

Quelle place pour les valeurs dans les changements organisationnels en maison médicale ?

Analyse de deux processus de décision à la maison médicale Bautista Van Schowen

Mémoire réalisé par
Sébastien Derouaux

Promoteur
Martin Wagener

Lecteurs
Jean Nizet
Gaëtan Absil

Année académique 2017-2018
Master en politique économique et sociale

Quelle place pour les valeurs dans les changements organisationnels en maison médicale ?

Analyse de deux processus de décision à la maison médicale Bautista Van Schowen

Mémoire réalisé par
Sébastien Derouaux

Promoteur
Martin Wagener

Lecteurs
Jean Nizet
Gaëtan Absil

Année académique 2017-2018
Master en politique économique et sociale

Remerciements

À Raphaëlle qui m'a supporté alors que j'accouchais de ce travail pendant qu'elle se préparait à accoucher de nos jumelles.

À Jean Nizet, pour son soutien bienveillant et structurant tout au long de ce parcours.

À mon sous-groupe de travail Fopes qui, en acceptant une fois de plus de travailler sur le terrain des maisons médicales, a donné un fameux coup de pouce à l'élaboration de ce travail.

À Messieurs Absil et Wagener pour leur accompagnement, leur prompt et généreuse disponibilité.

Table des matières :

1.	Introduction.....	7
2.	Contexte	8
2.1	Présentation de l'organisation.....	9
3.	Cadres théoriques et méthodologie.....	10
3.1	Hypothèse et cadres théoriques.....	10
3.2	Les configurations selon Henry Mintzberg.....	10
3.2.1	La configuration missionnaire	11
3.2.2	La configuration mécaniste.....	11
3.2.3	La configuration professionnelle	11
3.3	Les formes de rationalité chez Weber.....	12
3.4	Processus de décision.....	13
3.5	Méthodologie	13
3.5.1	Choix d'une organisation.....	13
3.5.2	Récolte d'informations pour la partie diagnostic selon les configurations.....	14
3.5.3	Récolte du matériau de recherche relatif aux processus de décisions	14
3.5.4	Traitement des données.....	17
4.	Diagnostic selon les configurations de Mintzberg.....	18
4.1	La division du travail	18
4.2	La coordination	18
4.3	La qualification des opérateurs	22
4.4	Les buts	23
4.5	Le degré d'opérationnalité des buts	24
4.6	La distribution du pouvoir	24

4.7 Conclusion	26
5. Analyse de deux processus de décisions.....	28
5.1 Décision d'implémenter une coordination de soins sur fond propre	29
5.1.1 Description et analyse du processus de décision	29
5.1.2 Perceptions différentes du processus de décision :	34
5.1.3 Légitimation en valeur, légitimation instrumentale	35
5.2 Décision d'implémenter une procédure « convention pension ».....	43
5.2.1 Description et analyse du processus de décision	43
5.2.2 Perceptions différentes du processus de décision :	48
5.2.3. Légitimation en valeur, légitimation instrumentale	49
6. Formes de légitimations et configurations.....	62
6.1 Analyse des deux tableaux de synthèse :	62
6.2 Vérification de mon hypothèse :	62
6.3 Position marginale des acteurs.....	63
6.4 Tradition missionnaire	63
6.5 Et la configuration professionnelle ?	64
6.6 Place des patients	65
7. Conclusion	66
8. Bibliographie.....	68
9. Annexes.....	69

1. Introduction

Je travaille dans une maison médicale depuis près de 17 ans. En tant que gestionnaire dans une institution autogérée, je considère mon rôle comme celui d'un facilitateur. A ce titre, je m'intéresse depuis de longues années à la manière dont s'organisent les maisons médicales, comment elles se transforment, comment elles font face aux nouveaux enjeux, au renouvellement de leurs cadres, ... Le mouvement des maisons médicales est né d'un mouvement politique et s'est construit sur un socle de valeurs très fortes. Après quarante ans, que reste-t-il de ce socle de valeurs ? Quelle place prennent les valeurs aujourd'hui dans les changements à l'œuvre dans les maisons médicales ? Toutes ces questions me passionnent et sont à la base de ce travail.

De cet intérêt, découle le choix d'une maison médicale « historique » pour la réalisation en sous-groupe d'un travail de diagnostic de configuration organisationnelle pour le cours de Sociologie des organisations lors de la deuxième année du cursus de la formation. La conclusion de ce travail laissait entrevoir des possibilités de prolongations en termes de recherche sur la place des valeurs dans les changements à l'œuvre dans cette institution. Ceci constitue la genèse de ce travail de fin d'étude.

Ce travail s'articule autour de sept chapitres. Après cette introduction, le deuxième chapitre présente le contexte du mouvement des maisons médicale, un troisième chapitre présente quant à lui, les cadres théoriques mobilisés pour l'analyse et définit les modalités de la recherche. Le quatrième chapitre contient le travail de diagnostic de configuration de l'organisation étudiée. Le cinquième chapitre présente deux processus de décisions et en analyse le contenu argumentaire selon les formes de rationalités instrumentale et en valeur. Le sixième chapitre a pour ambition de faire les liens entre les deux chapitres précédents à savoir éclairer les liens entre les configurations organisationnelles et les formes de rationalités. Enfin, le chapitre sept a pour vocation de conclure ce travail.

2. Contexte

Le mouvement des maisons médicales est né dans les années septante à la faveur du mouvement contestataire qui traversait la Belgique et l'Europe. « *Ce mouvement a vu la création des maisons médicales, des centres de planning familial, des centres de santé mentale, des boutiques de droit, de gestion, des écoles alternatives, des associations de consommateurs...* »¹ Issues d'un mouvement politique, les maisons médicales et leur histoire reposent sur des valeurs fortes (solidarité, justice sociale, équité, citoyenneté, respect de l'altérité, autonomie), présentes dans les fondements de chaque entité, de chaque projet de maisons médicales et un réel engagement politique de tous les instants.

Aujourd'hui le mouvement des maisons médicales est à la croisée des chemins, ou du moins à un carrefour. Quarante années ont passé, la génération des fondateurs doit tout doucement céder la place à une nouvelle génération, le contexte politique belge a changé. L'économie est davantage mondialisée et le contexte politique international change lui aussi. Les normes internationales qui font références pour le mouvement, la Charte d'Ottawa² (1986), la Déclaration d'Alma Ata³ (1979) entre autres, commencent à dater. La déclaration de Shanghai⁴ (2016) à titre d'exemple relie aujourd'hui la promotion de la santé aux objectifs de développement durable. Les références inspirant les valeurs du secteur de la santé évoluent avec le temps. Dans ce contexte d'évolution et de changement, pour la première fois de son histoire, le mouvement des maisons médicales est mis à mal politiquement par le gouvernement fédéral. En effet, la ministre fédérale de la santé a imposé en 2017 un moratoire visant à bloquer la création de nouvelles maisons médicales, tout en imposant des économies importantes au secteur.

Dans ce contexte politique plutôt défavorable, le secteur des maisons médicales est confronté à de nouveaux enjeux et doit relever de nouveaux défis politiques. D'importants choix stratégiques doivent être opérés par la fédération des maisons médicales. Pour faire face à ces attaques, faut-il « se resserrer » autour de nos valeurs qui fondent l'identité du mouvement ? Ou au contraire faire

¹ url :

https://www.maisonmedicale.org/docrestreint.api/6102/a4ef45a9c0226c3c14a9fb4a111322f0580c6c1a/pdf/charte_des_maisons_medicales.pdf

² url : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

³ url : http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/

⁴ url : <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-fr.pdf>

en sorte de « ratisser large » pour représenter le plus grand nombre de maisons médicales, de patients, ... quitte à « s'assouplir » au niveau des valeurs ? Ces questions montrent l'intérêt de questionner la place des valeurs au sein du mouvement à l'échelle d'une fédération d'organisations comme à l'échelle de l'organisation même.

2.1 Présentation de l'organisation

La maison médicale Bautista Van Schowen (BVS) du nom de ce médecin d'extrême gauche chilien qui fut torturé et assassiné par le régime de Pinochet, est une A.S.B.L. née à Seraing en 1976. Elle est pionnière dans le mouvement des maisons médicales. C'est également la première à avoir mis en pratique le mode de financement forfaitaire que les acteurs du mouvement avaient négocié avec les pouvoirs publics. Les statuts de l'A.S.B.L. précisent que *L'association a pour objet la promotion de la santé et la promotion d'une société équitable qui valorise les individus et les relations entre eux, dans le respect des différences. Le libre choix du malade, le secret professionnel, ainsi que l'indépendance technique et morale de ses membres doivent être sauvegardés*⁵. Dès le début, l'équipe soignante a soutenu la création d'une association de patients, constituée en A.S.B.L. et dénommée « Coopérative des patients ». L'association de patients est représentée à l'AG de la maison médicale. Elle contribue aux missions de la maison médicale en se donnant comme but la solidarité entre les patients et avec l'équipe soignante pour la promotion de la santé⁶.

A ce jour⁷, l'équipe pluridisciplinaire est composée de 10 médecins, 3 infirmières, 4 kinésithérapeutes, 3 dentistes, 1 psychothérapeute, 2 assistantes sociales, 2 diététiciennes, 5 accueillantes, 3 secrétaires administratives, 1 informaticien, 1 logisticienne, 2 femmes d'ouvrages, 2 bénévoles. Les statuts précisent que *l'association tend à développer en son sein une approche transdisciplinaire des soins de santé* où la santé est définie comme *un processus dynamique qui tend vers un bien-être global physique, affectif, relationnel et social*⁸.

La maison médicale propose des soins à la population de Seraing, Ougrée, Bonnelles et Jemeppe. Elle accueille les patients tous les jours entre 8h et 18h30 et le samedi de 9h à 12h. En plus du

⁵ Statuts de l'A.S.B.L. voir annexe 1

⁶ url : <http://www.cooperativedespacients.be/joomla/index.php?limitstart=0>

⁷ En avril 2016. La structure globale de l'équipe ne change pas mais il peut y avoir des variations. Aujourd'hui par exemple, il y a 12 médecins et non 10. Il y a également un coordinateur de soin.

⁸ Statuts de l'A.S.B.L. voir annexe 1

travail curatif, elle propose des activités de santé communautaire et travaille l'intégration de ses activités dans une approche de promotion de la santé, en partenariat avec le réseau des associations et la coordination sociale de Seraing. Sa patientèle est actuellement de 4.200 patients environs.

La maison médicale est une structure autogestionnaire, c'est-à-dire que chaque travailleur peut être membre de l'assemblée générale de l'A.S.B.L. et participer à l'organisation et à la gestion du projet.

3. Cadres théoriques et méthodologie

3.1 Hypothèse et cadres théoriques

La genèse de ce travail, à travers la réalisation en sous-groupe d'un diagnostic de configurations organisationnelles selon la typologie de Mintzberg, ouvrait une porte sur le changement organisationnel. Afin d'envisager la place des valeurs dans ces processus de changements, le choix du modèle théorique introduit par Weber - formes de rationalités, instrumentale et en valeur - s'est rapidement imposé. La suite de l'élaboration du travail a consisté à penser comment articuler ces deux cadres théoriques pour la construction d'une question de recherche. La solution finalement retenue est de passer par l'analyse de processus de décisions contribuant aux changements organisationnels au sein de la structure. Ainsi, il m'est possible d'analyser la place des arguments rationnels en valeur dans les processus de décisions contribuant aux changements organisationnels à la maison médicale BVS.

Cette articulation entre les 3 cadres théoriques (configurations de Mintzberg, formes de rationalités de Weber et processus de décision) me permet de formuler l'hypothèse suivante :

Dans des processus de décisions contribuant à des changements organisationnels, les acteurs recourant à des légitimations en valeur à la maison médicale BVS renforcent la configuration missionnaire en freinant la transition vers la configuration mécaniste ; tandis que les acteurs qui recourent à des arguments instrumentaux favorisent cette transition.

3.2 Les configurations selon Henry Mintzberg

La première partie de ce travail consiste en un diagnostic de l'organisation selon les configurations de Mintzberg. La théorie des configurations permet selon son auteur, outre le fait d'ordonner les organisations, selon différentes caractéristiques, en cinq configurations, « d'éclairer de manière pertinente des questions comme celle du changement organisationnel ; en effet, bon nombre de

transformations que connaissent les organisations concrètes peuvent, selon Mintzberg, être comprises comme des passages, des transitions d’une configuration à une autre »⁹.

L’exercice de diagnostic de configurations organisationnelles analysant les critères de division du travail, de coordination, de qualification des opérateurs, de buts de l’organisation, de degré d’opérationnalité des buts et de distribution du pouvoir met en avant trois des cinq configurations définies par Mintzberg. Il s’agit de la configuration missionnaire, la bureaucratie mécaniste et la bureaucratie professionnelle.

3.2.1 La configuration missionnaire¹⁰

La configuration missionnaire se caractérise par une division du travail faible tant sur le plan vertical qu’horizontal. La coordination du travail entre opérateurs s’opère dans la configuration missionnaire par la standardisation des valeurs et par ajustement mutuel. Les buts de mission y sont prédominants et ont généralement un très faible degré d’opérationnalité. Enfin, le pouvoir des organisations missionnaires se situe principalement au niveau du sommet stratégique de l’organisation et au niveau des analystes des valeurs.

3.2.2 La configuration mécaniste¹¹

La bureaucratie mécaniste en tant que configuration organisationnelle se caractérise quant à elle par une division du travail forte sur le plan vertical et horizontal. La coordination du travail s’y opère par une standardisation des procédés ou des résultats. Cette configuration ne nécessite pas une grande qualification des opérateurs. Les buts de système y sont prédominants et leur degré d’opérationnalité est très élevé. Le pouvoir se situe au niveau du sommet stratégique et la technostructure regroupant les analystes chargés de la standardisation des procédures y joue un rôle prépondérant.

3.2.3 La configuration professionnelle¹²

Dans cette configuration, la division du travail au sein de l’organisation est généralement faible sur le plan vertical et forte sur le plan horizontal. La coordination du travail s’exerce ici par la

⁹ Nizet, Jean, et François Pichault. Introduction à la théorie des configurations: Du « one best way » à la diversité organisationnelle. De Boeck Supérieur, 2001. Page 13.

¹⁰ Idem. Page 145 à 147.

¹¹ Ibidem

¹² Ibidem

standardisation des qualifications. Les organisations appartenant à cette catégorie de bureaucratie professionnelle regroupent par conséquent des opérateurs très qualifiés. Les buts y sont le plus souvent des buts de missions correspondant aux enjeux des différentes disciplines des opérateurs de l'organisation et leur degré d'opérationnalité est relativement faible. Le pouvoir dans la configuration professionnelle est entre les mains des opérateurs qualifiés.

Dans la perspective de ce travail de recherche, on peut, de manière très synthétique et extrêmement résumée, isoler une caractéristique dominante pour chacune de ces trois configurations. On retiendra pour la configuration missionnaire l'importance de la standardisation par les valeurs, pour la configuration mécaniste celle de la standardisation par les procédures où les analystes de la technostructure jouent un rôle majeur et pour la configuration professionnelle l'importance de la qualification des opérateurs.

3.3 Les formes de rationalité chez Weber

Dans *Économie et société* (1971), Weber développe sa théorie de l'action sociale pour laquelle il définit différentes formes d'activités sociales. Il distingue l'activité rationnelle par finalité, l'activité rationnelle par valeur, l'activité affective et l'activité traditionnelle. Dans notre analyse, nous utiliserons les deux premières formes de rationalité : la rationalité en valeur et la rationalité en finalité que l'on nomme plus couramment rationalité instrumentale. En effet, dans la perspective d'analyser les arguments utilisés par les acteurs dans les processus de décisions, je vais délibérément mettre entre parenthèse l'activité affective et traditionnelle au sein de la maison médicale. Il ne s'agit pas de considérer que l'activité des acteurs est exclusivement rationnelle, sans lien avec la culture de l'organisation ou d'autres affects mais cela nous permet d'analyser efficacement les différents arguments utilisés dans la perspective de vérification de mon hypothèse.

Pour classer les arguments utilisés par les acteurs selon leur forme de rationalité, je me réfère à l'ouvrage de Julien Freund : *La sociologie de Max Weber* (1966) où il définit les caractéristiques de l'activité rationnelle par valeur et par finalité. « *L'activité rationnelle par valeur se caractérise par le fait qu'elle s'inspire, au cours de son développement, de la seule conviction de l'agent, sans se soucier des conséquences prévisibles. L'individu se met au service exclusif d'une valeur ou d'une cause d'ordre religieux, politique ou autre, avec le sentiment que le devoir s'impose à lui*

inconditionnellement et personnellement »¹³. Au sujet de l'activité rationnelle instrumentale, Julien Freund écrit que « sa caractéristique est d'être une conduite qui, une fois le but posé après mûre réflexion, choisit les moyens les plus appropriés en tenant compte des conséquences prévisibles susceptibles de contrecarrer le déroulement de l'action »¹⁴.

3.4 Processus de décision

Pour reconstituer et organiser la présentation des processus de décisions étudiés, je convoque le chapitre sur l'examen des décisions proposée par Nizet et Pichault dans *Introduction à la théorie des configurations* (2001). Les décisions y sont envisagées comme s'inscrivant dans des processus relativement longs. Il ne s'agit plus de considérer la prise de décision comme une approbation, une autorisation donnée à un moment précis mais bien de considérer les différentes étapes qui constituent un processus de décision. Plusieurs auteurs ont contribué à définir ce découpage en étapes. Les termes qu'ils emploient pour nommer ces différentes phases diffèrent mais « *ils s'accordent largement sur la désignation de plusieurs d'entre elles. D'abord l'étape d'identification ou d'émergence du problème ; en second lieu, l'étape d'exploration des solutions ; en troisième lieu, l'étape de sélection des solutions et, enfin, l'étape de mise en œuvre, ou d'implémentation de la décision.*¹⁵

3.5 Méthodologie

3.5.1 Choix d'une organisation

La maison médicale Bautista Van Schowen se situe à Seraing à proximité de Liège ce qui revêt un caractère pratique pour mener à bien la recherche pour le Liégeois que je suis. Mais le choix se porte sur cette institution en particulier car c'est une des premières maisons médicales à avoir vu le jour en Belgique. Dès lors, son histoire est riche. Son équipe est constituée de membres plus âgés qui comptent parmi les fondateurs du mouvement des maisons médicale mais aussi une plus jeune génération amenée à prendre le relais. Ces caractéristiques sont idéales pour approcher les phénomènes de changements au sein d'une organisation.

