

LES MAISONS MÉDICALES : ACTEURS DE L'ÉCONOMIE SOCIALE



analyse

Décembre 2007

Véronique Huens, SAW-B
Christian Legrève et
Coralie Ladavid, Fédération
des Maisons Médiclaes

Nées du mouvement de contestation politique de la fin des années 60, les Maisons médicales proposent de transformer radicalement notre système de santé, avec une manière d'appréhender la médecine et le patient de façon beaucoup plus globale. Très proches des alternatives économiques fédérées au sein de SAW dans les années 80, les liens se sont petit à petit distendus. En 2006, la Fédération des Maisons Médicales (MM) et SAW-B fêtaient toutes deux leurs 25 ans d'existence. Une occasion pour se re-connaître et mettre en évidence les valeurs et objectifs communs. De même que retracer les questions qui traversent leurs membres respectifs et imaginer des projets futurs de collaboration. Pour cela, une première mise à plat des réalités des maisons médicales et de l'économie sociale s'impose. Qui sont les MM et qu'entend-on par économie sociale ?

Une mise en contexte

Le concept d'économie sociale n'est pas neuf. Comme le rappelle bien Jacques Defourny, il émerge à proprement dit à la fin du premier tiers du XIX^{ème} siècle et la réalité qu'il représente a, depuis lors, largement évolué. De manière schématique, on peut dire que l'économie sociale, telle qu'on la connaît aujourd'hui, est fille de deux grands mouvements⁽¹⁾. D'une part, l'associationnisme ouvrier d'une part qui se base sur le principe d'entraide mutuelle (intérêt mutuel : redistribution aux membres) et qui s'organise autour de la règle « Une personne - une voix ». La figure emblématique de ce courant est la coopérative. D'autre part, l'économie sociale émerge du mouvement caritatif et « non lucratif » qui se base comme son nom l'indique sur la charité comme principe de citoyenneté (intérêt général) et sur la contrainte de non redistribution des profits. La figure emblématique de ce mouvement est l'association⁽²⁾.

Ce bref rappel historique permet de comprendre plus facilement les « tensions » qui existent au sein du secteur de l'économie sociale et surtout la diversité de ses initiatives. Il permet aussi d'éclairer la définition de l'économie sociale wallonne donnée par le CWES en 1990 et qui reste toujours d'actualité. Une définition qui essaie de préciser les traits communs à ces diverses composantes rassemblées au sein d'un même secteur. « *L'économie sociale se compose d'activités économiques exercées par des sociétés, principalement coopératives, des mutualités et des associations dont l'éthique se traduit par les principes suivants : 1) finalité de service aux membres ou à la collectivité plutôt que de profit 2) autonomie de gestion 3) processus de décision démocratique 4) primauté des personnes et du travail sur le capital dans la répartition des revenus* ».

Comme nous le verrons plus loin, les Maisons médicales s'inscrivent singulièrement à la croisée des deux « tendances » décrites ci-dessus et cela depuis leur création. Les premières Maisons médicales sont apparues dans la mouvance de l'après mai 68. Il s'agissait de médecins généralistes, d'infirmiers, de kinésithérapeutes, insatisfaits des conditions de travail que leur offrait la pratique libérale isolée.

Ils étaient soucieux de leur rôle social, animés de perspectives autogestionnaires incluant la population, et désireux d'investir une autre pratique basée sur de nouveaux rapports entre travailleurs de santé, et travailleurs de santé et patients. C'est donc sur un modèle de contestation et d'autogestion que sont apparues les Maisons médicales. Avec l'objectif d'offrir, à tous, l'accès à une médecine de qualité et cela dans une approche globale de l'être humain.

De 1973 à 1981, les Maisons médicales ont vécu en marge de la société, tout comme nombre d'initiatives de la «nouvelles économie sociale» (coopératives de travailleurs, futures entreprises de formation par le travail, etc). Cette position leur permit d'élargir leur créativité et leur imagination en matière de politique de santé. De plus, les Maisons médicales ont expérimenté des relations professionnelles qui se veulent non hiérarchiques entre tous les travailleurs et ce principe reste encore d'application aujourd'hui. S'affirme aussi, dès le départ, le principe de relations plus égalitaires avec les patients.

