

Bonjour

Quand vous lirez ces lignes, l'accord médico-mutualiste aura, sauf revirement, été enterré par les médecins. Et peut-être de nouvelles négociations seront-elles déjà entamées...

Le corps médical dans sa majorité est attaché à une pratique qu'il veut libérale : monopole des soins, primauté de la relation médecin-patient sur toute autre considération, fut-elle de santé publique, liberté de choix du patient, liberté thérapeutique et diagnostique, paiement à l'acte, et surtout pas de contrôle de l'état sur la cuisine interne. L'ABSyM, considérée comme le syndicat représentatif du corps médical sur des bases historiques, se pose en héraut de ces valeurs face à l'adversaire « Etat » caricaturé par l'actuel ministre de la Santé publique. Il est vrai que le ministre Colla semble être le bélier d'une offensive plus large dirigée contre l'establishment médical.

Derrière les péripéties du conflit qui oppose médecins et Etat, au-delà de l'anecdote, se discerne en ombre le projet de modifier les fondements de la médecine libérale « à la belge ». La loi Vermassen-Lenssens, casus belli de la rupture de la convention médico-mutualiste, impose le montant des honoraires hospitaliers même aux médecins ayant officiellement refusé la convention. La volonté de reconnaissance de quatre « médecines parallèles » menace le monopole des soins en ouvrant la porte des diagnostics et traitements à des non médecins. La récolte des données de prescription renforce les contrôles sur la pratique des médecins. Les projets de réforme de l'Ordre susceptibles d'y intégrer des non médecins de même que la mise en forme

des droits des patients sont vécus comme des atteintes à la liberté et à la confiance que réclame le corps médical.


Les relations médecins-état qui se focalisaient naguère sur les problèmes économiques montrent ainsi leur autre visage : celui d'un conflit entre le pouvoir et une corporation. Conflit dont les premières batailles remontent à la naissance des états nations : on en trouve les échos dès le début du XIX^{ème} siècle. Et qui peut se résumer en une question : qui peut décider de ce que doivent faire les soignants ? Dans l'absolu et indépendamment de la pertinence ou de la non-pertinence des réformes voulues actuellement, nous estimons à Santé conjugulée que c'est aux usagers qu'il revient de déterminer ce qu'ils attendent des soignants, que le rôle de l'Etat est d'être leur porte-parole et celui des soignants de mettre leurs compétences, dont ils restent maîtres et responsables, au service de la population.

Voilà pourquoi, prenant de la distance par rapport à l'événement, nous consacrons notre cahier à « la santé communautaire », c'est-à-dire à une conception des soins de santé comme propriété de la population. Pourquoi et comment délivrer la santé de l'autocratie médicale et des chaînes économiques ? Pourquoi et comment susciter la santé... communautaire ?

A cette réflexion s'articule une question « sine qua non » : quel avenir pour la sécurité sociale ? Sa fragilité financière, les vellétés de la scinder, les enjeux pour les usagers sont les approches que vous proposera notre prochain numéro de Santé conjugulée.

Nos rubriques procèdent du même esprit « communautaire ». Vous y trouverez notamment une discussion avec Micky Fierens à propos du récent colloque des patients et la présentation d'un « essai pour une clinique psychanalytique du social » (de Jean-Pierre Lebrun) dont un fondement est la réappropriation par les gens de la parole confisquée par l'objectivité de la science et par les mécanismes que son discours induit dans notre société. La mise en question de notre système de soins est au programme des forums organisés par l'Institut Vandervelde (page 8). Une mise en réponse, du moins au niveau de la médecine générale, est l'objet de l'article de Janice Fisher (page 3). Sur un plan plus prosaïque, la décision de procéder à de élections médicales en juin 98 est l'occasion, en modifiant les rapports de force entre syndicats médicaux, de se doter d'un outil de changement (page 2). Et pendant ce temps, à l'autre bout du monde... deux kinésithérapeutes belges ont participé à un colloque international au Vietnam. Confrontation qui donne à réfléchir (page 11).

Bonne lecture



Une politique de santé en marche...

Jacques Morel

.....
Au moment de mettre sous presse ce numéro de Santé conjugulée, l'annonce est faite de décisions qui ne peuvent laisser indifférents ni les professionnels de la santé ni les usagers.

En quelques semaines, l'incendie qu'on croyait éteint se ravive. La convention médico-mutualiste est remise en cause par l'ABSyM* qui ne peut tolérer le vote par la Chambre de l'amendement Vermassen. Cet amendement régleme

de manière contraignante les honoraires médicaux pour les hospitalisations en chambre double. Il est vrai que dans l'accord médico-mutualiste, la discussion de cette proposition avait été remise à plus tard. Dans la suite immédiate, le gouvernement prend, par des lois-cadres, la décision d'organiser des élections syndicales au sein du corps médical.

Ces élections étaient promises depuis des mois et à force de les voir régulièrement post-posées, beaucoup les croyaient enterrées pour cette législature ; d'aucuns voient même dans la rupture de la convention médico-mutualiste une dernière tentative des chambres syndicales de repousser l'échéance.

Aujourd'hui la décision est prise. La ministre Magda DeGalan a fait paraître au Moniteur du 5 mars les arrêtés qui règlent la procédure d'élection des représentants des médecins au sein des divers organes de l'INAMI**.

Pour la première fois depuis la création de l'INAMI en 1964, un processus de comptage des membres des organisations représentatives des médecins sera mis en place, de même que le principe du scrutin.

Les organisations syndicales, pour autant qu'elles représentent des généralistes et des spécialistes et comptent au moins mille cinq cents membres

en ordre de cotisation, pourront faire acte de candidature dans les vingt jours. De ces élections sortiront deux collèges : un collège de généralistes (six mandats) et un collège de spécialistes diplômés ou en formation (six mandats).

Les élections sont prévues en juin et les résultats connus en juillet. Actuellement, l'ABSyM occupe neuf des onze sièges attribués au banc médical de l'INAMI, les deux autres allant à la Confédération des médecins belges (CMB***).

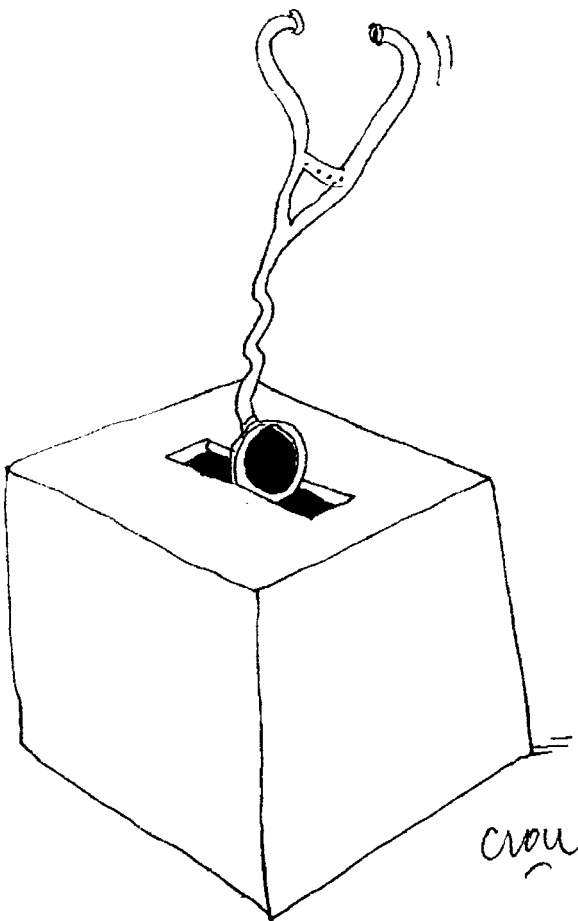
L'enjeu majeur est de voir se modifier la répartition des sièges vers davantage de représentants de la médecine générale, au détriment de l'ABSyM bien mieux implantées dans le secteur hospitalier. Une avancée des syndicats de généralistes comme le GBO**** pourrait donner au secteur primaire une reconnaissance, mais aussi une force qu'il s'agira de ne pas galvauder, mais au contraire et encore davantage à la veille des échéances électorales de 99, de nourrir d'un projet de politique de santé. Le texte de J. Fisher traduit par Pierre Drielsma (page suivante) ouvre des perspectives intéressantes dans ce sens. ●

*ABSyM : Association belge des syndicats de médecins.

**INAMI : Institut national assurance maladie invalidité.

CMB*** : regroupe le GBO et l'ASGB [ASGB : Algemeen syndikaat van geneesheren van België (syndicat néerlandophone regroupant des généralistes et des spécialistes).]

GBO**** : Groupement belge des omnipraticiens.



Quelle médecine générale pour le XXI^{ème} siècle ?

Janice K. Fisher (traduction de Pierre Drielsma)

Les soins de santé aux Etats-Unis consomment 15 % du produit national brut, alors que les indicateurs de santé y sont défavorables par rapport aux autres pays développés. Pour comprendre cela, on peut regarder comment les prestataires fournissent les soins et comment la société les utilise.

De ce point de vue, il est souhaitable d'étudier la médecine générale, qui, membre d'une équipe, occupe une position centrale dans le système de soins de première ligne. La Fédération mondiale des généralistes a défini comme suit les responsabilités du généraliste :

- dispenser les soins de santé pour tous les patients, sans conditions d'âge, de sexe, de statut socio-économique ni de maladie particulière ;
- traiter les maladies, dispenser les mesures préventives et promouvoir les styles de vie sains des individus et des communautés ;
- soigner les patients dans leur contexte familial et communautaire ;
- fournir des soins continus globaux (*comprehensive*) qui tiennent compte de l'influence des facteurs culturels, sociaux, psychologiques et économiques sur la santé et la maladie ;
- fournir les soins directement ou via d'autres membres de l'équipe, en fonction des besoins des patients et des ressources de la communauté.