¹³ Freund, Julien. *Sociologie de Max Weber*. Presses universitaires de France, 1966. Page 92.

¹⁴ Idem page 93

¹⁵ Nizet, Jean, et François Pichault. *Introduction à la théorie des configurations : Du « one best way » à la diversité organisationnelle*. De Boeck Supérieur, 2001. Page 58.

3.5.2 Récolte d'informations pour la partie diagnostic selon les configurations

Pour obtenir des informations nous avons sollicité le Conseil d'Administration, la gestionnaire de la maison médicale et nous avons eu l'occasion de participer à une réunion plénière rassemblant l'ensemble des travailleurs de la maison médicale. L'objet de la réunion était la préparation de l'assemblée générale statutaire. Le Conseil d'administration y a présenté les comptes 2015 ainsi que les prévisions budgétaires 2016. Par la suite, nous avons obtenu copie du rapport d'activités 2014 destiné à la Région Wallonne (celui de 2015 a disparu suite à une attaque virale informatique), du document qui décrit l'organigramme de la maison médicale et du Règlement d'Ordre Intérieur. Ces documents ont servi de base à notre analyse. Pour les enrichir, nous avons pu nous appuyer sur l'observation de la procédure de traitement de notre demande et les étapes de la prise de décision par le conseil d'administration, ainsi que sur la discussion en plénière.

3.5.3 Récolte du matériau de recherche relatif aux processus de décisions

Choix des processus de décisions

Afin d'étudier la distribution des formes de rationalité dans les changements organisationnels, je vais m'intéresser à deux processus de décisions qui participent à priori de la transition de la configuration missionnaire vers la configuration bureaucratique. Dans un premier temps, le choix a été réalisé sur base des informations récoltées pour réaliser la partie diagnostique. J'ai choisi deux processus de décision (mise en place d'un groupe chargé de mettre en œuvre une politique de qualité - Adequa - et le renforcement du conseil d'administration), établi deux canevas d'entretien pour chacun des deux processus. Le premier entretien réalisé a d'emblée dévoilé une double erreur commise dans le choix des processus de décision à étudier : la mise en place du groupe Adequa remonte à au moins 25 ans (elle fait suite à la licence en santé publique d'un des médecins de la Maison Médicale) et est donc inétudiable. La décision de mettre en place un nouveau CA quant à elle ne participe pas vraiment à un mouvement vers davantage de centralisation du pouvoir comme je le croyais. A vrai dire, il s'agit même plutôt du contraire puisque la décision a porté sur l'ajout d'un organe décisionnel impliquant de facto plus d'opérateurs/travailleurs qu'avant dans le pilotage et la gestion de l'institution. Un autre scénario sur la table était de créer un poste de direction qui aurait, lui, centralisé davantage le pouvoir mais il n'a pas été retenu.

Afin de choisir deux nouveaux processus de décisions qui participent du mouvement de la configuration missionnaire vers la configuration mécaniste sur différents axes, j'ai mis à profit le

reste de ce premier entretien pour identifier des processus décisionnels qui pourraient convenir à la suite de la recherche. Sur l'axe centralisation : la décision de la maison médicale d'engager sur ses fonds propres un coordinateur de soins. Les opérateurs ont moins de marge de manœuvre individuelle. Par ailleurs, cette décision contribue aussi à la standardisation des procédés, le coordinateur de soins pouvant s'apparenter à un analyste de la technostructure qui propose des procédures et des nouvelles modalités de travail pluridisciplinaire. Sur l'axe but de système : la décision de l'équipe d'avaliser la proposition de la commission pension qui définit la procédure à suivre en vue de gérer (limiter dans le temps et contrôler le coût) le souhait de certains travailleurs ayant atteint l'âge de la pension de poursuivre leur activité professionnelle à la maison médicale. Cette décision, elle aussi, contribue à la standardisation des procédés puisqu'elle ajoute une procédure dans le domaine de la gestion des ressources humaines.

Canevas d'entretien

Pour chaque processus de décision, un canevas d'entretien¹⁶ a été réalisé. Ceux-ci devaient permettre de récolter un matériau de recherche utile pour restituer les différentes étapes des processus de décision et identifier les formes de rationalité en valeur et instrumentale mobilisées à travers ces différentes étapes par les différents acteurs de l'organisation.

Choix de l'échantillon

Dans le but d'approcher le plus possible une appréhension globale du phénomène, l'échantillon devrait couvrir cinq critères pour chacun des deux processus de décision étudiés. Ces cinq critères sont :

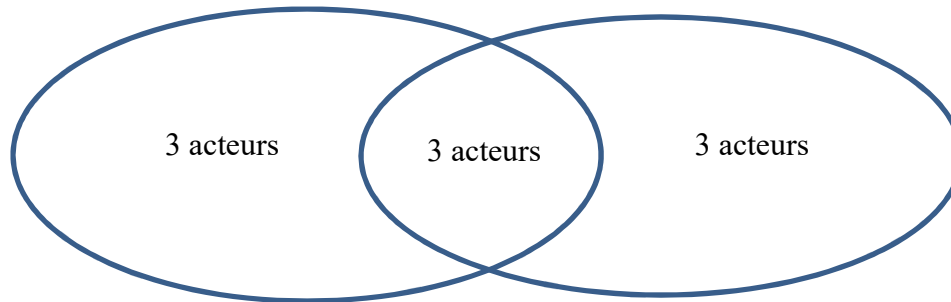
1. Acteur/porteur d'une proposition
2. Acteur particulièrement concerné par la prise de décision
3. Acteur non concerné directement par la prise de décision.
4. Acteurs de secteurs disciplinaires différents
5. Acteurs d'anciennetés différentes

¹⁶ Voir annexe 2

Afin de limiter, le nombre de rendez-vous et d'acteurs à solliciter, je définis deux sous-échantillons avec des recouvrements :

Processus de décision 1

Processus de décision 2



Soit 9 entretiens pour 6 réponses sur chacun des deux processus de décisions.

Selon ces critères, je cherche à interroger :

1. Un membre du conseil d'administration en poste au moment de l'AG de décembre 2017.
2. Un membre du secteur psycho-social porteur de la proposition d'engagement d'un coordinateur de soins
3. Un membre de la commission pension
4. Le coordinateur de soins engagé
5. Un travailleur ayant atteint l'âge de la pension toujours au travail
6. Un médecin
7. Une accueillante
8. Un kiné
9. Une infirmière

Disciplines :	Critère :	Décision :	Ancienneté :
Médecin	3	1	30
Accueillante	3	1	?
Coordinateur de soin	2	1	1
Assistante sociale	1 et 3	1 et 2	17
Psychologue	1 et 3	1 et 2	36
Infirmière	1 et 3	1 et 2	10
Médecin	2	2	44
Médecin	1	2	17
Kiné	3	2	?

3.5.4 Traitement des données

Le matériau de recherche relatif à l'analyse de deux processus de décisions est exclusivement composé des entretiens menés auprès de 9 travailleurs de la maison médicale BVS. Les données ainsi récoltées n'ont pas été traitées à partir d'une technique particulière de traitement de données. Elles ont été abordées à partir des variables qu'offre le cadre théorique choisi, à savoir les formes de rationalité instrumentale et en valeur.

4. Diagnostic selon les configurations de Mintzberg

Cette partie reprend quasiment intégralement un travail de sous-groupe rédigé dans le cadre du cours de sociologie des organisations de Monsieur Jean Nizet.

Notre travail est structuré de la manière suivante : nous analysons les différents paramètres significatifs des configurations afin de les situer par rapport à la typologie de Mintzberg.

4.1 La division du travail

La maison médicale fournit des soins à la population. Cela signifie que l'essentiel du travail est mené par chaque professionnel dans sa relation avec la patientèle, le plus souvent individuellement, parfois collectivement (notamment à travers les actions de santé communautaire). Il faut noter également l'existence de lieux de coordination plus transversaux dédiés à l'orientation du projet. Nous en déduisons que la division est majoritairement forte sur le plan horizontal avec une nuance relative à une activité importante au projet mais minoritaire dans l'organisation du travail de l'ensemble des travailleurs.

Au niveau vertical, la division du travail est à analyser dans le contexte autogestionnaire et interdisciplinaire de la maison médicale. On peut dire, dès lors que la division verticale est faible.

Analyse

Au niveau de la division du travail, l'analyse met en évidence la primauté de la configuration professionnelle. En second lieu viendrait la configuration missionnaire.

4.2 La coordination

La maison médicale connaît un assez grand nombre de dispositifs et instances de coordination. Ils sont décrits dans le rapport d'activité¹⁷, dans l'organigramme¹⁸ et dans le ROI¹⁹.

Le rapport d'activité décrit des dispositifs de coordination interne (p. 33 et 34) et des dispositifs de gestion de l'A.S.B.L. qui contribuent à la coordination (p. 35 à 37). Nous nous sommes attachés à l'analyse de la description des réunions de colloque, des réunions des secteurs professionnels, du

¹⁷ Annexe 3

¹⁸ Annexe 4

¹⁹ Annexe 5

groupe d'élaboration du plan global²⁰ (rebaptisé Comité du Plan Global – CPG), des groupes et commissions, des autres moments de la vie d'équipe et enfin des outils de coordination.

Ajustement mutuel, quelques exemples

Dans les réunions de colloque, les secteurs professionnels coordonnent leurs actions auprès des patients à travers l'échange sur la situation du patient. Ces réunions permettent également de réfléchir les projets de prévention et d'action communautaire où les professionnels s'associent dans des actions concertées.

Les outils de la coordination : Dossier de Santé Informatisé, cahier des messages, ... servent à centraliser et mutualiser l'information. Les outils en tant que tels ne contribuent pas à une standardisation des procédures car la coordination n'est pas induite par les outils. Nous les voyons comme une contribution à une coordination par ajustements mutuels différés.

Une série de missions sont coordonnées par des petits groupes composés de représentants des différentes professions. Ils sont centrés sur des aspects transversaux du fonctionnement de la maison médicale. Certains contribuent à une coordination par ajustements mutuels, comme par exemple le groupe pilotage informatique. Il vise à « réfléchir le développement de l'informatique en fonction de l'objet social et des priorités²¹ ».

Les autres moments de la vie d'équipe sont décrits dans le rapport d'activité (p. 38) en plus des organes de coordination. Il y en a de trois types : les réunions du soir (mensuelles), les analyses institutionnelles (rythme variable en fonction de l'évolution des objectifs), les week-ends de la maison médicale (une fois par an). Non-décisionnels, ces moments permettent notamment de mener une série de réflexions relatives au fonctionnement institutionnel (évaluation de l'organigramme, analyse institutionnelle,) et ils contribuent à une coordination par ajustement mutuel.

La standardisation des normes, quelques exemples

Certains colloques « objet social » sont plus particulièrement consacrés à la gestion de l'institution à travers des discussions autour du budget, de l'organigramme, le plan global. C'est aussi le lieu de l'AG. En cela il nous semble qu'ils contribuent à la standardisation des normes.

²⁰ Extrait de l'organigramme de l'institution : Le conseil du plan global est l'organe qui analyse, réfléchit, prend de la hauteur, il propose également un plan pluriannuel (axes prioritaires de la Maison Médicale) avec des objectifs annuels à l'AG. Il travaille de concert avec l'AG et le CA.

²¹ Rapport d'activité 2014 de l'A.S.B.L. page 36

Le Comité du Plan Global (CPG), décrit dans l'organigramme, est composé de 2 membres internes faisant partie de l'AG, un animateur et 2 personnes ressources (1 représentant de la coopérative des patients et un représentant de l'IGL²² ou de la Fédération). C'est un lieu d'analyse et de proposition. Il construit un plan global qui trace des perspectives pluriannuelles et qu'il soumet à l'approbation de l'AG. Le CPG est un analyste qui, d'après les descriptions de l'organigramme et du rapport d'activité semble plus centré sur les missions, les valeurs et leur mise en œuvre que sur les procédures. La participation de la Fédération ou de l'IGL tend à confirmer cette analyse.

Parmi les groupes et commissions, nous retenons le groupe « accompagnement des nouveaux », qui vise notamment à *aider l'intégration dans l'équipe* et qui contribue ainsi à la standardisation des normes.

Parmi les moments de vie de l'équipe, certains visent à soutenir une réflexion commune sur des thèmes plus politiques (la politique de la Fédération, la cohésion, ...) et ils contribuent à une standardisation des normes.

La standardisation des procédures, un exemple

Le groupe ADEQUA (Assurance DE QUALité) retient notre attention. Composé d'un médecin, d'une infirmière et d'une accueillante, il est défini comme renforçant le CPG. Toujours actif (il est mentionné lors de plusieurs interventions dans la plénière de préparation de l'AG à laquelle nous avons assisté), il n'est cependant pas mentionné dans le document descriptif de l'organigramme. Il vise à évaluer et optimiser les projets de la maison médicale. En 2014, il a travaillé l'évaluation des programmes de prévention, à la récolte de données et à leur analyse en termes de santé publique, à la réalisation de procédures d'encodages, de remboursements d'attestations de soins, pour les électrocardiogrammes, à la standardisation de l'encodage dans le dossier santé informatisé, ... C'est le seul organe décrit qui contribue à la standardisation des procédures. À ce titre, on peut considérer que le groupe ADEQUA rassemble des analystes chargés de la standardisation des procédures constituant ainsi une part de la technostructure interne à l'organisation. Le conseil d'administration dans sa mission de gestion journalière peut également être considéré comme une part de la technostructure notamment quand il propose des nouvelles

²² Inter Groupe Liégeois des maisons médicales asbl, organisation de soutien aux maisons médicales de la province et relais de proximité de la Fédération des maisons médicales.

procédures ou des mises à jour de procédures en matière de gestion des ressources humaines par exemple au même titre que le CPG dans d'autre domaine de gestion.

L'organigramme se définit dans la perspective d'une logique de projet. En soi, il représente un cadre de référence pour la coordination du travail articulant les différents organes de coordination.

La coordination du travail entre opérateurs est aussi largement décrite dans le Règlement d'Ordre Intérieur (ROI), de manière beaucoup plus opérationnelle. Globalement, le ROI reprend un grand nombre de procédures et de normes visant à organiser le travail. Nous nous interrogeons sur ce nombre. Il serait intéressant d'investiguer la réelle mise en œuvre de ces procédures tant elles sont nombreuses et parfois floues quant à l'identité de la personne ou l'instance portant la responsabilité de leur mise en œuvre. Pour illustrer ce questionnement, nous relevons une expérience vécue lors de notre visite à la maison médicale dans le cadre d'une plénière. Une procédure existante prévoit que les visiteurs, pour pouvoir assister à la plénière, doivent signer un document engageant à la confidentialité des propos tenus lors de cette réunion. Nous avons été informés de cette procédure à l'avance. Au moment même, le document n'était pas prêt, un administrateur est allé en dactylographier un. Nous avons laissé ces documents aux administrateurs. Dans la mesure où ils ne savaient pas où trouver un document type, nous nous interrogeons sur la possibilité qu'ils conservent nos documents de manière efficace. Par ailleurs, notre engagement portait sur les propos tenus lors de la réunion et pas sur les documents potentiellement plus sensibles que nous avons reçus sur simple demande, sans engagement de confidentialité de notre part, qui semblait aller de soi.

Analyse

Si on se centre sur le rapport d'activité, la coordination semble reposer essentiellement sur deux modes : l'ajustement mutuel et la standardisation des normes. Dans les dispositifs de coordination, on ne trouve pas de supervision directe. Si on tient compte du ROI, on constate que des pans entiers de la coordination de l'activité (ex : organisation du travail entre travailleurs) sont régis par le biais de procédures standardisées et constamment mises à jour.

On pourrait considérer qu'une certaine coordination du travail repose sur la formation des soignants. Cependant, le travail interdisciplinaire alliant des approches bio-médicales, psychologiques et sociales contrarie ce type de standardisation et rend d'autant plus nécessaire la coordination par ajustement mutuel. L'analyse de données du rapport d'activité, en termes d'activité curative, nous éclaire sur la standardisation des qualifications. L'activité de BVS repose

sur le travail de professionnels formés et socialisés : médecins, kiné, infirmières, assistantes sociales, dentistes, psychologues, diététicienne. La place du secteur accueil pose question. Si pour une part son travail relève du service de soutien, il est toutefois considéré à BVS dans les écrits comme un soignant : « la première ligne de la première ligne ». Or, ses membres ne sont pas des professionnels en tous cas socialisés. A BVS, l'autonomie des soignants est relativement limitée par les cadres organisationnels (harmonisations des horaires, du temps à consacrer aux patients, aux tarifs appliqués, ...) par le partage d'outils communs (harmonisation de l'encodage dans le dossier de santé partagé par les professionnels), par le partage de la patientèle (le professionnel ne choisit pas ses patients qui sont potentiellement tous les patients inscrits de l'institution). Il existe une certaine standardisation des qualifications, cependant, elle contribue peu à la coordination du travail.

Le travail du soin en première ligne est impossible à organiser par des procédures standardisées étant donné la spécificité d'un travail complexe sur l'humain. Cependant, le groupe ADEQUA contribue à une standardisation des procédures d'évaluation de l'action de prévention et d'évaluation des besoins en santé de la population majoritairement orientée vers la qualité des soins fournis.

