

Autogestion, un idéal sous tensions

Héritage de mai 68, l'idéal autogestionnaire est porté par les maisons médicales depuis leur origine dans les années septante. Aujourd'hui, le fonctionnement des équipes des 141 maisons médicales membres de la Fédération est toujours basé sur l'autogestion, qui constitue d'ailleurs un critère d'adhésion¹. L'autogestion, définie dans le mouvement comme un « mode d'organisation dans lequel chaque travailleur intervient dans la prise des décisions et dispose d'une voix », et qui « implique une participation de tous dans la gestion, une non-hiérarchisation, mais également le partage des responsabilités et favorise la solidarité parmi les travailleurs »², est mise en œuvre de manières très diverses : il y a autant de façons de la pratiquer que de maisons médicales.

Cette forme d'organisation est porteuse de sens, mais rencontre aussi des pierres d'achoppement. Rapports de pouvoir et de domination dissimulés, besoins de soins de santé croissants et pénuries de soignants, déficits dans la transmission des principes et compétences nécessaires, injonctions à s'adapter à une société néolibérale marquée par l'accélération, la bureaucratisation, la managérialisation et la compétitivité : l'utopie autogestionnaire se heurte-t-elle aujourd'hui à tant d'obstacles qu'elle serait source de souffrances au travail ? Ou est-elle au contraire toujours vécue comme un projet émancipateur pour les travailleuses et travailleurs qui prennent en main collectivement la gestion de leur association et comme un projet transformateur permettant de prendre soin autrement ?

Pour apporter des éléments de réponse à ces questions, plusieurs méthodes de récolte de données ont été utilisées. Une enquête sur le fonctionnement des équipes a été menée entre avril et juillet 2025 via un formulaire numérique. Parmi les 141 équipes fédérées, 57 y ont participé. Six focus groups ont également été organisés entre mai et août 2025 à Bruxelles, Namur et Liège, la moitié d'entre eux ayant rassemblé des gestionnaires coordinateurs, et l'autre moitié des travailleuses et travailleurs de diverses fonctions. Une demi-journée a aussi été consacrée à la thématique avec le groupe sectoriel des accueillantes de la Fédération en septembre dernier³. Enfin, plusieurs entretiens collectifs ou individuels ont été réalisés, notamment avec quelques patients et patientes.

À l'heure où les partis d'extrême droite s'installent dans le paysage politique par le vote démocratique et où le monde du travail est traversé par une vaste perte de sens, nous faisons le pari, à travers cette étude en éducation permanente, de contribuer modestement à l'exploration de formes d'organisations souhaitables et des défis qui les sous-tendent, que ce soit en maison médicale ou plus largement dans le champ du travail et dans la société. ■

Pauline Gillard et Marinette Mormont, chargées d'études en éducation permanente à la Fédération des maisons médicales



1. Les membres effectifs doivent être constitués en asbl dont l'assemblée générale est majoritairement constituée des travailleurs de l'équipe et dont les membres de l'organe d'administration sont désignés par l'AG, www.maisonmedicale.org.

2. Charte des maisons médicales, 2006.

3. Ce processus explique la place importante des témoignages des accueillantes et des gestionnaires coordinateurs. On observe une sous-représentation des fonctions psychosociale, infirmière et de santé communautaire ; malgré les appels, ces fonctions n'ont pas participé aux focus groups organisés.

CHRONOLOGIE D'UN IDÉAL

D'hier à aujourd'hui, les principes d'une autogestion des travailleurs et des travailleuses se sont frottés aux diktats de l'entreprise. Avec quelques belles victoires, dont voici un aperçu non exhaustif.

XIX^e siècle
Les sources de l'autogestion

Des penseurs socialistes et anarchistes (Owen, Fourier, Godin, Proudhon...) posent les bases théoriques de l'autogestion, envisageant une gestion collective des biens et des entreprises, et l'émergence de structures communautaires basées sur des rapports égalitaires comme solutions face à l'aliénation du travail.

Début du XX^e siècle
Les premières coopératives

Dans le contexte de la révolution industrielle et de la naissance du prolétariat, des associations ouvrières émergent et concrétisent les idées des philosophes associationnistes du XIX^e siècle. Fondées sur la propriété collective des moyens de production et sur le principe « un/une travailleur/travailleuse = une voix », elles visent l'amélioration des conditions de travail des salariés et salariées.

Années 1950
Le modèle yougoslave

Face aux difficultés économiques et au mécontentement populaire, le parti communiste yougoslave institue l'autogestion en entreprise via la constitution de conseils ouvriers permettant la participation directe des ouvriers aux décisions, avant de la généraliser à l'ensemble de la société (écoles, hôpitaux, services collectifs, culture...).

Mai 68
Contestation ouvrière et étudiante

Dans un contexte de remise en cause des institutions traditionnelles et des rapports d'autorité, l'autogestion est perçue comme une réponse à l'exploitation capitaliste et s'accompagne d'un rejet des hiérarchies et d'un désir de participer aux décisions qui affectent la vie professionnelle et personnelle.

Années 1970
Nouvelles expérimentations sociales

Les premières maisons médicales belges (à Tournai et à Molenbeek en 1972, à Seraing en 1974) expérimentent l'autogestion pour pratiquer une médecine sociale de groupe en misant sur la participation de toutes et tous dans les prises de décision et la gestion. Alors que beaucoup d'entreprises autogérées ont disparu dans le contexte socioéconomique néolibéral, les maisons médicales poursuivent leur aventure autogestionnaire.

1973
L'usine Lip

À l'annonce de la fermeture de l'usine Lip, à Besançon, les travailleurs et travailleuses occupent leur entreprise et reprennent en main la production des montres pour sauver leur emploi et retrouver du pouvoir d'agir. L'expérience de cette coopérative constitue un symbole de la lutte ouvrière et de ces aspirations autogestionnaires, dont le slogan « On fabrique, on vend, on se paie » résonne encore.

1975
Le Balai libéré

Les ouvrières de l'entreprise de nettoyage Anic, active sur le site de l'Université catholique de Louvain, licencient symboliquement leur patron. Elles créent leur propre coopérative, « Le Balai libéré », qui emploiera jusqu'à 96 travailleurs et travailleuses pendant quatorze ans. Leur détermination inspire encore des collectifs aujourd'hui. En témoigne le récent mouvement du « Balai en lutte » qui soutient les nettoyeuses et nettoyeurs de l'ULB face à la dégradation de leurs conditions de travail depuis la mise en sous-traitance de ce secteur.

Années 2000
Le mouvement des entreprises récupérées

Au début des années 2000, l'Argentine traverse une crise économique et sociale majeure, conséquence des plans d'ajustement imposés par les institutions financières internationales. Face à la fermeture de milliers d'entreprises, des travailleurs et travailleuses se mobilisent, occupent leur lieu de travail et relancent la production. Les pratiques autogestionnaires émergent aussi dans les assemblées de quartier, chez les sans-emploi (*piqueteros*), dans les clubs de troc, etc.

Années 2010
Le mouvement des zones à défendre

L'expression « zone à défendre » (ZAD) apparaît à Notre-Dame-des-Landes dans le cadre de la lutte contre le projet de nouvel aéroport pour la région de Nantes. En France, en Belgique ou en Suisse, des zadistes occupent des espaces pour contester de grands projets néfastes pour l'environnement et pour les populations locales. Ces mobilisations sont des laboratoires d'expérimentation démocratique à l'échelle microlocale.

Années 2020
Les Soulèvements de la Terre

Dans la lignée des ZAD, les Soulèvements de la Terre s'opposent à l'accaparement foncier, à la bétonisation, et défendent l'eau comme bien commun. Nés en janvier 2021 du regroupement d'une centaine d'organisations et de collectifs, ils se désignent eux-mêmes comme un vaste mouvement hétérogène et composite, et une grande alliance au fonctionnement horizontal.

LA DÉMOCRATIE AU TRAVAIL

Sociologue et professeure à la faculté de sciences économiques à l'UCLouvain, Isabelle Ferreras rappelle l'histoire entremêlée de l'autogestion et du capitalisme, de même que les liens entre conditions de travail et participation politique.

Propos recueillis par **Pascale Meunier**, rédactrice de *Santé conjugulée*.

Quelle place occupe l'autogestion dans un monde capitaliste ?

I. F. : À partir du XVIII^e siècle, la lutte qui se structure face à une sorte d'organisation plus systématique des moyens de production au travers du capitalisme manufacturier industriel, puis maintenant financiarisé, est une lutte pour affirmer la capacité d'autonomie à laquelle les travailleurs n'ont jamais renoncé. Mais les conditions sociales, économiques, font qu'à certains moments cette autonomie est plus compliquée à maintenir. Pour Marx, le travailleur devient aliéné, il devient littéralement étranger à lui-même (*alien* en anglais). Marx exprime par-là que le travailleur perd la possibilité d'identifier les finalités qu'il souhaite poursuivre au travers de son travail¹. À quoi voulons-nous contribuer ? Quel est le service que l'on va rendre ? À quel type de population prioritaire souhaite-t-on s'adresser ? C'est le socle de l'autonomie. Une fois ces finalités identifiées, comment s'organiser de la manière la plus efficace, efficiente, pour les poursuivre ? Ces questions ont donné lieu à une tentative du capitalisme d'impliquer les travailleurs dans la gestion, permettant de faire le lien entre néolibéralisme et autogestion : « *Impliquez-vous dans la gestion, et on va laisser le domaine du gouvernement dans les mains des actionnaires* », leur a-t-on parfois dit, comme dans le toyotisme et aujourd'hui dans l'entreprise libérée, dans toutes sortes de formes de management participatif.

Quelle nuance faites-vous entre gestion du travail et gouvernement du travail ?

Le gouvernement du travail se réfère aux enjeux des finalités du travail. De ce point de vue, le terme « autogestion » nous induit en erreur parce qu'il ne fait pas justice à la tentative de

mouvement autogestionnaire et des organisations en autogestion de mettre celles et ceux qui travaillent en position de pouvoir peser et sur le gouvernement et sur la gestion. Servir une patientèle précarisée, en difficulté sociale ou économique, ce n'est pas la même médecine que s'occuper de patients qui ont les moyens de payer trois fois le tarif conventionné... Nous sommes bien dans des choix de finalité, car, quand les maisons médicales s'inscrivent dans cette perspective d'autogestion, elles ne signalent pas seulement qu'elles veulent s'autoorganiser (choisir les horaires, être responsables de toutes ces décisions de gestion), elles ont une ambition plus grande qui va jusqu'à identifier de manière autonome les finalités poursuivies par l'organisation. Les expérimentations autogestionnaires, que j'appellerai plutôt d'autogouvernement du travail, sont concomitantes à l'histoire du capitalisme. On les classe en général dans le secteur de l'économie sociale et solidaire, mais leur portée est plus large que ce que représente économiquement ce secteur. Elles préfigurent le monde auquel les travailleurs, les travailleuses aspirent en général : sortir de cette aliénation, sortir de la souffrance qui vient du fait que le travail n'est pas organisé en fonction de leurs besoins ni de leurs capacités réelles.

Il est aussi question de démocratie au travail. De quoi s'agit-il ?

Déjà, définir la démocratie est compliqué, mais on peut dire que son socle normatif repose sur deux axes. D'une part, la reconnaissance de l'égalité de dignité de chacune et de chacun. Selon l'article premier de la Déclaration universelle des droits humains, « *tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droit* ». D'autre part, il faut une organisation politique de la vie en collectivité qui reflète ce principe. Ce qui implique de chercher à s'autogouverner, à se gouverner ensemble, à se donner les règles de notre vivre

ensemble auquel chacun aura pu participer directement – c'est même l'utopie autogestionnaire de ne pas passer par un système de représentation. Évidemment, à un niveau de complexité important, dans de grandes organisations, la participation permanente de tous devient plus difficile à appliquer... Mais des techniques sont mobilisables pour faire vivre l'idée démocratique à large échelle : le tirage au sort, par exemple, est une alternative à l'élection de représentants, les assemblées citoyennes... Les pratiques d'autogestion des maisons médicales, c'est ce qui s'approche le plus d'une traduction du projet démocratique dans les conditions du monde du travail. On a un service à rendre, et des contraintes économiques bien sûr, mais on va le faire de manière fidèle à ce socle normatif tant au niveau de l'individu que de l'organisation collective.

Cet idéal de démocratie serait quelque chose de naturel ?

Je pense que la démocratie est une aspiration universelle, comme la qualifie l'économiste Amartya Sen². Dans un moment politique actuel de repli sur les nationalismes, il est important de se relier à ces aspirations de tous les humains sur terre. Toutefois, nous sommes aussi le produit des conditions sociales dans lesquelles nous sommes immergés et qui ont structuré notre regard au monde et c'est d'autant plus important de s'interroger sur la manière dont nous allons organiser la vie quotidienne sachant que celle-ci va transformer nos attentes, qui sembleront plus ou moins réalistes. Prenons le lien par exemple entre la désaffection politique, le vote pour l'extrême et les conditions de mise au travail autoritaire, c'est-à-dire dans le régime capitaliste classique. En France, l'économiste Thomas Coutrot³ montre que c'est parmi les personnes qui sont dans des conditions de plus grande hétéronomie au travail – qui ne peuvent pas choisir quand faire une pause ni comment organiser leurs tâches – que l'on trouve une plus grande proportion d'électeurs d'extrême droite ou d'abstentionnistes, qui donc se sortent du jeu politique parce qu'ils n'y voient pas le sens. Parce que cette aspiration universelle à la démocratie est frustrée, des gens en viennent à ne plus y croire, veulent qu'on les sorte de la situation de non-sens dans laquelle ils se trouvent, veulent une solution autoritaire...

Quelle est la pertinence de ces attentes ?

C'est ce que j'appelle l'intuition critique de la justice démocratique dans le travail. À grands traits, cette attente d'autonomie est portée dès le début par les mouvements syndicaux face à l'organisation capitaliste de l'économie. Les droits collectifs du travail vont dériver de la reconnaissance du syndicalisme. Ce n'est rien par rapport à l'idéal d'autonomie au travail, mais c'est énorme d'avoir réussi à imposer ce droit des travailleurs à se choisir des représentants ! Aux États-Unis, ce droit n'est pas garanti ; la liberté des travailleurs de s'organiser est enfreinte, or cela ne devrait pas être une option. Cette intuition critique de la justice démocratique au travail est présente aussi dans le segment capitaliste de l'économie, mais il y a une lutte active contre son déploiement puisque, du point de vue de beaucoup d'apporteurs de capitaux, il s'agit de leur droit de subordonner les travailleurs. C'est logique qu'ils le comprennent comme cela, vu que le droit a entériné ce principe : ils apportent du capital et contractent ensuite avec des travailleurs une subordination, le contrat de travail : *sub ordo*, vous êtes de rang inférieur. Mais ce n'est pas un principe économique, c'est un principe politique. Cela s'appelle le salariat, un *deal* à la Trump, un compromis social où chacun va y trouver son compte : les travailleurs, la sécurité d'emploi ; l'employeur, la discipline de travail ; l'État, la prospérité.

Ce sujet de la démocratie au travail revient régulièrement...

Dans les années 1930, comme à la sortie de la Seconde Guerre mondiale, on assiste à des débats en Europe sur le principe autogestionnaire, au sein du capitalisme, c'est-à-dire sur la question de l'absence de droit politique des travailleurs à peser sur les finalités du travail. On assiste à un deuxième grand moment autour de l'autogestion dans les années 1970. Les deux vont toucher à la question de la réforme de l'entreprise, car, si l'on veut faire advenir cette idée que les travailleurs doivent pouvoir participer au gouvernement du travail, il n'y a pas mille solutions. Il faut leur donner un pouvoir sur le gouvernement du travail. Par où va passer ce pouvoir ? Par la structure de la société anonyme,

« Il faudrait arrêter de considérer les travailleurs comme des subordonnés. »

2. A. Sen, *La Démocratie des autres : pourquoi la liberté n'est pas une invention de l'Occident*, Rivages poche, 2006.

3. Th. Coutrot, *Le bras long du travail. Conditions de travail et comportements électoraux*, document de travail de l'IREES n° 01-2024, Institut de recherches et d'études sociales, février 2024.

« Les expérimentations autogestionnaires sont concomitantes à l'histoire du capitalisme. »

1. K. Marx, *Manuscrits de 1844. Économie politique et philosophie*. Éditions sociales, 1972.

par la structure de l'entreprise même. J'espère que l'on pourra identifier ce qui se passe actuellement comme un mouvement de réveil de cet enjeu avec, par exemple, en novembre 2023, la déclaration du Conseil européen des ministres des Affaires sociales et de l'Emploi sur la démocratie au travail comme la voie à suivre pour faire face aux défis de l'intelligence artificielle et de la transition juste⁴. Il faudrait arrêter de considérer les travailleurs comme des subordonnés et les reconnaître comme de véritables citoyens, des citoyens au travail, donc avec des droits politiques à peser sur l'organisation du travail et les finalités du travail. Dans le *Manifeste travail*⁵, je reprends avec d'autres autrices l'idée que cette aspiration n'est pas un truc pour quelques « fous » de l'économie sociale et solidaire qui n'ont

pas compris la marche du monde. C'est l'exactly contrepied que nous prenons : il y a en fait là le germe d'une organisation de l'économie différente, beaucoup plus compatible avec le projet démocratique qui le porte, car, si la politique est dans cet état aujourd'hui c'est précisément parce que l'économie n'est pas démocratisée. Il faut amener les principes de l'économie sociale et solidaire à échelle de l'économie en général, continuer ce que le mouvement syndical n'a pas porté suffisamment pour plein de raisons. Apporter cette perspective de transformation de l'économie capitaliste, démocratiser l'économie et démocratiser les entreprises, et cela passe par donner aux travailleurs au moins autant de droits qu'en ont les actionnaires qui, aujourd'hui, sont les seuls citoyens qui ont les droits politiques de gouverner l'entreprise.

C'est un choix politique, social et économique à la fois !

L'économie sociale et solidaire met en pratique deux principes qui sont les faces d'une même pièce. Un : le projet de la démocratie économique, c'est le principe des droits politiques à peser sur le gouvernement et l'organisation du travail indépendamment de la propriété. Je qualifie d'investisseurs en travail ceux qui travaillent, qui investissent par leur travail ; ils sont gouvernés par des règles, donc ils doivent pouvoir peser sur elles. Deux : que fait-on de la propriété ?

Elle doit être beaucoup plus partagée et ne pas déterminer l'accès aux droits politiques de gouverner. On doit détacher les droits politiques de gouverner de la question de la propriété ou, pour parler comme un marxiste, des moyens de production, de la propriété des actions. Une entreprise, c'est beaucoup plus qu'une structuration de capitalistes entre eux, car, si vous n'avez qu'un apport en capital, il ne va rien se passer. Il faut que des humains en fassent bon usage pour développer le projet de l'entreprise et cet investissement en travail est bien plus collectif, significatif, humain, dense, alors que celles et ceux qui s'y consacrent n'ont pas de reconnaissance dans l'institution économique. Le droit du travail et toutes les luttes sociales ont essayé de structurer cet investissement de travail et en Belgique nous avons l'institution la plus significative à mon avis de cette reconnaissance institutionnelle : le comité d'entreprise. Un comité d'entreprise, c'est la reconnaissance d'un canal pour que les travailleurs puissent porter une parole collective au niveau de la direction. Il faut s'en emparer et y ajouter le droit de codécision, de validation ou non des décisions que le conseil d'administration prend aujourd'hui seul. Comment rémunérer l'actionnaire ? Que faire avec les profits ? Vaut-il développer de nouveaux projets en accord avec nos ambitions écologiques ou continuer à polluer ? On voit que les travailleurs apportent une tout autre rationalité. C'est d'ailleurs pour cela que les apporteurs de capitaux les tiennent en dehors du gouvernement de l'entreprise.

