

Bonjour

Printemps prolifique. Vote de la loi sur l'euthanasie, reconnaissance des cercles de médecins, réformes en kinésithérapie, reconnaissance légale des traitements de substitution à la méthadone, ouverture du Dossier médical global à toute la population, grève annoncée à l'Office national de l'enfance, ouragan fiscal sur prothèse dentaire, agrément des services intégrés de soins à domicile, approbation des projets de loi « soins de santé » et « responsabilisation individuelle des médecins », (la liste est ouverte), le paysage toujours mouvant de la santé change aujourd'hui à grande vitesse, en mieux parfois, ou pas, c'est selon... Certains de ces événements passeront pour des aboutissements, la plupart marquent un jalon dans des luttes incertaines ou annoncent les tensions de demain. Sous le titre *Le bâton et la carotte*, Isabelle Heymans commente en page 2 les projets de loi « soins de santé » et « responsabilisation individuelle des médecins ». Mûrissant la réflexion, nous reviendrons sur les autres sujets dans nos prochains numéros.

Cette agitation ne peut masquer les menaces qui pèsent toujours sur notre système de santé : en coulisse, les travaux de sape pour une privatisation partielle de l'assurance maladie et pour une régionalisation de la sécurité sociale avancent. De cela aussi nous parlerons ultérieurement, nous contentant de constater qu'une des revendications de la Fédération des entreprises de Belgique, organe du patronat, était de retirer de l'assurance obligatoire certaines prestations de

kinésithérapie : les réformes en cours vont dans ce sens. Pour rappel, les projets mis sur la table par la FEB en mars 2002 consistent à alléger les charges des employeurs en faisant glisser les soins de santé et les allocations familiales vers l'impôt, en diminuant les droits au chômage et à l'incapacité de travail, et en réduisant l'assurance maladie obligatoire à un paquet de soins de base indispensables, octroyant la couverture des soins « non vitaux et de confort » à des assurances complémentaires collectives ou individuelles.

Cela commence comme une plaisanterie, et sans se prendre vraiment au sérieux, cela aboutit à un projet santé de belle envergure. En page 4, Christian Legrève nous raconte comment les maisons médicales de Liège ont décroché une aide sonnante et trébuchante pour développer une idée lancée presque au hasard et comment ce presque hasard change leurs pratiques auprès des patients usagers de drogue.

Au fil des parutions, Jean-Pierre Lebrun est devenu un familier de nos pages. Son dernier ouvrage, *Les désarrois nouveaux du sujet*, offre une avancée et une synthèse de ses réflexions sur les difficultés d'être dans une société qui ne reconnaît plus ses limites. Il n'est pas seul dans ses pages : 17 psychanalystes apportent leurs observations qui habillent de chair une pensée que d'aucuns qualifieraient de trop abstraite. Leurs contributions aident à comprendre ce qui se joue aujourd'hui dans la rencontre avec la violence et la mort,

dans l'exclusion et l'errance, dans les écoles, dans la médecine scientifique ... Un ouvrage passionnant que nous feuilletons en page 7.



On n'achète pas un chat dans un sac. Même si on s'appelle sécurité sociale et que le chat a les yeux envoûtants de la santé. Mais comment évaluer la qualité de soins de santé, comment savoir si 600 milliards d'anciens FB sont employés au mieux du possible. Question qui a fait couler des fleuves d'encre. Question-savonnette aussi : par où la saisir sans qu'elle vous glisse des mains ? On ne peut pas jauger la qualité des soins à leur rendement financier. Ni à l'aune de l'orthodoxie scientifique et de ses avatars. Ni à l'impression subjective des usagers. Ni... ni ... ni. Que faire alors ? Lire notre cahier sur l'assurance de qualité, en page 9 ...

Bonne lecture.

Le bâton et la carotte

Projet de loi portant des mesures en matière de soins de santé

Isabelle Heymans, médecin généraliste en maison médicale, membre de la cellule politique

Le ministre des Affaires sociales, M. Vandembroucke, a comme promis rédigé un projet de loi portant de nouvelles mesures en matière de soins de santé, mesures qui concernent pour une bonne partie la médecine générale. Avec ce projet, le ministre a semé la polémique au cœur des syndicats, du Forum des associations de généralistes, tant côté flamand que wallon. Les médecins généralistes se sentent encore une fois floués.