L'analyse de la coordination confirme la configuration missionnaire comme configuration principale, venant ensuite la bureaucratie mécaniste en lien avec les procédures du ROI.

4.3 La qualification des opérateurs

Le rapport d'activité de 2014 nous apprend que l'équipe de travail est composée de 10 personnes qualifiées via une formation longue (les médecins), 15 personnes qualifiées (infirmières, kiné, dentistes, assistantes sociales, diététiciennes), 10 personnes dont on ne connaît pas précisément le degré de qualification et dont la fonction ne requiert pas la certification des compétences (accueillantes, secrétaires administratives, informaticien), 3 personnes non-qualifiées (logisticienne et femmes d'ouvrage) et 2 bénévoles.

Analyse

Les opérateurs sont majoritairement qualifiés, ce qui correspond à la fois aux configurations missionnaires et professionnelles. Toutefois, dans ce contexte médical, on peut considérer que le fait de poser des actes médicaux et paramédicaux régis par la nomenclature des soins de l'INAMI cadre parfaitement avec la configuration professionnelle. Les exemples utilisés par Mintzberg pour

décrire la configuration professionnelle sont d'ailleurs très souvent pris dans le secteur médical (hôpitaux) et dans l'enseignement supérieur (universités).

4.4 Les buts

Le rapport d'activité reprend l'objet social et les objectifs de la maison médicale (p.7). Ils reprennent la continuité et la réalisation de soins intégrés, l'accessibilité aux soins la meilleure possible de manière non discriminante, le travail en synergie avec le réseau, mettre le patient au cœur de la démarche en tant qu'acteur et non consommateur de soins, en tant que partenaire de sa santé, le patient est également vu comme un partenaire politique pour aller vers l'amélioration des politiques de santé et établir une société plus juste. L'objet social précise également que l'action de la maison médicale vise à améliorer la santé de la population sur le territoire en articulant « projet de société », « valeurs », « moyens » à travers des soins de santé primaires de première ligne et de qualité. Ce sont clairement les patients et la population qui sont au cœur des objectifs de BVS que nous qualifions dès lors de buts de mission. Ce rapport décrit également le fonctionnement de divers groupes et commissions mais nous n'avons pas assez d'éléments pour nous prononcer sur la présence des buts de systèmes dans ces lieux-là.

Au niveau de l'organigramme, les méthodes d'organisation, l'analyse des contingences internes et externes sont au service des buts de mission

Cependant, la plénière de préparation de l'AG statutaire à laquelle nous avons eu l'occasion d'assister montre que la réalité économique de l'institution fait émerger des enjeux qui relèvent des buts de système, à savoir la pérennisation et la survie de l'institution. Dans ce cadre, les stratégies proposées relèvent davantage des buts de système que des buts de mission : augmenter la patientèle ne vise pas à améliorer l'accessibilité mais à répondre à un enjeu économique. La discussion relative aux critères d'obtention de primes d'encouragement à l'utilisation de services e-santé est moins envisagée comme piste d'amélioration de la qualité des soins que comme une opportunité financière. L'importance d'avoir un débat éthique sur la question sera évoquée, mais en fin de discussion seulement.

Le ROI s'ouvre sur une règle affirmant un but de mission (adhésion aux statuts et la charte de l'A.S.B.L. pour les nouveaux travailleurs). Pour le reste du document de 40 pages, il est essentiellement orienté vers des buts de système à travers des normes et des procédures (ex : organisation des congés où les enjeux de continuité des soins ne sont pas pris en compte mais bien des enjeux de bonne utilisation des ressources).

Analyse

Sur base des matériaux analysables en notre possession, nous pouvons dire que les buts de missions sont prédominants dans l'organisation, à travers les documents de référence tels que les statuts, le rapport d'activité et l'organigramme. Les buts de système se retrouvent essentiellement dans les aspects de gestion du personnel formalisés dans le ROI. L'enjeu économique révélé à l'occasion de l'AG statutaire 2016 pourrait influencer l'évolution de l'organisation vers une plus grande prépondérance des buts de système (en l'occurrence de survie).

Cette analyse nous amène à retenir la configuration missionnaire de manière prioritaire et bureaucratique de manière secondaire.

4.5 Le degré d'opérationnalité des buts

Les buts de mission sont décrits dans les documents de manière large et peu opérationnelle. Même si la culture des maisons médicales et des soignants intègre une attention particulière à l'évaluation, qui se traduit à BVS par l'existence et le travail du groupe ADEQUA, cette culture semble n'induire que peu de formulation de buts opérationnels. Ces objectifs davantage opérationnels ne concernent que certaines dimensions du projet (prévention par exemple).

Les buts de système évoqués à l'occasion de la plénière de préparation de l'AG et concernant l'utilisation des services de l'e-santé, sont davantage opérationnels dans la mesure où ils déterminent de manière exogène des critères objectifs (actions concrètes et quotas).

Analyse

L'analyse du degré d'opérationnalité des buts indique la prédominance de la configuration missionnaire avec une majorité de buts de mission peu opérationnels. La configuration secondaire serait ici la configuration bureaucratique révélée par les buts de système plus opérationnels.

4.6 La distribution du pouvoir

L'organigramme de BVS identifie quatre organes clés : *l'assemblée générale* qui est le lieu de décision sur les choix de l'organisation, c'est là qu'est le pouvoir. Dans la terminologie de Mintzberg, il s'agit du sommet stratégique. Le *conseil d'administration* comme organe de programmation, structuration, organisation et gestion des activités. C'est-à-dire la ligne hiérarchique selon Mintzberg. La *base* qui est le lieu de réalisation concrète et quotidienne du projet mais aussi le lieu d'observation pour le travail d'analyse. Nous le traduisons comme le centre opérationnel selon la terminologie de Mintzberg. Et enfin *le conseil du plan global* (CPG) qui

prend en charge le travail d'analyse et de présentation des choix. Nous la traduisons dans la terminologie de Mintzberg en termes de technostucture.

De manière paradoxale, les travailleurs élus au CPG analysent l'activité, élaborent des propositions qu'ils ont l'occasion de voter en assemblée générale. Cela leur confère un poids supérieur à celui de la base définie comme le lieu de l'expression démocratique et de l'AG qui est le lieu de décision sur les choix de l'organisation.

L'analyse du ROI révèle un niveau de pouvoir qui n'apparaît pas dans les autres documents, à savoir les secteurs professionnels qui portent un certain nombre de responsabilités allant jusqu'à la prise de décisions négociées en secteur, portant sur la gestion des ressources humaines (organisation des congés, engagement de remplaçants, réductions de temps de travail, ...).

Analyse

Globalement, le pouvoir se situe bien au sommet stratégique. Cela est visible notamment dans le ROI qui renvoie à une grande quantité de décisions prises en assemblée générale.

Nous concluons que l'organisation est majoritairement missionnaire du point de vue du pouvoir, car l'AG est un lieu où se travaille la standardisation des normes. Dans la mesure où on identifie une technostucture ayant un certain pouvoir, nous nous rapprochons secondairement de la configuration bureaucratique.

4.7 Conclusion

	Configuration Missionnaire	Configuration professionnelle	Configuration bureaucratique
Division du travail	2 ^{ème}	1 ^{ère}	
Coordination	1 ^{ère}		2 ^{ème}
Qualification des opérateurs	1 ^{ère}	1 ^{ère}	
Buts	1 ^{ère}		2 ^{ème}
Degré d'opérationnalité des buts	1 ^{ère}		2 ^{ème}
Distribution du pouvoir	1 ^{ère}		2 ^{ème}

Notre analyse confirme la prédominance de la configuration missionnaire toutefois, il nous apparaît que la standardisation des normes est mise sous pression, ne suffit plus à la coordination du travail à la maison médicale BVS.

C'est pour nous relativement interpellant de constater que l'analyse du rapport d'activité seule confirmerait la configuration missionnaire. C'est l'élargissement à d'autres documents de référence (en particulier le ROI) qui contrarie cette tendance. Or, le rapport d'activité a pour fonction de dire l'institution à l'extérieur (principalement au pouvoir subsidiant). On peut donc constater que lorsque l'institution parle d'elle-même, elle tient à renvoyer une image proche de la configuration missionnaire faisant la part belle aux valeurs et buts de mission. Les documents à usage interne, l'arsenal organisationnel d'organes et de procédures pléthoriques nous indiquent que la standardisation des normes ne suffit pas et montre un recours à la standardisation des procédures.

Etant donné l'âge et la taille de l'institution, l'évolution de la configuration missionnaire initiale vers une autre configuration n'est pas étonnante certes. Cependant, nous pensions a priori que c'est

plutôt la standardisation des qualifications qui supplanterait à la standardisation des normes étant donné l'environnement médical de l'institution et la tradition sociale qui pourrait l'accompagner (via la formation des soignants, les associations professionnelles, ...). Or, on constate que c'est d'avantage une réponse en termes de procédures qui tend à remplacer la standardisation des normes et définit ainsi la configuration bureaucratique comme configuration secondaire

5. Analyse de deux processus de décisions

Dans ce chapitre, je vais dans un premier temps décrire et analyser deux processus de décision.

Chacun des processus de décision a été choisi car il participe, s'inscrit, du moins on peut en faire l'hypothèse, dans la transition de la configuration « missionnaire » vers la configuration « bureaucratique mécaniste ». En effet, sur l'axe « centralisation », la décision de la maison médicale d'engager sur ses fonds propres un coordinateur de soins implique que les opérateurs ont moins de marge de manœuvre individuelle. Par ailleurs cette décision contribue aussi à la standardisation des procédés, le coordinateur de soins pouvant s'apparenter à un analyste qui propose des procédures et des nouvelles modalités de travail pluridisciplinaire. Sur l'axe « but de système », la décision de l'équipe d'avaliser la proposition de la commission pension qui définit la procédure à suivre en vue de gérer (limiter dans le temps et contrôler le coût) le souhait de certains travailleurs ayant atteint l'âge de la pension de poursuivre leur activité professionnelle à la maison médicale contribue à la standardisation des procédés puisqu'elle ajoute une procédure dans le domaine de la gestion des ressources humaines.

Le premier processus de décision s'inscrit dans une suite de décisions successives et je commencerai, dès lors, pour le situer dans cette suite de prises de décisions successives, par décrire et analyser deux processus qui le précèdent. Le second processus de décision analysé, quant à lui, est davantage circonscrit dans le temps et le contexte de l'institution. Toutefois, la nature de la décision dont il fait l'objet implique, génère un nouveau processus de décision qui lui-même en génère un nouveau et ainsi de suite. Pour ce second processus de décision, ce sera plutôt au terme de sa description et de son analyse que seront décrits et analysés les processus décisionnels qui en découlent, qui « suivent ». Les deux processus de décisions sont présentés et analysés à travers leur découpage en étapes : *D'abord l'étape d'identification ou d'émergence du problème ; en second lieu, l'étape d'exploration des solutions ; en troisième lieu, l'étape de sélection des solutions et, enfin, l'étape de mise en œuvre ou d'implémentation de la décision.*²³

²³ Nizet, Jean, et François Pichault. *Introduction à la théorie des configurations : Du « one best way » à la diversité organisationnelle*. De Boeck Supérieur, 2001. Page 58.

Dans un deuxième temps, je vais analyser les différents arguments avancés par les acteurs dans les différentes phases des processus de décision avec pour objectif principal de définir s'il relève d'une rationalité instrumentale ou d'une rationalité en valeur selon la typologie de Max Weber.

5.1 Décision d'implémenter une coordination de soins sur fond propre

5.1.1 Description et analyse du processus de décision

Un processus décisionnel qui s'inscrit à la suite d'une succession de processus de décision :

Le processus de décision est difficile à délimiter tant les différents acteurs s'accordent pour dire que la décision d'engager un coordinateur de soins sur fond propre prend ses racines il y a plusieurs années. « *Moi je dirais que ça fait plusieurs années, ça c'est clair dans ma tête que ça fait plusieurs années* » (Médecin 1) ; « *On en parle, je dirais, depuis 5-6 ans mais ça fait vraiment deux ans, je dirais, qu'on a plus tenté de répondre à cette question-là* » (Accueillante). C'est un processus de décision qui s'inscrit dans une suite de décisions successives. Comment travailler ensemble, comment faire face à l'augmentation de la taille de l'équipe, comment faire face à la surcharge de tel ou tel secteur, comment ajuster les pratiques professionnelles pour faire face à la complexité grandissante des situations rencontrées, ... « *C'est très flou. En fait, on pourrait dire qu'il y a un besoin de quelque chose et que l'institution est déstabilisée parce qu'il y a des nouvelles pratiques, des nouvelles formes de problèmes, il y a des complexités qui sont de plus en plus accentuées et de plus en plus incompréhensibles surtout et il y a cette demande qui émerge mais ça n'a pas été directement* « il nous faut une coordination » » (Coordinateur de soins) ; « *Ça ne se dit pas vraiment, ça prend plutôt la forme de* « Au secours ! Nous avons besoin de quelque chose ! » » (Coordinateur de soins) ; « *On le sait bien, on a des patients plus complexes, plus isolés socialement avec des demandes et des motifs de contact... je me rappelle qu'à l'époque, il y a 30 ans, on parlait du motif de contact, quand on en avait 3 c'était beaucoup. Maintenant, on en a 7-8 par contact donc forcément, là aussi la demande, on étouffe un peu sous la demande* » (Médecin 1). Tous ces enjeux présents depuis de nombreuses années ont donné lieu à des décisions de changements successives dans l'organisation.

Un premier processus de décision « précédant » :

Parmi celles-ci on peut pointer le processus de décision relatif à un nouvel organigramme. « *Coordination de soins, on n'en a parlé au moment où on a créé un organigramme... un organigramme particulier où il y a une Commission du Plan global... qui réfléchit les choses dans le long terme sur certains sujets donc ça on a mis en place cette commission aux alentours de 2006*

je pense » (Psychologue). Les enjeux de coordination se sont posés de manières différentes pour les différents acteurs : *« C'est comme ça que je l'ai entendu : on n'a pas besoin de coordination de soins à la maison médicale, il faut penser à la coordination globale »* (Psychologue). Pour certains, la coordination de soins n'était pas une réponse adéquate et l'équipe a finalement opté pour d'autres pistes en matière de coordination. *« On a parlé à un moment donné de coordination logistique et coordination de soins et ce qui a primé c'est la coordination logistique »* (Assistante sociale). La décision d'allouer des moyens à une forme de coordination logistique (administrative et « matérielle ») s'inscrit donc dans un contexte où on parlait déjà de la notion de coordination de soins. Notion qui était également débattue dans l'environnement proche de l'organisation puisque l'idée commençait à faire son chemin au sein de l'intergroupe des maisons médicales liégeoises. *« Il y a eu en même temps tout un mouvement au niveau de l'IGL²⁴ pensant la question de la coordination de soins, ça, c'est daté, ça, ça a été réfléchi, je pense que certaines maisons médicales ont opté vers cette question-là et à BVS, cette question-là n'avait pas été ouverte sciemment »* (Psychologue).

Un second processus « précédant » :

Un processus de décision plus récent qui précède et dont découle, pourrait-on dire, dans cette perspective d'enchaînement de décisions, l'engagement d'un coordinateur de soins est la décision prise par l'institution d'engager un soutien au secteur psychosocial dans la prise en charge des problématiques de santé mentale. Le secteur social (constitué d'une assistante sociale) était en difficulté depuis un certain temps. *« C'est l'AS²⁵ qui était en difficulté parce qu'elle est seule représentante du social et qui a lutté pour avoir une aide et alors ce qu'elle mettait en avant c'était la porte de la santé mentale pour dire qu'elle était submergée par quelque chose auquel elle ne pouvait répondre »* (Coordinateur de soins). *« C'était tombé à l'eau puis ça a réapparu à moment donné, où suite à une crise, qui est là présente au niveau du secteur social, l'assistante sociale en l'occurrence en difficulté, en burnout. A certains moments, elle s'est absentée, etc. »* (Psychologue). La reconnaissance de ces difficultés vécues par l'assistante sociale donne lieu à une forme de dette symbolique de l'institution envers le secteur social. *« Donc, oui, c'était très très très complexe, cette période-là était très dure et les personnes au C.A. se sont engagées vis-à-vis de moi en disant « OK, tu donnes maintenant mais s'il y a plus tard ce sera pour toi »... »*

²⁴ InterGroupe Liégeois des maisons médicales

²⁵ Pour plus de lisibilité et d'anonymat, les prénoms seront remplacés par la fonction occupée par l'acteur

(Assistante sociale). Pour certains acteurs, l'équipe de la maison médicale s'est, en quelque sorte, acquitté de cette dette en cherchant à obtenir une subvention pour engager un soutien au secteur social. *« Je pense que c'est l'AS qui s'est battue pour être entendue et l'équipe a répondu pas spécialement pour le projet mais encore pour la personne. Je pense parce qu'ils voyaient que l'AS était, en tant que personne dans la maison médicale, en difficulté. Ils ont dit « OK » et c'est pour ça que ce n'était qu'un an à la base. C'était un soutien d'un an et trouver des trucs et astuces pour ne plus qu'elle s'épuise... »* (Coordinateur de soins).

