

Syndicalisme d'hier et de demain : une rétrospective historique pour expliquer l'actualité

Anne Gillet, médecin généraliste, vice présidente du Groupement belge des omnipraticiens

1963 : vote de la loi Leburton. Elle règle les rapports entre l'INAMI et les médecins par voie de conventions médico-mutuellistes (avec remboursement différent des prestations selon l'acceptation ou non de la convention) et introduit un échelonnement des soins non contraignant : même honoraire de consultation pour les médecins spécialistes et généralistes, honoraire plus élevé pour le spécialiste s'il y a référence par un généraliste.

1964 : grève des médecins en réaction au système conventionnel proposé. Les Chambres syndicales (future Association belge des syndicats médicaux - ABSyM) acceptent des amendements qui abandonnent l'idée d'échelonnement, qui suppriment la discrimination de remboursement des honoraires qu'il y ait conventionnement ou non et qui organisent la discrimination des honoraires au détriment des généralistes (honoraires de consultation des spécialistes doublés ou plus, qu'il y ait référence par le généraliste ou non). Pour avoir accepté la loi modifiée, les Chambres syndicales sont reconnues arbitrairement comme quasi uniques représentantes des médecins et cela jusqu'aux premières élections syndicales médicales de 1998, confinant les autres formations syndicales à l'impuissance. Huit sièges sont accordés à l'ABSyM et deux à l'**Algemeen syndicaat van geneeskundigen van België** (ASGB) qui a d'emblée accepté la loi dans sa première version plus favorable à l'échelonnement des soins. (L'ASGB deviendra partenaire du Groupement belge des omnipraticiens (GBO) lors de la création de la Confédération des

médecins belges en 1977).

1965 : naissance du GBO-VBO rassemblant les généralistes révoltés d'avoir activement participé à la grève faite finalement au bénéfice des spécialistes.

Dans ce contexte, au fil des ans, un paradigme s'installe, biomédical, valorisant l'usage de la technologie, l'hôpital comme lieu privilégié des soins et la spécialisation des praticiens. Cela dans une logique de pouvoir et de croissance économique (lien avec les vendeurs de matériels médicaux, de bâtiments hospitaliers, de produits pharmaceutiques). Dans ce paradigme, les généralistes perdent peu à peu leur identité et sont réduits à des rôles subalternes : médecine administrative, économique, de pauvres, d'appoint... malgré la dénonciation inlassable de cette situation inacceptable par les syndicalistes généralistes non absymistes.

1995 : les États généraux de la médecine générale organisés par le GBO et MG-Belgique mettent sur la place publique les problèmes criants de la médecine générale. Trente ans après la loi Leburton, la moitié de la profession des généralistes est à genoux.

Un an plus tard est votée la loi sur la représentativité des organisations professionnelles des médecins et celle instaurant les élections syndicales (obligation pour un syndicat d'être pluridisciplinaire – médecine générale et médecine spécialisée - et bilingue).

1998 : premières élections syndicales médicales. Les généralistes votent en masse pour le Cartel (GBO-ASGB-

SVH) rassemblant des généralistes alliés aux spécialistes les plus « intellectuels » souffrant, eux aussi, de la primauté de la technicité : 60 % des généralistes et 10 % des spécialistes permettent enfin la présence équitable en médicomut de leurs représentants qui, malgré leur minorité, peuvent influencer certaines décisions. Quatre ans après, les électeurs renforcent encore cette représentation : 70 % des généralistes et 10 % des spécialistes votent pour le Cartel.

Mais le mal est fait. En médicomut, le syndicat majoritaire, les mutuelles et les pouvoirs publics ne sont nullement attachés à redonner leurs couleurs aux généralistes, imaginant continuer à organiser notre « non-système » des soins sur le mode hospitalo-centriste. Les syndicalistes généralistes devront convaincre de l'utilité de la première ligne, indispensable, différente et complémentaire aux autres niveaux de soins, apportant une plus-value en santé publique.

Les généralistes commencent à redresser la tête, les faits emblématiques en seront les états généraux de la médecine générale et la manifestation de la première ligne en 2002. Grâce à la Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAG) et au Vlaams Huisartsenparlement (VHP-parlement des généralistes néerlandophones), ils redéfinissent leur identité.