C'est en effet plus difficile quand les intérêts divergent...

Il y a un grand malentendu sur le projet démocratique. Ce n'est pas un idéal « fleur bleue », où on pense tous la même chose et où tout le monde est d'accord. C'est précisément parce que l'on se reconnaît comme égaux, mais différents, que l'on a des vues qui ne vont pas forcément s'aligner, mais que notre perspective va compter, que l'on aspire à ce projet. Il y a deux issues à la confrontation actuelle entre capitalisme et démocratie⁶. Soit plus de capitalisme, donc plus de pouvoir à ceux qui possèdent ; c'est le chemin américain et la fin de la démocratie. Soit plus de démocratie, ce qui veut dire approfondir le projet démocratique dans le champ politique et renouveler les pratiques. ■

« Il y a deux issues à la confrontation actuelle entre capitalisme et démocratie. »

4. Conseil de l'Europe, *Projet de conclusions du Conseil intitulées*

« Davantage de démocratie au travail et négociations collectives vertes pour un travail décent et une croissance durable et inclusive », <https://data.consilium.europa.eu>, 17 novembre 2023.

5. I. Ferreras, J. Battilana, D. Méda, *Le Manifeste travail. Démocratiser, démarchandiser, dépolluer*, Seuil, 2020.

6. I. Ferreras, *Gouverner le capitalisme ? Pour le bicamérisme économique*, PUF, 2012.

L'AUTOGESTION DANS LES MAISONS MÉDICALES MEMBRES DE LA FMM : ÉTAT DES LIEUX

Pour mieux comprendre comment se vit l'autogestion au sein des membres de la Fédération des maisons médicales (FMM), nous avons esquissé un état des lieux du fonctionnement des équipes, des instances et des méthodes organisationnelles mises en place. Pour ce faire, un questionnaire leur a été adressé d'avril à juillet 2025 via un formulaire numérique.

Madli Bayot, chargée de projets au service études de la Fédération des maisons médicales.

Les maisons médicales membres effectifs ou adhérents de la Fédération des maisons médicales se doivent de pratiquer un travail interdisciplinaire et de dispenser des soins de santé primaires (globaux, intégrés, continus et accessibles) en équipe non hiérarchisée, d'adhérer aux statuts et à la charte de la FMM et de considérer les patients comme partenaires¹. Les membres effectifs doivent en outre être constitués en asbl dont l'assemblée générale (AG) est majoritairement constituée des travailleurs de l'équipe (51 % minimum) et recourir à un modèle de gouvernance collective qui permet la participation de tous les acteurs concernés : l'autogestion.

La composition des équipes

Le nombre de travailleurs d'une maison médicale a été défini comme l'ensemble des salariés,

indépendants et autres statuts qui ne sont pas des remplaçants et/ou aidants ponctuels (les assistants en médecine générale, les accueillants bénévoles ou étudiants qui traversent tout au long de l'année, par exemple, sont comptabilisés). En moyenne, les équipes participantes sont composées de dix-neuf travailleurs.

La majorité des maisons médicales interrogées comprennent les professions suivantes au sein de leur équipe (sans tenir compte des soins externalisés) : accueillants (100 % des équipes), médecins généralistes (100 %), infirmières (98 %), kinésithérapeutes (88 %), gestionnaires coordonnateurs (83 %), assistantes sociales (81 %), intervenants en santé communautaire (69 %), psychologues (58 %) et employés administratifs (50 %). Parmi les employés repris sur le *payroll* (en ne tenant donc pas compte des assistants-médecins et des bénévoles), en moyenne, 14 % des travailleurs d'une équipe sont indépendants : environ les trois quarts des maisons médicales comptent entre 0 et 24 % de travailleurs indépendants (38 % des équipes n'en ont aucun), alors que le reste en dénombre plus de 24 % (plus de 50 % pour seulement 4 % des équipes). Par ailleurs, 35 structures parmi les 57 participantes incluent au moins un assistant en médecine générale au sein de leur équipe. Plus des trois quarts des maisons médicales indiquent avoir des fondateurs au sein de

Plus des trois quarts des maisons médicales indiquent avoir des fondateurs au sein de leur équipe.

L'échantillon d'enquête

Parmi les 141 équipes fédérées, 57 (56 membres effectifs et 1 adhérent) ont participé à l'enquête : 23 en Région de Bruxelles-Capitale et 34 en Région wallonne (13 à Liège, 8 dans le Hainaut, 6 dans le Brabant wallon, 4 à Namur et 3 dans le Luxembourg). Parmi elles, seule une maison médicale fonctionne à l'acte, les autres pratiquant un système de paiement au forfait (9 appliquent un abonnement de type « médecin-infirmier » et 47 un abonnement de type « médecin-kiné-infirmier »). Les équipes participantes ont en moyenne 21 ans d'âge (entre 1 et 53 ans). ■

1. Critères d'adhésion à la Fédération des maisons médicales, 2019, www.maisonmedicale.org.

leur équipe. Ces équipes soignent en moyenne 2 226 patients, qu'ils soient inscrits au forfait ou non².

L'autogestion au sein des différentes instances de la maison médicale

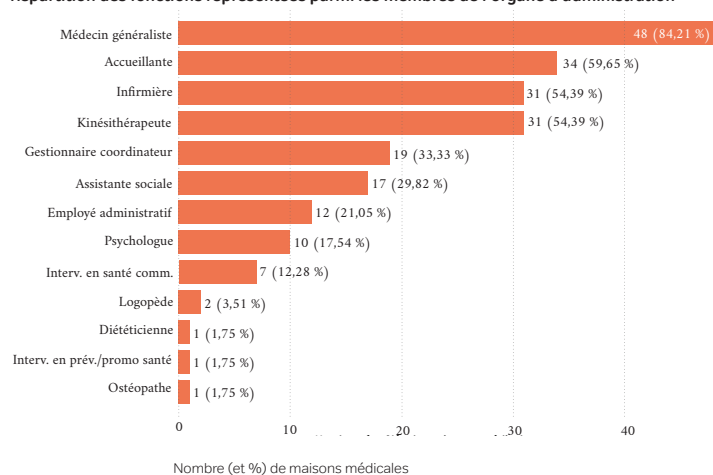
En moyenne, 77 % des travailleurs d'une équipe font partie de l'AG de leur maison médicale : plus de 74 % des travailleurs pour 66 % des maisons médicales, entre 50 et 74 % des travailleurs pour 27 % des équipes, et entre 20 et 49 % des travailleurs pour 7 % d'entre elles. La proportion de travailleurs dans l'AG n'est pas corrélée avec l'âge de la maison médicale. En outre, les assemblées générales de 72 % des équipes (soit 41 sur les 57) sont en partie composées de personnes extérieures à la maison médicale, majoritairement d'anciens travailleurs de maisons médicales (pour 54 % de ces 41 équipes), des membres du réseau de la maison médicale (46 %), des travailleurs d'une autre maison médicale (39 %) et des patients (17 %)³. Huit maisons médicales (14 %) ont mis en place un comité de patients. Parmi elles, seules deux structures ont un comité de patients formalisé : sous forme d'asbl ou dans les statuts de la maison médicale. Par

ailleurs, la moitié d'entre elles intègrent des patients dans leur AG.

En moyenne, 25 % des travailleurs d'une équipe font partie de l'organe d'administration (OA)⁴. En termes de régularité dans la tenue des instances, deux tiers des collectifs ont un OA qui se réunit au moins une fois par mois, voire une fois par semaine pour quatre d'entre eux, tandis que l'OA se réunit une fois tous les deux à trois mois pour 30 % des équipes et une fois par an pour 2 %, ou jamais pour 2 %. Concernant la composition, la majorité des OA des maisons médicales interrogées comprennent des médecins généralistes (84 % des équipes), des accueillantes⁵ (60 %), des infirmières (54 %) et/ou des kinésithérapeutes (54 %). Dans 21 maisons médicales sur les 57 (37 %), des personnes extérieures à la maison médicale sont intégrées au sein de l'OA, majoritairement des membres du réseau de la maison médicale (pour 57 % de ces 21 équipes), d'anciens travailleurs de maisons médicales (24 %), des travailleurs d'une autre maison médicale (19 %) et/ou des patients (10 %). Par ailleurs, 10 collectifs (18 %) rapportent qu'il n'y a pas de conditions spécifiques pour être membre de leur OA. Dans les autres cas de figure, les conditions sont les suivantes : être membre de l'AG (dans 37 % des maisons médicales) ; être

En moyenne, 77 %
des travailleurs
d'une équipe font
partie de l'AG de leur
maison médicale.

Répartition des fonctions représentées parmi les membres de l'organe d'administration



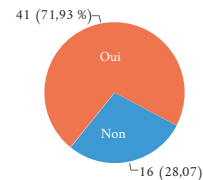
membre de l'AG et avoir une certaine ancienneté (16 %) ; être membre de l'AG et respecter une représentativité des différents secteurs (12 %) ; avoir une certaine ancienneté (4 %) ; être membre de l'AG, avoir une certaine ancienneté et respecter une représentativité des différents secteurs (4 %)⁶.

En ce qui concerne la rotation effective des membres de l'OA, la durée maximale d'un mandat (si l'on considère la durée d'un mandat et le nombre maximum de mandats consécutifs possibles) est le plus souvent de deux ans (pour 40 % des équipes). Néanmoins, la même proportion de maisons médicales voient leurs membres d'OA remplir un ou des mandats pendant une période de maximum trois à huit ans, 14 % des équipes témoignent qu'il n'y a en réalité pas de limite au mandat des membres de leur OA, tandis que 4 % des collectifs ont des changements au niveau des membres de leur OA au moins tous les ans. Pour finir, les

décisions de l'OA sont majoritairement communiquées au sein de l'équipe de la maison médicale via des comptes-rendus oraux (dans 74 % des structures), un procès-verbal complet (29 %), un procès-verbal succinct (29 %) ou par mail (18 %).

Concernant les pratiques différenciées de gouvernance, en plus de l'OA, un tiers des maisons médicales présentent un comité de gestion (un organe intermédiaire entre l'OA et l'AG). La majorité de ces collectifs comprennent au sein de leur comité de gestion des gestionnaires/coordonateurs (pour 84 % des équipes), des accueillantes (63 %) et/ou des médecins généralistes (53 %). Le comité de gestion inclut également, pour une des équipes, une personne en charge de l'entretien des locaux. En matière de gestion/coordination, le nombre d'équivalents temps plein qu'une maison médicale dédie en moyenne à cette fonction s'élève à 1,27. Par ailleurs, parmi les 38 maisons médicales qui ont renseigné ne pas inclure formellement de gestionnaire/coordonateur au sein de leur OA, 58 % d'entre elles l'invitent toujours, 26 % l'invitent parfois et 5 % ne l'invitent jamais.

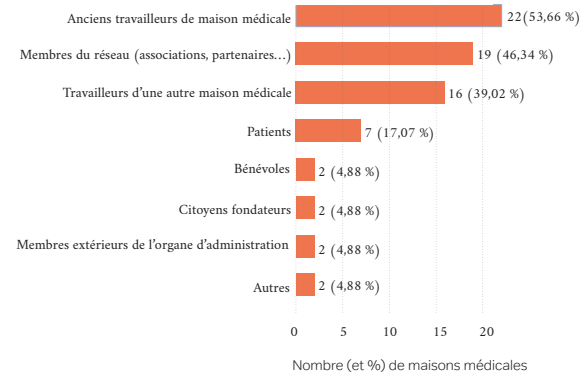
Y a-t-il des personnes extérieures à la maison médicale dans l'AG ?



L'autogestion au quotidien : lieux et modes de décision

Par ordre décroissant, les réunions suivantes sont les plus fréquentes : réunions d'équipe, réunions de secteurs, réunions intersecteurs (plusieurs secteurs, mais pas tous), réunions inter-

Répartition des personnes extérieures à la maison médicale dans l'assemblée générale



2. Les patients des maisons médicales forfaitaires qui ne sont pas inscrits au forfait sont, par exemple, les personnes en situation irrégulière, les patients bénéficiaires de l'aide médicale urgente, les ressortissants européens non affiliés à une caisse d'assurance maladie belge.

3. Les membres effectifs de la FMM doivent prévoir dans leurs statuts l'ouverture de l'AG à, au minimum, un membre effectif extérieur qui n'est pas lié à l'association par un contrat de travail ou par un contrat d'entreprise.

4. Moins de 25 % des travailleurs pour 54 % des maisons médicales (avec seulement deux équipes sans travailleurs dans l'OA), entre 25 et 49 % des travailleurs pour 40 % des équipes, et entre 50 et 80 % des travailleurs pour 5 % d'entre elles.

5. Selon des données complémentaires recueillies au niveau du secteur de l'accueil, il est rare que des accueillantes soient membres de l'OA si elles n'occupent pas un autre poste dans la maison médicale (administratif et/ou de gestion, par exemple).

6. Les autres maisons médicales rapportent des combinaisons uniques d'autres conditions, telles

disciplinaires (qui réunissent tous les secteurs) et, enfin, d'autres réunions. Par « autres réunions », les équipes sous-entendent, par exemple, les réunions d'équipe plus longues concernant un sujet de fond spécifique, les réunions de groupes de travail/cercles qui sont multidisciplinaires et autour de thématiques comme la mobilisation politique, l'infrastructure, le recrutement ou le bien-être au travail, les réunions organisationnelles (par exemple des réunions de préparation de réunions), les réunions d'analyse institutionnelle ou encore d'instances comme l'AG, le comité de gestion ou l'OA.

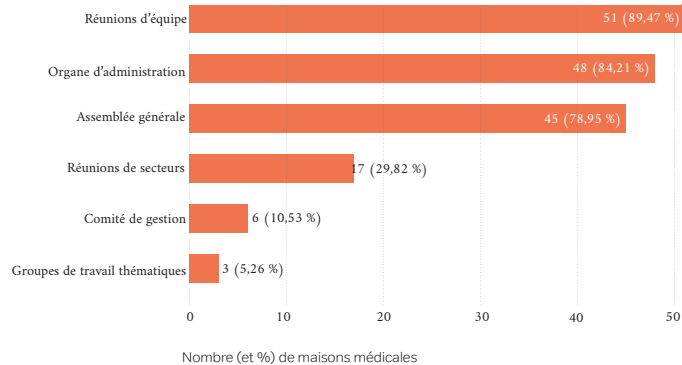
Les professions qui participent la plupart du temps aux réunions de cas sont les infirmières (pour 98 % des maisons médicales), les médecins généralistes (98 %), les kinésithérapeutes (93 %), les assistantes sociales (79 %), les accueillantes (72 %) et les psychologues (60 %). En outre, les principaux lieux de décision varient selon l'équipe, mais tous les répondants s'accordent à dire qu'il s'agit tout d'abord des réunions d'équipe (pour 89 % des équipes), puis l'OA (84 %), l'AG (79 %), les réunions de secteurs (30 %), le comité de gestion ou tout or-

gane apparenté (11 %) et, enfin, les groupes de travail thématiques (5 %).

Les lieux de décision auxquels les équipes recourent dépendent évidemment du type de décisions à prendre, et les types de décisions prises dans un lieu donné varient d'une maison médicale à l'autre. Globalement, la plupart des collectifs s'accordent à dire que les décisions prises par l'AG sont des décisions institutionnelles/stratégiques quant à l'évolution de l'asbl et de ses activités à long terme (vision, missions, grandes orientations, budget, investissements, modifications des statuts et du règlement d'ordre intérieur, élection/révocation des administrateurs...).

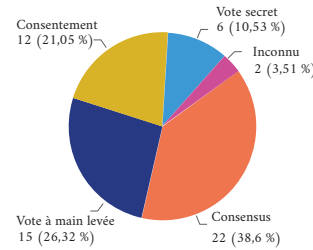
Concernant les décisions prises par l'OA, les équipes associent souvent ce lieu aux décisions liées à tout ce qui implique légalement l'asbl, aux finances et à la gestion des ressources humaines (engagement, licenciement, modification d'un horaire, octroi de longs congés ou formations, par exemple). En revanche, les décisions opérationnelles (application des décisions de l'assemblée générale) et les décisions organisationnelles (décisions en lien avec la gestion journalière) peuvent aussi bien être dévolues à l'OA, au comité de gestion et/ou à l'équipe en fonction des maisons médicales, et le chemin au travers de ces instances jusqu'à validation de la décision peut se faire dans un sens ou dans l'autre. Finalement, lors des réunions de secteurs, peuvent être actés les pro-

Répartition des principaux lieux de décision



Les résultats de cette enquête reflètent une grande diversité de pratiques organisationnelles, ils permettent aussi d'entrevoir des enjeux et des pistes pour faire évoluer ces pratiques.

Répartition des modes de décision les plus couramment utilisés selon la maison médicale



cédures sectorielles internes (méthodologie de travail, prise en charge des patients...) et tout ce qui concerne l'organisation des horaires et de la logistique d'un secteur (congés, changements d'horaires, petites formations, remplacements, achats peu coûteux, etc.). Dans ces lieux, le mode de décision le plus couramment utilisé est le consensus – procédure permettant de dégager un accord sans procéder à un vote formel (pour 39 % des maisons médicales) –, suivi du vote à main levée (26 %), du consentement – décision prise quand plus personne n'y oppose d'objection raisonnable (21 % des équipes) – et du vote secret (11 %). Près de 20 % des structures recourent également à l'élection sans candidat⁷, pour tenter de donner de la légitimité à certaines personnes dans le cadre de mandats ou pour l'assignation de rôles en réunion d'équipe.

Une pratique en constante évolution

L'autogestion n'offre pas une image monochrome au sein des différentes maisons médicales sondées. Si les résultats de cette enquête reflètent une grande diversité de pratiques organisationnelles, ils permettent aussi d'entrevoir des enjeux et des pistes pour faire évoluer ces pratiques, non seulement dans les 57 équipes qui ont répondu, mais plus largement dans le mouvement. Citons tout d'abord les difficultés que l'on peut rencontrer dans une équipe autogérée : l'autogestion n'est pas toujours bien comprise par celles et ceux qui la pratiquent (la gouvernance partagée ne signifie pas que l'équipe décide elle-même de tout), le turn-over

fréquent dans les maisons médicales implique également de rappeler sans cesse et transmettre le mode de fonctionnement. De plus, la responsabilisation et l'investissement des travailleurs dans l'autogestion peuvent se faire à géométrie variable et fatiguer une partie du collectif, la prise de décisions peut être longue et donc énergivore, et, finalement, il est difficile d'être à la fois employé et organe décisionnel tout en croisant l'intérêt institutionnel, personnel avec celui du patient. Par ailleurs, la question d'une limite de taille d'équipe pour appliquer les principes d'autogestion est souvent discutée.

D'un autre côté et malgré les obstacles précités, plusieurs équipes éprouvent un sentiment de fierté quant à la pratique de l'autogestion. Chez chacun des répondants, différents outils de gestion sont utilisés pour faire vivre le système autogestionnaire, aussi appelé fonctionnement participatif, gouvernance collaborative, cogestion ou encore intelligence collective : la délégation, la sociocratie⁸, l'holocratie⁹, etc. De manière complémentaire à ces outils, 86 % des maisons médicales rapportent avoir déjà fait appel à une aide extérieure (la FMM ou des organismes externes) pour gérer des situations de crise (conflits interpersonnels ou soucis financiers, par exemple), prendre des décisions (via une réflexion supervisée) ou restructurer leur mode de fonctionnement.