Il est clair que les médecins de famille font déjà plus que soigner les maladies. Mais ils doivent encore élargir leur rôle en vue de servir leur communauté aussi

efficacement que possible. Dans le but de rencontrer l'objectif (*challenge*) de santé pour tous, il a été suggéré qu'il y a besoin d'un autre type de médecin capable de remplir cinq rôles :

- **fournisseur de soins** : qui évalue et améliore la qualité des soins en répondant aux besoins du patient et intégrant les services préventifs, curatifs et de réhabilitation ;
- **décideur** : qui fait le meilleur usage des nouvelles technologies, en tenant compte de considérations éthiques et du bénéfice final de l'utilisateur (*consumer*) ;
- **communicateur** : qui promeut les modes de vie adéquats au moyen d'aptitudes de communication et en encourageant les individus et les groupes en vue de leur propre prise en charge de santé ;
- **leader communautaire** : qui réconcilie les impératifs individuels et collectifs (*community*) de santé ;
- **manager** : qui travaille dans le secteur de la santé en équipes interdisciplinaires.

Cependant, trois rôles supplémentaires sont nécessaires aux médecins dans l'avenir :

- **enseignant** : les médecins devraient éduquer les individus et les communautés dont ils sont responsables, les autres membres de l'équipe de soins et les étudiants en médecine ;
- **chercheur** : il faudrait réaliser des études qui permettent l'établissement de profils de santé de la population (*micro-épidémiologie*), et la mise en place et l'analyse de stratégies de santé publique ;
- **politique** : les médecins correctement formés devraient participer à la

planification, au développement et à la réalisation (*implementation*) de soins de santé de première ligne à tous les niveaux.

Les nouveaux généralistes ne devront pas seulement prendre des décisions médicales, mais aussi économiques et sociales, en relation avec les soins de santé. Les compétences préventives et de santé publique sont nécessaires en plus des aptitudes curatives. Et, le plus important, les généralistes doivent appartenir à une équipe dans laquelle chaque membre apporte sa contribution spécifique en vue de fournir des soins de santé globaux (*comprehensive*) aux individus et aux communautés.

Le généraliste de demain doit devenir un leader dans :

- la promotion de la santé et la prévention des maladies ;
- le développement communautaire orienté vers la prévention de la maladie (*illness*) et la promotion de modes de vie sains ;
- l'éducation à la santé des patients, de la société, des étudiants en médecine et d'autres travailleurs de santé.

Aux Etats-Unis (*et en Belgique...*), les étudiants ne sont pas formés à ces aspects. En effet, il y a eu un abandon progressif de la médecine générale : aujourd'hui, 30 % des médecins sont généralistes contre 76 % il y a cinquante ans. Une enquête de 89 montrait que seulement 22,5 % des jeunes diplômés se destinaient à la médecine générale, 10 % des étudiants de première candidature envisageaient de devenir généralistes.

Ceci reflète partiellement l'enseignement donné dans un système de santé

• Quelle médecine générale pour le XXI^{ème} siècle ? (suite)

orienté vers les soins tertiaires et les maladies aiguës. De nombreuses écoles de médecine aux Etats-Unis ne disposent pas de cours de médecine générale. De plus, la majorité des médecins pratiquent dans des grandes villes où l'accès à l'hôpital est relativement aisé, alors que les zones rurales ont un nombre insuffisant de travailleurs de santé. En général, les écoles de médecine sont associées à un hôpital, dans lequel le modèle est « tout spécialiste ». Dans ce

cadre, les étudiants, en apprenant les hautes technologies, deviennent dépendants de celles-ci et réfèrent précocement aux spécialistes. Cela rend le travail rural peu attractif. Le coût élevé des études de médecine est une autre raison qui pousse à la spécialisation. Les étudiants contractent des dettes importantes (*aux Etats-Unis en tous cas*), et la meilleure rentabilité des spécialités permet de rembourser plus vite.

Les soins dispensés par les spécialistes sont plus chers que ceux donnés par les généralistes. De plus, les spécialistes soignent les maladies (*illness*), alors que les généralistes devraient se concentrer sur la prévention. Les spécialistes sont particulièrement occupés par le traitement des maladies aiguës, les généralistes par les maladies chroniques et peu précises. Les généralistes sont mieux équipés pour prévenir les maladies et promouvoir la santé ; leur

« Les mésanges innovent, les rouges-gorges non »

Dans son article de la Harvard Business Review intitulé « The living company » Arie de Geus, professeur honoraire à la London Business School, écrit : « Comment une organisation apprend-elle ? Les oiseaux peuvent nous aider à répondre à cette question. Les travaux suivants ont été menés par Allan Wilson, ancien professeur de biochimie et de biologie moléculaire à l'université de Californie de Berkeley. (...) Allan Wilson s'est intéressé au cas de la mésange. Au début du siècle, en Angleterre, le livreur de lait déposait sur le seuil des maisons des bouteilles de lait non fermées. Mésanges et rouges-gorges, deux espèces communes, commencèrent à se nourrir de la crème du lait. Dans les années 30, l'industrie laitière décida de sceller les bouteilles. Que se passa-t-il ? Dès le début des années 50, toute la population de mésanges de Grande-Bretagne, estimée à un million, avait appris à percer les pellicules recouvrant les bouteilles. Les rouges-gorges, eux, n'ont jamais appris cette technique.

Comment expliquer cette différence ? Les mésanges sont mobiles et ont un système social qui favorise la propagation de l'innovation. Les rouges-gorges, par opposition, sont des oiseaux territoriaux, qui ne possèdent pas ce type de système social. (...) Pour qu'une espèce animale exploite les opportunités de son environnement, trois conditions sont nécessaires :

- les individus de l'espèce doivent être mobiles, se rassembler et évoluer en groupe plutôt que de rester immobiles et isolés ;
- l'espèce doit avoir la capacité d'inventer de nouveaux comportements ;
- il doit y avoir transmission de l'individu au groupe à travers une communication directe.

(...) Les oiseaux non territoriaux apprennent plus vite. Il en est de même pour les organisations. Chaque société devrait avoir quelques personnes assez curieuses pour butiner dans différents endroits, à l'image des mésanges. Mais posséder quelques innovateurs ne suffit pas. Ces organisations doivent encourager ces personnes à interagir pour répandre et confronter leurs connaissances.

Le Monde du 17 février 1998



approche globale est fondamentale pour des soins de première ligne efficaces.

La plupart des qualités (soulignées plus haut) requises pour le généraliste moderne sont en dehors de l'enseignement médical traditionnel. Un tel médecin doit être formé, non seulement en sciences biomédicales mais aussi en sciences sociales (*behavioral*), économie de la santé, épidémiologie et santé publique. C'est nécessaire pour comprendre la prévention et les conséquences physiques, émotionnelles, sociales et économiques de la maladie. Un effort doit porter sur le développement du travail en équipe, la direction et les aptitudes à résoudre les problèmes. Il faut établir de bonnes relations avec les patients et une confiance à long terme doit se construire

(*continuité des soins*), conduisant à un partenariat pour la santé.

On doit se poser la question de savoir pourquoi modifier les cours de médecine pour produire un spécialiste idéal des soins primaires, alors qu'il existe de telles perspectives pour les infirmier(e)s, les travailleurs sociaux et de santé publique.

En effet, les **infirmier(e)s** ont obtenu, dans certaines circonstances, un meilleur succès que les médecins en ce qui concerne la satisfaction des patients, l'observance au traitement et les **résultats** (*health outcomes*).

Cependant, il est clair que le patient doit être traité globalement (*holistically*), en tenant compte des aspects physiques, mentaux et sociologiques. Ceci requiert

que le médecin collabore avec d'autres professionnels afin de dispenser les meilleurs soins globaux à la communauté. Et il doit apporter son expertise pour parvenir à intégrer le curatif, le préventif et la promotion de la santé. Les généralistes sont dans la possibilité non seulement de collecter les données épidémiologiques mais aussi de **développer**, de **mettre en place** et de **piloter** directement les effets des programmes de santé communautaire.

Une des conditions pour une réforme des soins de santé est que les facultés de médecine (*medical schools*) développent un curriculum spécifique qui

forme des généralistes qui puissent rencontrer les vastes besoins de santé de leur pays et communauté tels que décrits plus haut.

Une autre condition tient à l'éducation du public afin de faire évoluer ses attentes et utilisations du système de santé.

On peut espérer une réforme des soins de santé seulement si la société adhère à l'idée que les soins de première ligne sont la **meilleure forme** de dispensation des soins (*en premier recours*). ●

Note : Les caractères en italique et en gras sont du traducteur.

La Ligue pour les Usagers de la Santé

Interview de Micky Fierens, porte-parole de la Ligue pour les Usagers de la Santé

- *Santé conjugquée : Qu'est-ce que la Ligue pour les Usagers de la Santé ?*

Micky Fierens : La Ligue pour les Usagers de la Santé rassemble une trentaine d'associations de groupes d'entraide.

- *Sc : Comment avez-vous vu le jour ?*

MF : Tout a commencé par des réflexions sur le sujet « professionnels de santé et patients ». Il nous a semblé important en tant qu'usagers de la santé de débattre plus avant sur « le patient ». Nous avons alors invité les groupes d'entraide de la Communauté française. La première réunion s'est tenue en septembre dernier. Sur cent cinquante cinq groupes invités, trente sont venus. Après trois réunions, la Ligue des usagers, composée exclusivement d'usagers, voyait le jour.

- *Sc : Quel but poursuivez-vous ?*

MF : Il tient en une phrase : nous voulons que le patient puisse prendre part à sa santé en général.