En 1981, la Fédération des Maisons Médicales Francophones voit le jour. La même année, SAW-B prendra son envol pour rassembler une série d'alternatives économiques, les représenter et les défendre. A partir de cette époque, le mouvement des maisons médicales fut consolidé et la volonté d'améliorer la santé publique fut renforcée. Aujourd'hui, la Fédération compte 78 Maisons médicales dans lesquelles travaillent plus de 1000 personnes. Celles-ci couvrent environ 1% de la population pour les soins de santé primaires.

Des objectifs et des modes de fonctionnement d'économie sociale

Les Maisons médicales poursuivent clairement une finalité de services à la collectivité avec un ancrage local fort. Leurs objectifs sont décrits de la manière suivante :

- *Développement d'une politique de santé globale et cohérente, basée sur le principe « penser globalement, agir localement », et orientée sur les soins de santé primaires, voie d'accès la plus rationnelle au système de soins de santé. Cette politique doit être fondée sur l'étude des besoins de santé de la population et l'évaluation des services. Elle implique une organisation centrale coordonnée des soins de santé, une dispensation décentralisée permettant la participation de la population, l'adaptation de la formation des intervenants et le développement de la recherche action en soins de santé primaires.*
- *Développement des fonctions de synthèse, d'information, de communication et de relais propres aux soins de santé primaires. Poursuite de la recherche, de l'expérimentation et de l'exercice de nouveaux modes de financement des soins de santé répondant aux inadéquations des systèmes de paiement actuels.*
- *Maintien de la solidarité et notamment de la sécurité sociale, garante de l'accessibilité et de l'équité du système de soins de santé.*

Depuis 1994, un décret régional (Bruxelles et Wallonie) régit les associations de santé intégrées, autrement dit les Maisons médicales, et détermine les missions de celles-ci à savoir : la dispensation de soins de santé primaires (médecine générale, kinés, infirmiers), la réalisation d'activités communautaires en santé, la récolte de données épidémiologiques et la prise en compte des aspects psycho-sociaux. De nombreuses activités d'Education Permanente sont également réalisées par les Maisons médicales. Certaines s'inscrivent dans des actions locales et participent à des actions de santé communautaire (aménagement de quartier, sensibilisation aux problèmes de pollution atmosphérique, actions de prévention,...). Certaines développent également des projets comme la création d'un réseau de bénévoles, la mise en place d'un système d'échanges locaux (SEL), etc.

Très rapidement, pour répondre à leur objectif d'accès maximal à la santé, les MM ont développé une réflexion sur un mode de financement alternatif au paiement à l'acte traditionnel. Aujourd'hui, si certaines Maisons médicales fonctionnent toujours à l'acte, beaucoup d'entre elles ont choisi le paiement forfaitaire. Ce dernier est le résultat de négociations menées au sein de l'INAMI qui ont été possibles grâce à l'alliance avec des syndicats, des mutuelles et certains partis politiques. Le financement forfaitaire permet de répondre plus adéquatement, même s'il n'est pas parfait, aux objectifs fixés par les Maisons médicales. Le patient en ordre de mutuelle s'inscrit à la Maison médicale en signant un contrat ce qui lui permet de ne payer ni les consultations ni les visites. Il ne paie que sa cotisation à sa mutuelle.

Cette dernière paie alors à la Maison médicale une somme fixe mensuelle pour chaque personne qui y est inscrite. C'est en 1984 que la première Maison médicale a mis en pratique ce système de financement forfaitaire.

Une autre caractéristique majeure des Maisons médicales est leur mode de fonctionnement en autogestion et leur non-hiérarchie interne qui indiquent par ailleurs leur ancrage fort dans la racine coopérative de l'économie sociale. Leur finalité de services à des usagers et la référence au cadre territorial marquent d'autre part bien leur référence à l'associatif d'intérêt général.

