

# Bonjour

En quelques semaines, les media ont répercuté à grands fracas l'avènement sur les marchés de plusieurs miracles bio-technologiques. Le produit qui brûle vos graisses en toute impunité et fait maigrir sans privation. La pilule qui rend la puissance sexuelle aux hommes... et zut au sondage qui montre que les femmes ne sont pas vraiment pour. Le nouveau médicament qui traite le cancer du sein sans faire perdre les cheveux. Les débats sur le brevetage du vivant ont fait nettement moins de bruit. Dans le même temps, Lego retire de la vente sept cent mille hochets susceptibles d'étouffer les enfants.

Informations en bribes. Le grand public s'y perd.

Un peu plus tard, on apprend que le Viagra (la pilule « érectile ») aurait fait six morts. Démenti de la firme : ces gens ne sont pas morts à cause du Viagra mais d'avoir été au-delà de leurs capacités cardiaques. Monsieur R. me demande une prescription de Viagra : « Il n'est pas en vente ici, mais mon fils part aux USA, il m'en rapportera ». Monsieur R. a compris que, n'ayant pas une connaissance suffisante du produit pour le recommander, je refuse de prescrire. Il ne m'en veut pas : il a reçu une ordonnance d'un copain...

Cette patiente inconnue m'explique : « Depuis que j'ai senti cette boule dans ma poitrine, je n'ai plus voulu voir un médecin. Je ne voulais pas perdre mes cheveux. Mais maintenant qu'il y a un traitement en comprimés, je veux me faire soigner ». Elle l'a échappé belle et on a pu en rire ensemble : ce n'était pas un cancer.

Point n'épiloguerons sur ces mères qui m'ont fait expertiser des hochets, ni sur

ces dames qui attendent le brûleur de graisses pour se ruer dans la pâtisserie qui jouxte la pharmacie.

Moins cocasse, le grand public ignore presque tout des débats sur la sécurité sociale (splitsera ? implorera ?), il n'est souvent pas au courant des montants prélevés sur son travail pour la financer, et il n'a pas réalisé qu'il pouvait voter aux élections mutualistes.

libres... Tout ce qu'il a retenu, c'est que je suis un gentil.

Gentil mais ronchon, parfois je me dis que le budget soins de santé serait mieux utilisé si on en attribuait une partie à valoriser un enseignement qui apprendrait aux enfants dans quel monde ils vivent. « Quoi fiston ? Tu dois réciter les cinq premiers paragraphes de la déclaration des droits de l'homme ? ».



« Tiens docteur, vous n'avez pas augmenté vos tarifs ? ». « Non monsieur, il n'y a pas eu d'augmentation ». « Pourtant ils ont dit à la télé... ». Courage, expliquer ce qu'est la convention médico-mutualiste, qu'elle a été dénoncée, que les honoraires sont

Quand je pense que je me suis farci Marignan 1515 ! « OK, vas-y, explique-moi de quoi il s'agit... Ah ? Tu ne dois pas expliquer ? Juste réciter ? Par coeur ? »

Par coeur... mon Dieu comme cette expression est mal choisie !

• **Edito**  
• **(suite)**  
•  
•  
•  
•  
•  
•  
•  
•  
•  
•  
•

Au sommaire de ce numéro, un cahier consacré à la sécurité sociale, ou plus exactement à son pilier « maladie - invalidité ». Les enjeux, les échéances, les nouvelles formes de maîtrise des coûts : après 50 ans d'existence quasi pacifique, la sécurité sociale se trouve à un tournant et la gestion des soins de santé est au front des turbulences...

En rubriques, vous lirez un article à consonance plus sociale que santé (mais nous savons que la limite entre ces deux mondes est artificielle) sur la syndicalisation des salariés dans les petites et moyennes entreprises du secteur non-marchand et entre autres en maison médicale. Ce secteur présente des spécificités fort éloignées des habitudes syndicales (ainsi l'absence de patronat identifié est fort déstabilisante). Des solutions originales ont donc du être mises en chantier pour assurer la protection des salariés : l'article vous en retrace le cheminement et les perspectives (page 3).

Où en est-on avec l'Ordre des médecins ? Jurassic park médical ou tribunal d'exception, raillé ou vilipendé, tantôt apprécié et tantôt incompris, l'Ordre semble toujours « à réformer ». Patrick Jadoulle nous fait le point de la question et de ses « futuribles » en page 7.

La maison médicale des Marolles a décidé de faire bouger les gens. Au sens propre. Avec des résultats intéressants (voir page 11).

Patrick Hassenteufel a fourni un travail colossal. Il a observé « les médecins face à l'Etat » dans trois grands pays d'Europe. Etalant son étude sur les deux cents dernières années, il nous permet

de comprendre comment et pourquoi la majorité des médecins est en lutte permanente contre le pouvoir politique. Au passage, on savourera les versions « dix-neuvième siècle » des plaintes médicales telles que la pléthore de médecins ou leur paupérisation. Un bouquin passionnant dont nous vous brossons un vaste tableau en rubrique livres (page 18).

Notre prochain cahier sera consacré aux soins palliatifs à domicile et au rôle que peut y jouer le premier échelon de soins. Il sera basé sur les travaux du colloque d'Orpheo (soins continus en phase palliative dans les centres de santé liégeois) qui s'est tenu ce printemps à Liège.

Bonne lecture



# Le syndicat et la petite entreprise de santé

Fabrice Epis, permanent syndical de la Centrale nationale des employés

Brigitte Meire, déléguée syndicale pour le secteur des maisons médicales

.....

*Depuis plusieurs mois, cela bouge dans le secteur non-marchand. Pour les hôpitaux, on parle de respect des normes d'encadrement, de respect des horaires, de diminution de la charge de travail, de respect de l'emploi malgré les fusions et les restructurations, de 35 heures ... Qu'en est-il dans nos secteurs ambulatoires (maisons médicales, centres de santé mentale, de planning familial, de service social ou de toxicomanie) ?*

.....

Il y a du travail à réaliser et des améliorations à apporter. Aujourd'hui, les syndicats défendent principalement quatre points :

- l'amélioration de l'emploi (« par les 35 heures pour tous, vers les 32 heures »), même si cet objectif semble utopique au regard de la charge de travail actuelle et des objectifs « impossibles » assignés par la politique... *Ouvrons les maisons médicales 24 heures sur 24... sans financement adéquat de certains secteurs de l'activité* ;
- l'amélioration de la qualité du service à la population : comment ne pas être attentif au projet de telle fédération patronale hospitalière du nord du pays qui vise à prendre le contrôle du secteur ambulatoire de la santé mentale, sans considération de l'intérêt des usagers de ces services. Il faut un secteur ambulatoire autonome, au service des populations ;
- l'amélioration de la qualité des conditions de travail et de rémunérations ou comment améliorer

les sous-statuts, le bénévolat, la sous-traitance, et en maison médicale les actions de prévention non payées, les différences de barèmes entre les travailleurs ;

- l'amélioration de la qualité de la protection et de la concertation sociale avec une revendication syndicale claire de délégation syndicale dans chaque secteur, même dans les maisons médicales.

Aucune maison médicale ne justifie la présence d'un conseil d'entreprise ou d'un comité de sécurité et d'hygiène, le volume de l'emploi étant trop bas. La proposition syndicale vise donc à la création de délégations syndicales itinérantes (DSI).

## .....

### Des délégations syndicales itinérantes

Si elles ne sont pas légion, les expériences de représentation syndicale dans les PME\* existent et nos maisons médicales ne sont-elles pas des PME sociales ? Ainsi, les travailleurs des petits secteurs sociaux de la Région bruxelloise ont obtenu la mise en place d'une modalité de représentation adaptée à leurs structures.

Les centres de santé mentale, de service social, de plannings familiaux et d'aide aux toxicomanes de la Région de Bruxelles-Capitale ne trouvaient pas d'écho au niveau de la commission paritaire 305\* dont ils dépendent. Ils ont décidé d'inventer... et de mettre en place des délégations syndicales itinérantes, compétentes pour toutes les institutions d'un même secteur, appelées délégations syndicales inter-centres.

## .....

### Au départ, une question de salaires

C'est en 1990, lorsque les compétences de la Communauté française ont été transférées aux régions que les travailleurs du secteur ont commencé à s'adresser au syndicat. La raison: le non-paiement des salaires et pécules de vacances, lié au fait que, dans le transfert des compétences, les liquidités n'avaient pas suivi. Les syndicats avaient alors mobilisé l'ensemble des travailleurs du secteur afin d'organiser une manifestation. Suite aux multiples actions syndicales, les travailleurs ont obtenu de la Région bruxelloise une avance de liquidités pour le paiement des salaires.

Le mouvement ne s'est pas arrêté là. Puisqu'il était question de réclamer les arriérés de salaires, autant réclamer aussi des salaires « convenables », ce qui signifiait, pour les travailleuses et travailleurs du secteur, les mêmes salaires que leurs collègues des hôpitaux. Un cahier de revendications salariales a ainsi été élaboré et de nouvelles actions ont été organisées pour l'obtention de ce statut financier. Parallèlement à ce cahier de revendications général sur les salaires, les travailleurs du secteur de la santé mentale ont constitué leur propre cahier. Celui-ci était davantage axé sur le qualitatif et la nécessité d'une représentation syndicale des travailleurs.

## .....

### La concertation se structure

Dans la foulée et pour donner suite aux revendications syndicales, la Région bruxelloise a organisé des tables rondes intersectorielles avec les patrons et les syndicats du secteur. Les négociations

## • Le syndicat et la petite entreprise de santé (suite)

ont abouti à un protocole d'accord, valable pour trois ans et renouvelable. Cet accord instaurait des délégations syndicales sectorielles compétentes pour l'ensemble des centres du secteur. Les tables rondes intersectorielles, qui ne concernaient au départ que le secteur de la santé mentale touchent aujourd'hui huit secteurs. Elles sont devenues le lieu de concertation sur le statut et les conditions de travail du personnel des différentes institutions qui dépendent de la Région.

L'accord sur la délégation syndicale itinérante pour les trois premiers secteurs date de la première table ronde intersectorielle et celui concernant le secteur des centres pour toxicomanes date de la seconde. L'objectif suivant est de couvrir également le secteur des maisons médicales et celui des habitations protégées.