Car cette loi organise essentiellement la responsabilisation médicale, surtout imposée par des contrôles et sanctions. Pourtant cette loi présente aussi des avancées intéressantes pour la profession.

Du bon

Commençons par-là. Les points positifs sont trop peu évoqués dans les discussions actuelles des généralistes :

1. Le rôle des médecins généralistes sera enfin renforcé dans les instances de l'INAMI : tant au Conseil technique médical¹ qu'à la Commission nationale médico-mutualiste², certaines matières pourront être définies comme nécessitant d'être approuvées par une majorité de médecins généraliste. Ainsi, les généralistes pourront

prendre les décisions qui les concernent sans interférence des spécialistes.

2. Une bonification est prévue pour les médecins généralistes s'ils satisfont à des critères qualitatifs et quantitatifs dans leur pratique. Il ne s'agit donc pas d'une simple prime à la moindre consommation, les critères de qualité seront pris en compte... A noter que le Forum des associations de généralistes et son partenaire flamand demandent que ces bonis ne soient pas versés directement au médecin mais à son cercle ou à son Groupe local d'évaluation médicale.

3. L'honoraire de disponibilité de garde est assuré, même en cas de manque d'initiative de la Commission nationale médico-mutualiste.

4. Une intervention financière est allouée aux médecins pour l'utilisation de la télématique et pour la gestion électronique des dossiers médicaux.

5. L'assurance obligatoire soins de santé et indemnités devra payer les honoraires du médecin généraliste agréé pour la gestion du dossier médical global.

Si certains de ces avantages sont déjà considérés comme acquis parce que d'actualité depuis plusieurs mois, ils sont ainsi officialisés et consolidés par la loi.

Et du beaucoup moins bon

Et quels sont les problèmes de ce projet de loi ? L'assurance de qualité et la prise en compte des coûts de soins de santé sont importants à considérer dans le travail médical, la responsabili-

sation médicale reste donc un sujet incontournable. Pourtant, dans les méthodes avancées par cette loi, des dangers importants se présentent.

Le projet de M. Vandembroucke risque de décourager les médecins généralistes. Car s'il parle dans son exposé des motifs de « volonté de promouvoir une bonne pratique médicale, soutenue par des recommandations émanant du Conseil national de promotion de la qualité et via la promotion du peer review », la suite de la loi ne donne à lire que des modes de contrôle et de sanctions. C'est on ne peut plus mal venu dans un contexte où les médecins généralistes vivent un malaise reconnu par beaucoup, et tentent pourtant pour la grande majorité de continuer à fournir un travail de qualité. Faire peser une pression de contrôle encore une fois plus importante, alors que les moyens positifs d'encouragements sont si peu développés, ne peut qu'apporter une augmentation de la démotivation.

Bien sûr, nous ne voyons aucun inconvénient à ce que les fraudeurs soient poursuivis et condamnés à des amendes par un système de contrôle. Mais il est difficilement acceptable de voir classer dans la même catégorie « infractions » à la fois les prestations indues (fraudes réelles), les erreurs administratives et surtout, les surconsommations.

La méthode de contrôle proposée en matière de consommation de soins de santé par les médecins pour leurs malades, basée sur des recommandations de bonne pratique émises par le Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ)³, avec des seuils de



dépassement autorisés, a l'avantage d'apporter des éléments plus objectifs à un système de contrôle déjà existant mais défaillant par l'absence d'appuis scientifiques.

Mais il est dangereux que le Service d'évaluation et de contrôle médical⁴ ait la possibilité d'émettre lui-même des recommandations de bonne pratique ou des seuils d'éloignement quand il estime que le Conseil national de promotion de la qualité est défaillant ou pas assez rapide ! Même si le Service d'évaluation et de contrôle médical se base sur des données scientifiques, il est inacceptable qu'il puisse édicter lui-même les recommandations sur lesquelles les médecins devront se baser sous peine d'être sanctionnés par ce même service. Le service de contrôle ne présentera aucune garantie de la qualité des recommandations données, son objectif final étant toujours, par essence, de réduire les coûts. Cette idée est donc irrecevable dans un cadre

de « volonté de promouvoir la qualité ».

