Pour une gauche médicale

MÉDECINE RÉPARATRICE OU ÉMANCIPATRICE ?

En politique comme en médecine, il y a des généralistes et des spécialistes. Entre les deux, la coupure ne peut être radicale : un bon généraliste doit avoir des notions de tous les domaines qu'il embrasse, un bon spécialiste sait que tout est lié et comprend dans quelle pièce il joue.

Dans les jeunes générations qui s'ouvraient à la conscience politique à la veille de mai 68, les deux espèces cohabitaient. À côté d'une nouvelle gauche purement politique, des gauches plus spécialisées aspiraient à révolutionner leur domaine d'activité conformément à un projet général de transformation. Ces mouvements affectèrent de nombreuses professions à fort contenu idéologique : les avocats, les journalistes, les architectes, les artistes. Et les médecins, dont la profession a connu sans doute la plus radicale remise en cause. C'est dans ce sens que nous parlons d'une « gauche médicale ». Dans ce dossier, nous racontons ses engagements : ceux d'hier, d'aujourd'hui, peut-être de demain.

Cette gauche médicale s'est déployée depuis 1964 avec deux parrainages : la gauche politique en recomposition et la critique philosophique des institutions productrices ou reproductrices de rapports sociaux détestables. Les figures tutélaires furent donc aussi bien Marx et le docteur Che Guevara que Foucault ou Illich.

La médecine de groupe, la dépénalisation de l'interruption volontaire de grossesse, la médecine humanitaire, le traitement des usagers de drogues, l'alternative à la psychiatrie asilaire constituent autant de changements radicaux dont la gauche médicale fut maîtresse d'œuvre ou participante majeure. Chacun de ces sujets mériterait un dossier à lui seul mais c'est à un portrait de groupe qu'on s'est attaché ici.

Ce portrait de groupe est incomplet. La question de la formation des médecins, la réflexion sur les liens entre ces derniers et le reste des professions de la santé, la montée en puissance des multinationales de la pharmacie constituent autant de sujets manquants dans ce dossier. Mais celui-ci n'est pas une fin en soi. Pourquoi pas l'occasion d'un nouveau départ, ou à tout le moins d'un bilan d'étape ?

Ils sont nécessaires. La génération qui a donné à la gauche médicale une consistance institutionnelle s'en va progressivement à la retraite. À l'heure du bilan – qui ne vaut que s'il y a quelqu'un pour le lire et se l'approprier –, elle s'interroge quant à la pérennité de ce qu'elle a pu construire et à la possibilité de sa transmission. Une somme d'expériences encore insuffisamment décrites – et *a fortiori* analysées – attend en effet qu'une génération nouvelle s'en saisisse pour les adapter aux fluctuations du contexte.

Jusqu'ici, les médecins se sont situés du côté des pouvoirs en place, en acceptant sans état d'âme une logique marchande qui se présente comme naturelle et incontournable. Cette posture est renforcée par des organisations corporatistes qui les encadrent et les formatent. La sociologie médicale évolue cependant. Le nombre de soignants augmente, la profession se féminise, des médecins indépendants se paupérisent. De jeunes médecins prennent goût à de nouvelles formes de rémunération, et en particulier le paiement au forfait, alternative au paiement à la consultation. L'Ordre des médecins et les syndicats corporatistes perdent de leur superbe.

Face à cela, certains rêvent d'une nouvelle alliance, entre patients et soignants cette fois. Vaste chantier.

Les pages qui suivent doivent donc moins s'envisager comme un monument du souvenir que comme un objet transactionnel que leurs auteurs voudraient digne de la polysémie du terme « témoin » : celui qui dit ce qu'il a vu ou vécu et ce bâton que des coureurs se passent de main en main dans les relais pour poursuivre l'élan collectif. ■

Ce dossier a été coordonné par Georges Bauherz et Edgar Szoc.

1964-1990 : LE GERM, POUR UN SYSTÈME DE SANTÉ SOLIDAIRE

Thierry Poucet et Monique Van Dormael

En 1964, quelques mois après une spectaculaire grève médicale aux accents corporatistes, des médecins « dissidents » mettent en cause le pouvoir des « mandarins » sur le système des soins de santé. Ce sera le point de départ du Groupe d'étude pour une réforme de la médecine, un collectif qui portera une conception radicalement différente de « l'art de guérir ».

Thierry Poucet est journaliste de santé publique. Il fait partie du collectif éditorial de *Politique*. Monique Van Dormael est sociologue. Tous deux ont travaillé au Germ entre 1975 et 1986.

Le 1er avril 1964, les médecins belges partent en grève à l'appel des Chambres syndicales de médecins récemment constituées. Le déclencheur du mouvement : la loi du ministre de la Prévoyance sociale, Edmond Leburton (socialiste), réformant l'assurance maladie-invalidité. Leur grief principal est l'alignement des honoraires médicaux sur les remboursements par les organismes assureurs. Ce fut une grève dure et massive de 18 jours. Le mot d'ordre initial était d'assurer des services de garde, mais uniquement dans les hôpitaux publics, avec pour effet la saturation immédiate de ces derniers. Au bout d'une semaine de désorganisation orchestrée, le syndicat médical abandonna le service de garde. Les médecins militaires furent réquisitionnés. Le désordre était complet. Il y eu quelques actes de sabotage de matériel médical par des médecins grévistes. Puis les négociations reprirent et le gouvernement capitula sur les principales revendications des médecins[1].

Le mouvement de grève fut largement suivi, de gré ou de force, surtout parmi les médecins francophones. Dans le climat d'intimidation entretenu par les Chambres syndicales, il était peu imaginable de ne pas faire grève. Seuls les médecins des grands hôpitaux publics qui assuraient la garde sous la houlette du syndicat corporatiste continuaient à travailler. Mais, tandis que les leaders particulièrement intransigeants du mouvement s'imposaient pour de longues années à venir comme interlocuteurs privilégiés des pouvoirs publics en matière de santé, leur corporatisme caricatural eut l'avantage de susciter des dissidences précoces en milieu médical. En fait, ces évènements ébranlèrent profondément les consciences de bon

1 M. Liebman, « La grève des médecins en Belgique : déroulement historique et considérations politiques », *Les Temps modernes*, n° 218, juillet 1964, p. 100-151.

nombre de médecins, de sensibilités politiques diverses, qui condamnaient la grève dans le silence et l'impuissance[2].

LA DISSIDENCE

L'expression sans doute la plus achevée de ces dissidences fut la constitution, au lendemain de la grève, d'un lieu d'échanges et de réflexions bientôt baptisé Groupe d'étude pour une réforme de la médecine (Germ). Ses fondateurs et premiers animateurs étaient des médecins d'hôpitaux universitaires qui s'étaient reconnus pendant la grève, avaient fraternisé et s'étaient mis à débattre. Car leur condamnation de la grève ne signifiait pas leur adhésion à la loi Leburton, dont ils jugeaient les mesures fragmentaires et à court terme.

Les premières rencontres informelles ont lieu chez l'un ou l'autre, les solidarités se renforcent, les amitiés se nouent. L'option de créer un syndicat médical alternatif est vite abandonnée, au profit d'une plateforme ouverte à tout qui s'intéresse à la santé, chercheur ou praticien, professionnel de santé ou non. C'est contredire les hiérarchies existantes selon lesquelles seuls les médecins, et plus précisément les spécialistes hospitaliers, peuvent dire ce qui est bon pour la santé des citoyens belges. Autre particularité : cette plateforme sera pluraliste et indépendante et chacun parlera en son nom propre, quelles que soient ses affiliations politiques.

Le Germ va se constituer en ASBL quelques mois seulement après la grève. Il regroupera médecins spécialistes de divers réseaux hospitaliers et universitaires, généralistes, infirmières, chercheurs et professeurs, étudiants en médecine… Au cours de réunions hebdomadaires, la réflexion collective, au début confuse et difficile, se précise.

2 T. Poucet, « Dissidences médicales : il était une fois la Belgique…», *Agora,* n° 9, février 1989, p. 23-32.

DANS TOUS LES SECTEURS DE LA VIE SOCIALE, LA CONTESTATION DE L'AUTORITÉ FAIT SON CHEMIN AU NOM DE LA LUTTE DES CLASSES…

Si la grève médicale de 1964 fut le déclencheur de la fondation du Germ, son émergence à ce moment précis tient aussi au contexte. Dans tous les secteurs de la vie sociale, la contestation de l'autorité fait son chemin au nom de la lutte des classes ou de la libération de l'individu. Le pouvoir médical en est une figure de proue. Des sociologues anglo-saxons dénoncent, depuis les années 1950, le paternalisme moralisateur des médecins dans leur relation avec le malade, le pouvoir exorbitant accordé par la société au corps médical ou encore les inégalités de traitement selon la classe sociale du patient. La critique sociale de l'institution médicale s'amplifiera après Mai 68, mais est envisagée dès le début des années 1960.

D'autre part, plusieurs modèles d'organisation alternatifs à la médecine libérale ont maintenant une durée d'existence suffisante pour en tirer des leçons. La médecine étatique des pays communistes en fait partie, mais aussi le National Health Service britannique mis en place en 1948 et qui paraît davantage conciliable avec le régime politique belge.

1964-1971 : RÉFLEXIONS ET OPTIONS

Les fondateurs du Germ, pourtant spécialistes pour la plupart, refusent que les progrès techniques de la médecine mènent à la fragmentation de l'humain. Dès 1966, le Germ veut promouvoir une médecine de groupe qui favorise, au profit des malades, la mise en commun des connaissances et des moyens techniques, l'évaluation, la formation continue, l'intégration de la médecine préventive et curative, et le dossier médical unique.

Ces thèmes font l'objet des premières *Lettres d'information* du Germ et des Journées d'étude sont organisées annuellement : *La médecine de groupe* (1966) ; *Problèmes des omnipraticiens* (1966) ; *Les hôpi-*

DANS CES PREMIÈRES ANNÉES, LE GERM SE CONSTRUIT PAS À PAS UNE GRILLE DE LECTURE COMMUNE…

taux universitaires (1967) ; *L'enseignement de la médecine* (1968) ; *La médecine préventive* (1969) ; *La médecine de groupe* (1970) ; *L'évaluation des activités et des services de santé* (1971). Parfois, les orateurs inscrits au programme de ces manifestations proviennent du monde nordique ou anglo-saxon et font connaitre des concepts et modes de raisonnement inédits en Belgique.

Le Germ se veut donc groupe d'étude. Son approche est technique et centrée sur l'organisation des soins dans son ensemble. En ligne de fond de ces débats demeure le refus de rapports de domination entre médecins et patients et entre catégories de soignants, ainsi que le souci d'abolir toute barrière financière aux soins. Mais le discours est exempt de tout lyrisme politique. Les espoirs suscités par Mai 68, en particulier concernant une rénovation profonde de l'enseignement médical, sont vite déçus face à l'inertie des institutions académiques. Dans ces premières années, le Germ se construit pas à pas une grille de lecture commune, dénonce les dysfonctionnements globaux du système de soins belge, porte des propositions de changement sur la place publique et ne se préoccupe pas d'être considéré tantôt comme « utopiste », tantôt comme « technocrate ».

Le Germ a critiqué l'absence de politique de santé en Belgique, l'éparpillement des responsabilités, la dévalorisation du médecin de famille, l'inadéquation de la formation, l'absence de coordination entre soignants, le cloisonnement entre médecine curative et préventive, la rétribution à l'acte, l'absence d'évaluation des activités de soins et de participation de la population.

En 1971, il va franchir une étape capitale en publiant *Pour une politique de la santé*[3], un ouvrage de synthèse proposant un modèle global et cohérent d'organisation du système de santé.

Le premier chapitre de l'ouvrage, signé collectivement « Le Germ », fournit un cadre de pensée social, éthique et philosophique[4]. Il énonce cinq lignes de force : (1) la participation de la communauté, (2) la santé dans son contexte socio-économique et socioculturel, (3) la santé pour tous, (4) une approche scientifique et (5) santé et libération de l'homme. Ces cinq options baliseront l'ensemble du travail ultérieur du Germ.

CONTRE LA CULTURE MÉDICALE DOMINANTE

En commençant par la participation de la communauté, qui inclut la participation de l'individu, le Germ

3 Germ, *Pour une politique de la santé*, Bruxelles, La Revue Nouvelle et Vie Ouvrière, octobre 1971. Disponible en pdf sur www.maisonmedicale.org/Pour-une-politique-de-la-sante.html.

4 Germ, « Les lignes de force d'une politique de la santé », *Pour une politique de la santé, op. cit.*, p. 9-17.

récuse les rapports de pouvoir au sein de la relation médecin-malade : « C*'est à l'individu, à la communauté, qu'il appartient de prendre la décision parce qu'ils ont seuls le droit moral de juger si les effets justifient les coûts… La compétence technique ne peut assurer à celui qui la possède un monopole, en droit ou en fait, de la prise de décision ; il doit surtout se consacrer à fournir une information objective, base nécessaire et préalable à toute décision*[5].» Les médecins sont des techniciens, des conseillers ; ils ont un rôle essentiel d'éducation sanitaire pour que la population et les patients individuels puissent prendre des décisions en connaissance de cause.

IL FAUT REPENSER LE SYSTÈME DE SOINS DE FAÇON PYRAMIDALE AVEC À LA BASE UN PREMIER ÉCHELON RENFORCÉ.

La seconde option contredit également la culture médicale dominante selon laquelle la santé n'a pas de prix : « *La santé n'est qu'un bien parmi d'autres*[6] ». La dynamique du secteur de la santé ne peut se mesurer à sa capacité d'attirer tous les crédits, aux dépens de la culture, de l'éducation, du logement… qui contribuent aussi à la santé ; et donc, l'utilisation des ressources en soins de santé doit être efficiente.

La troisième option, « La santé pour tous », veut renforcer l'égalité d'accès aux soins, en tenant compte des besoins de chaque groupe et en réduisant les obstacles financiers, sociaux ou culturels. Cela suppose de prendre en compte les autres inégalités sociales de santé. « *Ce qui nous paraît important, c'est de tendre vers une égalité de santé plutôt que vers une égalité des soins dispensés*[7]. »

La quatrième option, « Pour une approche scientifique », dénonce des décisions reposant sur des opinions ou intérêts plutôt que sur des considérations scientifiques. Il faut développer des évaluations systématiques et promouvoir la recherche pour guider les décisions politiques en matière de santé.

Enfin la cinquième option, « Santé et libération de l'homme », refuse la médicalisation abusive qui conduit à l'aliénation d'individus rendus dépendants à l'égard des décisions médicales. Elle revendique des soins visant l'émancipation et la libération de l'individu de toute servitude. Le texte – une fois n'est pas coutume – conclut sur une envolée lyrique : « *Le médecin doit craindre* […] *le malade parfaitement "adapté", parfaitement "conforme", suivant à la lettre toutes ses instructions, et qui abdique entre ses mains, par crainte de la maladie ou de la mort, sa liberté et sa dignité d'homme*[8]. »

Ces principes vont désormais constituer le socle de valeurs communes aux membres du Germ. C'est l'ensemble de ces cinq options, avec leurs tensions mutuelles, qui fournira les critères d'analyse lors de discussions de problèmes concrets : quelles sont les connaissances scientifiques sur le sujet, quelles solutions tendent vers davantage de participation, d'égalité, d'émancipation, et les effets escomptés justifient-ils les investissements ?

DES PROPOSITIONS CONCRÈTES

Pour une politique de la santé poursuit ensuite avec une série de propositions pour l'organisation des soins, articulant en un ensemble cohérent les idées des colloques et publications antérieures. Ces articles, signés chacun par des membres du Germ, ont tous été conçus, revus ou amendés lors de discussions, et constituent un tout.

Il faut, dit le texte, repenser le système de soins de façon pyramidale avec à la base un premier échelon renforcé, appuyé par des hôpitaux et services spécialisés, le tout fonctionnant de manière coordonnée

5 Germ, « Les lignes de force d'une politique de la santé », *op. cit.,* p. 9-10.

6 Germ, « Les lignes de force d'une politique de la santé », *op. cit.,* p. 11.

7 Germ, « Les lignes de force d'une politique de la santé », *op. cit.,* p. 12.

8 Germ, « Les lignes de force d'une politique de la santé », *op. cit.,* p. 17.

et cohérente[9]. Les services de premier échelon, des centres de santé intégrés (CSI), seront le lieu de premier contact des patients avec le système de soins. Des soins « globaux, continus et intégrés[10]» y seront assurés par des médecins de famille et des paramédicaux, en particulier des infirmières sociales, travaillant en équipe. Le CSI aura une fonction de synthèse entre les différents aspects des problèmes de santé. Il fournira des soins curatifs aux patients individuels, de la mise au point jusqu'à la réadaptation, ainsi que des activités préventives et éducatives, individuelles et collectives, si nécessaire avec le concours de services spécialisés[11]. Un tel système de soins suppose la stabilité de la relation entre l'équipe du CSI et la population[12], le travail en équipe non hiérarchisée, tant au premier échelon qu'au niveau hospitalier[13], une nouvelle éthique de la santé comme alternative aux anachronismes de la déontologie médicale[14], des alternatives au paiement à l'acte – l'abonnement ou le forfait[15] –, l'expérimentation d'approches pédagogiques innovantes en éducation médicale[16] et une éducation sanitaire qui, loin de conceptions technocratiques ou culpabilisatrices, favorise la participation et l'émancipation[17]. L'ouvrage conclut sur un appel à collaborations et alliances dans la recherche et la mise en pratique de ces idées.

LE GERM PRÔNAIT DONC LA PARTICIPATION DE LA POPULATION, UN DÉCLOISONNEMENT DE LA PRÉVENTION ET DES SOINS CURATIFS.

Sept ans avant la déclaration de l'OMS à Alma Ata sur les soins de santé primaires, le Germ prônait donc la participation de la population, un décloisonnement de la prévention et des soins curatifs, et un système de soins échelonné avec des services de base forts. Cela tenait moins du prodige intuitif que de la fructueuse rencontre, au sein du groupe, entre des personnalités fortes d'expériences complémentaires et contrastées : d'une part de bons connaisseurs du terrain belge, d'autre part des personnes qui, au contact prolongé de pays du Tiers-monde, s'étaient forgé un mode de raisonnement novateur en matière d'organisation des soins.

L'EFFERVESCENCE DES ANNÉES 1970

Pour une politique de la santé fut un aboutissement, mais aussi le point de départ de nouvelles questions. Les membres du Germ parlaient maintenant un langage commun et disposaient d'une grille de lecture leur permettant de comprendre bon nombre de problèmes en matière d'organisation des soins et d'indiquer des orientations au changement. Mais les stratégies concrètes restaient à inventer.

La dénonciation frontale de la dominance médicale sur les soins de santé et de l'hospitalo-centrisme ambiant avait valu au Germ une hostilité féroce du syndicat médical dominant. Du côté du pouvoir politique, on avait accueilli les critiques de mesures opportunistes et à courte vue avec indifférence polie ou soutien platonique, ce qui confortait l'image du Germ comme groupe de pression utopiste. Mais *Pour une*

9 E. Wollast, P. Mercenier, « Pour une régionalisation de l'organisation des soins », in *Pour une politique de la santé*, *op. cit.,* p. 93-100.

10 P. Mercenier, « Les objectifs de l'organisation médico-sanitaire », in *Pour une politique de la santé*, op. cit., p. 67-72.

11 P. Galand, P. Mercenier, F. Vandenbussche, « Du médecin de famille au centre de santé intégré », in *Pour une politique de la santé*, *op. cit.,* p. 73-80.

12 H. Cleempoel, F. Moerman, « L'équipe sanitaire et la population », in *Pour une politique de la santé*, *op. cit.,* p. 88-92.

13 W. Peers, « L'équipe sanitaire et le partage des responsabilités », in *Pour une politique de la santé*, *op. cit.*, p. 81-87.

14 H. Cleempoel, P. Mercenier, F. Moerman, « De la déontologie médicale à une éthique de la santé », in *Pour une politique de la santé*, *op. cit*., p. 101-105.

15 H. Van Balen, J. Meesters, M. Goldstein, « Financement de la santé et rétribution du personnel », in *Pour une politique de la santé*, *op. cit*., p. 106 –111.

16 L. Thiry, « L'éducation médicale », in *Pour une politique de la santé*, *op. cit*., p.112-129.

17 W. Peers, H. Van Balen, « L'éducation sanitaire », in *Pour une politique de la santé*, op. cit., p. 130-135.

politique de santé avait aussi valu au Germ une visibilité et une légitimité accrue auprès de personnes chez qui Mai 68 avait fait naître des questionnements : médecins, paramédicaux, enseignants, responsables mutuellistes, associations diverses. Les sollicitations se multiplièrent pour clarifier un problème, un projet, voire pour l'appuyer. Le nombre d'affiliés Germ et d'abonnés aux *Lettres d'information* mensuelles augmenta, pour tourner autour de 400 membres et 1000 abonnés, dont de nombreuses institutions, écoles, bibliothèques…

Ces publications acquirent la réputation de dossiers rigoureusement documentés. Elles approfondissaient des aspects des questions traitées dans *Pour une politique de la santé*, mais s'ouvraient aussi à des thèmes nouveaux : toxicomanie, handicap, folie… En parallèle, le Germ continua à organiser des Journées de discussion autour de l'éducation sanitaire (1972), *La folie parmi nous, qui écoute ?* (1974), ou encore *Pour un rassemblement hospitalier* (1977). Il se vit confier par *La Revue Nouvelle* des dossiers spéciaux sur la maladie mentale[18] et les hôpitaux[19].

STRATÉGIES DE CHANGEMENT

Le grand défi était de passer d'un modèle conceptuel abstrait – un système de soins échelonné basé sur le centre de santé intégré – à sa concrétisation dans le contexte belge. Le Germ n'envisageait pas que l'on puisse avec succès faire table rase et instaurer un nouveau système scientifiquement planifié. Il fallait donc partir de l'existant, identifier les obstacles et les possibilités de les lever ou de les contourner. Certains obstacles étaient très peu vulnérables à court terme, comme l'imbroglio des institutions sanitaires belges, la coupure entre services préventifs et curatifs ou encore la dévalorisation de la médecine générale. Pour avancer, il fallait identifier des domaines prioritaires se prêtant à l'expérimentation à petite échelle de formules innovantes, afin de les évaluer avant d'en proposer la généralisation.

Quelles priorités ? Vu l'ampleur des contraintes institutionnelles, le Germ renonce provisoirement à tester des changements dans la formation des professionnels de santé. Par contre il retient deux autres priorités tout aussi centrales, mais où les marges de manœuvre semblent plus larges. La première est l'expérimentation dans le contexte belge de centres de santé intégrés et du renforcement des soins de base. La seconde est l'éducation sanitaire, balbutiante en Belgique, comme outil de participation.

De nouvelles alliances et solidarités se sont créées entretemps. En 1971, les infirmières descendent dans la rue pour protester contre l'autoritarisme médical et le Germ appuie leur mouvement. Le Germ se solidarise avec les femmes qui manifestent leur volonté de décider elles-mêmes lorsqu'il s'agit de leur propre corps, et se mobilise lorsque la lutte pour la dépénalisation de l'avortement s'amplifie en 1973 avec l'arresta-

IL FALLAIT DONC PARTIR DE L'EXISTANT, IDENTIFIER LES OBSTACLES ET LES POSSIBILITÉS DE LES LEVER OU DE LES CONTOURNER.

18 Germ (coord.), « La folie parmi nous », *La Revue Nouvelle*, n° spécial, octobre 1973.

19 Germ (coord.), « Hôpitaux malades ? », *La Revue Nouvelle*, n° spécial, avril 1976.

tion du Dr Willy Peers, membre actif du Germ. Il soutient le Réseau international alternatives à la psychiatrie, créé à Bruxelles en 1975. Ce réseau défend les droits des malades mentaux face à l'enfermement. Ces luttes s'inscrivent pleinement dans les valeurs défendues par le Germ.

Mais elles restent en marge des objectifs de réorganisation des soins autour du centre de santé intégré. Fallait-il collaborer avec les premières maisons médicales qui ont vu le jour au début des années 1970 ? Créées à l'initiative de jeunes médecins généralistes et paramédicaux avides de travailler en équipe et de s'engager socialement, les maisons médicales aspirent à une structure non-hiérarchique et à des relations participatives avec la population, mais leur composition et fonctionnement sont très variables, leurs objectifs en matière de soins peu explicites, et elles ont alors peu de contacts entre elles[20]. Elles ne s'inspirent pas des concepts du Germ, avec lequel les relations sont frileuses. Le Germ est en effet considéré comme technocrate et réformiste par une partie de la gauche médicale. Plusieurs maisons médicales estiment prioritaire la lutte contre le capitalisme et pour le changement de société. Lors des Journées de discussion sur le Centre de santé intégré, organisées par le Germ en novembre 1975, elles dénoncent l'absence de dimension politique dans les débats et déclinent l'appui logistique que leur offre le Germ pour les aider à s'évaluer[21]. Il faudra encore quelques années pour que le rapprochement s'opère.

CONTRE L'ORDRE DES MÉDECINS

L'un des obstacles identifiés par le Germ tient aux interprétations de la déontologie médicale par l'Ordre des médecins, largement infiltré par les Chambres syndicales. L'Ordre combat le travail en équipes et le partage entre médecins et non-médecins. Il a sanctionné pour publicité abusive et concurrence déloyale des médecins qui diffusaient à leurs patients un journal d'information et renonçaient au ticket modérateur. Il s'oppose au suivi des toxicomanes à la méthadone, à l'avortement. Il oppose le principe du secret professionnel à la transmission de données à des fins d'évaluation. De nombreux médecins progressistes, dont des membres du Germ, sont régulièrement convoqués par l'Ordre, qui a le pouvoir de les sanctionner par un blâme, une suspension voire une radiation.

L'opposition à l'Ordre des médecins dépasse largement le Germ, mais c'est ce dernier qui va marquer ses débuts en publiant, en novembre 1974, une *Lettre d'information* analysant l'anachronisme et le corporatisme du syndicat médical. Le Germ propose des alternatives pour veiller à l'éthique médicale et conclut à « *l'impérieuse nécessité de supprimer l'Ordre*[22]». La contestation radicale de l'Ordre des médecins a démarré et durera encore de longues années. Le Germ la soutiendra en publiant de nouvelles analyses[23], tandis que le mouvement de contestation s'élargit. Il culminera en 1980 avec l'Appel des 300 et Aktie Orde Vlaanderen, lorsque plusieurs centaines de médecins manifesteront publiquement leur refus de reconnaître l'autorité morale de l'Ordre et, par conséquent, de payer leurs cotisations.

LE GERM EST CONSIDÉRÉ COMME TECHNOCRATE ET RÉFORMISTE PAR UNE PARTIE DE LA GAUCHE MÉDICALE.

20 Voir M. Mormont et M. Roland, «1945-1990 : maisons médicales, semailles et germination », dans ce dossier.

21 Germ, *Actes des journées de discussion sur le centre de santé intégré*, Bruxelles, novembre 1975.

22 Germ, « L'Ordre des médecins », *Lettre d'information* n° 82/83, novembre/décembre 1974.

23 Germ, « Analyse critique du projet de code de déontologie », *Lettre d'Information* n° 88/89, mai-juin 1975 ; Germ, « Déontologie médicale et éthique de la santé », *Lettre d'Information* n°103, décembre 1976 ; C. Bouche, J. Dubois, J.-M. Klinkenberg, « Un discours en blanc. Analyse du Bulletin des chambres syndicales des médecins », *Lettre d'information,* n°114, janvier 1978.

La rédaction et la diffusion des *Lettres d'information* mensuelles reposaient jusqu'alors sur l'équipe de membres actifs du Germ, appuyés par une secrétaire. Face à l'ampleur des sollicitations depuis le début des années 1970, le Germ décida de s'entourer de permanents.

LE GERM ET LES MAISONS MÉDICALES

Dès 1976, une rubrique d'actualité s'ajouta aux *Lettres d'information* et, en 1978, une publication mensuelle distincte, *Actualité-Santé*, vit le jour, commentant, en contrepoint des discours d'appareil, les évènements en cours et faisant écho aux projets innovants et aux dissidences. Les lecteurs étaient invités à alimenter les débats.

En 1981, les *Lettres d'information* devinrent les *Cahiers du Germ*. En 1986, *Place de la Santé* remplaça *Actualité Santé*, avec un conseil de rédaction élargi.

Pour passer à l'observation systématique du terrain et à la concrétisation des propositions du Germ, il fallait du temps, ce que les bénévoles n'avaient pas. À la faveur de subsides de recherche, le Germ recruta en 1976 deux sociologues pour travailler sur les deux priorités retenues depuis longtemps : le centre de santé intégré et l'éducation sanitaire.

POUR PASSER À L'OBSERVATION SYSTÉMATIQUE DU TERRAIN ET À LA CONCRÉTISATION DES PROPOSITIONS DU GERM, IL FALLAIT DU TEMPS.

Le Germ n'excluait pas de créer lui-même un CSI où il aurait le contrôle des opérations et de l'évaluation mais observait néanmoins, avec un intérêt mesuré, le phénomène des maisons médicales. La première année de recherche fut descriptive. Elle permit d'identifier les points communs entre les maisons médicales et les concepts du CSI, mais aussi les obstacles à leur plein développement. Ce travail fut le point de départ d'une collaboration de plus de 10 ans. Le Germ apportait un accompagnement à la mise en place et à l'évaluation de projets concrets – dossier unique, hospitalisation à domicile, références, éducation sanitaire, comité de participation. Les maisons médicales se familiarisèrent avec le modèle conceptuel du CSI, entretemps confronté au contexte belge[24], et se l'approprièrent lors de la création en 1980 de la Fédération des maisons médicales. Cette collaboration contribua également à l'expérimentation d'une alternative au paiement à l'acte. Le Germ avait déjà clarifié les alternatives possibles[25] et plaidé pour la réactivation de la possibilité d'un forfait prévue par la loi de 1945 sur l'assurance maladie. Les négociations menées par les maisons médicales aboutirent en 1982 à un règlement de l'Inami. Loin d'être parfait, ce règlement prévoyait néanmoins l'abonnement et l'inscription privilégiés par le Germ. Le « forfait » démarra sur le terrain en 1984,

24 M. Van Dormael, « Le Centre de santé intégré et les maisons médicales », *Cahier du Germ*, n° 152, décembre 1981.

25 M. Van Dormael, « Payement à l'acte, au forfait, à l'abonnement. 20 ans de controverses belges », *Lettre d'information*, n° 133, décembre 1979.

et le Groupe appuya les équipes pionnières à se lancer dans l'aventure et à évaluer l'expérience.

Le second volet de recherche concernait l'éducation sanitaire, en tant que pédagogie de la santé et formation à la responsabilité et l'autonomie. Les questions étaient nombreuses. Quels outils méthodologiques pour transmettre quel contenu ? Mais aussi comment, en tant que travailleur de la santé, reconnaître et tenir compte des savoirs populaires, pour établir un vrai dialogue ? Cette recherche, menée en collaboration avec des travailleurs de la santé et des institutions d'éducation permanente, fut pionnière en Belgique, incitant à l'approche anthropologique dans le cadre des relations de soins.

Ces recherches posaient toutefois des problèmes méthodologiques particuliers : les chercheuses ne se contentaient pas d'analyser les problèmes, elles s'engageaient aux côtés des acteurs de terrain pour imaginer et tester des solutions potentiellement reproductibles. Cela ne cadrait pas avec les préceptes dominants de la neutralité du chercheur. Face aux questionnements internes, une intense réflexion sur la « recherche-action » comme démarche à la fois scientifique et sociale permit d'affiner la méthodologie appliquée aux soins de santé.

DANS LA FOULÉE, SE DÉVELOPPE LE MOUVEMENT DE REFUS DE COTISATION À L'ORDRE QUI AVAIT SOUTENU LA GRÈVE.

LE MONDE ET LES TEMPS CHANGENT

Fin 1979, les Chambres syndicales entament une nouvelle grève, cette fois contre l'instauration d'un carnet de santé et la limitation de l'appareillage médical lourd, escomptant le même succès qu'en 1964. Mais elles doivent faire face à un Front pour la continuité des soins réunissant de nombreux médecins, dont ceux des maisons médicales. Les mutualités et les syndicats les soutiennent avec leurs infrastructures et permanences téléphoniques. La grève échoue. Dans la foulée se développe le mouvement de refus de cotisation à l'Ordre, qui avait soutenu la grève. Le Germ s'y associe, se réjouissant que d'autres aient pris le relais pour coordonner le mouvement.

Reconnu comme interlocuteur compétent, le Germ est régulièrement invité à participer à des réunions nationales et internationales. Une manifestation importante : la Journée d'étude sur l'Inami et le financement des services de santé de mars 1979, à laquelle participent des représentants mutuellistes et syndicalistes. D'autres colloques seront co-organisés avec d'autres institutions, comme celui sur les médecines parallèles en décembre 1987, avec le Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs (Crioc) et l'Institut de sociologie de l'ULB.

Une dizaine d'années après *Pour une politique de la santé*, le Germ a gagné en légitimité, mais apparait moins comme l'axe central de la mobilisation pour des changements dans la santé. Les élans réformateurs se multiplient, les nouvelles associations traitant de divers

aspects de la santé également : la mort, la naissance, le sida, l'alcoolisme, le tabac, la nutrition, le cancer, le stress, les médicaments, la dépression, les immigrés… Parmi elles, peu cherchent à établir des ponts ou à situer leur lutte dans une vision élargie de politique de santé. La militance à son tour se fragmente entre de multiples bonnes causes.

En octobre 1984, à l'occasion de ses 20 ans, le Germ organise au Palais des congrès de Bruxelles des états généraux de la santé[26], en collaboration avec 135 organismes et associations, rassemblant près de 1000 personnes. Il s'agissait d'ouvrir le débat entre personnes de sensibilités et centres d'intérêt différents, afin précisément d'inscrire les diverses luttes dans une vision commune de politique de santé. Une Charte de la santé actualisant la vision de *Pour une politique de la santé* fut acceptée comme base de discussion pour initier un large réseau de promotion de la santé.

LES ÉCONOMIES DANS LA SANTÉ NE BÉNÉFICIENT PAS À D'AUTRES SECTEURS DE LA VIE SOCIALE.