Ce dernier aspect peut être travaillé via la (ré)écriture du projet institutionnel – vision, missions, valeurs et ambitions/évolution de l'asbl ; via une réflexion sur l'autogestion et le mode de gouvernance associé qui vise à conférer à chaque instance un périmètre de décisions et un mode de fonctionnement ; ou via un accompagnement concernant les aspects liés aux ressources humaines, comme la définition de fonctions, la révision des procédures de recrutement et d'évaluation ou la politique salariale. Dans tous les cas, il apparaît nécessaire de prendre initialement et régulièrement le temps de clarifier les champs de compétences et de s'organiser dans les prises de décision pour amener plus de légitimité aux différents intervenants et améliorer les processus. L'autogestion est un chantier en constante évolution et réflexion dans la plupart des équipes, et cette réflexion sur le mode de gouvernance doit se faire en parallèle avec l'évolution de la société. ■

qu'être salarié, être un tiers non-membre de l'AG, ne pas être travailleur de la maison médicale, ou encore être élu.

7. L'élection sans candidat consiste à décider en consentement qui prendra la responsabilité d'un rôle, d'un poste ou d'une fonction, www.cooperative-aviso.com.

8. La sociocratie est un modèle de gouvernance basé sur le consentement pour la prise de décision, elle met l'accent sur le collectif et la contribution de chaque membre, <https://reseau.coop>.

9. L'holocratie est un système plus structuré qui utilise une « constitution » et une structure en « cercles » pour distribuer l'autorité et la responsabilité autour de rôles précis, <https://reseau.coop>.

AUTOGESTION : « UN CADRE VIVANT, MAIS BOUSCULANT »

Depuis leur origine, les maisons médicales pratiquent l'autogestion. Ces expérimentations se heurtent-elles aujourd'hui à tant d'obstacles qu'elles seraient source de souffrances au travail? Ou sont-elles au contraire toujours vécues comme un projet émancipateur permettant de prendre soin autrement ?

Marinette Mormont, chargée d'études en éducation permanente à la Fédération des maisons médicales.

Dès leur création au début des années septante, les maisons médicales ont choisi l'autogestion comme mode de fonctionnement. Depuis lors, elles expérimentent de manières variées ce mode d'organisation collectif et non hiérarchisé. Mais l'autogestion n'est pas un long fleuve tranquille. Ici et là, des récits interpellants suggèrent même qu'elle générerait des dysfonctionnements et souffrances au travail, voire des burn-out et abandons de postes.

Parmi les difficultés couramment épinglées à propos de l'autogestion figurent la dilution des responsabilités, la déresponsabilisation de certains travailleurs ou au contraire une charge mentale trop importante pour d'autres ; l'existence de rapports hiérarchiques informels, sinon de véritables prises de pouvoir ; l'inconfort provenant de procédures floues et trop peu formalisées ou la lourdeur de certaines d'entre elles ; ainsi que le manque de

compétences en gestion, entraînant erreurs ou manquements. « Il y a parfois une dérive de l'autogestion qui consiste à dire "On n'a pas de patron, donc on fait ce qu'on veut", relève aussi un coordinateur. Ce n'est pas vrai. Il y a des contraintes, celles du groupe et des principes légaux à respecter. »

À l'écoute des témoignages récoltés, là où le bât blesse le plus souvent, c'est au niveau des lacunes dans la gestion des tensions interpersonnelles ainsi que dans la valorisation des travailleurs et les mesures de bien-être au travail,

tout comme dans le manque d'espaces de feedback, de recadrage, voire de sanctions quand cela s'avère nécessaire. « Ce qui me frappe, c'est l'absence de tiers. Quand il y a un souci, c'est à la fois tout le monde et personne qui est responsable. Au bout de six mois [...], je parlais en burn-out. J'avais beau nommer les mécanismes à l'œuvre, cela n'a pas été entendu. [...] j'ai demandé une diminution de ma charge de travail pour préserver ma santé. Cela a créé un tollé, comme si j'avais mis tout le système en danger. J'ai vécu une expérience de "tous contre un", alors que j'étais juste en train d'essayer de sauver ma peau », témoigne une travailleuse. « On aimerait bien que ce soit à l'organe d'administration, l'OA, de se charger de la sanction et pas à nous. Mais il faut pouvoir définir des lieux de surveillance, de cadrage, et éventuellement de sanction. Si ce n'est pas prévu, on place les gens dans des conditions très difficiles ("Est-ce que je suis légitime pour aller dire cela à untel...?") qui peuvent mener au burn-out », décrypte un autre.

S'(auto)évaluer de manière sécurisante

Face à ces constats, la culture du feedback et de l'évaluation (ou entretien de coopération, d'évolution ou d'évolution, comme elle est parfois nommée pour se distancier de la terminologie managériale) semble être une des clés d'amélioration des fonctionnements des équipes. En la matière, les pratiques varient fortement d'une maison médicale à l'autre. Absentes dans certaines structures, elles existent dans d'autres sans être mises en œuvre, comme si elles relevaient du tabou. « On prend beaucoup de temps pour nous former, apprendre à faire des feedback, à travailler sur les non-dits... Mais on ne le fait pas dans la pratique... », rapporte une kinésithérapeute.

Dans plusieurs maisons médicales, les évaluations concernent uniquement les nouveaux travailleurs, tandis qu'ailleurs elles s'adressent à tous. Si les processus mis en place collectivement sont parfois vécus comme violents, ils peuvent aussi être pensés pour être le plus sécurisants possible. Exemple ? Sur base d'une autoévaluation du travailleur, ce dernier est évalué par les différents secteurs (regroupements par métiers), une étape qui permet de tempérer les éventuels reproches individuels. Toutes les remarques, positives et négatives, sont ensuite compilées puis communiquées au travailleur par une ou plusieurs personnes formées pour réaliser ce genre de retours. Sur base des retours effectués, le travailleur est invité à définir ses objectifs pour les années à venir, qu'il peut ensuite partager à ses collègues sans que ces derniers puissent réagir. Chaque personne évaluée peut aussi s'exprimer sur la manière dont il a vécu le processus.

L'autogestion à l'épreuve du temps

Autre sujet fréquemment évoqué : la lenteur, voire la lourdeur des dynamiques autogestionnaires, suscitant parfois le sentiment de ne pas consacrer suffisamment de temps aux missions d'accompagnement et de soin. Une idée battue en brèche par la plupart des personnes interrogées. « Au quotidien, la lenteur peut être difficile. Pour une demande de congé parental, par exemple, si la machine autogestion prend du temps à répondre, cela peut être difficile à vivre. Mais cette lenteur donne surtout lieu à une forme de démocratie interne. On va à contre-courant de la société où tout doit aller vite, où on doit être efficace », défend une kinésithérapeute.

Pour beaucoup, l'adoption de la lenteur comme mode de fonctionnement traduit le souhait de prendre le temps nécessaire à la prise de décision, le refus d'évoluer dans une culture de l'urgence, et une forme de résistance face à la société capitaliste caractérisée par la compétition, la domination, le culte de l'innovation et la vitesse. La lenteur ne serait par ailleurs pas un attribut spécifique à l'autogestion (« On pourrait choisir des modes de gestion autogestionnaires plus rapides »). « Je pense qu'il y a [dans les maisons médicales] un temps long qui est peut-être un peu plus présent, mais qu'on peut assumer comme utile en soi. Cette nécessaire lenteur nous permet peut-être

à d'autres moments d'être plus agiles, plus robustes. Pendant la crise du covid, on a été capable de beaucoup de réaction. C'est peut-être parce que les années précédentes, on a pris le temps de se parler... », analyse un médecin.

Il reste que l'équilibre à trouver entre lenteur et lourdeur demeure fragile. Par ailleurs, faire le choix de la lenteur devient aussi de plus en plus difficile à assumer, les maisons médicales s'ajustant de facto à l'environnement dans lequel elles évoluent. « Une dérive que j'observe dans ma maison médicale, c'est le côté plus managérial : on se donne peu la possibilité d'être lent ou inefficace. La plupart des gens ont très peu d'expérience de l'autogestion avant d'arriver et donc, très vite, on constate que ce n'est pas efficace et on retourne vers des logiques managériales en donnant plus de pouvoir à une personne qui va trancher plus rapidement, pointe un accueillant. Une autre tendance qui m'attriste : on n'a plus confiance en nos compétences d'intelligence collective. Aujourd'hui, tout le monde fait des supervisions, et l'autogestion est devenue un mode de gouvernance qu'il faut perfectionner, plus une vision de société. »

L'autogestion en maisons médicales ne résisterait-elle donc pas aux logiques de performance et d'individualisme qui traversent notre société ? Certains témoignages abondent dans ce sens : « La société devient de plus en plus individuelle, ça entraîne un changement qui se ressent dans nos maisons médicales » ; « Il y a une militance qui n'est pas partagée par tout le monde et qui crée des cliques. [...] On en oublie l'histoire des maisons médicales. »

La pénurie de médecins et d'autres soignants accentue la pression ressentie par les travailleurs. D'un côté, ils sont préoccupés par la nécessité de se justifier à propos de leur mode de fonctionnement (« J'avais cinq heures de réunions par semaine [...], ça fait un gros paquet de patients qu'on ne voit pas. [...] Il faut être convaincu de ce qu'on apporte pour pouvoir défendre ce que nous faisons »). De l'autre, ils sont amenés à embaucher de nouveaux collègues qui ne sont pas en adéquation avec la « culture autogestionnaire », situations qui peuvent être source de tensions (« On cherche un médecin, il n'y en a qu'un qui vient, eh bien, on le prend »).

L'équilibre à trouver entre lenteur et lourdeur demeure fragile.

Là où le bât blesse le plus souvent, c'est au niveau des lacunes dans la gestion des tensions interpersonnelles.

Les sens de l'autogestion

Malgré toutes les difficultés pointées, la majorité des personnes rencontrées n'en démont pas : l'autogestion garde tout son sens. Ou plutôt tous ses sens. Car la pratique regorge de bienfaits pour les travailleurs, les patients et la société.

Première intention de l'autogestion, elle permet de mieux soigner en favorisant le travail pluridisciplinaire. En renforçant l'intelligence collective, elle améliore la connaissance des patients et de leurs problématiques, de même que leur prise en charge, puisqu'elle donne « l'opportunité à des professions historiquement sous le contrôle du médecin de prendre une place, de pouvoir mener leurs projets avec les objectifs qui sont les leurs, et d'apporter leur expérience » (un médecin). Des accueillantes – qui, pour la plupart de celles que nous avons rencontrées, participent aux réunions cliniques et ont accès aux dossiers des patients – témoignent que l'autogestion facilite l'adoption d'un cadre commun avec les soignants, l'ajustement de ce cadre en fonction des besoins et en cohérence avec l'objet social : « Cela nous permet de mieux gérer certaines situations à l'accueil » ; « On peut parler de certaines situations, on est expert de notre métier ».

L'horizontalité, le principe d'égalité et l'acquisition d'une plus grande autonomie dans le travail favorisent aussi l'émancipation des travailleurs. « Ça m'a sortie de mon carcan éducatif très limité », dit une accueillante. Participation aux décisions, répartition des responsabilités, sentiment d'appartenance à un collectif et solidarité : autant d'éléments mentionnés qui participent de cette émancipation. Par rayonnement, celle-ci se transmet aussi aux stagiaires (« Ces jeunes médecins qui débarquent d'endroits où on ne connaît pas l'autogestion, la démocratie, la non-hiérarchie... : nous avons un rôle de diffusion, d'éducation permanente ») et aux patients (« Cela les étonne très fort au début. [...] C'était régulier d'entendre les patients dire : "Oui, mais c'est quand même le médecin qui décide" »).

Certains travailleurs appréhendent enfin l'autogestion comme un acte politique, une stratégie anticapitaliste, voire une remise en question des rapports de domination (de classes, barémiques, etc.). En ce sens, les expérimentations autogestionnaires des maisons médicales sont à la fois les dépositaires d'une tradition ouvrière souvent oubliée, mais représentent aussi l'avenir : « Si le

système se casse la gueule, d'une manière ou d'une autre, il faudra des foyers desquels ça repart » ; « Je pense que c'est une des seules manières par lesquelles parvenir collectivement à avoir un projet positif pour le monde du travail. Les autres modèles sont obsolètes et ne créent plus que de la souffrance. »

Des laboratoires toujours en mouvement

« L'autogestion, c'est un cadre vivant, mais aussi bousculant, énonce une accueillante. Il faut beaucoup d'adaptabilité pour se réajuster à chaque fois. » Si le principe de base de l'autogestion repose sur l'établissement des règles de fonctionnement et des modalités de décision par les travailleurs eux-mêmes, il existe autant de manières de la mettre en œuvre que de maisons médicales. Elle ne peut donc ni se modéliser ni se dupliquer telle quelle d'une structure à l'autre, encore moins rester figée dans le temps. « Il y a des maisons médicales où on mandate une personne comme directeur, il y en a d'autres où on fait tout en réunion d'équipe. C'est leur choix. Chacun voit ce qui marche, ce qui ne marche pas. Ce qu'on observe, c'est qu'il y a un mode de fonctionnement, de distribution des responsabilités qui va marcher un temps, et quand de nouvelles personnes arrivent, le mode d'organisation évolue... », décrit Fabienne Saint Amand, qui a travaillé au service d'appui à la gestion et au développement (SADG) de nouvelles maisons médicales à la Fédération.

Et si certains travailleurs maintiennent qu'il y a beaucoup de souffrance dans les maisons médicales et que « ce n'est pas l'autogestion qui sert de barrage à ça, au contraire », d'autres font plutôt le lien entre mauvaise (auto)gestion et souffrance au travail, et a contrario entre bonne autogestion et bien-être au travail. Les critiques régulièrement adressées à l'autogestion reposeraient davantage sur l'observation de certaines pratiques autogérées dysfonctionnelles : « Quand l'organisation ne fonctionne pas ou qu'on juge qu'elle est trop ceci ou trop cela, plutôt que de critiquer notre autogestion, on critique l'autogestion en tant que telle... » Toujours est-il que, si ce fonctionnement collectif et égalitaire est plein de bonnes intentions, tout le monde s'accorde également sur le fait qu'il requiert beaucoup de motivation, de même qu'un apprentissage individuel et collectif permanent afin que les conditions de sa réussite soient mises en place. ■

CSSI : SE REGROUPER POUR MIEUX ACCOMPAGNER

Travailler ensemble pour favoriser une prise en charge globale et intégrée : c'est le défi que se sont lancé les CSSI, les centres social santé intégrés, qui proposent sous un même toit plusieurs services d'aide et de soins. Quels sont les modes d'organisation mis en place pour y parvenir? Visites de Goujonissimo (Anderlecht) et de Ribaucare (Molenbeek).

Marinette Mormont, chargée d'études en éducation permanente à la Fédération des maisons médicales.

Afin de répondre au double constat d'une offre social-santé insuffisante et trop segmentée face à la complexité des problématiques des publics précarisés, Médecins du monde (Mdm) a initié à Bruxelles plusieurs projets de centres social santé intégrés. Le long du boulevard Léopold II à Molenbeek, Ribaucare réunit quatre structures agréées : la jeune maison médicale Canalsanté, le centre de planning familial Leman et son service de médiation de dettes, l'antenne molenbeekoise du Projet Lama qui accompagne des personnes souffrant d'addictions, et le centre d'action sociale globale (CASG) Solidarité Savoir. Le projet, qui accueille les publics des quatre associations, rassemble aujourd'hui une cinquantaine de travailleuses et travailleurs et collabore avec une pédiatre et trois psychologues indépendantes. L'aménagement du bâtiment reflète l'ambition de travailler ensemble : un couloir pour les consultations (médicales, psychologiques, sociales), un bureau pour les staffs administratifs, des bureaux polyvalents et des salles de réunions communes, ainsi qu'une grande salle communautaire pour faciliter les liens entre les publics et avec les habitants du quartier. Dans l'édifice, seul le Projet Lama dispose de son aile propre. « À l'origine, on s'était dit que l'accueil serait plus compliqué avec les usagers de drogues, qu'on allait donc faire deux entrées différentes. Les usagers du Lama rentraient par la ruelle de derrière. En fait, on s'est rendu compte que ce n'était pas si compliqué que cela... », retrace Stéphane Heymans, président des organes d'administration (OA) de Ribaucare et de Canalsanté. Aujourd'hui, tout le monde entre par la même

porte, mais les usagers du Projet Lama montent directement à l'étage pour y être accueillis dans un couloir exigü. « L'objectif est qu'ils puissent dans le futur arriver à l'accueil intégré, parce qu'il n'y a pas beaucoup de place à l'étage et pour mélanger les publics », signale Philippe Lebacqz, coordinateur du centre de planning familial Leman et co-coordonateur du CSSI. Il poursuit : « Au départ, chacun travaillait plus ou moins dans son coin. » Une structure externe, Résonance, a été sollicitée pour rencontrer les équipes autour de l'organisation du CSSI. Un accompagnement duquel sont ressortis deux éléments : la nécessité de davantage de transparence de la part des organes de gestion (OA, conseil des coordinateurs), mais aussi une vraie volonté de collaborer. « Les équipes reconnaissaient l'importance du CSSI, du travail intégré, et ont mis en évidence qu'il fallait davantage travailler ensemble autour de valeurs communes, comme l'accueil inconditionnel. »

Créé de toutes pièces

Autre modèle, autre architecture, toujours avec Médecins du monde à la manœuvre : à Cureghem, dans la commune d'Anderlecht, le CSSI Goujonissimo a été créé de toutes pièces à la suite d'un travail de diagnostic communautaire et de réseautage mené par Mdm et la maison médicale Medikuregem. Au rang des services proposés par l'asbl (assurés par l'équipe et des partenaires) : des consultations médicales, kinésithérapeutes, infirmières et avec des sages-femmes, des accompagnements individuels et

L'aménagement du bâtiment reflète l'ambition de travailler ensemble.

une permanence sociale, un suivi avec des psychologues, une logopède ou encore la présence de deux médiateurs interculturels.

Implanté au rez-de-chaussée d'un bâtiment en forme de fer à cheval encerclant un patio, le centre s'ouvre sur un grand espace d'accueil inondé de lumière à partir duquel on accède aux différents locaux de consultation, à une salle de gym, à une vaste salle communautaire, à des bureaux et un espace de *coworking* qui permet d'accueillir les partenaires du projet. « *Au début, on avait une table et quatre chaises. Un médecin a créé notre premier site web, une infirmière a choisi les meubles, se remémore Pierre Vergauwe, l'un des deux coordinateurs. On a construit le centre ensemble. On a réfléchi aux horaires, à l'accueil bas seuil des habitants, etc. Dès le départ, on s'est dit qu'il allait falloir du temps pour les réunions multidisciplinaires.* »

Horizontal et participatif

Des réunions pluridisciplinaires, il y en a désormais une ou deux par semaine, en alternance avec la réunion d'équipe. On peut y discuter des cas complexes, partager des expériences et faire en sorte de fluidifier les trajets d'aide et de soins des bénéficiaires d'un professionnel à l'autre. Le

centre intégré d'Anderlecht se caractérise aussi par la multitude d'activités collectives et communautaires proposées, souvent en collaboration avec des partenaires (yoga, gym, ciné-club, peinture, séances d'infos, etc.). « *Après deux ans, des personnes qui étaient très timides au début et qui avaient besoin d'être renforcées pour participer deviennent elles-*

mêmes des relais dans le quartier », observe Erika Van Nuffel, médecin généraliste.