•••••

Ne pas jeter le bébé avec l'eau du bain

Si on veut que les médecins puissent mieux travailler, il faut leur donner des moyens dans lesquels ils puissent avoir confiance. Il faut aussi leur donner l'occasion de se sentir respectés dans leurs efforts quotidiens d'amélioration de leur pratique. Et non l'inverse.

Le système mis en place pour la responsabilisation des médecins, basé essentiellement sur la sanction et non sur l'encouragement, est démotivant pour des médecins qui travaillent déjà dans des conditions difficiles.

Et il est absolument nécessaire que les compétences du Service d'évaluation et de contrôle médical soient complètement séparées de celles du Comité national de promotion de la qualité.

Mais il serait dommage d'oublier que ce projet de loi propose aussi des avancées heureuses pour la médecine générale. Avancées à maintenir et à encourager.

(1) Conseil où se négocie la nomenclature pour les médecins : types d'acte et remboursements.

(2) Endroit où se négocient les accords tarifaires entre représentants des médecins et des organismes assureurs.

(3) Instance fédérale indépendante composée de représentants des syndicats médicaux, du gouvernement (ministères des Affaires sociales et de la Santé publique) et des scientifiques (universités et sociétés scientifiques).

(4) Service de l'INAMI pour le contrôle du médecin suspect d'infractions.

•••• Méthodologie précoce

Il faut planifier les actions, d'accord. Il faut s'interroger sur les objectifs, d'accord. Il faut tenir à jour la liste des problèmes, déterminer les priorités, et aborder les problèmes dans l'ordre, en fonction des priorités. D'accord. Ça va...

N'empêche. C'est toujours pareil. Dans le décours de ce travail, quelqu'un tombe sur une opportunité, ça lui fait une grosse envie, il en parle au bon moment, aux bonnes personnes, et ça démarre !

L'intergroupe liégeois a organisé, en octobre 2000, une étude sur les motifs de contact en maison médicale à Liège¹. Deux jours pour noter le motif principal de chaque contact chez chaque thérapeute. Cette étude servait à mieux connaître les besoins de notre population, mais aussi à développer en commun un outil d'observation. Le processus était donc tout aussi important que les résultats.

Cette étude a néanmoins révélé des caractéristiques de notre activité. Ainsi, concernant le suivi des patients toxicomanes. Ce motif vient en premier dans la liste des motifs non-saisonniers. Il s'agit donc d'une part importante de notre activité régulière. En y regardant de plus près, on se rend compte, en plus, qu'il n'apparaît que chez les médecins.

A y réfléchir, c'est logique, évidemment. N'empêche que, de voir comme ça, que, dans des équipes interdisciplinaires qui placent la globalité en premier dans leurs critères de qualité,

un problème comme la toxicomanie est abordé du seul point de vue médical, c'est un choc ! Surtout qu'on a la crainte que le suivi se résume à peu près à la prescription de méthadone.

•••• Comment une chose en entraîne une autre

Panique dans les maisons médicales

liégeoises, donc. Et hochements de tête. Et embarras, parce que, maintenant qu'on a posé la première pierre d'un observatoire de la santé, on va bien être obligé de faire quelque chose. Sur ces entrefaites, décembre arrive. Saint-Nicolas, cadeaux et dinde aux marrons ; tout le monde se prépare à se rendormir jusqu'à l'année prochaine.

Et voilà... Il y a quelqu'un qui

Description du projet

Analyse

Il ressort des discussions préliminaires du groupe de travail :

- *que l'approche est uniquement médicale ;*
- *que le sentiment est répandu que les toxicomanes encombrant et perturbent les consultations ;*
- *que la première ligne est inadaptée pour ce problème qui la concerne pourtant ;*
- *que les toxicomanes constituent une population manquant de ressources économiques, intellectuelles, relationnelles ;*
- *que c'est une population déstructurée, qu'il y a une composante psychiatrique ;*
- *que le médecin généraliste est le fournisseur du toxicomane : si la méthadone était disponible, on les suivrait comme des alcooliques ;*
- *qu'il y a manque d'intérêt de la première ligne ;*
- *qu'il existe des a priori négatifs de la population et des travailleurs, une mauvaise image des toxicomanes ;*
- *que les toxicomanes sont appréhendés comme des personnes manipulatrices ;*
- *que la couverture institutionnelle est déstructurée (nombreux secteurs) ;*
- *qu'il existe une paranoïa des thérapeutes à l'égard des toxicomanes ;*
- *que les médecins généralistes sont investis d'une mission implicite de contrôle des toxicomanes ;*
- *que la prescription, le produit sont au centre de la relation thérapeutique ;*
- *que la diminution de la consommation est l'objectif énoncé (ce qui n'est pourtant pas fondé sur une réalité médicale).*