Avec la crise économique, les perspectives de subsides diminuèrent. Certains furent supprimés par des ministres libéraux, alliés historiques des Chambres syndicales. Les permanents du Germ trouvèrent une occupation professionnelle dans une autre institution. A la fin des années 1980, les activités de publication reposaient à nouveau principalement sur les bénévoles, et le Groupe s'associa à la Fédération des maisons médicales pour les maintenir à un rythme ralenti. Puis, dans les années 1990, le Germ décida de dissoudre l'ASBL, non sans léguer à la Fédération des maisons médicales à la fois son statut d'association d'éducation permanente et la responsabilité de publication. La filiation vers *Santé conjuguée* s'amorçait.

Le Germ considérait que son travail serait accompli quand ses idées seraient reprises au point que l'on oublie qu'il avait été le premier à les formuler. Dans certains domaines, c'est ce qui s'est passé. Même si l'influence du Germ est largement reconnue par la Fédération des maisons médicales, qui se souvient que les concepts de soins globaux, continus et intégrés furent énoncés en Belgique par le Germ en 1971 ? Et si les acteurs de la promotion de la santé s'efforcent de travailler dans un sens global et systémique en accentuant la participation de la population, les plus jeunes ignorent que le Germ fut pionnier en la matière.

Dans d'autres domaines, le Germ a été rattrapé par ses propositions. La plupart des médecins se sentent concernés par l'éducation de leurs patients, mais où en sont les visées émancipatrices ? L'évaluation scientifique est sur toutes les lèvres, mais sert-elle vraiment l'intérêt public plutôt que des intérêts particuliers ? L'efficience est devenue un *must* depuis les crises économiques successives, mais les économies dans la santé ne bénéficient pas à d'autres secteurs de la vie sociale.

Le Germ nous a toutefois laissé une vision cohérente pour penser le système de soins. Presque 50 ans plus tard, les cinq options de *Pour une politique de la santé* restent d'une actualité surprenante. Si le Germ a été un lieu aussi fécond en énergie créatrice, c'est grâce aux dizaines de personnes qui en ont constitué le noyau dur. Deux d'entre elles ont joué un rôle particulièrement décisif. Les complicités entre Henri Cleempoel et Pierre Mercenier ont entretenu un climat d'humanisme et de rigueur, et soutenu la réflexion collective dans la confiance et la durée. Ceux qui ont eu la chance de vivre cette aventure humaine et intellectuelle, les solidarités dans l'engagement, le respect au-delà des tensions, le travail en équipe, les débats d'idées parfois houleux mais toujours constructifs, ceux-là en sont sortis grandis pour le restant de leur vie. ■

26 Germ, « Actes des états généraux de la Santé – 1984 – Quelles stratégies de promotion de la santé en période de crise ? », *Cahier du Germ,* n° 187-191, 1985.
Disponible sur www.bdsp.ehesp.fr/Base/12598.

Des principes

« Les engagements qui nous lient au corps social ne sont obligatoires que parce qu'ils sont mutuels, et leur nature est telle qu'en les remplissant on ne peut travailler pour autrui sans travailler aussi pour soi. »

Jean-Jacques Rousseau, *Du contrat social*, 1762.

PARCE QUE LA SANTÉ N'EST PAS UNE MARCHANDISE

Jean Hermesse et Jonathan Bouvy

Le marché des soins de santé est-il une réalité ? Et au fait qu'est-ce qu'un marché ? La santé peut-elle être considérée comme une marchandise comme les autres ? Un marché libéralisé des soins de santé peut-il se révéler plus efficace ? Quelles sont les alternatives ? Toutes ces questions forment le développement de cet article, avec, en toile de fond, une approche orientée vers la recherche d'un système de santé à la fois protecteur, émancipateur et efficient.

La notion de « marché » est souvent utilisée sans en préciser ses contours, ce qui peut donner lieu à différentes interprétations. Une distinction fondamentale est à faire au préalable entre « libre marché » ou marché autorégulateur, et d'autres types de marchés. Alors que, d'un côté, la loi de l'offre et de la demande est le mécanisme principal du libre marché, de l'autre, des mécanismes de régulation priment. Ceux-ci sont créés pour rencontrer des objectifs fixés par la communauté ou la collectivité. Le libre marché n'est en effet pas « naturel ». Il a ainsi été démontré de manière éclatante que celui-ci est une construction volontaire de l'homme qui place dans ce cas la recherche du profit au sommet de la pyramide des valeurs[1]. L'étude de l'histoire anthropologique humaine montre qu'au sein de la collectivité, ce sont bien des principes altruistes qui occupent une place prépondérante et même que les principes de *réciprocité* et de *redistribution* sont centraux.

Cette constatation fondamentale du principe de marché comme *non naturel* doit nous encourager à ne pas nous laisser imposer, au nom d'un certain déterminisme, n'importe quel type de marché. Celui-ci doit avant tout être utilisé comme support à des activités encadrées par des valeurs et des principes qui fondent notre système de santé, dont la liberté, l'équité et la solidarité. Il est nécessaire de

1 Voir Karl Polanyi (1983) qui a observé des traits économiques communs et principaux au sein de sociétés traditionnelles et parfois vivant en complète autarcie. Le mobile du profit ou du gain n'a été que rarement observé, au contraire des principes de *réciprocité* et de *redistribution*, systématiquement présents. Sa thèse principale est le désencastrement des sphères économiques et politiques auquel contribue le marché autorégulateur. (K. Polanyi, *La Grande Transformation*. *Aux origines politiques et économiques de notre temps*, Paris, Gallimard, 1983.)

Jean Hermesse est secrétaire général de la Mutualité chrétienne
Jonathan Bouvy est conseiller à la cellule politique de la Mutualité chrétienne

mettre en doute le concept rationnel d'*homo oeconomicus* cher aux économistes néoclassiques – à savoir l'homme foncièrement économique, porté intrinsèquement vers des activités lucratives – car c'est bien cette conception qui est au centre de la logique de libre marché.

UNE RÉGULATION LIMITÉE

La mise en marché n'est *a priori* pas suffisante pour considérer que nous sommes face à une marchandisation débridée. Une multitude de marchés existent même dans des domaines sociaux (pensons notamment aux procédures de marchés publics ou à des systèmes d'échanges locaux). On retiendra ici les caractéristiques générales d'un marché de la santé que l'on peut considérer comme « marchandisé ».

D'abord, une régulation limitée. Cela veut dire que l'État (ou la collectivité) se met en retrait au profit d'un marché ainsi moins régulé, ce qui a des conséquences, entre autres, sur l'offre, les prix, les remboursements ou encore la qualité des soins.

Réguler ou déréguler le marché des soins de santé – comme tout marché – est un choix éminemment politique. Réduire les régulations, en détachant les systèmes de santé de leurs constituants politique et social, est ainsi un facteur de *désencastrement* de la santé du débat politique.

Notons que des régulations existent même dans des pays partisans d'un renforcement des mécanismes de marché dans les soins de santé. C'est le cas aux Pays-Bas, où une certaine planification et un contrôle de la qualité sont toujours de rigueur. En outre, l'histoire montre que, paradoxalement, la protection des marchés les plus autorégulés nécessite la mise en place d'institutions qui garantissent l'application de ce principe[2]. La dérégulation est un choix politique qui nécessite la création d'instruments ou d'institutions (qui peuvent par ailleurs représenter un coût important) pour être garant du système économique. L'horizon du marché « totalement libre » représente de ce point de vue une belle utopie.

RÉGULER OU DÉRÉGULER LE MARCHÉ DES SOINS DE SANTÉ — COMME TOUT MARCHÉ — EST UN CHOIX ÉMINEMMENT POLITIQUE.

Ensuite, qui dit marché autorégulateur dit maximalisation du profit comme valeur suprême. Le prix (sous forme de monnaie) a tendance à devenir la variable déterminante de la réalisation des échanges. La valeur marchande est davantage déterminée par le prix que par la nature du produit (de la prestation de soins de santé par exemple). Ainsi, le prix a de moins en moins de liens avec la qualité et les prestations fournies, éléments qui échappent au contrôle social. Cet état de fait engendre une recherche de la maximisation de la valeur d'échange et du bénéfice qui peut être réalisé.

Enfin, les entreprises privées commerciales – comme les compagnies d'assurances –, en s'engouffrant dans l'ouverture, finiront pas imposer totalement la logique marchande au « marché de soins ». Et si le nombre d'offreurs est limité, cette logique pourra déboucher sur une situation de monopole.

Ces facteurs peuvent être cumulés à des degrés divers. On trouve par exemple des systèmes de santé dans lesquels les prestations ne sont assurées que par des acteurs privés commerciaux. Le système peut alors fonctionner par contractualisation avec ces acteurs ou par des systèmes d'agréments ouverts (selon une liste de critères bien déterminés, comme par exemple une exigence minimale de qualité) ou fermés (l'exemple type est le marché public). D'autres systèmes sont par contre beaucoup moins régulés mais, par leur évolution historique, culturelle et institutionnelle, ils font la part belle à des acteurs publics ou associatifs non marchands. Malgré l'absence d'opérateurs strictement commerciaux, des phénomènes marchands sont alors parfois observés, en l'absence de régulation spécifique. La littérature donne souvent le nom de « quasi-marché » à ce type de systèmes.

Notons que ces principes peuvent se retrouver

2 On pense par exemple au Département de la concurrence de la Commission européenne, qui employait 807 fonctionnaires au 1er janvier 2017 (voir le site de la Commission européenne, https://goo.gl/2qaTQL), ou encore à une série d'institutions économiques internationales.

dans un système de santé largement alimenté par une sécurité sociale très développée. Cela entraine une redistribution de moyens publics vers une activité marchande, dont une part non négligeable des profits réalisés peut même échapper au système national via les acteurs présents sur les marchés internationaux. On pense, par exemple, à des groupes actifs dans le secteur du médicament ou des maisons de repos.

En résumé, retrait des pouvoirs publics et libre marché, objectif lucratif pour des prestataires et des assureurs sont caractéristiques des systèmes de soins de santé marchandisés. On entrevoit bien que, dans cette logique, la notion de besoins réels de la population peut passer à la trappe au profit des secteurs porteurs de marges bénéficiaires.

BIZARRERIES ET INCOHÉRENCES

La santé est une notion complexe, au croisement de conceptions individuelles et collectives, objectives et subjectives, sociales et économiques ou encore sociologiques et médicales. Bien que régulièrement qualifiée de bien public, la santé est un domaine où les inégalités sont paradoxalement aujourd'hui très profondes, surtout si on la considère d'un point de vue mondial. Ces inégalités sont même présentes à l'intérieur du système de santé national. Ainsi, on observe en Belgique de grandes disparités, parfois difficilement explicables, tant au niveau de l'état de santé que dans l'accessibilité aux soins ou leur consommation. Ainsi on observe des différences géographiques très nettes dans la consommation de soins dentaires préventifs. En Flandre, en 2012, près de 38 % des membres de la Mutualité chrétienne (MC) de plus de 18 ans ont eu recours à ce type de soins contre environ 24 % en Wallonie.

Par ses dimensions éthiques, sociales et économiques complexes, la santé compromet fortement son intégration optimale à un marché pur, autorégulé en fonction de l'offre et de la demande. Pour Ronald Dworkin, il est inacceptable d'appliquer des principes de libre marché à l'assurance-maladie pour trois raisons : « *La répartition inégale des richesses de sorte que les plus démunis ne pourraient s'offrir aucune assurance-maladie, le risque d'une différenciation des primes peu souhaitable basée sur les risques de maladie et l'asymétrie d'information*[3]. » La question de l'optimalité (chère à la doctrine néolibérale) ou de l'efficacité sociale est posée.

L'asymétrie d'information, du fait que le patient n'est généralement pas en mesure d'évaluer lui-même la qualité et la nécessité des soins, rend impossible la connaissance parfaite des conditions de l'offre et de la demande dans le chef des patients et falsifie le marché. Dans ce cas, des majorations de tarifs de prestations peuvent s'opérer aisément. L'absence de transparence financière participe aussi à cette asymétrie, puisque seul le prestataire connaît les tarifs.

ON OBSERVE UNE IMPORTANTE CONCENTRATION DES SOINS SUR UNE TRÈS PETITE PARTIE DE LA POPULATION.

On observe par ailleurs une importante concentration des soins sur une très petite partie de la population, appartenant à des catégories socio-économiques (comme les malades chroniques) ou à des tranches d'âge (principalement les personnes âgées) bien déterminées. C'est un aspect de la santé qui la rend tout à fait particulière en regard d'autres types de « biens publics ». En effet, on constate que 5 % des membres de la MC concentrent à eux seuls 53 % des dépenses de l'assurance maladie-invalidité. Ce chiffre passe à 78 % si l'on regarde la concentration des suppléments[4]. Cela démontre l'importance de la solidarité entre les bien portants et les malades si l'on veut couvrir de manière équitable l'ensemble de la population.

D'autres caractéristiques rendent le domaine de la santé spécifique :

3 E. Schokkaert, « Des marchés libres sont-ils nécessaires pour les soins de santé et l'assurance maladie ? », *MC-informations* n°228, juin 2007.

4 Chiffres 2012.

- il s'agit d'un droit fondamental ;
- les soins de santé supposent une collaboration entre prestataires de soins qui serait probablement moins optimale en cas de concurrence ;
- les soins de santé supposent une relation de confiance entre le prestataire et le patient, ce qui est peu compatible avec la notion de consommateur critique ;
- l'organisation des soins de santé est profondément reliée à l'évolution historique, institutionnelle et culturelle d'un pays ;
- le concept de santé est d'une nature trop subjective pour ne lui appliquer que les principes de rationalité économique que nous propose le libre marché.

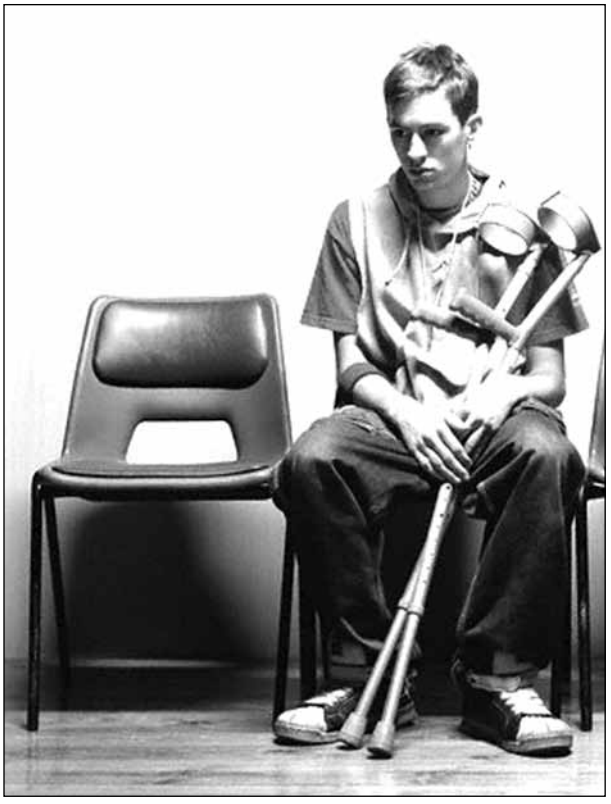
En outre, on observe dans notre système de soins de santé de grandes hétérogénéités de pratiques médicales. Ainsi, pour certaines affections bien précises, on a pu observer une grande variabilité dans l'utilisation de l'imagerie médicale ou la prescription de médicaments comme les antibiotiques[5]. Ces comparaisons objectives posent des questions en ce qui concerne la qualité et l'utilité des soins prodigués.

Insistons également sur l'importance d'autres déterminants que les « soins » de santé sur la santé globale. D'autres facteurs transversaux comme l'environnement, la formation, l'emploi, le logement ou la cohésion sociale ont un impact beaucoup plus important sur une vie en bonne santé que les soins de santé à proprement parler (dont l'impact ne se situerait qu'entre 10 et 25 % selon plusieurs études). On pourrait ainsi considérer la santé comme un concept aux dimensions multiples plutôt que comme un bien classique.

UNE EFFICACITÉ DOUTEUSE

Aujourd'hui, les possibilités d'analyses statistiques permettent de mettre en évidence les impacts négatifs sur la santé publique de la marchandisation des systèmes de santé. Premièrement, abordons un problème d'efficience. Si l'on compare le niveau de dépense de santé par pays avec le niveau d'espérance de vie, concept étroitement lié à la santé, on observe des différences énormes. L'exemple le plus frappant est certainement celui des États-Unis, qui disposent d'un des systèmes de santé les plus libéralisés au monde, où le niveau de dépenses de santé est le plus élevé (16,4 % de dépenses totales de santé dans le PIB contre 10,2 % en Belgique), alors que l'espérance de vie à la naissance est, aux États-Unis, inférieure à celle de la plupart des pays européens (78,4 ans contre 80,7 ans en Belgique). Dans ce pays, environ 36 % des dépenses de santé sont payées via des assurances privées et 12 % directement par les patients. Cela tranche avec un pays comme la Belgique dont seulement 6 % des dépenses de santé sont couvertes par l'assurance privée (principalement des assurances complémentaires « hospitalisation » commerciales et mutualistes). La

… L'EXEMPLE DES ÉTATS-UNIS, QUI DISPOSENT D'UN DES SYSTÈMES DE SANTÉ LES PLUS LIBÉRALISÉS AU MONDE…



5 Même en tenant compte de facteurs objectifs comme l'âge et le sexe, on constate en moyenne une consommation d'antibiotiques deux fois supérieure en Belgique par rapport aux Pays-Bas.

plus grande partie des dépenses y sont collectivisées et transitent par les mutualités. Les coûts de gestion de ces dernières sont souvent critiqués par les défenseurs du libre marché. Une analyse fouillée montre qu'en réalité, les frais de gestion des mutualités sont plutôt modérés, puisqu'ils s'élèvent à moins de 3,3 %. Tandis que du côté des assurances privées, les frais de gestion avoisinent souvent les 20 % : « *En 2015, dans les produits "hospitalisation", les commissions s'élevaient à 8,3 % des primes acquises, tandis que les frais généraux se fixaient à 13,9 %*[6]. »

UNE FOIS ENTRÉ DANS UN SYSTÈME MARCHANDISÉ, UNE LOGIQUE DE COMPÉTITION S'INSTALLE QUI SEMBLE IRRÉVERSIBLE.

Ensuite, les systèmes marchandisés sont plus inégalitaires. Un autre lien a été établi entre les inégalités de revenus et les problèmes sociaux et de santé. Là encore, les États-Unis se distinguent très clairement par rapport à d'autres pays, comme le Japon, qui se situent à l'autre extrême[7]. On constate de manière générale que les pays qui montrent le plus fort taux de cohésion sociale ont des meilleurs indicateurs de santé[8].

D'autres questions interpellent sur le plan de l'efficacité sociale. Là où des soins de haute qualité sont développés, ils sont souvent plus chers. À l'opposé, d'autres acteurs commerciaux développent des services accessibles où la qualité n'est plus un objectif premier (encadrement, temps consacré aux soins, hygiène, sécurité…). Cela s'observe notamment par l'apparition d'un segment *low cost* dans le secteur des maisons de repos. Sur le marché mondial, les innovations sont souvent peu accessibles financièrement tandis que les prix varient surtout en fonction de l'offre et de la demande. Ainsi, le prix exorbitant de certains médicaments nouveaux et rares pose des problèmes aux systèmes de santé[9]. Leur accessibilité n'est alors réservée qu'à une portion congrue de la population mondiale.

Si la marchandisation est efficace, elle ne l'est que pour ceux qui en bénéficient, c'est-à-dire les entreprises qui s'imposent sur les marchés. La santé est aujourd'hui devenue une source de profits considérables. Le secteur pharmaceutique est l'un des plus rentables, avec des marges de profits de plus de 20 %, à l'heure où les systèmes de santé publique sont soumis à l'austérité budgétaire…[10]

PHÉNOMÈNES DÉRIVÉS

Une fois qu'on entre dans un système marchandisé, une logique de compétition s'installe qui semble irréversible et pousse à la surenchère[11]. Cette logique de compétition favorise la recherche de nouveaux marchés, en fonction du rendement. Certaines catégories de population sont alors ciblées, entrainant une sélectivité pour accroître ou ne pas mettre en péril les marges de profit. Cela s'observe par exemple du côté des assurances-santé privées où la restriction de l'accès se base généralement sur un questionnaire médical qui permet de faire un tri entre les « bons » les « mauvais » risques. La sélectivité s'opère alors entre les malades et les bien-portants mais elle peut aussi s'opérer entre les plus nantis et les plus vulnérables. Des tranches spécifiques de la population, comme les personnes âgées, sont ciblées dans une approche *marketing*. Une mesure de renforcement de cette lo-

6 Voir l'article du 15 mai 2017 dans le quotidien *L'Écho*, qui fait référence à Assuralia : « Les mutualités coûtent 1,1 milliard par an à la collectivité ».

7 Voir R. Wilkinson, K. Pickett, *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*, Les petits matins, 2013, ainsi que le tableau en page 48 de ce numéro.

8 Soit peu d'inégalités de revenus et moins de problèmes sociaux et de santé.

9 Par exemple, voir l'article « De Block dit non à un médicament à 700 euros », *Le Soir* , 27 et 28 mai 2017 .

10 Voir V. Roy, L. King, "Betting on hepatitis C: how financial speculation in drug development influences access to medicines", *British Medical Journal,* 07/2016 ; 354:i3718.

11 La MC constate ce phénomène depuis de nombreuses années dans le secteur hospitalier, où la concurrence entre couvertures d'assurances contribue au gonflement non maîtrisé des suppléments d'honoraires en chambre particulière.

gique est l'autorisation de la publicité, qui s'apparente à une forme de dérégulation.

LA MARCHANDISATION DES SOINS DE SANTÉ POUSSE LA SOCIÉTÉ À UNE NOUVELLE STRUCTURATION SOCIALE EN DEUX GROUPES.

La recherche de nouvelles parts de marché est responsable d'un accroissement des coûts dans la santé. D'abord en encourageant la surconsommation de produits non nécessaires. Ensuite en cherchant à étendre le marché par l'extension sans limite du domaine médical (en ciblant le bien-être au sens large et les autres déterminants de la santé). On voit se multiplier des offres de soins inadaptées aux besoins réels mais qui répondent avant tout à des besoins créés de toutes pièces[12].

En outre, la marchandisation des soins de santé pousse la société à une nouvelle structuration sociale en deux groupes : d'une part les personnes en situation précaire, bénéficiaires de l'assistance sociale après contrôle des ressources, d'autre part les plus riches qui souhaitent être mieux couverts contre les risques par le recours aux assurances privées. Entre les deux, les classes moyennes sont obligées de fournir des efforts financiers toujours plus importants pour faire face à l'augmentation des tarifs des assurances privées afin de conserver un niveau de couverture de santé acceptable, avec le risque de basculement vers l'assistance sociale. Cette structuration est néfaste à un système de santé financé de manière collective et solidaire à la base : ses principaux contributeurs (les classes moyennes) ont de plus en plus de mal à soutenir le système, car ils voient leur couverture santé progressivement réduite. Donc, ils auront de plus en plus tendance à considérer comme injuste l'octroi de droits « plus avantageux » que les leurs aux catégories sociales les plus précaires, tout comme l'octroi de droits équivalents aux leurs aux groupes sociaux les plus aisés. Surtout si tout cela entraîne un coût proportionnellement plus important.

12 Exemple classique : les nouvelles techniques d'amaigrissement et la pléthore de l'offre médicamenteuse qui s'y rapporte, dont l'inefficacité globale est bien connue.

Le « contrat social », constitué des multiples équilibres du système de soins de santé, est ainsi progressivement remis en question, accentuant le cercle vicieux de dualisation de la société.

LA BELGIQUE N'EST PAS ÉPARGNÉE

Le système de santé belge est lui-même confronté aux effets pervers de la marchandisation. On observe actuellement des phénomènes de surconsommation ou d'augmentation de prix dans divers secteurs. L'exemple le plus frappant est certainement celui de la dépense pharmaceutique (où les offreurs sont exclusivement des entreprises privées commerciales présentes sur plusieurs marchés internationaux). Au sein de l'Union européenne, la Belgique se situe dans le haut du classement pour ce qui concerne les dépenses totales de médicaments par habitant[13]. Citons aussi l'accroissement spectaculaire des suppléments d'honoraires en chambre particulière dans les hôpitaux, encouragé par les couvertures d'assurances[14].

D'autres secteurs sont également menacés selon la même logique. Prenons par exemple la récente décision de la ministre fédérale de la Santé de rembourser à toute femme enceinte le test prénatal (appelé NIPT) pour détecter la trisomie 21. Il s'agit sans doute d'une avancée en termes d'accessibilité financière, mais quant à l'opportunité de la mesure, plusieurs acteurs dont la MC ont une position plus nuancée[15]. Il aurait été préférable de réguler ou d'encadrer ce remboursement, d'une part, en intervenant seulement pour les femmes qui présentent un risque et, d'autre part, en limitant la réalisation des tests aux laboratoires de génétique humaine ou hospitaliers. Augmenter fortement l'intervention de l'assurance-maladie tout en

13 Statistiques OCDE 2014.

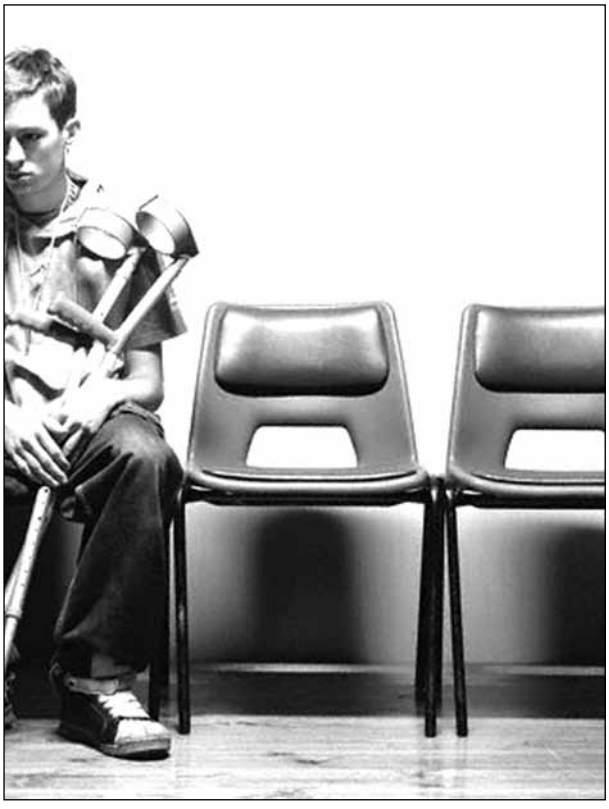
14 Soit, sur la période 2003-2013, une croissance annuelle moyenne en termes réels de 3,88 % alors que la croissance du produit intérieur brut n'était que de 1,22 % et la croissance des honoraires médicaux remboursés de 2,75 % pour la même période.

15 Voir l'article sur *RTBF Info* du 29 mai 2017 : « La Mutualité chrétienne sur le test trisomie 21 : "Nous sommes étonnés de voir que la décision est déjà prise" ».

permettant à tous types d'acteurs d'intervenir dans les prestations ne peut que renforcer les phénomènes de marché avec les potentielles dérives commerciales qui y sont liées.

LE SECTEUR DES MAISONS DE REPOS — LE PLUS GROS VOLET DU TRANSFERT DE COMPÉTENCES — EST DÉJÀ LE THÉÂTRE DE DÉRIVES MARCHANDES.

On pense aussi aux conséquences de la sixième réforme de l'État. Le danger existe qu'à côté de leurs possibilités traditionnelles de financement, soit les taxes et les emprunts, les entités fédérées ouvrent certains domaines au secteur privé lucratif pour combler l'insuffisance de l'investissement public. Le secteur des maisons de repos – le plus gros volet du transfert de compétences – est déjà le théâtre de dérives marchandes. Il compte déjà en son sein une proportion importante d'acteurs commerciaux, et cette proportion pourrait alors augmenter.



Une autre source d'inquiétude est la part directe à charge des patients dans le remboursement des soins de santé (le fameux « ticket modérateur »). Cette part se situe déjà à environ 22 %[16]. On pourrait craindre une réorientation progressive de ces montants vers l'assurance privée, et davantage si le financement public tend à se réduire. Pour le secteur des assurances privées, cela représente un potentiel à assurer d'environ 800 euros par habitant et par an.

POUR UNE RÉGULATION RESPONSABLE

Pour appréhender ce qu'est la marchandisation de la santé, il faut d'abord en cerner les fondements économiques. On s'aperçoit alors que la notion de marché renferme des notions antagonistes, selon que l'on se place dans une approche naturelle ou une approche non naturelle du marché. La première est soutenue par le courant économique dominant qui tend à imposer la recherche du profit à tous les domaines, y compris les domaines sociaux. La deuxième, qui devrait pouvoir être réappropriée par les acteurs sociaux de la santé, postule une remise en cause complète et appelle à un débat démocratique au sujet des objectifs à assigner à notre système de santé. Nous pourrions appeler ce débat un « espace de solidarité démocratique » pour les acteurs, principalement non marchands, qui placent d'autres principes et valeurs, dont la solidarité entre toutes les couches de la population, en tête des objectifs à poursuivre.

Ce débat est vital pour la société, d'autant plus que des faits étayés illustrent les effets pervers de la marchandisation de la santé. Si on se place d'un point de vue collectif, on ne peut que constater ses conséquences néfastes en termes d'efficacité sociale, d'équité, d'efficience, de qualité et d'accessibilité.

Le cas des États-Unis constitue un exemple type des dérives de la marchandisation. Les risques qui pèsent sur la couverture minimale de santé, au sujet de laquelle la volonté actuelle de l'administration Trump est de « redéréguler » le système, nous éclaire sur les enjeux cruciaux et notamment la dualisation de la so-

16 D'autres pays sont mieux classés que nous en termes d'accessibilité financière.

ciété. La conséquence sera que des millions d'individus ne seront probablement plus en mesure de bénéficier d'un protection santé accessible et efficace, ce qui entraîne un risque d'accroissement de la précarité.

LE DÉBAT DOIT IMPÉRATIVEMENT PORTER SUR L'ACCEPTATION COLLECTIVE DU FINANCEMENT DE CES DÉPENSES.

Face à ces enjeux, des alternatives doivent être trouvées. Celles-ci ne passent certainement pas par l'austérité programmée par nos gouvernements européens, dont le nôtre en particulier. Le sous-financement du secteur favorisera inévitablement la marchandisation. Certes, des moyens plus importants doivent d'ores et déjà être consacrés au système de soins de santé afin de financer l'augmentation mécanique des coûts résultant du vieillissement de la population, du développement des maladies chroniques ou du développement technologique. Le débat doit impérativement porter sur l'acceptation collective du financement de ces dépenses et l'ampleur de ce financement.

DE L'OXYGÈNE !

En parallèle, comme les coûts risquent d'exploser, utilisons les possibilités de régulation qui nous permettront de maîtriser cette augmentation de dépenses. Mieux réguler, c'est offrir de l'oxygène à tous les acteurs du système, même à certains acteurs privés commerciaux pris dans une spirale de concurrence et qui ne maîtrisent plus l'augmentation de leurs propres coûts. Dans ce cadre, il est particulièrement important de réguler les montants à charge des patients et les suppléments d'honoraires afin que, *in fine*, cela ne soit pas directement les patients qui doivent passer à la caisse. Ceux-ci se verraient alors injustement responsabilisés par l'absence de volonté politique de financer de manière collective le système de santé.

Agir en amont du régime de soins de santé sera aussi une manière de contribuer à la soutenabilité du système. Il est nécessaire dès aujourd'hui d'influer sur les autres déterminants de santé en orientant une partie des budgets vers la prévention et la promotion de la santé afin de retarder l'apparition des maladies. Les acteurs privés du système de santé devraient ainsi avoir également l'obligation de s'engager dans cette voie.

Dans ce même ordre d'idées, on constate que le concept *Health in all politics* (« la santé dans toutes les politiques ») intègre progressivement les agendas gouvernementaux. Cela implique de mesurer les impacts sur la santé des décisions politiques prises dans d'autres domaines. Il faudra veiller aux applications concrètes de ce principe, par exemple dans les domaines de l'urbanisme, de la politique économique, de la formation, des transports publics, de la sécurité routière… Les mutualités souhaitent contribuer à l'intégration de cette nouvelle dimension préventive, comme elles le mentionnent dans une note *Vision de la santé à l'horizon 2030*, communiquée aux principaux acteurs du système de soins de santé en 2016.

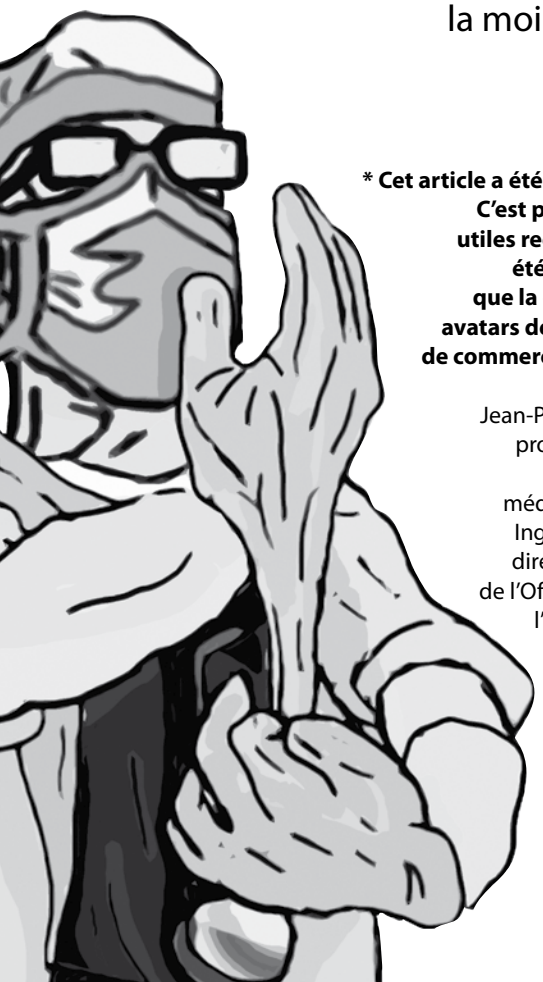
Le combat contre la marchandisation de la santé est difficile car il s'engage à contre-courant d'une philosophie économique dominante à l'œuvre au niveau mondial. Il se complexifie à mesure de la diversification des lieux de régulation. C'est particulièrement vrai en Belgique, où la sixième réforme de l'État y a ajouté une couche puisque, dorénavant, les gouvernements régionaux détiennent des leviers déterminants en matière de santé publique.