Conforté par ces concepts redéfinis, le Cartel continue à développer des financements répondant à ces plus-values en santé publique : Dossier médical global, honoraires de disponibilité, financement des

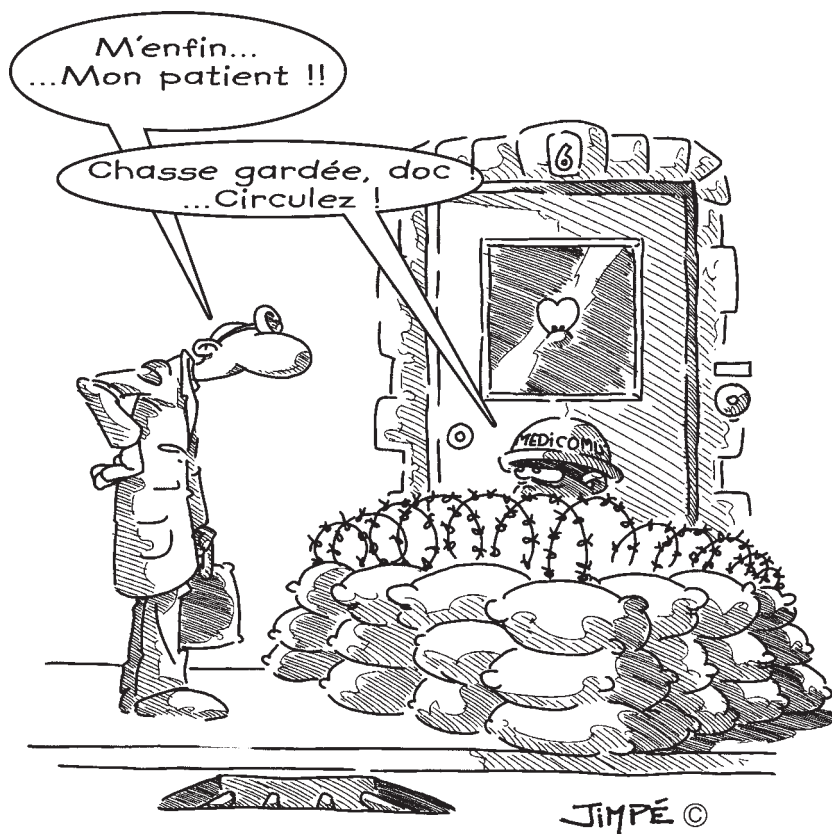
pratiques en collaboration, financement du dossier médical informatisé, étant entendu que les partenaires en medicomut qui rechignent à revaloriser l'acte intellectuel à sa juste valeur.

Et puis le budget des soins de santé s'emballe. La scission communautaire et la privatisation menacent. Les pouvoirs publics sont contraints de chercher des solutions pour sauver le système solidaire. C'est dans ce contexte que la première ligne retrouve certaines grâces aux yeux des politiques qui l'entrevoient comme un instrument de maîtrise des coûts. Politiques peu enclins encore à lui accorder son réel statut d'utilité en santé publique. On assiste tout de même alors à des ébauches de revalorisation de la médecine générale par le ministre Vandembroucke, ainsi qu'à de toutes récentes propositions par son successeur le ministre Demotte, rejoignant les thèses du Cartel, introduisant, entre autres, une politique d'aide à l'installation et un embryon d'échelonnement des soins.

2005 : sécession du Syndicaat van Vlaamse Huisartsen (SVH) vis-à-vis du Cartel, voulant, entre autres, créer en Flandres une structure unique des seuls généralistes pour tenter de défendre plus radicalement la médecine générale. Essai, actuellement non concluant, de faire reconnaître légalement un syndicat mono-disciplinaire.

• • • •
Aujourd'hui encore le défi reste majeur

Malgré les élections médicales, les représentants du Cartel sont



minoritaires en plénière de la medicomut et n'ont qu'un pouvoir de pression : les avancées de la médecine générale décidées en groupe de travail où, entre médecins généralistes, ils sont majoritaires, sont cassées en plénière par la majorité des médecins spécialistes de l'ABSyM.