Emergence du problème et exploration des solutions

A partir de cet engagement via un subside d'un an, le processus de décision relatif à l'engagement d'un coordinateur de soins s'est enclenché. Son émergence est l'œuvre d'un groupe d'acteurs qui avait en charge le pilotage, l'accompagnement du projet de soutien au secteur psycho-social. Pour piloter la mise en œuvre du projet de soutien d'un an au secteur social, le groupe santé mentale (GSM) de la maison médicale s'est étoffé pour constituer un groupe de réflexion mandaté par l'institution. *« Il y a eu l'élaboration au sein du GSM de BVS quand c'est le coordinateur de soins qui a été désigné. Le GSM dont je faisais partie mais aussi médecin x, je pense qu'on était deux, on l'a élargi au secteur social parce qu'avant ça, l'AS n'était pas disponible. »* (Psychologue). En effet, ce projet incluait une dimension de recherche de pistes de solutions pour l'avenir du secteur et les différents enjeux de coordinations, autour des situations liées aux problématiques de la santé mentale et de soins plus globaux. Le GSM avait donc un mandat pour mener cette réflexion et en présenter les conclusions à l'équipe de la Maison Médicale. *« Le mandat ? C'est le GSM, on est mandaté pour faire ce travail de santé mentale et est-ce qu'on a agi ? Moi je pense que quelque part chez certains membres du conseil d'administration dont je ne faisais pas partie à l'époque, il y avait cette idée comme si on était dans une sorte de passage à l'acte alors que ça a toujours été très transparent. Mais effectivement plus on avançait dans notre travail de réflexion et l'intérêt de la personne du coordinateur de soins qui est quelqu'un qui a une capacité de théorisation du travail on a trouvé ça vraiment passionnant de pouvoir réfléchir avec lui, de commencer à pouvoir articuler les choses sans trop se poser la question de savoir « est-ce qu'on a les moyens de faire ça ? » »* (Psychologue). Il y a eu plusieurs réunions (plénières et « colloques objet social ») de présentation de l'état d'avancement de la réflexion du groupe de travail à l'équipe et aussi au conseil d'administration. *« ...C'est beaucoup le psy et l'AS qui ont présenté ça en tant que projet santé mentale je dirais et qui sont venus plusieurs fois en plénière hein, c'est souvent d'abord en plénière et même en (colloque objets sociaux). Je pense qu'ils ont bien travaillé leur dossier*

sincèrement. » (Médecin 1) « ...Et puis, il y a eu plusieurs présentations en fait il y en a eu avant les grandes vacances, une après et une encore. En fait, c'était très long... » (Coordinateur de soins). « Le GSM a eu aussi des rendez-vous avec le C.A. pour présenter clairement les volontés etc. » (Coordinateur de soins). L'émergence du problème et l'étape d'exploration des solutions se suivent de près dans ce processus de décision.

Sélection des solutions

Entrant dans la phase de sélection des solutions, le groupe de travail a finalement soumis une proposition à une assemblée plénière lors de laquelle chacun a pu s'exprimer, argumenter, débattre, approuver, s'opposer à la proposition. *« Donc il y a eu les présentations qui étaient pendant les temps de colloque donc pendant des réunions d'équipe et puis il y a eu en AG où ça a été discuté [...] et puis je crois qu'il y a eu deux fois où ça a été discuté, une première fois où il fallait en discuter, donc le C.A. adresse les propositions, une deuxième fois où ils discutent des propositions et la troisième fois où c'était le vote. »* (Coordinateur de soin)

Cette proposition comportait trois axes. Le maintien des deux axes déjà présents dans l'engagement initial à savoir, d'une part un soutien au secteur social à travers un travail clinique auprès des patients, et d'autre part la réflexion et la mise en œuvre d'une coordination au niveau des enjeux de santé mentale. Le troisième axe étant celui de la coordination de soins. *« ... Donc, on avait des subsides et puis on n'a plus eu de subsides et on se dit : pour que l'équipe accepte un fond propre sur cette base-là il faut donner quelque chose à l'équipe aussi, il faut que ça ait un intérêt même si le coordinateur de soins avait prouvé son efficacité tout de suite pendant l'année par rapport aux patients quoi. Et on s'est dit : on va faire trois temps différents, on garde le psychosocial pour continuer, on garde la santé mentale et on va faire un tiers-temps coordination des soins globaux et on va élargir aux infirmières et aux médecins. »* (Assistante sociale) *« On était convaincu de l'intérêt de ce travail-là et peut-être que sortir de la santé mentale et envisager la question de façon globale, ça c'était peut-être, je ne sais pas... dans mon chef, je me dis que stratégiquement c'était intéressant parce que tout le monde va se sentir concerné par rapport à cette question-là »* (Psychologue). Au terme de la plénière, c'est au conseil d'administration que revient la tâche de finaliser une proposition, qui tient compte des apports de la plénière, à soumettre au vote de l'assemblée générale. *« En fait le C.A. adresse les propositions sur ce qui se dit dans la plénière donc c'est-à-dire que le GSM expose, convaincu par l'utilité du truc, tous les membres de l'AG sont réunis, il y a une discussion, un débat, le C.A. extrait les propositions de ça, donc ça veut dire que, par exemple, si c'est hors de question qu'on négocie un temps plein c'est même pas*

une proposition, c'est extrait et puis après, il y a encore de nouveaux débats donc les propositions c'était : pas d'engagement, mi-temps ou temps plein. Et puis donc c'était de nouveau débattu et puis ça a été voté. » (Coordinateur de soins). Le Conseil d'Administration proposait à l'assemblée générale de voter soit pour un engagement d'un temps plein comprenant 3 tiers temps pour chacun des axes de travail proposés, soit pour un mi-temps, dans lequel on devrait supprimer un des trois axes, soit pas d'engagement. La subvention d'un an n'étant pas reconductible l'assemblée générale avait à se positionner pour cet engagement sur les fonds propres de l'A.S.B.L.

C'est l'option de prolongation du contrat à temps plein qui finalement rencontre le plus de voix lors de cette assemblée générale. *« 11 pour un temps plein si je me souviens bien c'était 11 pour un temps plein, huit pour un mi-temps et une seule contre [...] oui, j'oublie, il y avait des abstentions aussi mais je ne sais pas combien. Il devait y en avoir 4 ou 5. »* (Coordinateur de soins) Cette décision revêtait un caractère particulier dans la mesure où, indépendamment des enjeux de fonds (projets, finances, ...), l'emploi d'un collègue présent au sein de l'équipe depuis un an était en jeu. *« Je crois qu'il y a la personnalité du coordinateur de soins donc ça de manière informelle on sent bien que tout le monde l'aime bien et ça, je crois que ça joue énormément mais ce n'est pas officiellement. On ne va pas dire « c'est parce qu'on l'aime bien qu'on l'engage » donc ça on ne va pas dire, mais c'est ça. »* (Assistante sociale)

Implémentation de la décision

La décision, même si elle n'a pas fait l'unanimité à l'époque, ce que certains acteurs d'ailleurs semblent avoir oublié, donne globalement aujourd'hui satisfaction à l'ensemble des acteurs interrogés. *« ... Et je pense que c'est ça qui a permis de trancher que ça passe relativement facilement parce que y'a des gens qui se sont abstenus quand même mais c'est passé quand même relativement facilement. Moi j'étais très content, c'est le souvenir que j'en ai »* (Psychologue) *« J'essaye de me rappeler en décembre je ne me souviens pas qu'il y a vraiment eu des personnes qui étaient contre et qu'il a fallu argumenter je pense que ça s'est fait plutôt naturellement »* (Accueillante). *« Je pense que c'est un bon début. Maintenant, c'est tout nouveau pour nous. Si ça fait deux ans, c'est beaucoup. C'est un poste récent donc je pense qu'y a moyen de faire d'autres choses pour le moment. C'est très satisfaisant mais je pense qu'y a moyen de développer ça plus largement. »* (Accueillante) *« Je trouve que la décision était bonne donc je la soutiens, je trouve qu'elle a été équilibrée parce qu'on a essayé de rencontrer plusieurs aspects »* (Médecin 1). *« Je n'ai pas grand-chose à redire, ça été pris démocratiquement. Ça a fait l'objet et ça continue à faire l'objet de discussions. Je ne sais plus quand l'évaluation est prévue »* (Médecin 1) *« Ben je*

pense que c'est une bonne décision ! Je pense que c'est une bonne décision et en plus j'ai même l'impression que vu notre climat actuel avec les tensions, avec la 20 là, avec la classification et l'IFIC, dans le budget je n'ai pas encore entendu personne qui disait « on ne va pas prolonger le coordinateur de soins ». Personne ne l'a dit, enfin, en tout cas, moi, je n'ai rien entendu. » (Assistante sociale)

5.1.2 Perceptions différentes du processus de décision :

Parmi les témoignages recueillis, la majorité relatent clairement les tensions, les clivages, parfois même la violence des débats à l'œuvre tout au long du processus de décision. *« Je trouve que les moments formels sont beaucoup plus violents. En fait, je trouve qu'il y a une violence forte, très très forte dans ces moments-là [...] quand je vois comment les processus se mettent en place je trouve que c'est ces moments qui sont vraiment très violents »* (Coordinateur de soins). En faisant référence à Hirschman²⁶, on peut dire que les acteurs de l'organisation, ainsi décrits, sont perçus comme étant dans le « Voice », comme exerçant leur influence, leur pouvoir dans le processus de décision. *« Mais...plusieurs vieux briscards dont j'ai fait partie, au moment de l'AG ont gueulé en soutenant un peu l'affaire et c'est passé mais ce n'était pas un consensus très large hein cette affaire-là »* (Médecin 1). Or, parmi les témoignages, deux acteurs présentent le déroulement du processus de décision comme relativement consensuel, certes pour eux aussi des débats sont organisés dans les réunions plénières mais au terme desquels la décision se prend sans difficulté avec une large majorité. *« Mais je pense qu'on était tous d'accord on était arrivés à moment donné où on voyait bien qu'il fallait une personne pour faire ça donc je pense que ça n'a pas créé trop de difficultés, on était d'accord. [...] Je ne me souviens pas qu'il y avait des personnes qui étaient réticentes. En tout cas, elles ne se sont pas exprimées lors de l'assemblée générale [...] j'essaye de me rappeler, en décembre, je ne me souviens pas qu'il y a vraiment eu des personnes qui étaient contre et qu'il a fallu argumenter je pense que ça s'est fait plutôt naturellement »* (Accueillante)

Ces deux témoignages nous décrivent une équipe où les acteurs sont davantage perçus comme étant dans la loyauté et se ralliant volontiers à l'avis des autres ce qui contraste très fort avec l'histoire qui est relatée par la majorité des témoins.

²⁶ Nizet Jean, *La théorie du pouvoir*, Facultés Universitaires de Namur, url : <http://www.grh.hec.ulg.ac.be/cours/supports/COSE/pouvoir.pdf>

5.1.3 Légitimation en valeur, légitimation instrumentale

Dans ce processus de décision, nous n'avons observé qu'un seul moment très précis où une forme de stratégie de pression a été à l'œuvre. En effet, les circonstances de la prise de décision en assemblée générale de prolonger ou non le contrat du coordinateur de soins impliquait qu'il anticipe une éventuelle non reconduction de son contrat en s'assurant une solution de rechange. L'institution s'est donc trouvée face à un travailleur qui a pu dire : soit vous me donnez un temps plein soit je choisis l'autre emploi. La menace a certainement pesé dans le positionnement des acteurs qui avaient à choisir entre une prolongation à temps plein, à mi-temps ou pas de reconduction. « ... Et donc, du coup, ce qui pesait dans la balance aussi c'est : si c'est un mi-temps c'est non [...] Mais c'est : on me propose un temps plein en face, je ne peux pas négocier sur moins... » (Coordinateur de soins).

Dès lors, les arguments utilisés par les acteurs dans ce processus de décision seront plutôt à l'œuvre dans des stratégies de légitimations soit instrumentales quand les arguments relèvent d'une forme de rationalité instrumentale soit en valeur quand ils relèvent d'une rationalité en valeur selon la typologie de Max Weber.

Arguments renvoyant à la rationalité en valeur

Qualité des soins

« Les arguments c'était surtout la qualité des soins en fait. » (Assistante sociale)

Le premier ordre d'arguments relevant d'une rationalité en valeur concerne la qualité des soins. La qualité des soins est un objectif qui compte comme une valeur fondamentale inscrite dans l'ADN de l'organisation. Les défenseurs du projet, le secteur psycho-social, le GSM qui portait la proposition, mais aussi ceux qui parmi les secteurs médical et infirmier notamment percevaient déjà l'intérêt d'une forme de coordination de soins ont beaucoup employé ce type d'arguments. « Un projet qui s'appelait « soigner autrement » qui est en cours doit être présenté d'ici peu avec une autre collaboration surtout du secteur médecin infirmiers. Voilà, dans le but d'avoir une meilleure prise en charge des patients » (Infirmière). « Dans le côté favorable il y avait la volonté de travailler autrement et donc on injecte des finances du temps etc. dans ce projet là parce qu'il va permettre de désaturer peut-être d'autres secteurs et donc c'est une réponse sur la qualité plutôt que la quantité pour éviter de devoir tout le temps augmenter les services le travail etc... C'est d'avoir quelque chose de plus transversal et donc de changer les pratiques et ce qu'il disait, ben voilà, effectivement il y a une autre manière de travailler qui vient d'arriver à BVS donc c'était

continuer ça» (Coordinateur de soins) « Travailler autrement mais avec une idée de justice sociale. Comment faire plus de qualité pour les patients, les gens, sans que ça ne soit plus cher, rester dans l'égalité ? » (Coordinateur de soins). Evoquer la qualité des soins permet aux acteurs une triangulation avec la charte de la maison médicale qui constitue le répertoire des « valeurs références » pour l'ensemble de l'équipe. En effet, la charte définit la qualité des soins sur base de plusieurs critères (globalité, continuité, intégration, accessibilité) mais aussi à travers plusieurs concepts qui relèvent tantôt de moyens tantôt de valeurs (transdisciplinarité, égalité entre les acteurs - patients/soignants ou soignants de disciplines différentes, ...). « Une coordination, ça peut remettre tout le monde sur le même pied aussi par rapport aux patients et par rapport à la référence, parce qu'on est quand même dans une idée de soigner autrement, dans l'idée de soigner autrement donc de cette idée de partage des tâches » (Assistante sociale). « Les psys, ça ne cause pas comme les docteurs, les docteurs, ça cause pas comme les infirmières et elles, pas comme les kinés et pas comme les AS. Tout le monde pense qu'il suffit de mettre des gens autour d'une table, c'est déjà bien mais ça ne suffit pas du tout. Il faut construire quelque chose qui permette de se comprendre, ce n'est pas évident et en plus avec les patients, ça rajoute une couche. Donc voilà, je pense que le coordinateur de soins a servi, sert un peu de ciment de tout ça, de liant, de maïzena quelque chose comme ça. C'est important à dire parce que peut-être qu'on avait besoin de ça justement et aussi d'une articulation entre ceux qui étaient plus « on va gérer hein », du management » (Médecin 1)

Cette triangulation avec la charte, les valeurs communes, rend efficace une stratégie de légitimation à l'échelle de l'institution, c'est-à-dire qui s'adresse à chaque membre de l'équipe. Ces arguments ont été mobilisés dans les différentes phases du processus de décision relatif à la coordination de soins mais aussi dans les processus de décision qui l'ont précédé. En parlant de triangulation avec la charte, un acteur affirme : *« La seule base sur laquelle tout le monde se raccorde, c'est les valeurs »* (Coordinateur de soins). On peut, sans prendre trop de risque, faire l'hypothèse que ce registre d'arguments est en fait un standard en matière de stratégie de légitimation dans cette institution. Ces arguments pèsent dès lors à la fois par leur qualité et par leur quantité. On en identifie encore un grand nombre dans les entretiens que nous avons menés : *« L'argument c'était ça, c'est un gain de sens, de temps, de cohésion d'équipe et de projets autour du patient et aussi de donner une place peut-être plus importante aux patients parce qu'on est chacun avec nos réalités, nos difficultés et on oublie des fois un peu la personne dans sa propre difficulté. »* (Assistante sociale). *« Je pense qu'il y a l'habitude aussi. Je pense qu'il y a la culture parce que dans les valeurs transdisciplinaires, ce n'est pas un seul qui doit détenir le truc, donc*

ça veut dire que parce qu'après il vient me le dire donc ça veut dire qu'il ne remet pas en question la fonction coordination. » (Coordinateur de soins). « La coordination, elle peut aussi ramener une forme d'équilibre et de prise en compte des minorités, voilà. » (Assistante sociale). « Un projet qui s'appelait « Soigner autrement » qui est en cours doit être présenté d'ici peu avec une autre collaboration surtout du secteur médecin infirmiers, voilà, dans le but d'avoir une meilleure prise en charge des patients » (Infirmière).

Spécialisation

« Je n'ai vraiment pas envie de devenir juste un bio docteur. Impossible. Moi je pense que je ne suis pas en danger mais à terme ça pourrait devenir ça [...] parce que je n'ai pas envie de faire que de la médecine pure [...] C'est un peu plat hein, mais c'est comme ça que je pense et je suis contre l'hyper différenciation. [...] Je n'aime pas ce monde où pour un truc Y, il y a une réponse XYZ, je suis contre ce truc-là. Et ça, il n'y a rien à faire dans mon métier aussi... » (Médecin 1).

Le deuxième faisceau d'arguments relevant d'une rationalité en valeur concerne le débat autour de la spécialisation du travail en opposition à une vision plus globale des soins. Pour certains acteurs en effet, la coordination de soins peut représenter un chaînon manquant qui fait le lien entre les différentes disciplines, les différents paradigmes de soins, nous l'avons vu. Mais pour d'autres, des soignants principalement, une coordination de soins peut limiter le rôle de chacun des intervenants. *« Alors il y en a qui disaient qu'il ne fallait pas de coordination parce qu'ils associaient ça aux trajets de soins. Et donc pour eux c'était comme si on allait découper les situations encore plus et devenir un peu comme les spécialistes. Donc c'est une opposition par rapport aux valeurs qui ont construit la maison médicale » (Coordinateur de soins). « Les arguments c'est : « est-ce qu'on reste dans une vision maison médicale, est-ce qu'on devient spécialiste, est-ce qu'on garde une première ligne, est-ce qu'on ne change pas d'identité ? » » (Coordinateur de soins).* C'est un registre d'arguments valides tant pour invalider le projet qu'au contraire le soutenir. *« Ceux qui sont favorables disent que d'une part, ça les remet dans leur rôle premier. Donc, par exemple, moi mon rôle c'est médecin et donc ce n'est pas de gérer tout ça. Mon rôle c'est assistante sociale, ce n'est pas non plus de faire tout, mon rôle c'est psychologue je suis content de retrouver un peu l'essence-même de mon travail parce que cette coordination pèse, prend énormément de temps, est hyper complexe, on la fait trop vite et on ne prend pas assez le temps » (Assistante sociale).* Ces arguments ont été surtout mobilisés dans la phase d'autorisation du processus de décision, lors des débats en plénière et en AG. Mais ils ont eu un poids important également dans les processus de décisions qui ont précédés. Ils ont permis, entre

autres, de repousser le moment où l'équipe a été prête à envisager une coordination de soins. « *On garde une polarité entre (mais sur le long terme hein, sur des décades hein)* « militants polyvalents, on fait tous la même chose, on est tous égaux dans la même soupe » *et maintenant on devient des* « travailleurs professionnels avec des limites, et des cadres et des fonctions plus » » (Médecin 1).