- *Sc : Pouvez-vous être plus explicite ? Par exemple vous, qu'attendez-vous de la reconnaissance de vos droits en tant que patiente ?*

MF : Mes attentes se situent à trois niveaux. Tout d'abord la relation avec le médecin. Ma santé dépend de cette relation. Je revendique que cette relation fonctionne dans les deux sens. Contrairement à ce qui se passe dans les pays nordiques, l'écoute et le droit des patients ne font pas partie des études médicales et paramédicales ! Si l'on veut que cela change, il faudra d'abord changer les mentalités des deux côtés.

Ce qui nous conduit au deuxième point, celui de la « légifération ». Légiférer sans tenir compte des mentalités ne mènera à aucun changement. Pire, cela pourrait faire courir au patient le risque de se trouver dans un système autre qui, sans améliorer sa situation, deviendrait plus astreignant et plus « légal ».

Enfin, j'aimerais faire reconnaître le droit des patients et toucher les personnes qui en ont besoin.

- *Sc : Quels sont vos objectifs ?*

MF : Ils sont au nombre de trois : être partenaire dans tous les débats sur les usagers, être reconnu, défendre le droit des patients.

- *Sc : Précisément, les 30 et 31 janvier s'est tenu un colloque sur le droit des patients. Y avez-vous participé ?*

MF : Nous n'étions pas invités à participer aux débats ni à la rédaction des propositions, mais nous étions présents à l'entrée du colloque où nous avons distribué un communiqué de presse reprenant nos revendications.

Le communiqué a été répercuté dans la presse médicale et populaire.

- *Sc : Quelles ont été les réactions ?*

MF : Un très bon retour de la presse populaire. Un ton un peu sarcastique de la presse médicale. Nous avons même perçu lors d'un interview une certaine agressivité dans les questions. De nombreuses personnes nous ont contactés pour nous faire part de leur cas personnel : le message est passé.

Nous avons aussi eu des contacts avec une section flamande qui poursuit les mêmes objectifs. Elle nous propose une

alliance pour passer du niveau communautaire au niveau national. Une réunion est prévue fin avril, regroupant des personnes des deux communautés, afin de définir les objectifs et la structure que pourrait prendre une alliance de patients. Toute personne intéressée par ce débat peut me contacter au numéro de téléphone 086-49.94.58.

- *Sc : Que pensez-vous des propositions du ministre Colla ?*

MF : Nous apprécions l'initiative du ministre de débattre du droit des patients, mais nous voulons plus de précisions dans ses propositions. Cependant, lorsque ses projets prendront force de loi, nous lui apporterons notre soutien face aux éventuels problèmes qu'il pourrait rencontrer dans le monde médical.

Nous avons écrit au cabinet pour faire connaître notre avis et aussi notre vœu de participer aux discussions.

- *Sc : Et pour la suite de vos actions ?*

MF : Nous avons du réagir à chaud sur les propositions du ministre Colla. Maintenant, nous devons continuer le débat de fond entre nous, apporter notre avis en tant que patient et nouer des rapports plus suivis avec le ministre et son cabinet. Nous avons d'ailleurs reçu une invitation à participer à une table ronde en mars.

- *Sc : Et en dehors de cette discussion avec le ministre Colla ?*

MF : Nous voudrions organiser plus précisément notre structure, répertorier les groupes présents et avoir ainsi une idée plus claire de notre groupe.

- *Sc : Tous nos vœux de la part de Santé conjugquée.*

COMMUNIQUE DE PRESSE

Les patients se mobilisent et créent une « Ligue des Usagers de la Santé »

Ces 30 et 31 janvier aura lieu un symposium ayant pour thème : « Droits du patient, réalité ou illusion ».

Ce symposium serait la dernière étape vers un projet de loi reconnaissant des droits aux usagers de la santé. Marcel Colla, ministre fédéral de la Santé publique désire en effet modifier la législation concernant les patients face au corps soignant, hôpitaux, médecins, dentistes, kinésithérapeutes et autres. Ses propositions concernent : le droit à l'information, le consentement à un acte médical, la consultation du dossier médical, la présence d'un tiers et dignité du patient et la création d'une instance de recours.

Depuis le début de l'été 97, le cabinet du ministre de la Santé s'est penché sur la question afin de soumettre le projet de loi au secteur médical, de le faire entériner lors du symposium de ce mois de janvier et de le déposer au Parlement. L'entrée en vigueur de cette loi serait donc pour le printemps prochain.

Des représentants de quelques cent cinquante-cinq groupes d'entraide et associations de patients existant en Communauté française se sont regroupés en une « Ligue des Usagers de la Santé ». Depuis

plusieurs mois, nous menons une réflexion sur le droit du patient, sur la manière de nous organiser et de devenir un partenaire obligé dans le domaine de la santé. Il nous semble important en effet que les usagers de la santé puissent prendre part d'une manière plus large à la conception de la santé dans notre pays. Et surtout lorsqu'il est question de légiférer à notre sujet.

Nous appuyons toute initiative ou

politique de changement de mentalité qui favoriserait la reconnaissance du patient *en tant qu'adulte en situation d'indépendance vis-à-vis des prestataires de soins.*

Nous espérons vivement qu'à l'avenir, grâce à la Ligue des Usagers de la Santé, la voix des patients sera enfin entendue. (Ligue des Usagers de la Santé. Contact : Micky Fierens, 086/49.94.58).



Les forums socialistes de la santé

Axel Hoffman

.....

Nous disposons d'un système de soins de santé performant. Des preuves ? D'abord, c'est l'OCDE qui l'a dit! Ensuite, il ne coûte que 7,9 % de notre produit intérieur brut, prix tout à fait moyen parmi les pays industrialisés. Il est accessible à presque tout le monde : 1,4 % de la population seulement n'est pas assurée, et la modernisation récente de la sécurité sociale va encore améliorer ce score.*

.....

Des points noirs...

Pour commencer, le système en place soigne bien les maladies mais n'influence que peu l'état de santé global de la population qui dépend beaucoup plus de facteurs socio-économiques. Le bon accès aux soins est nuancé par le fait qu'un nombre grandissant de soins est moins bien couvert ou ne l'est plus. Enfin, la croissance modérée et aléatoire des ressources exerce sur nos dépenses de santé de fortes contraintes financières. Les politiques de réduction des cotisations patronales, le passage à la monnaie unique et la résorption de la dette publique grèvent les disponibilités financières, tandis que le vieillissement de la population, l'évolution technologique et l'augmentation du niveau de vie moyen stimulent la demande de soins et ses coûts. Nombre de ces éléments offrent peu de prise. Il devient indispensable pour maintenir le système de soins de concilier l'augmentation graduelle des dépenses de santé avec la croissance modérée des ressources publiques.

C'est sur base de cette analyse que l'Institut Emile Vandervelde, en étroite collaboration avec les mutualités socialistes, organise actuellement les « forums socialistes de la santé ». Leur objectif : aller à la rencontre de ceux qui, quotidiennement, œuvrent dans le domaine de la santé pour mener avec eux une réflexion sur le thème « comment infléchir la dynamique actuelle des dépenses de santé ? ». (Renseignements sur ces rencontres : contactez madame Luce Nef au 02/513.50.76.). Pour ouvrir les débats, l'Institut Vandervelde a fait circuler quelques documents avec lesquels nous éprouvons certaines affinités. En voici la teneur.

.....

La politique des soins de première ligne

Les systèmes de santé des pays occidentaux ont montré leurs limites vers la fin des années 60 : hypertechnicité et perte de la dimension humaine, coûts excessifs, malaise des dispensateurs et des usagers, hospitalocentrisme et dévalorisation de la première ligne, accessibilité en diminution, systèmes d'information inefficients, etc. Les solutions à ces différents problèmes nécessitent de modifier les concepts de base, les relations de pouvoir et les flux financiers. Il s'agit d'un changement structurel qui implique la définition d'une véritable politique de santé, là où n'existe aujourd'hui que la sommation de mesures partielles, parfois contradictoires, prises devant le poids des lobbies ou dans l'urgence de changements indispensables.

Cette politique représentera un véritable virage ambulatoire**. Elle devra tendre à la réalisation des critères de qualité des systèmes de santé.

- *structuration en trois niveaux de soins cohérents et spécifiques et s'adressant à toute la population.* Le premier niveau, non spécialisé, centré sur le médecin généraliste (ou de famille) assure l'entrée dans la filière de prise en charge des problèmes de santé et la résolution de 90 % de ceux-ci. Le deuxième niveau est celui de la référence spécialisée, le troisième, celui de la haute logistique et des technologies de pointe. Il importe d'assurer une rationalité séquentielle et une accessibilité souple dans le recours à ces différents niveaux : c'est le principe de l'échelonnement ;
- *pas de trou fonctionnel (gap) ni de recouvrement (overlap) entre les activités des différents niveaux.* C'est le principe de subsidiarité : chaque niveau réalise une part spécifique des soins et évite de détourner à son profit les tâches des autres niveaux ;
- *existence d'un système d'information cohérent et structuré.* Le dossier médical en est l'outil central, tenu par un médecin de référence désigné par le patient pour tous ses problèmes de santé, dont les maladies (*titularisation et inscription*) ;
- *participation de la population et des individus à la promotion de la santé et aux prises de décision.* La compétence technique ne peut justifier ni le monopole des prises de décision, ni la dépendance à l'égard de l'organisation médico-sanitaire. L'information est le préalable indispensable à la participation de la population et des individus ;
- *recherche et application de modes de financement plus adéquats ;*
- *prise en compte de « l'évidence scientifique ».*

•••••

La politique de maintien à domicile

Le vieillissement de la population, avec l'augmentation du nombre de personnes dépendantes nécessitant des soins, représente un défi majeur des prochaines années. Préfigurer les évolutions démographiques et la charge financière sont les premières tâches à remplir.