La marchandisation de la santé n'est pas une fatalité. Il est nécessaire qu'un débat démocratique s'engage à l'échelle la plus large possible. Dans notre pays, ainsi qu'en Europe, cela doit se traduire par une gouvernance démocratique, transparente et inclusive. Les mutualités ont un rôle crucial à jouer : un rôle de sensibilisation des pouvoirs publics et de représentation de leurs membres. Elles doivent donc être en mesure de continuer à mener leur action partout où la santé publique est en jeu, que ce soit en Belgique, en Europe ou dans les entités fédérées. ■

DÉFENDRE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN EUROPE*

Jean-Pierre Unger, Ingrid Morales et Michel Roland

Où l'on s'aperçoit que les fameux traités transtlantiques (TTIP et Ceta) ne visent pas principalement l'alimentation et les productions culturelles : c'est la santé des êtres humains qui risque d'en pâtir au premier chef. Alors que la médecine états-unienne, la plus libéralisée du monde, est en même temps la plus coûteuse (pour les individus et pour la société), la plus inégalitaire et globalement la moins performante.



*** Cet article a été écrit il y a plus d'un an. C'est pourquoi des références utiles recentes pourraient avoir été omises, ainsi d'ailleurs que la discussion des derniers avatars de traités internationaux de commerce ayant trait à la santé.**

Jean-Pierre Unger est médecin, professeur associé de Santé publique à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers. Ingrid Morales est médecin, directrice médicale adjointe de l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE), Bruxelles. Michel Roland est médecin, président de Médecins du monde Belgique et professeur honoraire de médecine générale à l'Université libre de Bruxelles.

L'accès aux soins de santé professionnels est un droit humain, parce que les refuser à quelqu'un qui souffre de rage de dent, de lithiase rénale ou de crise d'angoisse revient à lui infliger une torture et parfois la peine de mort.

Comme le marché du financement des soins de santé y est libéralisé depuis longtemps, c'est aux États-Unis que l'on juge le mieux des effets de la marchandisation et de la commercialisation des soins de santé (*care commoditization*)[1]. L'accessibilité (géographique, culturelle et financière) et l'acceptabilité des soins y sont à ce point médiocres que les riches américains éprouvent plus de difficultés à les obtenir que les pauvres de nombreux pays européens[2]. Pourtant, les États-Unis se caractérisent par des dépenses totales de santé qui, en 2015, se montaient à 9451 dollars par an et par habitant – soit deux fois plus qu'en Belgique et trois fois plus qu'en Espagne[3] ! La même année, les dépenses publiques de santé *per capita* étaient, aux États-Unis, supérieures aux dépenses totales de santé, *publiques et privées*, dans la plupart des pays européens (*voir tableau page 48*). Et si les Pays-Bas et la Suisse sont en passe de devenir les États les plus dépensiers du Vieux Continent, c'est parce que leurs politiques de santé ont emboîté le pas à leur modèle américain.

En gestation depuis plus de 20 ans, les traités « commerciaux » internationaux entre l'Europe et de grands ensembles partenaires (comme le TTIP, le Ceta et le

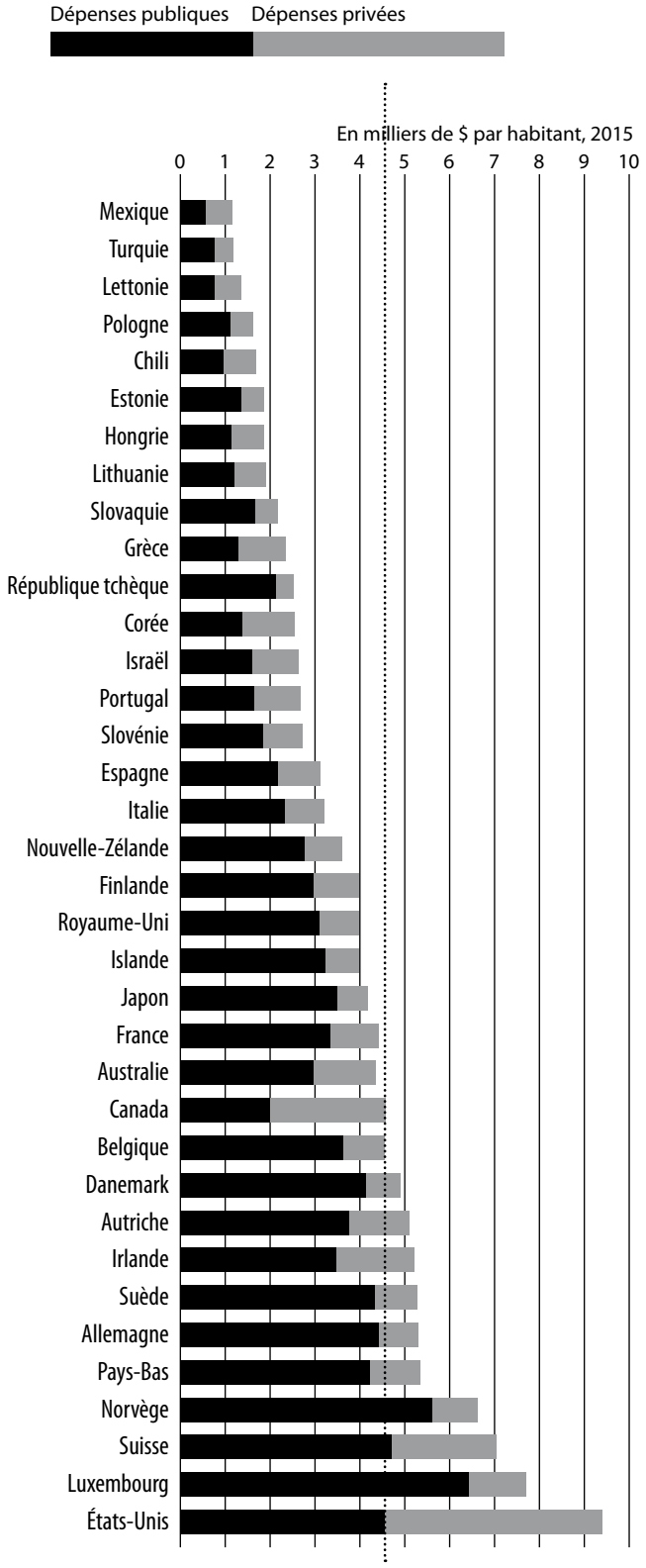
1 *Marchandisation* : transformation du statut des soins de santé ; de service à finalité éthique et sociale, ils deviennent un bien à finalité commerciale. *Commercialisation* : l'opération concrète qui consiste à vendre des soins.

2 Income Group, *Unmet Care Need due to Costs in Eleven OECD Countries*, Commonwealth Fund, 2010.

3 *2015 OECD Health Statistics,* https://goo.gl/yzW0U6

Dépenses publiques et privées de santé (par habitant) dans les pays de l'OCDE.

Source : *OECD Health Data 2015,* https://goo.gl/ZMjgVp



Tisa) entendent réguler le commerce et la prestation des soins de santé. En réalité, ils n'ont de *commercial* que le nom. Leur enjeu est ailleurs : ils visent à libéraliser les investissements dans les secteurs non marchands, et d'abord le financement des soins de santé, un objectif que les négociateurs européens du TTIP reconnaissent volontiers comme la priorité n° 1 de la partie américaine.

Ces traités font partie de l'arsenal stratégique des banques-assurances pour accaparer les fonds gigantesques de la sécurité sociale en Europe. Leurs stratégies[4] sont matérielles (politiques, légales, financières, institutionnelles) mais aussi symboliques (terminologiques, pédagogiques, épistémologiques…) lorsqu'elles s'adressent aux médecins et aux administrations[5].

Dans l'Union européenne aujourd'hui, les courants politiques nationalistes rejettent ces traités qui empiètent sur la souveraineté nationale et, plus généralement, l'Union européenne elle-même. L'immense support populaire que l'extrême droite s'est acquise exprime d'abord, peut-être, la peur du démantèlement de la sécurité sociale que les États-nations abritent et sécurisent depuis 1945. Seule la confusion amène à justifier le nationalisme politique par la défense de la sécurité sociale. Mais celle-ci n'est pas facile à comprendre et le secteur des soins en général l'est encore moins.

Alors que les dépenses de santé s'envolent et que l'accès aux soins se détériore, les Européens qui entendent épargner à leur sécurité sociale les dérives américaines devraient pouvoir définir une politique

4 Pour une vue panoramique des stratégies que les banques-assurances ont utilisées pour obtenir la privatisation du financement des soins en Amérique latine, on peut se référer à J.-P. Unger, P. De Paepe, K. Sen, W. Soors (ed.), *International Health and Aid Policies*, Cambridge, Cambridge University Press, 2010.

5 Le « métier » des banques-assurances est donc complexe. Après la crise de 2008, le monde politique européen a voulu assainir ce secteur et séparer ses deux activités, banque et assurances, mais cet objectif n'a jamais pu être atteint.

de santé à finalité sociale et démasquer les politiques qui ne le sont pas. Pour les orienter, cet article tente de répondre à trois questions :

1| Que défendre prioritairement de la sécurité sociale en santé ?

Pour le savoir, il faut pouvoir distinguer de leurs traits secondaires les mécanismes principaux qui ont conféré aux systèmes européens leur efficacité socio-sanitaire durable et leur faible coût. Nous exposerons donc les propriétés des systèmes de santé qui, depuis 70 ans, ont assuré aux Européens un bon accès à des soins de qualité professionnelle et un taux historiquement bas de mortalité évitable[6], grâce, entre autres, à un haut degré de solidarité dans le financement des soins. Ces caractéristiques sont complexes, parce qu'elles sont politiques et techniques à la fois, mais on ne produit pas des soins comme du Coca-cola.

LA RAISON D'ÊTRE DU SERMENT D'HIPPOCRATE, C'EST PRÉCISÉMENT D'ÉVITER QUE LE MÉDECIN NE MAXIMISE SES BÉNÉFICES.

En tant qu'objectif politique, ces propriétés devraient pouvoir mettre d'accord les organisations de patients (qui œuvrent pour un accès universel à des soins de santé de qualité, dans des systèmes eux aussi universels[7]) et les organisations de médecins (qui veulent agir en faveur d'une pratique médicale éthique et « hippocratique[8] » et qui souhaitent que les praticiens conservent le statut professionnel dont ils ont joui depuis 1945).

2| De quoi défendre la sécurité sociale ?

Pour le savoir, il faut être informé des objectifs et de la stratégie politique des compétiteurs, c'est-à-dire des banques-assurances, qui développent le marché des soins aux dépens, nécessairement, de la sécurité sociale. L'article analyse donc aussi les principaux aspects des stratégies de réforme du secteur de la santé en Europe et le prix que payeront sa population et ses médecins si les banques-assurances parviennent à leurs fins : à savoir, privatiser partiellement le financement des soins et en accaparer la partie rentable – autrement dit celle qui permet l'exercice de la solidarité et l'existence des systèmes universels.

3| Comment défendre la sécurité sociale ?

Le point de vue dépend de l'acteur, et nous souhaitons que cette analyse ouvre des perspectives d'action à tous ceux qui s'engagent, en tant que médecins, professionnels de santé ou en tant que représentants de patients, pour que l'accès à des soins de qualité soit un droit humain universel.

DES SERVICES DE SANTÉ À FINALITÉ PUBLIQUE POUR DES SOINS HIPPOCRATIQUES

Nous appelons ici *soins hippocratiques* ceux par lesquels les médecins et les soignants obéissent à une clause du Serment d'Hippocrate qui se formule comme suit : « *Tu n'entreras dans la maison du malade que pour son bien* » (et, si on ne veut pas imputer de tautologie à Hippocrate, « *donc pas pour le tien* »). Selon cette clause, rémunérer la prestation ne revient donc ni à commercialiser les soins ni à enfreindre l'éthique hippocratique : la prestation n'est *commerciale* que lorsque la décision clinique sert à maximiser le bénéfice du prestataire de soin et/ou de celui qui le paye. Et la raison d'être du Serment d'Hippocrate, c'est précisément d'éviter que le médecin ne maximise ses bénéfices – ou ceux de son employeur – grâce au fait qu'il peut profiter de la plus grande asymétrie d'information qui soit : celle qui le distin-

6 On appelle « mortalité évitable » la mortalité vulnérable aux soins de santé (*amenable to care*).

7 *Accès universel* : accès de toute la population. *Systèmes de santé universels* : systèmes de services de santé non segmentés – c'est-à-dire qu'ils ne sont pas organisés en sous-systèmes étanches destinés à des populations différenciées par leur pouvoir d'achat.

8 C'est-à-dire conforme au *Serment d'Hippocrate* (V^e^ s. avant l'ère commune) qui contient les obligations morales et déontologiques du médecin.

gue de son patient. Ainsi, selon le pouvoir d'achat du malade, il peut pondérer différemment ses décisions cliniques, entre des critères de qualité de soins contradictoires (comme le sont l'efficacité et l'efficience des actes médicaux ou la sécurité et l'autonomie du patient)[9].

En Europe, la tradition d'une éthique professionnelle, un revenu suffisant octroyé par les pouvoirs publics et un système efficace de régulation et de contrôle ont longtemps et majoritairement dissuadé les médecins de maximiser leurs revenus. Les soins pouvaient être *hippocratiques* parce que ni le gestionnaire ni, derrière lui, le financier n'exigeaient du médecin qu'il rentabilise ses prestations. Si ce contexte financier et régulateur n'immunisait pas la pratique médicale d'arrière-pensées commerciales, il offrait du moins aux médecins la possibilité d'une pratique digne et correctement rémunérée, ce dont une majorité d'entre eux a profité.

PAR SOUCI DE RENDEMENT, LA « GESTION DES SOINS » TEND À STANDARDISER ET À BUREAUCRATISER INDÛMENT LA PRATIQUE THÉRAPEUTIQUE.

Mais le financier est économiquement tenu de maximiser la rentabilité de ses capitaux et, aux États-Unis, il y est même tenu par la loi. Parce que le marché des soins y est mûr, c'est dans ce pays qu'est le plus évidente la contradiction existentielle entre l'essence hippocratique de la prestation des soins et la nature commerciale de l'entité qui les finance. Dans un système d'assurances commerciales, le médecin, qu'il soit salarié ou contractuel, assure sa stabilité d'emploi en maximisant les bénéfices de son employeur avec des décisions cliniques dictées par un *managed care* (« gestion des soins ») dont la finalité est commerciale. C'est ainsi que, par souci de rendement, la « gestion des soins » tend à standardiser et à bureaucratiser indûment la pratique thérapeutique[10].

À L'ORIGINE DES SYSTÈMES DE SOINS EUROPÉENS

C'est un regard historique qu'il faut porter sur les systèmes de santé européens si l'on veut comprendre leur efficacité durable. En Europe, les États-nations sont dépositaires de la sécurité sociale depuis la deuxième moitié du XXe siècle, après que la Deuxième Guerre mondiale eut montré la nécessité de sociétés plus solidaires, plus équitables et plus tolérantes. Depuis lors, la « sécu » assure aux Européens un niveau élevé de protection. Les classes sociales défavorisées, et en particulier les salariés organisés, l'ont imposé au patronat en profitant de ce que, dans un monde désormais bipolaire, leurs idéologies progressistes (socialiste, social-démocrate, démocrate-chrétienne, communiste, socialiste libertaire) étaient devenues prégnantes et du fait que la Résistance n'acceptait pas de rendre les armes au lendemain de la Guerre.

Fragilisé, le patronat a obtenu la participation des sociaux-démocrates et des démocrates-chrétiens à la lutte anticommuniste, en échange de la pilarisation de l'État. En entrant ainsi, non seulement au Parlement, mais dans tous les piliers de l'État (justice, administration, enseignement, santé, police, armée, services sociaux), les représentants des travailleurs ont assuré la pérennité de la sécurité sociale, parce qu'ils pouvaient y limiter l'impact de la corruption – c'est-à-dire de l'achat de la décision politique par ceux et celles qui en avaient la volonté et les moyens[11]. En d'autres termes, la lutte contre la corruption est le prix qu'a dû payer le patronat pour as-

9 J.-P. Unger, B. Marchal, A. Green, "Quality Standards for Health Care Delivery and Management in Publicly-oriented Health Services", *International Health Planning and Management,* 2003, 18, p. S79-S88.

10 En 2014, 35 % des médecins américains employés passaient plus de 10 heures par semaine à effectuer du travail administratif, et 14 % plus de 19 heures. Source : *Medscape Physicians Compensation Report*, 2014.

11 Ce mécanisme protecteur n'existe pas à la Commission européenne, auprès de laquelle 30 000 lobbyistes agissent pour le compte d'intérêts particuliers (*cf.* "30,000 lobbyists and counting: is Brussels under corporate sway?", *The Guardian*, 8.5.2014).

surer la stabilité politique et macro-économique de l'Europe en 1945, tandis que les utilisateurs des services de santé ont payé d'une dose de népotisme la pilarisation de l'État.

Dans le cadre d'une enveloppe fixée par le gouvernement, les choix de politique sectorielle étaient (parfois âprement) négociés entre représentants de classes sociales aux intérêts opposés. Le résultat macro-économique de la pilarisation de l'État tient en deux chiffres, inversement liés, qui expriment l'importance de la solidarité financière dans le secteur des soins de santé en Europe : d'une part, une proportion d'apport public qui dépassa longtemps les 80 % dans le total des dépenses de santé, et d'autre part des dépenses totales de santé à la fois suffisamment élevées pour assurer le bon fonctionnement des services de santé à finalité publique et suffisamment modestes pour être économiquement viables : en 2014, 10 % du PIB de l'Union européenne, contre 17,1 % du PIB des États-Unis.

Ainsi, le financement public et les cotisations payées par les travailleurs et les employeurs ont permis de limiter les dépenses de santé des ménages (en « tickets modérateurs[12] » et en achats de matériel, de prestations et de médicaments non remboursés) tout en assurant une bonne accessibilité géographique et technique aux services de santé. Si ce système a subsisté depuis 1945, c'est que tant les partis représentant les intérêts des travailleurs que les organisations de patients n'ont pas cessé de défendre, au sein de l'État, la solidarité en matière de santé et l'accès aux soins. Mais aujourd'hui, ce socle se lézarde.

SOUS LA SÉCURITÉ SOCIALE EUROPÉENNE, UN TRAVAIL DE SAPE

Le transfert de systèmes nationaux de santé aux forces économiques n'a rien d'impossible : la coopération au développement a bien changé de mains, dans le courant des années 1990, et sa logique est devenue économique, sans que cela ne fasse de vagues. On imagine, cependant, la puissance politique dont il faut disposer pour espérer faire main basse sur près de 7 % du PIB européen en 20 ans. Or cette puissance existe et le scénario n'a rien d'une fiction. 25 ans, c'est le temps qu'il a fallu pour opérer la réforme du secteur de la santé en Amérique latine. Et 7 % de plus qu'en Europe, c'est la part de PIB que, *grosso modo*, les États-Unis consentaient à leur secteur des soins de santé en 2014. C'est donc aussi le volume des capitaux qui pourraient changer de mains (en passant du public au privé) et de secteur (pour se diriger vers celui des soins) si la sécurité sociale était *partiellement* privatisée (nous disons *partiellement* parce que, nous le verrons, personne ne souhaite qu'elle le soit tout à fait).

25 ANS, C'EST LE TEMPS QU'IL A FALLU POUR OPÉRER LA RÉFORME DU SECTEUR DE LA SANTÉ EN AMÉRIQUE LATINE.

LES CANDIDATS AU MARCHÉ EUROPÉEN DES SOINS DE SANTÉ

Les banques-assurances nord-américaines sont les candidates les plus sérieuses au contrôle du secteur européen des soins. Aux États-Unis, le marché est saturé, parce que, comme on l'a vu, les dépenses de santé y ont atteint les 17 % du PIB. Comme toute croissance ultérieure y est improbable et qu'il n'y aura plus qu'une redistribution intra-sectorielle des bénéfices, c'est à l'exportation que se fera dorénavant la croissance du marché américain du financement des soins. Et l'Europe occidentale est une cible toute désignée, d'autant plus attrayante que la concurrence locale n'est pas à la hauteur. En général, les concurrents européens n'ont encore ni tout le métier, ni les institutions pour faire de l'ombre aux banques-assurances américaines. L'histoire égalitaire, solidaire, hautement régulée des systèmes de santé n'y a pas permis de développer, comme aux États-Unis, le *know-how* nécessaire à l'optimisation commerciale des hôpitaux et des médecins.

12 Le *ticket modérateur* est la part du coût des soins qui est à la charge du patient, le reste du coût étant pris en charge par l'assurance-maladie.

En revanche, les banques-assurances américaines, elles, ont appris à gérer les *Health Maintenance Organizations* (HMOs), ces conglomérats qui se constituent à partir de l'achat et de la contractualisation d'hôpitaux et de cliniques par les banques-assurances. En intégrant verticalement le financement, la gestion et la prestation des soins, les HMOs soumettent le médecin américain à un contrôle et à une régulation intenses – que les médecins européens ne soupçonnent même pas[13].

Les banques-assurances ont aussi appris à gérer politiquement la transformation commerciale des systèmes de santé. Par exemple, pour amener l'opinion publique (du moins, celle qui compte) à soutenir la privatisation du financement des soins, l'expérience colombienne a montré qu'il faut, pendant un certain temps, asphyxier le financement des services publics et de la sécurité sociale et les rendre délibérément dysfonctionnels, par exemple en interdisant la planification de la couverture sanitaire sur un territoire. Lorsque, face à cette carence organisée, les classes moyennes commencent à acheter massivement des assurances privées, l'État se met à les financer (avec des fonds qu'il se procure grâce à des arbitrages intersectoriels) et contribue ainsi aux profits des banques-assurances. C'est ainsi qu'en pleine guerre civile, avec un taux de croissance initial des dépenses de santé dépassant les 7 % par an pendant plusieurs années, le gouvernement colombien a trouvé les ressources pour transférer des fonds publics gigantesques aux banques-assurances (dites *empresas promotoras de salud*) qui ont géré depuis 1993 son budget des soins de santé.

DÉRÉGULATION ET "MANAGED CARE"

Du point de vue du médecin, la dérégulation du marché des soins consiste à substituer aux régulations à finalité publique d'autres finalités, commerciales celles-là. Elles s'avèrent injustes pour le patient et très contraignantes pour le professionnel.

La décision clinique fait alors l'objet du *managed care*, à savoir une régulation commerciale qui s'impose aux médecins contractualisés. Le *managed care* standardise la prestation des soins grâce à des *guidelines*, des instructions écrites. Ces *« recommandations de bonne pratique »* sont définies comme des propositions développées selon les principes de l'*evidence-based medicine* (« médecine basée sur les preuves ») ayant pour but d'aider le praticien à donner les soins les plus appropriés dans chaque circonstance clinique. Si les recom-

LES BANQUES-ASSURANCES ONT AUSSI APPRIS À GÉRER POLITIQUEMENT LA TRANSFORMATION COMMERCIALE DES SYSTÈMES DE SANTÉ.

13 Voir note 10.

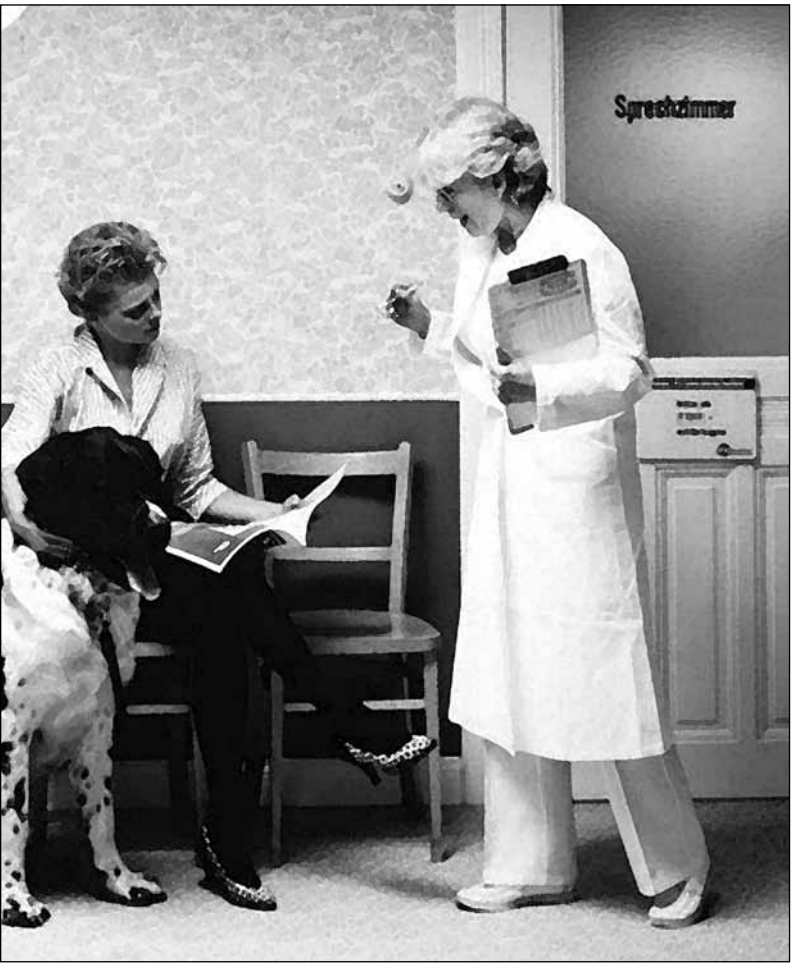
mandations que l'on trouve dans la littérature scientifique peuvent poser des problèmes d'utilisation professionnelle[14], la rationalisation bien comprise de la décision clinique fondée sur une base statistique ne constitue pas un standard rigide. Au contraire, le médecin doit l'adapter aux différents contextes cliniques. Mais les guides de bonnes pratiques produits par les bureaucraties commerciales sont, quant à eux, réellement délétères, parce qu'ils visent d'abord à maximiser le profit généré par la pratique médicale. Ces guides pénalisent le patient, par exemple, en biaisant la consommation pharmaceutique et l'utilisation de la technologie médicale et en rationnant les admissions dans les hôpitaux de complexité majeure tels que les hôpitaux spécialisés et les hôpitaux régionaux. À ce sujet, la comparaison entre l'accès aux soins aux États-Unis et l'accès aux soins en Europe est extrêmement parlante ; les données sur le sujet sont aisément accessibles en ligne[15].

LA COMPARAISON ENTRE L'ACCÈS AUX SOINS AUX ÉTATS-UNIS ET L'ACCÈS AUX SOINS EN EUROPE EST EXTRÊMEMENT PARLANTE.

Pour étendre leur marché en Europe, les banques-assurances savent qu'elles doivent obtenir l'abolition de la régulation qui y garantit la protection sociale depuis 1945. Mais elles n'ambitionnent ni l'ensemble du marché des soins ni tout leur financement. Elles ne visent que leur partie rentable. Le reste (les personnes âgées, les malades chroniques, les pauvres) sera, comme aux États-Unis, à la charge d'agences publiques, telles *Medicare* et *Medicaid* qui financent, à l'intention des moins favorisés, un « panier » (*basket*) de soins élémentaires, ou d'autres systèmes, destinés à couvrir certains problèmes entraînant un taux élevé de morbidité ou de mortalité.

Cette sécurité sociale au rabais produit une certaine stabilité politique (sinon sociale), tout en servant les intérêts des banques-assurances, parce qu'elle leur évite toute concurrence sur les segments profitables du marché et parce qu'elle leur garantit les dividendes de l'externalisation des soins. *Medicare* et *Medicaid* préfigurent l'avenir de nos services publics de santé après que l'Union européenne aura signé un traité commercial qui organisera le financement, la gestion et donc la prestation des soins de santé comme aux États-Unis.

14 T. Greenhalgh, J. Howick, N. Maskrey, "Evidence-based Medicine: a Movement in Crisis?" *British Medical Journal*, 2014, 348, p. g3725.



15 www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm

DÉFENDRE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN EUROPE

Face aux risques que le financement commercial des soins fait courir, les organisations de médecins et de patients sont condamnées à s'entendre. Fortes de leur représentativité et de leur légitimité éthique, elles pourraient être audibles si, ensemble, elles prenaient position au sujet des politiques de soins. Ensemble, elles pourraient tester les intentions des partis et des institutions et faire connaître aux médias le résultat de leur enquête. Mais il faut pour cela qu'elles définissent des principes communs, en particulier des normes relatives à l'accès aux soins, à la finalité publique de leur financement et de leur gestion, à l'éthique professionnelle, aux revenus des professionnels et à l'universalité des systèmes.

Cette tâche n'a rien d'impossible. Les organismes déontologiques (comme les ordres de médecins), de nombreux syndicats de médecins et les mutuelles devraient pouvoir se rencontrer sur ces thèmes, parce que tant les médecins que les patients européens ont tous, entre 1945 et 2015, bénéficié, et largement, des mêmes systèmes de santé. En effet, assez miraculeusement, ceux-ci ont su répondre aux centaines de millions de patients qui exigeaient des soins professionnels, tout en assurant un statut et des revenus enviables aux médecins qui s'honoraient de donner des soins hippocratiques et en maintenant pendant longtemps les dépenses totales de santé à un niveau inférieur de moitié à celui des États-Unis.

DES CRITÈRES DE QUALITÉ POUR SOINS ET SERVICES DE SANTÉ… COMME OBJECTIF POLITIQUE

Résumons-nous. Pour défendre efficacement la sécurité sociale, les organisations de patients – soucieuses d'accès universel aux soins – et les organisations de médecins – préoccupées d'éthique professionnelle – devraient traiter comme un objectif politique commun la défense de ce qui a fait l'exception européenne : les propriétés systémiques qui ont donné à l'Europe, pendant plus de 70 ans, ses extraordinaires résultats médicaux, sanitaires, démographiques et épidémiologiques, en même temps que le statut enviable de ses médecins.

CES PROPRIÉTÉS, […] IL FAUT AUJOURD'HUI LES DÉFENDRE FACE AUX MENACES DE LA RÉFORME NÉOLIBÉRALE.

Que peut-on dire de ces propriétés des systèmes de santé d'après-guerre, qui sont aujourd'hui menacées ? Tous les pays européens n'ont pas adopté l'ensemble de celles qui sont décrites ci-dessous, mais elles en donnent la tonalité générale, et les exemples de leur mise en œuvre sont légion.

LES PROPRIÉTÉS DOMINANTES DES SYSTÈMES EUROPÉENS DE SANTÉ D'APRÈS-GUERRE

UNE AUTONOMIE PROFESSIONNELLE SUFFISANTE EN ÉCHANGE DE LA GARANTIE D'UNE ÉTHIQUE OPÉRATOIRE

Les Européens ont eu accès à des soins *professionnels*, en ce sens qu'en échange d'une autonomie suffisante, les médecins et soignants s'engageaient à obéir à une éthique et à une déontologie. Celles-ci faisaient l'objet d'une jurisprudence, qui était discutée dans les services de santé et les associations professionnelles[1]. En vertu de l'éthique professionnelle, les médecins n'avaient pas le droit de maximiser leurs bénéfices en jouant sur les décisions cliniques, ni de tirer aucun parti de l'asymétrie d'information qui caractérise la relation médecin-malade.

Les médecins avaient des revenus suffisants et une bonne stabilité d'emploi. Et grâce à la finalité publique et non commerciale de leur financement, les services de santé ne mettaient pas la rentabilité au cœur du système des soins et de la connaissance, mais y mettaient le patient, le médecin, le professionnel et l'équipe interdisciplinaire.

1 En Belgique, l'État finance des séminaires d'éthique qui s'inscrivent dans le plan d'accréditation des médecins.

Ces propriétés, qui ont permis à la solidarité d'assurer l'accès universel à des soins de qualité, il faut aujourd'hui les défendre face aux menaces de la réforme néolibérale. Cette défense devrait pouvoir faire l'objet d'un accord entre organisations de médecins et de patients. En effet, l'espace qui les sépare, même s'il existe bel et bien, n'est pas infranchissable.

Si elles veulent être entendues des médecins, les mutuelles devraient militer pour que les revenus des médecins soient décents – et ils sont loin de l'être dans tous les cas. Mais, surtout, elles devraient promouvoir plus explicitement l'autonomie professionnelle du médecin. De la sorte, les mutuelles feraient d'ailleurs d'une pierre deux coups, car cette autonomie rencontre l'intérêt du malade : le médecin doit avoir suffisamment de liberté thérapeutique pour pouvoir donner de manière éthique des soins biopsychosociaux ! En conséquence, les systèmes de santé

DES SOINS BIOPSYCHOSOCIAUX ET CENTRÉS SUR LE PATIENT ET LA FAMILLE

À chaque étape de la vie, l'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre des facteurs socio-économiques, l'environnement physique et le comportement individuel. C'est ce qu'on appelle les *déterminants non médicaux* de la santé. Pour les prendre en compte, on attendait des médecins et autres soignants que, par devoir éthique :

- ils donnent des soins biopsychosociaux et non strictement biomédicaux ;
- ils *négocient* la conduite thérapeutique avec leur patient ;
- ils intègrent à leur pratique clinique des interventions et des préoccupations de santé publique[2].

UNE POLITIQUE DE « MOTIVATION SYMBOLIQUE » DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Seuls des professionnels très motivés peuvent donner des soins comme nous les attendons tous – des soins efficaces, biopsychosociaux et éthiques – parce que ce type de prestation a un coût d'opportunité élevé pour le soignant. On a donc payé décemment les professionnels de santé en Europe. Toutefois, les politiques de santé agissaient aussi sur leur motivation symbolique. Elles jouaient, par exemple, de l'utilisation des connaissances et des habiletés en pratique clinique ou du développement personnel du médecin en cours de carrière. Et le système assurait une éducation médicale continuée digne de ce nom, en transmettant une culture professionnelle et pas simplement des compétences – comme le conçoit la bureaucratie européenne de Bruxelles. Mais aujourd'hui, dans de nombreux pays, on serait bien en peine de trouver encore trace d'une politique de motivation immatérielle des médecins.