Parallèlement, une autre structure a été mise en place : les conseils consultatifs de la santé et de l'aide aux personnes. Ils sont organisés par secteur et ont pour but de consulter les représentants du secteur concerné sur les nouveaux décrets régionaux relatifs aux missions, à l'objectif social du secteur, au type de personnel à engager, et sur les agréments. Les maisons médicales y sont représentées sur le banc des experts (Jacques Morel et Claire Rémy comme suppléante), sur le banc syndical (Brigitte Meire et Christophe Defraene comme suppléant) et sur le banc des utilisateurs (Philippe Stefano).

### • • • • • Premières conventions

Les premières conventions sur le statut des délégations syndicales ont été signées en 1992 et 1993 et concernaient les secteurs suivants : les centres de

service social, les services de santé mentale, les centres de consultations pré-matrimoniales, matrimoniales et familiales et des centres d'aide et d'information sexuelle, conjugale et familiale de la Région de Bruxelles.

Ces conventions mettaient autour de la table les responsables politiques communautaires et bi-communautaires compétents pour l'aide aux personnes et pour la politique de santé, les représentants syndicaux et les représentants des employeurs.

Les délégations syndicales sont compétentes pour les relations de travail, l'observation de l'application de la législation sociale et des conventions collectives de travail des secteurs, des règlements de travail et des contrats individuels, l'information et la défense des travailleurs en général, les négociations en vue de la conclusion de conventions collectives ou accords collectifs au sein des centres ou services concernés.

Une convention datant de 1994 règle aussi pour ces secteurs les modalités de mise à disposition d'une subvention destinée à payer les indemnités compensatoires et les coûts afférents au fonctionnement des délégations syndicales inter-centres. Ces indemnités compensatoires sont destinées à couvrir le coût salarial correspondant au temps de travail des délégués presté pour leur fonction syndicale. Elles sont équivalentes, par délégué, à un cinquième de la rémunération d'un agent travaillant dans un hôpital public dépendant directement d'un CPAS de la région, en possession d'un diplôme de niveau supérieur de type court et ayant dix ans d'ancienneté. Ces indemnités sont versées par un fonds social intersectoriel

pour les institutions sociales et de santé de la région, aux centres ou services qui ont parmi leur personnel un ou plusieurs délégués syndicaux. Il n'aurait effectivement pas été normal qu'une ASBL supporte elle-même le salaire d'un délégué compétent pour vingt quatre autres ASBL.

### • • • • • Nouvelles avancées

Une convention collective du même type, portant sur le statut de la délégation syndicale vient d'être conclue entre la « Fédération des employeurs des institutions ambulatoires et de toxicomanie » et les organisations syndicales CSC\* et FGTB\* pour les services actifs en matière de toxicomanie.

Selon la commission paritaire 305, compétente pour les services de santé, l'obligation d'instaurer une délégation syndicale n'est effective que dans les institutions occupant cinquante travailleurs ou plus. Il était nécessaire d'élargir la convention collective de travail sur le statut de la délégation syndicale et de l'adapter à la réalité des secteurs constitués de petites ASBL. Il fallait aussi tenir compte du souci de sauvegarde financière de ces petites institutions et du rôle fondamental joué dans ces secteurs par les pouvoirs publics subsidiaires.

Les conventions « petits secteurs » sur les délégations syndicales itinérantes s'appliquent aux employeurs et aux membres du personnel, quel que soit le contrat qui les lie. La délégation syndicale est élue par l'ensemble des travailleurs et les candidats sont proposés par les organisations syndicales.

•••••

## Un modèle particulier de relations sociales

La préoccupation essentielle du permanent et des militant(e)s du secteur est de faire coller au maximum le type de syndicalisme que l'on développe aux spécificités du secteur.

Mis à part le fait qu'il s'agit d'un secteur subsidié et que les pouvoirs publics représentent un interlocuteur essentiel dans les relations sociales, il y a aussi des caractéristiques propres liées à la « culture » des institutions qui vont déterminer le type de syndicalisme à développer. On est loin des relations sociales connues dans les secteurs industriels ou même dans les secteurs non marchands plus structurés (comme les hôpitaux) où l'on s'identifie comme employeur ou travailleur.

Dans les petits secteurs sociaux, « employeurs » et « travailleurs » ont parfois créé ensemble l'ASBL, ils sont (ou étaient...) amis, ils ont des préoccupations professionnelles semblables. Avant, les fédérations sectorielles se considéraient aussi comme représentantes des travailleurs. Dans les maisons médicales, on met en avant, et on continuera à le faire, l'autogestion et la non-hiérarchisation même si au quotidien cela se vit à différents niveaux.

Bref, les relations sociales dans ces institutions sont souvent très affectives. Comme le souligne une déléguée du secteur de la santé mentale, « on ne va jamais licencier froidement une personne du jour au lendemain en lui donnant son C4, mais on va jouer pendant des mois, voire des années, sur son moral en lui laissant entendre qu'on l'apprécie beaucoup mais qu'elle ne travaille plus



tout à fait dans l'esprit de la maison, ou qu'elle semble fatiguée et devrait prendre du repos, ou que ses nombreuses compétences seraient bien mieux valorisées ailleurs, où elle se sentirait mieux dans sa peau, etc. On s'arrangera pour qu'elle ait de moins en moins de responsabilités dans son travail, à tel point que finalement, la personne, complètement déprimée, sera acculée à quitter d'elle-même l'institution ». Les relations de pouvoir sont aussi très particulières, si bien que dans certaines institutions, dites en autogestion, les statuts peuvent prévoir une direction tournante entre les membres du personnel ; ou interdire le contrat à temps plein afin d'éviter des concentrations de pouvoir chez certains membres du personnel...

Ce type de relations ne favorise pas la reconnaissance par l'employeur d'une représentation syndicale dans son institution. Il n'est pas propice à l'adhésion syndicale des travailleurs, d'autant moins que ceux-ci ont souvent une vision très traditionnelle et figée du syndicat. Il est difficile de faire respecter des normes et de faire valoir des droits dans un tel contexte. Néanmoins, observe une déléguée du secteur des centres de santé mentale, « la syndicalisation permet de clarifier les relations, sans pour autant empêcher la bonne collaboration sur le plan professionnel ». Une autre difficulté à laquelle les délégués doivent faire face est la

multiplicité de statuts des travailleurs. Certains sont salariés, d'autres sont indépendants (médecins, conseillers conjugaux ou psychologues). Et les travailleurs indépendants ne sont généralement pas très favorables à leur salarisation.

Le mandat syndical est de deux années. Le temps de travail syndical est compensé par un subside équivalent au subside prévu pour les institutions dont nous avons parlé ci-dessus. En ce qui concerne les autres aspects du statut de la délégation syndicale, ils sont fort semblables à ceux repris dans la convention collective de travail de la commission paritaire (compétences, protection des délégués, ...).

Il y a actuellement deux délégués effectifs et deux suppléants par organisation syndicale signataire (CNE\* et SETCA\*) pour chacun des secteurs suivants : les centres de service social, les centres de planning familial, les centres d'aide aux toxicomanes ; et quatre effectifs et suppléants pour les centres de santé mentale. Les conventions collectives de travail sont signées avec des fédérations patronales dans les quatre secteurs.

•••••

## Enrichir le syndicalisme

Des réunions entre les différents secteurs ambulatoires et les syndicats travaillent sur les deux axes suivants : d'une part

## • Le syndicat et la petite entreprise de santé • (suite)

l'amélioration du statut et des conditions de travail du personnel et d'autre part la définition et la mise en oeuvre des objectifs sociaux des institutions. Dans ces secteurs, le syndicat ne peut scinder ces deux aspects. Il est systématiquement impliqué dans des questionnements liés à la politique du secteur.

C'est d'ailleurs une richesse pour l'organisation syndicale de pouvoir réfléchir avec les travailleurs, les employeurs du secteur et les responsables politiques compétents, sur les perspectives en matière de politiques sociales et de santé valables pour la Région. C'est aussi l'objectif du syndicat de ne pas laisser les secteurs s'enfoncer dans des débats purement budgétaires : « il faut rappeler constamment les objectifs fondamentaux de notre travail, lutter pour la qualité du service, ramener le patient au centre du débat, mettre en lumière constamment les enjeux de société... ». « Le développement du syndicalisme dans des secteurs où les travailleurs sont confrontés quotidiennement et concrètement aux problèmes de société devrait être un enrichissement pour le syndicalisme dans son ensemble », nous confie une déléguée. « Les valeurs sont constamment au centre de notre travail de délégué et de professionnel : on défend des travailleurs et on aide des gens qui ne travaillent pas ».

Cependant, les choses ne sont pas simples. « Il faut tout inventer dans notre secteur, ce qui peut être très motivant à certains moments, mais aussi très difficile à d'autres », explique une déléguée. « La mobilisation est difficile en dehors des périodes de crise. Et le contexte de la multiplicité des statuts d'emploi et d'une certaine hostilité, à priori, de certaines catégories de travailleurs vis-à-vis du syndicat en

général, complique aussi le travail ».

Les délégués sont néanmoins conscients que le monde ne s'est pas fait en un jour. L'expérience menée par les syndicats dans ces secteurs constitués de très petites entreprises peut déjà être considérée comme un exemple assez unique de représentation syndicale dans les PME. Pas mal d'améliorations ont été obtenues tant dans le statut et les conditions de travail du personnel que par la mise en place d'une réelle concertation, y compris sur les politiques sociales à mettre en oeuvre.

### • • • • • **Un plan de travail commun aux délégués syndicaux itinérants**

Pour 1997-1998, les délégué(e)s du secteur ont élaboré un plan de travail commun pour les délégations syndicales inter-centres, qui comprend les axes suivants :

- **la description du secteur :** origines, réglementation, financement, organisation, nombre de travailleurs, de centres, de patients, caractéristiques, difficultés actuelles...
- **les objectifs syndicaux et questions à réfléchir :** harmonisation des conditions de travail dans les différents secteurs, salarisation des travailleurs de tous les secteurs, mode de financement, stabilité des personnes dans l'emploi, défense des secteurs et des projets psycho-médico-sociaux, collaboration et coordination entre centres, solidarités entre centres travaillant dans des communes riches et centres travaillant dans des communes pauvres ;

### • **les revendications :**

statut, conditions de travail de la commission paritaire 305.1 des hôpitaux (barèmes et classifications, primes, jours de congé, ancienneté reconnue), droit à la formation, stabilisation des statuts ACS\*. Les barèmes hospitaliers sont aujourd'hui acquis pour la santé mentale, les services sociaux mono-communautaires, les plannings familiaux et les centres d'aide aux toxicomanes grâce à une augmentation conséquente de subside.