Le maintien à domicile aussi longtemps que possible constitue une priorité : les *services de proximité* (repas à domicile, adaptation des logements, télévigilance, aides familiales) devront se développer, de même que la coordination du maintien à domicile.

Des *formes d'accueil partiel* telles que courts séjours, résidences-services, centres de jours permettront de soutenir

Ces premiers documents rencontrent sans divergence majeure les objectifs ou « utopies » des maisons médicales (l'utopie étant un non existant que l'on veut supprimer en le faisant exister quelque part...). L'expérience des soignants de terrain et notamment de première ligne montre à souhait que la distance est grande entre la réalité et ces bonnes intentions. Puisse le politique se montrer un allié sur cette route.



Il conviendra, sur base de ces données, de disposer de services et d'équipements correspondant aux besoins de prise en charge et de les organiser de manière échelonnée pour répondre à l'évolution de ces besoins. Il sera tout aussi indispensable d'assurer aux personnes âgées des revenus suffisants pour leur garantir l'accès à ces services, d'où l'importance de préserver un régime de pensions performant et d'instaurer un régime d'assurance dépendance.

les accompagnants (famille, proches). S'il convient d'éviter toute institutionnalisation excessive, il faudra, lorsqu'elle s'avérera inéluctable, en assurer la qualité et renforcer les *normes d'agrément* tout en permettant au personnel occupé dans ce secteur de bénéficier de *conditions de travail* satisfaisantes. Le secteur public doit retrouver une présence dynamique dans ce domaine qui a trop facilement été occupé par le réseau commercial.

•••••

La politique en institution de soins

Grand pourvoyeur d'emploi (140.000 travailleurs en 1994) et mastodonte financier (flux de 260 milliards en 1992), le secteur hospitalier est en question.

Une interrogation essentielle : comment évaluer la pratique médicale dans le secteur hospitalier afin de permettre à la collectivité de contrôler l'affectation réelle des moyens mis en œuvre ? L'Institut Vandervelde suggère la création d'une structure de contrôle indépendante qui accorderait une attestation de qualité aux services hospitaliers. Grincements de molaires en perspective... Moins insolent, il suggère aussi de forger une nouvelle culture des relations entre hôpital et patients (sorte de charte des droits et obligations de chacun), de même qu'une information structurée et contrôlée par les pouvoirs publics.

La *régulation de la demande* constituera une autre zone de choc. Le secteur hospitalier a longtemps développé des stratégies finalisées par sa propre croissance. L'évolution des politiques sociales et de santé oblige à reconsidérer sa place non plus de façon isolée et

• Les forums socialistes de la santé • (suite)

centripète, mais dans le cadre d'un véritable réseau de santé, sous l'égide des différents niveaux de pouvoir contribuant à la politique sanitaire. Cette évolution passera par une nécessaire adaptation des cultures médicales et par une circulation rapide et structurée de l'information entre les acteurs de ce réseau. Vision des choses qui soulèvera quantité de questions explosives : jusqu'où aller dans la responsabilisation financière des hôpitaux, jusqu'où accepter les initiatives séparées des mutuelles (managed care), comment coordonner efficacement les différents pouvoirs compétents dans la structure institutionnelle belge, comment redéfinir les rôles des pouvoirs publics, de l'INAMI, des organismes assureurs, des organisations représentatives du corps médical et du personnel ...

La *planification de l'offre* est un autre domaine complexe. Combien de lits sont nécessaires, de quel type et comment les répartir sur le territoire, quelles discriminations positives pour les structures accueillant des populations défavorisées ? Quelle attitude prendre vis-à-vis du développement technologique dont le coût devient insupportable, nourrit une médecine à plusieurs vitesses et donne des ailes à la privatisation de certaines assurances ?

Politique de l'emploi : comment éviter que la planification de l'offre constitue une menace pour l'emploi dans le secteur mais soit au contraire une occasion d'aménager la charge de travail pour améliorer la qualité des soins et la qualité de vie du personnel ? La tendance à favoriser la spécialisation et la surqualification du personnel est également problématique : elle sclérose le système et nuit à une approche globale du patient dans un environnement à

dimension humaine. Enfin, comment gérer les conflits d'intérêt entre médecins et gestionnaires et déterminer un statut homogène du médecin hospitalier qui clarifierait les systèmes de financement ?

• • • • • **La politique du médicament**

En expansion rapide, pesant cent dix milliards dont septante-cinq à charge de la sécurité sociale, le secteur des médicaments a déjà subi nombre de mesures destinées à réduire les dépenses pharmaceutiques (contrôle des prix, de la demande, de l'offre, information des prescripteurs, taxations directes...). Il est donc raisonnable de penser que dans l'avenir la régulation des dépenses devrait être moins axée sur les prix et davantage sur les volumes consommés et l'évaluation de la qualité de leur utilisation. Les outils de cette politique sont insuffisants et doivent être développés. Financement des coûts des médicaments par pathologie ou par forfait, développements de consensus de bonne pratique, clarification des rôles des pharmacies (de ville et d'hôpital), droit de substitution et prescription de génériques constituent quelques pistes à explorer.

• • • • • **Bon travail**

Le menu proposé pour ces forums est vaste et tous les plats ne seront pas digestes pour tout le monde. Au-delà des oppositions intransigeables que ne manqueront pas de susciter les questions posées, les inévitables tractations politiques et les vexations de la réalité

matérielle, budgétaire ou humaine joueront leur traditionnel jeu d'élastique de freinage. Mais s'il fallait attendre que la montagne rapetisse pour commencer à l'escalader, jamais on n'en foulerait la cime... ●

*OCDE : Organisation pour la coopération et le développement économique.

**Virage ambulatoire : joli terme à la mode pouvant évoquer des piétons batifolant en tous sens. Dans l'organisation des soins de santé, ce terme exprime un recentrage des activités de soins sur le secteur ambulatoire, c'est-à-dire hors de l'hôpital ou des institutions.

Deux kinésithérapeutes au Vietnam

Le premier congrès belgo-vietnamien de réadaptation fonctionnelle

Daniel Rottier, kinésithérapeute au centre de santé Le Goéland

.....

C'est au départ d'une amitié entre un kinésiste de l'hôpital Erasme et un médecin vietnamien en formation dans ce même hôpital qu'est né le Centre universitaire belgo-vietnamien.

C'est par l'intérêt des médecins vietnamiens pour les performances de la kinésithérapie qu'est né le premier congrès de réadaptation fonctionnelle.

Les facultés de Hué et de Bruxelles se mirent d'accord sur le programme du congrès : mêler les communications de kinésithérapeutes belges (formateurs pour la plupart), exposant certaines techniques de réadaptation fonctionnelle, avec les exposés relatant les expériences en ce domaine des médecins vietnamiens. Un congrès pour le moins hétéroclite, voire original, mais très sympathique et plein d'espoir est né.

C'est dans la rubrique des stratégies que fut reprise la communication sur la kinésithérapie de première ligne que nous allions présenter.

.....

.....

Le paysage de la santé au Vietnam

Pour bien comprendre les difficultés rencontrées par les gens de terrain au Vietnam, voici un petit aperçu de santé publique dans ce pays. Depuis 1975, c'est le politique qui « chapeaute » la santé, de l'enseignement aux infrastructures.

Au niveau régional, les provinces et les villes sont responsables de la gestion et de l'application des programmes de santé dans les hôpitaux provinciaux et gèrent les écoles paramédicales et les centres de planning familial.

Les hôpitaux provinciaux (un hôpital pour environ trois cent septante mille habitants) n'acceptent généralement que les personnes du district dans lequel ils sont situés, les habitants des autres districts de la province étant de fait renvoyés vers des hôpitaux parfois fort éloignés.

Au sein des districts (plus ou moins cent mille habitants), on retrouve des unités de santé et, en moyenne, un à deux hôpitaux. Les tâches des médecins, infirmiers et sages-femmes varient de district à district, en fonction des conditions financières locales. Il existe également des centres de santé préventive où des équipes mobiles sont en charge du contrôle des épidémies.

A un niveau intercommunal, les polycliniques (une pour trois à cinq communes) assurent les soins de santé primaires et une couverture minimale aux habitants des régions isolées mais leur répartition dans le pays n'est pas uniforme.

De plus, des dispensaires communaux, construits par les communautés locales

et alimentés par les fonds des comités populaires, sont chargés d'organiser et de dispenser les soins de santé primaires pour des collectivités de cinq à sept mille personnes.

On y trouve normalement trois médecins, un assistant-médecin spécialisé en pédiatrie et en obstétrique, un assistant-médecin pour la prise en charge générale des patients et une infirmière responsable des médicaments ainsi que d'une pharmacie et quelques lits. Malheureusement, 40 % seulement de la population totale a accès à un service sanitaire au niveau local : les zones montagneuses du nord et surtout du centre du pays sont mal desservies.

L'étude de santé communautaire au Vietnam reprise dans « Les Politiques Sociales » explique le fossé existant entre le corps médical et la population, fossé encore augmenté en 1986 avec la transition vers l'économie de marché.

Le corps médical rencontre à la fois des difficultés de gestion et de formation pour s'adapter aux perspectives économiques nouvelles et aux problèmes de la société vietnamienne en général : faibles revenus (cfr. le salaire minimal des employés du secteur public), évolution rapide de la population, insécurité alimentaire des enfants, analphabétisme des groupes désavantagés, etc.

.....