L'ACCÈS UNIVERSEL AUX SOINS DE SANTÉ

L'accès universel aux soins supposait l'accès à un système de santé universel, quel que soit le revenu du patient. Pendant 70 ans, les Européens ont eu accès à tous les services de santé, du généraliste et du centre de santé pluridisciplinaire au centre hospitalier universitaire, en passant par les hôpitaux généraux et spécialisés. Les systèmes n'étaient ni segmentés selon les classes sociales, ni (trop) fragmentés, en ce sens que généralistes et spécialistes assuraient une certaine coordination des soins entre la première ligne et les hôpitaux et avec les services (psycho-) sociaux. La continuité des soins était assurée pour toutes les maladies, y compris celles dont la prise en charge coûte cher, comme les cancers ou les pathologies cardio- et cérébro-vasculaires.

DES SYSTÈMES DE SANTÉ CENTRÉS NON SEULEMENT SUR LES PATIENTS MAIS AUSSI SUR LES PROFESSIONNELS

Pour garantir l'accès à des soins professionnels, les systèmes de santé européens ont longtemps mis les médecins au centre de leurs préoccupations et de leur

2 *A contrario*, malheureusement, les politiques de santé publique ont insuffisamment intégré une réflexion et une pratique médicales – sinon des connaissances strictement biomédicales.

devraient se structurer de manière telle qu'au bout de la chaîne de production des soins, le médecin et les équipes interdisciplinaires aient suffisamment de liberté, tout en maintenant un cadre de référence sécurisé, pour eux et pour leurs patients. Pour cela, les services de santé devraient, par exemple, organiser l'appui technique et émotionnel au soignant et assurer la transmission intergénérationnelle et interdisciplinaire des connaissances professionnelles.

De leur côté, les médecins européens reconnaissent volontiers que pendant 70 ans, leur statut a été enviable. Ils ont longtemps et largement bénéficié d'un taux de dépenses publiques de santé qui était suffisant sans être excessif (voir ci-dessus), grâce à une organisation efficiente du système et grâce aux arbitrages entre le secteur de la santé et les autres. Mais – et les organisations professionnelles de médecins ne le comprennent pas toujours – cet avantage

organisation. Pour coordonner les soins biopsychosociaux, le médecin était l'animateur d'une équipe pluridisciplinaire. Et pour que chacun apporte sa contribution à la qualité des soins, les cadres des services de santé planifiaient la dissémination du savoir professionnel de manière à ce qu'il circule aussi de bas en haut dans les systèmes. Les services de santé cherchaient à assurer la transmission intergénérationnelle du savoir et à constituer une mémoire technique, institutionnelle. Les médecins recouraient à des méthodes pédagogiques adaptées au professionnalisme, du coaching à la supervision formative, de la recherche-action à l'audit interne. Et pour que, sa vie durant, chaque médecin puisse tirer parti de ses erreurs, les cadres promouvaient des techniques réflexives. Ils ne faisaient appel au contrôle et à l'évaluation externes qu'en dernier recours.

Aujourd'hui, les compétences biopsychosociales du médecin lui donnent un rôle pivot dans la coordination des professionnels de soins de santé primaires et dans l'articulation clinique entre la première ligne et l'hôpital. Toutefois, il faut étendre les exigences de professionnalisme et de redevabilité aux autres soignants à qui on délègue parfois la position de « professionnel de référence » (ou *case manager*). Si on veut que cela continue, alors que le cadre budgétaire de la santé est de plus en plus étriqué, il faudra, en particulier, exiger que soient rémunérées en Europe les activités non-cliniques des services de santé et des médecins (telles que la coordination, la formation continuée, la recherche-action, la supervision et le coaching) et qu'on leur attribue une nomenclature.

DES SYSTÈMES À FINALITÉ PUBLIQUE GRÂCE À LA GESTION NON COMMERCIALE DES SERVICES DE SANTÉ

Pour garantir le caractère hippocratique des soins et l'efficience du système, il était interdit de gérer les soins, les services et leur staff dans une optique commerciale. Il s'agissait au contraire de libérer de tout excès de considération financière les efforts des professionnels pour améliorer la qualité des soins. Les cadres des services de santé cherchaient à rendre participatives les consultations et même, parfois, la gestion des services de santé.

À des degrés divers, la médecine de première ligne et un hôpital (parfois délocalisé sur plusieurs sites) s'organisaient en systèmes locaux pour améliorer la coordination clinique et gestionnaire des services. Et comme ces structures étaient centrées sur le patient, les médecins de famille en étaient la cheville ouvrière et les gestionnaires en étaient souvent des médecins.

Tout cela n'était possible que parce que la propriété et les dettes des services de santé devaient avoir une finalité publique. Bien que ressortant d'un large éventail de figures institutionnelles, les entraves financières et administratives à la commercialisation des hôpitaux, cliniques et centres de santé européens ont été suffisantes pour maintenir les assurances privées à la marge du système.

n'a été possible que parce que les pays européens protégeaient l'assurance maladie de toute commercialisation des soins, grâce, entre autres, au remboursement élevé des prestations et à la finalité publique des services de santé. Or ces deux protections sont aujourd'hui mises en péril.

À TERME, LES EMPLOYEURS SERONT CONTRAINTS D'ASSUMER EUX-MÊMES LA COUVERTURE SANTÉ DE LEURS EMPLOYÉS.

UN BOUCLIER FINANCIER : LE PRÉFINANCEMENT DES SOINS EXCLUSIVEMENT OU TRÈS LARGEMENT PUBLIC — COMPLÉTÉ PAR UN TIERS-PAYANT QUI INCOMBAIT AU MALADE

Les hôpitaux jouissaient dans leur gestion d'un degré suffisant d'autonomie. Toutefois, pour éviter la gestion commerciale des soins, les États européens entravaient leur financement commercial et l'intégration verticale entre financement et organisation des services de santé. Pour les investisseurs, la rentabilité des services de santé européens était faible parce qu'ils avaient affaire à forte partie avec la concurrence du financement public, maintenu à un niveau élevé par l'impôt (dans les systèmes beveridgiens)[3] ou par les cotisations des employeurs et des salariés (dans les systèmes bismarckiens)[4].

En effet, pour garantir la finalité non lucrative de leur gestion, les politiques européennes ont longtemps maintenu le niveau de financement privé des services de santé au-dessous des 5 % du total des dépenses de santé (10 % aujourd'hui). Le préfinancement des soins était l'apanage des services publics et des assurances à finalité publique (mutualités, notamment), dont toute logique actuarielle était bannie. Soit le « ticket modérateur » était modique, soit les soins étaient complètement gratuits. ■

3 Le modèle prôné par le *Rapport Beveridge* de 1942 au Royaume-Uni.

4 L'État social imaginé par le chancelier prussien Otto von Bismarck.

LE PATRONAT EUROPÉEN : UN ALLIÉ INATTENDU ?

La coalition des organisations de médecins et de patients que nous appelons de nos vœux devrait pouvoir compter sur un allié de taille, quoiqu'inattendu, pour défendre la sécurité sociale en santé : le patronat. Car si sa privatisation partielle provoque des bouleversements sanitaires et sociaux – la réduction des dépenses de santé est, dans le monde, la première cause de chute dans la pauvreté – elle a aussi d'immenses conséquences pour *tous* les agents économiques : à part les banques-assurances, l'envol des dépenses de soins provoqué par la privatisation des assurances menace toutes les entreprises. Alors qu'en Europe, le taux de croissance est anémique depuis des lunes et qu'il le restera sans doute, la croissance brutale des dépenses publiques et privées de santé ne pourra se faire qu'au détriment des autres secteurs.

À terme, les employeurs seront contraints d'assumer eux-mêmes la couverture santé de leurs employés. Même si le patronat ne s'en rend pas toujours compte, toutes les autres entreprises sortiront perdantes de la privatisation de la sécurité sociale. Si Ford USA n'exporte pas vers l'Europe, c'est parce que le coût de l'assurance santé de ses travailleurs américains se répercute sur le prix de ses véhicules. Même les entreprises pharmaceutiques européennes perdront au change : la part des bénéfices des sociétés pharmaceutiques dans les dépenses de santé a longtemps été nettement plus grande dans des pays comme Cuba ou le Costa Rica qu'au Mexique et en Colombie, où les assurances de santé ont été totalement ou partiellement privatisées[16].

Toutefois, pour compter sur cet allié inespéré, il va falloir faire preuve de pédagogie : les orga-

16 Si, en Europe, les entreprises pharmaceutiques se taisent sur les pertes escomptées, c'est parce que leurs capitaux sont en grande partie détenus par les banques-assurances.

nisations de médecins et de patients devront exposer aux organisations patronales leurs arguments en matière d'économie politique des soins.

UNE AUTONOMIE SUFFISANTE

L'expérience des États-Unis montre aux patients qu'ils ont intérêt à ce que les organismes payeurs aient une mission publique et non commerciale. L'histoire des systèmes de santé néerlandais et suisse montre aux contribuables que leurs intérêts convergent avec ceux des patients : la commercialisation des soins accroît brutalement les dépenses totales de santé, publiques et privées. Mais à l'exception de ces deux derniers pays, les politiques européennes ont généralement traduit, depuis 1945, une volonté de finalité publique des soins individuels. Pour cela, elles ont donné aux professionnels une autonomie suffisante. En leur assurant une gestion non commerciale, elles ont voué les services de santé à une finalité sociale qu'elles ont su garantir par un financement qui l'était tout autant. Enfin, elles se sont dotées de systèmes de santé universels, c'est-à-dire entièrement accessibles à tous.

L'EUROPE POLITIQUE A FAIT LE CHOIX DE COMMERCIALISER LA SANTÉ ET D'EN FINIR AVEC UNE TRADITION HIPPOCRATIQUE VIEILLE DE 2500 ANS.

L'expérience européenne montre aussi que la finalité des services de santé et la mission du financement des soins doivent être publiques pour que les soins soient susceptibles d'obéir à une éthique professionnelle. *A contrario*, la privatisation des assurances menace le caractère hippocratique des soins et l'existence même de la médecine en tant que profession. En sous-finançant temporairement les soins de santé et en concluant des traités commerciaux internationaux qui entendent réguler le financement des soins, l'Europe politique a fait le choix de commercialiser la santé et d'en finir avec une tradition hippocratique vieille de 2500 ans. Avec le Ceta, le Tisa ou le TTIP, l'Union européenne sera tenue d'adopter les législations (de type américain) qui organisent ce financement en marché. En tout état de cause, ces traités permettront aux banques-assurances d'attaquer en justice un gouvernement qui, par exemple, déciderait de confier le financement des soins de santé à des organisations sans but lucratif, comme les mutuelles françaises et belges.

En conséquence de ces traités, le profil épidémiologique et démographique des Européens risque de s'aligner sur celui des Américains, en raison du développement de l'alimentation industrielle et du manque d'accès aux soins de qualité qui en résulteront. En effet, d'une part, ces traités imposeront la libéralisation de l'industrie alimentaire, ce qui pourrait faire tendre le niveau de prévalence de l'obésité en Europe vers celui des États-Unis[17] – alors que le surpoids entraîne tout un cortège de cancers, de diabète, d'hypertension et d'accidents cardio- et cérébro-vasculaires. D'autre part, en détériorant l'accès aux soins, ces traités pourraient amener le taux de mortalité évitable aux sommets américains en réponse aux mêmes déterminants – le marché des soins (et la pauvreté). Dans ce cas, la mortalité évitable européenne pourrait s'accroître de 100 000[18] décès supplémentaires chaque année.

En privatisant les assurances de santé, le Vieux Continent perd en cohésion sociale et en points de croissance, et il fait le lit de l'extrême droite. Pourtant, le hold-up du siècle ne fait ni les manchettes des médias ni n'influence (donc) les mandats politiques. Que faire, alors que plus de 30 000 lobbyistes privés s'activent dans les partis et les institutions européennes

17 A.M. Thow e.a., "Will the next Generation of Preferential Trade and Investment Agreements undermine Prevention of Non-communicable Diseases? A Prospective Policy Analysis of the Trans-Pacific Partnership Agreement", *Health Policy*, 2014, https://goo.gl/TRCk4c.

18 On obtient ce résultat en appliquant à la population européenne le taux de mortalité évitable par accès aux soins aux États-Unis. Pour le coefficient, *cf.* E. Nolte, C.M. McKee, "Measuring the Health of Nations: Updating an earlier Analysis", *Health Affairs*, 2008, 27[1], p. 58-71.

à Bruxelles ? Tabler sur les acteurs sociaux et professionnels organisés ! Encourager les organisations de patients et de médecins à agir ensemble pour défendre la protection sociale, pour promouvoir l'accès à des soins professionnels, dans des systèmes de santé universels régis par une finalité publique.

Les médecins européens ne doivent pas se bercer d'illusions en observant le niveau élevé des revenus de certaines catégories de spécialistes américains : seuls ceux dont la pratique requiert essentiellement de l'équipement médical et des médicaments chers s'en sortent beaucoup mieux qu'eux. Ils ne devraient pas non plus se laisser berner par les promesses que suggèrent les rémunérations alléchantes des banques-assurances. Le gain sera de courte durée. Sur la base de ce qui s'est passé en Colombie et ailleurs, on peut affirmer que les contrats commerciaux ne sont intéressants pour les médecins qu'à court terme, le temps que s'opèrent les changements politiques voulus par les banques-assurances.

QUATRE PILIERS

En agissant ensemble, les organisations de médecins et de patients seraient en position de convaincre et les partis politiques du centre et de gauche, et les organisations patronales, de définir une politique de santé qui leur soit favorable. Une politique de soins à finalité publique, qui garantisse l'acceptabilité des assurances publiques pour la classe moyenne. Mais il y a deux conditions à ce scénario. D'abord, il faut que les organisations de patients réalisent qu'il n'y a pas de soins professionnels sans médecins qui animent les équipes de santé. Ensuite, il faut que les organisations de médecins comprennent qu'il n'y a pas de soins hippocratiques ni de pratique éthique sans que la finalité de la gestion et du financement des soins soit publique.

Si les organisations de patients et de médecins veulent que les soins restent accessibles, professionnels et éthiques, comme ils l'ont été pendant 70 ans, ils doivent avoir une stratégie politique commune pour défendre, pied à pied, ces quatre piliers de la protection sociale en santé :

AUJOURD'HUI PLUS QUE JAMAIS, IL FAUT AUX EUROPÉENS UNE CULTURE PROFESSIONNELLE ET UNE MÉMOIRE. ILS N'AURONT PAS L'UNE SANS L'AUTRE.

- Pour offrir des soins biopsychosociaux, centrés sur le patient, il faut que l'équipe professionnelle multidisciplinaire soit animée par des médecins.

- Pour que leur principale motivation soit symbolique, les praticiens doivent être suffisamment libres et décemment payés. En outre, leur motivation symbolique et la promotion de l'éthique professionnelle doivent faire l'objet d'une politique explicite.

- Par souci d'éthique professionnelle, la gestion des services dans les soins de santé doit être à finalité publique.

- Pour que la gestion des services de santé n'ait de finalité que publique, le financement des soins ne peut en avoir d'autre : il ne peut être commercial, même s'il peut prendre diverses formes institutionnelles.

Aujourd'hui plus que jamais, il faut aux Européens une culture professionnelle et une mémoire. Ils n'auront pas l'une sans l'autre. ■

SANTÉ POUR TOUS ?

Perrine Humblet

On ne s'en rend plus compte tant ça semble naturel : le système solidaire de santé en vigueur, dénommé « sécurité sociale », qui profite à tout le monde, est une des principales conquêtes de la civilisation et un des principaux marqueurs du développement humain. Mais ce système n'est pas tombé du ciel. Et, malheureusement, il n'est pas forcément éternel.

Perrine Humblet est professeur à l'École de santé publique de l'université libre de Bruxelles

L'instauration d'un système général de « sécurité sociale » (en Belgique, elle a lieu en 1944) n'est pas un évènement soudain. Ses différentes composantes se sont progressivement développées, par des luttes sociales, depuis la fin du XIX^{e} siècle et elles ont manifesté l'émergence d'une conception de l'État comme redistributeur de richesses, avec pour objectif de réduire les inégalités sociales. Le but de l'assurance maladie-invalidité étant de rendre les soins médicaux financièrement accessibles pour tous, elle est un pilier essentiel de cette réduction.

Un système de sécurité sociale pour tous et le droit à la santé comme condition du « bonheur des peuples » : c'est dans l'immédiat après-guerre que sont consacrés ces deux évènements fondateurs concernant la santé et ses relations à la médecine, dans une perspective d'égalité sociale. L'expérience de deux guerres mondiales en un demi-siècle force en effet à rechercher les conditions d'un monde meilleur.

LA SANTÉ EST POLITIQUE

La découverte de la pénicilline puis le développement des antibiotiques nourrissent, à juste titre, l'optimisme d'après-guerre, au niveau international. En 1945, une organisation internationale de la santé est proposée dans le cadre de l'Organisation des Nations-Unies. Cette initiative est l'œuvre des délégations du Brésil et de la Chine. Elle ne vient pas de grandes puissantes telles que les États-Unis ou la Grande-Bretagne qui, au départ, n'avaient pas souhaité inclure la question de la santé dans les objectifs prioritaires de l'après-guerre. La *Constitution* de l'Organisation mondiale de la santé, votée en 1946, consacre son préambule à quelques principes « *à la base du bonheur des peuples, de leurs relations harmonieuses et de leur sécurité* ». Par-

mi ceux-ci, la définition de la santé des individus comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et* […] *pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité* », ainsi que l'idée d'envisager la santé des peuples comme « *une condition fondamentale de la paix du monde* ». Le texte confie aux gouvernements nationaux la responsabilité de prendre les « *mesures sanitaires et sociales appropriées* » pour la santé de leurs peuples.

LE SYSTÈME DE SANTÉ BRITANNIQUE, FINANCÉ PAR L'IMPÔT, ASSURE UNE COUVERTURE UNIVERSELLE À TOUS LES RÉSIDENTS.

En donnant à sa définition cette triple dimension (*physique, mentale et sociale*), l'OMS prend l'option de ne pas décrire la santé simplement comme l'un des pôles d'un *continuum* entre santé et maladie. Si elle avait défini la santé uniquement comme l'absence de maladie, l'OMS en aurait fait une matière exclusivement biomédicale. Or, dans la perspective des Nations-Unies, la santé n'est pas un simple ressenti : elle est produite, elle est un résultat et, par conséquent, elle est de nature politique. Dans un contexte où la question de la solidarité et de la réduction des inégalités sociales anime l'État-Providence, c'est un changement de perspective important, même s'il mettra longtemps à s'implanter.

L'organisation de l'accès aux soins, de même que le développement pour la santé, s'inscrivent à l'époque dans une perspective fataliste. Le système de soins de santé se met en place dans un cadre épidémiologique encore très marqué par les maladies infectieuses et transmissibles. La révolution pasteurienne[1] récente a produit le modèle « *une maladie = un germe* », un modèle dont l'efficacité se révèle avec le développement de vaccins et de nouveaux médicaments. Ce modèle est également porteur d'une représentation selon laquelle les risques d'atteintes à la santé sont distribués de manière aléatoire (les germes circulent) et où les citoyens sont donc égaux face aux maladies.

De son côté, l'OMS développe, au cours de ses premières années, des programmes verticaux, dont les interventions sont ciblées chacune sur un problème de santé limité, choisi par des techniciens. Après une trentaine d'années de ces expériences aux effets parfois controversés, l'organisation modifie cette optique lors de sa conférence d'Alma Ata (1978) et promeut désormais la notion de « soins de santé primaires », financièrement accessibles et disponibles pour les populations, dans une conception de droit à la santé pour tous.

OBJECTIF ÉGALITÉ

Un basculement des représentations sur l'égalité en santé se produit dans les années 1980, avec des conséquences sur les nécessités de changement social. Au Royaume-Uni, le rapport d'une commission d'experts présidée par Douglas Black établit clairement que si le niveau général de santé s'est effectivement amélioré depuis l'instauration du *Welfare State* dans l'après-guerre, les inégalités sociales de santé en revanche se maintiennent et même s'accroissent, et cela quel que soit le système de mesure utilisé. Ce résultat paradoxal crée un grand trouble. En effet, le système de santé britannique, financé par l'impôt[2], assure une couverture universelle à tous les résidents. Il coûte cher et sa légitimité tient à ses deux objectifs : l'amélioration générale de la santé et l'égalité sociale devant la santé. Si le premier objectif est rencontré, le second est visiblement en échec et nécessite d'autres approches.

1 C'est-à-dire le bouleversement causé par les découvertes de Louis Pasteur (1822-1895) sur les germes pathogènes, réduisant à néant la théorie de la génération spontanée.

2 Selon le modèle préconisé en 1942 par le rapport de la commission présidée par Lord Beveridge.

Le rapport Black sera à l'origine de multiples recherches, d'abord dans l'ensemble des pays riches puis, après les années 2000, dans les pays émergents et à faible revenu. Ces recherches ont, à chaque fois, confirmé la conclusion initiale, à savoir que la distribution sociale de la santé est intrinsèquement liée aux inégalités dans la société et qu'elle reflète ces dernières, sous la forme du « gradient social de santé ». Ces recherches mettent toutes en évidence le poids décisif sur la santé des facteurs spécifiques à un contexte, qu'il s'agisse de facteurs favorables (support social, régime alimentaire de qualité, utilisation d'infrastructures et services publics …) ou de facteurs de risques (sédentarité, faible niveau de connaissances populaires en santé, sous-équipement des services publics, environnement dégradé…).

LA MÉDICALISATION DE CERTAINS PROBLÈMES SOCIAUX (COMME LE VIEILLISSEMENT) […] EST REMISE EN CAUSE.

Ces déterminants agissent à quatre niveaux : l'incidence des problèmes de santé (avant tout, le besoin de soins), l'accès aux soins, la prise en charge sanitaire et les conséquences durables de la maladie. Les recherches révèlent surtout que la distribution de ces déterminants reflète les inégalités sociales : l'exposition à la plupart des facteurs de risques est plus fréquente et plus importante dans les groupes sociaux qui sont au bas de l'échelle sociale, et c'est l'inverse pour les facteurs de protection, plus fréquents et plus nombreux dans les groupes favorisés.

Quels sont dès lors les changements sociaux à mettre en place ? La Commission sur les déterminants sociaux de la santé, créée par l'OMS au début des années 2000, rassemble les observations et soutient les développements théoriques permettant de comprendre ce qu'elle appelle des *« inégalités évitables, inacceptables et injustes »*. Selon cette Commission, la réponse doit aussi passer par des actions systémiques pour « *s'attaquer à la répartition inéquitable du pouvoir, de l'argent et des ressources et aux causes structurelles de ces conditions de vie* ». Autrement dit, les changements à mettre en place pour lutter contre les inégalités en matière de santé passent par des politiques intersectorielles et transversales. Ils ne peuvent pas relever du seul secteur de la santé.

INSÉCURITÉ SOCIALE

Cette thématique émerge au moment où, dans les pays comparables à la Belgique, les paramètres de la problématique de la santé ont changé. Le contexte épidémiologique s'est modifié (avec, par exemple, les maladies chroniques). La médicalisation de certains problèmes sociaux (comme le vieillissement) ou de phénomènes physiologiques normaux (comme l'accouchement) est remise en cause. Des approches alternatives à la biomédecine ont bouleversé le système de soins, construit au départ sur une approche curative et un modèle pasteurien. De nouveaux acteurs ont émergé, parfois difficilement, tels que les associations de patients, les services communautaires ou les observatoires de la santé. En outre, la remise en question de certains principes de l'État-providence s'accompagne de coupes budgétaires

et modifie les perspectives du financement public. Et la société attend de plus en plus des individus qu'ils soient conscients des risques internes ou externes qui les menacent, les rendant en quelque sorte responsables de leur situation sociale et de leur santé.

LES OBJECTIFS D'ÉGALITÉ DE SANTÉ POUR TOUS NE VONT PLUS DE SOI FACE À L'INSÉCURITÉ SOCIALE ET À L'INSTABILITÉ DE L'EMPLOI.

Même s'ils gardent une légitimité politique importante à gauche, les objectifs d'égalité de santé pour tous ne vont plus de soi face à l'insécurité sociale et à l'instabilité de l'emploi. Or celles-ci sont intrinsèquement liées à la santé. Didier Fassin[3] propose de considérer la santé comme un « *rapport au monde social* », ce qui en fait un enjeu politique permanent : « *Ce rapport n'est pas un donné du vivant, préexistant dans la normalité d'un ordre physiologique, biologique ou sensible et conduisant à parler de bonne ou de mauvaise*

3 *Cf.* D. Fassin, *Faire de la santé publique*, Paris, Presses de l'EHESP, 2008.

Salut la santé…

Georges Bauherz

Pour comprendre, avec un minimum de rigueur, la signification exacte des mots *santé* et *maladie*, la consultation des dictionnaires est de peu d'utilité. Que ce soit pour monsieur Larousse ou pour monsieur Robert, être sain, c'est être en bon état général, en état de bien-être. C'est un peu court, jeune homme. Et Littré, lui-même médecin, n'est pas plus prolixe sur le sujet.

Quant à la maladie, dans les dictionnaires, c'est une altération de la santé. On peut ainsi tourner en rond, longtemps. Santé et maladie se renvoient l'une à l'autre leur existence et se dérobent. Tout le monde sait « de quoi » on parle, tant qu'on ne demande pas de définir avec précision « ce dont on parle ».

Il est intéressant de constater la proximité étymologique entre santé et salut. En espagnol, santé se dit *salud*, en italien *salute*. Et pour l'anglais, l'origine de *healthy* (en bonne santé) et *holy* (sacré) est commune. L'anglais toujours, plus riche, a trois mots pour traduire le terme maladie : *illness*, *disease* et *sickness*, qui peuvent se comprendre comme le même phénomène exprimé de trois points de vue différents : le malade, le médecin et la maladie elle-même. La première personne du singulier, la deuxième et la troisième.

L'anthropologie de la maladie, avec des auteurs comme Devereux et Laplantine, apporte des définitions autrement plus fécondes. La maladie est une forme du malheur. Pandore, création des dieux, fut la première femme de la mythologie grecque. Dans la jarre que Zeus lui avait confiée et que, bien évidemment, elle s'empressa d'ouvrir, se trouvaient, confondus, tous les maux qui accableront l'humanité : la Vieillesse, la Maladie, la Guerre, la Famine, la Misère, la Folie, la Mort, le Vice, la Tromperie, la Passion, l'Orgueil, et même l'Espérance, et non la seule maladie comme on l'imagine bien souvent. La maladie est donc cette forme particulière du mal qui concerne le corps, et plus précisément la perception du corps. L'invention de la maladie fut le moment où le mal biologique a divorcé des autres formes du malheur.

Quant à la proximité de la santé et du salut, il y a de multiples exemples qui l'expriment. Toutes deux fonctionnent par ordonnances. Toutes deux imposent le respect, condition indispensable pour arriver au but. Respecter les règles, rituelles ou hygiéniques, permet d'approcher l'éternité. Et le péché, le non-

santé. Il est au contraire historiquement construit, objet de concurrences et de luttes entre des agents s'efforçant d'imposer des visions différentes de ce qui relève de la santé, c'est-à-dire de ce qu'il faut socialement et politiquement traiter comme un problème de santé. » Cette perspective inclut la question des inégalités sociales de santé, une question qui est également contextuelle et politique.

L'INDIVIDUALISATION DES PRATIQUES ISOLE ET STIGMATISE LES GROUPES SOCIAUX « À RISQUE » TOUT EN ÉPUISANT LES PROFESSIONNELS.

En matière d'inégalités de santé, on observe une tendance semblable à celle qui se manifeste dans la lutte contre la pauvreté : la perspective néolibérale s'accommode aisément de pratiques d'assistance aux plus pauvres, mais elle fait obstacle à une lutte contre les inégalités sociales sur un plan global. En Belgique, la prise de conscience de la nécessité d'agir contre les inégalités de santé a pris du retard et elle est encore insuffisante. Elle reste sectorielle, ciblée surtout sur les populations les plus précaires, faisant l'impasse sur le gradient régulier qui différencie progressivement le niveau de santé des différents groupes, des plus démunis aux plus riches. L'individualisation des pratiques isole et stigmatise les groupes sociaux « à risques » tout en épuisant les professionnels, mis dans l'incapacité de mettre en place des environnements « soutenants » et solidaires.

La santé apparaît ainsi de plus en plus nettement comme une des nombreuses facettes des rapports entre groupes sociaux, tant dans la lutte entre les groupes d'acteurs et les institutions que dans l'action au sein de la société civile. Comme pour la pauvreté, une vision progressiste sur les inégalités de santé rend impératives des modifications structurelles dans le sens d'une plus grande égalité sociale. ■

respect (du ramadan ou de l'interdiction de fumer, c'est égal) entraîne la malédiction, la déchéance, la chute, l'éphémère. Mais il y a plus. Le christianisme connaît, et particulièrement depuis le christianisme moderne et le calvinisme, deux formes de salut : le salut par la grâce et le salut par les œuvres. Cette dichotomie des moyens du salut a imprégné la pensée médicale qui reconnaît deux formes semblables d'accès à la santé : la génétique – l'équivalent biologique de la grâce – et la thérapeutique – les œuvres adressées au corps. Et si la grâce ne peut se manifester que par l'existence des œuvres, la génétique ne s'exprime que par ce qu'on a vécu, dans l'environnement réel, ce que les généticiens qualifient d'épigénèse.

Le christianisme, contrairement au chamanisme, a abandonné le salut du corps à la médecine, se réservant celui de l'âme. Après la division du travail entre les hommes et les femmes, ce fut peut-être une des divisions fondamentales des rôles sociaux. Mais la tradition populaire résiste à cette division, et les innombrables pélerinages aux saints guérisseurs dans nos pays ne font pas la séparation entre religion et médecine.

La religion, contrairement à ce que prétendent un peu vite les sociologues modernes, n'est pas un épiphénomène. En disant le « pourquoi », en abandonnant le corps, elle reste infiniment plus proche du social. La médecine, malgré son ambition actuelle à donner son avis sur toutes les manifestations des cultures humaines, reste un élément purement fragmentaire de la culture. Voilà pourquoi la santé a de beaux jours devant elle, pourquoi la médecine restera incapable de quitter une posture en partie mystique et que Malraux n'avait pas tort quand il affirmait que « *le XXI^e^ siècle sera spirituel ou ne sera pas* ». ■

LES SOINS DE SANTÉ ENTRE SOCIAL ET MARCHAND

Fanny Dubois et François Perl

Le principal objectif des systèmes publics d'assurance-maladie est la socialisation des risques médicaux rencontrés tout au long de la vie (maladie, invalidité, vieillesse). Le système belge poursuit cet objectif depuis sa création en 1964. Dans un jeu fragile de tensions à examiner de plus près.

Fanny Dubois est chercheuse en sociologie (ULB, ULg).
François Perl est membre du collectif éditorial de *Politique*.

D'une manière générale, la qualité, l'efficacité et l'accessibilité du système belge des soins de santé sont globalement reconnues. Ce jugement est, dans l'ensemble, confirmé par la plupart des *benchmarkings* internationaux qui, dans des classements à la méthodologie parfois contestable, le placent dans le peloton de tête des systèmes des pays industrialisés.

Les systèmes d'assurance-maladie qui fonctionnent dans le paradigme des États-providences modernes sont tous confrontés à la même tension : instituer une zone de socialisation et mutualisation au sein d'un secteur économique (celui de la santé) marqué par une dynamique hyper-concurrentielle, notamment en raison des coûts liés à la technologisation de l'art de guérir.

Le système belge n'échappe pas à cette logique. Il doit également se conformer à des règles plus classiques comme celle de la rencontre entre l'offre et la demande en soins. En revanche, il échappe encore à une marchandisation de son organisation et se régule autour de la concertation entre institutions (mutualités, hôpitaux, maisons de repos) et professions de santé (médicales et paramédicales, même si ce premier corps domine dans la concertation). Cette concertation est organisée au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami) et des institutions régionales chargées, à partir de 2019, de gérer les matières régionalisées à la suite de la sixième réforme de l'État. Cette concertation couvre l'essentiel des domaines d'activité de santé publique : le remboursement de tout ou partie des soins de santé et la fourniture d'un revenu de remplacement en cas d'invalidité. Par ailleurs, il définit et met en œuvre les politiques de santé comme le type de couverture, les types d'organisation, les professions, les nomenclatures des actes, la production et la distribution de médicaments et d'autres technologies médicales.

Le tout repose sur un jeu de tensions permanentes entre socialisation et marchandisation sous monitoring politique, à examiner de plus près.

BISMARCK

En 1944, Karl Polanyi a analysé le phénomène de déstructuration progressive des sociétés à l'œuvre durant le XIX^{e} siècle à travers la généralisation mondiale de l'économie de marché.

Les luttes sociales et mutualistes conduisent, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, à un restructuration partielle qui articule croissance économique et développement social autour du compromis keynésien, du moins pour l'Europe et l'Amérique du nord.

Dans la division des systèmes de protection sociale, la Belgique a longtemps été positionnée dans le groupe des bismarckiens[1]. Cette division ne répond cependant plus à l'évolution d'une société de moins en moins structurée autour d'une division « temporelle » de l'activité professionnelle et confrontée à l'apparition du chômage de masse ainsi que des carrières atypiques. Cette évolution oblige à repenser l'universalisation de la couverture sociale qui ne peut plus être, uniquement, tributaire du statut économique du bénéficiaire.

Cette universalisation commence à se concrétiser en Belgique au début des années 1990, avec la couverture universelle de soins de santé et s'amplifie en 1994 avec la loi Moureaux qui sanctuarise définitivement le rôle essentiel joué par l'État (en l'occurrence fédéral) dans les processus décisionnels budgétaires du secteur, au détriment des partenaires sociaux.