Les travailleuses et travailleurs du CSSI se rassemblent autour du concept de santé positive¹ et de la méthodologie du Group Care à laquelle l'ensemble de l'équipe a été formée, « *une approche différente des soins, associant le suivi médical à la promotion de la santé et à la prévention des maladies en groupe, ainsi qu'au développement d'un réseau social durable*² ». « *Tant que ça va dans le sens d'un accueil chaleureux, de travailler sur les domaines de vie qui touchent à la santé et au bien-être, tout est possible* », ajoute-t-elle.

Comment sont prises les décisions dans cette structure bicommunautaire d'une vingtaine de travailleurs, dont les métiers et le régime linguistique différent ? C'est « *organique* » et « *horizontal* », décrit Erika Van Nuffel. Et si deux coordinateurs ont été engagés pour le projet, ils sont surtout présents pour l'accompagner et le soutenir : « *On travaille tous ensemble sur notre plan d'action et le rôle des coordinateurs c'est par exemple de fournir de la matière, illustre Pierre Vergauwe. J'ai davantage un rôle de support et j'apporte aussi sans doute le regard de quelqu'un qui a moins le nez dans le guidon.* »

Pour définir les grandes lignes des actions du CSSI, un organe d'administration composé pour un tiers d'habitants du quartier, un tiers de prestataires de soins et un tiers d'experts se réunit tous les deux mois. Un « *forum ouvert* » est aussi organisé tous les six mois, une journée au cours de laquelle la porte est ouverte aux habitants, aux partenaires et à des experts, et où « *on récolte les idées des gens. Le but est de recueillir le feedback du quartier sur nos activités et nos services pour pouvoir réajuster* », poursuit le coordinateur. Une enquête de satisfaction sera également lancée auprès de tous les bénéficiaires à propos de leurs relations avec les prestataires d'aide et de soin, leur place dans le centre et la manière dont ils sont accueillis.

Respecter les identités de chacun

Du côté de Ribaucare, chaque structure conserve son organe d'administration et son assemblée générale, et est représentée dans l'OA du CSSI (qui est aussi son assemblée générale). Ce dernier délègue la gestion journalière du centre à un conseil des coordinateurs (CDC). On y retrouve les coordinateurs de chaque asbl (dans le cas de la maison médicale en autogestion, il s'agit d'une représentante des travailleurs), engagés à quart-temps pour la coordination du CSSI. « *C'est un peu une autogestion entre asbl, entre personnes morales*, explique Philippe Lebacqz. *On a défini une série de missions du CDC, qui sont les missions de Ribaucare et qui n'ont rien à voir avec les missions des asbl. Ce sont des missions d'intégration, de communication, financières, administratives, de gestion des locaux et de représentation.* » Le CDC joue aussi le rôle de courroie de transmission entre les quatre équipes. « *Ce mode de gouvernance peut prendre du temps, mais il per-*

met de respecter les identités et manières de faire de chacun, commente Stéphane Heymans. *Et même si, dans le CDC, chacun a une casquette un peu plus spécifique, l'idée est de travailler dans le consensus et le compromis.* »

Dans ce centre intégré, pas encore de projet clinique commun ni de réunions autour des dossiers des patients. Des trajectoires d'aide et de soins interassociations se mettent néanmoins en place à partir d'espaces de partages informels. « *Un CSSI, ce n'est pas un simple bâtiment où plusieurs services sont juxtaposés. Il y a du travail autour des patients, il y a énormément d'interactions entre les associations, mais cela se fait aujourd'hui beaucoup dans les couloirs...* », témoigne Philippe Lebacqz. Les missions de travail communautaire du Projet Lama, de la maison médicale et du centre d'action sociale globale constituent aussi une porte d'entrée vers plus d'intégration. Au sein d'activités organisées en commun (petits déjeuners, gym, ateliers nutrition ou psy...), « *les publics se mélangent et les travailleurs aussi* ».

Accueil intégré, secret professionnel et mixité des publics

Autre clé pour une meilleure intégration des services : la poursuite du travail pour une identité commune chez les travailleurs. « *L'idée est d'approfondir l'interconnaissance entre les équipes, de travailler sur une identité de projet et sur l'élargissement de l'AG et de l'OA* », résume Stéphane Heymans.

Le projet d'« *accueil intégré* » doit aussi se développer et trouver ses propres réponses aux écueils auxquels il est confronté, notamment les divergences entre les programmes informatiques, entre les décrets et missions de chaque structure. « *Une accueillante, si elle voulait vraiment faire du travail intégré, devrait gérer les rendez-vous de consultations avec quatre programmes devant elle... Il y a aussi des questions de confidentialité des programmes médicaux et le fait que le décret relatif aux centres de planning familial impose que l'accueil des patients soit réalisé par l'équipe multidisciplinaire elle-même* », détaille Philippe Lebacqz. Au lancement du centre, l'accueil s'organisait donc depuis un large bureau, « *une espèce de grand desk type aéroport, avec un petit drapeau pour chaque association* ». Aujourd'hui, une option plus conviviale a été aménagée : un accueil central où des informations générales sont

fournies, par exemple sur le système au forfait, et à partir duquel les bénéficiaires sont orientés vers les accueils spécifiques des services.

De son côté, l'équipe de Goujonissimo cogite sur le développement d'un langage commun. « *Nous avons pris le temps de lister les déterminants de la santé et les facteurs de risques psychosociaux et de voir comment ils étaient nommés par chaque profession* », explique Erika Van Nuffel. L'ambition est de pouvoir encoder les éléments concernant les bénéficiaires de manière harmonisée, de réaliser des analyses à partir de ces données et de réorienter les actions en fonction de besoins détectés de manière transversale.

Cet enregistrement standardisé se heurte toutefois aux perceptions, diverses selon les métiers, autour du secret professionnel, de ce qui est nécessaire de partager et de ce qui est bien de partager (*need to know/nice to know*). Plusieurs sessions de travail ont donc été organisées afin de trouver un équilibre qui permette de réaliser un travail interdisciplinaire de qualité sans endommager la relation de confiance entre usagers et prestataires, et de réfléchir à la manière de communiquer sur ces questions avec les usagers.

De part et d'autre, des défis similaires se présentent, comme la question du territoire. Du fait de leur système de financement, les maisons médicales au forfait ont un territoire délimité et relativement restreint, contrairement aux autres services pour lesquels il peut être compliqué de référer des patients venus de plus loin vers des soins de santé. Les deux CSSI collaborent également avec d'autres associations

pour accueillir leurs publics très précisés (demandeurs d'asile, travailleuses du sexe, Roms...). Dans chaque structure, on a été contraint de mettre des limites quant au nombre de personnes accueillies pour éviter que ces situations pèsent trop sur les dynamiques des équipes. « *Nous voulons garder un équilibre entre les patients du quartier et les publics plus vulnérables pour pouvoir toujours offrir le même type de service de qualité à tout le monde sans distinction* », indique Erika Van Nuffel. De son côté, Stéphane Heymans se montre positif : « *Quand on voit la mixité des publics, demandeurs d'asile, usagers de drogues, familles, je trouve que ça fonctionne assez bien...* » ■

Au sein d'activités organisées en commun, les publics se mélangent et les travailleurs aussi.

1. Le concept de santé positive est une approche globale de la santé qui va au-delà de l'absence de maladie pour se concentrer sur le bien-être global et qui met en avant la capacité des personnes à s'adapter et à se gérer face aux défis sociaux, philosophiques et émotionnels.

2. <https://groupcarebelgium.be>.

GOUVERNER PAR LES NOMBRES

Bruno Frère, sociologue et professeur d'épistémologie des sciences sociales et théories critiques à l'Université de Liège, nous éclaire sur les notions de normes, de quantification et, *in fine*, la dépersonnalisation du travail tapies derrière ce concept phare du néolibéralisme.

Propos recueillis par **Pascale Meunier**, rédactrice de *Santé conjugüée*.

Que nous dit le mot «gouvernance» ?

B. F. : La notion même de gouvernance me dérange. Probablement parce qu'elle est liée à l'avènement du néolibéralisme qu'analysait déjà Foucault dans les années 1970-1980 : une idéologie qui essaie d'effacer les rapports de domination en utilisant un terme qui donne le sentiment qu'il n'y a plus de rapport de force dans les organisations, plus de rapport de pouvoir, alors qu'ils restent présents, soit entre les détenteurs du capital, les patrons et les travailleurs dans les entreprises privées, soit entre les dirigeants et les fonctionnaires dans les services publics. Cette notion donne le sentiment qu'il n'y a plus de rapport d'autorité entre des dominants et des dominés et qu'en revanche nous serions dans une gouvernance collective pour le bien commun, pour le bien public, que les entreprises correctement gouvernées travailleraient au bien public. Alors que non : nous sommes dans un monde capitaliste et les entreprises vont *de facto* faire du profit, pas pour les personnes qui y travaillent, mais pour les actionnaires et éventuellement les cadres supérieurs et les patrons. L'idée même de gouvernance, c'est une manière de faire comme si la société ou le collectif concerné – entreprises ou autres organisations – s'autogérerait, or il y a toujours des décideurs, il y a toujours des chefs, il y a toujours des directeurs, des directrices et ceux-ci généralement ont une forme d'autorité sur leurs subalternes. La gouvernance, au sens de Foucault¹, c'est la façon dont les dépositaires du pouvoir d'État parviennent à gouverner les corps. Les gouverner au travail, les gouverner jusque dans leur santé (puisque l'État est dépo-

sitaire de la politique de santé), les gouverner jusque dans leur sexualité (puisque l'État pouvait jusqu'à une date assez récente décréter ce qu'était une sexualité acceptable ou non). Il ne faut pas oublier que le terme «gouvernance» vient de gouvernement, vient de contrôle, vient d'autorité.

Parler de «collaborateurs» ou de «collaboratrices» relève d'un même subterfuge ?

Exactement. Dans les entreprises et les organisations, on ne va plus parler de salariés, on ne va plus parler de travailleurs, mais de collaborateurs. Comme si tout le monde était uni vers un objectif commun de succès. Non. La plupart du temps, on utilise ce terme pour désigner des personnes clairement subalternes, qui, dans un certain nombre de cas, ne sont pas ou ne sont plus protégées par le droit du travail : travailleurs en sous-traitance, en contrat précaire ou à durée déterminée, en intérim, voire sous statut de stagiaire dans une entreprise tierce qui les exploite. La notion de collaborateur et de collaboratrice, c'est aussi une manière d'euphémiser des rapports de pouvoir dans des organisations où certains parviennent à dégager de la plus-value ou un intérêt direct d'une activité qu'ils ne pratiquent pas eux-mêmes.

La gouvernance a aussi investi le monde associatif...

Le mot avait initialement pour objectif central de critiquer le pouvoir de l'État, mais il a été passé à la moulinette des approches managériales pour devenir quelque chose de supposément noble : la «bonne» gouvernance. La bonne gouvernance de l'entreprise, qu'est-ce que ça veut dire ? Ça veut juste dire que l'on va permettre aux gens qui ont investi dans l'entreprise de faire du profit et qu'elle sera bien gouvernée,

mais qu'on ne me fasse pas croire qu'il y a un objectif sociétal derrière cela. La notion a atteint le secteur associatif, qui devrait à mon sens en être prému, un secteur par essence au sein duquel une réelle autogestion démocratique doit être – et a toujours été – réfléchi. La gouvernance est l'antonyme de l'autogestion, à savoir une société qui s'autogouverne sans avoir besoin de normes gouvernementales, qui lui viennent d'une autorité supérieure. Le monde du travail social en général est aujourd'hui totalement perclus des mécanismes du marché. Le service public est aussi atteint. On demande aux médecins d'être rentables, de voir autant de patients sur la journée, d'occuper autant que possible les lits d'hôpitaux, d'assurer un turn-over le plus rapide possible... Tout simplement, il faut que l'hôpital produise de l'argent et puisse compter sur toujours plus de rentrées – payées par les patients, mais également par les mutuelles. On demande aux hôpitaux d'être rentables alors que ce n'est pas leur vocation. Vous pouvez faire de la santé un secteur rentable si vous privatisez la santé. Les riches pourront payer, mais certainement pas les «collaborateurs» dont nous parlons, ceux-là mêmes qui n'ont pas les moyens de se payer une assurance privée.

Et la gouvernance par les nombres ?

Alain Supiot², lui-même très foucauldien, nous dit qu'aujourd'hui, la gouvernance par les nombres comme le management par objectifs sont des modèles de gestion qui entendent imposer une certaine autorité ou une certaine orientation en arguant de constats neutres et objectifs se traduisant dans les chiffres. On assigne des objectifs chiffrés dans les services publics, le parapublic et le monde associatif. Des objectifs qui visent purement et simplement à gouverner, à cadrer l'action. Prenons l'exemple de l'insertion des travailleurs au chômage, que l'on appelle improprement les chômeurs. Le monde associatif, qui travaille à la requalification et à la reprofessionnalisation de ces personnes sans emploi, est évalué à partir du chiffre : remettre x % de gens au travail, sinon les subventions publiques seront coupées. On impose des exigences draconiennes aux associations supposées réinsérer. Réinsérer dans quoi ? Dans une classe moyenne qui se délite complètement ? Plus que jamais, l'ordre du capitalisme s'impose par le biais de

politiques publiques au point d'en arriver à une situation dans laquelle des travailleuses et des travailleurs du social sont contraints de pousser des personnes sans emploi vers tel ou tel métier parce qu'ils sont eux-mêmes sous pression et que leur emploi dépend aussi maintenant d'objectifs quantifiés. Ce que l'on oublie de dire, c'est que le chômage est un avariant structurel de l'économie capitaliste. On a besoin de chômeurs pour pouvoir exercer sur le marché du travail un chantage au salaire le plus bas possible. Comme l'évoquait Marx hier et comme l'évoque Piketty aujourd'hui, gouverner par le chiffre, c'est dire que nous faisons une gestion neutre et efficace, que nous quantifions toute forme d'action imaginable, ce qui nous permet d'envisager si oui ou non tel ou tel objectif a été rempli. C'est une stérilisation totale de l'action sociale !

D'où vient cette fascination des chiffres ? La faute à Pythagore ?

Je ne remonterais pas jusqu'à la Grèce antique ; c'est un contexte social, culturel, politique qui n'a plus grand-chose à voir avec l'époque contemporaine et je ne pense pas non plus que la fascination pour les chiffres soit due à une fascination pour l'abstraction. Si c'était le cas, notre monde se fascinerait aussi pour la philosophie, pour la littérature, pour l'art, pour toutes ces activités abstraites et valorisées qui étaient celles auxquelles Pythagore pouvait s'intéresser à l'époque, les choses de l'esprit en général. Je crois que la fascination pour les chiffres vient de la révolution industrielle, une révolution qui a permis de massifier la production de richesses et que cette production a dû être quantifiée, mesurée notamment pour s'assurer qu'elle soit toujours croissante. Cette fascination du chiffre nous vient tout simplement de l'universalisation du capitalisme lui-même, un système économique qui doit mesurer sans cesse la plus-value qu'assurent le travail des ouvriers et l'exploitation de la nature. Laquelle plus-value peut être privatisée évidemment par le propriétaire, d'où le besoin de chiffres. De toujours plus de chiffres. Le système soviétique était un système de planification productiviste, qui lui-même visait une forme d'accaparement, de confiscation de la plus-value, non pas évidemment par le capitaliste, mais par les apparatchiks. Déjà avant la prise de pouvoir des bolcheviks en Rus-

«La gouvernance, c'est la façon dont les dépositaires du pouvoir d'État parviennent à gouverner les corps.»

1. M. Foucault, *Dits et écrits, 1954-1988*, Gallimard, 1994.

2. A. Supiot, *La Gouvernance par les nombres*, cours au Collège de France (2012-2014), Fayard, 2015.

sie, Bakounine l'anarchiste pronostique que le communisme ne sera rien d'autre qu'un capitalisme d'État. Moi, je pense que cette fascination du chiffre vient de cette idéologie productiviste qui prend les sociétés occidentales à partir de la révolution industrielle, de l'avènement des grandes démocraties, fin XVIII^e-début XIX^e. Cette fascination du chiffre et de la mesure vient de ce désir de rendre toute chose quantifiable dans le profit qu'elle permet de dégager, d'extraire d'une activité quelconque. Si vous lisez l'historien Chapoutot³, vous verrez que cette logique du chiffre et de la gouvernance par objectif et de la gouvernance par le chiffre était déjà le leitmotiv du III^e Reich. Le III^e Reich a mis au point des processus qui permettaient de mesurer et de quantifier l'extermination de manière méticuleuse. À ce titre, le management nazi n'avait rien à envier au management des entreprises de l'époque qui elles-mêmes étaient déjà dans des logiques quantitatives très avancées – certes pas sur les camps de la mort, mais sur la production de voitures, par exemple.

Le sociologue Max Weber⁴ analyse au début du XX^e siècle notre entrée dans une forme de domination qu'il qualifie de rationnelle-légale (typique des sociales-démocraties), une domination par le chiffre et par la norme. Weber dit que certaines sociétés se sont basées sur des formes de domination charismatique, comme sous l'empire de Napoléon ; d'autres sont basées sur des formes de domination traditionnelle, religieuse, comme dans les sociétés de l'Ancien Régime. Nous, nous sommes entrés dans l'ère de la domination bureaucratique, dont la singularité du pouvoir n'est plus le fait de certains individus, mais s'exerce par le biais de la norme. La norme et l'objectif chiffré deviennent eux-mêmes les dépositaires de l'autorité. Le régime nazi – que Hannah Arendt analysera très bien⁵ – reposait intégralement sur une gestion par la norme, par l'objectif, par le règlement bureaucratique qui permettait à tout un chacun de dire qu'au fond, la Shoah, il n'y était pour rien, que c'était les ordres.

Des gens sont désormais exclus du chômage sur base de nouvelles règles...

Toute proportion gardée, c'est un processus comparable ?

Je pense que nous sommes pour le moment dans une sorte de désir autoritaire. Nous ne sommes pas encore dans du fascisme. Toujours est-il que ce parallèle avec la gestion des personnes sans emploi est juste. C'est-à-dire que les gens sont réduits à un numéro comme dans un management autoritaire et se voient exclus du chômage dès lors qu'ils n'ont pas rempli un certain nombre de caractéristiques de plus en plus draconiennes. Ce qui est très intéressant, c'est que, sur le terrain, au Forem ou ailleurs, des gens dans les administrations s'arrangent et dévient ces normes, déploient de remarquables formes de résistance pour éviter aux plus précaires de perdre leurs allocations ou d'avoir des ennuis.

Quels sont les moyens de lutte à disposition ?

Toutes les formes d'engagement qui visent à sauvegarder l'idée d'un service public doivent être investies. C'est aussi simple que ça. Quand je dis service public, je pense aux universités, aux écoles, aux hôpitaux et à l'ensemble de ce maillage d'organisations sous statut associatif qui preste des services auprès d'une multitude de populations, les maisons médicales, les associations d'éducation permanente, d'insertion et de requalification socioprofessionnelle, les maisons de jeunes... Tout ce tissu doit impérativement être financé si on ne veut pas voir la société s'orienter vers des pathologies telles que l'on pourrait craindre des formes de guerre civile. Le philosophe Axel Honneth⁶ parle déjà d'ensauvagement de la conflictualité sociale. Aujourd'hui tout ce qui est de nature à protéger l'État social et ses services publics est bon à prendre. L'État social doit assurer des prélèvements sur le capital afin d'assurer une redistribution des richesses via ces associations et ces services. Le gouvernement Arizona, c'est l'opposé de cela.