Un pays en marche

La première approche du Vietnam pour un novice de l'Asie fut surprenante, plutôt déstabilisante. Un autre monde, une autre planète. Une ruche en activité... car de l'activité il n'en manque pas : c'est

• Deux kinésithérapeutes au Vietnam
 • (suite)

une population très dynamique, qui ne demande qu'à progresser, trop vite peut-être... Le pays du « never say no » : tout est toujours possible et... avec le sourire. Dans les villes, les commerces grouillent, l'économie de marché semble prendre le pas sur la rigueur du régime communiste où seuls, peut-être, le mausolée Ho-Chi-Minh (horreur de mégalomanie) et la statue de Lénine semblent en être les vestiges, du moins en apparence car des signes plus profonds sont toujours présents : la lenteur et la rigueur de l'administration (le chef de notre délégation attend toujours la signature du représentant du ministre de la santé vietnamien au bas d'un traité de coopération entre la Communauté française de Belgique et le Vietnam).

•••••
Le congrès

Pour en revenir plus directement au congrès, l'accueil fut chaleureux, l'organisation parfaite malgré les difficultés rencontrées par les médecins de la faculté face aux autorités centrales et le retard de paiement de l'organisation belge suite au désistement forcé de l'organisateur principal.

La délégation belge, composée de kinésistes d'horizons et de spécialités très divers, a essayé d'intéresser les interlocuteurs médecins vietnamiens (tous spécialistes ou en voie de l'être).

Les deux journées présidées conjointement par un médecin vietnamien et un kinésiste belge étaient patronnées par le doyen de la faculté de médecine, le professeur Vo Phung, véritable boudha par lequel toute initiative devait passer.



La première journée réservée aux stratégies débuta par l'étiologie et l'approche anatomo-pathologique des différentes pathologies rencontrées en rééducation uro-gynécologique, présentées par Pol Dumont, kinésiste montois. Suivit un exposé sur les techniques rééducatives en uro-gynécologie de Loïc Dabadie, masseur-kinésithérapeute lillois. Ces deux communications furent précédées et suivies d'un support pratique intéressant car axé sur une pratique manuelle peu onéreuse en investissement.

La communication suivante fut écoutée avec intérêt : le traitement de l'arthrose vertébrale par la médecine traditionnelle. Le Docteur Nguyen Thi Dong nous apprit que c'est une affection très fréquente au Vietnam, non seulement chez les personnes âgées, mais aussi chez les paysans (majoritaires).

La médecine traditionnelle est essentiellement fondée sur l'acupuncture et aussi un dérivé : l'hydro-acupuncture, c'est-à-dire une forme de mésothérapie à base d'AINS* appliquée notamment sur les méridiens d'acupuncture. Les

résultats quoique classés à plus de 75 % comme très bons à bons furent fortement critiqués par les intervenants médecins vietnamiens (conflit entre progressistes et conservateurs !)

Hélène Bottemane parla ensuite de la place de la kinésithérapie en première ligne. Présentant l'équipe pluridisciplinaire avec tous ses intervenants, ainsi que la transdisciplinarité, elle a essayé de concerner des médecins de deuxième, voire troisième ligne sur l'importance de ne pas évoluer, comme dans nos pays, vers une dépréciation de la médecine de base au profit d'une sophistication coûteuse du niveau hospitalier. J'ai ensuite présenté deux exemples concrets d'outils employés en maison médicale : la stratégie de référence dans le cadre du curatif et l'école du dos dans le domaine préventif.

Le Docteur Nguyen Viet Nhan expliqua la situation des malformations congénitales dans une province pauvre : Quang Tri, touchant 2,24 % d'enfants en-dessous de seize ans dont presque un quart d'infirmes moteurs cérébraux. Peu

reçoivent les soins nécessaires vu la situation économique lamentable de cette province.

La deuxième session avait la neurologie pour thème. Jacques Mignolet, kinésiste au service de réadaptation neurologique de Brugmann, exposa la latéropulsion chez le malade hémiplégié avec un développement d'une technique de correction active de la statique du patient, un support vidéo accompagnant l'exposé.

L'utilisation du score de Berthel dans la réadaptation fonctionnelle des AVC**, présentée par le Professeur Hoang Khanh ne nous a pas permis de cerner les techniques employées pour cette réadaptation fonctionnelle.

Même remarque pour l'intervention de Nguyen Hong Phue quant aux résultats de réadaptation fonctionnelle chez les enfants IMC***, si ce n'est que nous avons appris que les étiologies sont associées à la grossesse, à l'accouchement et aux soins néonataux (quelques exemples : insuffisance respiratoire 12,5 %, ictère 14,8 %, traumatisme obstétrical 4,5 %, encéphalite et méningite 17 %). Sa conclusion est qu'il faudrait développer des projets de réadaptation fonctionnelle reposant sur la communauté.

La communication de notre consœur Hellyet Wardavoir, kinésithérapeute à la Free Clinic, a soulevé un certain intérêt dans l'assemblée. Son sujet : l'utilisation des réflexo-thérapies dans l'algo-neurodystrophie réflexe du membre supérieur, qui de par l'origine orientale de ces techniques, a suscité un engouement auprès des jeunes médecins vietnamiens. Hellyet W. préconise la combinaison de trois techniques : le Bindegewets-

massage, la segmentothérapie et la réflexothérapie plantaire dans le but d'agir par le biais du système nerveux autonome et d'engendrer des réactions neuro-vasculaires et neuro-humorales. Ses résultats semblent probants : une diminution des troubles et leur stabilité à partir de la dixième séance. Intéressant pour tous ceux qui connaissent cette pathologie.

Quand le Docteur Lu Thoi expliqua le rôle de la chirurgie associée à la réadaptation dans le traitement des séquelles poliomyélitiques, nous avons presque oublié que cette maladie existait toujours et entraînait de fameux handicaps. Côté positif, il semble qu'un programme de vaccination systématique soit mis sur pied.

La première journée se termina par une table ronde qui contribua à notre étonnement : très peu de questions concernant nos communications et parfois un vrai pugilat verbal des médecins vietnamiens entre eux : manque d'intérêt envers nos interventions ou plutôt respect de l'hôte étranger ?

La troisième session programmée le lendemain avait pour thème l'orthopédie et la traumatologie. C'est Yves Xhardez, kinésiste et formateur qui ouvrait la session par la réadaptation fonctionnelle après chirurgie des ligaments croisés du genou.

Il mit en parallèle les caractéristiques anatomiques du genou, la biomécanique de celui-ci et les principes de rééducation du genou. Exposé très approfondi ainsi qu'abondamment illustré de diapositives.

Le Docteur Nguyen Ngoc Khiem aborda la réadaptation fonctionnelle chez le

patient âgé souffrant de fracture de la rotule. On y apprend que, outre la cause traumatique, l'arthrose du genou est génératrice de fracture ; que ces fractures surviennent plus souvent chez les femmes « âgées » (de 45 ans à 69 ans), suite à l'obésité, des troubles pré et post-ménopause, chez les multipares.

Un peu partout au Vietnam, nous croisons des amputés victimes anciennes, voire peut-être encore actuelles de mines antipersonnelles. Le Docteur Nguyen Thi Thanh a évalué la qualité et l'adaptation des prothèses (pseudopodes) fabriquées au C.H.U de Hué dans un nouvel atelier financé par SOS Bretagne : 62,8 % sont bonnes à satisfaisantes. Nous avons, lors de la visite de l'hôpital, pu vérifier de visu la qualité du matériel ; mais les problèmes résident surtout dans l'état des moignons, surtout les plus anciens.

Eric Brassine, kinésiste de l'ULB. a présenté la proprioception de la cheville.

Plus intéressantes, pour nous, furent les deux communications suivantes abordant les traitements de pieds-bots. Le Docteur Tran Due Thai parla de la réadaptation fonctionnelle du pied-bot après chirurgie ; chirurgie qui va de l'intervention musculaire (tendon d'Achille allongé - résection du jambier postérieur, libération plantaire...) jusqu'à l'ostéotomie.

Les résultats sont bons à plus de 50 %. Notre interlocuteur insiste sur l'importance de la compétence du kinésiste ainsi que sur la participation parentale dans le processus de guérison. La chirurgie sera, toutefois, secondaire à un traitement orthopédique pratiqué dès la naissance.

Ce traitement orthopédique du pied-bot varus équin congénital sera fait par

• Deux kinésithérapeutes au Vietnam (suite)

manipulation suivie d'immobilisation par bande adhésive et plâtre d'une durée de quatre à dix mois, c'est le thème de la communication du Docteur Tran Quan Khanh. Les résultats sont bons à 50 %.

Pour la suite, je pense refléter l'impression générale de notre délégation en disant que nous fûmes stupéfaits par l'importance donnée aux tympanoplasties qui ne nous semblaient pas être une priorité dans un pays comme le Vietnam. Mais le Docteur Phan Van Dung nous apprit le côté vital de l'ouïe dans la vie de tous les jours. Il faut, en effet, savoir que le klaxon est roi dans la rue, celui qui ne l'entend pas court le danger d'être réduit à l'état de bouillie par motos, autos ou camions de plus en plus nombreux dans ce pays de cyclistes.

••••• Une expérience positive

Banquet sympathique, échanges d'impressions, d'adresses, de cadeaux entre les participants, puis visite guidée du CHU de Hué et de la ville terminèrent ce premier congrès belgo-vietnamien.