Cette universalisation de la couverture de soins de santé n'entraine cependant pas, à la différence d'autre pays, la recentralisation du mode de gestion du système . En Belgique, le processus de concertation entre les organisations représentant les prestataires de soins et celles représentant les usagers (les mutuelles) reste le mode opératoire principal.

1 Où la protection sociale est financée par des cotisations prélevées sur la masse salariale.

CES DYNAMIQUES CENTRIFUGES REFLÈTENT BIEN L'ÉVOLUTION PROGRESSIVE D'UN SYSTÈME.

Certains verront un verre à moitié plein, d'autres un verre à moitié vide. Il est évident qu'amputé de sa dimension budgétaire, la concertation semble ne plus concerner que de la « tuyauterie ». D'autant plus que la régionalisation progressive des processus de décision tend à fractionner les leviers d'action qui donnaient aux acteurs traditionnels de la concertation un pouvoir considérable.

Ce transfert de certaines prérogatives de ces acteurs vers le pouvoir politique n'est d'ailleurs pas le seul facteur d'affaiblissement de leur action. Les syndicats médicaux ont vu leur représentativité diminuer au fil des ans tandis que les mutuelles sont de plus en plus concurrencées par les associations de patients et les assureurs privés. Ces dynamiques centrifuges reflètent bien l'évolution progressive d'un système, une évolution émaillée de nombreuses ruptures.

COMPLEXITÉ

Ces ruptures tiennent en premier lieu aux intérêts divergents des nombreux intervenants représentés

dans les instances de l'Inami, intérêts dont l'enchevêtrement est un défi à la rationalité dans la prise de décision : les familles mutualistes (socialiste, libérale, chrétienne), les acteurs syndicaux, les secteurs (hospitaliers, maisons de repos, soins à domicile, santé mentale), les professions (médecins spécialistes/généralistes, dentistes, infirmières, kinés et autres paramédicaux) et les gouvernements.

Ceci constitue le principal paradoxe du système belge qui combine à la fois des éléments forts de dérégulation (comme la liberté de choix du prestataire ou de fixation des honoraires) et des éléments puissants de régulation (centralisation de la concertation, large intervention des pouvoirs publics dans le financement des prestations et des infrastructures).

Le point de départ de ce paradoxe et le catalyseur révélateur de cette conflictualité est sans nul doute la grève des médecins de 1964. À cette époque, la résistance du corps médical fut déclenchée par le volontarisme du ministre de la Prévoyance sociale de l'époque, le socialiste Edmond Leburton, qui souhaitait lier le remboursement des soins à la régulation des honoraires des médecins. Les syndicats médicaux, poussés à la fois par leur tête (le Dr Wynen) et leur base, voyaient dans cette volonté de régulation, pourtant purement financière, une atteinte au principe d'un exercice libre de l'art de guérir.

Cette confusion volontaire entre liberté médicale et liberté économique reste une grille de lecture importante de l'organisation des soins et de leur remboursement en Belgique. Système de compromis, celle-ci ne parvient pourtant pas à éviter complètement la confrontation entre la logique de liberté et celle de la régulation.

CONFLICTUALITÉ

Une telle conflictualité se manifeste notamment par une structuration du corps médical qui s'apparente à un système de castes. La valorisation économique et symbolique des médecins spécialistes au détriment des médecins généralistes (voire de certaines spécialisations) – mais aussi des médecins-conseils et des médecins du travail – pèse d'un poids énorme dans les arbitrages politiques.

C'est, entre autres, la raison pour laquelle le politologue Bruno Palier[2] qualifie notre système « d'assurantiel conservateur » par comparaison avec les systèmes « libéral résiduel » des pays anglo-saxons ou encore « social national » des pays nordiques[3].

La Belgique, comme partout dans le monde, n'a pu échapper au processus de marchandisation de son système de soins de santé. Depuis quelques décennies, ce mouvement s'opère de façon plus radicale avec le développement des assurances privées ou encore l'incroyable accélération de la techonologisation de la médecine (que ce soit au niveau des médicaments, des dispositifs médicaux ou de l'importante croissance des technologies de l'information dans la fourniture des soins).

LA BELGIQUE [...] N'A PU ÉCHAPPER AU PROCESSUS DE MARCHANDISATION DE SON SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ.

Tous ces éléments sont autant de facteurs de désagrégation de l'égalité des patients face à un système dont la clé de voûte – l'accord tarifaire entre médecins et mutuelles – tient de plus en plus du compromis impossible, malgré la volonté indéniable des intervenants concernés de perpétuer l'ancien système. La disparition de celui-ci entraînerait en effet un affaiblissement considérable de l'assurance-maladie obligatoire et instaurerait définitivement le règne d'une médecine principalement indexée sur le revenu des patients.

Dans ce processus, l'évolution scientifique, technologique et démographique est un levier de marchandisation et, en conséquence, un levier d'aug-

2 B. Palier, *La réforme des systèmes de santé*, Paris, Que sais-je ?, 2004.

3 Après la parution de l'ouvrage *Les trois mondes de l'État-Providence* du sociologue Esping Anderson, certains auteurs ont ajouté à sa typologie le modèle « familialiste » des pays du Sud.

mentation des coûts. Les logiques de profit et de concurrence qu'instaure la marchandisation alimentent les logiques de sélection des individus et de segmentation des organisations[4].

LA MÉDICALISATION DE CERTAINS PROBLÈMES SOCIAUX (COMME LE VIEILLISSEMENT) [...] EST REMISE EN CAUSE.

À ces tendances globales s'ajoutent, en Belgique, des conflits politiques qui interviennent à la périphérie du système. La régionalisation d'une partie des soins de santé en application de la sixième réforme de l'État altère, en les fragmentant, les capacités de régulation au sein d'un espace politique commun que garantit une bonne application des principes de l'État social (répartition, cohésion, émancipation).

NOUVELLES PATHOLOGIES

D'où le constat suivant : plus le système de soins se développe, plus la santé individuelle s'en éloigne. Les déterminants de cette santé deviennent progressivement des angles morts (notamment en raison de la faiblesse endémique de notre approche de la prévention) et se dégradent du fait d'autres phénomènes systémiques ou conjoncturels, comme la précarisation des individus et les nouveaux risques de santé liés, notamment, à l'environnement ou à l'organisation du travail.

Voilà que la société dans son ensemble se rappelle au système de santé, avec la génération de nouvelles pathologies, comme la fibromyalgie ou le *burn out,* qui échappent en bonne partie à la rationalité médico-technique, ou encore l'explosion du nombre de dépressions ou de maladies liées aux assuétudes.

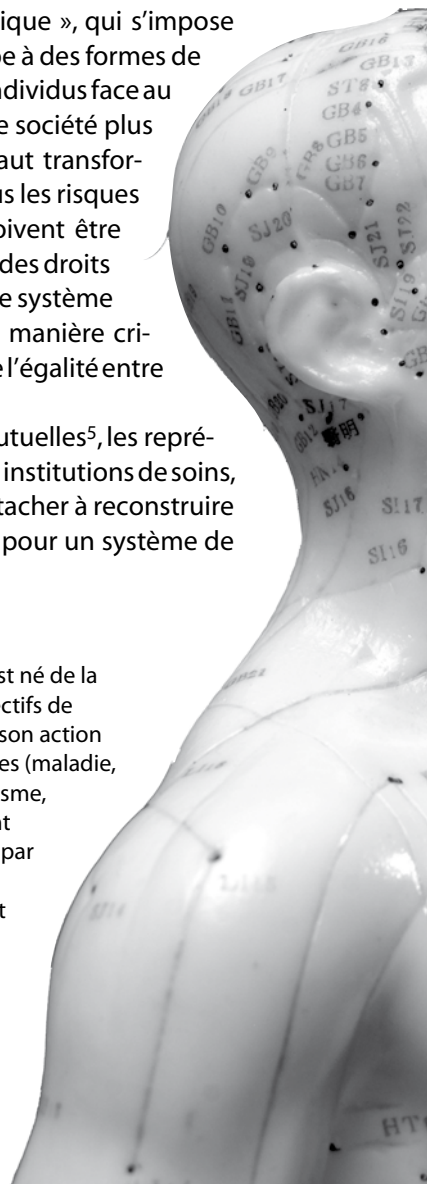
4 Par exemple, les suppléments d'honoraires qui organisent une segmentation du système de soins entre hôpitaux pour les riches et hôpitaux pour les pauvres, voire au sein de chaque hôpital.

Ces phénomènes expliquent pour une bonne part l'explosion du nombre de cas d'incapacité de travail de longue durée.

Par ce biais s'opère un éloignement du marché du travail et une individualisation de la responsabilité de la non-inscription du « malade » dans le système de production, avec pour conséquence une désocialisation des relations collectives du travail.

Nous savons par la critique – qu'elle soit marxiste ou libérale – du marché que celui-ci est loin d'être neutre et ne répond pas seulement à des « lois naturelles ». Dans le système de santé belge, c'est l'offre produite par les institutions, pourtant dans le cadre d'une concertation « démocratique », qui s'impose aux citoyens. Cette offre participe à des formes de désintégration de l'égalité des individus face au système. Pour être acteurs d'une société plus progressiste en santé, il nous faut transformer le référentiel dominant : tous les risques et surtout leurs couvertures doivent être resocialisés par le renforcement des droits sociaux, culturels et politiques. Le système doit se mesurer et s'évaluer de manière critique en visant avant toute chose l'égalité entre les assurés sociaux.

Les partenaires sociaux, les mutuelles[5], les représentants du corps médical et des institutions de soins, les gouvernements doivent s'attacher à reconstruire une régulation forte, seule voie pour un système de santé juste et équitable. ■



5 Rappelons que le mutualisme est né de la découverte partagée au sein de collectifs de travailleurs que ce collectif peut, par son action solidaire, aider chacun face aux risques (maladie, vieillesse, perte d'emploi). Le mutualisme, avec le syndicalisme et le mouvement coopératif, est une des formes prises par la volonté des travailleurs d'agir collectivement et solidairement. C'est donc dans un terreau idéologique non concurrentiel que se cultive l'institution assurantielle au moment de sa fondation.

LES MÉDECINES NON CONVENTIONNELLES PENCHENT-ELLES À GAUCHE OU À DROITE ?

Georges Bauherz

Acupuncture, homéopathie, chiropraxie, ostéopathie sont les plus connues, mais il y en a plein d'autres. Beaucoup se sont développées dans la foulée du grand mouvement de remise en cause de la médecine officielle. Dans cette brêche se sont engouffrés du pire, du meilleur et beaucoup d'interrogations.

Georges Bauherz est médecin et maître de conférences à l'Université libre de Bruxelles. Il est l'un des coordinateurs de ce dossier.

Il n'est nul besoin de donner une définition précise des médecines « autres » pour se convaincre de leur existence, ni pour voir qu'elles se portent bien. La table de démultiplication élaborée par l'Organisation mondiale de la santé en recense plus de cent différentes, chaque année en apparaissent de nouvelles et les inventeurs font la file pour accéder aux médias promotionnels.

On recense en Belgique environ 50 000 médecins et autant de guérisseurs. Plus de la moitié de la population a consulté un praticien « non conventionnel » et le nombre de ces derniers va croissant. La présence dans les médias est intense et prolifique : journaux, télé, livres, sites internet font florès.

Si leur succès populaire est grand, ce sont cependant, par contraste, des pratiques à faible légitimité institutionnelle. Si les médecins « officiels » tirent leur prestige de la reconnaissance par leurs pairs, en premier lieu sur la base de leurs publications, les thérapeutes alternatifs bénéficient de la légitimité que leur procure le succès auprès du public comme cliniciens ou pédagogues. La loi Colla de 1999 reconnaît quatre pratiques non conventionnelles : l'ostéopathie, la chiropraxie, l'acupuncture et l'homéopathie. Les chambres d'agrément ont été créées mais les arrêtés d'application définitifs n'ont toujours pas été promulgués. La plupart des mutuelles accordent un remboursement, limité en général à 100 euros par an, pour certaines thérapies. Seule l'ostéopathie bénéficie, à l'université libre de Bruxelles, d'une formation universitaire complète permettant d'obtenir le diplôme en 6 ans, sans autre qualification préalable. Ce titre n'ouvre cependant aucun accès privilégié à la profession.

Quant à la psychanalyse, elle joue hors catégories. Elle produit un corpus théorique savant,

propre, et s'adosse à des institutions stables, la psychiatrie et la philosophie. Et sa posture ambigüe par rapport à la médecine lui procure un statut d'exception. Si ce n'est pas une médecine, on ne peut la placer sur aucune parallèle, peut-être sur une oblique.

DES MÉDECINES PARALLÈLES, ALTERNATIVES, DOUCES, NATURELLES, COMPLÉMENTAIRES, TRADITIONNELLES...

Les mots pour les décrire sont multiples : ce sont des médecines *parallèles, alternatives, douces, naturelles, complémentaires, traditionnelles, non conventionnelles, globales, holistiques ou autres*. Cette multiplication des adjectifs exprime l'indétermination, les contours mal délimités et le flou du phénomène. Les termes *parallèles* ou *non conventionnelles* ont l'avantage de ne pas impliquer un jugement de valeur.

Il faut donc en définir le noyau dur, et la tâche n'est pas simple. Les travaux anthropologiques effectués dans les années 1980 par François Laplantine restent fondateurs et indispensables pour la compréhension du phénomène.

Le mouvement s'est cristallisé par la conjonction de deux tendances : d'une part, la critique de la médecine conventionnelle et, de l'autre, le développement d'un nouveau paradigme, écologique, parfois égalitaire et « nombriliste » à la fois.

La critique de la médecine officielle reprochait à celle-ci sa préoccupation uniquement thérapeutique, se bornant à rafistoler le malade, l'invasion de l'industrie, le côté aliénant de l'institution médicale, son habitude à privilégier systématiquement la technicité, son mépris de la prévention, des causes sociales de la maladie et de la parole du sujet, son identification du malade à un objet.

Le même mouvement soulignait aussi l'inégalité de l'accès aux soins. Comme à la cantine scolaire, quand la soupe est immangeable et que, en plus, il n'y en a pas assez.

PATIENTS OU CLIENTS ?

Ce qui unifie le mieux la profusion de médecines parallèles est donc la critique, ou plutôt les critiques, qui proviennent de toutes parts, de la médecine académique, celle qui tient le haut du pavé depuis 150 ans, celle qui déborde de sa fonction de remède à la maladie, comme un fleuve qui sort de son lit et envahit quasi tous les domaines du corps et de la biologie, remplaçant bien souvent la religion, déficiente comme guide moral.

Je ne m'appesantirai pas, dans ce court article dont je sais le côté « elliptique » et résumé, sur la critique, pertinente par ailleurs, de la médecine considérée non seulement comme une pratique du souci et du soin de l'autre, visant à diminuer la souffrance et à augmenter l'espérance de vie, mais aussi comme une institution indispensable à la reproduction des rapports sociaux et des hiérarchies, au même titre que la famille, l'école ou la religion. On trouvera par ailleurs dans ce dossier nombre d'exemples de situations où les praticiens hospitaliers ou généralistes ont fait preuve d'une grande inventivité et d'une opposition absolue à ce qui est reproché à la médecine dans son ensemble. Je mesure aussi que les situations sont bien moins tranchées que ce qu'il en sera dit, mais il s'agit de tracer ici de gros traits qui permettent d'alimenter la réflexion sur le bilan de la gauche médicale, qui ne peut faire l'économie de la réflexion sur un phénomène de société de cette ampleur, plutôt que de nourrir une analyse en dentelles.

Surtout, je ne porte aucun jugement sur le recours, par les individus (faut-il les nommer usagers, malades, patients, clients ou consultants ?), à telle ou telle médecine. Consulter un guérisseur ou un professeur d'université, un psychologue ou un phytothérapeute, être sexuellement abstinent ou multiplicateur impénitent de conquêtes, végétarien ou carnivore, voilé ou dénudé, cycliste ou marathonien relève du choix intime. Et si un amputé des jambes veut faire de la course à pied, cela ne me concerne en rien et je n'ai aucune remarque à formuler. Sauf quand, comme

Oscar Pistorius, il participe avec ses lames-prothèses aux Jeux olympiques et met ainsi sur la place publique la question de la norme et des règlements, et celle des définitions et des objectifs du sport de compétition organisé.

ELLES VÉHICULERONT LA NOTION [...] DE PURETÉ, DE L'EXPULSION DE LA SOUILLURE, DU REFUS DU MÉTISSAGE ET DE L'ENTRE-DEUX.

Les caractéristiques des médecines non conventionnelles sont donc des attributs en miroir de ceux attribués à la médecine conventionnelle, à ses formes symboliques plus qu'à ses fonctions sociales.

LA BONNE NATURE SELON ROUSSEAU

Les médecines alternatives seront donc douces, tendres, lentes et respectueuses, alors que la médecine académique est perçue comme brutale, expéditive, non relationnelle. La tendresse et la douceur sont autant de valeurs véhiculées par un certain féminisme, celui des revues pour femmes qui revendiquent d'accepter comme telles les caractéristiques qui leur ont été attribuées depuis toujours, de se les réapproprier et de les magnifier. Elles privilégient un processus thérapeutique considéré comme plus efficace pour cette raison. Elles feront référence, régulièrement, à la non-violence politique, celle de Gandhi par exemple, sans trop soumettre d'ailleurs celui-ci à un bilan critique.

Elles seront naturelles, et comme telles un des maillons forts du nouveau naturalisme, celui qui remet en vogue le concept de nature, et même de bonne nature, rousseauiste, s'opposant à la production humaine, artificielle et malfaisante. Sans se préoccuper, bien souvent, de ce que la nature, la nôtre au premier chef, est ce qui produit l'artifice.

Elles seront agraires et parfumées à la chlorophylle, tout autant que la médecine académique est urbaine et métallique, ou en chimie et en téflon. Elles véhiculeront la notion, oh combien suspecte, de pureté, de l'expulsion de la souillure, du refus du métissage et de l'entre-deux.

Elles seront traditionnelles, venues des temps anciens, celui de nos grand-mères parfaites, ou d'ailleurs, d'Orient ou de sociétés primordiales, chamaniques, que la technique n'a pas encore perverties. La nostalgie et l'exotisme sont de bons moyens de construire des univers utopiques quand l'avenir paraît inaccessible à l'imagination. Comme le disait Georges Balandier, l'archaïsme est parfois un « *moyen de la critique sociale* ».

ENTRE L'ÉQUILIBRE ET LE DÉSÉQUILIBRE

Elles seront simples, compréhensibles, de causalité linéaire. La critique de la complexité est ainsi une bonne façon de fustiger les élites, sociales et culturelles, qui fondent leurs privilèges sur la maîtrise supposée de la difficulté et de la complexité, en médecine comme en politique d'ailleurs. Comme dans le film *Harry, un ami qui vous veut du bien*, où l'ami a une maxime : « *un problème, une solution* ». C'est simplissime, et le résultat est catastrophique. Comme dans l'explication démagogique et populiste de la crise sociale.

Elles seront individuelles, s'adressant à chacun de nous en particulier, ne se souciant que peu de sociologie de la santé et de politique sanitaire.

Elles seront fonctionnelles, attachées à se construire un modèle explicatif de la maladie fondé sur l'équilibre et le déséquilibre, l'harmonie et la dissonance, quand la médecine académique a surtout développé des formes élémentaires « ontologiques » de la maladie, chaque maladie étant un être en soi. D'un côté l'équilibre des énergies, de l'autre la tuberculose. C'est évidemment uniquement une tendance, les choses sont plus subtiles : la plupart des médecines non conventionnelles utilisent la nosologie médicale « universitaire » et les explications fonctionnelles des maladies sont très fréquentes en médecine classique.

Elles seront, surtout, complémentaires. C'est-à-dire qu'elles fleuriront principalement là où la médecine officielle se montre peu compétente : quand la maladie est devenue incurable, ou qu'il n'y a pas de modèle explicatif satisfaisant, quand il s'agit d'une pathologie « fonctionnelle » ou bé-

nigne, iatrogène[1] ou que cela concerne les manifestations du corps non encore totalement médicalisées (la beauté, le bien-être, l'esprit). Qu'on ne se méprenne pas : je ne persifle pas. Je tente de comprendre, sans soumission. Ce terme de *complémentaire* est important car il exprime au mieux, implicitement, une des causes du succès des médecines parallèles : elles approfondissent la médicalisation du corps et du social. Pas toujours, mais bien souvent. Les médecines parallèles sont donc un mécanisme de médicalisation du mal, et non son contraire. Si on se place du point de vue de la critique de la médecine comme procédure aliénante, qui vise à exclure les connaissances populaires et limiter l'autonomie du sujet en l'asservissant à l'autorité du praticien, même quand celui-ci est animé des meilleures intentions et des meilleurs résultats thérapeutiques, les médecines non conventionnelles peuvent essuyer le même feu nourri de reproches que la médecine académique.

QUESTION D'EFFICACITÉ

Si l'on prend, maintenant, la question de la signification du phénomène du point de vue de l'analyse politique classique – c'est-à-dire : quelle est leur couleur politique ? – on peut aborder le sujet de plusieurs manières.

La question se pose de façon assez semblable qu'en ce qui concerne l'écologie, mais de manière moins radicale. Si la possibilité d'un développement économique « capitaliste » respectueux des contraintes écologiques jouit d'une certaine crédibilité, la réponse à la question de savoir si l'homéopathie est de droite ou de gauche et l'iridologie progressiste ou réactionnaire est moins évidente.

La première manière d'aborder la question de la signification des médecines non conventionnelles, la plus classique, est de se poser la question de leur efficacité. Globalement, cela « marche ». Comme dans la confection ou l'automobile, les affaires marchent, les clients reviennent, ils sont satisfaits, ils votent avec leurs pieds et avec leur portefeuille. Mais cela n'aide en rien à dire la nature politique du phénomène. Le problème méthodologique est majeur : comment, par exemple, utiliser les procédures d'évaluation de la « médecine basée sur les preuves », comme les études contre placebo, pour des thérapeutiques comme l'homéopathie qui ne prend en considération que des malades singuliers et non des maladies bien définies. Le seul moyen, c'est d'évaluer l'homéopathie dans son ensemble plutôt que rien, ce qui est moralement difficile à accepter. Et cela d'autant plus que le même dispositif devrait pouvoir être proposé à la médecine « conventionnelle », la médecine générale par exemple, ce qui serait encore moins accepté. Or, si on sait que l'aspirine fait baisser la température (en tous cas chez le petit neveu fiévreux qui en a pris), il est impossible de dire si la médecine, dans son ensemble, est efficace pour guérir les maladies. Et elle l'est sans doute beaucoup moins que ce que l'on imagine. Et encore moins pour préserver la santé.

IL EST IMPOSSIBLE DE DIRE SI LA MÉDECINE, DANS SON ENSEMBLE, EST EFFICACE POUR GUÉRIR LES MALADIES.

La deuxième manière de juger concerne le mécanisme de cette efficacité ou, plus clairement : que penser d'une thérapie dont l'efficacité est en bonne partie due à l'efficacité du thérapeute comme individu, plus qu'à celle de sa technique (vulgairement appelée effet placebo)? Plus encore qu'en médecine conventionnelle, le médecin est le médicament. Que penser de cette médecine dont l'efficacité est due à quelque chose de l'ordre de la soumission à la parole, ou au pouvoir de l'autorité ? De ce point de vue, dans la mesure où le discours égalitaire de la gauche est associé au discours libertaire des Lumières, il s'agit d'un mécanisme

1 Se dit d'un trouble, d'une maladie provoqués par un acte médical ou par les médicaments, même en l'absence d'erreur du médecin (Larousse).

peu acceptable. Les valeurs en hausse sont l'autonomie du sujet et la transparence, valeurs « ni de gauche ni de droite » mais que tout le monde peut reprendre à son compte, légitimement.

CONSTRUIRE UNE ALTERNATIVE EN SANTÉ NÉCESSITE DE RENVOYER DOS À DOS CES CHEVALIERS D'UN COMBAT SUSPECT.

La troisième, la plus importante, est la question du recours. Ceux qui y ont recours sont le plus souvent des sujets présentant un syndrome *Yarvis* (acronyme pour *young, attractive, rich, verbal, intelligent, sophisticated*), au moins chez nous. Ailleurs, ce sont des recours ancestraux qui attirent plutôt les classes populaires. Les personnes qui peuplent les salles d'attente des praticiens non conventionnels font majoritairement partie de la petite bourgeoisie urbaine. Il s'agit en partie d'une attitude « de dandy », comme celle de cette frange sociale expérimentatrice, qui recherche un tourisme authentique, écologique, où les péquenots ne sont pas encore allés et qui dédaignera les Maldives pour un atoll ignoré, l'Arctique ou la planète Mars quand le tourisme de masse se développera aux Maldives et que Neckermann s'y installera. Il ne s'agit pas seulement d'aller en vacances dans un lieu paradisiaque, encore faut-il y être en tout petit nombre, entre soi. De même pour les thérapies alternatives ou les drogues récréatives, que les pionniers expérimentateurs dédaigneront quand leur succès sera trop flagrant.

L'ENJEU EST DANS LE POUVOIR DE LA CORPORATION

Le recours aux médecines parallèles est une posture critique vis-à-vis de l'ordre médical, de son caractère victorieux, iatrogène, artificiel, dur, substantiel. Il y a donc des caractéristiques anticapitalistes indubitables dans ce recours.

Mais c'est un vote protestataire, une ébauche de vision du monde et de manière de vivre, sans projet politique conscient ou élaboré, un comportement et certainement pas une prise de position.

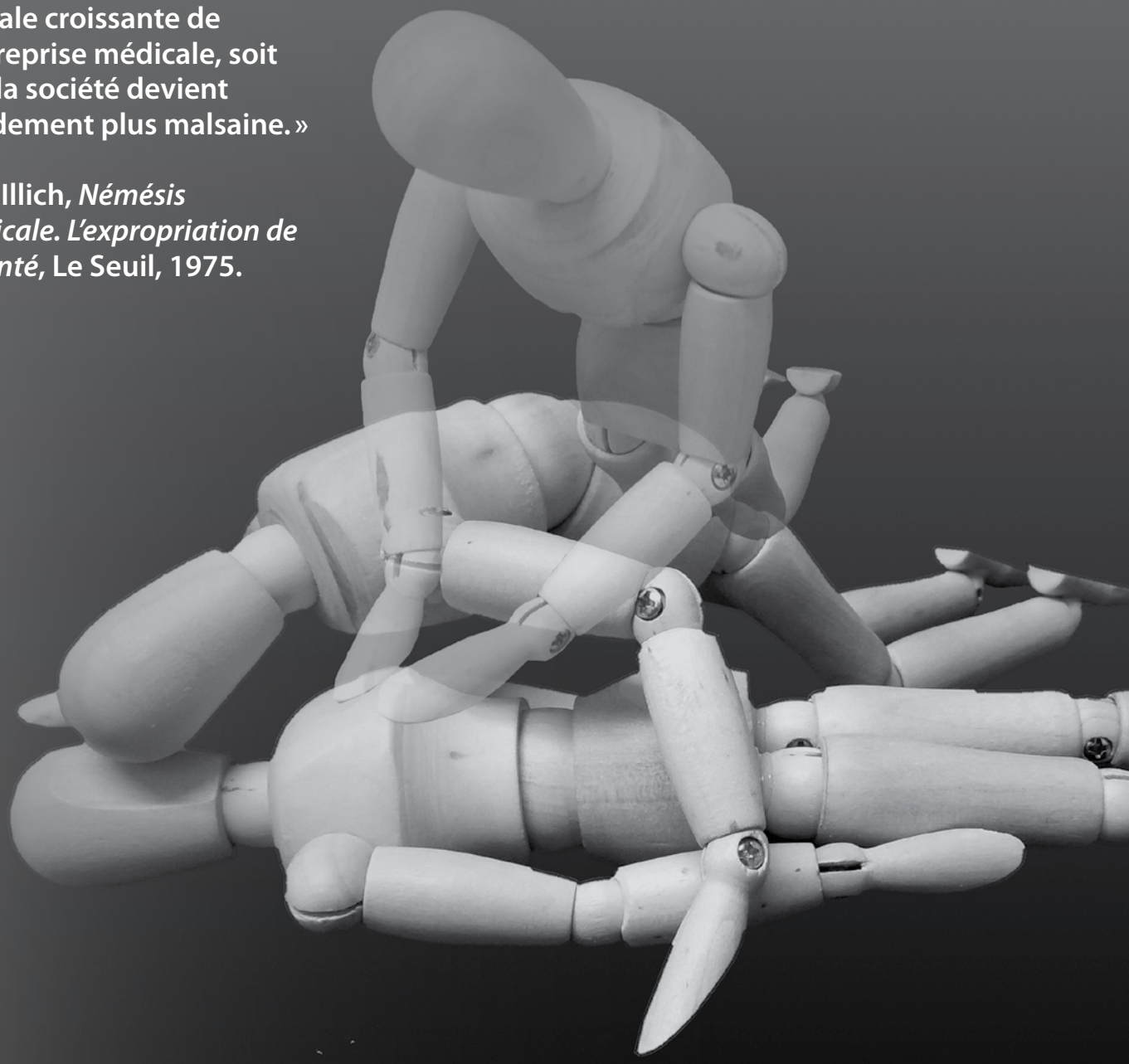
La frontière qui sépare la médecine officielle et les médecines alternatives est une frontière en trompe-l'œil, une frontière qui, comme certains murs séparant les pays, s'effondre dès qu'on souffle dessus. Cette frontière ne sert qu'à renforcer, de chaque côté, le sentiment d'irréductibilité des territoires qu'elle sépare. Elle bénéficie aux va-t-en guerre de chaque camp. Ce genre de frontière sert le plus souvent à assurer les pouvoirs et les privilèges des dirigeants des deux parties. Il faut se poser la question de ce qui alimente l'agressivité des défenseurs d'une thérapeutique ou de l'autre. En quoi est-ce si important de penser que soigner la sciatique ou le diabète, la rougeole ou le cancer doit se faire par des médicaments à grosses doses ou à dose infinitésimale, de la chirurgie ou des manipulations, des vaccins ou des régimes alimentaires ? Lorsque des groupes professionnels se crêpent le chignon pour soutenir leur pensée, leur technique ou leurs concepts, et que les bénéficiaires de l'entreprise sont des tiers, les malades, c'est que l'enjeu est ailleurs. Il est dans le pouvoir de la corporation qui précède et défend la théorie, et non dans la théorie elle-même. Si l'homéopathie est efficace, en quoi cela dérange-t-il les allopathes, et inversement ? Les guerres de religion sont des guerres économiques qui ne disent pas leur nom. Certes, le débat intellectuel doit se mener, il est méritoire et indispensable. Mais l'enjeu réel est le pouvoir d'achat respectif des homéopathes, des allopathes, des actionnaires des compagnies qui produisent des médicaments homéopathiques et de celles qui fabriquent des substances dosées de façon mesurable. Il est dans le prix de la consultation du kinésiologue ou de l'interniste, dans le nombre de patients examinés par le généraliste ou par le chiropracteur, dans le nombre de boîtes d'aspirine ou d'argile vendues.

Construire une alternative en santé nécessite de renvoyer dos à dos ces chevaliers d'un combat suspect. Ensuite, il faudra définir les priorités dont la santé ne constitue qu'une valeur, importante certes, mais pas plus que la sécurité, la culture, le loisir ou l'éducation. Il faudra mettre les crosses en l'air pour approfondir et actualiser un projet de santé publique où chacun est libre de trouver son compte à sa manière. ■

Des pratiques

« Le niveau de santé ne s'améliore plus, alors qu'augmentent les dépenses médicales : il faut donc conclure soit à l'inefficacité globale croissante de l'entreprise médicale, soit que la société devient rapidement plus malsaine. »

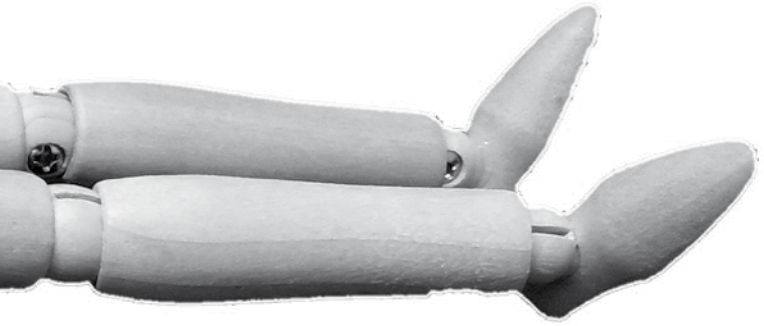
Ivan Illich, *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Le Seuil, 1975.



1945-1990 : MAISONS MÉDICALES, SEMAILLES ET GERMINATION

Marinette Mormont et Michel Roland

Tandis que le Germ[1] réfléchissait aux alternatives à la médecine officielle, les maisons médicales passaient à la pratique. Histoire de l'autre face de la « gauche médicale » qui a transformé profondément ce qui était naguère une profession de notables.



Marinette Mormont est historienne et journaliste à l'agence Alter
Michel Roland est président de Médecins du monde Belgique et professeur honoraire de médecine générale à l'université libre de Bruxelles. Il a été médecin de famille dans la maison médicale *Santé plurielle* (Saint-Gilles).

Les maisons médicales voient le jour dans le giron des mouvements militants et progressistes des années 1960. En quête d'une société plus juste et plus solidaire, elles entendent mettre en œuvre une manière alternative de pratiquer les soins de santé, sous le signe de la proximité et de l'accessibilité. Superstructure de la société comme le juridique, le scolaire, le culturel ou le religieux, le sanitaire pourrait-il contribuer à son évolution ou peut-être même accompagner un changement radical ? Hypothèse nouvelle, initiatives expérimentales, c'étaient là nos prémisses et nos fondements. Aujourd'hui c'est l'heure du bilan : il est plus que positif.

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, un vent de pacifisme et de solidarité souffle. Bâti en 1944, le système de sécurité sociale belge, comme d'autres, instaure une assurance obligatoire pour tous les salariés. Il couvre progressivement les principaux risques (chômage, vieillesse, maladie-invalidité), accorde des allocations familiales et octroie des congés payés. Au même moment, dans d'autres domaines, comme la culture ou l'enseignement, les grands piliers de l'action publique se développent parallèlement. Pourtant, en dépit de quelques expériences menées dans quelques structures hospitalières populaires (comme les hôpitaux des mutualités socialistes du Borinage), l'univers de la santé des années 1960 reste dominé par un puissant courant de médecins conservateurs.