Arguments renvoyant à la rationalité instrumentale

Arguments « financiers »

« *Et les gars, comment est-ce qu'on fait ? Parce que l'argent ne tombe pas du ciel !* »

(Médecin 1)

A tous les niveaux du processus de décision, tant dans les processus qui précèdent que dans la décision d'engagement sur fonds propres d'un coordinateur de soins, l'argument des moyens financiers est systématiquement mobilisé. Cela pourrait, à priori, sembler être une évidence tant il est admis dans les représentations sociales que l'argent est partout le nerf de la guerre. Mais il y a un paramètre particulier à la maison médicale BVS qui fait que le recours à l'argument financier confère aux stratégies de légitimations mises en œuvre un caractère absolu dans la mesure où il touche tous les acteurs. En effet, dans ce contexte autogestionnaire, la préoccupation financière n'est pas l'apanage d'un cadre de dirigeants mais fait bien partie des responsabilités de l'ensemble des acteurs de l'institution. Cet argument est utilisé, intégré par tous les acteurs, soit qu'ils s'opposent au projet, soit qu'ils soient au contraire favorables au projet mais qu'ils anticipent les arguments adverses ou à venir. « *Le gros argument, le gros frein etc. c'était les besoins des autres, c'était ça la grosse difficulté et l'investissement supplémentaire qui était demandé à la maison médicale sur fonds propres et donc, ce qui a favorisé le fait que ça passe et que c'était encore vu comme un travail de recherche le travail de cette année est pensé comme un travail de recherche c'est-à-dire voir quel est l'intérêt de passer d'une coordination santé mentale à une coordination globale et je pense que voilà, ça ne nous engageait pas et donc on n'a pas donné un CDI au coordinateur de soin* » (Psychologue). « *Contre* » *ce serait le budget, ça c'est clair, donc, y en a beaucoup qui auraient préféré un mi-temps plutôt qu'un temps plein pour être raisonnable et se dire on ne va pas faire ça.* » (Assistante sociale). La question des moyens se pose souvent dans un contexte de potentiels arbitrages à opérer. « *Comment va-t-on faire pour continuer à y tendre ? Pour réduire la tension salariale à la maison médicale ? Ce qui pose un certain nombre de*

questions sur le plan budgétaire... Donc, est-ce que la coordination de soins va payer les frais de cette discussion ? Ça pourrait être un risque ! » (Psychologue). « Des freins, bah, je sais que le jour où on discutera budget, le frein financier, parmi d'autres, ce ne sera pas que lui versus rien du tout. Ce sera lui versus ceci ou cela parce que des besoins, y en a quand même pas mal » (Médecin 1). Le levier des arbitrages fait intervenir également une dimension temporelle importante avec les préoccupations pour l'avenir évidemment, mais aussi les « comptes », les « dettes », les « ardoises » du passé. « Donc on a donné du temps psy, institutionnel salarié, on a donné du temps social institutionnel salarié et à un moment donné y a une partie des gens qui disaient « stop stop stop, on est full là maintenant ! » et d'autres disaient « mais non on n'est pas full, t'as vu la taille de l'équipe ? » » (Médecin 1). « Une autre tension qui existait c'est « putain, on fait déjà beaucoup de psychosocial ici et on va encore en faire plus, donc on va encore aspirer plus et faire un appel d'air et pourquoi les autres institutions à l'extérieur ne font pas ce qu'ils doivent » etc. Donc y eu une tension : « ça va être sur fonds propres, c'est au détriment de quoi ? » » (Médecin 1). « Les polarités que j'évoquais dans les questions précédentes étaient présentes du genre : « mais non ce n'est pas ça qu'on a besoin, c'est répondre à la demande immédiate du patient », « mais non il faut faire un peu de méta et du lien et du lien et du lien », du genre : « quand même, c'est comment qu'on va payer ça ? » ou genre « on a déjà donné » ... » (Médecin 1). Il s'agit donc d'un registre d'arguments incontournables et qui revient systématiquement dans le discours de tous les acteurs interrogés. Quantitativement, il prend dès lors une place importante. « Elle amène la question financière et elle, elle disait « financièrement ça va être chaud pour un temps plein » » (Coordinateur de soins). « Ce qui joue aussi c'est que les médecins rentrent dans le forfait tandis que l'AS, elle n'y rentre pas. Donc pour qu'elle arrive à ce qu'il y ait quelqu'un d'autre en plus qui peut ne pas rentrer dans le forfait, voilà... » (Coordinateur de soins). Dans l'analyse du poids de cet ordre d'arguments, il y a toutefois un paradoxe dans le rapport récurrence, ou poids quantitatif et efficacité. En effet, on constate que malgré la place prise par les arguments (souvent défavorables à la mise en œuvre du projet), ils ne parviennent pas à convaincre suffisamment d'acteurs pour faire basculer la décision.

Autonomie des agents

Un autre ordre d'arguments est celui qui relève de l'autonomie du prestataire de soins. Très proches des arguments relatifs à la différenciation, la spécialisation, ces arguments sont, eux, influencés par la prise en compte des conséquences dans la prise en charge des patients, dans les modalités de travail des soignants. C'est en cela qu'ils sont d'avantage instrumentaux qu'en valeur. Les

arguments mobilisés ne sont pas inspirés par la *seule conviction de l'agent*²⁷. « ...mais elles sont plus dans un truc : « si c'est trop compliqué, je vais vite référer ». Pas trop vite hein parce que dans certaines institutions, j'entends que dès qu'il y a une dimension psy, hop voilà : « allez vers le psy ». Non, je ne pense pas qu'elles font ça, je pense qu'elles mûrissent, elles pétrissent la pâte et tout mais à un moment donné, je dirais que par choix peut-être mais c'est plus générationnel, je pense, ce n'est pas par compétences limitées. Par choix, elles vont plus vite déléguer à l'extérieur et donc il y a eu un besoin de différenciation qui est né de la jeune génération dans cette institution. A la fois médecin et infirmières principalement » (Médecin 1). Peur de perdre de son autonomie individuelle, de voir une forme de hiérarchie s'installer, voici les ressorts des arguments ou des positionnements de certains acteurs : « Il y avait une crainte d'arriver dans quelque chose de trop dirigiste avec une fonction de coordination » (Coordinateur de soins). « Certains thérapeutes ont besoin ou envie d'avoir la main prise sur leurs patients du début à la fin, ils n'arrivent pas trop déléguer certaines choses et donc c'est compliqué pour des personnes aussi de déléguer » (Accueillante). « Les contre ça pourrait être la peur de perdre la maîtrise de son travail, de se dire « un coordinateur va me dire ce que je dois faire » (Assistante sociale). « Une équipe plus grande comme la nôtre et trop grande à mes yeux et en tout cas plus grande nécessite plus de différenciation » (Médecin 1).

Arguments « Organisationnels »

On peut regrouper une série de considérations et d'arguments appartenant à des stratégies de légitimation instrumentale qui font référence aux conséquences pragmatiques de la mise en place d'une coordination de soins : amélioration du confort de travail, facilitation des prises en charge, rationalisation des outils partagés, circuits de communication raccourcis,...« Là, je reste demandeur de ça parce que très souvent ces deux secteurs-là qui doivent collaborer donc autant être en lien direct plutôt que de passer par un coordinateur supplémentaire. Moi je suis pour les circuits courts quand même quand c'est possible » (Médecin 1). « Une de mes craintes à moi c'est justement que les décisions ne soient pas articulées » (Médecin 1). Ces considérations instrumentales sont utilisées par les acteurs aussi bien pour s'opposer au projet de coordination de soins que pour le valoriser ou le soutenir. « Moi je pense qu'on a vu avec le recul que le coordinateur de soins a fait un super chouette travail avec nos patients, notamment à l'accueil

²⁷ Freund, Julien. *Sociologie de Max Weber*. Presses universitaires de France, 1966, page 92.

[...] et on se rendait bien compte qu'on avait moins d'appels de nos patients difficiles je vais dire et plus de cadre, plus d'organisation, et ça nous facilite le travail notamment aux accueillantes mais également aux médecins titulaires qui voyaient bien aussi que leurs patients étaient mieux gérés » (Accueillante). « L'amélioration importante que moi je décèle dans le confort de travail des soignants ça donne un sentiment de charge terrible quand est confronté à des situations dites complexes. Effectivement ça devient quasiment partout ces situations complexes avec plein de facteurs qui entrent en jeu dans les situations psycho médico-sociales qui de plus en plus dans notre société deviennent des situations inextricables, enfin... voilà, qui créent des nœuds etc... et quand les soignants sont confrontés à ce type de situations, là ils reçoivent ça en pleine poire, c'est quelque chose de terriblement lourd, épuisant etc... et donc moi je pense que le travail que le coordinateur de soins fait, sa façon de considérer la coordination de soins donne de l'air et je pense que ça c'est de plus en plus reconnu » (Psychologue). « ... Pour qu'il y ait de l'énergie mais aussi que le discours et la parole et les critères et les grilles soient les mêmes parce qu'ils réinventaient des grilles et je disais : « Arrêtez les gars ! Elles sont géniales vos grilles mais si on ne prend pas les grilles que RÉLIAN²⁸ a décidé de prendre... ». Parce que ça on ne va pas pouvoir renégocier, parce que quand on a 50 institutions autour de la table, tu ne viens pas dire : « Hey, à BVS on a une grille géniale ! », donc voilà, moi je suis très pragmatique à la fois comme médecin mais aussi quand je travaille dans le réseau à essayer d'utiliser des choses qui existent » (Médecin 1).

Pour conclure cette analyse, voici deux tableaux.

Le premier fait la synthèse pour chaque faisceau d'arguments en indiquant si les arguments sont mobilisés pour appuyer la proposition de convention pension ou pour s'y opposer.

²⁸ URL : <https://www.integreo.be/nl/node/72> Le projet RÉLIAN (Réseau Liégeois Intégré pour une Autonomie Nouvelle) vise à travailler selon une approche différente, en collaboration avec le patient et avec tous les secteurs en lien avec les déterminants de la santé.

Favorable à la proposition	Défavorable à la proposition
----------------------------	------------------------------

Ordre d'arguments en valeur :

Qualité des soins	X	
Spécialisation	X	X

Ordre d'arguments instrumentaux :

Arguments « Financiers »		X
Autonomie des agents		X
Arguments « Organisationnels »	X	X

Le second présente les phases du processus dans lesquelles ils sont le plus utilisés.

	Processus « précédents »	Emergenc e du problème	Exploratio n des solutions	Sélectio n des solution s	Implémentatio n de la décision
--	--------------------------------	------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

Ordre d'arguments en valeur :

Qualité des soins	X	X	X	X	X
Spécialisation				X	

Ordre d'arguments instrumentaux :

Arguments « Financiers »	X	X	X	X	X
Autonomie des agents	X	X	X	X	X
Arguments « Organisationnels »	X	X	X	X	X

5.2 Décision d'implémenter une procédure « convention pension »

5.2.1 Description et analyse du processus de décision

Emergence du problème

Pour situer dans le temps les premiers signes avant-coureurs de la problématique, tous les acteurs interrogés citent les premiers travailleurs arrivés à l'âge de la pension qui ont prolongé leur carrière. Cela remonte à près de 10 ans. Il s'agit en premier lieu d'un dentiste. *« Les premières pensions qui ont été faites, c'était avec Luc²⁹ qui était dentiste ici et qui a prolongé son temps de travail pendant encore quelques temps. C'était au début que j'étais ici, donc il y a huit-dix ans, quelque chose comme ça, pour maintenir l'offre du secteur dentiste et permettre à Luc d'avoir encore quelques heures de travail pour améliorer sa pension »* (Infirmière). Il y avait déjà eu un départ à la pension précédemment dans l'institution mais sans besoin, ou souhait, de prolongation de la carrière et dès lors sans grande nécessité de problématiser la question de la pension. *« Il y a déjà eu une pensionnée à BVS avant. C'était Louise³⁰ qui était kiné... »* (Kinésithérapeute). *« J'ai vaguement le souvenir qu'avec Louise ça n'avait pas nécessairement posé beaucoup de problèmes, de soucis »* (Psychologue). Le deuxième travailleur pensionné à qui l'on doit sans doute possible l'émergence du problème est un médecin fondateur de l'institution. *« [...] Un médecin fondateur qui est à l'âge de la pension. En tout cas pour moi ça a commencé quand c'était Mathilde³¹. Les questionnements se sont posés parce qu'elle était dans un déni par rapport à sa pension. Elle refusait tout dialogue. Elle a continué à travailler malgré le fait qu'il n'y avait pas de contrat ou des trucs donc ça a mobilisé l'équipe dans tout son chaos et sa difficulté à parler avec un personnage fort emblématique de la maison médicale »* (Assistante sociale). La position, très ferme, de ce médecin souhaitant continuer sa carrière sans même tenir compte de l'âge légal de sa pension a contraint l'équipe à se pencher sur la problématique. Pour certains acteurs, malgré les nombreuses années passées depuis, l'émergence du problème est clairement située à travers la position de « déni de pension » du médecin fondateur. *« Donc, oui, c'est il y a 10 ans. Je pense qu'on doit être honnête, s'il n'y avait pas eu de demande de Mathilde, rien n'existe à ce sujet aujourd'hui à BVS, il n'y avait pas de demande de l'équipe »* (Kinésithérapeute). *« Les questions qui se posaient, c'était autour de l'idée que Mathilde était médecin et qu'elle ne souhaitait pas nécessairement arrêter comme beaucoup de médecins ne souhaitent pas arrêter à l'âge de 65 ans.*

²⁹ Prénom d'emprunt

³⁰ Idem

³¹ Ibidem

Je pense qu'à un moment donné, l'équipe s'est orientée vers une décision. Il fallait décider d'un âge autour duquel l'institution allait définir le moment de la pension avec des exceptions qui sont négociables, telles qu'on a imaginé finalement qu'il y a une commission pension, de réfléchir avec chaque personne, de prévoir toute une série de règles » (Psychologue).

Exploration des solutions

L'institution est donc confrontée à une problématique et son Conseil d'administration a pour mission d'opérationnaliser la recherche de solution. Dans un contexte vraisemblablement difficile puisque l'acteur principal, le médecin au cœur de la problématique refuse, ou en tout cas évite, le dialogue avec le Conseil d'administration. *« Donc moi je n'ai pas souvenir de grandes déclarations officielles de sa part et c'est ça qui rendait l'instabilité, l'incertitude de l'équipe qui disait : « Putain ! Mais elle ne veut même pas venir au C.A. s'exprimer ! ». Elle refusait les rendez-vous, refusait ou évitait enfin » (Assistante sociale).*

Le Conseil d'administration a donc mandaté un groupe de travail pour mener à bien une réflexion dans le but d'élaborer une proposition de solution à soumettre au vote de l'assemblée générale. *« Non, pour Mathilde, c'est le C.A. qui s'en est occupé et le groupe de travail est né à ce moment-là mais le premier groupe de travail dont j'ai fait partie parce que donc c'est une triple décision il y a une équipe qui se rencontre, un C.A. qui décide et un C.A. qui propose un groupe de travail sur les pensions donc à ce moment-là ce n'est pas des commissions d'engagement pension, c'est une commission de réflexion » (Kinésithérapeute).* Il semble que cet enchaînement soit un « classique » dans le fonctionnement de l'institution : *« Je pense que, comme on fait pour toute décision ici, les questions qui se posent parviennent au Conseil d'administration, le Conseil d'administration propose une procédure pour arriver à résoudre les questions qui se posent à certains moments et donc il a été vers le Conseil d'administration. Je pense bien que c'est comme ça, le Conseil d'administration a donc désigné une Commission pension [...] est passée d'abord par le CA qui a organisé une prise de décision collective par l'Assemblée générale comme on fait d'habitude ici sur des modalités à mettre en place. Une façon aussi de ne pouvoir prendre des décisions dans chaque cas de figure. Donc la Commission fait des propositions de procédure, le Conseil d'administration désigne une Commission, la Commission détermine des procédures globales qui sont toujours cautionnées par une Assemblée générale. A partir de là, on traite chaque cas particulier et on définit un modus vivendi dans chaque situation qu'on propose à nouveau à l'assemblée générale » (Psychologue).*

Le groupe de travail était composé de manière pluridisciplinaire, en tenant compte également des différentes sensibilités par rapport au sujet : un médecin proche de la fin de sa carrière, un kiné par ailleurs délégué syndical, ... « *Ca fait partie du travail d'un mandat et l'équipe veille aussi à ce que éventuellement les différentes opinions soient représentées dans ce groupe pour qu'il y ait un débat déjà dans le groupe qui prépare le débat qu'on peut avoir au niveau de l'ensemble de l'équipe...* » (Médecin 2). Le groupe avait pour mission d'avancer sur l'élaboration d'une proposition en veillant à « emmener » toute l'équipe avec lui. « *Moi je me suis mise à ce moment-là dans un groupe de discussion avec d'autres. Il y avait notamment un kinésithérapeute qui a amené aussi des notions au niveau du syndicat en législation sociale etc...Donc on a beaucoup réfléchi, on a essayé d'avoir les tenants et les aboutissants pour essayer de proposer à l'équipe un cadre général qui a fait l'objet de beaucoup beaucoup de discussions. On a fait des projets, on les a soumis en plénière, on a eu des remarques de l'équipe, on a retravaillé le projet ça a duré des mois pour finalement arriver à proposer un texte sur lequel l'équipe pouvait voter* » (Médecin 2).