Ce congrès fut intéressant à divers titres :

- rappel important des problèmes socio-épidémiologiques rencontrés au Vietnam, dans un domaine où nos techniques de kinésithérapie seraient utiles (rééducation post-traumatique, emploi de techniques de réharmonisation ostéo-articulaire, kinésithérapie respiratoire...);
- mise en évidence des problèmes respiratoires lors de la visite des services de pédiatrie et de médecine interne du CHU...;
- importance reconnue du premier échelon sous forme de centres de santé

préventive chargés du contrôle des épidémies et de leur prévention (exemple d'éducation sanitaire des familles : apprendre les signes d'apparition d'une pneumonie chez un enfant) ;

- volonté d'associer la population à la gestion de la santé.
Mentionnons deux projets de centres de santé communautaire au Vietnam qui associent thérapeutes, personnel administratif, population, pouvoirs publics et une ONG**** ;
- les médecins vietnamiens sont très demandeurs de connaissances, ils ont hâte de rattraper le temps perdu, mais il semble que, dans le souci de bien faire, ils veuillent brûler les étapes.

Comme certaines communications l'ont montré, le recours à la chirurgie est excessif vu le manque de moyens d'asepsie et de personnel qualifié. En outre, les diverses approches officielles et privées plus ou moins intéressées, émanant de l'Occident risquent d'entraîner un dérapage vers l'hypersophistication coûteuse de l'arsenal médical au Vietnam alors que le contexte socio-économique ne le permet pas. ●

*AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien .
Il s'agit de médicaments combattant l'inflammation et la douleur. Ils sont utilisés principalement dans les rhumatismes inflammatoires et également dans d'autres affections rhumatologiques douloureuses comme dans l'arthrose.

AVC** : accident vasculaire cérébral.

IMC*** : infirme moteur cérébral.

ONG**** : Organisation non gouvernementale.

Un monde sans limite

Essai pour une clinique
psychanalytique du social

Jean-Pierre Lebrun, *Points Hors-Ligne*,
Editions Erès, 1997, 248 pp, 1020 francs.

Jean-Pierre Lebrun est psychiatre et psychanalyste en la bonne ville de Namur. Dans son ouvrage, « De la maladie médicale » (paru en 1993 chez De Boeck-Wesmael, collection de l'Oxalis), il analysait le hiatus entre logique scientifique et logique du sujet aux prises dans la médecine. Constatant que dans l'emballage scientifique, la médecine semble oublier le malade en chemin, il l'invitait à remettre activement en question le monopole de l'efficacité technique, à se repenser « après Auschwitz ».

Elargissant la vision, Jean-Pierre Lebrun nous invite à réfléchir sur le malaise dans la civilisation d'aujourd'hui dans « Un monde sans limite, essai pour une clinique psychanalytique du social ».

•••••

La fonction du père vacille

Quelque chose semble s'être passé dans le social qui a rendu caduque la place du père !

La substitution de l'autorité parentale à la puissance paternelle, l'effacement du concept d'autorité devant celui de responsabilité, la confusion entre géniteur et père qui est confusion entre produire de la chair (registre génétique) et instituer de la filiation (registre symbolique) : autant de signes du déclin des pères.

Cette mutation historique et sociologique

n'est pas sans effet sur la fonction du père.

Le père institue l'altérité. Dans son évolution naturelle, il conduit l'enfant au renoncement à être tout dans les choses et le fait accéder à la fonction langagière : c'est la castration primaire, mise en place par la mère mais qui implique qu'il y ait de la fonction paternelle, que soit reconnu à sa place le Nom-du-Père. La castration secondaire amène ensuite l'enfant à renoncer à être tout dans les mots, à consentir à l'impossible propre du langage : il faut pour cela l'intervention du père réel afin de faire prévaloir l'ordre symbolique sur l'ordre imaginaire. Cette double opération est la condition nécessaire pour qu'advienne du sujet.

Condition nécessaire mais non suffisante : pour que cette tâche soit assumable par un père, il faut que la fonction du père soit ratifiée par le social, il faut que le social vienne entériner ce qui est soutenu au sein de l'enceinte privée. Jusqu'il y a peu, c'est en faisant appel au Père de la religion que la civilisation occidentale donnait consistance à l'indispensable place du tiers et transmettait l'organisation symbolique spécifique à ce qui nous fait humains.

Or le discours de la science a non seulement subverti celui de la religion mais il a aussi modifié en profondeur l'équilibre jusque là en jeu dans la famille et rendu difficile l'exercice de la fonction paternelle. (Par discours de la

science, il faut comprendre non pas la connaissance elle-même, mais le lien social inauguré par l'existence de ce type de connaissance.)

•••••

Le lien social façonné par le discours de la science

La science promeut une modalité nouvelle de lien social qui substitue un rapport savoir-sujet au rapport maître-sujet. Son discours apparaît comme objectif car il vise à réduire le langage à sa dimension utilitaire et dépouille les interlocuteurs de tout ce qui les constitue comme sujets.

A partir du Cogito de Descartes, c'est-à-dire d'une démarche autorisant à ne s'appuyer que sur son propre entendement, la science se constitue non plus sur les perceptions mais sur les idées elles-mêmes : projet mathématique de la nature, « est vrai ce qui est démontrable ». Ne plus se soucier du rapport à la vérité sauf à dire que la vérité est démontrable, c'est parler de la vérité en terme de savoir, penser qu'il est possible d'assimiler la vie à du savoir.

La force de la démarche scientifique est d'avoir pu s'affranchir de son rapport à la vérité de l'énonciation. L'homme de science moderne énonce ce qu'il avance pour aussitôt oublier qu'il y a eu énonciation et ne retenir que les énoncés qu'il a produits. Il oublie le réel d'où il est issu et repositionne un réel au-delà de son jeu d'écriture.

• Livres : Un monde sans limite

Mouvement en trois générations : production d'énoncés qui imposent à l'énonciateur de s'exclure comme sujet, reprise de ces énoncés par d'aucuns qui n'ont plus à assumer cette exclusion et en troisième lieu utilisation ou consommation. Ce troisième moment coïncide avec l'infiltration diffuse du social par les implicites que la science véhicule : élision de la catégorie de l'impossible, perte du rapport spontané au monde, risque de perdre le sens de la limite. Si hier la science collaborait à appréhender la nature, aujourd'hui la nature est masquée par les développements de la science et nous, comme sujets, risquons d'être sous sa férule parce que l'effacement de l'énonciation requis par la méthode scientifique aboutit à la disparition de l'énonciation qui est la propriété la plus spécifique de ce qu'est un sujet.

Par ces mécanismes, la science développe une prétention totalisante qui fait écho chez tout sujet au sentiment de toute-puissance infantile. Il y a un totalitarisme quand l'autonomie prise par un système organisé autour d'une logique qui prétend rendre compte rationnellement de tout est telle que, même sans le vouloir délibérément, elle ne laisse plus sa place au sujet. Lorsque le savoir a sédimenté et qu'il est devenu anonyme du fait de l'élision de l'énonciation, il se situe en position de maître et sa progression n'est plus sous la houlette de personne. Ne reste plus alors qu'un sujet démis de son énonciation qui se contente d'être congruent avec les énoncés auxquels il a consenti à s'assujettir.

Relisant certains événements historiques à la lueur de ces réflexions, Jean-Pierre Lebrun nous montre cette logique à



l'œuvre dans le totalitarisme nazi, qui n'était pas un régime sans loi, mais un régime où l'altérité du Père porteur de la loi symbolique avait été écrasée, où c'est la loi d'une science porteuse du rêve de toute puissance qui avait été promue en tiers.

••••• Un symbolique virtuel

L'environnement dans lequel nous fonctionnons est désormais marqué par les implicites du discours de la science : perte du savoir interne du sujet, survalorisation de l'efficacité et de la gestion au détriment de la création et de l'invention (l'auteur illustre ce propos par une savoureuse analyse de la novlangue décrite par Georges Orwell dans 1984), évacuation de la catégorie de l'impossible, binarisation (tout ou rien, mise à l'écart du tiers) qui s'oppose à la possibilité de dialectisation des contraires, validation des énoncés selon leur consistance logique délégitimant la valeur d'énonciation et donc de l'auteur/autorité, demande de réponses en termes de savoir à la question du sens de l'existence...

En faisant l'impasse sur le « caractère

fondamentalement décevant de l'ordre symbolique » instauré par le père, le symbolique sécrété par le discours de la science est-il à proprement parler encore un symbolique ? Ce qui fonde la possibilité d'altérité dans la réalité psychique, c'est l'entame du langage véhiculé par l'intervention interditive du père en tant qu'elle ratifie l'indisponibilité de la mère comme objet de jouissance absolue. Parce que nous sommes dans une économie psychique régie par le signifiant, c'est toujours sur fond d'absence que la présence de l'objet est rencontrée. En laissant croire que l'objet est susceptible d'être atteint et la castration évitable, la société imprégnée par la science ouvre le champ à l'effectivité d'une pulsion d'homéostasie, d'immobilité (pulsion de mort). Désavouant la rencontre avec l'altérité, avec l'exercice de la fonction du père, la techno-science n'offre qu'un « autre virtuel », qui risque de n'être qu'un « même ». C'est à partir de l'élision de l'altérité que l'on pourrait interpréter un trait de notre époque : l'effacement de la conflictualité au profit d'une recherche éperdue de consensus, avec un surgissement paradoxal et incontrôlé de la violence.

•••••

Pour une clinique du social

Il est maintenant possible de reconnaître à l'œuvre la complicité entre un sujet toujours tenté de s'épargner le travail psychique à accomplir pour assumer l'insatisfaction fondamentale qui caractérise notre condition et un discours social qui laisse croire que l'ordre symbolique ne porte plus en lui comme structurale cette inéluctable déception. Désormais plus de nécessité de projet pour soutenir l'existence, plus de recours au mythe pour en inventer le sens, plus de besoin de reconnaître sa place au tiers : l'idéal nouveau consiste à être seulement conforme et transparent à l'égard de son propre fonctionnement. Ce sont toutes les définitions du normal et du pathologique qui sont bouleversées : la dévalorisation du processus de symbolisation et de représentation psychique promotionne des fonctionnements hors-la-loi du langage (toxicomanie, « nouvelles maladies de l'âme » et états limite, adolesc-i-ence...).