En avril 1964, la Belgique connaît son premier conflit social dans le secteur des soins de santé. Une première mondiale. La grande majorité des médecins belges part en guerre contre la « loi Leburton » qui fixe les honoraires des médecins (selon leur statut, conventionné ou non) et les remboursements aux

1 Voir T. Poucet et M. Van Dormael, « 1964-1990 : le Germ pour un système de santé solidaire » en ouverture de ce dossier.

LA DIMENSION HUMAINE, LA PROXIMITÉ ET L'ACCESSIBILITÉ [...] SONT AU CENTRE DE L'ATTENTION DE CES NOUVELLES STRUCTURES.

patients, et qui instaure un carnet de santé individuel. Pour le porte-parole du mouvement de contestation, le Dr André Wynen, président des Chambres syndicales des médecins nouvellement créées, la loi va à l'encontre de la liberté des médecins dans leur pratique des soins de santé, une liberté qu'il souhaite totale. Le conflit perdure durant trois semaines et est suivi par l'écrasante majorité des 10 000 médecins belges du moment. Il finit par s'envenimer et les médecins grévistes entament un exode à l'étranger pour éviter une réquisition du gouvernement. C'est l'« opération valise ». Les accords dits de la Saint-Jean, conclus grâce à la médiation des recteurs des universités, clôturent la grève et se soldent par une victoire des médecins grévistes.

Prenant rapidement le contrepied de ce mouvement virulent, un groupe de médecins hospitaliers progressistes met sur pied le Groupe d'étude pour une réforme de la médecine (Germ). Parmi les personnalités phare de ce groupe, il y a notamment Willy Peers, médecin gynécologue, défenseur de la « médecine sociale » mais aussi de la « parenté contrôlée » : il fonde en 1970 la Société belge pour la légalisation de l'avortement, est dénoncé en 1973 et incarcéré pour pratique illégale de l'avortement. Avec lui et de manière complémentaire, d'autres travailleurs de santé (médecins, infirmières, sociologues…), Henri Cleempoel et des chercheurs enseignants en santé publique, comme Pierre Mercenier et Harrie Van Baelen, mènent des réflexions critiques sur le système de santé belge et proposent des théories, des modèles, des fonctionnements alternatifs pour une meilleure qualité des soins.

L'ambition du Germ ? Concevoir et défendre une politique de santé centrée sur les besoins de la population plutôt que sur les exigences des médecins[2].

Ailleurs dans le monde, à l'heure des mouvements de décolonisation, on souligne le besoin de mettre sur pied des systèmes de soins de santé primaires efficients et accessibles. Mais ceux-ci doivent-ils être réservés aux pays moins avancés ? Les théoriciens du Germ pointent le bien-fondé d'instaurer, en Belgique également, un échelonnement des soins, autrement dit un système pyramidal de passage de la médecine de quartier vers la médecine spécialisée puis l'hôpital. C'est également à cette époque que sont définis les quatre critères de qualité qui charpenteront toute l'action des maisons médicales : la globalité, l'intégration, la continuité et l'accessibilité. Ces critères sont réellement le fil rouge commun à toutes les maisons médicales, malgré les différences dans leur concrétisation et leur mise en œuvre.

ET DONC LES MAISONS MÉDICALES FURENT

De manière simultanée, mais sans qu'il y ait de rapprochement véritablement structuré entre les deux mouvements, les premières maisons médicales voient le jour : *Le Vieux Chemin d'Ère* à Tournai (1972), *Norman Béthune*[3] à Molenbeek (1972), *Bautista van Schouwen*[4] à Seraing (1974). De leur propre gré, des médecins généralistes, des kinésithérapeutes, des infirmiers, des travailleurs sociaux, des psychologues, des accueillants se rassemblent, nageant à contre-courant d'un monde de la santé où l'hyperspécialisation, la hiérarchisation professionnelle et, bientôt, les nouvelles technologies dont celles de l'information sont de plus en plus prégnantes, d'un monde où le médecin demeure tout-puissant. La dimension humaine, la proximité et l'accessibilité aux soins de première ligne sont au centre de l'attention de ces nouvelles structures.

Mais les maisons médicales ne sont pas les seules à émerger pour contester le paysage établi des soins

2 Pour plus de détails sur le Germ, voir Th. Poucet et M. Van Dormael, « 1964-1990 : le Germ, pour un système de santé solidaire » en ouverture de ce dossier.

3 Norman Béthune (1890-1939) est un médecin canadien qui, durant la Guerre civile espagnole, s'est engagé du côté républicain. Par après, il est parti en Chine et a rejoint l'armée de Mao Zedong.

4 Le médecin Bautista van Schouwen (1943-1973) est l'un des fondateurs du Mouvement de la gauche révolutionnaire (MIR) au Chili. Il sera assassiné après le coup d'État de Pinochet.

de santé et, plus largement, le modèle de société de consommation qui s'impose partout. À ce moment, c'est toute la première ligne qui est en ébullition. Les centres de santé mentale se créent dans la vague de l'antipsychiatrie : les « fous » ont désormais leur place dans la cité, on prône la *désinstitutionnalisation* et la nécessité d'un virage ambulatoire (qui consiste à écourter voire éviter les séjours en milieu hospitalier au profit d'un suivi des personnes dans leur milieu de vie). Les centres d'aide aux usagers de drogues se structurent afin de prendre en charge ce public, perçu non plus comme des délinquants mais davantage comme des patients. De leur côté, les plannings familiaux prennent leur essor autour des luttes pour le droit à la contraception puis à l'avortement. Tous ces groupes se constituent sur une base militante. Ils se connaissent et travaillent en synergie.

LES MAISONS MÉDICALES SONT EN DÉLIBÉRATION PERMANENTE AVEC L'ENVIRONNEMENT DANS LEQUEL ELLES SONT IMPLANTÉES.

Les maisons médicales sont un pivot dans ce foisonnement d'initiatives. Le travail à domicile y prend une place prépondérante, on y opte pour la démédicalisation, des avortements y sont pratiqués en soirée après les consultations… Leurs équipes pluridisciplinaires et non hiérarchisées suivent les patients, hommes et femmes, « du berceau au tombeau », et prennent en charge les problèmes somatiques, psychologiques, sociaux ou encore gynécologiques, bref tout… sauf quand l'hôpital s'impose.

Au-delà de leur engagement dans un modèle alternatif de soins de santé, les maisons médicales décident d'appliquer à leur activité, mais aussi à leur mode de fonctionnement et de gestion, les principes qu'elles souhaitent voir mettre en œuvre dans la société dans son ensemble. Plusieurs orientations politiques et philosophiques traversent le mouvement : trotskysme, marxisme-léninisme, anarchie, hédonisme, etc. Les discussions vont bon train. Le fonctionnement quotidien en autogestion se présente comme une troisième voie entre un centralisme à la soviétique ou à la chinoise et des options libertaires qui font la part belle au « tout au local » et à l'individu. Cette troisième voie, qu'on pourrait qualifier de « libertaire structurée », consiste à partir de la base et des besoins locaux, tout en développant des collaborations afin d'éviter les trous et les redondances. Les maisons médicales sont en délibération permanente avec l'environnement dans lequel elles sont implantées, avec le citoyen.

L'un des combats dans lequel les professionnels de la santé des maisons médicales n'auront de cesse de s'engager avec ardeur est celui des sans-papiers. Après le premier choc pétrolier, la Belgique ferme ses frontières à l'immigration économique. Le 1er août 1974, une décision du gouvernement limite les nouvelles entrées aux migrants porteurs de qualifications non disponibles dans le pays. Cette décision s'accompagne d'une première opération de régularisation des étrangers séjournant en situation irrégulière. Au début de l'année 1975, environ 8000 personnes bénéficient de cette mesure et se voient délivrer un titre de séjour. L'hôpital Molière de Forest-Bruxelles, en collaboration avec certaines maisons médicales et de nombreux étudiants, s'emploie à délivrer aux « clandestins », comme on les nomme alors, les documents médicaux nécessaires à leur régularisation (des certificats de non-contagion pour la syphilis et la tuberculose). L'amélioration du sort des personnes en séjour précaire demeurera une préoccupation constante au sein des maisons médicales. Beaucoup de soignants soutiennent ces populations précarisées, par exemple par des visites en centres fermés ou par le suivi médical des grèves de la faim des demandeurs d'asile.

LA SANTÉ DEVIENT GLOBALE

En 1978, la déclaration d'Alma Ata est adoptée à l'issue de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et ratifiée par de nombreux États, elle confirme et met en lumière l'importance d'une approche globale de la santé, réaffirme le droit à la santé pour tous et identifie les soins de santé

DES AFFINITÉS SE CRÉENT ENTRE LES MAISONS MÉDICALES ET LE GERM, CONSACRANT UNE ALLIANCE ENTRE THÉORIE ET PRATIQUE.

primaires comme la clef de la réduction des inégalités en matière de santé dans le monde. Un an plus tard, la « stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 » est lancée par l'OMS. Ce texte expose les grandes lignes de l'action à mener aux niveaux politique et opérationnel, tant sur le plan national qu'international, dans le secteur de la santé, mais aussi dans d'autres secteurs économiques et sociaux, pour instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000 (un texte dont, soit dit en passant, aucun des objectifs chiffrés n'a été atteint).

Ces deux documents serviront de base à la Charte d'Ottawa, signée lors de la première conférence internationale pour la promotion de la santé en 1986. Cette conférence plaide en faveur du développement de stratégies de promotion de la santé. La conception de la santé prend une autre couleur : désormais, la santé est perçue « *comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.* »

L'APPEL DES 300

Fin 1979, deuxième grève des médecins : encore une fois, le Dr Wynen et les Chambres syndicales mènent la fronde, avec le soutien de l'Ordre des médecins, et s'opposent à des mesures qui ambitionnent de limiter les prérogatives et le pouvoir décisionnel du corps médical. Mais cette fois, les médecins progressistes du pays organisent concrètement la résistance. Parmi eux, les militants de *Médecine pour le peuple* (MPLP)[5] et les médecins de nombreuses maisons médicales. À nouveau, le conflit est très violent. À la maison médicale de Forest, en collaboration avec les organisations syndicales, quinze lignes téléphoniques sont installées pour « dispatcher » les appels des patients. Des permanences de garde sont organisées dans certains hôpitaux de quartier et les cas les plus sérieux sont acheminés vers l'hôpital militaire. À la suite de cette grève, 300 praticiens décident de ne plus payer leur cotisation à l'Ordre des médecins, manifestant leur opposition avec le soutien inconditionnel de l'Ordre à la grève. C'est « l'Appel des 300 ». La grève des médecins sera condamnée par le gouvernement, par la voix du ministre CVP de la Prévoyance sociale Luc Dhoore. Mais, quelques années plus tard, les 300 médecins seront quand même condamnés à acquitter les intérêts de retard pour toutes les cotisations non payées à l'Ordre. Notons incidemment que l'organisation mise en place pour contrecarrer l'absence des médecins grévistes (dont certains avaient d'ailleurs, comme en 1964, quitté le pays dans une nouvelle « opération valises ») s'est révélée fort efficace et a réussi à limiter les inconvénients de la grève pour la population : tous les malades ont été soignés, parfois seulement avec un peu de retard. Cet échec relatif de la grève de 1980 est sans doute une des explications de la férocité prolongée de nombreux médecins « libéraux » à l'égard de ceux des maisons médicales : interdiction de participer au rôle de garde, médisances systématiques, etc.

Alors que les Chambres syndicales, alias l'Absym (Association belge des syndicats médicaux), étaient nées de la première grève, cette fois c'est la Fédération des maisons médicales qui émerge. Une grande assemblée générale fondatrice se réunit peu après la fin de la grève. Des affinités se créent entre les maisons médicales et le Germ, consacrant une alliance entre théorie et pratique. Main dans la main, les uns et les autres réalisent un bilan des pratiques des maisons médicales, bilan auquel sera consacré un des *Cahiers* du Germ[6]. Ce texte important « *actualise, pré-*

5 Voir S. Merckx, « Médecine pour le Peuple » dans ce dossier.

6 M. Van Dormael, « Le centre de santé intégré et les maisons médicales. Jalons pour les soins de santé primaires », *Cahier du Germ* n° 152, décembre 1981. À télécharger sur www.maisonmedicale.org/le-centre-de-sante.html.

cise et nuance notre conception du "modèle" (le centre de santé intégré) et notre compréhension de ses implications, à la lumière d'une observation minutieuse et prolongée de plusieurs de ces maisons médicales ». Il redéfinit les quatre critères de qualité des soins de santé primaires : la globalité, l'intégration, la continuité et l'accessibilité.

- La **globalité** consiste à envisager tous les aspects des problèmes présentés par les patients, qu'ils soient physiologiques, organiques, familiaux, sociaux, psychologiques, économiques ou culturels. Elle articule donc la santé physique à ses déterminants et à ses conséquences mentales et sociales. Elle est nécessaire tant pour faire un diagnostic correct du problème que pour y répondre adéquatement.

- L'**intégration** articule le curatif et le préventif. Elle peut se traduire de deux manières : la coexistence dans le même service d'activités curatives, préventives, d'éducation à la santé, de revalidation, et/ou la coordination entre plusieurs services. Elle se traduit, à la fois, au niveau individuel, notamment par la prise en compte des aspects préventifs à partir des opportunités offertes par les contacts curatifs, et au niveau collectif, au travers de stratégies de santé publique.

- La **continuité** implique que toutes les informations pertinentes nécessaires soient disponibles au moment adéquat par les dispensateurs appelés à soigner l'individu, tant au niveau des soins de base qu'au niveau spécialisé. La responsabilité de la continuité relève essentiellement de l'échelon primaire et du patient lui-même. Elle permet de prendre, à chaque étape du processus de soins, les bonnes décisions aux bons moments.

- L'**accessibilité** fait référence à la possibilité pour un patient de recevoir les soins à un coût (accessi-

bilité financière), à un endroit (accessibilité géographique), à un moment et dans des conditions (acceptabilité) raisonnables : il faut donc aller plus loin qu'une simple réponse à la demande pour étudier les obstacles qui peuvent la freiner ainsi que la manière de les lever.

Le *Cahier* rappelle aussi les fonctions du centre de santé intégré : curatives (premier contact, fonction de synthèse, accompagnement), préventives et de promotion de la santé (surveillance des individus « à risques », dépistages, vaccination, hygiène du milieu de vie et hygiène individuelle). Il mentionne enfin les obstacles à la réalisation d'un centre de santé intégré : les incohérences du système de soins de santé (absence de planification, morcellement des soins, manque de coordination entre les services), le paiement à l'acte, le type de formation des travailleurs de la santé (la formation, tant théorique que pratique, se déroule le plus souvent dans des milieux spécialisés du deuxième voire du troisième échelon, et les spécialistes qui forment les futurs travailleurs de santé le font dans une optique de spécialiste), les obstacles d'ordre socio-culturel (par exemple, la soumission des usagers face à la médecine, la foi démesurée dans la science et la technique médicales ainsi que dans un médecin omniscient, la dévalorisation de la médecine générale aux yeux du public et parmi les personnels de santé…). Les obstacles sont donc nombreux. Chacun fera l'objet d'analyses et de propositions concrètes pour les transcender.

LE FINANCEMENT DE LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS AVAIT TOUJOURS ÉTÉ CONÇU SUR LA BASE D'UN PAIEMENT À LA PRESTATION, « À L'ACTE ».

Installée initialement de manière spartiate dans le grenier de la maison médicale de Forest, la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones (FMMCSF) inscrit dès le départ, dans ses principes fondateurs, son projet d'organisation des soins de santé, basé sur des soins de première ligne, globaux, continus, intégrés et caractérisés par une accessibilité maximale. Une des prochaines étapes prioritaires à franchir ? La reconnaissance d'un système de financement forfaitaire.

LE FORFAIT : NOUVEAU MODÈLE DE FINANCEMENT

Le financement des soins de santé au forfait avait été explicitement prévu dans la loi de 1963 régissant le fonctionnement de l'Inami (Institut national d'assurance contre la maladie et l'invalidité). Si certaines expériences avaient été menées au niveau des soins spécialisés (dans des hôpitaux des mutualités socialistes et dans certaines institutions prenant en charge des problèmes de santé spécifiques, comme le centre William Lennox pour l'épilepsie à Ottignies), le paiement au forfait n'avait jamais été appliqué au niveau des soins primaires. Le financement de la première ligne de soins avait jusqu'alors toujours été conçu sur la base d'un paiement à la prestation, « à l'acte ». Or celui-ci est potentiellement associé à une surconsommation, à une approche ponctuelle essentiellement curative, à un manque de continuité, c'est-à-dire à des risques qui seraient *a priori* moindres avec un paiement forfaitaire.

Le forfait est un mode de financement calculé à la *capitation*, c'est-à-dire au nombre de personnes inscrites dans la structure. Les mutuelles versent à la maison médicale une somme fixe par personne inscrite, une somme qui comprend les prestations du médecin généraliste, du kinésithérapeute et de l'infirmière. Cette somme est calculée sur la base d'une moyenne pondérée des dépenses annuelles par personne.

En 1985, après un temps de conceptualisation et de négociation avec les pouvoirs publics, trois maisons médicales se lancent dans le système du forfait. L'environnement n'est pas favorable (l'Absym est majoritaire dans les instances médicales de l'Inami, où l'on ne trouve pas encore de « commission forfait ») et cependant le système, avec le temps, fait ses preuves. Il permet une meilleure accessibilité financière pour les patients et il renforce la solidarité entre bien-portants et malades. Il atténue la surproduction d'actes médicaux et il favorise le développement d'un travail

pluridisciplinaire de même que l'intégration des soins curatifs, préventifs et de la promotion de la santé. Un rapport[7] du Centre d'expertise fédéral KCE conclut que « *dans la cohorte au forfait (par rapport à celle à l'acte), de meilleurs choix sont posés en matière de prescription d'antibiotiques sur base des recommandations en matière d'antibiothérapie ; de même, les indicateurs explorant les activités de prévention objectivent une meilleure qualité dans la cohorte suivie au forfait (dépistage du cancer du sein, vaccination contre la grippe).* »

ON PREND EN COMPTE [...] LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET LEURS DÉTERMINANTS MÉDICAUX ET NON MÉDICAUX.

Une fois le modèle mis en place, il reste à le diffuser. Des médecins généralistes de maisons médicales font leur entrée dans le corps professoral des trois universités francophones (UCL, ULB et ULg) et participent ainsi à la légitimation d'une manière désormais reconnue de pratiquer et de financer les soins de santé. Un service d'études est créé au sein de la Fédération des maisons médicales pour initier des recherches de terrain et développer des outils d'évaluation des soins et des pratiques. La Fédération crée aussi un service de promotion de la santé, un service d'éducation permanente, un autre pour élaborer un « dossier santé informatisé structuré » (qui constituera ultérieurement la base de tout le processus de labellisation des logiciels médicaux en Belgique), un autre pour aider au lancement de nouvelles maisons médicales, un autre centré sur le financement des soins, un comité d'éthique, un bureau politique, etc.

Avec le temps, de nouveaux concepts, de nouvelles méthodologies, de nouvelles stratégies sont étudiées et développées. On passe de la pluri- à l'inter- puis à la transdisciplinarité : il ne s'agit plus de la simple coexistence ou de la superposition de secteurs professionnels et de disciplines distincts et séparés, mais bien de leur collaboration, de leur synergie et même de leur pénétration réciproque, pour construire un savoir global. On prend en compte, avec une volonté d'intervention, les inégalités sociales de santé et leurs déterminants médicaux et non médicaux. On met en œuvre la *santé communautaire* (le modèle *community-oriented primary care*[8] ou COPC). On pose les fondements du travail en groupe et de la gouvernance institutionnelle, on instaure la participation active des patients et des citoyens à leur santé et aux politiques de santé, on applique l'*evidence-based medicine*[9] (« médecine basée sur les preuves ») en y associant les éléments subjectifs et psychosociaux concomitants, on met en place une organisation spécifique des soins pour les patients les plus précaires, et bien d'autres choses encore.

LE SUCCÈS AU RENDEZ-VOUS

Le succès de toutes ces idées, au départ fortement minoritaires et même largement combattues par un corps médical et des institutions agrippées à un modèle de médecine statique – fait de savoirs objectifs, de privilèges établis et d'ignorance de tout ce qui constitue le psychosocial et le politique –, a été au rendez-vous. Aujourd'hui, la grande majorité des étudiants en médecine recherchent des stages en maison médicale ; les jeunes médecins veulent généralement s'associer à une maison médicale existante voire en créer une nouvelle. En 1972, il y en avait trois, pour quelques 6000 patients. Le nombre de 150 a été dépassé en 2015, avec plus de 350 000 patients pris en charge. « *Le bœuf est lent, mais la terre est patiente*[10]. » ■

7 L. Annemans, J.-P. Closon, M.-C. Closon, I. Heymans, R. Lagasse, E. Mendes da Costa, e.a., « Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique », *Health Services Research* (HSR), Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), 2008, *KCE Reports* 85B (D/2008/10.273/50).

8 J. Abramson, S. Kark, E. Connor, F. Mullan (ed), *Community Oriented Primary Care: New Directions for Health Services Delivery*, Institute of Medicine, US Division of Health Care Services, Washington (DC), National Academies Press, 1983.

9 D. Sackett, W. Rosenberg, J. A. Muir Gray, "Evidence-based Medicine: what it is and what it isn't", *British Medical Journal*, 1996, n° 312, p. 71.

10 Proverbe cambodgien.

MÉDECINE POUR LE PEUPLE

Sofie Merckx

Parmi les plus de 150 maisons médicales du pays, onze appartiennent au réseau de *Médecine pour le peuple* (dont quatre en Wallonie et deux à Bruxelles). Depuis quarante ans, ce réseau est une pièce maîtresse du rayonnement du PTB dans les quartiers populaires.

Sofie Merckx est médecin généraliste depuis 18 ans à Médecine pour le peuple (MPLP), dont elle est également la porte-parole francophone. Elle est par ailleurs conseillère communale du PTB à Charleroi.

Gravure : le docteur Norman Bethune avec Mao Zedong.

D'abord, il y a eu les procès. Ensuite, les suspensions et les tentatives de saisie par des huissiers, parfois accompagnés de forces de l'ordre, mais toujours sous les vives protestations des patients et sympathisants et, de temps à autre, d'un groupe de dames âgées brandissant leurs chaussures. Nos prédécesseurs se sont même, à quelques reprises, retrouvés en prison. Et, en 1975, un juge a carrément tenté de décrédibiliser le Dr Kris Merckx, fondateur de *Médecine pour le peuple* (MPLP), en le faisant passer pour fou. La tentative du magistrat n'a toutefois pas abouti, celui-ci n'ayant pas trouvé de psychiatre assez insensé pour accepter de participer à cette farce. Aujourd'hui, près de quarante ans après la fondation de Médecine pour le peuple, ceux qui jugent nos idées farfelues se font rares. En effet, avec de nombreuses autres maisons médicales, Médecine pour le peuple a démontré que la gratuité des soins de première ligne de qualité pour tous était tout à fait réalisable.

Médecine pour le peuple est un réseau de 11 maisons médicales au nord, au centre et au sud du pays, créées à l'initiative du PTB. Ce sont des centres médicaux de première ligne. Des équipes composées de médecins généralistes, d'infirmières et parfois de psychologues et de travailleurs sociaux y collaborent de manière multidisciplinaire. Nous avons 25 000 patients inscrits au forfait. Nous offrons des soins de qualité et appliquons la médecine basée sur des preuves. Nous portons une attention particulière à la prévention. Au-delà des soins, chaque maison médicale est un centre d'action lié au PTB.

Médecine pour le peuple est née dans la période post-68. À cette époque, un engagement très à gauche n'était pas du tout le monopole des « médecins du peuple ». Les noms que portent les plus anciennes maisons de la Fédération belge des maisons médicales, tels que Norman Béthune ou Bautista van Schouwen, montrent bien à quel point ces valeurs « révolutionnaires » étaient dans l'air du temps.

SOCIÉTÉ ET SANTÉ

Les choix de société ont une influence sur l'état de santé des populations. Suite à la crise et à l'aus-

térité en Grèce, on a constaté que dans ce pays, de 2008 à 2011, le nombre de dépressions sévères a été multiplié par 2,5, le nombre de diagnostics HIV positifs a presque doublé, le nombre de bébés d'un poids inférieurs à la moyenne a augmenté de 16 % et le nombre d'enfants mort-nés a augmenté de 32 %[1]. 170 ans plus tard, ce qu'écrivait Marx reste d'actualité. De l'autre côté, nous avons un petit pays comme Cuba, qui a choisi une autre voie et qui affiche une espérance de vie moyenne de 78 ans, soit 30 ans de plus que le pays voisin, Haïti. Quant à la mortalité infantile, elle y est plus basse qu'aux États-Unis[2].

De nombreuses maladies peuvent avoir leur origine dans la société. Prenons le chômage. Le fait d'être sans emploi est un facteur prépondérant dans le mal-être psychique. Une étude menée par MPLP et publiée dans le *British Journal of General Practicioners*[3] démontre que les personnes qui ont été confrontées à un licenciement durant l'année écoulée ont eu plus fréquemment des idées suicidaires. Le taux de personnes pensant au suicide était de 10 % pour notre groupe contrôle (un chiffre déjà plus élevé que la moyenne belge, qui est de 4 %). Il montait jusqu'à 18 % chez des personnes dont un proche avait été confronté à un licenciement. Et chez les personnes ayant été elles-mêmes victimes d'un licenciement, le taux de pensées suicidaires montait à 33 %.

Autre exemple : le stress au travail. Il touche de plus en plus de personnes. Le dernier baromètre du stress de Securex indique que le nombre de travailleurs qui éprouvent du stress au travail a augmenté de 15 % entre 2010 et 2015 (62 % en 2015). La nouveauté, cette année, est que les travailleurs âgés d'entre la trentaine et la quarantaine sont touchés par l'absentéisme de longue durée[4].

1 M. Roland e.a., « Lettre ouverte à Charles Michel et Maggie De Block », *Le Soir*, 17.7.2015.

2 S. Lamrani, "Cuba's Health Care System: a Model for the World", *The Huffington Post*, 8.8.2014, https://goo.gl/Rpctff.

3 F. Vanderoost, S. van der Wielen, K. van Nunen & G. Van Hal, "Employment Loss during Economic Crisis and Suicidal Thoughts in Belgium: a Survey in General Practice", in *British Journal of General Practice*, octobre 2013.

4 H. Verlinden, *L'absentéisme de longue durée toujours en hausse, surtout parmi les jeunes. Bouger plus aide !*, Securex, mai 2017, consultable sur : https://goo.gl/dg881n.

« MÉDECINE POUR LE PEUPLE » A RÉSOLUMENT CHOISI SON CAMP : CHAQUE CENTRE MÉDICAL EST AUSSI UN CENTRE D'ACTION POLITIQUE.

En outre, dans nos pays occidentaux, le degré d'inégalité entre les revenus a une plus grande influence sur la mesure du bien-être et de la santé que le niveau moyen de revenu. Le professeur Navarro, chef du service de santé publique de l'université John Hopkins, affirme : « *Ce ne sont pas les inégalités qui tuent les gens,* […] *ce sont les responsables de ces inégalités qui tuent les gens*[5]. »

« *Avec moi, lève-toi… contre la planification de la misère* » : telle est la phrase d'ouverture du rapport sur les inégalités de santé que Sir Marmot a écrit pour l'Organisation mondiale de la santé. C'est bien la question que *Médecine pour le peuple* s'est posée : allons-nous nous laisser faire, ou allons-nous nous engager dans la lutte pour une société plus juste ? *Médecine pour le peuple* a résolument choisi son camp : chaque centre médical est aussi un centre d'action politique. Pendant la consultation, nous ne pouvons pas toujours agir sur les facteurs qui influencent la santé. Par contre, nous pouvons « renforcer » le patient dans sa capacité à agir. Ainsi, dire à un chômeur qu'il n'est pas seul à subir de multiples échecs et lui expliquer le chômage de masse comme phénomène économique peut avoir un effet libérateur. Nous nous opposons ainsi au modèle de la culpabilité individuelle, afin de redonner confiance au patient. L'idée est de donner des outils aux gens pour devenir acteurs du changement. Cela s'appelle l'*empowerment*. C'est ce qui est arrivé à Annemie quand elle est venue assister à une soirée de présentation des résultats de notre étude sur les idées suicidaires. Elle faisait parties des patientes interrogées : « *J'ai compris que ce n'était pas un problème individuel* », témoigne-t-elle.

Cette aptitude du médecin généraliste à « agir en société » fait actuellement partie des compétences de base qu'un jeune généraliste doit acquérir à travers sa formation. Et MPLP est reconnue pour son

5 V. Navarro, "What we Mean by Social Determinants of Health", *International Journal of Health Services*, 2000, 39, p. 423-441.

expertise sur ce terrain[6]. Par exemple, à Zelzate, une femme de ménage d'Arcelor Mittal vient en consultation pour une tendinite. Les conditions de travail en sont la cause. Plusieurs autres personnes se présentent avec le même problème. Quand les femmes de ménage se mettront en grève, l'équipe de la maison médicale les soutiendra et rejoindra les camarades dans le piquet de grève. Et l'un des jeunes médecins de l'équipe fera son travail de fin d'études sur le sujet des sous-traitances et des absences pour cause de maladie.

Ce qui se passe dans les consultations alimente nos actions politiques et, au fil des années, un véritable lien s'est tissé entre les « patients » et les « soignants ». On se rencontre dans des combats que l'on mène ensemble, on est unis par cette envie de se battre pour une société plus juste, où chacun a droit à un accès à la santé.

AU FIL DES ANNÉES, UN VÉRITABLE LIEN S'EST TISSÉ ENTRE LES « PATIENTS » ET LES « SOIGNANTS ».

LES LIENS AVEC LE PTB

MPLP et le PTB sont nés à la même époque. Nous avons pu résister aux attaques des premières années grâce au soutien de nos patients, de nos amis et aussi grâce à cette force organisationnelle qu'est le PTB. Comme on dit : *« On peut briser un doigt, mais pas les doigts qui forment un poing. »*

Avec nos maisons médicales, nous mettons en pratique notre conception de la santé pour tous. Nous ne cachons pas notre lien avec le PTB. Nous avons récemment procédé à une enquête dans notre maison médicale de Deurne (Anvers) : il s'avère que 90 % des patients de cette maison médicale savent que MPLP est liée au PTB et que 89 % d'entre eux estiment positif que nous luttions ensemble, par exemple, pour faire baisser le prix des médicaments ou pour de meilleures conditions de travail. Mais *Médecine pour le peuple* est une association plus large que le PTB. L'ensemble de nos patients représente toute la diversité culturelle, religieuse et politique de notre société.

Bien des médecins et d'autres collaborateurs de MPLP s'engagent politiquement au sein du PTB. Dans de nombreuses maisons médicales, des médecins ou d'autres collaborateurs de *Médecine pour le peuple* ont été élus conseillers communaux ou députés sur des listes PTB. Leur principe d'action est le suivant : *rue – conseil – rue*. Ils relèvent les problèmes concrets des gens dans la rue, les placent à l'agenda du conseil communal et retournent ensuite dans la rue avec les réponses. Ils donnent ainsi une voix aux patients. Depuis que le PTB a également des élus au niveau fédéral, cette action porte encore plus loin. Le dernier exemple en date est notre action qui faisait suite à la décision du gouvernement belge d'augmenter le prix des médicaments. Nous sommes partis du vécu des patients qui ont du mal à payer leurs frais médicaux. Nous avons invité les patients à témoigner de leurs difficultés en envoyant des cartes postales à la ministre de la Santé. Nous sommes allés les livrer nous-mêmes au cabinet. Dans le même temps, nous avons travaillé avec le PTB à une alternative : le modèle kiwi pour les médicaments[7]. Nous avons emmené 500 personnes aux Pays-Bas pour y chercher des médicaments moins chers. L'action a été largement relayée dans les médias et au Parlement fédéral par les députés du PTB. Grâce à cette mobilisation, nous pesons, ensemble avec nos patients, sur les décisions politiques. Et la grande majorité des patients nous soutiennent.

Médecine pour le peuple est un cas particulier dans le monde médical belge. Certains représentants du pouvoir en place aimeraient nous enlever ce droit à la résistance, mais nous réclamons le droit de lutter pour le droit à la santé dans une société en bonne santé. ■

6 H. van der Horst, F. Buntinx, A. Knottnerus, J. Metsemakers, A. de Sutter, C. van Weel (réd.), *Leerboek huisartsgeneeskunde*, De Tijdstroom, 2014. Voir le chapitre "De huisarts helpt de patiënt om voor zichzelf op te komen" par D. Van Duppen et J. Bensing.

7 Modèle emprunté à la Nouvelle-Zélande, d'où son nom : l'État demande aux entreprises pharmaceutiques qui produisent une même molécule médicamenteuse de faire chacune une offre de prix ; ensuite, il ne rembourse que le médicament qui a fait l'objet de l'offre la moins élevée.

COMMENTAIRE

Le pouvoir du médecin de gauche

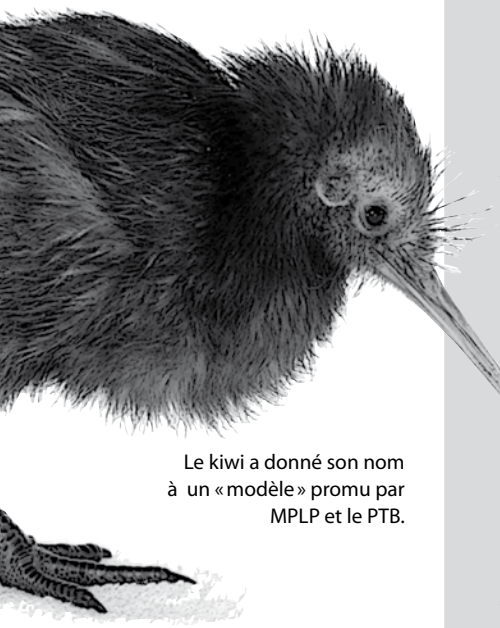
L'article de Sophie Merckx me laisse sur ma faim. L'activité de Médecine pour le peuple est décrite avec franchise, attire la sympathie, est présentée avec fraîcheur et un brin d'ingénuité, tout en rose. On aimerait cependant des précisions sur ce qui fait la singularité de MPLP, comparé aux autres maisons médicales, et ce qui fait presque figure d'exception européenne, singularité et exception qui sont résumées dans dans la phrase « *chaque maison médicale est un centre d'action lié au PTB* ».