L'échelonnement à l'envers, de surcroît contraignant, tue la médecine générale : ce sont ces règlements qui obligent le recours aux spécialistes, les centres multidisciplinaires de références (du diabète, de la ménopause, de la céphalée, « de l'homme »...) accessibles en première ligne et favorisés par des remboursements qui leur sont réservés (tigettes urinaires par exemple), les équipes hospitalières qui sont déléguées à domiciles et repoussent peu à peu les soignants naturels du domicile, la mise en avant de la technicité, première au hit parade des soins, accessible en première ligne avec si peu de retour de la part de la médecine spécialisée... Cet échelonnement à l'envers est organisé et défendu par le lobby spécialisé. Si, sur le terrain, le travail de

collaboration est parfois exemplaire et permet un travail de qualité au service des patients, quand il s'agit en medicomut de partager le « gâteau » financier, médecins généralistes et médecins spécialistes ne sont plus vraiment partenaires.

Cette opposition entre médecine généraliste et médecine spécialisés, ou plutôt entre « intellectuels » et « techniques » est imposée aux généralistes, malgré eux. Si les médecins généralistes veulent sauver leur profession, ils doivent affronter la puissance financière qui cadenasse les tentatives de revalorisation de la première ligne.

Prendre cette opposition pour une guerre de bac à sable qui fatigue les médecins de la base est un leurre. Dans le bac à sable, il n'y a pas de sable, mais beaucoup, beaucoup d'argent. Ce qui en fait un conflit insidieux et majeur. Le refus quasi systématique de redonner aux médecins généralistes la place qui leur revient peut être lié à la crainte de voir s'installer une tentative raisonnable de gérer les filières de soins... sorte de contre-pouvoir « dangereux » financièrement

• Syndicalisme d'hier et de demain : une rétrospective historique pour expliquer l'actualité • (suite)

parlant.

On peut penser, en effet, que si le projet du groupe de travail « urgences » a été arrêté en plénière de la médicomut en juin 2005, c'est qu'il tentait une ébauche d'échelonnement et donc de diminution des recours aux urgences. Projet arrêté par le D^r Detoef, vice-président de l'ABSyM, par ailleurs aussi gestionnaire d'hôpital, donc juge et partie !

Il est intéressant de savoir que le fameux article 140 qui gère la rétrocession d'honoraires des spécialistes aux hôpitaux et « organise » la surconsommation hospitalière a été promu, soutenu et utilisé par le D^r Wynen en personne, en son temps président de l'ABSyM et lui aussi gestionnaire d'hôpital. L'histoire se répète et explique pourquoi certains dossiers n'avancent pas.

Quant aux spécialistes « intellectuels » comme les pédiatres, les endocrinologues, les gériatres, il faut savoir que c'est grâce aux pressions des spécialistes du Cartel que la médicomut et récemment le Ministre Demotte se sont enfin penchés sur leur sort ! Ceux-là en effet ne sont pas suffisamment rentables pour l'hôpital et intéressent peu les gestionnaires d'hôpitaux.

••••

Pourquoi le Cartel n'a pas participé à la manifestation du 24 septembre organisée par l'ABSyM ?

Cette analyse éclaire les décisions des dirigeants du Cartel (GBO-ASGB), entre autres celle de ne pas participer à la manifestation organisée par l'

ABSyM... décisions qui ne sont pas des réactions épidermiques de gens capricieux et électoralistes mais bien des décisions réfléchies et difficiles à prendre par des syndicalistes qui ont dû avaler tant de couleuvres dans la défense des généralistes et qui ont marqué, par ce refus, une contestation du syndicalisme dominant.

Certains mouvements de médecine générale pensent que l'avenir est peut-être dans un nouveau syndicalisme avec des gens qui ne sont pas parasités par toutes ces notions qui fâchent. Mais s'ils font fi de l'Histoire, ils risquent d'être rattrapés par elle et d'être victimes des mêmes mécanismes.

Mots clefs : syndicalisme, système de santé, politique de santé.