L'autogestion est un foyer de résistance ?

Toutes les résistances sont bonnes à prendre et l'autogestion reste un bastion subversif en voulant empêcher une entreprise de fonctionner sur des normes capitalistiques. Les maisons médicales sont un bel exemple. Je ne vois pas pourquoi la seule solution serait la privatisation de la santé, comme on essaie de nous le faire croire. ■

GESTION ET COORDINATION, DES RÔLES EN QUÊTE DE LÉGITIMATION

Face aux profondes évolutions du contexte de travail, les fonctions de gestion et de coordination se sont quasi généralisées dans les maisons médicales. Cette professionnalisation entre parfois en tension avec les principes de l'autogestion et peut générer des situations inconfortables.

Pauline Gillard, chargée d'études en éducation permanente à la Fédération des maisons médicales.

La fonction de gestion-coordination n'a pas toujours existé en maison médicale. C'est aux alentours de 2005 qu'un nombre croissant d'entre elles ont commencé à recruter ce type de profil. En cause : la complexification des législations, la multiplication des subsides, l'augmentation de la taille des équipes et la diversification des disciplines. Alors que la gestion de l'asbl était initialement répartie entre les travailleurs et travailleuses qui consacraient une partie de leur temps de travail à ces tâches, le besoin s'est fait ressentir, dans une majorité de structures, de les centraliser et de les professionnaliser, permettant ainsi aux soignants de se consacrer entièrement à leurs activités de soins. « *La gestion s'est complexifiée avec le temps*, explique Corine Deben, ancienne gestionnaire et actuellement coordinatrice du GECO Fédé, le groupe sectoriel de la Fédération des maisons médicales (FMM) composé de représentants et représentantes des gestionnaires et coordinateurs de chaque intergroupe¹. *Quand je suis arrivée en 2011, nous avions le subside régional, un ou deux subsides à l'emploi et Impulseo². C'était gérable même pour quelqu'un qui cumulait deux fonctions. Aujourd'hui, la gestion des subsides est un véritable casse-tête. Il y a des subventions à droite, à gauche, auxquelles s'ajoutent des difficultés financières que nous ne connaissions pas auparavant, surtout à Bruxelles, et qui accroissent la pression sur les gestionnaires coordinateurs. Le contexte de pénurie pousse également les soignants à se concentrer sur leur cœur de métier.* »

Une fonction largement représentée

D'après les données complétées par les maisons médicales de la FMM dans le cadastre des travailleurs de la Chambre 5 en 2023, près de

trois quarts d'entre elles ont intégré ce type de fonction sous différents vocables (gestionnaire, coordinateur, directrice ou directeur, gestion administrative, etc.). En moyenne, au 31 décembre 2023, le rôle de gestionnaire coordinateur représentait 1,14 équivalent temps plein et occupait environ deux membres de l'équipe par maison médicale – majoritairement des femmes (74,14 %) – engagés quasi systématiquement sous le statut de salarié (94,83 %). Cependant, faute de moyens financiers suffisants, les jeunes maisons médicales n'y ont généralement pas recours. « *À l'ouverture d'une maison médicale, la gestion est encore souvent répartie sur plusieurs têtes en raison des limites budgétaires de l'asbl*, explique une gestionnaire. *Je trouve regrettable qu'à l'heure actuelle la fonction de gestionnaire ne soit pas exigée dès le départ. C'est le côté de l'autogestion que je trouve parfois ahurissant : on croit que n'importe qui peut assumer toutes les tâches de gestion, lire un bilan comptable, comprendre des textes juridiques, alors que ce rôle devrait être reconnu comme une fonction à part entière.* » Caroline Detry, ancienne référente du service d'appui à la gestion et d'aide au développement de la FMM insiste également sur l'importance d'engager une personne détenant des compétences de gestion dès le démarrage : « *Nous avons observé dans plusieurs équipes que si le ou la gestionnaire arrive dans un deuxième temps, lorsque les finances de la maison médicale le permettent, il ou elle doit trop souvent réparer toutes les erreurs qui ont été commises au niveau de la gestion des ressources humaines (barèmes incorrects, contrats de travail incomplets, etc.), ce qui génère une surcharge de travail.* »

«Aujourd'hui, la gestion des subsides est un véritable casse-tête.»

1. Les maisons médicales sont regroupées au niveau local dans des intergroupes au sein desquels se développent des espaces de réflexion, d'échange et de mutualisation, organisés par métier ou de manière interdisciplinaire.
2. Impulseo comprend un ensemble de mesures destinées à stimuler les médecins généralistes à exercer ou à continuer d'exercer une activité de médecine générale.

3. J. Chapoutot, *Libres d'obéir. Le management, du nazisme à aujourd'hui*, Gallimard, 2020.
4. M. Weber, *Économie et société*, Plon, 1971.
5. H. Arendt, *Les origines du totalitarisme*, Gallimard, 2002.
6. A. Honneth, « L'ensauvagement du conflit social. Un regard sur les luttes pour la reconnaissance au début du XXI^e siècle » (L. Carré, trad.), in Frère B., *Le tournant de la théorie critique*, Desclée de Brouwer, 2015.

Des profils de fonction très variés

Face à l'évolution constante des législations, à la complexification des démarches administratives et au renforcement des contrôles et inspections, les gestionnaires coordinateurs s'accordent sur le fait que la gestion-coordination requiert des compétences spécifiques et du temps. Il n'existe cependant ni définition ni profil type de gestionnaire coordinateur à l'échelle

du mouvement. Au contraire, il y aurait autant de descriptions de fonction que de maisons médicales, bien que leur rôle comporte souvent deux invariants : la gestion du personnel et des finances. Leurs missions peuvent aussi concerner la gestion du bâtiment, la circulation de l'information au sein de

l'équipe, le rappel du cadre, l'application des décisions, la coordination des secteurs ou encore la représentation extérieure de la maison médicale. Selon plusieurs personnes interviewées, le terme « gestionnaire », qui est le plus couramment utilisé, peut semer le trouble sur « qui fait quoi » et entrer en contradiction avec le fonctionnement en autogestion. Il conviendrait selon certains d'actualiser ce terme en fonction de l'évolution de la fonction et du fonctionnement des maisons médicales, et de mieux différencier les profils de gestionnaire et de coordinateur afin d'éviter d'en faire des rôles « à tout faire »³.

Un métier «couteau suisse»

Beaucoup de personnes interrogées relèvent effectivement le caractère flou, voire « fourre-tout » de leur fonction. « J'ai l'impression que tout ce qui ne ressort pas du domaine du soin atterrit chez moi », résume une gestionnaire. « C'est très difficile de mettre des mots sur ce que je fais au quotidien, ajoute un de ses collègues. C'est quelque chose de moins quantifiable que d'établir des budgets. Ma plus-value, c'est d'être la courroie de transmission entre l'équipe et l'organe d'administration (OA), d'être garant du cadre, d'une certaine vision, et de créer une harmonie. C'est quelque chose de très subtil. » Les gestionnaires coordinateurs soulignent aussi l'adaptabilité dont ils doivent faire preuve. « Je dois constamment me mettre au diapason de l'équipe, poursuit ce dernier. Mon boulot aujourd'hui ne sera pas le même demain. C'est

un travail d'équilibriste, de caméléon, très beau et en même temps très inconfortable. » « L'engagement d'une personne peut bouleverser l'équilibre d'un collectif, complète une gestionnaire coordinatrice. Le réajustement permanent fait partie de nos missions : pouvoir se réadapter et réadapter l'équipe en fonction de qui est là. »

Sans parler du poids des responsabilités (financières, légales, en matière de ressources humaines, etc.) qui leur incombent. « Je suis non seulement en charge de la gestion administrative de l'asbl, mais aussi garante du respect de la législation sociale, du règlement de travail et du règlement d'ordre intérieur », pointe une gestionnaire. « Bien que la responsabilité financière de l'organe d'administration figure dans les statuts, c'est nous qui signons les documents officiels, rappelle une de ses collègues. On me reproche parfois de ne penser qu'à l'argent, mais je fonctionne avec cette casquette et tous les travailleurs devraient endosser cette responsabilité en remplissant leurs obligations en matière d'encodage des statistiques demandées par les pouvoirs subsidiaires. Quand nous perdons un subside, ça me met en tension avec le reste de l'équipe. »

Savoir se remettre en question

Parce qu'ils et elles brassent généralement beaucoup d'informations et d'argent, la plupart des gestionnaires coordinateurs reconnaissent avoir deux sources de pouvoir à leur portée, qui se matérialisent notamment dans leurs interactions avec l'OA de leur maison médicale. « Les membres de l'organe d'administration détiennent le pouvoir de décision officiel, alors qu'en tant que gestionnaire j'émet des avis consultatifs ou je suggère des pistes auxquelles ils n'ont pas pensé, mais c'est vrai que le fait d'avoir des infos et de l'expertise oriente les choix finaux, reconnaît une gestionnaire. Je pense que ça arrange l'équipe qui peut se décharger de certaines questions, même si nous fonctionnons sur un mode très participatif. »

Plusieurs gestionnaires coordinateurs épinglent aussi l'importance qu'ils et elles accordent à leur posture. « En me mettant au service de tout ce qui n'est pas soin, je me retrouve à nettoyer ou à réparer une porte, témoigne l'une d'elles. En mettant les mains dans le cambouis, ça m'aide à montrer que je participe à la vie de l'équipe et à ne pas être pas étiquetée de cheffe. » D'autres reconnaissent incarner un rôle de leader et le questionnent : « Exercions-nous un lead écrasant ou motivant ? interroge

Corine Deben. Est-il reconnu par l'équipe ? Qu'en fait-on ? Comment l'incarner-t-on au quotidien pour s'assurer que tout le monde prenne la parole et se sente à l'aise ? Le problème, ce sont les gestionnaires écrasants qui imposent leur vision. On doit être au clair en équipe sur ce qu'est le pouvoir, et s'il est au service de l'association ou si le gestionnaire coordinateur en tire des avantages. »

Souffrances au travail

Une part importante des gestionnaires ressentent de l'inconfort dans l'exercice de leur fonction, entraînant du stress et de l'épuisement, voire des burn-out ainsi qu'un turnover important. Des personnes interviewées regrettent un manque de congruence entre l'idéal autogestionnaire porté par le collectif et le fait que (une partie de) l'équipe « se laisse porter » et compte sur elles pour trancher, appliquer les décisions ou rappeler le cadre. « C'est très inconfortable quand chacun attend de moi que je tranche en sa faveur, rapporte une directrice. Le risque étant que celui qui crie le plus fort ou qui est le plus usant parvienne à ses fins au détriment du projet collectif que nous portons. »

Une autre difficulté concerne la rotation fréquente des mandats au sein de l'organe d'administration. « Quand j'étais gestionnaire, le changement d'OA tous les deux ans me demandait de regagner sa confiance fréquemment, se souvient Corine Deben. Ça m'a épuisée de devoir réexpliquer toutes les décisions et leur raison d'être, de ré-exposer tous les subsides, de retourner dans les anciens procès-verbaux, etc. Avoir des organes d'administration stables avec une confiance acquise est très soutenant, d'où la recommandation de la Fédération d'opter pour des mandats d'administrateurs de deux à quatre ans, même s'il est difficile de demander aux gens de s'engager à long terme. » Le chevauchement des mandats favorise aussi la garantie d'une certaine continuité dans la gestion en évitant le renouvellement complet des organes d'administration et en permettant « l'écologie » des nouveaux arrivants.

L'isolement, tant dans son équipe que par rapport aux autres maisons médicales – des gestionnaires n'ont parfois pas l'aval de leur équipe pour s'investir dans leur groupe sectoriel –, est un autre facteur de souffrance au travail. Le fait de travailler en binôme permet de croiser les regards sur la gestion et d'accroître la vigilance,

mais aussi de pallier les absences et de diminuer la charge psychosociale.

Un enjeu qui concerne toute l'équipe

Bien qu'ils et elles reconnaissent la nécessité de s'outiller face aux évolutions et à l'augmentation de la charge de travail administratif et financier, plusieurs gestionnaires coordinateurs pointent les risques liés à une professionnalisation excessive de leur fonction. L'engagement de personnes formées en gestion des ressources humaines ou en comptabilité, dans des écoles charriant des valeurs différentes de celles du mouvement (efficacité, performance), pourrait teinter différemment les projets de certaines équipes et contraster avec le mode de fonctionnement autogestionnaire tel qu'il a été conçu historiquement dans les maisons médicales. « En n'engageant que des fonctions cadres et administratives, nous courons le risque de rendre nos asbl moins humaines », s'inquiète Corine Deben.

Par ailleurs, les gestionnaires coordinateurs estiment indispensable de porter une attention au bien-être au travail en veillant à clarifier collectivement le cadre de travail, les responsabilités et les mandats de chaque travailleur ou travailleuse. « Il me semble nécessaire que les zones d'autonomie et de redevabilité de chaque fonction soient définies pour leur conférer une légitimité, exprime une gestionnaire. Il faut qu'elles soient décrites, écrites et connues par chacun. Ce n'est pas parce qu'on a du pouvoir de [faire quelque chose] qu'on a du pouvoir sur [quelqu'un]⁴. Les nuances sont importantes. » Enfin, un autre enjeu pour l'avenir de la fonction de gestion-coordination consiste à inviter les équipes à la réinvestir collectivement. Un cheminement accompagné par la Fédération à travers l'actualisation de l'outil « La fonction de gestion en maison médicale ». « Il importe de mettre l'accent sur le travail de l'équipe quant à ses attentes par rapport à ce poste qui n'est peut-être pas assez imaginé, ajoute une gestionnaire coordinatrice. Il faudrait amener les équipes à réfléchir sur ce qu'elles souhaitent pour cette fonction afin qu'elles se la réapproprient, lui donnent plus de légitimité et que les personnes qui l'endossent soient moins en souffrance. » ■

Une part importante des gestionnaires ressentent de l'inconfort dans l'exercice de leur fonction.

4. Dans son étude « Survivre en milieu autogéré. Pour une autogestion pensée en pratique », Perrine Vanmeerbeek rappelle la distinction entre le pouvoir de et le pouvoir sur. « Le pouvoir de, c'est tout ce que je peux faire (ce qui est autorisé, ce dont je suis capable et responsable) et pour lequel j'ai les moyens nécessaires à disposition. [...] Le pouvoir sur renvoie à une conception relationnelle du pouvoir, qui prend place au sein des interactions sociales. [...] Il implique une relation "réciproque, mais déséquilibrée", comme l'énonce le sociologue Michel Crozier, www.barricade.be, 2025.

3. Ces recommandations sont issues des réponses à un questionnaire sur la place du gestionnaire rédigé par le GECCO et complété par 73 gestionnaires coordinateurs entre octobre 2021 et janvier 2022. Elles sont reprises dans une étude plus large sur le bien-être du gestionnaire finalisée en 2025 par la FMM, en collaboration avec le GECCO-Fédé.

RAPPORTS DE DOMINATION EN CONTEXTE D'AUTOGESTION

Bien qu'ils ne soient pas observables empiriquement, les rapports sociaux de domination structurent la société et n'épargnent pas le secteur des maisons médicales. Rapports de classe, de genre et de race émaillent la vie de ces collectifs. Comment se manifestent-ils et comment sont-ils appréhendés ?

Pauline Gillard, chargée d'études en éducation permanente à la Fédération des maisons médicales.

Notre société se caractérise par l'existence de rapports sociaux construits sur des relations antagoniques et hiérarchisées entre groupes sociaux¹. Ces rapports sociaux sont qualifiés de rapports de domination quand un groupe social dominant est en situation d'exercer un pouvoir sur un groupe social dominé et d'en tirer des avantages ou des privilèges². Comme le rappelle le docteur en philosophie Jean Matthis, « il faut précisément partir du fait sociologique de l'existence de rapports sociaux structurellement inégalitaires et hiérarchiques comme étant non pas des déviations plus ou moins contingentes, mais bien des formes structurant l'organisation, les représentations et les pratiques sociales au sein de notre société, celle-ci se définissant structurellement, essentiellement et fonctionnellement comme capitaliste, raciste, patriarcale et hétérosexiste. Cela ne veut certes pas dire que notre société se réduise à n'être que cela (capitaliste, raciste, patriarcale et hétérosexiste) ; mais

cela, elle l'est structurellement, au sens où son fonctionnement matériel et symbolique repose sur la reproduction de ces systèmes de domination, d'oppression et d'exploitation »³. Malgré leur visée démocratique, leur mode d'organisation plus horizontal et leur adhésion à une charte prônant les valeurs de solidarité, de justice sociale, de citoyenneté, de respect de l'altérité et d'autonomie⁴, il va de soi que les maisons médicales ne constituent pas des es-

paces isolés du reste de la société qui seraient épargnés par les dynamiques inégalitaires. Des travailleurs et travailleuses en ont conscience, à l'instar de cette kinésithérapeute qui observe que « nous vivons dans une société où il y a une corrélation entre l'origine socioéconomique et le niveau d'études qui induit une reproduction des privilèges. La hiérarchie et les influences de pouvoir au sein des maisons médicales ne sont que le reflet de ce qui se passe à l'échelle de la société ».

Le pouvoir lié à l'ancienneté

L'un des rapports de domination fréquemment identifiés par les travailleurs et travailleuses de maisons médicales est celui de l'ancienneté. « Celles et ceux qui sont là depuis la création de la structure prennent plus souvent la parole, sont plus écoutés et ont un niveau de connaissance plus important, constate un gestionnaire. Nous ne pouvons pas empêcher l'existence de ce pouvoir – je parle du pouvoir de faire quelque chose –, nous pouvons seulement le limiter et essayer de faire en sorte que les autres l'acquière au plus vite par des transmissions d'expertises et en donnant davantage la parole aux autres. » Un médecin engagé de longue date dans sa maison médicale reconnaît la légitimité que lui confère son ancienneté, mais tient à mettre en lumière le contre-pouvoir qui s'est construit : « Au fil des années, je me suis retrouvé dans une équipe où j'étais le seul qui avait de l'expérience en maison médicale, retrace-t-il. J'ai forcément l'impression de prendre une place importante, ce qui est lourd, mais permet aussi d'orienter les décisions. Puis l'équipe est devenue une sorte de contre-pouvoir et a pris des décisions avec lesquelles je n'étais pas d'accord. J'ai dû les accepter, apprendre à vivre avec et continuer à

croire au projet même si elles ont provoqué de l'instabilité et du turn-over. »

Plusieurs personnes interviewées évoquent aussi l'autorité exercée par certains fondateurs ou fondatrices de leur maison médicale. « Au moment où je suis arrivée, le départ à la pension d'un fondateur (médecin) a fortement ébranlé l'équipe parce qu'il y occupait une place et un rôle implicites, témoigne une kiné. Il avait cette voix tranchante sans que cela soit acté quelque part. » « Dans notre équipe, jusqu'au départ d'un des fondateurs (médecin), il n'y avait pas de prise de parole, se souvient une autre kiné. Bien qu'il mit l'intérêt des patients et des usagers au centre du projet, cette façon de travailler dysfonctionnait. Les langues se sont ensuite déliées. »

Le poids déterminant des diplômes et des fonctions

Structurellement dépendants des rapports sociaux de classe, de genre et de race, le diplôme et la fonction déterminent grandement les positions sociales occupées dans un collectif et l'accès ou le non-accès à des privilèges. Les fonctions figurant au bas de l'échelle salariale, telles que le nettoyage et l'accueil, sont aussi des postes plus souvent investis par des femmes, dont une proportion plus élevée de femmes racisées. Tandis que certaines accueillantes estiment avoir beaucoup de pouvoir dans leur équipe en raison de leur ancienneté et du rôle central et indispensable de leur poste (davantage conscientisé par leurs collègues dans le contexte de la pandémie d'après elles), d'autres déplorent la position moins avantageuse qu'elles continuent d'occuper. « Je ne comprends pas comment les questions du déséquilibre et du manque de prise en compte de la réalité du travail des accueillants sont travaillées depuis si longtemps, qu'elles continuent à être brassées dans nos groupes sectoriels et que rien ne change », s'indigne une accueillante.