Certes il est important de rappeler que l'austérité et la misère altèrent la santé (et il n'est guère besoin de se référer à Marx pour affirmer cela ; il a développé des théories autrement originales et l'épidémiologie sociale n'a pas été au centre de ses préoccupations), que le travail est stressant et le chômage provoque des idées suicidaires. Il s'agit de constatations de bon sens, que de multiples enquêtes épidémiologiques ont confirmé, mais qui n'ont pas besoin d'un parti politique pour être découvertes ou popularisées.

Faire de la pédagogie au cours de la consultation, en « *expliquant le chômage de masse comme phénomène économique* » peut certes avoir « *un effet libérateur* ». Mais n'est-ce pas aussi user de son statut de pouvoir, celui du médecin ou du thérapeute, pour faire passer le message et risquer de confondre les rôles et d'affaiblir en même temps le rôle du médecin et celui du militant ? N'est-ce pas un comportement en miroir de celui du médecin « classique » qui, en individualisant à l'extrême les problèmes de santé, produit un discours qui occulte les inégalités comme causes de certaines pathologies et participe à reproduire l'acceptation du système social existant ?

Surtout, la création de MPLP a eu lieu à un moment où le PTB s'appelait Amada-TPO et était un parti dont le caractère stalinien était déclaré avec ostentation. Dans cette conception, le parti révolutionnaire était l'expression unique et accomplie de la volonté populaire et la création d'organisations culturelles, sanitaires ou autres, liées au parti, ne posait pas de problème théorique. Mais quelles ont été et quelles sont les relations, auparavant et aujourd'hui, entre le parti et MPLP ? Des rapports de collaboration, de subordination, de manipulation ? MPLP n'est-elle qu'une courroie de transmission, une « organisation de masse » (pour rester dans le jargon ancien) dont la fonction principale est de recruter pour le parti ? La Belgique, c'est vrai, a une longue expérience des « piliers », des « Actions communes » où cohabitent parti, syndicat, mutuelle, organisations diverses, polycliniques et hôpitaux et où les relations entre ces structures sont troubles, poreuses et hiérarchisées. Mais certainement pas exemplaires.

Aujourd'hui que le PTB se flatte d'avoir jeté son sectarisme aux orties et n'aspire plus au monopole de l'avenir socialiste de la Belgique laborieuse, l'existence d'une organisation médicale liée au seul PTB a-t-elle encore du sens ? ■ GEORGES BAUHERZ



Le kiwi a donné son nom à un « modèle » promu par MPLP et le PTB.

Faut-il encore se battre contre l'Ordre des médecins ?

Pour les médecins de gauche d'il y a 30 ans, la chose était entendue : l'Ordre des médecins était un « bazar» démodé et réactionnaire, à supprimer sans délai. En caricaturant à peine, on peut dresser le tableau suivant.

Après plus d'un demi-siècle de gestation, modèle de l'Ordre professionnel a été porté sur les fonds baptismaux par le corporatisme d'extrême droite, qui cherchait à briser le syndicalisme ouvrier pour le remplacer par des organisations verticales de métiers. L'Ordre des médecins français fut la création de Vichy. La loi instituant celui de Belgique date de 1938, mais il ne fut mis en place (et partiellement contesté dès le départ) qu'en 1941, mettant d'emblée en œuvre les directives antijuives de l'occupant.

L'Ordre est une juridiction privée qui fonctionne comme un tribunal d'exception. Il n'est composé que de médecins. Tous les médecins doivent s'y inscrire et payer leur cotisation pour pouvoir pratiquer. Il cumule le rôle de législateur (rédaction du code de déontologie) et celui de pouvoir judiciaire. Ses audiences sont secrètes.

Depuis 1964, les syndicats médicaux l'ont investi. Parmi ses prises de position les plus politiques et médiatisées, il y a la condamnation des médecins pratiquant l'avortement et celle de la pratique de groupe. Ses jugements ont été, lorsqu'ils concernaient des faits sociaux ou politiques, terriblement orientés. L'Ordre des médecins est donc considéré comme, surtout, l'organisation médicale de l'ordre.

Plusieurs mouvements successifs de « médecins de gauche » se sont affrontés à lui avec comme principal moyen de lutte le refus de paiement de la cotisation, dont celui de l'*Appel des 300*, lancé après le soutien de fait de l'Ordre à la grève médicale (qui a par ailleurs échoué) de 1979-1980.

Les propositions visant à le moderniser, sans même le supprimer, n'ont jusqu'ici pas abouti.

…

Mais aujourd'hui, la puissance de l'Ordre est entamée. Son autorité morale est disputée par le courant bioéthique (et en particulier depuis la création du Comité consultatif belge de bioéthique). L'interruption de grossesse, l'euthanasie, la procréation médicalement assistée sont des sujets traités désormais dans l'enceinte du Parlement.

Mais, surtout, le corps médical s'est féminisé, agrandi et différencié, avec une tension accrue entre certains médecins en voie de paupérisation et des célébrités ou des autorités qui poursuivent leur ascension sociale et financière.

Dès lors, le combat pour la dissolution de l'Ordre des médecins vaut-il encore la peine d'être mené ou faut-il attendre qu'il disparaisse et tombe comme un fruit mûr? La réponse est certainement « oui » pour les membres de Médecine pour le peuple qui poursuivent, courageusement mais seuls, la grève des cotisations. Il est vrai qu'une institution obsolète peut toujours être réactivée plus facilement si le rapport de forces change que s'il faut en créer une nouvelle.

Juger des priorités et des moyens nécessite de réfléchir dans le cadre d'un projet de politique de santé et à l'heure où certains rêvent d'une nouvelle alliance entre « les » patients et « les » médecins[1], la question prend du relief. ■ GB

1 Voir J.-P. Unger, I. Morales et M. Roland, « Défendre la sécurité sociale en Europe » dans ce dossier.

LA PISTE HUMANITAIRE

entretien avec Michel Roland

S'il reste une part d'idéalisme dans le choix de la carrière médicale – surtout chez les « médecins de gauche »–, celle-ci a trouvé depuis quelques décennies un terrain de prédilection dans les ONG qui pratiquent la « médecine humanitaire ».

Les ONG actives dans le domaine de la santé constituent un pan important du paysage médical belge, et en particulier du paysage plus restreint qui conjugue pratique médicale et engagement militant. Depuis la fondation de Médecins sans frontières, ce paysage s'est professionnalisé et diversifié, à mesure que les bonnes intentions se confrontaient à l'inertie du réel et aux limites des bonnes intentions. Retour sur quelques-unes de ses évolutions avec un observateur participant de ces évolutions.

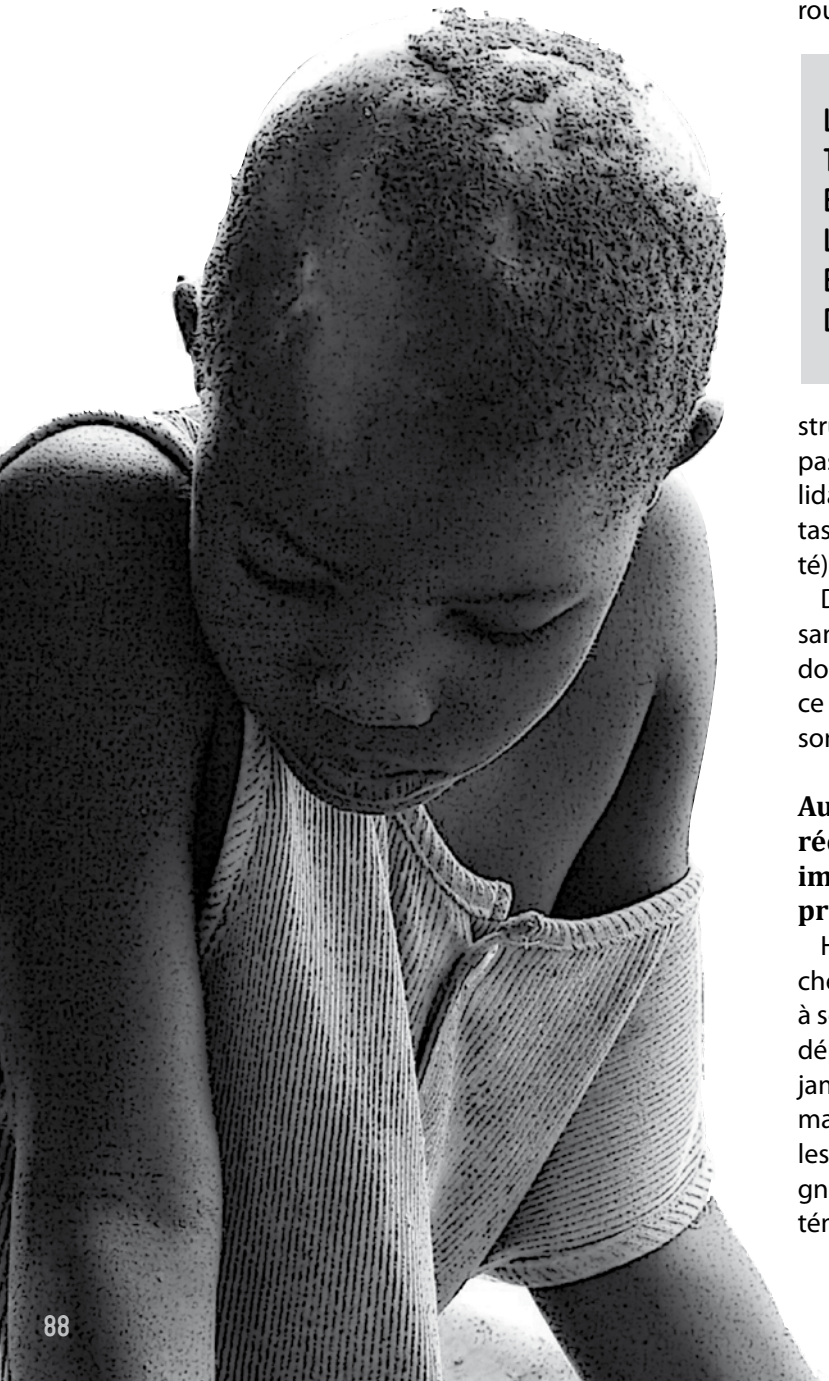
Comment les ONG définissent-elles leurs priorités en matière médicale ? Comment l'arbitrage est-il effectué entre le local et l'étranger, les différents « publics spécifiques » (femmes, enfants, etc.), l'urgent et le structurel ?

Michel Roland : Les priorités des différentes ONG résultent souvent des circonstances liées à leur fondation, telles qu'elles ont été cristallisées dans leur objet social et leur charte. Une fois qu'une structure a une personnalité juridique et tout un corpus de routines, les décisions d'entreprendre telle ou telle action se prennent en fonction des demandes émanant soit de membres, soit des pouvoirs publics, soit de « communautés locales » : lorsque ces dernières prennent connaissance de l'action de l'ONG dans une région donnée et souhaitent la voir répliquée dans la leur. Si la demande a l'air suffisamment sérieuse, elle fait alors l'objet d'une mission exploratoire. Si celle-ci s'avère positive, l'exécution de la mission dépend encore évidemment des capacités de financer le projet. Parfois, le financement précède la mission et nous oriente dans une direction. Parfois, c'est l'ONG elle-même qui fixe ses priorités et essaie – sans toujours y parvenir – de rassembler les fonds nécessaires. D'un point de vue strictement financier, certaines situations sont beau-

Michel Roland est, entre autres, président de Médecins du Monde.

coup plus « porteuses » que d'autres, indépendamment du caractère prioritaire qu'elles peuvent revêtir d'un point de vue médical.

L'évolution naturelle tend à l'élargissement de l'objet social plutôt qu'à sa restriction. C'est notamment ce qui fait que les grandes ONG ont tendance à agir désormais à la fois sur le plan local (ce que dans le jargon, on appelle les programmes « domestiques ») et international. Cet élargissement est non seulement géographique, mais également thématique, à partir du constat que le « médical » à lui seul est insuffisant.



Quelles sont les grandes ONG belges actives en matière de santé ?

On peut parler des « Big four » en évoquant la Croix-rouge, Médecins sans frontières (MSF), Médecins du monde (MDM) et Handicap international. À côté de ces acteurs majeurs existent aussi de nombreuses organisations locales actives sur des projets beaucoup plus ponctuels, ou d'autres structures qui sont actives en matière de santé mais pas de manière exclusive. Je pense par exemple à Solidarité socialiste (culture et enseignement) ou Caritas (qui est experte en matière de mutuelles de santé).

LA RENCONTRE DES THÉMATIQUES « SANTÉ » ET « ENFANCE » SONT LES PLUS PORTEUSES EN TERMES DE RÉCOLTE DE FONDS.

De manière générale, les ONG actives en matière de santé représentent une proportion importante des dons privés reçus en Belgique. Et, pour être cynique, ce sont les thématiques « santé » et « enfance » qui sont le plus porteuses en termes de récolte de fonds.

Au-delà de la concurrence en termes de récolte de fonds, existe-t-il des différences importantes dans la pratique et les principes de ces « Big Four » ?

Historiquement, la première arrivée sur le « marché » est la Croix-rouge, qui s'en est toujours tenue à son mandat initial : soigner, point à la ligne. Elle ne dépasse pas la « ligne rouge curative » et ne dénonce jamais les exactions d'un camp ou d'un autre. Schématiquement, on peut résumer la mission de MSF, les seconds arrivés, en termes de « soigner et témoigner ». Pour MDM, il s'agit d'un triptyque : « soigner, témoigner et changer ». Derrière ces énoncés *a prio-*

ri simples se cachent évidemment des possibilités d'interprétations divergentes : changer, cela signifie-t-il accompagner le changement, le susciter ou le provoquer ?

La naissance de MDM constitue un moment charnière dans l'histoire humanitaire. En 1980, MDM est en effet né d'une scission de MSF liée aux *boat people*. Bernard Kouchner était présent à Saïgon avec MSF au moment de la victoire des Vietcongs et des exactions qu'ils ont commises à cette occasion. Lors d'une assemblée générale, Kouchner demande que MSF affrète un bateau qu'il s'était procuré (*L'île de lumière*) pour aller sauver les *boat people* qui se noyaient entre le Vietnam et la Malaisie. Il n'obtient pas gain de cause au sein de MSF mais parvient à entraîner dans son sillage à la fois André Glucksmann, Raymond Aron et Jean-Paul Sartre et finit par créer Médecins du monde.

Au-delà de leurs différences, ces ONG travaillent souvent de concert, notamment dans le cadre du consortium 1212, qui mutualise les moyens pour faire appel à des donations sur des projets spécifiques, ce qui donne de meilleurs résultats en termes de récoltes de fonds. Elles ont également en commun de fonctionner avec un mélange de fonds publics et privés (particuliers et *corporate* ou dons d'entreprises) : aucune de ces sources n'étant garantie, un des enjeux consiste à trouver le bon équilibre entre elles. En ce qui concerne les fonds publics, les dons sont toujours affectés. Pour les *corporate* et les gros dons individuels, c'est très souvent le cas également. Finalement, la marge de manœuvre et d'autonomie tient donc essentiellement aux petits donateurs, qui ne représentent pas grand-chose en termes de montant absolu ou de proportion mais qui donnent la plus grande garantie d'indépendance.

Quel est le profil des médecins qui s'engagent dans ce type d'ONG ?

Il n'y a pas de profil unique. Il y a à la fois de la générosité, de l'attrait pour « l'exotisme » et surtout un côté baroudeur. Les gens ne vont plus sur place pour « se faire la main », comme ça a pu être le cas, jadis. Soit on n'ose plus le dire, soit c'est une motivation beaucoup moins fréquente qu'avant. Mais il est vrai que ce sont en général des jeunes qui partent. Il est très rare que les gens passent plus de vingt ans à effectuer des missions à l'étranger. S'ils continuent à travailler dans la même ONG, c'est en général au « siège ». Mais il est fréquent que la deuxième étape de la carrière se fasse à l'ONU, à l'OMS, dans des espèces de sinécures dont ceux qui les occupent reconnaissent souvent l'inutilité *in petto*.

IL EST TRÈS RARE QUE LES GENS PASSENT PLUS DE VINGT ANS À EFFECTUER DES MISSIONS À L'ÉTRANGER.

En termes de rémunération, il y a des barèmes différents pour les expatriés et les travailleurs locaux, ce qui reflète aussi des conditions de vies différentes. Un médecin malien loge chez lui, un médecin belge envoyé au Mali verra son logement pris en charge par l'organisation qui l'envoie, en sus d'un salaire supérieur.

Comment se faire une idée de l'efficacité des actions accomplies ?

Il existe toute une « technologie des indicateurs » qui provient généralement du secteur militaire ou économique. La transposition est souvent très mécanique et se concentre plus sur des objectifs bureaucratiques que sur l'efficience globale. Prenons l'exemple de la vaccination contre la rougeole. Si le seul indicateur de succès est le taux de vaccination des moins de 5 ans, que cet objectif est atteint mais que les enfants meurent de diarrhée, l'objectif bureaucratique peut être atteint sans que n'en découle la moindre amélioration pour les populations concernées. Il s'agit donc de se doter d'indicateurs plus globaux, comme l'espérance de vie ou la mortalité infantile.

Les ONG ont pris l'habitude de se doter d'indicateurs de structure, de processus et de résultat. Les indicateurs de structure sont les moyens (argent, matériel, ressources humaines). Ce sont les plus facilement évaluables à court terme. Les indicateurs de processus concernent la manière dont ces moyens sont mo-

bilisés, par exemple pour une campagne de vaccination. Les indicateurs de résultat sont beaucoup plus complexes à manier. Ils doivent se mesurer à court terme (taux de couverture vaccinale) et à long terme (baisse de taux de mortalité par rougeole – c'est alors ce qu'on appelle un indicateur d'impact). On a en fait très peu d'indicateurs d'impact. Or ce sont précisément ceux-là qui comptent.

L'AUGMENTATION DES BUDGETS DES ONG CONSTITUE À LA FOIS UN SUCCÈS MANAGÉRIAL ET UNE DÉFAITE GLOBALE.

Existe également un risque lié à ce qu'on appelle le FBR (financement basé sur le résultat), qui est de plus en plus souvent utilisé par les pouvoirs publics. L'idée est intéressante mais pose des difficultés en termes de budget : le financement est en effet libéré par tranches en fonction des résultats et rend la planification beaucoup plus difficile, voire aléatoire. Le FBR se fonde sur l'idée noble de subventionner les résultats plutôt que l'action pour l'action mais elle n'est pas exempte de risques organisationnels.

Enfin, l'impact global sur l'amélioration de la santé demeure très complexe à mesurer, notamment le poids comparé de l'aide médicale par rapport à celui de facteurs endogènes de développement (amélioration de la qualité de l'eau, du taux d'alphabétisation…). On estime que, dans l'ensemble, seuls 10% de l'augmentation de l'espérance de vie sont dus à la médecine. Ce constat pointe l'importance d'un diagnostic communautaire global : la potabilisation des puits peut s'avérer beaucoup plus efficiente que le soutien médical pour augmenter la durée de vie.

Quelles sont les tendances actuelles dans le domaine de l'humanitaire médical ?

Le courant majoritaire provenant des grandes institutions internationales préconise la mise en place d'une couverture santé universelle de base. L'idée n'est pas dénuée d'intérêt mais elle porte en elle le risque de développement d'une médecine à deux vitesse : les soins de base pour la majorité de la population et des soins plus pointus pour une toute petite minorité. Je crois beaucoup aux mutuelles de santé pour contrer ce risque et étendre progressivement le panier de soins offerts à l'ensemble de la population. La Belgique détient d'ailleurs une expertise de pointe dans ce domaine, en particulier aux mutualités chrétiennes. À mon sens, notre apport en termes de soins de santé doit se diriger de plus en plus vers le soutien technique à l'organisation de systèmes de santé justes et universels, plutôt qu'à la simple dispensation de soins.

Par ailleurs, un des écueils majeurs est celui de la substitution : il ne faut pas que les ONG prennent la place des structures publiques. Même dans les pays autoritaires, il s'agit de travailler avec les gouvernements pour ne pas prendre leur place mais compléter les actions qu'ils mènent.

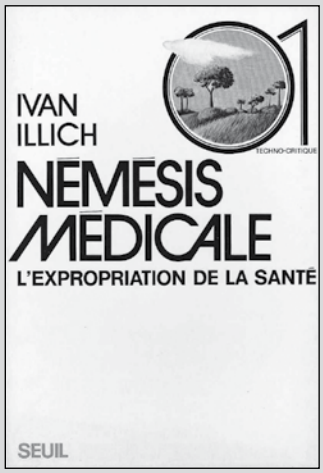
Comment caractériser l'évolution des quarante dernières années ?

Il y a à la fois un élargissement de la réflexion, lié à une meilleure connaissance des déterminants de la santé, une rapidité accrue de la capacité de mobilisation en cas de situation de crise et en même temps un accroissement des inégalités au sein des sociétés. On pourrait dire que l'humanitaire est plus efficace dans un contexte global qui est plus défavorable. Et, d'une certaine façon, cette évolution est conforme au paradoxe qui est au principe de la création d'associations dont l'objet social consiste à viser à leur propre obsolescence. En effet, il y a une espèce de paradoxe à ce que l'humanitaire survive en temps que secteur par la continuation de l'inhumanitaire. D'une certaine façon, l'augmentation des budgets des ONG constitue à la fois un succès managérial et une défaite globale. L'humanitaire étant devenu un secteur économique, il y a un danger grandissant que les objectifs intermédiaires – touchant par exemple à la pérennisation de structures et des emplois – prennent le pas sur les objectifs finaux – ceux liés à l'amélioration véritables des conditions de santé des populations. ■

Propos recueillis par Georges Bauherz et Edgar Szoc

L'autre Illich*

En 1975 paraissait *Némésis médicale*, un petit livre qui projetait une lumière vive sur l'institution médicale. L'auteur, Ivan Illich (1926-2002), est un personnage atypique. Né d'une mère issue d'une famille juive convertie au catholicisme et d'un père croate, il doit fuir Vienne en 1942, lors de la promulgation des lois anti-juives, pour Florence, où il étudie la cristallographie et la philosophie et est ordonné prêtre. En 1951, il œuvre dans une paroisse portoricaine de New York puis devient vice-recteur de l'Université catholique de Porto-Rico. Il fonde ensuite le Cidoc, célèbre centre de recherche interculturel à Cuernavacca, au Mexique, avant de revenir en Europe.



Il est l'auteur d'une œuvre critique abondante qu'on peut considérer comme un des fondements de l'écologie politique et sociale. Reprenant l'analyse marxiste de la double nature de la marchandise (valeur d'usage et valeur d'échange) et de la centralité de la mainmise privée sur les moyens de production, il s'attache surtout à décrire les impasses du système actuel. On lui doit l'invention de termes devenus aujourd'hui aussi communs que le « monopole radical », la « contre-productivité », la « convivialité », « l'hétéronomie » ou la « décroissance ». Il est un des premiers à démontrer – constat devenu trivial depuis – que le développement de moyens techniques empêche que l'on s'approche du but officiellement avoué.

Exemple fameux : l'automobile. Plus il y a de voitures, de plus en plus rapides par ailleurs, et plus la vitesse moyenne de déplacement baisse. En ville du fait de l'encombrement, et en général par la somme énorme de travail nécessaire pour financer les moyens de transport individuels.

•••

***Némésis médicale* n'est que l'application à la médecine de ses critiques générales des désastres paradoxaux de la modernité. « *L'entreprise médicale menace la santé. La colonisation médicale de la vie quotidienne aliène les moyens de soins. Le monopole professionnel sur le savoir scientifique empêche son partage.* » L'industrie médicale est, selon le terme popularisé par Illich, essentiellement « iatrogène ». La médecine produit surtout... des maladies. Elle sécrète de la dépendance, soumet les gens à des rituels aussi aliénants que cachés, dépolitise la perception du discours corporatiste. La médecine est coûteuse et, affirme-t-il, n'augmente pas l'espérance de vie (sauf dans la période périnatale). De même, les actes médicaux n'entraînent pas de réduction de la morbidité. Et les remèdes politiques administrés pour limiter les effets iatrogènes de l'institution médicale ne font qu'aggraver la situation.**

•••

La partie anthropologique de sa production est probablement la plus novatrice. Le système de production est essentiellement hétéronome. Plutôt que de respecter la volonté d'autonomie, d'apprendre à guérir (ou à se déplacer), le système de production fournit de la guérison (ou des moyens de transports). Guérir cesse d'être une activité pour n'être plus qu'une marchandise.

La lecture, voire la relecture, d'Ivan Illich est stimulante encore aujourd'hui pour la gauche médicale, dont une partie est bien installée dans un optimisme scientiste inconscient. Même si sa position est plus nuancée que celle de ses épigones tardifs et qu'il a toujours soigneusement évité, pour sa part, une critique sectaire et définitive des techniques médicales. ■ GB

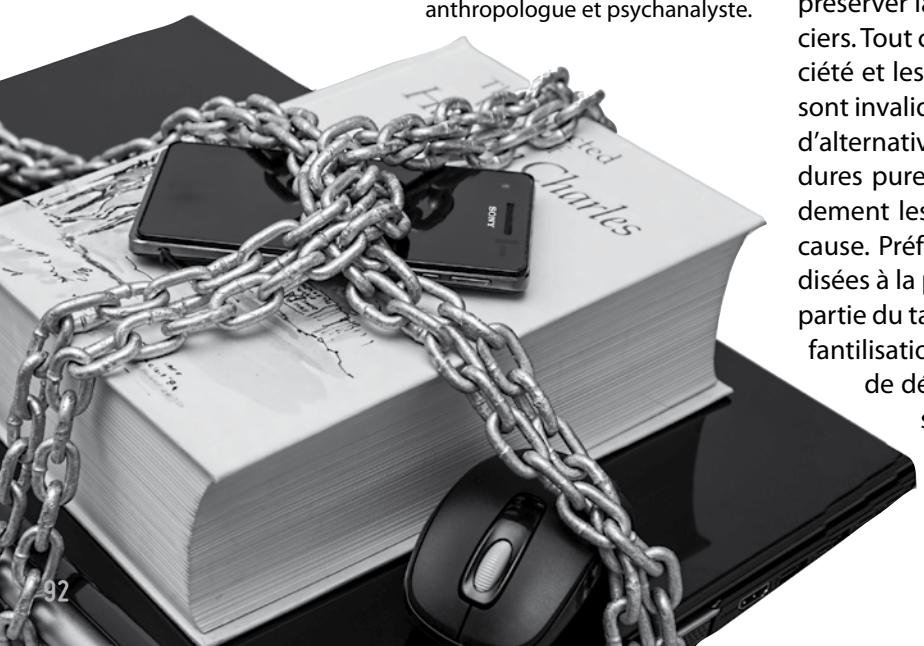
* Le premier Illich : Vladimir Illich Oulianov, dit Lénine.

SECRET PROFESSIONNEL, DROIT ET DÉMOCRATIE

Francis Martens

Sous le prétexte de lutter contre le terrorisme en améliorant le renseignement, la Chambre a adopté en mai 2017 une proposition de loi qui consacre la levée du secret professionnel pour les travailleurs sociaux, les médecins et les avocats dans le cadre d'enquêtes antiterroristes. Or le secret professionnel est au cœur de l'éthique médicale. Il doit être défendu, y compris face au prétexte sécuritaire.

Francis Martens est psychologue, anthropologue et psychanalyste.



Le gouvernement N-VA présidé par Charles Michel (MR) n'est pas qu'une mise à l'étrier des revendications séparatistes différées du parti de M. Bart De Wever : il met en œuvre la politique de l'Open-VLD dont l'idéologie néolibérale sert de réglage par défaut à la N-VA et de fondrière au CD&V. Rappelons sommairement que le discours idéologique, au sens de Karl Marx, sert à préserver un rapport de forces pour ceux qui en bénéficient. Il est par définition biaisé. Il s'agit d'évoquer un sujet quelconque en occultant les réels enjeux de ce dont on parle. Une des ruses est de rendre un énoncé indiscutable en le renvoyant à la « nature des choses » – alors qu'il ne s'agit que d'une construction culturelle profitant à certains. Que l'on songe à l'interprétation traditionnelle de la différence homme-femme. Une variante réside dans la référence à « l'objectivité scientifique » pour dénier toute prise de position politique. Ou dans la récusation de toute élaboration critique, au nom d'une position « neutre » relevant de la description quantitative pure et simple d'une part « objective » du réel.

D'un point de vue socio-clinique, le régime économique et psychique du capitalisme financier mondialisé et dérégulé fonctionne sur le mode pulsionnel du « tout et tout de suite » des actionnaires. À ce niveau, la solidarité est un frein. Il importe de préserver la circulation sans obstacle des flux financiers. Tout ce qui est loi fait obstacle. Les choix de société et les propositions qui tentent de les incarner sont invalidés sans discussion au nom de « l'absence d'alternative » : en réalité, de la nécessité de « procédures purement fonctionnelles » pour réparer rapidement les dégâts du système sans toucher à leur cause. Préférer l'imposition de procédures standardisées à la prise réfléchie de responsabilité fait donc partie du tableau. Dans ces parages, la crainte et l'infantilisation vont de pair. De même que l'absence de débat, la prévalence des « experts » et l'assujettissement du législatif à l'exécutif. En fait, tout ce qui peut ralentir les « flux » doit céder : le bicaméralisme, le forma-

lisme judiciaire, les chambres à trois juges, la cour d'assises… De même, les états d'âme du citoyen pris en tenailles entre l'obligation du *secret professionnel* et celle de *porter secours*. Car, en effet, ils sont imprévisibles. Pis encore, ils échappent aux « bonnes pratiques » managériales sans pour autant violer la loi. À ces ruminations incontrôlables le gouvernement Michel entend porter remède : Maggy De Block (Open-VLD, Santé), en précipitant l'espace intime de la psychothérapie dans le dossier médical unique informatisé, accessible au commun des soignants ; Koen. Geens (CD&V, Justice), en « partageant » à tout vent le secret professionnel au nom de « faits graves » et au moyen de projets de loi kilométriques – baptisés « pot pourri » (*sic*) et dont la nature composite s'avère particulièrement apte à noyer le poisson ; Willy Borsus (MR, Classes moyennes), en prônant lui aussi l'extension aux « faits graves » de la loi N-VA qui sape le travail social en y imposant la délation sous couleur de prévention ; ou, encore, trois parlementaires Open-VLD, en proposant le flicage généralisé des patients mis en observation psychiatrique, sur un mode équivalant à la criminalisation des réfugiés et des demandeurs d'asile.

LOIN DE PROTÉGER DES INTÉRÊTS PRIVÉS, LE SECRET PROFESSIONNEL CONSTITUE UNE DES BALISES MAJEURES DE NOTRE SOCIÉTÉ.

CONFIANCE RUINÉE

Mais il est clair que ces mesures convergentes de démantèlement du secret professionnel, mises en place au nom des attentats, n'auront aucune efficacité significative en matière de prévention du terrorisme. C'est du moins l'avis des experts. Purement idéologiques, ces manœuvres n'ont d'efficacité escomptée que sur le plan électoral – sans souci du brouillage qu'elles induisent en pervertissant une disposition de loi déjà contraignante : celle d'assistance à personne en danger. De plus, le prétexte invoqué – la mauvaise volonté ou l'irresponsabilité des CPAS – est mensonger. Il n'est que trop vrai, par contre, que ces mesures ruineront la nécessaire confiance envers les travailleurs sociaux tout d'abord. Envers les praticiens des soins de santé. Envers les psychothérapeutes, les avocats, les journalistes. Envers tous ceux à qui on ne peut parler qu'en confidence et quelquefois sous le sceau d'un véritable secret.

Plus largement, les modifications du droit prétextées par le terrorisme consacrent l'émiettement d'une vie privée déjà mise à mal par le flicage sur internet, les caméras qui balayent l'espace public, les gadgets domestiques susceptibles de nous brancher en direct sur la NSA : tel l'insaisissable *cloud* se repaissant de nos données, telle la prise quotidienne de millions d'empreintes par les *smartphones* blottis au fond des poches. Mais soyons plus clair. Les mesures concoctées par le gouvernement N-VA auraient-elles même quelque efficacité qu'elles relèveraient de la catégorie des « remèdes pires que le mal ». Car non seulement elles ruinent la confiance là où elle est le plus nécessaire, mais elles brouillent les cartes au plus haut niveau : elles laissent entendre que le secret professionnel serait un droit accordé par exception – quasiment le privilège d'une élite – alors qu'il s'agit d'une obligation radicale imposée par le *droit pénal*, et ne souffrant d'exception que balisée explicitement par ce même droit.

Juridiquement, le secret professionnel n'est pas l'exception mais la règle. Loin de protéger des intérêts privés, il constitue une des balises majeures de notre société. Le professionnel n'est pas *autorisé* mais *obligé* par la loi à garder le secret. Il s'agit en outre d'une matière de *droit public* – c'est-à-dire régissant les rapports des individus non seulement entre eux mais avec les institutions, de même que les rapports des institutions entre elles. C'est d'un système de protection de la société dans son ensemble et de protection individuelle de la vie privée qu'il s'agit. À ce titre, l'obligation de secret professionnel participe du maillage de protection le plus quotidien de l'espace démocratique. C'est un des piliers – majeur bien que discret– de la démocratie. Au plan de la pratique professionnelle, l'obligation de ne pas

divulguer contraint surtout à un exercice essentiel de *responsabilité* – plutôt qu'à un banal respect de procédures -- lorsqu'elle entre en tension avec l'obligation d'assistance à personne(s) en danger.