Alors, à quand une convention collective de travail dans le secteur des maisons médicales en vue de conforter et réglementer le fonctionnement des structures de concertation (bipartites et tripartites) du secteur ?

A suivre... ●

### \*Glossaire :

PME : petites et moyennes entreprises.

Commission paritaire : commission composée paritairement de travailleurs (organisation syndicale) et d'employeurs (organisation patronale) qui constituent les partenaires sociaux. La commission détermine les conditions de travail et de rémunération pour un secteur. La commission paritaire 305 s'occupe des services de santé.

CSC : Confédération des syndicats chrétiens.

FGTB : Fédération générale des travailleurs de Belgique.

CNE : centrale nationale des employés.

SETCA : syndicat des employés, des techniciens et cadres.

ACS : agent contractuel subventionné.

# Eléments pour un débat sur l'Ordre des médecins

Patrick Jadoulle, médecin généraliste

.....

*Depuis quelques mois, l'Ordre des médecins est revenu sous les feux de l'actualité et certains slogans rénovateurs voire abolitionnistes résonnent à nouveau.*

*Dans cet article, nous tenterons de synthétiser les principales critiques que l'on peut formuler vis-à-vis de cette institution. Nous évoquerons ensuite quelques pistes de réforme en prenant comme finalité l'amélioration de la qualité des soins.*

.....

Un bref rappel historique s'impose au préalable car la genèse de l'Ordre tel que nous le connaissons aujourd'hui pose déjà question en soi.

.....

## Histoire d'Ordre

L'Ordre des médecins, légalement défini en 1939 et pratiquement mis sur pied en 1945, vit ses pouvoirs et compétences considérablement élargis par la publication en 1967 de l'arrêté royal n°79. Cet arrêté-loi fut pris par le ministre Hulpiau vu la loi du 31 mars 1967, dite de pouvoirs spéciaux, « en vue d'assurer la relance économique, l'accélération de la reconversion régionale et la stabilisation de l'équilibre budgétaire ».

Cet arrêté-loi ne comprenait pas d'exposé des motifs, ce qui évitait de justifier sa nécessité, et ne fut pas l'objet d'un débat parlementaire. Il semble même qu'on n'ait pas contesté sa validité alors qu'il s'agissait d'une matière qui n'était pas celle pour laquelle le

gouvernement jouissait de pouvoirs spéciaux.

Depuis de nombreuses années toutefois, de fortes suspicions de falsifications planent sur cet arrêté et une procédure judiciaire est actuellement en cours devant le tribunal correctionnel de Bruxelles, sous l'égide du Juge Bulthé, suite à une plainte déposée contre X pour faux en écritures publiques, avec constitution de partie civile par une trentaine de médecins.

.....

## Maux d'Ordre

Toujours est-il que, depuis 1967, renforcé dans ses prérogatives sans réel débat démocratique, l'Ordre des médecins va pouvoir faire la loi (rédaction du code de déontologie, avis des Conseils provinciaux sur des questions de déontologie médicale non reflétées par le code) et l'appliquer avec le pouvoir de sanctions disciplinaires.

Ceci va permettre de nombreux abus de pouvoir reflétant plus souvent le souci de préserver le statut de la médecine libérale que la prise en considération des intérêts des patients par le maintien d'un haut niveau de rigueur professionnelle.

L'on vit ainsi, par exemple, en 1970, le Conseil provincial du Brabant écrire à tous les médecins, pour leur interdire de répondre à une enquête organisée par des associations d'infirmières qui souhaitaient connaître l'avis des médecins sur la meilleure répartition possible des tâches entre ces deux professions de santé.

Par la suite l'Ordre inquiéta régulièrement des médecins qui exprimaient publiquement une opinion

critique sur le système de santé et condamna, parfois lourdement, des médecins soucieux de l'autodétermination des femmes et qui prônaient la contraception ou pratiquaient des avortements.

.....

## Une grève révélatrice

Le 21 novembre 1979, les Chambres syndicales des médecins, présidées par le docteur Wynen, déposent un préavis de grève des soins « au finish » expirant le 21 décembre et annoncent pour le 15 décembre la convocation d'Etats généraux au cours desquels devra se prendre officiellement la décision de partir en grève ou non.

Or, dans le Bulletin d'information des Chambres syndicales daté du 13 décembre paraît, en même temps qu'un appel à la participation aux Etats généraux, un avis du Conseil national de l'Ordre des médecins signé par son président et prenant clairement parti en faveur de la grève des soins. Cet avis, qui n'a par ailleurs pas été envoyé personnellement à tous les médecins, a par la suite été amplement utilisé par les dirigeants des Chambres syndicales pour justifier leur action.

Cette prise de position partisane a été un des principaux éléments qui ont déclenché une mobilisation organisée de la part des médecins progressistes qui se rassemblèrent plus tard sous la bannière de l'« Appel des 300 » en Wallonie et sous celle de « Aktie Orde » en Flandre.

L'Ordre mit aussi régulièrement des entraves au développement d'autres formes de pratiques de la médecine (comme les maisons médicales) ou de dispensation des soins (par exemple les traitements de substitution par la

## ● Éléments pour un débat sur l'Ordre des médecins ● (suite) ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

méthadone). Sans parler des tracasseries vis-à-vis de médecins collaborant à des processus d'évaluation de la qualité des services rendus auprès de la population (comme par exemple l'enquête de santé publique de la maison médicale de Barvaux en 1990).

### ● ● ● ● ● Plus arbitraire que ça...

En 1993, l'association de consommateurs « Test-Achats » organise sa deuxième enquête sur la qualité des laboratoires de biologie clinique et fait appel à la collaboration de dix neuf médecins généralistes.

Parmi eux, la plupart ne furent pas inquiétés par l'Ordre, certains reçurent une condamnation très symbolique et l'une d'entre eux fut condamnée à quinze jours de suspension !

Pour la petite histoire, l'enquête de « Test-Achats » révélait que seulement 25 % des laboratoires testés travaillaient de manière « acceptable ». Pensez-vous que les médecins responsables des autres laboratoires furent poursuivis par l'Ordre... ?

### ● ● ● ● ● Et la qualité des soins ?

Toutes ces prises de position corporatistes ont suscité et entretenu au sein du corps médical un mouvement de contestation de l'institution ordinaire, toujours actif, dont le reproche fondamental porte sur la fonction normative de l'Ordre : **n'est-il pas aberrant et anachronique que l'éthique de la pratique de la médecine soit définie et évaluée par des médecins uniquement ?**

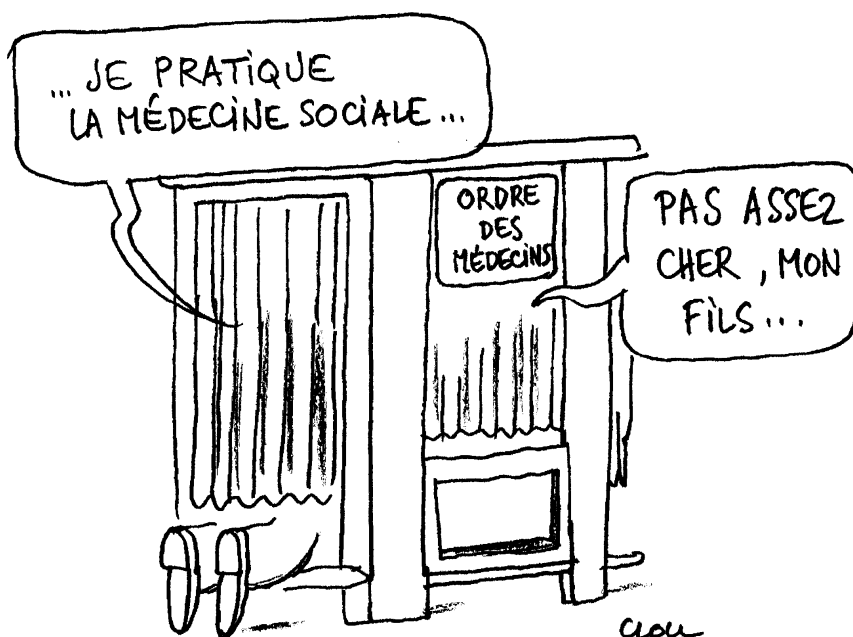
Car il s'agit là d'une question qui bien évidemment concerne aussi les autres

travailleurs de la santé et la population en général. L'éthique médicale (à savoir les implications éthiques de l'organisation et de la dispensation des soins de santé) et la déontologie (c'est-à-dire les devoirs professionnels) qui en découle pour les médecins comme pour les autres soignants devraient faire l'objet d'un vaste débat associant des représentants de tous les professionnels de la santé et de la population ainsi que des juristes, philosophes, moralistes,... au sein d'un organe officiel différent de l'Ordre des médecins.

Quant à la fonction disciplinaire de l'Ordre des médecins, comme l'histoire nous l'a malheureusement montré, elle n'a que trop servi à défendre une certaine conception de la médecine, sans réellement jouer un rôle de maintien voire d'amélioration de la qualité de la pratique médicale.

Prendre en compte cette exigence de qualité de la pratique comme fondement du droit disciplinaire permettrait pourtant de repositionner au centre des préoccupations l'intérêt de la communauté en général et de chaque individu en particulier. L'organisation qui aurait pour tâche d'être garante du respect de ce droit disciplinaire devrait dès lors, comme déjà évoqué, inclure des représentants de la population et des autres professions sanitaires.

Une telle structure pourrait jouer un rôle de médiation entre membres d'une même discipline ou de disciplines différentes ou encore entre un patient et un soignant, tout comme il est envisageable qu'elle puisse infliger des sanctions d'ordre symbolique. En aucun cas elle ne pourrait prendre des sanctions ayant des répercussions concrètes sur la pratique professionnelle de l'intéressé,





comme le fait l'Ordre des médecins quand il prononce une suspension ou une radiation. De telles peines ne pourraient être prononcées que par des juridictions correctionnelles ordinaires devant lesquelles cette instance pourrait se porter partie civile si elle le juge nécessaire, comme cela se pratique d'ailleurs chez nous pour d'autres professions (notaires, huissiers de justice).

Dans cette matière comme dans d'autres, tout aussi spécialisées (droit commercial, télématique, droit du travail, ...), les juridictions ordinaires pourraient parfaitement s'éclairer d'avis d'experts, médecins par exemple, pour rendre leur jugement. Déléguer de tels « experts » pourrait d'ailleurs très bien entrer dans les missions d'un organe éthique pluridisciplinaire tel qu'évoqué ci-dessus.