La place centrale donnée à la science génère une société où tout se vaut, où la perte des repères et le relativisme sont généralisés.

L'inflation du juridique vient confirmer l'impuissance de la loi symbolique ; décroché de l'universalité de ses valeurs, le droit ne vaut plus que comme outil de gestion des situations. La préséance du privé sur le public disloque le lien qui unissait la famille à la société toute entière.

Validant la cohérence des énoncés, la science moderne a progressivement délégitimé l'argument d'autorité : nul « au-moins-un-différent » ne vient occuper le lieu du pouvoir qui reste vide.

La manière tyrannique de procéder pour garder la suprématie (occupation de la place par un au-moins-un-différent) ne fonctionne plus : c'est avec les sujets et non plus contre eux que se prend le pouvoir (menace de totalitarisme).

L'ordre symbolique préexiste à chacun de nous. Il donne sa place au sujet en le situant dans une généalogie et lui permet de se dégager de l'imaginaire de la première relation de leurre spéculaire ; il fonde l'identité sexuée au-delà de l'anatomie, définit le sujet à partir d'une perte de l'immédiateté et l'implique dans une dette symbolique qui fait la texture du lien social.

En se débarrassant du père, on porte atteinte à la mise en place du langage et de l'ordre symbolique. La mère, quand elle laisse entendre à l'enfant que ce n'est pas auprès d'elle qu'il trouvera de quoi satisfaire son désir, lui impulse d'aller plus loin dans sa quête. Si ce renvoi est suspendu, la dynamique tend à s'enliser et le passage de l'imaginaire au symbolique est compromis.

L'invitation au non-accomplissement du symbolique, à sa maintenance dans le virtuel équivaut à préconiser le retour à l'immédiateté, à la méfiance à l'égard du sexe, au besoin de reconnaissance imaginaire permanent, à la relation à l'autre comme modalité d'évitement de la solitude, à l'incapacité de différer la satisfaction pulsionnelle. La virtualisation introduite par les implicites du discours de la science induit un lien social marqué par la désinscription de l'énonciation au profit des seuls énoncés. Un lien social qui croit pouvoir s'autofonder et porte ainsi le germe totalitaire. Qui, en s'affranchissant de la contrainte mythique du père, croit pouvoir s'affranchir de la logique du

tiers. Qui, en gommant la différence des places entre l'au-moins-un et les autres, destitue la légitimité de l'autorité. Qui, privé du symbolique, ne fait plus limite à un imaginaire débridé, favorisant la victimisation aussi bien que l'inflation des attentes.

Jean-Pierre Lebrun propose cette analyse comme fil rouge pour appréhender les bouleversements de notre monde en même temps que comme clef pour ne pas nous contenter d'une lecture en terme de déficits mais pour envisager les préalables aux possibilités d'une vraie réponse.

•••••

Les lois du langage

Il ne s'agit ni de préconiser un quelconque retour à la puissance paternelle d'antan, ni de méconnaître les effets du déclin des pères sur les processus de symbolisation. Voulant continuer à tirer bénéfice du progrès de la science sans pour autant avaliser les implicites que véhicule sa méthode, nous avons à reconnaître la dimension de l'énonciation dans ses énoncés. Si la science peut faire office de père symbolique, elle ne peut faire office de père réel puisque celui-ci se soutient de son énonciation et pas seulement de ses énoncés. La loi du langage définit le sujet qui se constitue dans le rapport à l'Autre : dans ce processus il trouve à la fois son identité et sa profonde division. L'altération de la fonction de la parole par le discours de la science efface la relation au tiers et aboutit au refus d'abandon de la toute-puissance, au refus de la division subjective, au gommage des différences (nécessité tyrannique du consensus, paralysie des décisions).

- Livres :
- Un monde sans limite
- (suite)
- L'information médicale
- La conscience en liberté
-
-
-

Pour ne pas laisser se poursuivre ce processus, Jean-Pierre Lebrun prend assise sur les lois du langage et développe trois pistes qu'il nomme des suppléments de pensée.

- redonner sa place à l'énonciation : c'est dans la reconnaissance de la responsabilité de l'énonciation que chacun trouvera l'antidote à l'asservissement volontaire aux énoncés ;
- rétablir la catégorie de l'impossible : la psychanalyse identifie que l'impossible a sa place au sein même de la parole et déjoue la désinscription de l'impossible à l'oeuvre dans le discours de la science ;
- restaurer la faculté de juger : il est nécessaire que chacun assume son

jugement de son lieu de division propre. Le fil de la tradition étant rompu, juger n'est pas le privilège du penseur professionnel mais relève de la responsabilité de chacun.

•••••
Nous ne pouvons nous faire les complices d'un monde sans limite

La confrontation du discours de la science et du discours du sujet est

particulièrement aiguë dans la pratique quotidienne des soignants de première ligne. Ce livre, accessible à des lecteurs peu avertis de psychanalyse lacanienne, leur permettra de mieux en cerner les enjeux. « Nous ne pouvons nous faire les complices d'un monde sans limite ». Tirée de l'épilogue, cette phrase constitue une invitation à se plonger dans cette lecture dont nous avons essayé de vous faire entrevoir l'intérêt sans en épuiser la richesse.

Présentation Axel Hoffman



L'information médicale

Dominique-Jean Bouillez, Marc Bouniton, Baudouin Denis, Jan Degryse, Pierrick Fostier, Dominique Paulus, Dominique Pestiaux, Judith Reymann. Editions Quorum, Ottignies, 1997, 180pp.

On ne peut plus faire confiance à personne ! Où êtes-vous, temps béni où tout était simple et herbes bienfaisantes, ère claire du clystère à tout faire, époque heureuse où une bonne saignée remettrait à coup sûr monsieur le vicomte en selle ?

Aujourd'hui le savoir est complexe, truffé d'arcanes et miné de dividendes. Il n'est plus excusable de concevoir la science médicale comme un corpus de vérités granitiques sur lequel déployer en toute sérénité notre activité de soignants.

Alors comment s'orienter dans la jungle de l'information médicale ? Saturés d'info et d'intox, les usagers attendent des soignants qu'ils les éclairent. Soignants bien en peine de s'y retrouver dans le torrent d'informations qui les

submerge. Le danger est de céder à la facilité, d'accueillir avec une conscience trop aveugle ou d'écarter sans discernement nouveautés thérapeutiques, hypothèses physiopathologiques, innovations diagnostiques et modèles préventionnistes.

Rédigé par et pour des médecins généralistes (mais pas inintéressant pour d'autres), « L'information médicale » est un petit bouquin balise qui nourrit l'esprit de saine critique. On y trouvera les repères utiles pour apprécier la validité scientifique et l'utilité pratique de la littérature médicale, des standards, des consensus en vogue ou des études proposées aux « prescripteurs » pour orienter leurs choix de prescription. On y comprendra quelques notions

élémentaires de statistiques qui, vite assimilées, feront hésiter ceux qui voudraient vous prendre pour un naïf.

On s'y attardera aussi sur ce que d'aucuns considèrent comme une révolution dans le domaine médical : « l'Evidence-Based Medecine », médecine basée sur des preuves, entendez des données fiables tirées d'examens randomisés et contrôlés. Ce modèle statistique se présente comme un progrès fondamental par rapport à « l'Experience-Based Medecine », fondée sur l'expérience individuelle et les raisonnements physiopathologiques. Concepts antagonistes ou piliers complémentaires ?

Un vent mauvais colporte que ce

bouquin n'a pas trouvé facilement éditeur à son pied. Même que (mais ce sont les mauvaises langues qui disent : même que) de puissants organismes de formation continue l'auraient refusé (et ce n'était pas faute de moyens, même que). Il est vrai que la mainmise sur l'information médicale représente indirectement des sommes colossales, et qu'il ne serait pas judicieux de laisser traîner ainsi ce bouquin grain de sable dans la belle mécanique du marketing médical...

Présentation Axel Hoffman

Ce livre n'étant pas très aisé à dénicher, nous vous conseillons de le commander aux éditions Quorum, 32 rue du viaduc, 1340 Ottignies LLN, tél 010/41.42.44. ou fax 010/41.98.41.

La conscience en liberté

Jean-François Malherbe, Editions Fides, Montréal, 1997, 70pp, 165 francs.

Est-ce une impression ou fantasmé-je ? Au fil des années, tant l'évolution sociale que le progrès scientifique aiguissent l'interrogation éthique et/ou le besoin de repères moraux. Citons dans le monde médical les débats sur l'euthanasie, les conflits frontaliers entre sphère privée et espace public dans la gestion et le financement des soins de santé, les interrogations actuelles sur l'ordre des médecins, sur le droit des patients, sur le clonage...

« La conscience en liberté » de JF Malherbe ne souffle mot de tout cela. Explicitement du moins. Le professeur Malherbe nous offre ici une réflexion préalable à ces débats, qu'il nomme

« une excursion philosophique » autour de ces réalités à la fois contradictoires et indissociables que sont la liberté de conscience et la création de consensus.



- Livres :
- La conscience en liberté
- (suite)
- Les inégalités sociales en Belgique
-
-
-
-
-
-

Notre culture vit la collision entre un style de pensée moderne imbibé de foi dans le progrès, l'avenir, la Raison, la maîtrise universelle au service de l'émancipation démocratique et un style de pensée post-moderne marqué par le repli sur l'individualisme, l'immédiat, l'intuition et le pluralisme des morales. Se pose alors la question : y a-t-il un sens à parler d'une éthique sans norme, une éthique qui ne ratifierait les normes d'aucune morale particulière mais s'interrogerait sur l'exercice de ces normativités particulières que sont les morales ?