En outre, les personnes engagées dans des métiers considérés comme subalternes assument plus souvent des tâches invisibilisées (prendre soin du lieu de travail, des collègues) et accèdent moins facilement aux lieux de coordination et de décision : réunions d'équipe, réunions de cas, assemblées générales et organes d'administration (quand elles n'en sont pas tout simplement exclues). « Alors qu'elles font partie intégrante de l'équipe et s'investissent de plus en plus

dans les activités de santé communautaire, les aides polyvalentes (en charge de l'entretien des locaux) ont un statut d'ouvrières et n'ont pas toujours eu accès à l'assemblée générale », rapporte une kiné. Des accueillantes entendent « renverser la culture dominante » et « occuper la place » dans des groupes de travail ou au sein de l'organe d'administration, par exemple. Une stratégie qui peut toutefois s'avérer très énergivore : « Dans ma maison médicale, pour obtenir l'engagement d'une personne supplémentaire à l'accueil, il a fallu que nous construisions un argumentaire pour prouver que l'accueil était dédoublé dans les autres structures, partage l'une d'entre elles. Or, il faut des compétences pour faire entendre sa voix, ainsi que du temps, de l'énergie, de l'endurance... » « Et de la légitimité, ajoute un autre accueillant. Le fait que nous devions porter nous-mêmes une revendication qui nous concerne est très inconfortable en autogestion. »

À l'autre extrême de l'échelle barémique se trouvent les médecins qui, à la faveur de rémunérations plus élevées, peuvent davantage s'investir dans l'autogestion de leur maison médicale, à en croire cette kiné : « On demande beaucoup aux travailleurs de s'engager dans les tâches d'autogestion, l'organe d'administration ou la mobilisation politique. Les médecins ont plus cette possibilité grâce à leurs horaires (plus grande flexibilité que l'accueil, les kinés et les soins infirmiers qui ne peuvent pas organiser leur temps de travail comme ils le souhaitent) et leur salaire. Si à la fin du mois, tu perçois trois fois plus d'argent, déborder un peu de ton temps de travail et s'engager en soirée, c'est plus facile. Là où j'ai travaillé, c'était associé à une prise de pouvoir même si elle n'était pas que dans les mains des médecins. » D'autres travailleurs nuancent ce constat et observent qu'en contexte de pénurie les médecins doivent se concentrer sur le cœur de leur métier.

Des inégalités multiples

Alors que les maisons médicales ont longtemps pratiqué l'égalité salariale, des tensions ont émergé depuis l'introduction de l'échelle barémique de l'Institut de classification de fonc-

Les personnes engagées dans des métiers considérés comme subalternes assument plus souvent des tâches invisibilisées.

le ou les autres groupes sociaux », S. Bouamama, « Privilège », in Collectif Manouchian, op. cit.
3. J. Matthis, *Penser et combattre les dominations structurelles*, Action et recherche culturelles, 2022, www.arc-culture.be.
4. Fédération des maisons médicales, *Charte des maisons médicales*, 2006, www.maisonmedicale.org.
5. D. Bouillon, P. Gillard, « Quelle politique salariale en maison médicale ? », *Santé conjugulée*, n° 100, septembre 2022, www.maisonmedicale.org.

L'un des rapports de domination fréquemment identifiés par les travailleurs et travailleuses de maisons médicales est celui de l'ancienneté.

1. J. Cormont, « Rapport social », in Collectif Manouchian, *Dictionnaire des dominations de sexe, de race, de classe*, Syllepse, 2012.
2. Un privilège désigne « un avantage exclusif réservé à un ou des groupes sociaux et dont sont exclus en conséquence

tions (IF-IC) initiée en 2018⁵. Si des maisons médicales restent attachées au principe d'égalité salariale et limitent la tension barémique entre les différentes fonctions, des injustices sont tout de même ressenties par les personnes occupant les postes les moins bien rémunérés. « C'est incompréhensible que, lorsque nous sommes en réunion d'équipe, nous fassions les mêmes tâches, mais que nous soyons payés différemment, s'offusque une accueillante. C'est un non-sens. » « Ce n'est pas qu'une question symbolique, puisqu'elle se matérialise par des salaires variant quasiment du simple au triple en fonction du temps de travail, de la fonction et de l'ancienneté », surenchérit un autre accueillant.

L'accès aux informations et aux connaissances constitue une autre forme d'inégalités entre les travailleurs et travailleuses d'une même équipe.

L'accès aux informations et aux connaissances constitue une autre forme d'inégalités.

« L'information c'est du pouvoir, affirme une accueillante. Or, elle ne circule pas de la même manière chez tout le monde. C'est une pseudo-démocratie, selon moi, si nous votons ou prenons position sans tous avoir le même niveau d'information. Des choses circulent informellement dont je ne suis absolument pas au courant. » « Dans une assemblée générale, si on ne comprend pas un bilan comptable, on se laisse juste guider et il n'y a que celles et ceux qui en ont la maîtrise qui participent à la décision », constate une gestionnaire-coordinatrice.

Sortir de l'entre-soi

Excepté les personnes occupant les postes les moins valorisés socialement et économiquement, la composition des équipes est plutôt homogène. Cet entre-soi a sauté aux yeux d'une travailleuse : « Les collègues que je vois sont principalement des femmes et des hommes blancs, issus de la classe moyenne et je suis étonnée, surtout à Liège qui brasse beaucoup de cultures et de nationalités différentes, que les collègues autour de la table soient assez uniformes. Je m'attendais à davantage de diversité. » Pour infléchir cette tendance, des équipes font le choix d'engager des personnes racisées. « Bien que cette règle ne soit pas formellement écrite, lors des engagements, à qualité égale de CV, nous privilégions la personne la plus différente de nous : par exemple, une personne qui n'est

pas issue d'une haute école, plutôt autodidacte, d'origine africaine, explique un médecin. J'ai au moins trois exemples de personnes choisies sur base de leurs différences parce que nous ne voulons pas finir entre "bobos". Ça reste une minorité, mais une minorité significative choisie en fonction de ces critères, et on le leur a dit d'ailleurs... On pratique en quelque sorte de la discrimination positive. »

En revanche, l'engagement d'une personne voilée crispe certaines équipes alors que le refus d'intégrer une personne pour ce motif est illégal, comme l'a rappelé la Ligue des droits humains⁶. « Des travailleurs d'autres maisons médicales membres de notre assemblée générale nous ont interpellés lorsque notre équipe s'est positionnée en faveur de l'engagement d'une personne voilée, et j'ai trouvé cela surprenant, rapporte un médecin. C'est une forme de discrimination. » Outre son illégalité, cette pratique est contraire à la valeur de « respect de l'altérité » revendiquée par la Fédération des maisons médicales dans sa charte et définie comme « le respect de toutes les différences [...] sans jugement de valeur ni préjugé »⁷.

S'emparer de la problématique des dominations

Bien qu'une transformation structurelle soit nécessaire pour renverser les mécanismes de la reproduction sociale des dominations, « l'autogestion permet de limiter les rapports de domination formels », dit un médecin. « Mais, tant que les rapports de domination informels ne seront pas visibilisés et qu'il n'y aura pas de processus actifs qui mènent à leur disparition, ils persisteront », conclut-il.

Dans une partie des maisons médicales, les pratiques dénotant du sexisme, du racisme ou du classisme n'ont pas encore été conscientisées et leur analyse semble encore taboue. À l'inverse, des équipes nourrissent un intérêt grandissant pour ces questions et s'en emparent avec le soutien d'intervenants extérieurs, au moyen d'outils d'intelligence collective (mode circulaire, élection sans candidat, répartition des rôles en réunion...) ou à l'aide de nouvelles technologies (questionnaires numériques, applications permettant de mesurer le temps de parole des unes et des autres). Gageons que ces démarches se multiplient et s'articulent à d'autres initiatives portées par des organisations luttant en faveur d'une transformation radicale des rapports de domination. ■

LE SEXISME : « UN SUJET TOUJOURS BRÛLANT »

Se former et s'outiller pour prendre conscience et agir face aux propos et comportements sexistes dans son milieu professionnel. Tel est l'objectif d'un groupe de travailleuses de maisons médicales liégeoises.

Pauline Gillard, chargée d'études en éducation permanente à la Fédération des maisons médicales.

Le sexisme imprègne sous toutes ses formes de nombreuses sphères de la société. Il ne s'arrête donc pas aux portes des maisons médicales. « Il est nécessaire d'analyser les rapports au travail sous l'angle du genre pour identifier les situations problématiques et mettre en lumière les traitements inégaux, estime une accueillante d'une maison médicale liégeoise. C'est un sujet toujours brûlant. » Un constat partagé par d'autres travailleuses liégeoises qui se sont aperçues qu'elles vivaient toutes, à des degrés divers, des violences sexistes sur leur lieu de travail.

Les témoignages ont afflué lors de la préparation des journées internationales de lutte pour les droits des femmes (grève féministe du 8 mars) et pour l'élimination des violences faites aux femmes et minorités de genre (25 novembre), puis lors de l'organisation de groupes de parole en mixité choisie¹. Bien qu'elles se réunissent en dehors de leur temps de travail, leur démarche a suscité beaucoup d'incompréhension : « Nos collègues tombaient des nues, estimant que nos milieux dits de gauche et militants étaient préservés des actes sexistes, raconte Laure Devleeshouwer, accueillante et assistante sociale à la maison médicale Rive Droixhe. Le fait qu'on choisisse de se réunir entre femmes a aussi posé un problème à certains hommes, alors qu'on sait bien qu'il est moins facile de libérer la parole des personnes opprimées quand l'oppressé est dans la même pièce. »

Différentes formes de sexisme

Le sexisme est un « système fondé sur la différence de genre, partant du postulat que le masculin est supérieur au féminin », définit Clara Van Der Steen, chargée de recherche au Centre permanent pour la citoyenneté et la participation². Il dé-

signe l'ensemble des préjugés, des croyances et des stéréotypes relatifs au genre féminin. Ancré dans une organisation sociale et politique patriarcale fondée sur la domination masculine, le sexisme se manifeste tantôt de manière insidieuse, tantôt de manière frontale et s'exerce sur un continuum de violences (allant de la blague sexiste apparemment inoffensive à toutes les autres violences, incluant le viol et le féminicide)³. La dévalorisation des femmes⁴ par des actes, des gestes ou des propos dans la vie quotidienne relève du sexisme ordinaire. Ces comportements ont tellement été intériorisés qu'ils sont souvent considérés comme de la galanterie ou de l'humour. Plus subtil, le sexisme bienveillant renvoie aux comportements chevaleresques ou paternalistes qui véhiculent et entretiennent les stéréotypes de genre selon lesquels les femmes seraient plus sensibles et fragiles et devraient être protégées.

Plus difficile à documenter, le sexisme masqué constitue quant à lui « une forme volontairement camouflée par ses auteurs-e-s qui défendent publiquement l'égalité des sexes, mais qui ne l'appliquent pas dans leurs actes »⁵.

Bien plus visible, le sexisme hostile regroupe les paroles et les actes ouvertement hostiles envers les femmes tels que les injures, le harcèlement et les violences physiques et sexuelles. La coexistence du sexisme bienveillant et du sexisme hostile façonne le sexisme ambivalent. « Comme un cercle vicieux, ces [deux formes de sexisme] se nourrissent l'une l'autre pour soutenir le système en place : plus les hommes vont être ouvertement hostiles aux femmes, plus celles-ci requièrent le besoin d'être protégées. De cette manière, le sexisme hos-

1. La mixité choisie consiste à « se réunir entre personnes appartenant à une ou plusieurs minorités opprimées et discriminées en excluant la participation de personnes appartenant aux groupes pouvant être oppressifs et discriminants », Université d'Angers, *Le mois du genre. Concepts*, <https://moisidugendre.univ-angers.fr>.
2. C. Van Der Steen, « Le sexisme vous avez dit ? », Centre permanent pour

Le sexisme s'exerce sur un continuum de violences.

la citoyenneté et la participation, analyse n° 398, 2020, www.cpcp.be.
3. Plateforme féministe contre les violences faites aux femmes, *Le continuum des violences basées sur le genre*, www.plateformefeministeviolences.be.
4. Ce terme englobe les femmes et toutes les personnes qui s'identifient comme telles.
5. Promotion & Culture, *C'est sexiste ! Comment lutter contre le sexisme ordinaire*

6. J. Ringelheim, « Les interdictions de port du foulard visant des femmes adultes », Ligue des droits humains, 2017, www.ligueudh.be.
7. Fédération des maisons médicales, op. cit.

tile renforce les attitudes sexistes bienveillantes envers les femmes », explique Clara Van Der Steen⁶.

Quelles manifestations ?

Les remarques et les blagues sexistes sont les formes les plus courantes du sexisme au travail, d'après une enquête menée auprès de 80 délégués syndicaux et déléguées syndicales par la Fédération générale du travail de Belgique (FGTB) Liège-Huy-Waremme en 2022⁷. Les expressions telles que « ma belle » ou « ma petite », adressées notamment aux accueillantes et aux infirmières des maisons médicales par des collègues ou des patients, contribuent à leur dépréciation et à leur infantilisation. Sous couvert de l'humour, la banalisation de ces termes et leur apparente inoffensivité rendent leur sanction plus difficile.

La monopolisation de la parole et l'interruption d'une conversation constituent d'autres manifestations fréquentes du sexisme dans le contexte professionnel. « En réunion d'équipe, même s'ils sont moins nombreux, ce sont souvent les hommes qui prennent le plus de temps de parole et qui influencent le plus les décisions », observe Laure Devleeshouwer. Le fait de se faire expliquer son travail par un homme ("mansplaining" ou "mecxplation") est aussi dégradant. Des témoignages à propos d'actes déplacés et d'attouchements posés par des collègues ou des patients sont aussi parvenus aux oreilles des travailleuses du collectif liégeois. « Nous observons souvent une minimisation des faits par les premières concernées ainsi qu'un manque de réaction de leur équipe qui ne semble pas suffisamment outillée pour gérer ces problématiques », regrette Marie Tamma, assistante sociale et intervenante en santé communautaire à la maison médicale du Laveu.

Le fait de travailler en autogestion charrie des défis spécifiques dans l'appréhension des violences sexistes, d'après les travailleuses du collectif. « Dans un milieu hiérarchique, le directeur ou la directrice peut jouer le mauvais rôle du recadrage d'une personne déviante », expose Laure Devleeshouwer. C'est beaucoup plus difficile en autogestion, surtout dans les équipes où on est tous un peu potes... », « ... ou quand l'organe d'administration se compose de personnes qui s'entendent particulièrement bien avec la personne visée, complète Marie Tamma. Face à une question sensible, il arrive aussi que la responsabilité se dilue. »

Comment agir ?

Plusieurs pistes ont émergé pour lutter contre les violences sexistes en maison médicale. La première consiste à conscientiser et outiller les équipes, comme s'y attèle le groupe liégeois en organisant des rencontres entre travailleuses et en encourageant les accompagnements extérieurs (évitant ainsi aux femmes de devoir porter seules cette charge pédagogique). « Lors d'une formation, je me suis retrouvé pour la première fois de ma carrière dans un groupe formé sur base du genre pour aborder la problématique du sexisme, partage un kinésithérapeute. J'ai ensuite entendu des témoignages et j'ai reçu des retours de collègues sur des propos qui me paraissaient relativement banals, mais qui ne l'étaient pas pour mes collègues féminines. Ça m'a aidé à évoluer. » Inciter les travailleuses à rejoindre les mobilisations féministes est un autre axe de travail. « Alors qu'il est difficile de se mettre en grève dans les milieux de soins, nous observons l'impact de nos actions d'année en année. Des maisons médicales qui étaient complètement opposées à toute action participent désormais à leur échelle et contribuent à semer des graines un peu partout. » Enrayer la reproduction des rapports de domination sexistes nécessite aussi d'agir à l'échelon des intergroupes et de la Fédération des maisons médicales. « Nous ne pouvons pas défendre un modèle de société plus égalitaire et tolérer ce genre de propos ou de mécanismes dans nos structures », conclut Marie Tamma qui est aussi membre de l'organe d'administration de la Fédération. ■

Combattre le sexisme au travail

La plateforme cestsexiste.be (Promotion & Culture) renseigne des outils ainsi qu'un espace de témoignages⁸. Elle recommande d'intervenir face à une situation jugée sexiste, de lister les agissements sexistes répétés, d'alerter oralement et par écrit son employeur, le ou la déléguée syndicale, la personne de confiance, le ou la conseillère en prévention interne et externe, et de rapporter les faits à l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. D'autres pistes concernent spécifiquement la délégation syndicale et l'employeur. La FGTB propose quant à elle un « violentomètre » qui, sous la forme d'une échelle graduée, aide à identifier les comportements sains et toxiques en milieu professionnel⁹. ■

DES PATIENTS DANS LES INSTANCES ?

Depuis leur création, les maisons médicales veillent à impliquer les patients et les patientes dans les soins curatifs, préventifs et communautaires qu'elles dispensent. Plus rarement d'application, leur participation dans les instances de décision soulève des réticences tant dans les équipes qu'auprès des premiers concernés.

Pauline Gillard, chargée d'études en éducation permanente à la Fédération des maisons médicales.

Quand la participation des patients est de mise dans les instances de l'asbl, l'implication dans l'assemblée générale (AG) est le cas de figure le plus fréquent, soulignait déjà l'enquête menée en 2020 par la Fédération des maisons médicales¹. Aujourd'hui, 12 % de ses membres intègrent un ou plusieurs patients dans leur AG, d'après l'enquête de son service d'études². Comment expliquer cette faible proportion dans un mouvement considérant les patients comme des acteurs à part entière du système de santé ?

Si une partie des travailleurs, portés par des idéaux démocratiques et égalitaires, sont convaincus de la place à accorder aux patients dans une organisation autogérée (« Je rêverais que mon salaire soit en partie déterminé par les patients, même si c'est utopique », dit un médecin), nombre d'entre eux ressentent des craintes ou de l'inconfort à l'idée de partager le pouvoir avec leur patientèle. Des travailleurs se demandent même si la participation est une aspiration commune aux patients. « Quand on essaie de créer un comité de patients, il y en a qui viennent motivés et qui repartent deux réunions plus tard. En veulent-ils ou est-ce juste nous qui le souhaitons ? Si c'est juste nous, cela a-t-il du sens ? », s'interroge un autre médecin. D'autres reconnaissent ne jamais les solliciter à rejoindre leurs instances. (« Je n'ai pas l'impression qu'il y a des patients qui seraient motivés, mais on ne leur propose pas non plus. On ne leur donne pas l'espace. »)

Des questionnements multiples

Plusieurs travailleurs rappellent l'importance d'éviter l'écueil de la participation alibi qui désigne « une implication symbolique des usagers, sans réel impact sur les décisions, créant une illusion de démocratie tout en maintenant les structures de pouvoir inchangées »³. « Si nous voulons impliquer les

patients, il faut leur donner un vrai pouvoir, pas un pseudo-pouvoir, estime un médecin. Sinon, ils ont vite compris qu'ils ne servent pas à grand-chose. »

Les questions de la sélection et de la représentativité des patients traversent aussi les équipes. « Dans le cadre d'une démarche d'autoévaluation ouverte aux patients, seuls ceux souffrant de maladies psychiatriques sont venus donner leur avis, se souvient une gestionnaire coordinatrice. C'était très difficile et ça nous a bien refroidis. » Ce type d'expériences peut pousser des équipes à sélectionner des personnes disposant de compétences d'expression et de compréhension qui sont inégalement réparties au sein de la population et sous-tendues par des rapports sociaux de classe, largement impensés (« Se préoccuper du budget de la maison médicale ne va pas être la priorité du patient qui s'inquiète de ce qu'il va manger le soir »).