• • • • •

## Et la démocratie ?

Une telle instance devrait évidemment fonctionner de manière à respecter les principes élémentaires du droit démocratique, ce qui n'est pas le cas actuellement pour l'Ordre des médecins : publicité des débats (sauf exceptions visant à préserver la confidentialité au bénéfice d'un patient), droit d'appel pour toutes les parties, information motivée des décisions et des suites, séparation des fonctions d'instruction et de jugement, normes écrites et jurisprudence active permettant l'adéquation de la peine par rapport au délit, ...

La déontologie ne devrait donc plus être bâtie autour des notions floues de « dignité » et d'« honneur » de la profession mais devrait se préoccuper

*Il entre dans les intentions de monsieur Colla, ministre de la Santé publique, de procéder à une réforme de l'Ordre des médecins. La philosophie générale tend à reformuler l'objectif de l'Ordre en l'orientant vers le maintien de l'exercice d'une médecine de haute qualité, vers le renforcement des soins dévoués et efficaces au patient et vers la participation des médecins au bon fonctionnement des soins de santé.*

### *Parmi ses propositions :*

- *rajeunir les Conseils par réduction de l'ancienneté dans la pratique médicale pour être éligible et par introduction d'une limite d'âge ;*
- *en matière de droit disciplinaire, séparer les fonctions d'enquête et de jugement, diversifier les sanctions et ouvrir une possibilité de réhabilitation, introduire une procédure de conciliation et une possibilité d'appel des décisions, supprimer les sanctions en cas de non paiement des cotisations, autoriser la publicité des séances. Les instances chargées du droit disciplinaire seraient soit des tribunaux administratifs, soit les conseils actuels dont la composition serait modifiée pour y faire accéder des représentants du monde extérieur ;*
- *le code de déontologie devra être édifié par un organe comprenant des professionnels des soins et des représentants extérieurs : juristes, experts en science éthique, représentants des patients. Cet organe pourrait être créé de novo ou prendre pour noyau le Conseil national en place à condition d'y introduire ces représentants extérieurs. (NDLR)*

exclusivement des atteintes à la « qualité » des soins dispensés. Ce n'est que de la sorte que peut se justifier socialement le maintien d'un droit disciplinaire spécifique à une ou plusieurs catégories professionnelles organisé par les pouvoirs publics.

Il serait toujours loisible aux médecins qui désirent se renforcer mutuellement dans leurs sentiments d'honorabilité et de haute dignité de se faire membres de clubs privés pouvant attribuer des labels de qualité, à l'instar de ce qui se passe aux Pays-Bas par exemple (Koninklijke nederlandse maatschappij ter bevordering van de geneeskunde).

• • • • •

## Remue-ménage

Depuis deux à trois ans environ se font entendre, au sein-même de l'Ordre ou en tout cas chez des médecins qui ne remettent pas en cause sa légitimité, des appels au changement en vue d'un fonctionnement plus démocratique et respectueux des principes élémentaires du droit de la part de l'Ordre des médecins.

Ainsi fin 1996, le Conseil national organisait-il une journée de réflexion au cours de laquelle plusieurs propositions furent avancées dans ce sens : recentrage des préoccupations de l'Ordre sur la relation des médecins avec les malades, levée partielle du huis-clos, audition du plaignant et information quant aux suites de sa plainte avec possibilité d'appel, uniformisation écrite de la jurisprudence, rajeunissement de l'âge d'éligibilité, information complète présentant les candidats aux élections ordinaires, ... Parallèlement, l'association « Actions Lois Médicales », née d'un groupe

● Éléments pour un débat sur l'Ordre des médecins  
(suite)



la ènième tempête autour de l'Ordre » : à côté de quelques ouvertures par rapport aux réformes minimalistes de son fonctionnement interne, l'Ordre y réaffirme très clairement son opposition à voir intégrés dans ses structures des « non-médecins » (éthiciens, juristes, ...) car cela serait de nature à « aliéner la crédibilité et le respect des avis émis »... !

Et si c'était plutôt l'inverse ? ●

d'étude pluridisciplinaire à l'initiative de quatre médecins prône une plus grande transparence lors des élections ordinaires, une séparation des pouvoirs juridiques, la limitation des sanctions graves à une suspension de dix jours, le droit d'appel pour le plaignant, ... tout en souhaitant un débat public qui mène à des réformes légales.

Notons que toutes ces réformes du fonctionnement interne de l'Ordre des médecins font partie des revendications minimalistes exprimées sans relâche depuis près de vingt-cinq ans par une minorité médicale contestataire opiniâtre qui a progressivement créé un climat favorable à l'émergence de cette salutaire prise de conscience auprès d'un plus grand nombre voire d'une majorité de médecins.

Par ailleurs, après plusieurs années de relative inertie et de désintérêt de la part des pouvoirs publics, ceux-ci semblent se remobiliser depuis quelques mois pour envisager une réforme sérieuse de l'Ordre des médecins. Ainsi un groupe de travail s'est mis en place au sein du cabinet de la Santé publique et on ressort des tiroirs parlementaires en la dépoussiérant un peu la fameuse proposition de loi « Hancké » qui fut la plus progressiste et la plus radicale parmi celles qui émergèrent après la grève des médecins de l'hiver 1979-1980 puisqu'elle proposait la suppression de l'Ordre et son remplacement par un Conseil supérieur d'éthique de la santé.

De son côté, dans une lettre adressée à tous les médecins, l'Ordre a récemment fait connaître son « point de vue face à

# La santé en mouvement... J'ai mon mot à dire

Projet d'éducation à la santé de la maison médicale des Marolles (1996-1998)

Murielle Renaut, accueillante à la maison médicale des Marolles

Voilà deux ans déjà que la maison médicale des Marolles a commencé à travailler en éducation à la santé sur le thème du mouvement (au sens large) et sur la promotion d'activités sportives au sein d'un public peu coutumier de ce type d'activités. C'est l'histoire de cette aventure, entre action préventive et santé communautaire que nous nous proposons de vous raconter.

## Un quartier, une maison

Il n'est pas inutile de retracer le cadre social et urbanistique dans lequel évolue la maison médicale des Marolles depuis douze ans. La maison médicale est située rue Blaes, au coeur des Marolles, un quartier particulièrement défavorisé du centre de Bruxelles. Les Marolles conservent une image « typique » de vieux quartier bruxellois, bien connu pour son marché aux puces et sa faculté à intégrer, au cours du temps, toujours plus de personnes qui ne trouvent plus leur place ailleurs.

C'est ainsi que le quartier a été occupé par des artistes, ferrailleurs, marginaux de tous bords, spécialement ceux que l'on définit comme le « quart monde » et, plus récemment, immigrés de toutes nationalités, demandeurs d'asile, etc.

L'objectif de la maison médicale est de permettre aux habitants des Marolles d'accéder à des soins de santé de qualité et de promouvoir un bien-être physique, psychologique et social. L'éducation à

la santé représente un outil privilégié pour atteindre ce but, complément indispensable à notre travail curatif. En effet, vivre dans un quartier défavorisé implique non seulement un faible niveau socio-économique mais surtout pas ou peu d'accès aux activités culturelles ou sportives, un décrochage scolaire précoce, un accès limité aux soins de santé...

Le projet d'éducation à la santé précédent, « Hygiène de vie, rythmes de vie... vers un équilibre de vie » était axé sur la santé nutritionnelle et le sommeil. En équipe, nous avons défini les nouvelles priorités en matière de prévention et de promotion de la santé : orienter notre action sur le travail communautaire, faire des patients des acteurs à part entière de nos projets. Pour ce faire nous avons obtenu un subside de la Communauté française de Belgique.

## Faut que ça bouge !

A l'origine, un constat : de nombreuses pathologies, particulièrement récurrentes s'associent au « non mouvement ». Pathologies physiques, telles que obésité, très fréquente dans les milieux défavorisés, dorso-lombalgies, maladies cardio-vasculaires. Pathologies relatives à la santé mentale : stress, insomnie, angoisse, dépression, toxicomanies diverses. Sans oublier des maladies plus « sociales » : solitude, problèmes de réinsertion, etc.

A ces divers maux, nous avons voulu apporter une réponse autre que « médicale », estimant que la pratique régulière d'une activité sportive au sens large (y compris la marche au grand air, la relaxation) peut sinon résoudre ces problèmes, du moins permettre à la

personne d'y apporter un élément de réponse.

Afin d'objectiver notre intuition, nous avons demandé à deux médecins stagiaires de relever, au cours des consultations, le nombre et la proportion de pathologies liées au non mouvement, ainsi que l'attitude spontanée des médecins quant à la promotion du mouvement et du sport. Concrètement, elles relevaient pour chaque patient si le thème du mouvement avait été abordé et dans l'affirmative, en réponse à quelle demande du patient.

Les résultats de cette enquête sont étonnants : sur une période de deux mois, 15 % des patients ont consulté pour des problèmes d'obésité, 21 % pour dépression, 11 % pour des troubles du sommeil et 8 % pour des problèmes liés à la solitude ou à la maîtrise de soi.

## On bouge mieux ensemble

L'étape suivante fut la rencontre avec les associations du quartier afin d'examiner comment travailler ensemble à ce projet. Pour étendre notre réseau de partenaires, nous avons invité la plupart des associations socio-culturelles travaillant dans le quartier avec un public de femmes, d'enfants et d'adolescents.

L'une de nos premières actions communes a été d'établir un répertoire des associations proposant des activités sportives. Cet « annuaire » était mis à la disposition des patients à l'accueil de la maison médicale des Marolles.

Par la suite, des « groupes santé » destinés à un public féminin ont été mis en place dans des associations du quartier, l'Épée et le foyer Montserrat. Une séance de gymnastique et de relaxation était suivie de discussions sur

• La santé en mouvement... J'ai mon mot à dire  
 • (suite)  
 •  
 •  
 •  
 •  
 •  
 •  
 •  
 •

des thèmes touchant à la santé. Au fil du temps, les femmes venaient avec des questions plus précises sur la manière de vivre leur corps, leur santé et celle des membres de leur famille.

Des activités « sportives » à proprement parler ont été proposées aux enfants et adolescents : expression corporelle pour les filles de 8 à 12 ans au CARIA ; mini-foot et autres jeux de ballon pour les garçons de 8 à 12 ans dans les locaux de l'Epée.

