patients. À l'inverse, aucun comité de gestion n'est ouvert aux patients, qui sont aussi exclus des réunions d'équipe<sup>12</sup>. Par contre, ces réunions rassemblent systématiquement tous les travailleurs (tous secteurs confondus, permanents et temporaires, à temps plein et temps partiel, bénévoles et stagiaires). Quant à la participation aux instances officielles, seuls 16 % des équipes ouvrent leur assemblée générale aux patients, et la moitié de celles-ci indiquent que des patients prennent également part au conseil d'administration. Dans l'ensemble, les travailleurs de mai-

6. M. Fowler et al., *Manifesto for Agile Software Development*, 2001.

7. J.-L. Lavielle, *Politique de l'association*, Le Seuil, 2010.

8. I. Ferreras, *Gouverner le capitalisme ?*, PUF, 2012.

9. I. Ferreras, *Firms as Political Entities. Saving Democracy through Economic Bicameralism*, Cambridge University Press, 2017.

10. J. Charles, *La participation en actes. Entreprise, ville, association*, Desclée de Brouwer, 2016.

11. Le questionnaire a été envoyé à 102 maisons médicales en novembre 2016 et 44 y ont répondu.

Ni la distinction entre les maisons médicales à l'acte et au forfait ni l'ancienneté des structures ne semblent constituer sur ce sujet un critère de démarcation.

12. Pour être exact, trois équipes y invitent de temps en temps des patients, quand l'ordre du jour s'y prête.

sons médicales semblent ainsi s'être protégés du risque encouru par de nombreuses coopératives de consommateurs où ceux qui bénéficient du service sont systématiquement plus nombreux à accéder à l'assemblée générale que ceux qui le produisent. S'ils y sont tous potentiellement sociétaires, les consommateurs sont en mesure d'imposer leurs intérêts spécifiques à la minorité des travailleurs.

### Clients rois et travailleurs souverains peuvent-ils cohabiter ?

Au nom du projet de société qu'elles portent, les maisons médicales soutiennent et initient des actions orientées vers le contexte social, politique, économique et environnemental de leurs activités. Les pratiques autogestionnaires contribuent à alimenter ce pôle, en orientant les décisions de la maison sur base de principes démocratiques et non seulement d'intérêts individuels. La participation du patient partenaire prend pour sa part une tournure principalement instrumentale, orientée vers l'efficacité et la qualité des soins prodigués à un individu.

Les maisons médicales qui instituent des comités d'usagers apportent une vision plus collective de la participation des patients, dont les intérêts et opinions méritent d'être mis en discussion collectivement pour exister et être exprimés. Ils sont néanmoins généralement écartés des instances de décision qui s'occupent de l'organisation du travail et la définition des finalités de celui-ci.

Les patients devraient-ils être impliqués dans les assemblées générales et les conseils d'administration des maisons médicales, à quel titre, dans quelle proportion et sur base de quel processus de sélection ? Leur représentation collective ne pourrait-elle pas plutôt être assurée indépendamment des maisons médicales, dans des associations *ad hoc*, qui contribuent à renforcer leur capacité collective à peser sur les décisions qui les concernent ? Les droits des patients ne devraient-ils pas être assurés à un niveau supérieur, celui des parlements régionaux et fédéral, capables d'imposer des règles à l'ensemble du personnel soignant, dans les maisons médicales comme ailleurs ?

Ces questions sont ouvertes et nous n'avons pas la prétention de les clore ici. L'intention de notre contribution était, plus humblement, de

montrer comment la convocation de la figure du patient partenaire, tout en se présentant comme une forme sympathique de participation, évite complètement de les poser. Elle tient pour acquis que la participation du patient se limite à l'expression de préférences individuelles qui doit être prise en compte par le personnel soignant pour favoriser l'observance des traitements, l'augmentation de la qualité des soins et la réduction de leur coût. Nous voulions ici rappeler l'horizon démocratique du projet des maisons médicales, fondées sur une conception élargie de la santé. En démocratie, une question cruciale consiste à définir le peuple (*demos*) à qui revient, en dernière instance, le pouvoir (*kratos*). Concrètement, qui sont les citoyens concernés et affectés par les décisions prises au sein des maisons médicales, à qui il serait légitime de reconnaître un droit à peser sur ces décisions ? À chaque équipe de construire les réponses qui lui semblent pertinentes. ■

### Partie prenante vs partie constituante

Coquetterie sémantique ou distinction fondamentale ? Qu'est-ce qui se cache derrière ces deux expressions *a priori* pas très éloignées ?

R. Edward Freeman, le père du concept de partie prenante le définit comme « *tout groupe ou individu qui peut influencer ou être influencé par la réalisation des objectifs de la firme, et plus largement de l'organisation* »<sup>13</sup>. Ce sont par exemple les actionnaires, les employés, les clients, les fournisseurs, les partenaires, le voisinage, la société civile, les pouvoirs publics... On considère donc que leur influence est conditionnée par leur position stratégique.

La notion de partie constituante provient d'une vision démocratique de l'entreprise et considère que certaines parties prenantes, les travailleurs, forment un groupe spécifique. Dans la mesure où ils produisent le travail, ils sont une ressource essentielle et ont une égale légitimité à partager le pouvoir avec les actionnaires. Ils sont constituants de l'entreprise et, par-là, ont une légitimité à contribuer également aux prises de décisions. ■

13. R. E. Freeman, *Strategic management : a stakeholder approach*, Cambridge University Press, 1984.