LA MISE À MAL DE LA SÉPARATION DES POUVOIRS

La position *éthique* et la démarche *critique*, on le voit, sont consubstantielles à la notion même de secret professionnel. Mais ce n'est pas tout. L'étymologie elle-même semble être de la partie. Or, ce n'est pas un sport de salon. Bien souvent, à travers la généalogie des mots se révèle l'archéologie de la pensée — et cela à travers des chemins très concrets. Ainsi, le mot *lire* en français vient-il du latin *legere* qui veut dire d'abord « cueillir ». Lire, autrement dit, c'est « cueillir avec les yeux ». Dans ce sillage, *legere* lesté du préfixe *inter* (« entre ») devient *inter-legere*, qui littéralement veut donc dire « lire entre les lignes » : ne pas se laisser aveugler par l'évidence première, discerner ce qui vaut la peine d'être cueilli derrière la ronce qui parfois le cache. En latin courant, cela donne *intellegere* (« concevoir, comprendre ») qui débouche en français sur le mot *intelligence*. Étymologiquement donc, l'*intellectuel*, c'est celui qui, par-delà l'effroi du moment ou la séduction des apparences, est capable d'aller cueillir le sens entre les lignes. Et il n'a d'autre outil que cette cueillette : pas d'autre moyen de se prémunir des incantations, des intimidations, des imprécations, qui empêchent de trouver et garder son cap. Le mot *secret* lui-même vient du latin *se*, un préfixe qui indique une mise à part, une séparation.

Plus précisément, *secret* en français correspond au participe passé substantivé – *secretum* – du verbe latin *se-cernere* (« distinguer, mettre à part, séparer »). On est dans le même champ sémantique, autrement dit, qu'*inter-legere*. Mais à lui seul le verbe *cernere* signifiait déjà « comprendre, distinguer, décider, trancher » – ce qui donne à entendre que le *secernere* latin, devenu *secret* en français, invite à un redoublement de discernement. Rien à voir donc avec la divulgation machinale d'un secret administrativement partagé. Rien à voir avec la délation préventive imposée aux travailleurs sociaux. Rien à voir avec les procédures qui anesthésient la pensée.

AVEC LE SERMENT D'HIPPOCRATE, C'EST AUSSI DE LA PROTECTION ET PEUT-ÊTRE MÊME DE LA NAISSANCE DE LA VIE PRIVÉE QU'IL S'AGIT.

Pulsionnellement, la constitution d'une zone séparée en nous – issue de nous-mêmes – préside à notre désir de vivre. C'est ce que la psychanalyse nomme « inconscient ». Psychiquement, un enfant n'est jamais autant « soi-même » – c'est-à-dire « soi » en tant que bien distinct des autres « mêmes » – que lorsqu'il affirme détenir « un secret ». Et peu importe son contenu.

Ce qui est en jeu ici, c'est d'avoir un contenant à soi. De même pour le citoyen face au regard inquisiteur de l'État. Historiquement, le secret médical a servi de repère à nombre de professions. Il est remarquable que son exigence porte non seulement sur les maladies et les actes médicaux, mais sur tout ce que le praticien a pu surprendre dans l'entourage du patient. Avec le Serment d'Hippocrate, c'est aussi de la protection et peut-être même de la naissance de la vie privée qu'il s'agit. Il n'est pas indifférent que les enseignements du célèbre médecin interviennent au V^e^ siècle avant notre ère, en Grèce, au moment fragile d'émergence de la démocratie. Dans cette perspective, il n'est pas étonnant que les attaques contre le secret professionnel surviennent à un moment d'érosion des repères. Pensons au basculement brutal, en France, de régions ancrées à gauche dans le giron du Front national, à la résurgence haineuse de discours ouvertement racistes, à la criminalisation des émigrés fuyant le chaos que nous avons créé, à la mise à mal de la séparation des pouvoirs, au fatalisme économique, aux théories du complot. Sur cette toile de fond où s'émiettent les familles politiques, le vacillement du secret professionnel apparaît symptomatique d'une société remplaçant la nécessaire utopie politique par une dangereuse paranoïa. Nous approchons d'une zone critique où *penser c'est déjà résister*. ■

GENRE, FÉMINISME ET PRATIQUES MÉDICALES

Catherine Markstein et Ariane Rixout

Ce texte s'articule autour d'un dialogue entre deux générations, l'une qui a vécu l'émergence d'un mouvement pour la santé des femmes et l'autre qui s'inscrit dans la continuité de ce processus, à poursuivre et à réinventer. Ce dialogue intergénérationnel permet de partager l'analyse du passé et celle du présent et d'envisager la mise en place de stratégies de résistance à la toute-puissance de la pratique médicale normative, autoritaire et discriminatoire, tout en défendant une pratique médicale collective, participative et inclusive.

> *« Si toutes les femmes de la Terre se réveillaient demain et se sentaient bien et puissantes dans leurs corps, l'économie mondiale – et avec elle le système capitaliste – s'effondrerait du jour au lendemain. »*
> Laurie Penny, bloggeuse féministe[1]

L'histoirE[2] de l'emprise de la pratique médicale patriarcale sur le corps des femmes à travers les siècles se résume à trois éléments principaux : la stigmatisation, la séparation et la dépossession.

La stigmatisation. Jusqu'au XV^e^ siècle, en Europe, ce sont en grande majorité les femmes qui détiennent les connaissances médicales empiriques et le savoir populaire sur la santé, le corps et la sexualité. Ces savoirs font la force de la paysannerie et ce pouvoir effraie les dirigeants cléricaux et féodaux. Au XIII^e^ siècle, on voit apparaître les facultés de médecine, qui excluent les femmes. Il s'ensuit une véritable croisade, menée par le clergé et ses alliés, contre les savoirs populaires, considérés comme obscurs et subversifs. Une véritable guerre se déclenche pour les éradiquer et pour soumettre le corps des femmes à la domination et au contrôle masculins.

Cette guerre marque aussi le début de l'instauration d'un nouvel ordre, d'une transition du système féodal vers le système capitaliste. Il s'agit bien

1 Dans *Meatmarket, Female Flesh under Capitalism*, John Hunt Publishing, 2011.

2 *HistoirE* : traduction proposée par Elsa Dorlin pour le néologisme *Herstory* (pendant de *History*), un mot inventé par les féministes anglaises vers 1970 et qui signifie « histoire des femmes », « histoire écrite par des femmes ».

Catherine Markstein est médecin, coordinatrice de l'ASBL *Femmes et santé*, membre fondatrice de la Plateforme pour promouvoir la santé des femmes et « conférencière gesticulante », Bruxelles.
Ariane Rixout est médecin en formation, profane et de culture orale, Paris.

d'une lutte de classes : les savoirs de la faculté contre les savoirs populaires, les riches contre les pauvres, les hommes contre les femmes[3]. Pour remplacer les connaissances empiriques millénaires des classes populaires, la faculté, encore assez pauvre en connaissances scientifiques, s'appuie sur de vieux textes remontant à l'Antiquité, en particulier sur ce qu'on a appelé la *théorie des tempéraments*. Cette théorie convient bien aux « savants » de la faculté : elle affirme que les sexes se différencient par leurs « tempéraments » et que le « *tempérament flegmatique* », celui des femmes, est par nature plus fragile et potentiellement plus vulnérable. Les femmes sont donc inférieures aux hommes. Le corps masculin devient le paradigme de la bonne santé[4].

La séparation. Au milieu du XIX^e^ siècle, le courant de pensée dominant est influencé par la deuxième vague d'industrialisation. Celle-ci entraîne la naissance de la médecine moderne et notamment de la gynécologie, qui rompt avec les connaissances propres des femmes en confinant les sages-femmes dans un rôle de subordonnées. Leurs compétences sont dénigrées, dévalorisées et/ou déclarées insignifiantes, non professionnelles. On assiste au glissement du pouvoir de l'Église vers le pouvoir médical dans une société post-traditionnelle.

En établissant leur domination dans le domaine de l'accouchement, les médecins s'approprient le contrôle des naissances. Cette transformation divise les femmes en groupes d'âge, en ethnies, en couches sociales. Elle marque aussi une rupture violente avec une tradition de vie sociale et de solidarité, de services rendus entre voisines. Briser ces réseaux de solidarité, c'est aussi étendre son pouvoir : on sépare les femmes pour mieux pouvoir les contrôler[5].

La dépossession. À la fin du XX^e^ siècle, le discours change encore. Un nouveau concept se crée et se vend, celui de la *prévention* médicale. Pour soutenir le commerce, après la Seconde Guerre mondiale, on propose un nouveau mythe : la santé éternelle. C'est ainsi que s'installe la médicalisation des cycles vitaux, avec comme conséquences, pour les femmes, le régime de la mesure et

ON ASSISTE AU GLISSEMENT DU POUVOIR DE L'ÉGLISE VERS LE POUVOIR MÉDICAL DANS UNE SOCIÉTÉ POST-TRADITIONNELLE.

SOUVENIRS

En 1973, des femmes du collectif *self-help* de Boston *Our bodies, Ourselves* font un voyage en Europe. À Genève, invitées par Rina Nissim , elles montent sur scène avec un spéculum et, devant 400 femmes, elles pratiquent et expliquent l'auto-examen gynécologique. Elles racontent aussi comment elles se masturbent, comment elles évitent ou interrompent une grossesse, comment elles tombent enceintes et allaitent, et les femmes lesbiennes parlent de leurs pratiques sexuelles.

La même année, une des auteures de cet article commence ses études à la faculté de médecine de Vienne, dans une université très conservatrice à l'époque. Et elle a de la chance : très vite, elle peut intégrer un groupe de *self-help* qui pratique l'auto-examen gynécologique, une activité nouvelle et subversive issue de réseaux politiques de gauche.

En 1976 se tient à Bruxelles le Tribunal international des crimes contre les femmes. C'est l'atelier *self-help* organisé par les Activistes féministes berlinoises qui attire le plus grand nombre de participantes. ■

3 S. Federici, *Caliban et la sorcière*, Genève, Entremonde, coll. « La Rupture », 2014.

4 E. Dorlin, *La matrice de la race*, Paris, La Découverte, 2009.

5 B. Ehrenreich, *Sorcières, sages-femmes et infirmières*, Paris, Cambourakis, 2014.

de la maîtrise corporelles, l'instillation de la peur, la pathologisation de chaque étape de leur vie (nubilité, contraception, grossesse, accouchement, ménopause), la marchandisation de leur corps, leur isolement et la perte de leur autonomie. C'est aussi ainsi que s'installe le consumérisme médical avec ses dépendances médicamenteuses et psychologiques.

Ce processus marque l'achèvement d'une évolution : les femmes sont désormais dépossédées de leur confiance en leurs compétences et en leurs ressources propres pour comprendre les signes et les mouvements de leur corps. Le but commercial de toutes ces constructions idéologiques est clair : multiplier les consultations et les examens médicaux et accroître la consommation de médicaments[6].

LES HORMONES FÉMININES ONT TOUJOURS SUSCITÉ PRÉOCCUPATIONS ET ENCADREMENTS.

En réponse à l'enfermement des femmes dans le colloque singulier avec leur médecin et aux violences faites aux femmes dans les soins, certains mouvements, comme en France le Mouvement pour la liberté de l'avortement et la contraception (Mlac), ont revalorisé les compétences propres à chaque femme et l'aptitude de celle-ci à décider pour elle-même. Ils lui ont réappris à se connaître, à se positionner face à la douleur, à « savoir accoucher ». Ils ont ouvert des lieux d'autogestion sûrs pour les femmes, autour de pratiques concrètes concernant plus particulièrement l'avortement et l'accouchement. Au nom du dogme du risque zéro et sous le slogan « *la technique au secours de la femme* », ces pratiques pourtant sûres ont été décrédibilisées. La femme s'est trouvée confinée dans un rôle de victime, avec un discours du type : *« vous n'êtes pas capables »*, *« on sait mieux faire que vous »*, *« on va vous aider »*.

6 B. Duden, *Notre corps nous appartient*, sur www.plateformefemmes.be/IMG.

> « *Une femme peut apprendre tout ce qui est nécessaire pour faire le travail général de la gynécologie, sans avoir à étudier la médecine.* »
>
> Rina Nissim, activiste féministe du *self-help*, fondatrice du dispensaire de femmes de Genève, auteure de plusieurs livres[7]

UNE ANALYSE FÉMINISTE DE LA MÉDICALISATION DES CYCLES DE VIE DES FEMMES

Depuis des siècles, le corps de la femme est considéré comme un réservoir d'irrégularités et d'anomalies nécessitant d'être normalisées, ce qui rend un traitement et une observation indispensables[8]. La pratique médicale s'est toujours assurée, en collusion avec le pouvoir politique et religieux, de la surveillance et du contrôle des différents cycles de la vie des femmes, des différents temps de la reproduction. Les hormones féminines ont toujours suscité préoccupations et encadrements. L'attention portée au syndrome prémenstruel, à l'infertilité ou à la ménopause ne reflète pas nécessairement l'importance objective de ces phénomènes dans la vie des femmes, mais plutôt leur place unique au carrefour du biologique, du social, du culturel et du politico-économique. Et beaucoup de femmes aujourd'hui s'identifient à cette idéologie : elles croient que la médecine moderne va les libérer de leur corps, de ce corps qu'on leur présente comme invalide, toujours imparfait et inachevé.

L'analyse féministe entend diffracter ces discours dominants. Elle porte son attention sur le genre et sur les réalités contextuelles – sociales, relationnelles et personnelles – qui construisent et déterminent la santé et les sexualités des femmes. Dans quelle situation relationnelle ou familiale s'inscrit la vie des femmes ? De quelle éducation ont-elles bénéficié, et qu'ignorent-elles de leur corps, de leurs désirs ? Quels sont les tabous sexuels qui les ont marquées ?

7 R. Nissim, *Une sorcière des temps modernes : Le self-help et le mouvement Femmes et santé*, éditions Mamamelis, 2014.

8 L. Löwy, *L'emprise du genre*, Paris, La Dispute, 2006.

LA FEMME ASSURE LA GESTION DE L'ÉCONOMIE DOMESTIQUE QUOTIDIENNE ET EST DONC LA CIBLE PRINCIPALE DU MARKETING PUBLICITAIRE.

De quelles libertés jouissent-elles ? Sous l'emprise de quel stress vivent-elles ? Qu'en est-il de la fatigue, des tâches domestiques et des obligations professionnelles, des difficultés financières, de la charge mentale ? Doivent-elles encore prendre soin des enfants ou des petits-enfants, voire des parents ? Ont-elles des ennuis de santé ? Qu'en est-il des femmes qui ont été violées, abusées sexuellement (alors même qu'elles sont nombreuses à être battues ou abusées émotionnellement par leurs partenaires)[9] ?

L'émergence du marché du bien-être s'est présentée comme un nouvel espace destiné à permettre aux femmes de s'adapter à ces situations. Cet espace peut être considéré comme une opportunité féministe. En réalité, c'est un piège. Le mode de vie actuel des femmes a des conséquences sur leur santé : stress, surmenage, complexes, manque d'estime de soi, recours à la chirurgie esthétique et à la médicalisation. Mais dans le discours du marketing, la *« ménagère de moins de 50 ans »* est aussi appelée *PRDA (*« principale responsable des achats »). Selon cette conception, la femme assure la gestion de l'économie domestique quotidienne et est donc la cible principale du marketing publicitaire. Ce processus de consommation individuelle n'accroît pas son autonomie sociale. Prendre soin de soi devient presque une nouvelle injonction, qui a un coût. L'accès individuel au bien-être devient un privilège réservé à celles qui en ont les moyens.

L'intime est toujours politique. Prendre l'intime en compte est un levier puissant pour faire face à la *biopolitique,* c'est-à-dire à la gouvernance des êtres par la maîtrise de leur corps utilitaire. Reconquérir un imaginaire politique autour du corps féminin, en dehors des espaces marchands, permet d'investir les corps en tant qu'espaces d'existence, d'expérimentations et de plaisirs. Mais le risque de l'essentialisme n'est pas loin et cela doit nous inciter à la vigilance. Le grand retour à la Nature, lorsqu'il apparaît comme une solution, est immédiatement investi comme marché. Tout ce qui est *naturel* devient bon par essence. L'essentialisme, notamment, met en danger les droits des femmes par la *naturalisation* de leurs êtres. De nouveau, comme au Moyen Âge, la question politique du genre est ramenée à une conception biologique de la différence.

La pédagogie féministe dans le domaine de la santé vise à la fois le développement individuel et le

9 M. Szyper, C. Markstein, V. Francœur, *Femmes et sexualités sans règles*, 2008, sur www.femmesetsante.be.

changement social (*empowerment* individuel et collectif). Dans ce cadre, l'approche participative est essentielle. Elle ouvre à chacune des possibilités d'implication en permettant aux femmes de mettre des mots sur leur propre vécu, y compris les ressentis et les expériences. Soutenir et respecter les femmes dans leurs démarches, créer entre elles des alliances, des liens de confiance et de solidarité, stimuler la reprise de pouvoir sur leur vie, favoriser les rapports égalitaires, valoriser les ressources propres des femmes, déconstruire les rapports de pouvoir dans la relation soignant.e/soignée, tels sont les objectifs visés. Cette démarche favorise l'*intersectionnalité*, à savoir l'attitude qui tend à appréhender de façon globale et croisée les inégalités de sexe/genre, de classe, d'ethnicité, d'âge, de handicap et d'orientation sexuelle.

CHEMINS D'ÉMANCIPATION

Aujourd'hui, le capitalisme mondialisé creuse les inégalités planétaires. Parallèlement, on assiste à la montée d'un autoritarisme d'État. Les conséquences les plus directes en sont des reculs en termes de droit du travail et de la protection sociale, de droits des étrangers, de droits des femmes. Dans ce contexte, on voit réapparaitre des discours sexistes dans les médias dominants ou dans les hémicycles politiques. Notamment un discours anti-avortement, alertant des générations de femmes qui croyaient leurs droits acquis, mais aussi une répression nouvelle, à composante raciste, sur les tenues féminines (le *burkini*, le voile), qui a pour effet de diviser le mouvement féministe et la gauche en les prenant au piège de leur volonté universaliste.

Parmi les forces politiques féministes et anti-patriarcales, on trouve le mouvement LGBTQI[10], espace de subversion et de créativité, et aussi le mouvement du planning familial, une arme féministe toujours en place. Malgré l'existence de ces forces, le frein principal à l'émancipation des femmes et à leur autonomisation par rapport à leur corps et leur santé, c'est l'isolement. Elles ressentent le besoin de l'expertise médicale pour prendre en charge leur souffrance : elles recherchent souvent une réponse médicale à un mal-être social (surcharge, épuisement, isolement) et le médecin devient ainsi le seul dépositaire de leur détresse. La réponse logique de ce dernier va être la médicalisation. Celle-ci instaure dans la relation une dépendance qui ne peut en rien remédier à la souffrance sociale de la personne.

ON VOIT RÉAPPARAITRE DES DISCOURS SEXISTES DANS LES MÉDIAS DOMINANTS OU DANS LES HÉMICYCLES POLITIQUES.

Lors de la consultation individuelle, le rapport de forces entre le médecin et la patiente est incontestablement en faveur du médecin. L'absence de contre-pouvoir ou de contrôle social face à certaines pratiques médicales illégales ou illégitimes renforce l'autoritarisme potentiel de la posture médicale. À cela s'ajoute le besoin, ressenti par la femme, d'une expertise portant sur son propre corps. Or c'est précisément dans les espaces physiologiques que les femmes ont un pouvoir et une légitimité à se réapproprier leur corps, au lieu de le livrer sans critique ou contre-pouvoir à un expert médical, dont l'intervention elle-même induit souvent des pathologies.

LA POSTURE AUTORITAIRE DU MÉDECIN

Un autre frein, rendu invisible, s'oppose à l'émancipation et à l'autonomisation des femmes par rapport à leur corps et à leur santé : c'est la culture patriarcale des facultés de médecine. L'enseignement y est fondé sur une pensée cartésienne, utilitariste, normative, patriarcale et paternaliste. Le médecin y reste le protagoniste central, l'expert, celui qui sait et à qui il est raisonnable d'obéir. Et dans l'enseignement par compagnonnage que prodiguent les facultés de médecine, on prône une transmission de la posture autoritaire que doit prendre le médecin.

Cette attitude perdure malgré la construction, depuis plus de dix ans, de paroles des patient-e-s et usager-e-s qui s'intègrent tant bien que mal, mais avec

10 Lesbiennes, gays, bisexuel-e-s, trans et *queer* intersexué-e-s.

beaucoup de difficultés, à l'enseignement médical. Dans nos facultés, les inégalités sociales de santé ne font pas partie du programme d'enseignement, pas plus que les luttes sociales pour la promotion de la santé, la surmédicalisation, le rôle des lobbies industriels, la place de la phytothérapie ni même l'organisation des soins. Des pratiques médicales féministes (examen gynécologique au miroir, position anglaise[11]), de la santé des minorisé-e-s sexuel-le-s, du consentement, des violences (verbales, sexuelles ou physiques), de la libido féminine, des traitements non médicamenteux des affections féminines normales ou pathologiques (douleurs menstruelles, mycose génitale), de tout cela il n'est jamais question dans les cours de médecine. Et dans la philosophie du soin, en l'absence d'un enseignement sur la dialectique entre le normal et le pathologique, le rôle du médecin dans la pathologisation d'une personne ou d'un comportement est minimisé.

FAVORISER UNE APPROCHE COLLECTIVE ET NON PROFESSIONNELLE EST UNE ACTION POLITIQUEMENT RADICALE.

La féminisation de la profession médicale peut sembler augurer d'un changement concret. Mais, étant donné que la culture de l'enseignement reste construite sur les valeurs patriarcales, les étudiantes en médecine intègrent, comme leurs collègues masculins, ces mêmes valeurs qui conduisent à une pratique médicale normative, autoritaire et discriminatoire.

Un autre frein notable à l'émancipation et à l'autonomisation des femmes envers leur corps et leur santé peut aussi venir des médecins « amis » qui prennent la parole en lieu et place des femmes et usagères et à leur détriment. Dans le milieu médical potentiellement oppressant que nous avons décrit ci-dessus, développer une pratique médicale alternative et critique relève du sport de combat. Le risque d'ostracisme de la part des confrères peut susciter chez des médecins « amis » un besoin de trouver des espaces de valorisation, une sensation de légitimité accrue vis-à-vis du soin des femmes ou de la parole féministe dans les pratiques médicales. Mais le fait de franchir ces écueils, construits par la formation médicale, renforce en fait la position de puissance ou de mérite du médecin, au détriment des usagères.

POUR UNE CULTURE FÉMINISTE DU SOIN

Quand on veut envisager des leviers de changement, il semble indispensable de toujours mettre en question, à un moment de l'histoire sociale, ce qui est considéré comme légitime collectivement par opposition à ce qui est légal comme acte individuel. La légitimité collective conduit à l'autonomie. Un ancrage exclusif dans des pratiques légales passe presque systématiquement par une institutionnalisation des soins. On réduit ainsi la liberté et l'autonomie collective en échange d'un gain en matière de sécurité individuelle.

Le levier fondamental du changement est *l'approche collective et non professionnelle*. Favoriser une approche collective et non professionnelle est une action politiquement radicale. Elle consiste à développer des connaissances et des pratiques en dehors des champs professionnels afin de poursuivre l'émergence d'une culture féministe du soin et de la santé. Sur le plan collectif, il s'agit de se donner le pouvoir politique de l'autodétermination, la possibilité de questionner la légitimité des pouvoirs établis. Favoriser cette approche ne signifie pas exclure les professionnel-le-s, mais bien veiller à ce qu'illes (NDLR : ils et elles) restent dans une posture humble, sans leur « blouse » idéologique de savoir et de pouvoir.

Une approche collective et non professionnelle permet de connaître ce que l'on peut faire et de reconnaître les limites de ce qu'on ne peut pas faire. Il ne s'agit pas de fouler aux pieds les acquis précieux de la médecine moderne ; il s'agit de pouvoir y exister

11 Il s'agit d'une position d'accouchement « sur le côté ». La position latérale est considérée par de nombreuses parturientes comme moins douloureuse, plus confortable et plus favorable à l'expulsion du bébé.

SE RÉAPPROPRIER LES QUESTIONS CRUCIALES DU SOIN, DE L'INTIME, DE LA VULNÉRABILITÉ, DE LA GUÉRISON, DE LA MALADIE, DES RELATIONS D'AIDE…

avec dignité, sans être discriminée, de ne pas s'y asservir et de ne pas tout attendre d'elle. Une approche collective participative, inclusive et non professionnelle permet de se réapproprier les questions cruciales du soin, de l'intime, de la vulnérabilité, de la guérison, de la maladie, des relations d'aide et d'accompagnement, de la valeur de la vie et de la santé.

« Connaitre, soigner, aimer », disait la femme d'Hippocrate. D'une part, il faut acquérir les outils pratiques : le *self-help*, l'auto-examen gynécologique. Il faut ménager des temps collectifs autour de sujets comme le redressement du clitoris, le consentement, les violences faites aux femmes. Il faut encourager la confection d'outils de connaissance anatomique comme « la chatte en mousse[12] » et l'émergence de sites participatifs comme Gyn and C°[13]. D'autre part, des outils intellectuels, scientifiques, littéraires ou de littérature grise mettent en mots et favorisent la circulation des idées et la (ré)écriture de l'histoirE, dans de nombreuses brochures[14].

Nous assistons actuellement, partout en Europe – et notamment dans le mouvement divers des résistances politiques et citoyennes –, à l'émergence vivace de collectifs autogérés qui s'organisent autour du soin, de la question de l'intime ou de la réappropriation de la santé. On notera également que le discours des associations d'usagèr-e-s prend de plus en plus une orientation politique et féministe et réussit à se faire entendre par les pouvoirs publics. Quant aux lieux institutionnalisés de lutte (les Centres féministes de la santé en Allemagne, le *National Women's Health Network* aux États-Unis, la Plateforme pour promouvoir la santé des femmes en Belgique[15]), ils constituent des références pour les responsables de la santé publique, grâce à leur recul historique, à leur pertinence et à leur indépendance politique. Toutes ces facettes du mouvement permettent de développer la recherche collective et scientifique, afin d'étayer le plaidoyer autour de pratiques soignantes féministes. ■

12 Un outil décrit dans l'article de Célia Portet, « Clito…. ou tard », in *Bonnes femmes, mauvais genre*, revue *Z*, n° 10, septembre 2016, p. 186.

13 « Enfin une liste de soignant-e-s féministes », *Gyn and Co*, sur https://gynandco.wordpress.com.

14 Répertoriées par thématique : « corps, santé », « sexualités, relations affectives », « violences patriarcales, autodéfense féministe » sur le site https://infokiosques.net.

15 www.plateformefemmes.be

DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE EN MILIEU RURAL

Jean Laperche et Cécile Bolly

Comment faire vivre le travail en équipes pluridisciplinaires qui s'impose partout comme une nécessité, notamment pour faire face au vieillissement, dans les régions rurales qui, globalement, s'appauvrissent ?

Jean Laperche et Cécile Bolly sont médecins en milieu rural (province de Luxembourg) depuis 40 ans.

Le paysage médical rural des années 1980 comprenait presque exclusivement des médecins généralistes travaillant seuls et quelques hôpitaux où les communautés religieuses passaient le relais aux médecins spécialistes qui devenaient propriétaires des hôpitaux avant de les revendre aux autorités publiques. À la campagne, la médecine libérale était fortement implantée, tant auprès des médecins spécialistes que des médecins généralistes. Tout en permettant à certains de s'investir dans des missions humanitaires au service du public comme l'ouverture de consultations pour nourrissons ou d'aide aux patients toxicomanes.

Dans les années 1980, c'était la pléthore. Et plus d'un médecin généraliste avait du mal à survivre, multipliant pour cela les gardes de week-end ou les actes dont l'utilité était discutable : par exemple, réaliser soi-même des traitements en injections intramusculaires quotidiennes…

Dans ce contexte, à Barvaux-sur-Ourthe, par exemple, la présence d'une équipe de jeunes généralistes (devenant bien vite une maison médicale) était perçue comme très menaçante par les autres médecins. Menaçante, car assurant une disponibilité sans faille pour les premiers patients qui leurs faisaient confiance. Et encore menaçante car affichant une autre vision de la santé et de la médecine : proche des gens, scientifique et dans une vision de santé publique se référant à l'OMS avec une volonté de travailler en partenariat avec les autres professionnels de la santé de première ligne : infirmières à domicile, aides-familiales, travailleurs sociaux…

Les plaintes et procès auprès de l'Ordre ont balisé ces années 1980, crispant les deux camps sur leurs positions respectives

et rapprochant de fait la jeune maison médicale rurale de ses tout aussi jeunes collègues urbains.

LES PAUVRES PLUS NOMBREUX À LA CAMPAGNE

Trente ans plus tard, le paysage médical est surtout marqué par la pénurie de médecins ruraux et tout particulièrement de médecins généralistes.

Les nombreux généralistes diplômés dans les années 1970–1980 (la génération du *baby boom*) arrive bientôt à la pension et la relève n'est pas assurée. Simultanément, la population rurale augmente régulièrement, et tout particulièrement les personnes de plus de 65 ans demandant davantage de soins. Une partie significative de cette population se fragilise : d'année en année les pauvres sont plus nombreux à la campagne.

Pour les 44 communes rurales de la province de Luxembourg, les projections de 2015 à 2025 sont alarmantes :

Médecins généralistes actifs en garde sur Luxembourg – Dinant 1

	2015	2025
Arlon	50	32
Bastogne	42	23
Bièvre	35	15
Dinant	68	39
Libramont	29	15
Marche-en-Famenne	78	40
Tintigny	42	22
	344	**186**

LES BESOINS EN SOINS MÉDICAUX AUGMENTENT, ALORS QUE LE NOMBRE DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES DIMINUE.

En 2015, l'âge moyen des médecins généralistes est de 49,5 ans.

De 2015 à 2025, 158 nouveaux médecins généralistes devraient s'installer pour compenser le départ de médecins retraités et pour maintenir une offre de soins équivalente – alors que la demande est en croissance. Selon ces projections, il en manquera 25 % en 2025.

Or, selon les estimations du département « Démographie et société » de l'UCL, la population générale en province de Luxembourg augmentera de 10 %, passant de près de 288 000 habitants en 2016 à 315 000 en 2026. Parmi ceux-ci, la population des plus de 65 ans augmentera de 20 % : de 46 000 à 58 000 habitants.

Bref, les besoins en soins médicaux augmentent, alors que le nombre de médecins généralistes diminue.

Le témoignage d'une jeune généraliste du centre de l'Ardenne est particulièrement éloquent :

« *Une journée de travail compte 9 à 12 heures pour chaque médecin généraliste plus une garde de nuit en semaine ainsi que les gardes de week-end. Il est impossible de répondre à tous les appels téléphoniques, ni de voir tous les patients demandeurs. La porte du cabinet est fermée à clé à 19 heures et des patients attendent sur le trottoir que le médecin sorte… Il faut donc aller à l'essentiel et se limiter à une approche médico-médicale avec l'impression permanente de surcharge devenue banale au quotidien. Il n'y a plus de place pour la prévention, ni les coordinations avec des collègues. Les médecins débordés sont non conventionnés et l'accès aux soins pour les gens devient très problématique. La situation est similaire dans les services d'urgences des hôpitaux.* »

SOUTIEN AUX PRATIQUES DE GROUPE

Depuis 2010, dans la province de Luxembourg, les cercles des médecins généralistes réagissent et, soutenus par les autorités publiques locales, mettent en place des changements importants :

- Une réorganisation de la garde de médecine générale afin que la récurrence de celle-ci soit allégée pour attirer de jeunes médecins à venir vivre à la campagne ; le tri des appels dans les services 100 et, pour la population, un numéro d'appel unique tant pour les week-ends que pour les soirées de semaine : le 1733.

-L'ouverture des postes médicaux de garde en 2012 atteint ses objectifs d'assurer une garde de médecine générale pour tous les médecins généralistes.

Des initiatives pour rendre cette région rurale plus attractive pour les étudiants en médecine et assistants en médecine générale sont développées :

- En novembre, depuis 2014 et chaque année, une journée annuelle d'actes de médecine générale pour montrer la diversité et la variété des actions possibles dans cette discipline, ainsi que des témoignages de vie de jeunes généralistes ruraux récemment installés.

- Un recrutement de maîtres de stage par les universités en vue de la double cohorte de 2018. Ainsi qu'une aide au logement et à la mobilité pour les étudiants en médecine qui sont intéressés par des stages à la campagne.

- Un guichet unique d'information pour le grand public, les autorités publiques, les médecins généralistes et les étudiants afin d'inciter ces derniers à démarrer leur pratique professionnelle dans la province de Luxembourg avec un site web spécifique : www.sante-ardenne.be.

- Le soutien aux pratiques de groupes : les pratiques existantes, maisons médicales et autres associations de fait de généralistes, sont invitées à témoigner de leurs organisations et de leurs projets professionnels à la population, aux autorités et à leurs confrères. Ceux-ci acceptent l'idée que les jeunes générations de médecins préfèrent à plus de 80 % le travail en groupe pour l'entraide et la flexibilité des horaires, tout en assurant une réelle continuité des soins aux patients. Les praticiens qui travaillent seuls se rencontrent et, aidés par des conseillers de la province de Luxembourg, apprennent à se parler et à construire progressivement des associations de médecins dont un tiers deviennent des associations pluridisciplinaires. L'aide du Service public de Wallonie est un incitant à ces regroupements.

LES JEUNES MÉDECINS PRÉFÈRENT À PLUS DE 80 % LE TRAVAIL EN GROUPE [...], TOUT EN ASSURANT UNE RÉELLE CONTINUITÉ DES SOINS AUX PATIENTS.

La médecine générale rurale est donc à un tournant de son histoire. Le passage, en quelques années, de la pléthore à la pénurie s'avère une occasion pour redéfinir la profession et chercher de nouvelles formes de pratiques. D'autant que la population demandeuse de soins est plus nombreuse, plus âgée et, dans pas mal de communes rurales, de plus en plus pauvre.

Les médecins généralistes ruraux l'ont compris et, soutenus par les autorités publiques, accueillent volontiers davantage d'étudiants en médecine et s'organisent en groupes – monodisciplinaires ou pluridisciplinaires – devenant des maisons médicales (pour ceux qui optent pour une médecine sociale) et développant aussi des démarches préventives. ■