Sélection des solutions

Au terme de ce long travail de réflexion, d'amélioration d'une proposition, l'assemblée générale a pu se positionner sur un texte qui présentait le contexte, les enjeux, les tenants et les aboutissants, qui donnait un cadre général à la prise de pension des travailleurs et qui fixait les modalités particulières et conditions pour d'éventuelles prolongations de la carrière. « *... L'assemblée générale qui a voté ça mais j'ai les décisions de l'assemblée générale donc en fait, il a été voté toutes les modalités de la convention pension vote par vote. Tiens, est-ce qu'on va payer les assurances ? Est-ce qu'on va payer les assurances ceci ou pas ? Est-ce qu'ils vont pouvoir travailler à hauteur d'un mi-temps ou pas à mi-temps, etc... ? Combien de temps peut être renouvelée cette convention pension ? Un an, deux ans, trois ans, quatre ans, cinq ans etc... ? Enfin voilà et toutes les modalités ont été précisées et votées une par une dans une Assemblée générale* » (Médecin 3). La décision n'était pas facile à prendre pour l'institution. Notamment parce que cet enjeu de prolongation de carrière ne revêt pas la même importance au sein des différents secteurs disciplinaires de l'institution. « *Moi j'ai l'impression que les questions se posent plus par rapport au secteur médical que par rapport aux autres où il est question de « est-ce qu'on prolonge ou est-ce qu'on arrête à 65 ans ? » Dans la société, c'est un petit peu comme ça. [...] voilà, j'ai l'impression que c'est culturellement chez les médecins, il y a quelque chose de plus difficile que dans d'autres secteurs à l'idée d'arrêter et donc je pense que la question s'est vraiment passée à ce niveau-là. J'ai le souvenir que Mathilde n'a jamais accepté dans un premier*

temps en tout cas, n'a jamais accepté cette idée qu'on la pensionne, qu'on la contraigne à se pensionner. Elle a d'ailleurs continué à travailler ailleurs pendant tout un temps. L'idée même d'être pensionnée, c'était inacceptable » (Psychologue). Dès lors, il y avait place pour le débat et la confrontation des idées (dans les plénières qui ont précédé le vote en AG mais aussi au moment du vote final). A la question de savoir si finalement la décision se prenait facilement, on m'a répondu : *« Non, non l'équipe reste partagée oui et je pense que c'est normal parce que les enjeux sont relativement importants »* (Médecin 2). Un autre acteur dira encore : *« Je pense que par rapport à cette décision-là on a été fort, j'ai l'impression comme c'est le cas souvent dans notre maison médicale qu'on est dans des rapports d'influence, dans des sortes de rapport « à qui aura la plus grande gueule ? »* (Psychologue).

Etant donné le caractère « personnel » que peut prendre la décision (des travailleurs « pensionnables » sont directement concernés par la décision), le vote en assemblée générale est un vote secret. C'est dans l'informel, à la marge du processus formel de décision, dès lors, que certaines informations sur la nature des votes, des différentes positions prises par les acteurs, s'échangent. *« Alors ce qui est marrant, c'est que du coup c'est des secrets, c'est rarement secret mais ça, ça touche un peu les personnes alors c'est secret moi je peux te dire exactement qui c'est puisqu'avant et après l'assemblée générale tu causes un peu dans les couloirs... [...] elle a été aussi très réal politique et elle a dit : « Moi aussi je me suis trompée, je voulais voter contre et puis j'ai voté pour, c'est parce que je suis dans le C.A. » »* (Kinésithérapeute)

Implémentation de la décision

La décision prise, tenant compte des différents points de vue, est une forme de compromis qui donne globalement satisfaction aux différents acteurs interrogés. Elle met en place, outre le cadre global et les modalités particulières de prise de pensions avec éventuelle prolongation de la carrière, une convention pension. Cette convention pension reprend pour chaque travailleur concerné le cadre et les modalités pratiques décidées par l'assemblée générale le concernant. Elle précise par exemple quel sera le temps de travail, l'horaire, la nature des tâches à réaliser durant le travail (cela peut être les soins aux patients dans la continuité de « l'avant pension » ou d'autres tâches comme une mission de recherche, l'accompagnement de jeunes travailleurs,...), la participation ou non aux prises de décisions (membre effectif ou adhérent à l'assemblée générale), etc. Le dispositif prévoit également un accompagnement du travailleur concerné par la pension dès deux ans avant son effectivité fixée à l'âge de 65 ans. Ainsi, deux membres de l'équipe forment la commission pension chargée d'accompagner les travailleurs proches de l'âge de la pension ou

pensionnés mais prolongeant leur carrière. Leur rôle est de faire l'interface entre l'équipe et les travailleurs de plus de 63 ans. La commission pension opérationnalise la prise de décision par l'assemblée générale de chaque convention pension en articulant les besoins et souhaits de l'équipe de la maison médicale et des travailleurs pensionnés souhaitant continuer à travailler. *« Je suis très satisfait de la prise en compte des souhaits des personnes. On m'a demandé, à moi qui serai pensionné l'an prochain, on m'a demandé déjà l'an passé comment j'envisageais les choses. Est-ce que j'avais envie de continuer ou pas, comment je pensais les choses etc... Et voilà, j'ai rencontré la commission, c'est vraiment très bien que ça se fasse de cette façon. Je suis satisfait de cette procédure »* (Psychologue).

Révision régulière de la décision

Cette décision relative au dispositif de gestion des fins de carrières au sein de l'institution instaurant à la fois une convention pension et une commission pension induit un mécanisme d'enchaînement de processus de décisions qui se succèdent et donnent lieu à des révisions régulières de la décision initiale. En effet, la commission pension joue également un rôle d'évaluation à la fois pour chaque convention pension mais aussi au sujet du cadre général. Ainsi, chaque année (où au moins une convention pension est active), un dispositif d'évaluation est à l'œuvre au sujet de la mise en œuvre des conventions pensions. *« Avec une évaluation qui se fait chaque année au sein de tous les secteurs avec un questionnaire « qu'est-ce qui est bon pour moi personnellement pour mon secteur pour le secteur médical pour les patients pour BVS pour la vie en société en général de la poursuite du travailleur pensionnés », on récolte tous les questionnaires puis on les présente en équipe, on revote six mois avant la fin de l'année la poursuite ou non de la convention pension. On la réévalue chaque année elle est reprolongeable d'année en année avec un maximum de cinq ans pour les travailleurs. Au-delà de cinq ans, la convention s'arrête mais on peut décider aussi qu'on l'arrête plus tôt si on vote d'année en année, si on ne veut pas continuer pour une question de coût parce qu'on estime que le pensionné n'est plus adéquat, est fort fatigué. Il y a plusieurs choses qui se mettent en place »* (Infirmière). Ce dispositif d'évaluation donne lieu à une prise de décision en Assemblée générale concernant la convention pension du ou des travailleurs concernés. Ce processus de décision est en quelque sorte institué dans le dispositif adopté par l'institution : l'émergence du problème est parfaitement anticipée, prévue, planifiée même ; la recherche de solution correspond au dispositif annuel d'évaluation par questionnaire remis aux travailleurs et secteurs de l'institution et la sélection des solutions a lieu également chaque année en assemblée générale. En parallèle, d'autres processus décisionnels succèdent au

premier car se pencher sur chaque convention pension donne l'occasion à l'équipe de la maison médicale de questionner le cadre, la procédure initiale. Ainsi, de chaque évaluation individuelle peut émerger une problématique autour de la procédure. *« Un médecin par exemple a lancé une petite enquête dans l'équipe auprès de chacun en disant : « Voilà la convention, voilà ce qu'elle est. Est-ce que vous pensez que ça va, est-ce qu'il y a des choses à améliorer ? » Tu vois, et donc il y a aussi ce travail permanent en effet d'évaluer et de proposer éventuellement des améliorations ... de la procédure... Oui »* (Médecin 2). C'est à la commission pension que revient le travail de recherche de solution. *« Là je suis dans la commission pension je crois que je suis assez neutre ou plutôt favorable à ce que les gens entrent en convention pension. Du coup, je fais un travail pour approfondir et je prépare le terrain pour que ça n'aille pas au clash, pour que le dossier soit bien préparé, pour que les équipes puissent prendre la décision de manière la plus désaffectée tu vois ? » « Donc j'essaye de faire avancer le processus. Tout ça pour le mois de septembre comme ça, je peux me barrer de la commission pension en ayant l'impression d'avoir bien fait les choses. Et que c'est bien clair pour l'avenir et qu'on n'ira pas tout détricoter après »* (Médecin 3). Dans cette étape de recherche de solution, le travail de la Commission pension sera nourri des avis de l'équipe lors d'une plénière sur le sujet. *« En septembre, on a une plénière sur les pensions de Robert³² et Sandrine³³ mais aussi sur la convention en général pour qu'on puisse la réviser »* (Infirmière). Ensuite vient l'étape de sélection des solutions qui revient à l'Assemblée générale selon un schéma classique au sein de cette organisation.

5.2.2 Perceptions différentes du processus de décision :

L'analyse de ce second processus de décision montre également un décalage entre deux manières de raconter l'histoire. D'une part, une majorité d'acteurs racontent un processus de décision où différents points de vue s'opposent parfois assez vivement. *« Ils sont terriblement tranchés. C'est valable pour d'autres sujets mais celui-là fait plus mal pour les raisons que j'ai susmentionnées »* (Kinésithérapeute). D'autre part, on rencontre un acteur qui relate un processus de décision sans tension, globalement consensuel, pour qui il est même difficile de se rappeler les arguments en présence. *« Il y a une peut-être une ou deux personnes qui ont refusé, certaines personnes qui s'abstiennent mais généralement on offre la possibilité aux pensionnés [...] Dans le débat... ? Non je ne sais pas te dire exactement comme ça, y'a beaucoup quand même de positif »* (Infirmière).

³² Prénom d'emprunt

³³ Idem

5.2.3. Légitimation en valeur, légitimation instrumentale

Arguments renvoyant à la rationalité en valeur

Arguments politiques et syndicaux

« *L'État veut nous faire travailler plus* » et « *on rentre dans le système* » » (Médecin 3)

Un premier ordre d'arguments rationnels en valeur est l'ensemble d'arguments qui ont trait à des références politiques et syndicales. Peu importe, les individus concernés par la requête de prolonger sa carrière, la pension relève d'un droit pour lequel des combats sociaux ont, sont et seront menés pour garantir ce droit. Cette position est explicitement exprimée, notamment et logiquement pourrait-on dire, par le délégué syndical de l'institution. « *Ceux qui disent : « on ne veut aucune prolongation après l'âge de la pension » sont dans un principe qui est, je dirais, plutôt un principe de gauche un peu plus syndical mais c'est pas spécialement des gens de gauche, sauf si on considère que toute la maison médicale est de gauche. Ils essayent de faire fi de la personne, fi du budget, fi parce qu'on ne gagne pas et on ne perd pas grand grand-chose sur ce genre de contrat, on perd pas grand-chose et peut-être même qu'on est gagnants si on considère qu'on exploite les pensionnés, de faire fi de toute considération pour dire « par principe je ne voudrais pas aller un jour de plus que ce qu'on m'oblige à faire parce que je suis plein de projets par ailleurs : mon jardin, une coopérative fruitière, que sais-je... ? » » » (Kinésithérapeute). Cet argument syndical, cette position de principe s'est fait une place dans le débat et est citée par d'autres membres de l'équipe : « *les tendances et les sensibilités sont assez différentes à BVS par rapport aux travailleurs pensionnés et que certains ont envie de foutre dehors parce que « place aux jeunes » parce que « c'est pas syndical de ne pas prendre la pension » » » (Médecin 3). « *Et d'autres qui défendaient une position syndicale : « nous, on a bien droit de se reposer et de faire son deuil et c'est comme ça » » » (Médecin 3).***

On peut identifier également la place prise par le combat politique au sein de l'institution. On sent que le discours institutionnel, la position de l'équipe par rapport à cet enjeu social que représente la pension et en particulier l'âge de la pension va dans le sens d'une militance pour un abaissement de l'âge légal de la pension. « *Non on ne veut pas, il faut faire de la place aux jeunes. Et les vieux doivent partir, pas parce qu'ils sont vieux et cons mais parce que c'est comme ça. À 65 ans, on s'arrête de travailler. Que l'État à l'époque n'avait pas encore voté mais cherche à nous faire travailler plus longtemps, il ne faut pas rentrer dans ce système-là* » (Médecin 3). « *Qu'est-ce que*

c'est que pour une société de merde qui contraint une personne à devoir travailler après sa pension pour avoir une carrière complète quoi !? Et donc, sachez que moi, je n'ai rien contre Sandrine mais c'est hors de question de voter ça » (Kinésithérapeute). « Si tu veux, en gros, on était évidemment tout à fait solidaire des travailleurs qui voulaient prendre leur pension et particulièrement dans les métiers pénibles. Et donc déjà avant, bien avant les luttes qu'il y a maintenant, on posait ça vraiment comme un principe » (Médecin 2). Syndicaliste, médecins, tous vont dans le même sens par rapport à cet enjeu à l'échelle de la société mais ce n'est pas sans difficultés, sans contradictions quand il faut gérer à l'échelle de l'institution les demandes de prolongations de carrière.

Dans ce même ordre d'arguments, on trouve également une expression qui revient dans différents niveaux d'argumentation : « Place aux jeunes ». On peut interpréter cette proposition de différentes manières. Dans le registre qui nous occupe dans ce paragraphe, elle signifie, en cohérence d'ailleurs avec la position relative à un abaissement de l'âge de la pension, faire une place pour les jeunes travailleurs. Il faut dans le monde du travail, et en dehors de toutes autres considérations telles que la transmission, les liens affectifs, la liberté individuelle, ... que des travailleurs plus âgés, en fin de carrière, cèdent leur place aux jeunes en recherche d'emploi. Ici aussi, le principe général est confronté à la réalité et au contexte particulier de l'institution (on pense entre autres choses à la profession de médecin généraliste en pénurie). « *« Place aux jeunes » c'est tout ce qu'ils disent aussi là il ne faut pas qu'un travailleur âgé occupe le travail, la place d'un travailleur jeune qui n'a pas de travail OK. Dans le cas des médecins, c'est pas le cas de toutes façons mais dans le cas d'autres professions, beaucoup de profession d'ailleurs, oui enfin, je ne suis pas contre l'argument en soi travaillant tout ce mois pour être payé tout autant, ça c'est plus des arguments sur la société, pas vraiment sur notre fonctionnement institutionnel » (Médecin 3). « C'est de pouvoir engager des jeunes avec des temps de travail qui leur permette à eux de vivre hein. (Médecin 2).*

Principe de liberté

« Philosophiquement, voilà, on offre la possibilité aux gens » (Infirmière)

La liberté individuelle érigée en principe est aussi à la base d'une argumentation rationnelle en valeur. Pour certains membres de l'équipe, la liberté de choisir doit être laissée au travailleur par principe, philosophique, selon une des personnes interrogées. « *Y'a des gens qui disaient « Bah s'ils ne veulent pas prendre leur pension, qu'ils ne prennent pas leur pension » » (Médecin 3). « Je*

suis pour que les personnes qui ont envie de travailler puissent travailler, voilà. Maintenant, je trouve que c'est aussi un cheminement personnel, donc je crois que l'institution a le devoir ou peut en tout cas proposer à la personne une aide par rapport à ça, un soutien, un espace de parole et tant que ça c'est respecté, moi je suis contente » (Assistante sociale).

« J'avais vraiment envie de continuer travailler aussi pour des raisons financières mais aussi parce que ça m'intéresse, parce que ça me passionne et si tu veux, maintenant je suis en train de me rendre compte à quel point en effet j'aime bien ce boulot, j'aime bien le contact avec les patients, j'aime bien le contact avec les collègues, j'aime bien la maison médicale et à quel point ça me nourrit. Je suis bien contente de pouvoir le faire » (Médecin 2). Cette liberté est saluée par ce médecin concernée par une prolongation de carrière au-delà de l'âge de la pension.

Arguments relationnels

« Les autres moteurs : y'a la compassion, l'amitié et le besoin imaginé ou la demande des patients » (Kinésithérapeute)

Un ensemble d'arguments relevant d'une rationalité en valeur se rapporte à la dimension affective, à la qualité de la relation mais aussi à la continuité des soins. En effet, certains se positionnent dans le débat en mettant l'accent sur des dimensions chères à leurs yeux, indépendamment des conséquences pour l'institution. Pour certains, il était difficile de rompre le lien professionnel de manière brutale et surtout en allant contre le désir des collègues sans tenir compte de leur attachement à l'institution. *« Voilà, moi, ça j'avais du mal quand même. Y a un côté affectif aussi évidemment et un autre collègue aussi avait du mal, il y avait des gens qui étaient...ça leur faisait un peu de peine pour les personnes qu'on allait pensionner contre leur volonté » (Médecin 3).* *« Je dirais que socialement cela permet quand même aux pensionnés de continuer à travailler dans la structure dans laquelle elle ou il a travaillé toute sa carrière » (Infirmière).* Ce lien affectif à respecter s'applique également à la relation thérapeutique. On peut même considérer qu'il s'agit en l'occurrence d'une préoccupation par rapport à la continuité des soins, valeur chère au mouvement des maisons médicales. *« Le fait de dire « comme médecin, tu noues quand même avec les gens une relation, tu n'es pas interchangeable, c'est une relation quand même assez intense donc c'est quand même bien de pouvoir lâcher ça progressivement et de mettre en place des tandems », ce que moi j'avais déjà commencé à faire bien avant de prendre la pension » (Médecin 2).* *« Il y avait une partie de l'équipe un peu moins à cheval sur cette norme-là et qui était plus dans l'humanité et dans le respect de la personne et de l'attachement qu'elle avait avec certains*

patients. Aussi son histoire fait qu'elle avait des patients » (Assistante sociale). « Il y a un enjeu plus dans la fidélisation au niveau des patients. Ça se prépare un départ comme ça d'un médecin qui est là depuis 40 ans. Tu ne peux pas dire du jour au lendemain : « ben voilà, prenez un autre docteur », ça ne va pas, ce n'est pas respectueux du patient et de sa relation. Surtout en médecine générale, on est dans une médecine ici un peu sociale, il y a des valeurs comme ça de la maison médicale qui sont au-delà et on se dit qu'on doit quand même faire en sorte d'être dans une continuité des soins » (Assistante sociale).