Quant aux patients, ils interrogent parfois leur légitimité à s'exprimer sur les budgets ou le fonctionnement interne, alors qu'ils n'en maîtrisent que partiellement les enjeux. « Ce serait difficile de voter sans être associée à toute la réflexion menée en amont par l'équipe et l'organe d'administration », témoigne une patiente active dans le « Groupe de patients solidaires » de la maison médicale de Barvaux et membre de l'AG (sans y avoir le droit de vote). Ce malaise soulève l'importance de soigner l'accueil et l'intégration des patients dans les instances en leur transmettant toutes les informations utiles pour favoriser leur participation authentique aux processus décisionnels. À l'instar de cette équipe qui a développé un processus de Parrainage ou marrainage d'un an avant qu'un ou une patiente puisse soumettre sa candidature au vote de l'AG. La mise en place d'un cadre clair et sécurisant pour structurer le partage du pouvoir figure aussi au rang des recommandations partagées par les équipes et les patients. ■

1. J. Herman, « Soignés et impliqués », *Santé conjugulée*, n° 94, mars 2021, www.maisonmedicale.org.
2. Voir l'article de M. Bayot, « L'autogestion dans les maisons médicales membres de la FMM : état des lieux », p. 17.
3. R. Descloux et al., « Au-delà de la participation alibi. Pour une émancipation authentique des usagers en travail social », *Sociographie*, 2025/1, n° 89, <https://shs.cairn.info>.

au travail ? 2022, www.promotionetculture.be

6. C. Van Der Steen, *op. cit.*

7. Promotion & Culture, *op. cit.*

8. Promotion & Culture, *op. cit.*

9. A. Vandecasteele, « Sexisme au travail : découvrez le "violentomètre" de la FGTB », *Syndicats Magazine*, 2022, <https://syndicatsmagazine.be/violentometre>.

S'OUTILLER POUR PRENDRE SOIN DE L'AUTOGESTION

Le projet Mutu-a de l'asbl collectiv-a visait à renforcer les pratiques de gouvernance partagée au sein d'équipes soignantes et d'institutions de soin à Bruxelles. Plusieurs maisons médicales ont pris part aux interventions et formations proposées durant deux ans. Retour sur ce processus avec David Petit, facilitateur chez collectiv-a.

Propos recueillis par Marinette Mormont, chargée d'études en éducation permanente à la Fédération des maisons médicales.

Quelles sont les origines du projet ?

D. P. : Chez Collectiv-a, nous avons l'habitude de répondre à des demandes d'accompagnement individuelles, sur mesure, dans un contexte précis. Mais nous avons rarement le temps de développer des outils pour capitaliser les savoirs. Le projet Mutu-a, c'est donc une recherche-action participative subventionnée par Innoviris¹ qui visait les organisations de santé de première ligne interdisciplinaires fonctionnant avec un gouvernement qui se définit comme horizontale, partagée ou en autogestion. Auparavant, nous travaillions déjà beaucoup avec des maisons médicales et nous avons vu l'intérêt d'élargir. Parmi les participants, il y a donc eu des maisons médicales, des centres de planning familial et d'autres structures de soin au sens large (aide aux personnes sans abri, accueil de la petite enfance...).

Quel a été le processus ?

Nous avons organisé des assemblées afin de présélectionner les sujets prioritaires pour les participants. À partir de là, nous avons travaillé avec un plus petit groupe, appelé le noyau, afin de valider ceux qui allaient être traités. Ce noyau a aussi réfléchi aux modalités de nos interventions (forum en ligne, interventions, formations, horaires, etc.). Nous avons décidé d'organiser six formations thématiques sur les questions considérées comme prioritaires : la fonction de coordination, les urgences, les priorités, les décisions et leur suivi, les conflits, la posture de coopération ; et huit interventions sur des problématiques qui n'avaient pas pu être traitées par ailleurs. Sur base de ces échanges,

nous sommes aujourd'hui en train de rédiger des fiches ou des livrets afin de transmettre les savoirs et les bonnes pratiques qui ont émergé. La transmission de ce qu'on a appris en formation est un enjeu complexe : comment faire pour que cet apprentissage puisse percoler dans les collectifs alors que seules une ou deux personnes par équipe étaient présentes à la formation ? Nous essayons d'en tenir compte : ne pas juste outiller les participants, mais aussi les outiller à transmettre. L'année prochaine, nous allons poursuivre la collaboration avec la Fédération en proposant à nouveau les formations à Bruxelles et en Wallonie. Dans ce cadre, on souhaiterait encourager le fait que les personnes aient un mandat de leur équipe pour leur participation et/ou qu'un temps de restitution en équipe soit prévu.

Cela peut sembler compliqué de prendre du temps pour des réunions alors qu'il faut répondre aux besoins des patients... Comment la thématique des urgences a-t-elle été abordée ?

C'est clairement la thématique à laquelle nous n'aurions pas pensé. Le mot « urgences » est beaucoup utilisé et souvent à tort et à travers. Je ne parle pas ici des urgences médicales qui sont bien définies. Une des choses qui sont ressorties, c'est que, si l'on sait distinguer une ressource d'autres éléments qui méritent des processus différents, cela peut faire du bien à une équipe. Nous avons donc fait la distinction entre urgence, crise et sentiment d'urgence. On a défini une urgence à partir des notions de délai et d'impact : si on ne fait rien dans un délai court,

La transmission, un défi pour les maisons médicales

Travailler dans une structure autogestionnaire nécessite d'acquérir des compétences rarement apprises dans l'enseignement ou dans le cadre familial. Techniques de gestion des conflits, modalités de prise de décision, explicitation d'un organigramme ou d'un système de mandats... sont des exemples d'éléments à assimiler cités par les travailleuses et travailleurs interrogés. L'histoire et les valeurs du mouvement doivent aussi être transmises, de même que des notions de gestion. « *Après un an de travail effectif, [les nouveaux travailleurs] peuvent participer à une assemblée générale (AG). Très vite, je me suis rendu compte qu'il fallait qu'ils aient les éléments en main pour se positionner. On a mis en place une séance, quinze jours avant l'AG, pour leur expliquer le bilan comptable, le passif et l'actif, sans quoi ça ne sert à rien de voter un budget qu'ils ne comprennent pas* », explique une coordinatrice. Malgré l'existence de formations internes ou externes au mouvement des maisons médicales, les travailleurs font état de difficultés pour opérer cette transmission. En cause ? Le manque de temps et la surcharge de travail, le turn-over qui fragilise la stabilité des équipes ou encore les nombreux temps partiels qui freinent l'investissement dans le fonctionnement transversal d'une structure. « *Autant au début on fournit la charte de la Fédé, on passe du temps en équipe, etc. Autant après, dans le quotidien, ce temps, par exemple pour aller à une formation, passe à la trappe pour autre chose. Donc on se retrouve parfois après quelques années avec des collègues qui ne connaissent pas encore bien le fonctionnement...* », témoigne une travailleuse.

Pendant et après l'engagement

Autres freins évoqués : la « réticence » de certains par rapport à l'autogestion (qui s'exprime par exemple par « *le refus de devenir membre de l'assemblée générale* »), le fait de ne pas partager de valeurs communes ou encore un rapport au travail plus distancié. Au regard de ces obstacles, l'embauche de nouveaux travailleurs constitue un moment clé : « *On devrait davantage préciser la place de l'autogestion dans les offres d'emploi. Ce serait plus facilement accepté si c'était davantage détaillé au départ* », avance une travailleuse. Si les affinités des candidats pour le système autogestionnaire ne sont la plupart du temps pas un critère explicite d'engagement, de nombreuses maisons médicales tentent de sonder les personnes quant à leurs connaissances ou leur intérêt, leur posture dans un collectif (« *On essaie de voir si c'est quelqu'un qui peut accepter les frustrations et qui va exprimer son avis* ») et leur autonomie. Pour analyser les compétences relationnelles et communicationnelles des candidats, certaines équipes passent par des mises en situation, d'autres par des entretiens collectifs, afin de « *voir comment les personnes interagissent* ».

Après l'engagement, la transmission se fait de diverses manières : le parrainage ou le marrainage, la documentation (règlement d'ordre intérieur, organigramme, charte), l'orientation vers les groupes sectoriels (groupes d'échanges par métiers) et les intergroupes (structures régionales) de la Fédération, un écolage par le gestionnaire, un temps passé avec l'ensemble des secteurs, voire avec l'ensemble des travailleurs : « *Chez nous, les nouvelles recrues passaient quelque temps avec chaque travailleur pour se rendre compte de sa réalité de terrain. Pour ce qui est de l'estime de l'autre, de la conscience de ce que chacun apporte, je trouve ça très positif. Mais on ne le fait plus. On n'a plus le temps...* », rapporte une travailleuse.

« *Il y a un réel enjeu à arrêter de penser que toute personne sait fonctionner en autogestion, comme ça, d'emblée, conclut un gestionnaire. Au départ, personne ne sait faire ça [...]. Si on se forme tous bien là-dessus, on déploiera potentiellement des cadres de travail extraordinaires.* » ■

il y aura une conséquence importante. Une crise se rapporte à quelque chose de plus structurel, qui a des conséquences importantes, mais qui nécessite de prendre du temps, de la hauteur. Le sentiment d'urgence, c'est quand on est pris subitement par une forme de panique ou une mon-

tée d'adrénaline, qui peut être constructive, productive chez certaines personnes, mais c'est un état dans lequel on ne peut pas demeurer. Le fait d'avoir défini ces situations permet de mettre en place des processus, avec des mandats clairs, et de vivre une urgence sans sentiment d'urgence.

1. Structure publique de cofinancement et d'accompagnement de projets de recherche, de développement et d'innovation dans les petites et grandes entreprises, les centres de recherche, le secteur sans but lucratif et le secteur public dans la Région de Bruxelles-Capitale.

La question qui se pose en autogestion, c'est : est-ce qu'on opte pour plus de verticalité dans ces moments précis d'urgence ? Si c'est validé, cela permet de mieux le vivre. Anticiper les urgences permet aussi de mettre en place des dispositifs pour les absorber et éviter que tout le système soit sous tension.

Quelles sont les problématiques les plus souvent rencontrées dans les maisons médicales ?

Au-delà du projet Mutu-a, on est souvent appelé pour aider à clarifier des mandats dans des structures où il n'y en a pas ou bien où ils sont flous. En abordant la question des mandats, il ne s'agit pas seulement de clarifier les tâches et les missions, mais aussi les champs d'autonomie

d'une personne ou d'un organe (organe d'administration, assemblée générale, gestionnaire, équipe...). Ce qui est un autre mot pour dire que l'on doit clarifier le pouvoir qui découle d'un mandat. Il y a des structures qui fonctionnaient bien il y a quelques décennies ou des structures nouvelles, plus petites, qui fonctionnent

avec beaucoup d'informel. Mais j'ai l'impression qu'aujourd'hui, avec des structures d'une certaine taille, il faut de la clarification du pouvoir pour fonctionner en autogestion. Mettre en place un cadre clair permet aussi aux nouveaux travailleurs qui intègrent la structure de savoir ce qu'ils peuvent faire et jusqu'où ils peuvent aller. Autre élément, il faut dans les équipes que l'on puisse se faire des feed-back, que l'on puisse nommer ce qui fonctionne, ce qui dysfonctionne, faire des entretiens de fonctionnement, avoir des procédures de régulation des tensions, etc. Si quelqu'un dysfonctionne par rapport à ce qui est attendu, la question se pose de savoir s'il y a assez de choses mises en place en amont et si quelque chose est mis en place pour se séparer de la personne. Si cela n'a jamais été évoqué, quand une crise surgit, cela peut faire beaucoup de tort à la personne licenciée, mais aussi à l'équipe. Il est plus important de clarifier un processus que d'imaginer qu'il y en ait un qui soit parfait. Je pense que tout processus de licenciement bien clair vaut mieux

que rien. Et il y a beaucoup de structures où il n'y a rien...

Comment travaillez-vous les relations de pouvoir ?

On constate souvent que de simples outils de distribution de parole peuvent modifier un engrenage. Cela ne veut pas dire que tout le monde doit toujours avoir le même temps de parole – les anciens ont parfois plus de choses à dire, des gens sont plus écoutés, peut-être pour de bonnes raisons. Mais ces outils améliorent l'autogestion et les relations, par exemple entre accueillantes et médecins, ou entre nouveaux et anciens. Tout le monde doit sentir qu'il a la possibilité de s'exprimer et de voter pour ce qui lui semble le mieux pour la structure. Évidemment, on ne va pas tout changer dans les rapports de pouvoir. Je ne suis pas sûr qu'il soit possible dans une société raciste, classiste et sexiste de s'immuniser entièrement de ce type de rapports. Mais il faut au moins nommer les choses et mettre en place des outils, qui sont de petits ou moyens pas, mais qui parfois changent radicalement les dynamiques de réunions.

Se former à l'autogestion permet d'éviter les souffrances au travail ?

Il faut se former, notamment sur les aspects humains : la régulation, la posture, l'attitude... ces choses ne s'apprennent pas uniquement dans des livres. Pour ces éléments-là, il faut parfois des formations collectives avec toute l'équipe. Mais cela ne suffit pas. Il faut travailler sur les règles, les processus. Il y a aussi tout un aspect « culture d'organisation » : le soin, la responsabilité, le fait de souhaiter l'émancipation, de valoriser les différents regards en ce compris les voix dissonantes, d'avoir une attention aux rapports de pouvoir. Enfin, pour que cela fonctionne, il y a aussi quelque chose de l'ordre de l'environnement : s'il y a moins de financement, si les besoins en santé sont plus complexes, l'autogestion est alors parfois sous pression... et peut aussi montrer sa force. On pourrait comprendre que la santé des patients passe avant l'autogestion, mais je trouverais dommage de ne pas en prendre soin : le mouvement des maisons médicales est unique et nous sommes très heureux de pouvoir le soutenir à notre façon. ■

LES CONDITIONS DE L'AUTOGESTION

L'autogestion vise à mettre en pratique des valeurs essentielles : démocratie, autonomie, égalité, participation, solidarité, justice sociale. Bien vécue, elle peut être féconde : responsabilité, motivation, engagement, créativité, dynamique collective, sentiment d'appartenance, cohésion, adaptabilité...

André Crismer, médecin généraliste à la maison médicale Bautista Van Schowen (Seraing).

L'utopie mise en pratique ! Tant de médecins, pourtant, ont quitté notre mouvement des maisons médicales ! Tellement qu'avec tous ceux qui sont partis, on pourrait fonder plus de cinquante centres de santé ! Et une raison fréquemment évoquée pour expliquer leur départ est la difficulté de vivre l'autogestion. Comment comprendre cette contradiction ? Si l'autogestion peut présenter des avantages précieux, elle a un coût qu'il faut savoir. Et elle nécessite certaines conditions préalables, sans lesquelles elle entraînera tensions et souffrances. Étymologiquement, autogestion signifie « gestion par soi-même ». C'est vrai au niveau de l'individu ; mais au niveau d'un groupe, c'est la gestion par les membres du groupe. L'autogestion, ce n'est pas faire ce qui me plaît, mais faire ce que le groupe a décidé. Une difficulté survient quand l'avis de l'individu s'oppose à celui du groupe. Dans un système hiérarchique, être contre le chef est un acte de résistance, voire un acte héroïque. Dans un système autogestionnaire, celui qui est contre le groupe est un dissident, une brebis galeuse, voire un traître.

Un moyen ou un objectif ?

Une autre difficulté de l'autogestion est liée aux difficultés actuelles de la démocratie. La démocratie prend du temps, nécessite du dialogue, des échanges, des élaborations, des négociations. Et nous vivons dans un monde où il s'agit d'aller toujours plus vite. L'essayiste Henri Lepage écrivait : « Il est vrai que l'autogestion est d'abord l'expression d'une contestation globale de la société, une réaffirmation de la primauté du politique sur l'économique. Il est donc certain que l'on ne peut pas se contenter de juger l'idéologie autogestionnaire sur la seule évaluation de son efficacité économique. »¹ Il peut y avoir une tension entre désir d'efficacité et désir de démocratie. Notre monde n'a-t-il pas, en ce moment de son histoire, plus be-

soin de démocratie que de rapidité d'action ? L'autogestion, cependant, ne doit pas empêcher de viser l'efficacité, celle-ci étant comprise comme la réalisation du meilleur résultat pour tous et le monde, compte tenu des moyens disponibles. L'équipe doit partager sur les questions essentielles, mais pas forcément sur les points marginaux ou d'intendance. Une délégation bien pesée sera bienvenue.

L'autogestion peut présenter une lourdeur, mais elle peut être facteur de grande souplesse et d'adaptabilité. Notre équipe, par exemple, s'est remarquablement vite et bien adaptée lors de l'arrivée de la pandémie de covid-19. L'autogestion n'est-elle pas plutôt un moyen qu'un objectif ? Un moyen au service de notre objet social. Même si, comme dans l'action communautaire, le processus importe autant que le résultat, car le processus, en soi, transforme les gens, le monde et leurs relations...

L'autogestion n'est pas un point de départ, mais un horizon vers lequel on tend. Ce n'est pas quelque chose que l'on reçoit, mais que l'on construit patiemment en apprenant au fil des jours : il faut apprendre à avoir une lecture critique de notre monde, apprendre à écouter l'autre, à s'exprimer sans violence, à négocier, mais aussi à trouver un équilibre équitable entre les intérêts de l'objet social, le groupe et l'individu. Il faut acquérir aussi des compétences en gestion.

Il est essentiel, dans un groupe autogéré, de construire une culture commune : l'autogestion sera plus facile s'il existe et s'il y a perception d'une culture commune. Cela ne pourra se faire que par des échanges approfondis et répétés sur les valeurs, les finalités du projet commun. Le politologue Olivier Roy expliquait que « la perte de culture commune dans notre société met celle-

L'autogestion, ce n'est pas faire ce qui me plaît, mais ce que le groupe a décidé.

1. H. Lepage, *Autogestion et capitalisme*, Masson, 1978.

ci en danger et entraîne une course sans fin à des règles qui doivent devenir explicites². Quand un groupe partage des valeurs communes, les règles sont implicites et intégrées en chaque individu du groupe. D'où l'importance de partager sur les valeurs communes, l'objet social et les objectifs communs. Cela évitera de nombreux débats moins passionnants et peu porteurs de sens sur les règles, l'intendance et le fonctionnement. Une difficulté nouvelle peut survenir quand plusieurs générations se côtoient. On peut en faire une richesse. La transmission entre les anciens et les nouveaux nourrira le groupe : il ne s'agit pas que les nouveaux se soumettent aux modèles des anciens, mais cela aidera à l'explicitation du modèle et à sa modernisation. L'engagement à long terme, évidemment, favorisera la culture commune.