Public-cible

- *tous les héroïnomanes inscrits dans une maison médicale de l'intergroupe liégeois et ayant consulté en 2001 ;*
- *tous les travailleurs des équipes.*

s'aperçoit qu'il y a un machin qui s'appelle le « Fonds Jonhson & Johnson pour la santé » qui clôture un appel à candidatures le 31 décembre. C'est un fonds d'entreprise financé par la firme pharmaceutique et géré par la Fondation Roi Baudouin, qui soutient des initiatives axées sur l'humanisation des soins de santé physique ou mentale, principalement vis-à-vis d'enfants ou d'adultes très exposés. Il vise plus particulièrement à accroître

l'autonomie et la qualité de vie des patients et de leurs familles, et ce dans trois domaines prioritaires : les soins à l'hôpital, de quartier ou à domicile. La stratégie du Fonds est de financer une première période d'activité qui doit permettre aux promoteurs de trouver des financements publics qui prendront le relais.

Un dossier est bouclé plutôt rapidement. On le fait en partie par appât

du gain, et, encore une fois, en partie pour construire une action commune, pour consolider notre collaboration.

Catastrophe ! On est retenu. On fait partie d'une première sélection sur base du dossier. On rencontre un membre du jury, qu'on convainc manifestement, et qui nous défend bien, puisqu'on obtient un financement de 500.000 BEF.

Objectif Global

Améliorer la prise en charge des patients toxicomanes à partir de la première ligne :

- *structurer le suivi au niveau de la première ligne de soins ;*
- *améliorer la transdisciplinarité dans les équipes ;*
- *améliorer le lien avec l'utilisateur toxicomane ;*
- *élargir le suivi aux autres métiers du centre de santé intégrée ;*
- *améliorer le suivi des autres problèmes médicaux des patients toxicomanes.*

Objectif intermédiaire

Analyser la prise en charge actuelle :

- *préciser, mesurer, argumenter, analyser chacun des points de l'analyse. Lever toutes les projections, suppositions, approximations ;*
- *formuler collectivement des objectifs d'action pour une phase ultérieure. Examiner de manière critique ceux qui sont formulés a priori ;*
- *confronter l'analyse collective à la littérature, à l'évolution de la législation, à tous les regards sectoriels sur ce phénomène ;*
- *assurer la participation des patients, des toxicomanes, des non médecins et des médecins non engagés dans le suivi à l'ensemble du processus ;*
- *élargir la vision des thérapeutes, envisagés comme équipe, sur le phénomène de la toxicomanie.*

Moyens

- *groupes de réflexion pluridisciplinaire et participative sur l'ensemble des points de l'analyse ;*
- *récolte de données ;*
- *enquête individuelle.*

Je le raconte de cette manière pour faire le malin, mais ça veut dire que notre pratique méthodologique nous permet, en peu de temps, au moyen des outils spécifiques qui sont à notre disposition, de structurer un projet, au départ des questions que nous nous posons. C'est une manière de reconnaissance de notre expertise. Ça signifie aussi que notre position d'équipes de première ligne est stratégique, d'autant plus lorsque nous sommes puissamment coordonnés.

Ce dossier était quand même un peu bâclé. Dès janvier 2001, nous avons travaillé à sa restructuration, pour arriver à une mouture qui nous permettait de démarrer l'action (voir page suivante).

La première tranche du prix arrive en juin. Il faudra faire un rapport d'activité en mai 2002 pour justifier le tout et recevoir le solde.

L'action proprement dite commence en septembre. Un groupe de référents est mis en place, qui est chargé de susciter et d'analyser les processus à l'œuvre dans les équipes autour de cette action.