Place des anciens

*« Donc les débats c'est un peu : « laisser la place aux jeunes, les vieux ont assez travaillé ! » »
(Assistante sociale)*

Pour le psychologue, mais cela ressort du discours d'autres intervenants médecin et assistant social, certains positionnements relèvent de la vision que l'on peut avoir des anciens dans notre société. Et du rôle d'ancien, de formateur, de « transmetteur » qu'on leur concède ou non dans l'institution. *« Je pense que même si on est une institution qui détient des valeurs, on est quand même traversé par des courants de société où on ne prend pas en compte les personnes plus âgées de la même façon aujourd'hui qu'il y a 50 ans ou avant. Dès que tu attrapes un certain âge, la société dans laquelle on est, il y a quelque chose de cet ordre-là, c'est : « place aux jeunes, il faut du renouveau » etc... Comme si cette question de la continuité était moins prégnante, cette idée « oui on continue, il faut du renouveau » mais on vient de quelque part et ce quelque part a toujours de l'importance par rapport au présent dans lequel on est » (Psychologue). « Il y a une discussion sur : « Qu'est-ce que ça veut dire de faire en sorte que quelqu'un prolonge sa carrière à durée indéterminée comme ça alors que c'est intéressant aussi de penser aux plus jeunes à renouveler ou assumer une transmission, qu'il y ait de la place pour ça ? » » (Psychologue). « Maintenant, je n'étais pas contre le fait que certains puissent continuer pendant un certain temps mais je ne suis pas pour nécessairement non plus. Si ce n'est dans un rôle... plutôt moins un rôle clinique et plus un rôle de transmission alors. Soutenir les jeunes, moi j'étais plutôt... je serais toujours plutôt dans ce type d'idée-là. Plutôt dans le fait d'assurer, de transmettre un peu des choses que les anciens ont pu emmagasiner avec leur expérience » (Psychologue).*

Cet angle de vue permet une nouvelle interprétation de l'argument « place aux jeunes » qui relève également d'une rationalité en valeur. *« Non, pas spécialement, des positions tranchées, c'est les gens qui disaient : « Bah voilà, quand t'as fait ton temps, tu te retires et puis basta. Tu laisses la*

place aux jeunes ». *Ça, ça fait partie, ce sont des discussions qui ont à voir avec la façon qu'on a de considérer les personnes qui arrivent en fin de carrière, comment on les considère dans notre société* » (Psychologue). *« L'autre type difficulté, je te dis, c'est ce que je ressens dans l'équipe de dire : « Bon ben, les vieux vous dégagez, place aux jeunes ! », pour moi ce sont les freins, voilà »* (Médecin 2).

Arguments renvoyant à la rationalité instrumentale

Arguments financiers

« Parce que je n'ai pas assez de sous pour ma pension, simplement » (Médecin 3)

Sans surprise, un grand nombre d'arguments instrumentaux, ici aussi, se rapportent aux enjeux financiers. Nous l'avons explicité pour le processus de décision relatif à la coordination de soins. C'est un registre d'arguments qui, potentiellement, peut peser sur la prise de décision car il concerne la pérennité financière de l'institution. Ainsi, dans les entretiens que nous avons menés, un florilège d'arguments plutôt défavorables aux conventions pension sont cités : *« Un autre argument c'est : « les jeunes coûtent moins cher que les vieux » »* (Médecin 3). *« La position pas neutre c'est « les vieux coûtent cher et les jeunes coûtent moins cher », donc ce sont les aspects financiers »* (Médecin 3). *« Alors... le budget. Hein... les sous voilà. Si on a les moyens ou si on n'a pas les moyens, la possibilité de remplacer ou pas le travailleur pensionné »* (Médecin 3). *« ... Par exemple, ça peut varier en fonction des opportunités d'engager des jeunes médecins »* (Médecin 2). *« Tu dois entendre comme vieux que, à la limite, après un certain temps, tu ne sais plus réfléchir, tu ne sais plus faire grand-chose, que tu coûtes trop cher à l'équipe et des choses comme ça, ce qui à mon avis est faux »* (Médecin 2). *« Une autre limite, c'est que l'équipe ne le souhaite pas en disant : « On n'a pas pour le moment le budget nécessaire pour payer ce vieux parce qu'on vient d'engager un jeune à qui on va donner un temps plein » »* (Médecin 2). *« Il y a des enjeux financiers, donc la balance c'est de se dire qu'un pensionné coûte plus cher et que ça empêcherait d'engager un jeune travailleur »* (Infirmière). *« Dans la balance, ça jouait effectivement. Maintenant, on en vient à la plénière de septembre et au budget qui devient plus serré cette année et si on est en déficit, ça risque de jouer dans la balance »* (Infirmière). Il est intéressant de constater que quantitativement au moins, ces arguments sont bien présents.

Les conséquences du débat et de la prise de décision au sujet des conventions pensions ont un caractère individuel. La décision prise collectivement, dans sa mise en œuvre, va concerner un ou quelques individus à la fois. L'impact financier individuel pour ces membres de l'équipe concernés

par la pension implique lui aussi une série d'arguments le plus souvent, dans ce cas, favorables à la prolongation de carrière. *« D'autres arguments, c'est « les vieux, les fondateurs n'auront pas une grosse pension donc il faut leur permettre de continuer ». Oui, mais un autre argument c'est comme je t'ai dit tout à l'heure : « la pension légale, c'est on peut la toucher de l'État. Y a pas de raison que la maison médicale continue à déboursier ça et qu'ils puissent travailler plus, au prorata de... ». Voilà, les règles ont changé aussi depuis les premiers pensionnés. Donc, au départ ils pouvaient gagner maximum une certaine somme d'argent donc c'est aussi compte-tenu de cela que les décisions ont été prises. Et puis bon, ça a été déplafonné donc ils pourraient continuer à travailler plus »* (Médecin 3). Ces arguments « financiers » sont également cités abondamment. En voici encore quelques exemples : *« Mathilde, c'était pour le plaisir de travailler mais Sandrine, c'est parce qu'elle veut une carrière complète donc ce n'est pas du tout la même demande que Robert »* (Kinésithérapeute). *« Maintenant, c'est une réalité qu'au niveau de la pension, quand tu n'as pas une carrière complète parce que tu es toubib, tu gagnes ou tu ne gagnes trois fois rien que ça ne comptait pas pour ta pension, t'es un peu le bec dans l'eau. Par rapport à quelqu'un, tu as peut-être travaillé en maison médicale, je ne sais pas où et qui a une carrière un peu plus longue »* (Médecin 3). *« D'autres disaient : « Ben oui mais voilà, comme médecins, en n'a pas une carrière complète, on n'a pas gagné ce qu'on aurait pu gagner à l'extérieur parce que parfois des salaires plus hauts tiennent compte du fait que ta carrière est plus courte et donc il y avait au départ ces arguments qui s'opposaient ». On posait ça vraiment comme un principe mais pour certains travailleurs et notamment les gens qui avaient démarré leur carrière plus tard en raison de la durée des études qui n'avaient pas une carrière complète à 65 ans un peu en similitude de ce qui se faisait avant, on pouvait envisager une poursuite de certaines activités pour autant que et la structure et le travailleur soient d'accord »* (Médecin 2).

Enfin, toujours dans le registre des arguments financiers, on trouve des arguments relatifs à la prise de pension à l'âge déterminé par la loi. En effet, une option pour les travailleurs désirant prolonger leur carrière au-delà de cet âge, pourrait consister à renoncer au statut de pensionné. Sur cette option, on relève un consensus parmi les personnes interrogées, avec un argument financier qui se situe à la croisée, qui réconcilie même pourrait-on dire, les enjeux individuels et de pérennité de l'institution. *« Et dans les arguments c'était « bah oui il faut prendre sa pension quitte à continuer à travailler parce qu'il faut prendre les tunes de l'État plus le supplément que tu peux obtenir en travaillant » »* (Médecin 3). *« Qu'ils prennent leur pension légale, certes oui, comme diraient mes*

collègues : « qu'ils touchent de l'État ce que l'État doit leur verser », *je ne suis pas contre mais ils le vivent quand même comme une violence* » (Médecin 3).

Arguments relationnels

« J'aimerais bien travailler un peu plus longtemps ou pour couper le cordon progressivement avec l'institution et avec mes patients » (Médecin 3)

Sur le terrain des relations humaines, entre collègues ou dans la relation thérapeutique, il peut y avoir des positionnements qui relèvent de valeurs, de convictions telles que la continuité des soins, la liberté individuelle, nous l'avons décrit précédemment. Il peut également y avoir en la matière des positionnements davantage orientés vers des conséquences attendues. Ceux-là génèrent des arguments instrumentaux. *« Hein, qu'est-ce qu'il y a derrière la demande ? Est-ce que ce n'est pas de continuer à travailler jusqu'à ce que mon conjoint, lui-même, ait fini ? »* (Kinésithérapeute) *« Je pense qu'il y a des opinions qui s'expriment mais de manière pas officielle donc officieuse avec des ras-le-bol de l'un de l'autre »* (Assistante sociale). *« « Oh putain, il m'énerve vivement qu'il soit pensionné » voilà ce que moi, je trouve très discriminant. Moi je ne suis pas du tout dans ce trip-là, au contraire »* (Assistante sociale). Certains arguments, certains positionnements dans la prise de décision sont ainsi décrits comme l'expression, l'attente d'être débarrassé d'un collègue avec qui le travailleur n'est pas ou plus sur la même longueur d'onde. *« Parce qu'en fonction de tes tendances, avoir envie ou simplement tu n'aimes pas ton collègue et t'as envie qu'il dégage ben tu me donnes des renseignements, tu ne donnes pas des renseignements »* (Médecin 3). *« « On n'a plus envie de travailler avec toi » et quelques fidèles qui mélangent amitié et... »* (Kinésithérapeute).

De même, au niveau de la relation patients/soignants, la prolongation de la carrière peut servir concrètement à assurer une transition dans la prise en charge, indépendamment d'un principe de continuité des soins. Elle peut servir aussi à pallier un manque d'anticipation ou symboliquement amorcer cette transition plus aisément, l'âge de la pension étant atteint. *« Pour elles, je pense que c'est positif. Ça permet un passage vraiment en douceur, une diminution du temps de travail, passer le relais aux autres, des patients si c'est médical essentiellement et donc de lâcher du jour au lendemain sa patientèle »* (Infirmière).

Gestion des ressources humaines

« Mais ça nous arrangeait bien parce que nous avons besoin de dentiste » (Médecin 2)

Dans les arguments favorables aux conventions pensions, on trouve ceux qui ont trait aux besoins de personnel de l'institution. En effet, la prolongation de carrière peut pallier très concrètement à des difficultés de recrutement au sein de l'institution. *« Maintenant, dans le secteur médical, ce qui fait que les gens acceptent que les gens fassent des conventions pension, c'est, je pense, qu'on manque toujours de toubib. On ne trouve jamais le bon remplacement qu'il faut pour le long terme etc... donc, je pense que les gens se disent : « plutôt que d'avoir un assistant de plus pour remplacer un pensionné, il vaut peut-être mieux pour le suivi des patients continuer avec le pensionné en diminuant tout doucement ses heures ». Voilà, ici, on vient d'engager deux nouveaux médecins titulaires, donc, je pense que la discussion va être menée un petit peu différemment mais en même temps, on a un titulaire qui s'en va, donc les prochaines conventions pension, elles seront quand même conditionnées par le fait que s'ils partent, on perd des heures dans le secteur médical » (Médecin 3).* *« Le secteur médical était en déficit d'heures, on a même dû engager un médecin remplaçant à 18h par semaine pour avoir une consultation efficace » (Infirmière).*

La cause des difficultés de l'institution en matière de gestion des ressources humaines peut être liée au contexte extérieur, les difficultés à trouver des médecins généralistes, par exemple. Mais il peut également s'agir de difficultés liées au contexte interne à l'institution, par exemple la conjonction de plusieurs travailleuses enceintes simultanément ou successivement au sein d'un même secteur. *« Mais c'était surtout ça, ça a été reprolongé d'année en année parce que plusieurs médecins féminines étaient enceintes et qu'il fallait, voilà, maintenir un certain quota d'heures au niveau médical » (Infirmière).*

Arguments organisationnels

« C'est vrai qu'on a des problèmes de place dans les cabinets mais on a qu'à aménager leurs horaires pour qu'ils travaillent des jours où il y a plus de place dans les cabinets » (Médecin 3)

Les dimensions organisationnelles, d'efficacité ou d'efficience, génèrent également leur lot d'arguments instrumentaux. Tantôt en faveur des conventions pension : *« Moi, je trouve qu'un travailleur de 65 ans, oui, il est peut-être dans un sens plus fatigué mais en même temps, pour un médecin en tous cas, il connaît super bien ses patients et donc, peut-être que ça va beaucoup plus vite au niveau de ses consultations, il gère beaucoup plus de choses qu'un jeune qui commence » (Médecin 3).*

Mais surtout en défaveur des prolongations de carrière :

La place dans les cabinets médicaux : « *La capacité des locaux, ça c'est un vrai frein. Si on voulait mettre très fort le focus là-dessus, je crois que ça pourrait emporter une décision* » (Kinésithérapeute).

La pyramide des âges, l'équilibre jeunes/vieux au sein de l'institution : « *On a deux jeunes assistants qui terminent, ils postulent pour travailler du coup. La moitié du secteur médical disait : « Voilà deux jeunes, on ne peut pas se permettre de perdre deux jeunes motivés qui viennent. Tant pis si on a plus de place pour les deux autres » » (Médecin 3). Le fait aussi de certains qui disaient « Oui, mais c'est intéressant de rajeunir les cadres et de faire de la place pour des jeunes, il faut laisser la place aux jeunes, il faut veiller à ce qu'il y ait une pyramide des âges bien homogène, bien équilibrée à la maison médicale ». D'un autre côté, on disait aussi « C'est vrai qu'il y a des professions, notamment celle de médecins généralistes, où ton expertise tu l'acquiesces petit à petit sur le terrain et c'est peut-être un petit peu dommage aussi de se priver de l'expertise des gens, des médecins, qui vont prendre leur pension ». Voilà, donc il y avait chaque fois des arguments qui s'opposaient un peu » (Médecin 2). « *Il y a cet enjeu « jeunes-vieux-renouvellement », clairement de se dire : « Oui mais si on garde encore les pensionnés, on ne sait pas engager les jeunes, ça ne va pas, il faut qu'on avance aussi un peu au niveau institutionnel et arrêter de prendre des assistants ». Donc, tu vois, on est dans l'organisation » (Assistante sociale). « Là, je vais te dire, je suis d'accord, c'est assurer la pérennité de la structure, tu vois. Donc, il y a eu beaucoup de gens de ma génération. Ils sont en train de partir, il y a eu des gens un peu plus jeunes et puis y a un gap, un trou et puis y a des jeunes. Mais, il faut qu'on continue à embaucher des jeunes si on veut que ce projet continue. Je ne sais pas moi, dans 5 ans, dans 10 ans, dans 20 ans. En cherchant des gens qui vont faire leur carrière là, donc pas seulement des assistants qui vont passer un an ou deux, des gens qui s'impliquent vraiment dans le projet et qui vont rester, tu vois. Donc c'est un enjeu qui n'est pas facile évidemment » (Médecin 2).**

Le nombre de personnes autour de la table est un enjeu important. En particulier dans cette structure qui se perçoit comme trop grande et qui identifie le grand nombre de travailleurs comme une difficulté majeure dans ses modalités de fonctionnement autogestionnaire : « *Avec un impératif important à BVS, c'est de ne pas augmenter le nombre de personnes dans l'équipe parce que donc, tu vois, si tu additionnes des temps trop partiels, ben forcément, tu as plus de têtes. Or, c'est déjà une grosse équipe* » (Médecin 2). « *Ça, c'est compliqué une fois que tu as trop de*

personnes autour de la table, ça devient difficile à gérer donc tu vois, y'a tout ça comme impératif » (Médecin 2).