Enfin, une journée de sport aventure et une initiation au VTT a réuni les enfants de l'Epée, tandis que la maison de jeunes Les amis des renards a mis à la disposition des jeunes une salle de body-building et un animateur qualifié.

Dans les locaux de l'Assam Sorello, une assistante sociale, interpellée par les plaintes des habitants contre les bandes de jeunes « traînant » aux abords des bâtiments a mis sur pied un groupe de théâtre pour les jeunes de 6 à 16 ans. Cette activité, de type plus communautaire et inspirée du théâtre forum visait la mise en scène d'un « scénario catastrophe », auquel le public est amené à réagir par l'apport de solutions concrètes. Une discussion sur les répercussions de ces désagréments (bruit, agressivité) suivait les séances.

Trois activités ont vu le jour dans ce cadre à l'initiative de la maison médicale des Marolles, en étroite collaboration avec nos partenaires :

- Dans l'optique de présenter aux adolescents et jeunes adultes un sport moins habituel que le mini-foot ou les arts martiaux, nous avons organisé une matinée d'initiation à l'escalade dans les locaux de la salle « Terres neuves ». Le choix de cette salle était dicté non seulement par la qualité du matériel



proposé, mais avant tout par sa proximité et la volonté de valoriser les ressources du quartier. En outre, ce sport véhicule nombre de valeurs positives : esprit de collaboration, confiance en soi et dans son partenaire, persévérance et agilité. L'asbl La Trace nous a épaulés dans la préparation et l'encadrement de cette activité ;

- Une « journée nature » fut mise sur pied à l'initiative de la maison médicale des Marolles, à l'attention d'un public plus familial. Notre objectif était d'emmener enfants, adolescents et parents hors du centre ville et de vivre ensemble un moment de convivialité et de détente. Par une journée froide et pluvieuse, une trentaine de personnes nous ont accompagnés dans le cadre enchanteur du château de La Hulpe. A l'unanimité, les participants ont marqué leur enthousiasme pour ce type d'activité et sont prêts à reproduire cette expérience communautaire riche de contacts et de satisfactions diverses ;
- Enfin, une personne de la maison médicale des Marolles est allée à la rencontre du public des maisons de jeunes des Marolles, accompagnée de deux animateurs du centre vidéo de Bruxelles. L'objectif était la réalisation

d'une vidéo présentant les activités sportives proposées aux adolescents, ainsi que la manière dont ces derniers connaissent et exploitent ces ressources. Un film d'environ dix minutes est l'aboutissement de ces rencontres avec les « rappeurs » du foyer Montserrat, les filles pratiquant le volley au club jeunesse et les garçons de l'atelier de body-building de « Les amis des renards ».

•••••  
**Bouger, ça change les rapports**

Le succès rencontré par ces activités a révélé le besoin, trop souvent non exprimé, de bouger, de mettre son corps en mouvement, de prendre conscience de ses besoins. Le public touché, spécialement les femmes, s'est rendu compte que la pratique d'une activité sportive était à sa portée tant culturellement que géographiquement et financièrement.

Un grand nombre d'animateurs, de jeunes (ou moins jeunes) parmi les patients de la maison médicale, les associations du quartier se sont mobilisés pour participer à ce projet. La maison médicale des Marolles est apparue à cette occasion comme un des partenaires privilégiés en matière d'éducation à la

santé dans les Marolles. Pour notre part, nous avons retenu l'importance du partenariat et de l'échange avec les associations du quartier qui touchent, directement ou indirectement le même public que nous.

A notre tour, nous avons servi de « relais » d'activités organisées par d'autres associations : l'entraînement pour les 20 kilomètres de Bruxelles organisé à l'initiative du centre de santé du Miroir, Eté-jeunes en collaboration avec le centre de contact Querelle (Ville de Bruxelles).

Dernière activité en date dans notre projet : une semaine d'activités sportives mise sur pied par la maison médicale des Marolles en étroite collaboration avec nos partenaires du quartier et grâce à la mise à disposition gratuite d'une salle de sport communale à l'initiative de l'échevin des sports de la ville de Bruxelles. Ce projet, baptisé pompeusement « Les Marolles en mouvement » s'adressait plus particulièrement aux garçons et filles de 6 à 16 ans. L'objectif était de mettre à profit les vacances de carnaval pour les initier à divers sports d'équipe, dont certains leur étaient encore peu connus : basket, volley, hockey, mini-foot. Les après-midi étaient consacrées à des sorties à la piscine, à une initiation à l'escalade, à l'expression corporelle et au tae kwon do. Enfin, des « jeux sans frontières » par équipe et une fête de carnaval, à caractère plus familial, clôturaient cette semaine bourrée d'activités, d'enthousiasme et de rencontres.

Afin de donner un aspect plus « santé » aux activités proposées, nous avons demandé aux animateurs d'insister sur l'importance des échauffements avant le

sport. Des petits déjeuners et goûters « santé » étaient proposés. Enfin, des médecins initiaient les jeunes à l'anatomie et attiraient leur attention sur l'importance des examens médicaux sportifs.

Ce qui est particulièrement positif dans cette dernière phase du projet, c'est la place occupée par le partenariat. De nombreuses associations du quartier sont demandeuses d'une collaboration plus étroite et soutenue. Partant d'une situation où nous oeuvrions peu sur des projets communs, mais où nous côtoyions les mêmes familles, voire les mêmes personnes, il a été enrichissant de travailler ensemble.

D'autre part, nous avons demandé à quelques patients de la maison médicale de nous épauler pour l'animation des enfants : succès total, puisque cinq personnes ont participé, jour après jour aux activités sportives, mettant leur enthousiasme au service des enfants. Cela représentait une nouveauté pour la maison médicale des Marolles, puisque nous étions également en questionnement sur le « comment » de la participation des patients dans l'organisation de nos activités.

En particulier, deux de nos patients traités pour toxicomanie se sont intégrés à l'équipe des animateurs, à l'égal des animateurs des maisons de jeunes, à tel point qu'ils ont tous deux tenu à s'investir de manière plus durable au niveau d'une école de devoirs du quartier.

D'autres projets sont en gestation : une « sortie nature », de nouvelles activités sportives pour les grandes vacances et la Toussaint. Il nous semble primordial également de laisser encore plus de place dans l'avenir à nos patients : qu'ils

investissent nos projets au point d'en faire les leurs, de se les approprier comme moyen d'expression. Nous sommes conscients toutefois, qu'il ne faut pas forcer les choses et que les laisser venir, à leur rythme, sera plus profitable pour tout le monde à long terme. ●

## Les adresses

Maison médicale des Marolles, rue Blaes 120 à 1000 Bruxelles, tél : 02/511.31.54.

L'Epée, centre de jeunes organisant des activités sportives et ludiques ainsi qu'une école de devoirs (rue de l'Epée, 8 à Bruxelles-ville).

Le foyer Montserrat, maison de jeunes située dans le haut des Marolles, offre une école de devoirs, des activités sportives pour les jeunes et des cours de cuisine pour les mamans (rue de la Prévoyance, 46 à Bruxelles-ville).

CARIA ; deux publics pour deux lieux différents : éducation à la santé, couture et activités extérieures pour les femmes ; école de devoirs, sports et activités extérieures pour les enfants (rue Haute, 119 et 135 à Bruxelles-ville).

Les Amis des renards, maison de jeunes sise rue des Renards, 10.

Assam Sorello : société de logement social.

Le Club jeunesse offre des activités sportives aux enfants vivant dans le bas des Marolles (rue des Tanneurs, 178).

Centres de contact Querelle : relevant de la ville de Bruxelles, ces centres offrent des lieux de rencontre aux jeunes et moins jeunes des quartiers « difficiles » (rue du Lavoisier, 32).

# Interculturel ou interpersonnel ?

Axel Hoffman, médecin généraliste

Début mai s'est déroulé à Bruxelles une journée de réflexion sur le thème « Ethique et hôpital public », organisée à l'initiative de la Coordination laïque de l'aide sociale et de la santé.

Jan Snacken, ethnopsychiatre au centre hospitalier universitaire (CHU) Brugmann y a développé une réflexion sur la société multiculturelle et l'importance de l'intégration mutuelle des outils culturels.

Entre niveaux culturels différents à l'intérieur d'une même société, et a fortiori entre cultures éloignées, il existe d'énormes différences dans la façon de percevoir la santé et la maladie. Se pose alors la question : l'hôpital doit-il être un outil de la conception médico-universitaire ou s'ouvrir à l'universel et offrir au patient une pratique suffisamment proche de sa culture pour être optimale ? Question très concrète. Préparer des repas convenant aux convictions religieuses ne pose pas le même problème que gérer un refus de transfusion ou une demande d'excision chez une petite fille !

•••••

## Des questions qui en appellent d'autres

Sans minimiser ces situations problématiques, ne serait-il pas opportun de s'interroger sur la perception de la santé « avant » l'hôpital ? C'est sans doute au niveau de la première ligne de soins que la confrontation interculturelle est la plus intense. Les plaintes incompréhensibles, les quiproquo sur les procédures techniques et les comportements thérapeutiques, les attentes de réponses à des questions que la rationalité médicale n'entend pas (les « pourquoi ») trouvent chez le soignant de quartier un endroit adéquat pour s'exprimer, un lieu possible pour

un décodage interculturel plutôt qu'acculturant, un espace pour une négociation. Le praticien, engagé dans une relation inscrite dans la durée et où la parole garde sa place, en contact étroit avec le milieu familial et l'environnement quotidien du patient acquiert au fil des rencontres un savoir informel qui ouvre des passerelles impossibles à soupçonner dans le cadre scientifique, artificiel et monologant de l'hôpital.

Dans la société cosmopolite de demain, l'hôpital devra s'adapter, mais il ne pourra multiplier les procédures à l'envi pour accueillir la multiplicité des cultures. A l'inverse, le praticien de quartier connaît des familles plutôt que des cultures : il se trouve que cette famille est maghrébine, que celle-ci vient du Sierra Leone et celle-là du Bengla Desh, que telle famille s'est figée dans un modèle qui n'a peut-être même plus cours au

pays d'origine et que telle autre a réussi un mode d'exister hybride complètement neuf, que celle-ci encore est déchirée entre anciens et modernes, ...