La prise de conscience de cette double appartenance, que l'on retrouve chez de nombreux acteurs d'économie sociale, devrait permettre aux Maisons médicales – comme le dit bien Marthe Nyssens⁽³⁾ – de se poser les questions sur les enjeux qui sont les leurs : autogestion, égalité des salaires, relations aux clients, rôle d'innovation sociale et rôle d'interpellation, tension entre viabilité économique et objectif social, etc. Autant d'enjeux et de questionnements qui animent d'autres structures d'économie sociale et qu'il serait intéressant de débattre ensemble.

Des enjeux et questionnements communs

La question de l'auto-gestion

Rares sont aujourd'hui les entreprises d'économie sociale qui fonctionnent en réelle auto-gestion. Les expériences ont pourtant été nombreuses mais la majorité s'est soldée par un échec après un laps de temps plus ou moins grand. La question laisse aujourd'hui rêveur les pionniers du secteur qui évoquent alors «Le balai libéré», les « Anciens travailleurs de Martin Frère », « Les textiles d'Ere »,... Un constat semble pourtant sur toutes les lèvres : l'auto-gestion, c'est bien beau mais c'est surtout très difficile, voire utopiste sur le long terme. Il y a toujours un moment où les travailleurs se désintéressent de la gestion de l'entreprise ou un membre prend plus de pouvoir que les autres. Les travailleurs doivent être formés pour pouvoir gérer les finances, décider des investissements, prendre des responsabilités et gérer des conflits. L'autogestion demande également un investissement constant et collectif de la part des travailleurs dans la gestion quotidienne mais aussi dans une vision stratégique de l'entreprise. L'auto-gestion ou du moins l'implication des travailleurs dans la gestion de l'entreprise demande enfin une motivation de tous et une « culture » de responsabilité à implémenter. Difficile lorsque celle-ci n'est pas ou plus présente, qu'aucun des travailleurs ne demande ou ne souhaite des responsabilités ou s'impliquer dans l'entreprise, que le « turn over » est important, que cela coûte cher en terme de temps de travail, que tous les travailleurs n'ont pas les mêmes formations, etc. Fausses excuses ? Les Maisons médicales fonctionnent, elles, en auto-gestion depuis 25 ans. Quelles sont dès lors les conditions de réussite mais aussi les plus grandes difficultés et les cadres à mettre en place pour éviter des « dérappages » ?

Dès le départ, les équipes des Maisons médicales ont choisi l'autogestion comme mode de fonctionnement. La place centrale dans les Maisons médicales revient à l'utilisateur : la sauvegarde et le développement de son autonomie est également un objectif spécifique prioritaire. Dans le contexte de la médecine traditionnelle, la hiérarchie dans l'équipe des soignants lui est défavorable. En effet, dans le cadre du bon déroulement d'une Maison médicale, la notion d'équipe non-hiérarchisée trouve son principal fondement dans la nécessité de concertation entre travailleurs de la santé à propos de patients communs. Chaque membre de l'équipe contribue à cette concertation selon la qualité de sa relation avec le patient et la compréhension qu'il a de lui en tant qu'être humain global, autant qu'en raison de ses compétences techniques spécifiques. Cependant, le contexte global de la société et la culture dominante dans lesquels fonctionnent les Maisons médicales entravent la réalisation de leurs objectifs et en particulier celui de la sauvegarde et du développement de l'autonomie des patients.

Il faut noter qu'il n'existe pas de modèle de fonctionnement unique des Maisons médicales puisque celles-ci exercent une souplesse d'adaptation aux besoins de la population locale et aux caractéristiques locales. Il en résulte d'importantes variations dans la composition des équipes, dans les activités prioritaires, ainsi que dans les modalités de fonctionnement. Si les Maisons médicales se ressemblent, ce n'est donc pas tant dans leur apparence extérieure mais bien dans leurs objectifs.