La gestion administrative d'une prolongation de carrière au-delà de l'âge de la pension qui à certains égards sort un peu du cadre, ou du moins n'est pas forcément la norme : *« Or, la première chose c'est que sur le plan administratif on sort un peu des contrats travail classiques donc il faut innover » (Médecin 2).*

Arguments légaux

« Il faut rester dans le cadre de la loi, donc ce n'est pas quelque chose de facile » (Médecin 2)

Dans cette même lignée de l'organisationnel, de l'administratif, il y a une série d'arguments qui font référence à la loi. Dans cette institution où l'ensemble du personnel est salarié (y compris les médecins), la législation sociale définit clairement la fin de la carrière. Cette référence au cadre légal donne des arguments aux opposants aux conventions pension. *« Qu'il y avait de l'autre côté une équipe qui disait « d'une part il y a une loi, à 65 ans en principe on est censé prendre sa pension et on ne peut pas continuer à travailler jusqu'à la mort sans jamais se poser la question » » (Médecin 2). « Il y avait plusieurs types d'arguments. D'abord, il y avait la conformité avec la loi extérieure « on prend sa pension à 65 ans » » (Médecin 2).*

Plusieurs personnes interrogées situent le secteur administratif comme opposé aux prolongations de carrière au-delà de l'âge de la pension. C'est ce secteur qui semble le plus recourir à ce type d'arguments liés à la législation sociale. *« Pour le reste, c'est plus des choix d'individus sauf pour l'administration qui est assez fort contre hein. Ça me paraît évident mais au nom que ce n'est pas conforme au règlement extérieur. Là, moi ça, ça m'énerve assez fort pour te dire parce que l'autogestion non plus, ce n'est pas conforme au règlement extérieur » (Médecin 2). « Le gros argument, c'était un argument administratif en disant : « on ne sait plus lui faire un contrat, elle n'est pas protégée, on ne sait pas la payer, on ne sait pas l'assurer, ça va être un problème pour elle mais elle a quand même continué à travailler sans contrat pendant tout un temps » (Assistante sociale). « Plutôt administratif, vraiment raisonnable pour se dire, mais « attends, on est une institution, on a des responsabilités, on ne peut pas laisser un médecin soigner des gens sans une assurance, un contrat, un truc, ce n'est pas légal, c'est plutôt l'administration qui avait des cheveux élevés sur leur tête en étant hyper stressé » (Assistante sociale).*

Arguments générationnels

« C'est quand même la génération de ceux qui savent qui est en train de partir »

(Kinésithérapeute)

Quelques arguments cités relèvent enfin d'une forme de conflit générationnel. Certains acteurs aussi bien des jeunes que des plus anciens, parlent de la place prise par les anciens, les fondateurs, les locomotives, ... du projet. Cette place peut à certains égards être jugée par d'autres comme encombrante, paralysante, ... pour les plus jeunes qui ont à faire la leur. *« J'ai défendu ce point de vue je suis 100 % d'accord avec ça je pense qu'en plus, tu sais, les vieux ténors de la maison médicale, on prend de la place, on a du poids. Il ne faut pas que ça empêche les jeunes de parler et de construire leur projet à eux parce que pour moi, c'est petit point de rallonge de quelques années mais après, ça c'est sûr que je ne vais pas rester et puis de toute façon, moi j'estime que je n'ai plus à décider des choses qui vont engager l'avenir hein »* (Médecin 2). Ces arguments vont dans le sens de l'opposition aux conventions pension déclinant une nouvelle interprétation du récurrent « place aux jeunes ». *« Ce n'est pas contre toi mais parce que je trouve qu'il faut faire de la place aux jeunes et je voudrais que le cadre de cette équipe et de ce secteur se rajeunisse »* (Médecin 2). L'expression signifierait dans le cas présent que le rajeunissement des cadres permettrait des changements, par exemple dans la vision des soins : *« Ceux qui rêvent d'une médecine moins allopathique, peut-être plus psychosociale mais aussi plus alternative. »* (Kinésithérapeute). Dans cette dernière citation est sous-entendue l'idée que les jeunes qui ont des velléités de changement, de « modernisation » de la vision des soins auraient davantage les coudées franches avec moins d'anciens accrochés à une certaine vision des soins.

Pour conclure cette analyse, voici deux tableaux.

Le premier fait la synthèse pour chaque faisceau d'arguments en indiquant si les arguments sont mobilisés pour appuyer la proposition de convention pension ou pour s'y opposer.

	Favorable à la proposition	Défavorable à la proposition
--	----------------------------	------------------------------

Ordre d'arguments en valeur :

Arguments politiques et syndicaux		X
Principe de liberté	X	
Arguments relationnels	X	
Place des anciens	X	

Ordre d'arguments instrumentaux :

Arguments Financiers		
- Collectifs		X
- Individuels	X	
Arguments relationnels		X
Gestion des ressources humaines	X	
Arguments organisationnels		X
Arguments légaux		X
Arguments générationnels		X

Le second présente les phases du processus dans lesquelles ils sont le plus utilisés.

	Emergence du problème	Exploration des solutions	Sélection des solutions	Implémentation de la décision	Révision régulière de la décision
--	-----------------------------	------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	--

Ordre d'arguments en valeur :

Arguments politiques et syndicaux		X	X		
Principe de liberté		X	X		
Arguments relationnels	X	X	X	X	X
Place des anciens			X	X	

Ordre d'arguments instrumentaux :

Arguments Financiers					
- Collectifs	X	X	X	X	X
- Individuels	X	X	X	X	X
Arguments relationnels				X	X
Gestion des ressources humaines	X	X	X	X	X
Arguments organisationnels	X	X	X	X	X
Arguments légaux	X	X	X	X	X
Arguments générationnels	X	X	X	X	X

6. Formes de légitimations et configurations

6.1 Analyse des deux tableaux de synthèse :

Ce qui frappe au premier coup d'œil, c'est la distribution des arguments sur l'axe favorables/défavorables aux propositions. En effet, les arguments rationnels en valeur sont largement majoritairement favorables aux propositions de changement dans les deux processus analysés. Tandis que les arguments instrumentaux sont eux principalement défavorables. L'analyse des processus de décisions nous indique que l'institution, au terme des deux processus, valide les deux décisions de changement conformément aux stratégies de légitimation en valeur et malgré, pourrait-on dire, les arguments instrumentaux. Quantitativement, l'analyse le montre bien, les arguments instrumentaux semblent plus nombreux, plus cités, et néanmoins beaucoup moins efficaces puisqu'ils n'influencent pas la décision finale ! De cet angle, les stratégies de légitimation en valeur semblent plus opérantes que les stratégies de légitimations instrumentales. De ce point de vue toujours, on pourrait déduire que la standardisation par les valeurs domine dans cette institution.

6.2 Vérification de mon hypothèse :

L'hypothèse de départ est que toutes les légitimations en valeur plaideraient pour le maintien du missionnaire et toutes les légitimations instrumentales plaideraient pour la transition vers la bureaucratie. Autrement dit, ceux qui viennent avec des arguments en valeurs sont des partisans du missionnaire et freinent la transition vers la bureaucratie.

Cette hypothèse est d'emblée infirmée. En effet, notre choix des deux processus de décisions analysés repose sur l'hypothèse que les changements qu'ils proposent d'amener au sein de l'institution contribuent à la transition de la configuration missionnaire vers la configuration bureaucratique mécaniste. Dans cette hypothèse, les acteurs favorables aux propositions de changements sont les tenants de cette transition. Or, nous avons constaté que les arguments rationnels en valeur étaient majoritairement utilisés par les acteurs favorables aux changements. Ce qui infirme donc l'hypothèse.

Toutefois, sur les 6 ordres d'arguments en valeur répertoriés pour l'ensemble des deux processus de décision, on trouve deux faisceaux d'arguments en valeur qui sont tout de même utilisés pour s'opposer aux propositions de changement. Notre hypothèse sur la transition d'une configuration à l'autre repose, notamment pour la décision relative à la coordination de soin, sur la centralisation

qu'elle induit. Or, les arguments relatifs à la spécialisation s'opposent justement à ce mouvement. Les acteurs craignant effectivement qu'avec la centralisation, ils perdent en marge de manœuvre et que le spectre de leur action se voit réduit.

Ce raisonnement s'applique de la même manière au sujet des conventions pension et des arguments syndicaux. Dans notre hypothèse, c'est le mouvement des buts de mission vers des buts de système qui justifiait notre intérêt pour cette décision relative aux conventions pensions. On voit que les opposants à ce changement utilisent des arguments en valeur, ce qui confirme dans ce cas l'hypothèse.

6.3 Position marginale des acteurs

La position de certains acteurs minoritaires pour qui la perception des processus de décision est différente de la description majoritaire et pour qui le processus est beaucoup plus consensuel peut nous donner des interprétations en lien avec les configurations.

La position consensuelle de certains acteurs, ceux qui semblent être « aveuglement » dans la loyauté, nous dit quelque chose en matière de lien entre forme de légitimation et configuration. Leur position relève quasiment du déni de stratégies de légitimation. Pour eux, c'est comme s'il n'était pas nécessaire d'argumenter. Pour eux, il semble n'y avoir ni stratégie de pression, ni légitimation puisqu'à peu de chose près, tout le monde est d'accord. Comme s'ils vivaient une réalité idéalisée où effectivement la standardisation par les valeurs suffit conformément à une configuration missionnaire. « On se met d'accord facilement moyennant quelques réglages sur des modalités, des détails mais sur le fond, nous sommes tous d'accord » !

6.4 Tradition missionnaire

Il me semble que l'analyse montre l'ancrage d'une « tradition » (un mythe ?) missionnaire dans la culture de l'institution. J'identifie trois indices pour formuler cette conclusion :

En premier lieu, à travers l'analyse des configurations, on voit l'importance donnée par l'institution au fait de proposer une image « missionnaire » vers l'extérieur alors que les références plus internes montrent, dévoilent un autre visage de l'organisation.

Deuxièmement, les témoignages de certains acteurs qui semblent lisser leur version des débats dans les processus de décision en dépeignant une situation plutôt consensuelle où règne une forme de standardisation des valeurs.

Enfin, indépendamment d'un enjeu de transition dans les configurations, il semble que les stratégies de légitimation en valeur (plus conformes à l'idée d'une configuration missionnaire indépendamment de l'impact de celles-ci) sont plus efficaces en interne que le recours à des arguments instrumentaux.

6.5 Et la configuration professionnelle ?

Tout au long de l'analyse, il m'a été difficile d'identifier des positions d'acteur particulières. Il ne m'a pas été possible d'identifier, par exemple, la position d'un secteur professionnel par rapport à un autre dans les processus de décision. Certes, par moment, et plutôt au sujet de détails, un secteur ou un acteur étaient plus identifiés comme tenant une position ou tenant une forme d'argument. Mais globalement, l'analyse des arguments était le plus souvent indifférenciée en termes d'acteurs ou de catégorie d'acteurs. Malgré mes questions sur le positionnement des acteurs, j'ai récolté trop peu d'informations sur le sujet. Certains témoins évoquent l'avis d'autres acteurs, sans même trop en dire sur leur propre opinion. Si la position d'une minorité d'acteurs, en décalage avec l'histoire racontée par une majorité, semble nous indiquer une configuration missionnaire, cette forte différenciation sur le plan horizontal, mesurée notamment par des positions divergentes au sein d'un même secteur professionnel, pourrait nous mener davantage vers une interprétation d'une configuration professionnelle. En effet, cette indépendance, cette liberté de penser intra sectorielle correspond bien à la distribution du pouvoir d'une configuration professionnelle. Dans cette lecture, ce ne sont pas tant les valeurs qui font autorité mais plutôt la qualification des opérateurs.

J'ai étudié le contenu, ce que les gens disaient dans le processus de décision sans analyser à proprement parler la forme des processus de décisions. Si on se penche sur la manière dont les décisions sont prises au sein de l'organisation, les entretiens indiquent que les processus de décision sont routiniers, rodés au sein de la maison médicale. « *Je pense que comme on fait pour toute décision ici, les questions qui se posent parviennent au Conseil d'administration, le Conseil d'administration propose une procédure pour arriver à résoudre les questions qui se posent à certains moments [...] le C.A. qui a organisé une prise de décision collective pour l'Assemblée générale par l'Assemblée générale comme on fait d'habitude ici* » (Psychologue). Les décisions se prennent en Assemblée générale qui regroupe l'ensemble des travailleurs et celles-ci sont systématiquement précédées d'une ou plusieurs plénières où ont lieu les débats contradictoires au sujet des décisions à prendre. A ce titre, le modèle de prise de décision est tout à fait conforme au dispositif de codécision décrit par Pichault et Nizet dans le modèle de gestion des ressources

humaines conventionnaliste : « *La plupart des orientations stratégiques de l'organisation font l'objet de débats contradictoires entre pairs. Ce qui signifie que la communication est ici essentiellement latérale et collégiale (au sein de conseils, de collèges, de comités, etc.)* »³⁴ Le modèle conventionnaliste est, dans la perspective de cohérence entre configurations organisationnelles et modèles de gestion des ressources humaine de Pichault et Nizet, associé à la configuration professionnelle. Il se caractérise conformément à mes observations « *par une influence très grande, individuelle ou collective, des professionnels sur l'amont du processus de décision, qu'il s'agisse de la définition des dispositifs de GRH, de leur mise en œuvre et/ou de leur niveau de formalisation.* »³⁵ De ce point de vue, davantage centré sur les processus eux-mêmes que sur leur contenu argumentaire, la transition de la configuration missionnaire s'opère plutôt vers la bureaucratie professionnelle.

6.6 Place des patients

Une ultime réflexion concerne la place des patients dans les processus de décisions. Les deux décisions analysées sont des décisions stratégiques qui sont prises en Assemblée générale. Les statuts de l'A.S.B.L. prévoient que les patients participent aux assemblées générales. Il est intéressant de noter que les patients ne sont évoqués par les acteurs qu'à travers les stratégies de légitimations (intérêt pour les patients de prendre telle ou telle direction dans la décision). Aucun des acteurs interrogés n'a parlé de l'avis des patients, de leurs éventuels arguments. Moi-même, je n'ai pas cherché à interroger un représentant des patients, ni cherché à savoir s'ils participaient effectivement aux prises de décisions analysées et dans l'affirmative, à savoir quels étaient leurs avis et arguments. La question n'a pas été suffisamment approfondie et documentée pour tirer des conclusions mais on peut ici aussi se poser la question du potentiel écart entre les intentions initiales, affichées et même publiées et la réalité du terrain.

³⁴ Pichault, François, et Jean Nizet. Les pratiques de gestion des ressources humaines: approches contingente et politique. Seuil, 2000. Page 143.

³⁵ Idem page 158.

7. Conclusion

J'ai choisi la maison médicale Bautista Van Schowen, l'une des plus ancienne de Belgique, pour étudier la place des valeurs dans les processus de décisions qui amènent des changements dans l'organisation.

Le point de départ de ce travail consiste en un diagnostic de configurations organisationnelles selon la typologie d'Henry Mintzberg. L'analyse de documents définissant l'institution et son organisation révèle que la configuration dominante est la configuration missionnaire. L'analyse dévoile une configuration secondaire : la bureaucratie mécaniste. Sur certains critères, entre autres la qualification des opérateurs, on relève la présence de la configuration professionnelle. Cette distribution des configurations nous indique une transition, naturelle selon Mintzberg, du missionnaire à la bureaucratie mécaniste. En effet, *« la transition naturelle pour les configurations du missionnaire qui survivent, c'est le système clos, car leurs coalitions externes sont très passives, et la diffusion du pouvoir interne, favorise les administrateurs centraux. [...] Des normes standardisées sont plus aisément converties en règlements standardisés [...] Autrement dit, la bureaucratie mécaniste se révélera peut-être le seul type de structure capable d'accomplir la mission ambitieuse que l'organisation s'est fixée. »*³⁶

Dans cette hypothèse d'une transition du « missionnaire initial » vers la bureaucratie mécaniste, je m'intéresse à la place des arguments rationnels en valeur et instrumentaux dans deux processus de décisions de changements contribuant à cette transition. Mon hypothèse de départ étant que les stratégies de légitimation en valeur sont utilisées pour favoriser la configuration missionnaire tandis que les arguments instrumentaux sont utilisés à la faveur du mouvement vers la bureaucratie mécaniste.

Mon analyse des processus de décisions infirme plutôt cette hypothèse. Comme Mintzberg l'écrit : *« ...certaines des forces qui travaillent à la destruction de chacune des configurations sont déjà en germe dans chaque configuration elle-même. Autrement dit, chaque configuration aide à semer les graines de sa propre destruction. »*³⁷ J'observe ainsi, à travers mon analyse, que la configuration missionnaire produit des valeurs qui sont utilisées pour « dépasser le missionnaire ».

³⁶ Mintzberg, Henry. Le pouvoir dans les organisations. Ed. d'Organisation, 2003. Page 628 et 629.

³⁷ Idem, page 603 et 604.

L'analyse montre toutefois la place importante de la configuration missionnaire. Certains indices dévoilent même une forme d'attachement à la configuration missionnaire, à la standardisation par les valeurs comme on s'attache peut-être à un mythe fondateur de l'institution.

L'hypothèse de départ, la méthodologie choisie pour le diagnostic et l'analyse des processus de décisions focalisent l'attention sur la transition de la configuration missionnaire vers la bureaucratie mécaniste. Mais cette recherche tend aussi à montrer que la configuration missionnaire n'est pas « contrariée » par la bureaucratie mécaniste uniquement. En effet, la configuration de pouvoir, la différenciation des positions des acteurs au sein d'un même secteur disciplinaire, donnent à penser que la configuration missionnaire perd peut-être aussi du terrain par rapport à la configuration professionnelle.

8. Bibliographie

Albarello, Luc. *Apprendre à chercher*. De Boeck Supérieur, 2012.

FMMCSF. *Charte des maisons médicales et des collectifs de santé francophones*. Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones asbl, 2006.

Freund, Julien. *Sociologie de Max Weber*. Presses universitaires de France, 1966.

Mintzberg, Henry. *Structure et dynamique des organisations*. Editions d'Organisation, 1984.

Mintzberg, Henry. *Le pouvoir dans les organisations*. Ed. d'Organisation, 2003.

Nizet Jean, *La théorie du pouvoir*, Facultés Universitaires de Namur. Url :

<http://www.grh.hec.ulg.ac.be/cours/supports/COSE/pouvoir.pdf>

Nizet, Jean, et François Pichault. *Introduction à la théorie des configurations : Du « one best way » à la diversité organisationnelle*. De Boeck Supérieur, 2001.

Pichault, François, et Jean Nizet. *Les pratiques de gestion des ressources humaines : approches contingente et politique*. Seuil, 2000.

Weber, Max. *Economie et société*. Plon, 1971.