Dans la réalité, nous voyons les hôpitaux (du moins certains) s'efforcer de rencontrer « l'autre » à coup de mesures punctiformes : directives pour respecter l'heure de la prière, engagement d'interprètes... mais il est impossible de couvrir toutes les cultures. Alors, à l'impossible connaissance de la culture de l'autre (de toutes les cultures de tous les autres), ne faudrait-il pas substituer la connaissance de l'autre, nourrie du contact quotidien. L'avenir de l'hôpital cosmopolite ne passe-t-il pas par la convivialité avec les soignants de première ligne ? ●



# Accessibilité des soins, leurre ou réalité ?

.....  
*Par une chaude soirée d'hiver (il n'y a plus de saisons !), la maison médicale des Marolles a invité Denis Grimberghs, Mafoud Romdhani et Paul Galand pour discuter de l'accessibilité des soins. Devant eux, des intervenants de terrain confrontés à des difficultés très réelles : peu de risque que la discussion s'enlise dans les généralités. En voici les grandes lignes.*

.....

La collaboration avec les CPAS à Bruxelles reste difficile. Ne fut-ce qu'en raison de l'impossibilité à obtenir une harmonisation entre les CPAS des dix-neuf communes. Ainsi la vieille revendication d'une liste unique de médicaments remboursés par tous les CPAS demeure, malgré la pression des soignants, un sujet quasi tabou.

Les difficultés d'accès aux soins pour les patients émargeant du CPAS peuvent toujours être aplanies au cas par cas : contacter le fonctionnaire sensibilisé à une problématique peut être extrêmement efficace. En tout état de cause, le CPAS est légalement obligé de prendre en charge toutes les personnes en séjour régulier sur son territoire et de les affilier au plus tôt à la mutuelle de son choix.

En matière d'aide médicale urgente, il a été rappelé que le président du CPAS est habilité à prendre les mesures nécessaires pour faire face aux situations, sans devoir passer par l'approbation du

Conseil. C'est le CPAS de la commune où les soins sont donnés qui est considéré comme compétent.

Quels sont les recours si un CPAS semble ne pas remplir ses fonctions ? Il est possible de dénoncer les situations à l'autorité de tutelle (à Bruxelles : la COCOM\*, les ministres de tutelle étant messieurs Jos Chabert et René Hasquin). L'interpellation publique du conseil communal est une alternative valable. Plus constructif, susciter un débat communal périodique sur l'état de la pauvreté dans la commune pourrait déboucher sur la tenue d'une table ronde réunissant les ministres compétents et les parlementaires.

Le Vipomex\*\* est sans conteste une avancée importante dans l'accessibilité aux soins des patients démunis. Est ou... serait une avancée ? Nombre d'employés des mutuelles ne paraissent pas au courant des détails de la loi, et l'appui des travailleurs sociaux est bien souvent nécessaire pour faire respecter les droits des démunis. Ne serait-il pas utile de sensibiliser tous les acteurs à cette problématique\*\*\*.

La question du ticket modérateur reste cruciale. S'il est toujours possible de négocier son montant chez le généraliste, il n'en va pas de même pour les consultations spécialisées ou pour les examens techniques.

A l'issue du débat, on peut se féliciter des progrès apportés par les réformes du ministère des Affaires sociales. Mais il reste encore beaucoup à faire. Parmi d'autres, un exemple fréquent : le cas des familles ayant des revenus légèrement supérieurs au minimex. Pas d'aide sociale, pas de Vipomex. Leur budget

reste en équilibre tant que tout le monde va bien. Qu'un seul d'entre eux tombe malade, et les frais médicaux font automatiquement basculer le budget dans le rouge... ●

\* COCOM : Commission communautaire.  
 \*\* Vipomex : en simplifiant, le Vipomex accorde le bénéfice du statut VIPO, c'est-à-dire un remboursement beaucoup plus avantageux des soins de santé, à toute personne dont les revenus ne dépassent pas le minimex.  
 \*\*\* ndlr : ce débat a eu lieu en janvier, alors que la réforme du statut VIPO était encore récente. Si la situation s'est améliorée depuis, il persiste encore à ce jour des lourdeurs et des résistances inexplicables...

## Et si l'éthique était toc

### Bioéthique : attention danger

Entretien de Danny Hesse avec Edouard Delruelle, philosophe, professeur de philosophie morale et politique à l'Université de Liège, membre du comité consultatif de bioéthique.  
Mensuel *Réflexion* n°24 (avril 98).

Edouard Delruelle est membre du comité consultatif de bioéthique. Ce qui ne l'empêche pas de critiquer vertement la notion de bioéthique.

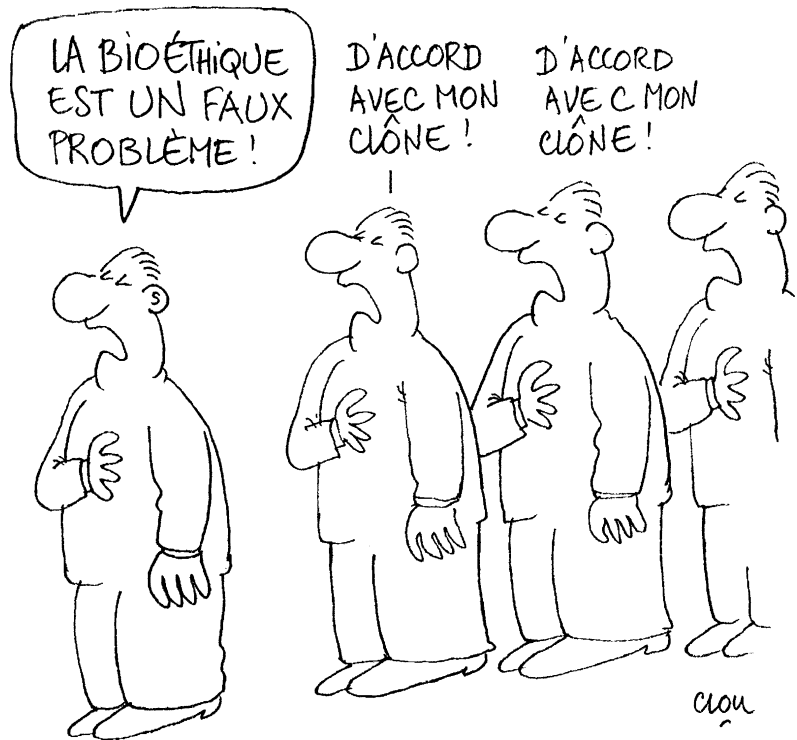
Le développement de la technoscience et du savoir pose des problèmes nouveaux : une régulation pluridisciplinaire et pluraliste est maintenant nécessaire pour contrôler la science, ce sera la bioéthique.

Cette conception fort répandue, Edouard Delruelle la récuse. Il fait remonter l'émergence de la bioéthique aux années 50 et 60, quand la libération des moeurs permise par la science (contraception...) a poussé des théologiens nord-américains à créer une instance différente de la théologie, capable de s'opposer à la modernité.

Contre cette bioéthique dont le projet est de dresser des barrières pour canaliser la science, Edouard Delruelle soutient qu'il n'y a en science aucun tabou, aucune chose « qu'il faudrait ne pas savoir ». Fondamentalement, la science et la technique libèrent l'homme. Ce qui pose problème, c'est leur utilisation politique, le profit économique, l'instrumentalisation des avancées scientifiques. Ces détournements sont d'autant plus aisés que nous sommes dans une relation ambivalente avec la science (à la fois attente énorme et peur profonde), que la culture scientifique de la population est insuffisante pour développer une opinion indépendante et que la recherche est de plus en plus liée à des contrats d'ordre privé.

Les seules instances légitimes auxquelles Edouard Delruelle accorde valeur sont la conscience individuelle et la volonté générale, dont le législateur est l'expression. Il trouve dangereux qu'entre les deux s'instaure un aréopage d'experts rendant des avis de sagesse : ce ne serait rien d'autre qu'un nouveau clergé avec une nouvelle casuistique. Le véritable contrôle réside dans la transparence démocratique et dans le débat public sur la culture scientifique. Il est temps que les gens se réapproprient les grandes possibilités des technosciences actuellement confisquées au profit de quelques uns. Ce n'est pas une question d'éthique que nous pose le développement scientifique, c'est une question de politique : comment partager ?

Mensuel *Réflexion*, Institut Emile Vandervelde, boulevard de l'Empereur, 13 à 1000 Bruxelles. Administration : 02/548.32.12.



### L'Europe du médicament : un marché unique incomplet

*Courrier hebdomadaire du CRISP*  
n° 1583-1584.

Le *Courrier hebdomadaire du CRISP* a publié un intéressant dossier sur la politique européenne du médicament... ou plus exactement sur l'absence de politique en la matière.

Malgré l'harmonisation croissante des réglementations nationales depuis 1992, les états membres conservent un contrôle étendu sur les prix des produits pharmaceutiques, au grand bénéfice des producteurs qui s'efforcent de maintenir des marchés nationaux segmentés. L'établissement d'une politique concertée au niveau européen se heurte à de grandes difficultés, qui iront croissant avec l'ouverture aux pays de l'Est et l'extension des importations parallèles et du commerce Internet. Il faut simultanément tenir compte des



retombées sociales et économiques de l'industrie du médicament, garantir un accès aisé aux traitements pour des populations de niveau de vie différents, veiller à la compétitivité des industries européennes sur le marché mondial, encourager l'innovation...

Aucune réponse évidente ne s'impose : ni un contrôle unifié des prix, même

modulé, ni la liberté du marché ne peuvent à la fois rencontrer les intérêts des producteurs et ceux de la collectivité.

Il reste que la situation actuelle n'est pas tenable à terme et qu'une initiative devra être prise. En tout état de cause, la solution choisie devra garantir la meilleure couverture de santé et

préservé autant que possible la libre circulation... en gardant les priorités dans cet ordre et non l'inverse !

**Courrier hebdomadaire du CRISP, Centre de recherche et d'information socio-politique, rue du Congrès 35 à 1000 Bruxelles, tél : 02/218.32.26.**

## **L'accès aux soins de santé : un droit pour tous**

*Réédition de la brochure de la Commission communautaire française : « L'accès aux soins de santé : un droit pour tous », disponible au 02/542 82 11.*

« **La santé, un droit pour tous !** est l'une des priorités essentielles de ma politique en matière de santé.

L'article 23 de la Constitution belge prévoit : «... le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique... ».

L'accès à des soins de qualité garanti à chacun par la solidarité de tous est un principe d'organisation sociale auquel je suis particulièrement attaché.

Le droit, fondement de notre démocratie, est le résultat d'un consensus basé sur l'expression de tous. C'est ce qui le rend parfois si compliqué et apparemment inaccessible.