Comment les Maisons médicales ont-elles réussi à maintenir tout au long de ces années cette « culture auto-gestionnaire » ? Plusieurs éléments rentrent en ligne de compte :

- Les Maisons médicales constituent un mouvement social encore très empreint idéologiquement.
- Des dispositions légales prévoient la participation des travailleurs puisqu'il est noté dans les décrets régionaux que « *l'assemblée générale d'une association de santé intégrée doit être composée majoritairement par des membres de l'équipe, tout membre étant à sa demande membre de droit de l'assemblée générale* ».
- Le niveau de formation des travailleurs est assez élevé et relativement identique.
- Le nombre de travailleurs oscille principalement entre dix et vingt par Maison médicale ce qui représente des petites structures.
- Enfin, le financement laisse des latitudes dans l'allocation des ressources. Ceci permet de libérer du temps à la gestion et à l'auto-gestion.

Globalement, l'organisation autogestionnaire en Maison médicale permet de rencontrer les objectifs fixés. Cependant, des difficultés et des questionnements apparaissent et sont d'autant plus grands face à la montée actuelle du néo-libéralisme. En voici quelques exemples :

- Les problèmes relationnels envahissent la gestion.
- Certains travailleurs « squattent » les lieux de décisions et de pouvoir.
- La rotation des mandats entraîne un problème de compétences.
- L'autogestion n'exclut pas une hiérarchie fonctionnelle mais bien une hiérarchie de pouvoir ou de dominance. Mais la hiérarchie fonctionnelle n'est pas toujours acceptée ce qui peut créer un manque d'efficacité.
- La présence d'extérieurs (représentants du monde social, politique ou culturel ainsi que des représentants de citoyens) peut être garant de certaines minorités. Malheureusement, cette pratique est loin d'être généralisée.

Au delà de ces tensions, la pratique autogestionnaire des Maisons médicales reste exemplaire à plusieurs niveaux et pourraient largement inspirer certaines entreprises d'économie sociale. Nombre d'entre elles gagneraient, en effet, à réfléchir à des formes de plus grande implication des travailleurs parce qu'elle est source d'innovation, de changement et de dynamisme.

Entre la survie économique et le service à la collectivité

Eternel point de tension au sein des entreprises d'économie sociale : comment maintenir l'équilibre entre le besoin de rentabilité économique et la finalité sociale de la structure ? Accepter plus de commandes au risque de bâcler la formation des stagiaires ? Devoir refuser certains clients ou limiter le nombre de travailleurs « trop peu rentables » ? Développer une activité plus lucrative pour pouvoir financer une autre qui l'est moins ? Ces questions, bien que souvent taboues, sont bel et bien présentes dans la grande majorité des entreprises d'économie sociale. Parce que ces dernières doivent tout simplement survivre et qu'il faut pour cela souvent faire des « concessions » à l'idéal poursuivi. C'est là d'ailleurs une des questions qui est abordée par le film « On n'en fera pas l'économie »⁽⁴⁾ réalisé par SAW-B à l'occasion de ses 25 ans : où poser les limites ?

La question se pose aussi au sein des Maisons médicales. Celles-ci sont en effet financées pour les soins curatifs (médecine générale, kinés, infirmiers) et en partie pour des activités communautaires en santé et la fonction d'observatoire. Tout ce qui se trouve en dehors des activités curatives n'étant pas financé totalement, cela nécessite une réelle volonté et un investissement de la part du personnel. L'intensité est alors fonction des travailleurs, des besoins et du contexte. Dans le cadre des Maisons médicales qui fonctionnent au forfait, le montant qu'elles reçoivent des mutuelles mensuellement est fixe par patient et ne dépend pas du nombre de soins que celui-ci exige. Une tendance à limiter le nombre de patients lourds peut dans certains cas devenir un effet pervers de ce système qui, à la base, vise pourtant à favoriser l'accès de tous à la médecine.