• Le hasard et la nécessité • (suite) • • • • • • • • • •

•••• **Antiseptiques et liberté**

Et puis, voilà encore une chose à laquelle on n'avait pas pensé : M^{me} la Fondation, et plus encore M^{me} Johnson, adorent la communication. Ce ne sont pas, comme nous, d'obscur passionnés anonymes. Les bonnes œuvres réalisées grâce à la tirelire de Tintin de Laeken et aux bénéfices réalisés sur le bas du dos de nos bébés roses doivent être montrées, célébrées et relayées. On nous demande de collaborer à une remise officielle du prix aux deux lauréats liégeois en janvier 2002.

Je ne sais toujours pas quoi en penser. On fait le jeu du marchand de pilules, c'est sûr. Certains vieux copains se moquent encore de moi, depuis ce coup-là. Mais c'est la réalité concrète, aussi, qu'on joue dans leur jeu. Une autre chose est certaine, c'est que, par nous-mêmes, nous ne mettons pas en œuvre assez de lieux et d'occasions de dire ce que nous avons à dire et de défendre notre conception des soins. Surtout, des manifestations comme celle-là nous servent à construire une identité commune, à nos yeux et aux yeux des autres. On a pris contact avec l'échevine liégeoise en charge de la santé pour que l'hôtel de Ville nous accueille, et on a fait inviter le petit monde politique, professionnel et académique de la santé. En dehors du fait que ça m'amuse, je l'avoue, ça nous sort de notre microcosme auto-référentiel.

Ce pince-fesses a d'ailleurs donné un nouvel élan aux différentes activités qui s'articulent autour de ce projet :

- Un groupe de réflexion rassemble, depuis janvier 2002, des travailleurs des différentes équipes. Ils construisent leur démarche au départ de l'analyse du livre de Jean-Pierre Jacques². Ces rencontres ont déjà été l'occasion de moments très forts. Elles aboutiront peut-être à un document, un événement ;
- Une enquête a été menée, en mars, auprès des patients héroïnomanes, sur base d'un questionnaire initialement élaboré par l'association d'usagers de la maison médicale la Passerelle. Il s'agit de questions ouvertes portant sur l'avis qu'ont les usagers sur la consommation. Une soixantaine de réponses sont revenues. La synthèse en a été faite, elle sera communiquée en même temps qu'une réaction collective des professionnels. Le texte intégral des réponses sera également traité, car il témoigne d'une prise de parole forte, originale et marquante ;
- Un recueil d'informations chiffrées, pour le moment très limité, est en cours dans toutes les équipes. Il sert avant tout à concrétiser l'existence du groupe auquel nous nous adressons. Nous sommes très attentifs à formuler les objectifs d'un recueil d'information avant d'inclure d'autres données dans cette démarche. Ce recueil, et le questionnaire, sont aussi des occasions de mettre en commun le suivi des toxicomanes dans l'équipe, de rendre visible cette part de l'activité. Il ne s'agit pas d'impliquer tout le monde dans le suivi mais de faire en sorte que tout le monde soutienne le suivi.

•••• **De l'importance de nommer les choses**

Pour finir, il y a une difficulté avec laquelle nous nous débattons depuis le début. C'est celle de trouver un nom à cette action. Jean-Pierre Jacques écrit : *Toxicomane : il reste encore à en découdre avec ce terme malencontreux, désobligeant et inadéquat. Partout où le lecteur le trouvera dans le texte, il aura l'obligance de le mettre entre guillemets. Il y substituera une périphrase telle que « celui que l'on désigne et résume abusivement sous ce vocable qui le pétrifie dans une identification qui devient parfaitement toxique pour le coup ».*

On se sent donc coincés, puisque la manière de laquelle nous nommons notre cible va à l'encontre de notre projet. Alors, on vit avec ce paradoxe et on suppose être éclairés un jour. Peut-être que cette histoire de nom est le véritable aboutissement de l'action.

(1) Voir *Santé conjugulée*, n°16, 2001, p15.
(2) Jean-Pierre Jacques, *Pour en finir avec les toxicomanies. Psychanalyse et pourvoyance légalisée des drogues* ; De Boeck Université ; Bruxelles ; 1999. Des représentants du groupe de travail ont rencontré Jean-Pierre Jacques.

Les désarrois nouveaux du sujet

Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune

Les désarrois nouveaux du sujet

Jean-Pierre Lebrun, Collection Points hors ligne, Eres 2001, 345 pages, prix recommandé 25,61 euros.