Afin de permettre à nos concitoyens d'user de ce droit, en surmontant l'obstacle de sa complexité, j'ai souhaité que soient clarifiés les principes de la législation et l'impact pratique qu'elle a

sur le remboursement des soins pour tous : salariés, chômeurs, minimexés, indépendants...

Cette démarche est à l'origine de cette brochure d'information qui se veut être un outil simple et lisible, qui permette à tous les travailleurs de terrain d'aider et d'orienter toutes les personnes qui sont confrontées à des difficultés de compréhension de notre système de sécurité sociale.

Je vous invite à parcourir cette plaquette et à lui faire un large écho auprès de tous ceux qui ont, comme je l'ai, le souci de mieux faire connaître, et donc comprendre, les droits des citoyens.

**Eric Tomas**

Membre du Collège de la Commission communautaire française, chargé de la Santé ».

## Les médecins face à l'Etat

### Une comparaison européenne

Patrick Hassenteufel, *Presses de Science Politique*, 1997 (367 pages).

.....

*Le politique est-il soumis au lobby médical ? Comment se sont tissés les rapports toujours conflictuels entre Etats et médecins, tous deux soucieux de gérer au mieux la santé des populations mais chacun à sa façon et jaloux de ses prérogatives ? Quels reflets de la société nous donne la politique des soins ?*

*C'est à un périple au travers de ces questions que nous invite Patrick Hassenteufel dans « Les médecins face à l'Etat ». Son analyse parcourt les deux derniers siècles et se concentre sur la France, l'Allemagne et la Grande-Bretagne. Elle n'en est pas moins intéressante pour la Belgique car les analogies entre pays européens sont nombreuses et nos particularismes n'en sont que mieux éclairés de l'extérieur.*

### Le pouvoir médical

De quoi se constitue le pouvoir médical ? C'est tout d'abord un savoir scientifique sanctionné par un diplôme qui permet aux médecins de monopoliser l'offre de soins, fonde leur supériorité sur les autres soignants et légitime l'auto-contrôle de leur activité.

Sur ce socle scientifique s'est bâti un pouvoir politique, lié à l'expertise dans tout ce qui concerne la santé mais aussi à la capacité de se constituer en groupes

de défense des intérêts professionnels, économiques en particulier. Le poids politique des médecins est d'autant plus redoutable qu'il s'exprime au nom d'un intérêt qui transcende la profession : celui de la santé de la population entière. S'y greffe un pouvoir social, attaché au prestige du savoir « objectif », donc incontestable, en rapport direct avec la vie et la mort. Les exploits techniques et la dimension éthique de l'activité médicale (qui place le bien-être du malade au-dessus de ses propres intérêts) entrent en synergie avec l'aura sacerdotale de la profession (langue ésotérique, présence constante) pour en renforcer le charisme et justifier la prétention de la profession à l'auto-contrôle.

Ainsi parée, la nature du pouvoir médical fait obstacle aux formes dominantes de contrôle social pratiqué dans les sociétés industrielles développées : le contrôle bureaucratique et le contrôle par les consommateurs.

Au-delà de ces considérations qui relèvent d'un « éternel » médical, Patrick Hassenteufel analyse comment le pouvoir professionnel a émergé dans le contexte sociopolitique et historique de France, d'Allemagne et du Royaume-Uni. Il montre que cette émergence, largement antérieure aux grandes étapes du progrès scientifique, n'est pas seulement le produit endogène de la rationalisation d'un savoir permettant l'exercice d'une fonction sociale centrale : c'est aussi le produit exogène d'une interaction entre le pouvoir politique et un groupe professionnel adoptant des stratégies collectives.

On apprend ainsi qu'en France, le principe du monopole d'exercice de la médecine, réservé aux licenciés de la

faculté est posé dès 1707. La Révolution française abolit cette priorité et autorise tout citoyen à exercer la médecine à condition de s'acquitter d'une patente ! Commence alors la lutte des médecins contre les « charlatans » au nom de la moralisation de la profession : l'affirmation de sa dignité implique le rejet des non diplômés, rendus responsables de tous les manquements à la déontologie. N'est-ce pas ce débat qui résonne aujourd'hui dans les péripéties de la reconnaissance des médecines parallèles ? En 1812, l'élite médicale, toujours au nom de la moralisation, revendique une justice interne à la profession par la mise en place de chambres de discipline : c'est (déjà) la pléthore médicale qui est mise en accusation...

Allemagne 1848 : le célèbre médecin Robert Virchow fonde le premier hebdomadaire médico-politique : *Die Médizinal Reform*. On y défend de pair une demande d'émancipation républicaine contre l'Etat prussien absolutiste et une demande professionnelle : unification de la profession, monopole des soins, droit d'auto-régulation. L'articulation entre représentation professionnelle, rôle social de la médecine et poids politique des médecins y est affirmée : « La médecine est une science sociale, et la politique n'est rien de plus que la médecine en grand ».

Notons qu'en Belgique, le monopole et l'auto-contrôle sont obtenus dès 1818 (sous la domination hollandaise) et renforcés peu après l'indépendance. Cette réussite rapide s'explique par des connexions directes entre l'élite médicale et un Etat en voie de constitution. Le caractère élitiste des

comités médicaux provinciaux chargés de la surveillance de l'exercice de la profession suscite de la part de la Fédération médicale belge (créée en 1863) la revendication d'une représentation plus démocratique qui aboutit en 1938 à la création de l'Ordre.

•••••  
**Les médecins face à la protection sociale**

Le IX<sup>ème</sup> siècle a été marqué par la lutte pour le monopole des soins et l'auto-contrôle de la profession. A l'aube du vingtième siècle, un phénomène historique majeur va bousculer la logique du pouvoir médical, tant politique qu'économique : la constitution des systèmes nationaux de protection sociale. Les médecins se retrouvent confrontés à des acteurs collectifs (mutuelles, caisses, Etat) dotés de ressources institutionnelles et de légitimation. Ces acteurs vont financer et accroître sensiblement le marché des soins (en le solvabilisant) et donc vouloir exercer un contrôle sur l'activité des prestataires. Ce contre-pouvoir est ainsi à l'origine du syndicalisme médical, né du refus de subordination économique (salarial) et de contrôle sur la pratique. De nouvelles revendications se diffusent : paiement à l'acte, libre choix du médecin par le patient, liberté d'honoraires.

En Allemagne, le système mis en place par Bismarck (1883) est avant tout une réponse politique aux transformations économiques et sociales : il est centré sur les ouvriers et obligatoire. L'Etat prussien paternaliste et autocratique utilise la protection sociale comme instrument de paix sociale et substitue

légitimation démocratique. Ayant instauré le système, l'Etat - qui n'intervient pas dans son financement - en abandonne l'auto-administration à ses payeurs : les représentants des salariés



et des employeurs. Les médecins n'ont pas de place dans ce cadre politique : incapables d'intervenir dans ce processus, ils dépendront des caisses d'assurance maladie-invalidité qui deviennent quasiment leur employeur.

Avec un taux d'adhésion important aux syndicats, les médecins vont dès lors s'unifier autour de la défense des intérêts matériels et agir sur un mode conflictuel à l'instar des luttes ouvrières : grève, caisse de solidarité, lutte contre les briseurs de grève, revendication « honorariale ». Le combat se livre

contre les caisses mais sans que le principe des caisses soit jamais remis en question : le thème de la situation matérielle déprimée des médecins est (déjà) un lieu commun et l'introduction de l'assurance maladie a des effets bénéfiques sur leurs revenus !

Construit dans le cadre même du système d'assurance maladie-invalidité, le syndicalisme médical allemand oriente son action vers l'inversion du rapport de dépendance aux caisses. Avec succès : en quelques années, à la lutte syndicale va se substituer une représentation institutionnalisée et tournée vers la gestion du système conformément aux intérêts professionnels ! La conjoncture économique de forte dépression, la faiblesse du pouvoir politique après la défaite de 1918 et la menace montante du nazisme ne sont pas étrangères à cette réussite.

Les médecins obtiennent satisfaction sur la plupart de leurs revendications, au point que la médecine ambulatoire tombe sous leur contrôle, les décisions des caisses étant soumises à leur approbation. Seul l'accès à la médecine hospitalière reste contrôlé par les médecins de caisse. Cette position prééminente de la médecine ambulatoire ne sera remise en question qu'au début des années 1990.

En France, la philosophie du système social tient du solidarisme fondé sur la dette que chaque individu a envers la

• Livres :  
• Les médecins face à l'Etat  
• (suite)  
•  
•  
•  
•  
•  
•  
•  
•

collectivité : le rôle de l'Etat est de compenser cette dette par une action redistributrice. On est fort loin de l'autoritarisme de l'Etat allemand. Dès avant l'instauration de la sécurité sociale, le syndicalisme médical s'était cristallisé dans la lutte contre les premières mutuelles « qui font la charité à nos dépens ». Quand le système national se met en place, ce syndicalisme est déjà rodé. En 1892, il obtient l'assurance du monopole des soins pour les médecins, exigence ancienne nourrie de la peur récurrente de la pléthore médicale (!). A la différence de l'Allemagne, les syndicats agissent en tant que groupe de pression, intervenant auprès des pouvoirs publics et de l'opinion publique. Autre différence, le corps médical est divisé face aux mutuelles, ce qui s'explique par la réticence à agir collectivement et la relative faiblesse de la menace contre la profession. Dans ce contexte va se construire l'identité dominante de la profession en France : celle du médecin libéral.

Le déclin du mouvement hygiéniste ouvre l'ère d'une médecine individuelle, essentiellement urbaine. L'idéologie corporatiste se développe, ses chevaux de bataille sont le libre-choix du médecin par le patient, le respect absolu du secret médical, la liberté thérapeutique, le refus du tiers-payant et l'entente directe, c'est-à-dire la négociation au cas par cas des honoraires entre le médecin et son patient. « A la caisse le remboursement, au médecin la fixation des honoraires ». La défense de l'identité libérale l'emporte sur l'intégration du syndicalisme au système de protection sociale. Il faudra attendre les années 1960 pour que, sous la pression constante et croissante des franges les moins aisées de la profession, la logique de protection

sociale soit acceptée par une majorité des médecins. C'est la dégradation de leur situation économique qui les poussera à « marier le libéralisme impérieux de notre profession aux impératifs économiques et sociaux de notre époque » et à rentrer en masse dans un système de conventions.

• • • • •  
**Dimensions de la représentation**

Le développement des connaissances segmente progressivement le corps médical entre spécialistes et généralistes qui vivent des logiques scientifico-techniques et économiques différentes.