Rappelons-nous aussi que nous sommes un laboratoire du social. Les erreurs nous enseignent, les échecs participent au progrès : on fait des

Le choix de l'autogestion, c'est un pari, un engagement plus qu'une idéologie.

hypothèses, on les teste, on tire les leçons de nos évaluations. Pour cela nous devons, avec rigueur, beaucoup plus, écrire des protocoles, expliciter des objectifs et prévoir des évaluations. Il faut que les laboratoires échangent leurs expériences, que l'on note et partage ce qui marche et ce qui marche moins bien, pour que la culture de la bonne autogestion s'étende à l'ensemble de ceux qui essaient de la pratiquer. Plus que jamais, je reste convaincu de la puissance de la recherche-action comme outil d'expérimentation, d'apprentissage, de transformation et d'évaluation de l'autogestion. Nous avons besoin de questionnements, de curiosité, d'expérimenter, de débattre des résultats et non de dogmatisme. L'imagination est plus importante que le savoir. Le savoir est limité alors que l'imagination englobe le monde entier, stimule le progrès, suscite l'évolution...

Des mécanismes à mettre en place

En plus de ces points essentiels, philosophiques, éthiques et politiques, il y a des conditions pratiques, mais qui viennent après, et qui ne fonctionneront pas si les premières ne sont pas présentes. Il faut des institutions et des procédures pour prendre les décisions, trancher les désac-

cords, gérer les conflits, définir les rôles et les responsabilités de chacun, pour éviter la prise de pouvoir informel des personnalités fortes. Il faut des mécanismes de régulation pour veiller au partage du pouvoir et à la répartition suffisamment juste des tâches. Il faut des échanges qui reconnaissent et tolèrent des investissements variables selon les acteurs et les périodes de leur vie.

La communication est un élément essentiel et doit être toujours vue comme une priorité par l'équipe. Il faut des formations, pour développer les capacités d'écoute, d'analyse et de négociation et des outils... Prenons garde aussi à la croissance de nos équipes : au-delà d'un certain volume, sa taille peut rendre l'autogestion plus difficile. Dans l'*Oxford Concise Dictionary of Politics and International Relations*³, la rubrique « autogestion » renvoie à « *industrial democracy* ». Et là, on dit que l'autogestion marche mieux dans les entreprises où il n'y a pas trop de capital financier, mais qui reposent sur le « capital humain ». Cela parle de nous ! Dès les années 1870, il y a eu un débat entre les socialistes centralisateurs (Marx) et les anarchistes autogestionnaires (Bakounine, Proudhon). Dans l'autogestion par les travailleurs, il y a le risque que les gestionnaires fassent passer leurs intérêts de travailleurs avant l'intérêt de la population. Dans notre démarche d'expérimentation et d'évaluation, nous avons pris conscience de ce risque. Dans une dynamique de recherche-action, pour réduire ce risque, comme d'autres, nous avons mis un peu d'« hétérogestion » dans nos instances dont deux puis quatre représentants des patients sont membres effectifs avec droit de vote à l'assemblée générale.

Paul Kelly⁴ attribue cette phrase à l'anarchiste Pierre Kropotkine : « *Il est nécessaire d'oser pour réussir.* » Le choix de l'autogestion, c'est un pari, un engagement plus qu'une idéologie. C'est le pari de la coopération plutôt que de la compétition ou de l'individualisme. L'autogestion, c'est faire confiance en l'être humain ! Même si nous avons tort, notre expérience nourrira la démocratie, dans l'esprit de John Stuart Mill qui voyait dans les expérimentations individuelles une nourriture pour enrichir la pensée globale. Rappelons-nous qu'il ne faut pas être dogmatique, mais qu'il faut expérimenter avec allégresse et tirer les leçons avec jubilation. ■

FILMER LE QUOTIDIEN DE L'AUTOGESTION

À la maison médicale des Houlpays, dans le quartier liégeois d'Amercœur, l'équipe s'organise en autogestion depuis plus de vingt ans. Cerise, Cécile, Lisette, Stephen et leurs collègues prennent des décisions ensemble, mais, entre la théorie militante et la pratique, s'accorder s'apprend chaque jour. C'est cette mise en pratique, mouvante et imparfaite, que la réalisatrice Dorothée Bouillon, chargée de projet en éducation permanente à la Fédération des maisons médicales, explore dans le documentaire *Travail soigné*.

Adrien Maes, chargé de communication à la Fédération des maisons médicales.

Tout commence par une intention : interroger le travail en collectif. Pour Dorothée Bouillon, « *les soins aux corps sont au cœur des enjeux de différents rapports d'exploitation particularité de concerner chacun et chacune* ». De plus, les discours médiatiques se réduisent souvent à une vision alarmiste d'un système de santé qui s'effondre. « *Cette perspective favorise un solutionnisme simpliste qui occulte le travail d'analyse et de revendication des professionnels des soins, dit-elle. Je ne pense pas qu'il existe un collectif parfait passé maître dans l'art des techniques de groupe dont nous pourrions copier les recettes. Pourtant, je crois que les collectifs sont des espaces propices où se construisent des résistances aux oppressions. On peut y trouver la joie et l'humour pour affronter l'adversité.* »

Immersion au cœur d'une équipe

Avant de choisir la maison médicale des Houlpays, la réalisatrice a rencontré plusieurs équipes, ce qui lui permet d'affiner ses critères. La taille – une vingtaine de personnes – crée un cadre idéal, mais c'est surtout le moment particulier que vit la structure qui l'intéresse. L'équipe des Houlpays « *traversait à la fois une phase d'émulation et un certain cap de stabilité : plusieurs jeunes collègues avaient rejoint l'aventure et la structure fêtait ses vingt ans. Ils étaient aussi conscients du caractère expérimental et perfectible de leur fonctionnement. Cette culture de la remise en question favorisait notre rencontre, m'autorisait à les filmer dans leurs doutes, dans leurs réflexions* », explique-t-elle.

Pendant près de deux ans, elle se rend deux fois par semaine à Liège pour capter leur quotidien. Très vite, sa présence devient familière et la caméra se fait oublier : « *Au début, c'était particulier parce qu'on se sentait un peu observé, mais ça s'est très rapidement dissipé, en l'espace d'une quinzaine de jours. Après cela, les caméras faisaient vraiment partie de notre environnement, on ne les voyait plus* », raconte Valérie Fabris, accueillante à la maison médicale.

Sans expérience de réalisation, Dorothée Bouillon aborde le tournage avec une certaine naïveté. Caméra en main, elle apprend sur le terrain, avec ses propres hésitations. Cette fragilité assumée devient un point de rencontre avec l'équipe : « *Se voir galérer les uns les autres – moi avec un matériel que je découvrais et eux dans des problématiques humaines insolubles – rendait l'aventure accessible et sensible* », confie-t-elle.

Filmer le collectif à l'œuvre

Elle choisit rapidement de ne pas filmer les consultations avec les patients et de se concentrer sur les réunions, le lieu où « *vont se déposer les corps, les vies et les émotions des travailleuses et travailleurs* ». C'est là que les soignants « *construisent et questionnent le sens et la valeur de leur travail et déterminent ensemble, face à des problématiques très concrètes, des manières de faire soin* », analyse-t-elle. De cette façon, ils se réapproprient leur travail. Pour la réalisatrice, l'essentiel tient dans ces moments de recherche collective, faits de tâton-

« Les collectifs sont des espaces où se construisent des résistances aux oppressions. »

2. O. Roy, *L'aplatissement du monde. La crise de la culture et de l'empire des normes*, Seuil, 2022.

3. G. Brown, I. Mc Lean, A. Mc Millan, *Oxford Concise Dictionary of Politics and International*

Relations, Oxford, 2018.

4. P. Kelly et al., *The Little Book of Politics*, Darling Kindersley Limited, 2013, 2020.

nements, d'essais-erreurs, d'allers-retours, et parfois sans solution immédiate. En effet, les situations des patients les obligent à sortir des cadres formatés et à repenser sans cesse leurs pratiques. Depuis le tournage du documentaire, Valérie Fabris souligne d'ailleurs que le fonctionnement de l'équipe a encore évolué : « *Aujourd'hui, nous sommes bien plus structurés dans nos réunions.* »

Si, au départ, l'intention – un peu naïve – était de simplement « montrer » l'autogestion, celle-ci s'est complexifiée au fil des rencontres. Ce n'est

pas tant le déploiement d'un processus décisionnel clair et efficace, mais plutôt les bases nécessaires à l'autogestion qui apparaissent, comme la confiance ou la construction permanente d'une vision partagée du soin. L'approche pluridisciplinaire et la place accordée à l'expérimentation et au doute constituent

le socle politique du projet. « *C'est en ce sens que le travail est soigné* », ajoute Dorothee Bouillon : parce qu'on prend le temps du recul, de l'analyse et du débat, en plus de celui du soin.

Un contexte social qui se dégrade

Peut-on soigner les corps sans s'attaquer aux causes structurelles qui les affectent ? Le documentaire révèle une pratique du soin indissociable de son contexte. Les soignants des Houlpays évoluent dans un environnement où la précarité augmente, où les inégalités s'aggravent et où le monde médical se libéralise. Ils en font l'expérience chaque jour. Leur engagement politique prend alors tout son sens. Dans une société traversée par des logiques capitalistes, racistes, sexistes et classistes, ces structures de santé offrent des espaces de résistance. Par leur dispositif et leur mode de fonctionnement, les maisons médicales contribuent ainsi à l'émergence d'un projet de société plus solidaire et plus équitable.

Avant tout une aventure collective

Le collectif ne se trouve pas seulement devant la caméra : il structure aussi le projet. Dès la première rencontre, l'équipe du film¹ présente sa démarche, et la maison médicale se

concerte avant de décider ensemble de se lancer dans l'aventure. « *Quand l'équipe est venue exposer le projet, elle ne savait elle-même pas vraiment ce que ça allait donner. C'était les prémices. Il s'est construit petit à petit : c'est comme si on avait alimenté le projet sans le vouloir. C'était une réelle coconstruction du documentaire* », se souvient Valérie Fabris. Ensuite, lors du montage, certaines interventions sont retirées à la demande des travailleurs, preuve que le film reste un objet partagé. Enfin, l'équipe s'implique dans la promotion du documentaire, intervient en radio, prend part aux débats après les projections.

Un film-outil pour penser le collectif

Conçu comme un outil d'éducation permanente, *Travail soigné* nourrit des discussions sur l'autogestion, les rapports de domination ou encore la place et l'engagement de chacun dans le travail. Depuis plusieurs mois, le documentaire a rencontré son public en salle. Il s'inscrit dans une perspective de démocratie en santé : ouvrir la parole au-delà du seul monde professionnel, inviter les patients, habitants et citoyens à réfléchir ensemble aux conditions d'un soin juste. C'est ainsi qu'une quinzaine de projections, gratuites pour la plupart et toujours suivies par un moment d'échange, ont déjà été organisées un peu partout en Belgique francophone.

Le film témoigne d'une conviction : malgré les difficultés, quelque chose d'essentiel se construit dans ces îlots d'autogestion. Une capacité à résister ensemble, à penser autrement le soin et le travail, à faire de la solidarité une force politique. Ainsi, en s'extrayant de l'ingénierie managériale, l'autogestion « *invite à baisser son bouclier. C'est cette part d'humanité regagnée, ce lien à l'autre, collègue ou patient, qui est fondamentalement politique* », ajoute la réalisatrice. Pour les spectatrices et spectateurs, *Travail soigné* offre la promesse que d'autres manières de faire collectif sont possibles — dans la lutte, dans la joie, dans la complexité. C'est peut-être là, finalement, son geste le plus puissant. ■

Agenda

Pour connaître les prochaines dates et lieux de diffusion du documentaire *Travail soigné* : www.maisonmedicale.org. Si vous êtes intéressé par l'organisation d'une projection, envoyez un message à l'adresse : ep@fmm.be. ■

RÉENCHANTER LES PROCESSUS DÉMOCRATIQUES

Pauline Gillard et Marinette Mormont, chargées d'études en éducation permanente à la Fédération des maisons médicales.

Véritable ADN des maisons médicales, l'autogestion s'expérimente depuis une cinquantaine d'années dans des lieux de soins qui tendent vers l'égalité, la non-hiérarchie et la participation authentique des travailleurs, travailleuses et des patients, patientes en vue d'œuvrer à la transformation du système de santé et de la société. Ancrées dans une histoire militante, les organisations autogérées tentent de faire collectif autrement et démontrent, sous des formes très variées, qu'une organisation différente du travail est possible.

Agissant à contre-courant du modèle d'entreprise dominant promu par le capitalisme et le néolibéralisme, les structures autogérées n'en demeurent pas moins traversées depuis plusieurs décennies par les logiques marchandes et bureaucratiques qui s'imposent aussi dans le secteur associatif. « *Nous sommes entrés dans l'ère de la domination bureaucratique, dont la singularité du pouvoir n'est plus le fait de certains individus, mais s'exerce par le biais de la norme* », observe le philosophe Bruno Frère (ULiège)¹. Comme dans d'autres milieux professionnels, la dégradation de la qualité des conditions et des relations de travail qui en résulte affecte profondément le bien-être des équipes (perte de sens, épuisement, démissions) et peut parfois mettre en péril les modes d'organisation alternatifs qui peuvent alors être tenus pour responsables de ces maux.

Des vécus contrastés

À la lumière des entretiens réalisés, des travailleurs et travailleuses ciblent principalement les écueils de l'autogestion : lourdeur des procédures, dilution de la responsabilité, manque de recadrage, minimisation des rapports de pouvoir informels et des rapports de domination, notamment classistes, sexistes et racistes, etc. D'autres soulignent davantage ses vertus : soutien à l'interdisciplinarité, meilleure prise en charge des patients, sentiment d'appartenance à un collectif, autonomie, émancipation... Travailler en collectif sur base d'une organisation la plus horizontale possible, c'est d'ailleurs aussi le choix opéré par certains centres social santé intégrés qui se sont constitués à Bruxelles, avec pour objectif d'être au plus près des besoins souvent complexes des patients précarisés. Toutes et tous s'accordent cependant sur les conditions de la réussite de l'autogestion : l'élaboration collective d'un cadre composé de règles et de procédures claires et sécurisantes, la clarification des zones d'autonomie et de redevabilité de chaque fonction/organe, la recherche continue d'un équilibre entre intérêts individuels et collectifs, le souci constant de l'apprentissage, la formalisation des processus d'(auto)évaluation, le soin apporté à l'écologie des nouvelles recrues et des patients qui souhaitent s'investir dans les instances de l'asbl.

La portée transformatrice de l'autogestion

L'autogestion est un moyen de « *lutter contre des pratiques descendantes, arbitraires, injustes, oppressives, où les personnes sont dépossédées de leurs droits, de leurs capacités d'action et de décision* », avance Perrine Vanmeerbeek, de l'asbl Barricade². Au vu de l'extrême droitisation du champ politique belge et des discours qu'elle charrie atomisant les collectifs et fragilisant les solidarités, l'autogestion est plus que jamais un horizon politique à défendre. Comme l'a montré l'économiste Thomas Coutrot³, c'est parmi les personnes qui sont dans des conditions de plus grande hétéronomie au travail⁴ que l'on trouve une plus grande proportion d'électeurs d'extrême droite et d'abstentionnistes. « *On a besoin de plus d'autogestion dans la société, défend d'ailleurs un accueillant. Le fait de la pratiquer en maison médicale, de l'essayer, de la rater, de la recommencer, de la réinventer... nous entraîne à agir différemment en tant que citoyens.* » ■

1. Voir son interview, p. 28.

2. P. Vanmeerbeek, « *Survivre en milieu autogéré. Pour une autogestion pensée en pratique* », Barricade, 2025, www.barricade.be.

3. Cité par la sociologue

I. Ferreras dans son interview, p. 14.

4. Conditions où un travailleur est soumis à des règles, lois ou contraintes extérieures à sa propre volonté pour déterminer son travail.

Malgré les difficultés, quelque chose d'essentiel se construit dans ces îlots d'autogestion.

1. Le documentaire est coproduit par le Centre de vidéo de Bruxelles, <https://cvb.be>.

POUR ALLER PLUS LOIN

Histoire, fondements et actualités

- Collectif, *Autogestion. L'encyclopédie internationale*, 11 volumes. Syllepse, 2018, www.syllepse.net.
- A. Croquet, « L'autogestion, une expérience qui n'a pas dit son dernier mot », Barricade, 2012, www.barricade.be.
- H. Lepage, *Autogestion et capitalisme*, Masson, 1978.
- I. Leruth, « L'autogestion, ses sens, ses sources », *Santé conjugée* n° 45, juillet 2008, www.maisonmedicale.org.
- Q. Mortier, « Petit lexique critique : autogestion. Pour une réappropriation collective du travail », SAW-B, 2023, <https://saw-b.be>.

L'autogestion en pratique

- J. Freeman, « La tyrannie de l'absence de structure », *Infokiosques*, 2003 (1970), <https://infokiosques.net>.
- Groupe d'action et de réflexion anarchosynicaliste, « L'autogestion, c'est pas de la tarte », *Infokiosques*, 2002, <https://infokiosques.net>.
- A. Liesenborgs, « Autogestion : entre mythes et pratiques », Barricade, 2017, www.barricade.be.
- Scop Le Pavé, « La participation », *Les Cahiers du Pavé* n° 2, 2013, <https://lengrenage.blogspot.com>.
- Starhawk, *Comment s'organiser ? Manuel pour l'action collective*, Cambourakis, 2021.
- P. Vanmeerbeek, « Survivre en milieu autogéré. Pour une autogestion pensée en pratique », Barricade, 2025, www.barricade.be.

Gouvernance

- J. Chapoutot, *Libres d'obéir. Le management, du nazisme à aujourd'hui*, Gallimard, 2020.
- J. Chapoutot, P. Girard, *Libres d'obéir*, adaptation en bande dessinée, Casternan, 2025. Collectif Manouchian, *Dictionnaire des dominations de sexe, de race, de classe*, Syllepse, 2012.
- Q. Mortier, « Pour en finir avec la "bonne" gouvernance », SAW-B, 2018, <https://saw-b.be>.
- O. Starquité, « De quoi la gouvernance est-elle le nom ? », Barricade, 2011, www.barricade.be.
- A. Supiot, *La Gouvernance par les nombres*, cours au Collège de France (2012-2014), Fayard, 2015.

Rapports de pouvoir et de domination

- D. Linhart, *L'insoutenable subordination des salariés*, Érés, 2021.
- J. Marthys, « Penser et combattre les dominations structurelles. Éléments pour une critique des notions de discrimination et de privilège », Action et recherche culturelles, 2022, www.arc-culture.be.
- Scop L'Engrenage, *Autogestion et féminismes*, 2024, <https://lengrenage.blogspot.com>.
- Scop L'Engrenage, *Débrayage en cours... contre la colonisation managériale. Analyses et résistances*, trois cahiers, La Trouvaille, 2015, <https://lengrenage.blogspot.com>.

Démocratie

- Th. Coutrot, « Le bras long du travail. Conditions de travail et comportements électoraux », document de travail de l'IREs n° 01-2024, Institut de recherches et d'études sociales, février 2024.
- I. Ferreras, J. Batllana, D. Méda, *Le Manifeste travail. Démocratiser, démarchandiser, dépolluer*, Seuil, 2020.
- I. Ferreras, *Gouverner le capitalisme ? Pour le bicamérisme économique*, PUF, 2012.
- B. Frère, J.-L. Laville, *La fabrique de l'émancipation*, Seuil, 2022.