Nous avons déjà eu le plaisir de vous présenter Un monde sans limites. Essai pour une clinique psychanalytique du social de Jean-Pierre Lebrun. Avec Les désarrois nouveaux du sujet, l'auteur nous propose des « prolongements théorico-cliniques » à son ouvrage précédent.

que se retrouver frappé d'extériorité : il suffit qu'un des membres de la société n'ait pas produit la norme pour qu'elle lui soit extérieure et qu'il se retrouve à son égard comme devant une norme transcendante, celle que tout l'effort démocratique s'était chargé de dépasser. C'est pourquoi entre le point fixe exogène de la tradition et le point fixe endogène appelé de tous les vœux existe à la fois une grande distance et une grande proximité. Aujourd'hui, c'est dans cet entre-deux que se remodélise le social.

La difficulté ne vient pas que les repères soient pulvérisés, mais que la

notion même de repère soit mise en cause. Il n'y a plus de légitimité qui reconnaîtrait la prévalence de tel ou tel point de vue, plus de légitimité d'occuper une place différente. La disparition de la place d'extériorité légitimée par la transcendance laisse croire qu'il est possible de se débarrasser de toute différence de place et donc de refuser toute prévalence autre que celle qui tient à ma propre décision, à mon impulsivité...

C'est ce que l'auteur identifie au déclin de la fonction patriarcale, comme place reconnue à la transcendance (déclin de la fonction patriarcale plutôt

C'est une fierté de nos sociétés : nous nous sommes libérés des tyrannies du passé, nous avons signé l'acte de décès de la société hiérarchique. Mais que faire de cette liberté nouvelle, peut-on désirer de nouveaux repères sans retomber dans les esclavages du passé, est-ce seulement possible ou souhaitable ?

Dans ce processus de désacralisation que nous appelons modernité, nous avons évincé la logique du sacré, la logique du point fixe exogène. Aujourd'hui, c'est au sein même de la communauté que nous cherchons un repère, un point fixe endogène. Mais un point fixe, fut-il endogène, ne peut



• Les désarrois nouveaux du sujet • (suite)

que déclin de la fonction du père comme tel, qui est équivalente à la fonction du langage). Ce déclin fait cortège avec l'évolution de la démocratie, avec les progrès de la technologie (Auschwitz, ou la logique de la suppression du Tiers), avec le développement du libéralisme économique. Pourtant, le déclin du patriarcat pourrait engendrer l'étiollement de la fonction paternelle (dans la mesure où elle n'est autre que la fonction langagière). Pour enrayer le processus, il faut que celui qui fait office de père n'abandonne pas sa tâche, même si celle-ci a perdu sa légitimité d'antan. Mais d'où pourrait-il tirer une légitimité pour continuer à occuper cette place ?

Sur ces prémisses, Jean-Pierre Lebrun se pose (nous pose) des questions qui n'ont de théorique que l'apparence. Comment faire face aux conséquences du déclin de la fonction du Père dans le social ? Comment assurer l'autorité dans une société post-hiérarchique ? Comment restituer une légitimité à soutenir sa parole ? Comment affronter la désaffiliation désymbolisante et destructrice de la métaphore subjective, qu'on appelle l'exclusion sociale. Quelle place pour un pas-tout-phallique qui ne soit pas pour autant un tout-pas-phallique ? Le père du patriarcat est-il indispensable pour transmettre la tiercéité ? Quel nouveau pacte social ?

La première partie de l'ouvrage est consacrée à l'exploration de ces questions. C'est absolument passionnant et, à l'exception de rares et brefs passages « lacaniques », tout à fait accessible à tous. Dans la seconde partie, le ton change sans que l'intérêt

ne faiblisse. Dix-huit textes brefs, écrits par dix-huit psychologues, nous livrent des points de vue cliniques, illustrant combien la problématique de la mutation du social sous l'égide de la modernité s'incarne dans la pratique. L'errance des jeunes, la clinique de la toxicomanie, la maltraitance, la violence (celle qui nous heurte davantage que toutes, celle des enfants sans culpabilité), la mode des marques de vêtement, la difficulté de l'amour dans un social organisé comme discours du capitalisme, l'école, autant de problématiques qui nous sont quotidiennes et que ces vignettes éclairent d'un jour différent. Sans oublier la réflexion de quelques auteurs sur les effets d'une médecine construite comme réponse technique à la demande. Fécond.