En Allemagne, le poids des médecins dans l'organisation des soins les conduit à préserver une configuration intégrée. Les élections qui déterminent la composition de leurs organes de représentation ne visent pas à dégager des majorités mais à couvrir le spectre de toutes les composantes de la profession. Grâce au développement d'institutions (chambres et unions) où peut se déployer le débat et où sont prises les décisions que défendront les représentants de la profession, l'identité organisationnelle ne se segmente pas. Ces institutions internes sont conçues non comme le reflet des forces sociales sous-jacentes, mais comme des agents actifs structurant la représentation. Elles ont acquis un statut de droit public (avec ressources financières : certaines unions emploient plus de mille salariés) et assis leur capacité d'intervention publique grâce à l'accès à l'information et au développement d'un savoir expert.

Aucun amateur de lieux communs ne sera surpris d'entendre qu'en France la

représentation médicale présente une configuration fragmentée. Les institutions de droit public (Ordre, Unions) ont des compétences limitées, le mode de représentation syndicale prédomine pour les interactions entre médecins et système de protection sociale. Or, ce mode est clivé non seulement par la segmentation généralistes/spécialistes mais aussi entre partisans des conventions et tenants de l'identité libérale dure qui rejette le système. L'intégration des hospitaliers à la fonction publique et la multiplication de statuts divers achèvent d'éclater la représentation. Logique politique, logique syndicale, logique individuelle s'entrechoquent. La fragmentation organisationnelle n'est pas canalisée par les enceintes institutionnelles du fait de leur faible compétence en matière de protection maladie. Le pouvoir d'expertise appartient aux caisses.

Les différences dans les configurations de la représentation paraissent donc liées prioritairement à l'institutionnalisation de la représentation des médecins et au mode d'intégration au système de protection maladie. Là où l'institutionnalisation de la profession et l'intégration à la protection sociale sont acceptées et recherchées par les médecins, la segmentation n'empêche pas l'unification de la représentation (Allemagne) ; là où intégration et institutionnalisation sont un enjeu conflictuel interne à la profession, la segmentation conduit à la fragmentation de la représentation (France).

• • • • •  
**Crise de la représentation ?**

Comme l'ensemble de la société, les modèles de représentation ont été

ébranlés par le déclin économique à partir des années 1970. Deux discours défensifs ont accru leur audience face à la raréfaction des ressources : celui de la défense des segments qui vise à répartir le gâteau en reportant les économies sur les autres segments, et celui de la défense des libertés professionnelles qui vise à reporter les économies sur les malades. Cela s'est traduit en Allemagne par la résurgence des tensions entre segments, prenant le pas sur la défense de conceptions communes à l'ensemble de la profession, et en France par l'accroissement des divisions internes.

On a vu ainsi la contestation identitaire des modes de représentation dominants prendre deux formes.

Un mouvement alternatif s'est développé autour de principes fondateurs tels que la lutte contre les véritables causes (non médicales) de la maladie, l'opposition à l'emprise du profit sur la santé, la responsabilité devant la collectivité. Il critique les fondements de la médecine libérale et recherche de nouvelles formes d'exercice collectif de la médecine. Les maisons médicales belges tiennent de cette mouvance.

A l'opposé, une contestation ultra-libérale radicalise les revendications économiques de la profession (liberté des honoraires, ...) et appelle au démantèlement des contraintes liées à la protection sociale, pronant une couverture minimale assurée par la sécurité sociale, le reste étant pris en charge par des assurances complémentaires. En France, au nom du maintien d'une médecine « considérée comme une des meilleures au monde » elle défend désormais la médecine libérale à l'intérieur du système

conventionnel (la clientèle des assurés sociaux étant devenue indispensable) et a obtenu la création du secteur 2, hors convention, qu'elle promeut activement. Le modèle libéral « à la française » gagne également l'Allemagne où la médecine de caisse est contestée par l'exigence d'une dissociation entre honoraires et remboursements et d'une privatisation de l'assurance maladie.

Simultanément, la professionnalisation de la représentation a creusé des écarts de compétence et élargi le fossé entre les médecins et leurs représentants. Le déficit démocratique qui en résulte tend à délégitimer syndicats et institutions et les déforce (surtout en Allemagne où ils disposaient d'une grande puissance).

En France, plus que l'écart de compétences, c'est la médiatisation, liée à la création de nombreux quotidiens médicaux, qui perturbe le mode de fonctionnement des organisations, désormais placées en permanence sous l'œil des journalistes. La déformation des programmes en slogans réducteurs, l'incitation à réagir dans l'immédiat sans réflexion ou concertation d'appareil, la manipulation de la presse (par les « stratégies de communication »), la mise en avance des personnalités au détriment des idées en sont quelques effets pervers.

### ••••• **Les médecins face à la maîtrise des dépenses de santé**

L'inflation des dépenses de santé, surtout marquée ces dix dernières années a conduit les Etats à réorienter les priorités vers la limitation des coûts du système de protection sociale en agissant sur les

recettes et sur les dépenses.

Cinq types de mesures de maîtrise des dépenses ont été utilisées :

- action sur les consommateurs de soins : tickets modérateurs et remboursements ;
- limitation de l'offre de soins, en particulier du nombre de médecins, de lits d'hôpitaux et d'équipements ;
- accroissement de l'efficacité des systèmes de protection maladie : évaluation thérapeutique (tarification par pathologies, références médicales, carnets médicaux, médicaments génériques, valorisation du généraliste et de la prévention) et mise en concurrence des acteurs (médecins, caisses, hôpitaux...) ;
- contrôle du prix de soins ;
- plafonnement des dépenses (enveloppes budgétaires).

La question qui se pose pour les décideurs politiques est soit d'imposer des mesures qui lèsent les médecins, soit de rechercher leur coopération pour assurer la mise en oeuvre des mesures de maîtrise des dépenses.

Un certain nombre de ces mesures mettent à mal les revenus et l'autonomie des médecins. Difficile pour des professionnels classés parmi les hauts revenus de susciter l'adhésion de l'opinion publique en dénonçant ces atteintes. C'est pourquoi le registre de légitimation de l'opposition des médecins à la maîtrise des dépenses se fonde non pas sur les intérêts professionnels mais sur la référence à la santé et au progrès médical. Cette argumentation déplace le débat d'un conflit entre intérêts économiques divergents vers un conflit entre la logique économique de l'Etat, connotée

- Livres :
- Les médecins face à l'Etat
- (suite)

- L'usage de soi
- 
- 
- 
- 
- 
- 

négativement, et une logique médicale centrée sur la santé des populations.

En France, l'intervention directe de l'Etat a porté sur deux secteurs en particulier : les praticiens hospitaliers et les médecins du secteur 1 (conventionnés), c'est-à-dire sur les deux segments les plus faibles économiquement. Depuis 1990, on assiste ainsi à des mobilisations récurrentes des médecins contre des mesures limitant leur activité. Ces conflits débouchent sur des compromis partiels reposant sur la satisfaction de revendications économiques à court terme en échange de mesures de maîtrise aux effets limités.

En Allemagne prévaut plutôt la logique d'accords auto-administrés par la profession en échange du maintien de sa position privilégiée dans le système de protection maladie. Toutefois, la contestation des dirigeants des unions de médecins par leur base grandit et les affaiblit dans les négociations.

Ni l'intervention directe de l'Etat matinée d'éléments de maîtrise négociée en France, ni l'auto-administration collective en Allemagne ne se sont révélées opératoires pour relever le défi de l'augmentation des dépenses. C'est pourquoi les années 90 seront marquées par la mise en place de politiques rompant avec le répertoire d'actions publiques utilisées auparavant. En 1992, au terme de jeux politiques stratégiques dignes d'une finale d'échecs, le ministre allemand Seehofer utilise les divisions (entre généralistes et spécialistes, entre alternatifs et ultra-libéraux, entre partisans de réformes et ceux du conflit, entre salariés hospitaliers et médecins de caisse), déforce les représentants des producteurs de soins

et leurs alliés objectifs (les länder, opposés à des réformes hospitalières), les amène à se trouver à court de contre-propositions et modifie assez radicalement les règles du jeu. Il en résulte une restriction de l'autonomie et de l'auto-administration au profit d'une intervention directe de l'Etat qui impose sans plus d'opposition enveloppes budgétaires, montants des cotisations, limitation du monopole des médecins de caisse sur la médecine ambulatoire, ... C'est le revers le plus important subi par les médecins dans toute l'histoire de l'assurance maladie-invalidité en Allemagne.

En France, le plan Juppé (1995) porte directement sur les revenus des médecins (ponctions financières), lie leur rémunération au respect du taux d'évolution des dépenses et sanctionne les dépassements. Ici aussi, l'Etat renforce son intervention directe au détriment de la négociation. L'opposition médicale est divisée et des concessions à certaines revendications (filière de soins demandées par MG-France\* par exemple) satisfont un certain nombre d'organisations de médecins qui ne se mobiliseront pas et se positionnent ainsi favorablement pour obtenir des conventions séparées.

La suite de l'histoire... vous la trouverez dans vos journaux, et après la lecture du livre de P. Hassenteufel, nul doute que vous la verrez d'un autre oeil.

#### Présentation Axel Hoffman

\*MG-France : syndicat de médecine générale français.

## L'usage de soi.

*F.M. Alexander. La pensée du mouvement. Edition Contredanse 1996. 135 pages.*

F. M. Alexander était comédien. Confronté de plus en plus à des problèmes d'aphonie et n'ayant pas de solutions durables avec les différents traitements médicaux proposés, il se lance dans une recherche sur lui-même, sur la façon d'utiliser son corps. Travail d'observation qu'il réalise à l'aide de miroirs. Il s'aperçoit que l'origine de ces problèmes est une mauvaise utilisation corporelle.

Dans la première partie de son livre, il nous invite à l'accompagner dans sa démarche de prise de conscience de son usage corporelle inadéquat et des moyens qu'il a utilisés pour y remédier.

Dans un second temps, il explique son travail comme thérapeute. Le traitement d'un bègue et d'un golfeur nous permet de mieux saisir les conséquences d'un geste néfaste.

Une troisième partie est consacrée à la formation médicale.

Ce livre ne donne pas de recettes mais ouvre la porte vers une réflexion intéressante sur l'usage que l'on a de soi. F.M. Alexander est convaincu que bon nombre de problèmes organiques trouvent leur origine dans un usage corporel inadapté...

#### Présentation Bénédicte Dubois