Tension salariale

La pratique d'une faible tension salariale n'est pas clairement édictée dans les quatre principes de la définition du CWES. Elle est pourtant souvent respectée au sein des entreprises d'économie sociale. Non sans poser de réels problèmes, particulièrement ces dernières années. Les premiers travailleurs des structures d'économie sociale étaient en grande partie des «militants», des personnes qui avaient contribué à fonder la structure ou qui connaissaient et adhéraient à ses principes.

Beaucoup de ces structures ont pris de l'ampleur et les nouveaux travailleurs n'y entrent plus par conviction mais souvent pour y trouver tout simplement un salaire. La difficulté est alors de les maintenir à l'emploi sans leur offrir les conditions qu'ils pourraient trouver ailleurs dans le secteur privé lucratif.

Ces questions se posent actuellement de manière aigue dans certaines Maisons médicales. Ces dernières ont toujours déclaré une volonté de diminuer les tensions barémiques entre les travailleurs pour permettre une plus grande implication et une plus grande reconnaissance de ceux-ci, quelque soit la fonction occupée. Cette notion est d'ailleurs présente dans la charte des Maisons médicales.

Dans le passé, la diminution des tensions barémiques a été traduite, dans bon nombre de Maisons médicales, par l'application de l'égalité salariale sans référence aux barèmes en vigueur. Plusieurs éléments et événements, comme les accords du non-marchand alignant le secteur de l'ambulatoire aux barèmes de l'hospitalier et la crise de la médecine, ont requestionné cette pratique. La plupart des Maisons médicales ont alors supprimé l'égalité salariale et ce sont alignées sur les barèmes en vigueur tout en gardant une réelle volonté de diminuer les tensions barémiques appliquées dans d'autres institutions.

La tension entre, d'une part, l'amélioration des salaires et, d'autre part, la pérennisation de l'institution et l'amélioration de l'offre peut être clarifiée par le débat entre logique non-capitaliste et non-redistributive. Cela pose les questions un peu autrement, parce que l'amélioration des conditions salariales n'est absolument pas en contradiction avec la logique non-capitaliste.

Travailler ensemble

Au vu de ce que nous venons de parcourir, il semble évident que les Maisons médicales répondent en tout sens aux critères qui sont édictés dans la définition du CWES et qu'elles font dès lors partie du secteur de l'économie sociale. Elles ont pourtant développés des manières de fonctionner qui leur sont propres et qui sont en partie lié au secteur de la santé dans lequel elle s'inscrit. Ces manières de fonctionner apportent un éclairage nouveau au secteur de l'économie sociale. Des débats et rencontres seront programmées dès 2008 par SAW-B et la Fédération des Maisons médicales sur les thématiques évoquées dans cette analyse mais d'autres également.

D'autres pistes de collaboration et de travail sont également en chantier. A commencer par un accès des Maisons médicales au Fonds de l'économie sociale et durable. Des actions devraient également être réfléchies pour favoriser la rencontre au plan local entre des Maisons médicales et des entreprises d'insertion sur des questions d'éducation à la santé, de prévention... Les deux fédérations créeront également un réseau d'échanges, d'expériences et s'impliqueront mutuellement dans leurs projets respectifs. Enfin, elles formaliseront un protocole d'échanges d'informations.

(1) Jacques Defourny pour comprendre la diversité de mouvements qui ont donné naissance à l'économie sociale : socialisme utopique, christianisme social, solidarisme, etc.

(2) Marthe Nyssens, extrait de la conférence donnée lors de la clôture de la «Deuxième rencontre internationale des entreprises d'insertion» à Bruxelles en octobre 2007.

(3) Vingt-cinq ans d'une autre médecine « Refonder les pratiques sociales, refonder les pratiques de santé ». Hors série de Politique, septembre 2006, p.10.

(4) Film réalisé par Eric Smeesters pour SAW-B en collaboration avec le GSARA. Disponible chez SAW-B.