Outil pour penser le relativisme sans l'absolutiser, la philosophie des jeux de langage nous montre que les significations ne vont pas de soi. L'éthique devient alors l'art philosophique de désensorceler les discussions morales des pièges du langage, une philosophie du langage des morales héritées.

La communication entre humains n'étant jamais parfaite (« c'est comme l'articulation du genou : trop serrée, le genou bloque, trop lâche, on ne tient pas debout »), il convient de surmonter l'incommunication entre deux allocutaires par la construction de nouveaux jeux de langage à partir d'emprunts de leurs jeux respectifs : c'est la possibilité de créer un « tiers-jeu », c'est-à-dire une nouvelle singularité.

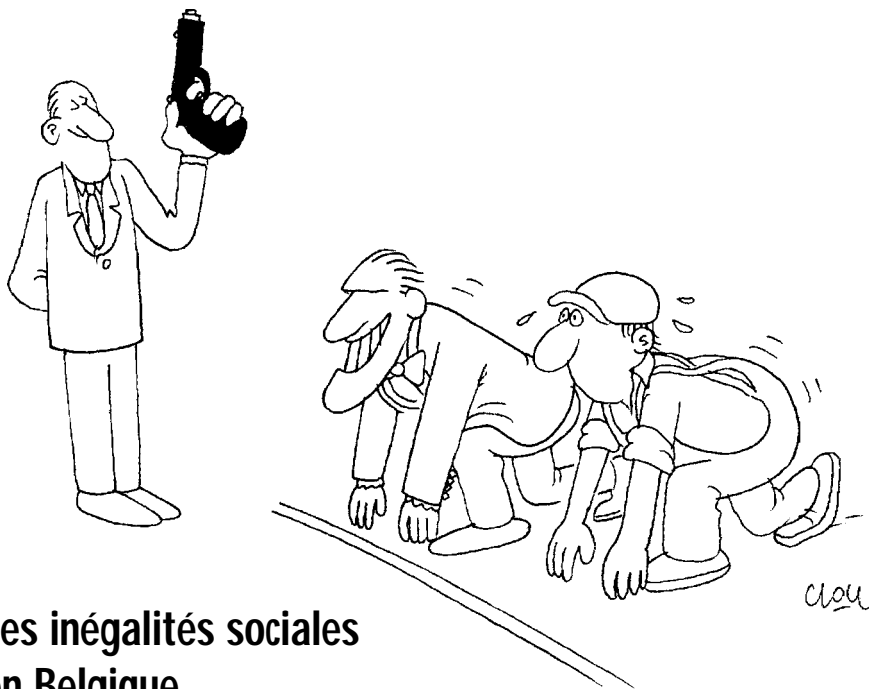
L'apprentissage de l'éthique passe ainsi par la reconnaissance que la liberté de conscience s'exerce à l'égard des morales héritées, mais ne saurait s'appliquer aux principes qui conditionnent la liberté elle-même. L'éthique est maïeutique, elle vise à ce que chaque sujet crée chaque jour son propre sens, sa propre façon de devenir humain, et à ce que ensemble ces sujets

créent un sens social à leur commune aventure. Il n'y a pas d'essence universelle à laquelle nous devrions nous conformer pour être moraux. L'éthique est universelle comme question, les morales sont particulières comme réponses à cette question.

JF Malherbe plaide pour une éthique du dialogue, une éthique grammaire qui permette de se parler dans le respect de l'autre et de sa liberté, une éthique

universelle qui ouvre le champ de la parole entre morales particulières. Le message de cet opuscule pourrait paraître simple. Et pourtant, ne vivons-nous pas chaque jour d'interminables débats stériles et irritants où s'affrontent, englués dans la boue de leurs tranchées, des principes aussi intangibles qu'inconciliables... Comme disaient ceux de Verdun : plus jamais ça...

Présentation Axel Hoffman



Les inégalités sociales en Belgique

sous la direction de Marie-Laurence de Keersmaecker, Bruxelles, EVO, 1997.

Cet ouvrage peut interpeller à la fois les spécialistes et les personnes en quête d'une information générale sur la situation sociale en Belgique. Il présente des informations concernant quatre domaines : emploi et chômage, enseignement et formation, santé et droit au logement.

La base de l'ouvrage est constituée de données statistiques souvent assez récentes concernant ces quatre secteurs où apparaissent de manière criante des inégalités dans notre société. Pour les spécialistes de l'un ou l'autre domaine, ceci est l'occasion d'avoir une information pertinente dans des

domaines qui leur sont moins familiers. Pour le citoyen ordinaire, le tableau présenté permet d'avoir en deux cents pages une vision globale des inégalités criantes présentes en Belgique aujourd'hui.

Dans le domaine de **l'emploi**, les trop traditionnelles inégalités entre les types de diplômés, entre hommes et femmes sont une fois de plus relevées. En outre, on souligne le développement des emplois à statuts précaires. On relève enfin les inégalités tant au niveau de l'entrée que de la sortie du chômage.

Pour le secteur **enseignement**, la massification de l'enseignement n'empêche pas les inégalités d'accès aux filières, les différences de réussite,... selon le milieu d'origine. Dans les commentaires, on notera au passage une remarque étonnante : il semble que les étudiants ayant redoublé en cours de formation sont plus recherchés par les employeurs car ayant probablement plus de maturité et un projet de vie plus construit.

C'est l'inégalité devant la mort qui sert de point d'entrée pour le domaine des soins de **santé** avec des écarts impressionnants en terme d'espérance de vie selon les classes sociales. Ceci débouche inévitablement sur des constats persistants de différences dans l'accès aux soins. La santé apparaît bien comme un facteur de sélection sociale et de reproduction de la pauvreté.

La part du **logement** dans le budget des ménages est nettement plus élevée chez les personnes à revenus faibles : en effet, les prix des loyers ont tendance à augmenter pendant que les écarts entre revenus ne font que s'accroître. Par ailleurs, on note des différences

géographiques importantes : ainsi, la location d'un studio correspond à 56 % du minimex à Bruxelles et à 33 % à Liège. On relèvera enfin la relation entre coût et qualité du logement.

Dans la deuxième partie, des réflexions sont proposées au niveau de la répartition spatiale des inégalités en Belgique. On établit aussi quelques constats au niveau de la structure des revenus : diminution du poids relatif des revenus salariaux avec un accroissement des revenus de la propriété pour une part de la population ; double revenu instauré comme revenu de référence pour les familles,...

Bref, un livre intéressant pour les amateurs d'une information globale actualisée. On regrettera uniquement ici et là quelques approximations ou interprétations hâtives dans l'un ou l'autre commentaire. L'essentiel reste cependant tout à fait fondé.

Présentation Bénédicte Dubois

Quelques mots couchés sur papier après une lecture rapide de « Santé conjugulée », n° 3, janvier 1998.

Peut-être la santé se conjugue-t-elle ? A mon sens, elle se négocie... et se cherche dans la trilogie patient-médecin-société. Et si la santé se conjugue, c'est à la première personne d'abord... (ensuite à la deuxième personne, puis à la troisième personne).

Je choisis de me mettre au point de vue du médecin... C'est la réflexion sur mon travail qui m'a amené à « naviguer ». Je choisis mes points de repère, ou plutôt, de référence.

Trente ans après mai 68, ma boussole reste pointée vers la santé publique et l'approche relationnelle.

Une fois, j'ai changé de bateau. J'ai emporté mes cartes maritimes et j'ai pu, plus librement, rencontrer des capitaines au long cours (et parfois aux gros cous), des « amiraux » aussi...

Quelques fois, ils m'écouterent. J'avais - paraît-il - une certaine connaissance de la mer, des tempêtes, des vents et des courants. Ce qui fut plus pertinent a été



sans doute ma compréhension des états d'âmes des marins... et des passagers. Plus simplement écrit, notre concertation-navigation-santé fut utile.

Dans ce parcours, quelle route suggérée est-elle la plus judicieuse ? Je n'en sais rien. Je n'ai que deux certitudes.

1. Naviguer en solitaire, en réseau, en équipe ou en équipage... toutes les formules sont bonnes si c'est pour embarquer les passagers... patients vers une « meilleure » destination santé. De même, les tickets-forfaits ou les paiements au trajet sont à l'évidence de même efficacité car tout dépend de la relation qui se noue lors du voyage, de la compétence du soignant et de son accessibilité financière, psychologique et sociologique.

2. En Belgique, une particularité existe sur « notre mer nationale ». Les vents, les courants, les ordres des capitaines et des amiraux sont changeants, fort changeants.

Les deux seules évidences absolues : il y a un bâbord et un tribord... et il y a un Nord et un Sud.

Notre trilogie de départ se négociera dans la quadrilogie.

Chacun devra s'y atteler avec vigilance.

Xavier Rousseaux

Toute remarque est la bienvenue. Adresse du quai de mon bateau, 292 rue L. Dubois, 6030 Marchienne.

ERRATUM

Dans Santé conjugulée n°3, page 52, dernier paragraphe.

L'auteur remarque qu'une des difficultés éprouvée par la maison médicale Norman Bethune pour passer au forfait réside dans le nombre de patients âgés : « 50 % de la population a plus de soixante ans ». Ce qui lui fait dire que le nombre potentiel de VIPO est insuffisant pour financer l'activité de la maison médicale (le financement octroyé est environ neuf fois moindre pour un assuré ordinaire que pour un patient VIPO). Il fallait lire « 5 % » et non « 50 % » de personnes de plus de soixante ans. Ce chiffre - tout à fait inhabituel - a échappé à nos relecteurs... ce qui a rendu ce paragraphe peu compréhensible. Toutes nos excuses.